



**EFICIENCIA DE LOS SEGUROS DE SALUD EN CHILE:
UN ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PROTECCIÓN
FINANCIERA**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGÍSTER EN POLÍTICAS PÚBLICAS**

Alumno: Eduardo Andrés Gallegos Castillo

Profesor Guía: Alberto Muñoz Vergara

Santiago De Chile, Enero 2016

Contenidos

| | |
|---|----|
| Resumen. | 8 |
| Introducción. | 15 |
| Capítulo I. Marco de Antecedentes. | 19 |
| El Sistema de Seguro de Salud de Chileno. | 19 |
| Características del Financiamiento del Sistema. | 21 |
| Gasto en prestaciones de salud como porcentaje del PIB. | 28 |
| Características Demográficas del Sistema. | 29 |
| Gasto de Bolsillo en prestaciones de salud. | 38 |
| Capítulo II. Planteamiento del Problema | 42 |
| Justificación..... | 42 |
| Pregunta de Investigación..... | 44 |
| Objetivos de Investigación. | 45 |
| Objetivo General..... | 45 |
| Objetivo Específico..... | 45 |
| Hipótesis General..... | 45 |
| Capítulo III. Marco Conceptual. | 46 |
| El Financiamiento en el Sector de Salud. | 46 |
| El Mercado de Atención de Salud..... | 48 |
| El Mercado de los Seguros de Salud..... | 49 |
| Sistemas de Seguros..... | 54 |
| Sistema de Seguro Único..... | 54 |
| Seguros Múltiples con Ajuste de riesgo. | 56 |
| Capítulo IV. Marco Teórico..... | 59 |
| Funciones de los seguros de salud..... | 59 |
| Capítulo V. Metodología de Investigación. | 64 |
| Capítulo VI. Resultados. | 72 |
| Indicador 1: Porcentaje de beneficiarios que realizaron copago por consulta médica general. | 74 |
| Indicador 2: Porcentaje de beneficiarios que realizaron copago por consulta de urgencia..... | 77 |
| Indicador 3: Porcentaje de beneficiarios que realizaron copago por consulta de especialidad. | 80 |

| | |
|---|-----|
| Indicador 4: Porcentaje de beneficiarios que realizaron copago por exámenes..... | 82 |
| Indicador 5: Porcentaje de beneficiarios que realizaron copago por hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas. | 84 |
| Indicador 6: Ingresos disponibles per cápita para prestaciones de salud y SIL por tipo de seguro. | 87 |
| Indicador 7: Gastos administrativos per cápita por tipo de seguro. | 88 |
| Indicador 8: Gasto per cápita en prestaciones de salud y en subsidio de incapacidad laboral. | 90 |
| Indicador 9: Copago promedio por hogar. | 93 |
| Indicador 10: Copago Hogar como porcentaje de los ingresos. | 96 |
| Indicador 11: Copago hogar como porcentaje de los gastos..... | 99 |
| Indicador 12: Índice de GINI hogar por seguro. | 103 |
| Indicador 13: Copago promedio hogar por consultas médicas..... | 109 |
| Indicador 14: Copago promedio hogar por exámenes..... | 112 |
| Indicador 15: Copago promedio hogar por medicamentos..... | 115 |
| Conclusiones. | 118 |
| Propuesta de Políticas Públicas..... | 126 |
| Limitaciones. | 130 |
| Referencias..... | 131 |
| Anexos..... | 139 |
| Anexo 1 Distribución de los cotizantes, cargas y beneficiarios según sexo, ISAPRE y FONASA año 2013 | 139 |
| Anexo 2 Beneficiarios por edad, FONASA-ISAPRE-INE | 139 |
| Anexo 3 Porcentaje de consultas médicas generales resueltas en establecimientos públicos y privados..... | 140 |
| Anexo 4 Porcentaje de consultas de urgencia resueltas en establecimientos públicos y privados..... | 141 |
| Anexo 5 Porcentaje de consultas de especialidad resueltas en establecimientos públicos y privados..... | 141 |
| Anexo 6 Porcentaje de exámenes de laboratorio resueltos en establecimientos públicos y privados..... | 142 |
| Anexo 7 Porcentaje de hospitalizaciones resueltas en establecimientos públicos y privados | 142 |
| Anexo 8 Brecha entre los ingresos disponibles de FONASA y los de ISAPRE (en pesos del 2014)..... | 143 |

| | |
|--|-----|
| Anexo 9 Brecha del gasto administrativo per Cápita entre FONASA e ISAPRE (en pesos del 2014) | 143 |
| Anexo 10 Brecha del gastos en prestaciones de salud y SIL per cápita entre FONASA e ISAPRE (en pesos del 2014) | 143 |
| Anexo 11 Copago promedio por hogar según tipo de seguro. | 144 |
| Anexo 12 Copago hogar como porcentaje de los ingresos según tipo de seguro..... | 145 |
| Anexo 13 Copago hogar como porcentaje de los gastos según tipo de seguro..... | 148 |
| Anexo 14 Distribución del copago en los hogares, como porcentaje de los gastos e ingresos, por seguro. | 151 |
| Anexo 15 Copago promedio por consultas médicas según tipo de seguro. | 153 |
| Anexo 16 Copago promedio por exámenes según tipo de seguro resultados. | 154 |
| Anexo 17 Copago promedio por medicamentos según tipo de seguro. | 155 |
| Anexo 18 Indicador de copago promedio hogar por prestaciones de servicios hospitalarios. | 158 |
| Anexo 19 Indicador de Gastos en personal administrativo per cápita por tipo de seguro. | 163 |

Gráficos.

| | |
|--|-----|
| Gráfico 1.1 Afiliación a Sistemas de Salud por quintil ingreso autónomo (años 2006-2009-2011-2013) | 20 |
| Gráfico 1.2 Ingreso de ISAPRE Abierta (MM\$ del 2014) | 22 |
| Gráfico 1.3 Cotizaciones por Asegurados ISAPRE Abierta 2005-2014, (en pesos del año 2014)..... | 22 |
| Gráfico 1.4 Relación Porcentual Anual de Ingresos de ISAPRE Abiertas..... | 23 |
| Gráfico 1.5 Ingresos FONASA 2005 -2014 (MM\$ del año 2014) | 24 |
| Gráfico 1.6 Porcentaje de Ingreso FONASA (Año 2005 - 2014) | 25 |
| Gráfico 1.7 Resultados Financieros ISAPRE Abierta (MM\$ del año 2014)..... | 25 |
| Gráfico 1.8 Estructura del Ingreso (actividades ordinarias año 2014)..... | 27 |
| Gráfico 1.9 Características del Fondo de Compensación (MM\$ del 2014) | 27 |
| Gráfico 1.10 Gasto total en prestaciones como porcentaje del PIB | 29 |
| Gráfico 1.11 Beneficiarios Según Tipo de Seguro de Salud (años 2005 a 2013) | 30 |
| Gráfico 1.12 Porcentaje de Afiliados Según Cotizante (año 2013) | 32 |
| Gráfico 1.13 Índice de concentración por región..... | 34 |
| Gráfico 1.14 Distribución de los beneficiarios según Sexo, ISAPRE y FONASA año 2013... | 35 |
| Gráfico 1.15 Cotizantes y beneficiarios FONASA e ISAPRE por edad (año 2013)..... | 36 |
| Gráfico 1.16 Índice de concentración por edad..... | 37 |
| Gráfico 1.17 Renta Cotizantes FONASA e ISAPRE (porcentajes según tramo, año 2013)... | 37 |
| Gráfico 1.18 Índice de concentración por ingresos | 38 |
| Gráfico 6.1 Porcentaje de beneficiarios que realizaron copago por consulta médica general | 75 |
| Gráfico 6.2 Porcentaje de beneficiarios que realizaron copago por consulta de urgencia..... | 79 |
| Gráfico 6.3 Porcentaje de beneficiarios que realizaron copago por consulta de especialidad | 81 |
| Gráfico 6.4 Porcentaje de beneficiarios que realizaron copago por exámenes | 83 |
| Gráfico 6.5 Porcentaje de beneficiarios que realizaron copago por hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas | 85 |
| Gráfico 6.6 Ingresos per cápita disponibles para prestaciones de salud y SIL por seguro (\$ del 2014)..... | 88 |
| Gráfico 6.7 Gastos administrativos per cápita (\$ del 2014)..... | 89 |
| Gráfico 6.8 Gasto per cápita en prestaciones de salud (\$ del 2014)..... | 91 |
| Gráfico 6.9 Gasto per cápita en subsidio de incapacidad laboral (\$ del 2014) | 92 |
| Gráfico 6.10 Copago Promedio por Hogar según Tipo de Seguro (\$ del 2013)..... | 94 |
| Gráfico 6.11 Copago Hogar como porcentaje de los ingresos según Tipo de Seguro (\$ del 2013)..... | 97 |
| Gráfico 6.12 Copago Hogar como porcentaje de los Gastos según Tipo de Seguro..... | 100 |
| Gráfico 6.13 Coeficiente GINI por hogar, año 2013 | 104 |
| Gráfico 6.14 Coeficiente GINI como porcentaje de los gastos totales por hogar, año 2013 | 106 |
| Gráfico 6.15 Coeficiente GINI como porcentaje de los Ingresos totales por hogar, año 2013 | 107 |

| | |
|---|-----|
| Gráfico 6.16 Copago Promedio por Hogar en Consultas Médicas según Tipo de Seguro (\$ del 2013)..... | 110 |
| Gráfico 6.17 Copago Promedio Hogar por Exámenes según Tipo de Seguro (\$ del 2013). | 113 |
| Gráfico 6.18 Copago Promedio Hogar por Medicamentos según Tipo de Seguro (\$ del 2013) | 116 |
| Gráfico 6.7 Gasto en personal administrativo per cápita (en pesos 2014)..... | 164 |

Tablas.

| | |
|---|----|
| Tabla 1.1 Grupos de FONASA | 30 |
| Tabla 1.2 Distribución de la población por seguro (año 2013) | 33 |
| Tabla 1.3 Gasto de bolsillo en salud de los hogares del Gran Santiago, Chile (\$ del 2014).. | 39 |
| Tabla 1.4 Gasto de bolsillo (hogar y per cápita) por quintiles de gasto total per cápita en salud de los hogares del Gran Santiago, Chile (\$ del 2014) | 40 |
| Tabla 1.5 Coeficiente GINI en salud de los hogares del Gran Santiago, Chile | 40 |
| Tabla 5.1 Indicadores de Gestión..... | 67 |
| Tabla 5.2 Indicadores de Financieros..... | 67 |
| Tabla 5.3 Indicadores de Impacto. | 68 |
| Tabla 5.4 Indicadores de Impacto | 68 |
| Tabla 5.5 Indicadores Financieros..... | 69 |

Figuras.

| | |
|---|----|
| Figura 3.1 Seguro con fondo único..... | 55 |
| Figura 3.2 Sistemas con ajustes de riesgo..... | 58 |
| Figura 4.1 Medir el progreso hacia la cobertura universal de salud en tres dimensiones..... | 62 |

Siglas

| | |
|---------|--|
| \$ | En pesos |
| AISS | Asociación Internacional de la Seguridad Social |
| AFP | Administradoras de Fondos de Pensiones |
| APS | Atención Primaria de Salud |
| AUGE | Acceso Universal de Garantías Explícitas |
| CASEN | Caracterización Socioeconómica Nacional |
| CEPAL | Comisión Económica para América Latina y el Caribe |
| DEIS | Departamento de Estadísticas e Información de Salud |
| EPF | Encuesta Presupuestos Familiares |
| FONASA | Fondo Nacional de Salud |
| FCSI | Fondo de Compensación Solidaria entre las ISAPRE |
| GES | Garantías Explícitas en Salud |
| INE | Instituto Nacional de Estadísticas |
| IPC | Índice de Precios al Consumidor |
| ISAPRE | Instituciones de Salud Previsional |
| MAI | Modalidad de Atención Institucional |
| MLE | Modalidad de Libre Elección |
| MM\$ | Millones de pesos chilenos |
| OCDE | Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico |
| OIT | Organización Internacional del Trabajo |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| PIB | Producto Interno Bruto |
| Rg | Regiones |
| RM | Región Metropolitana |
| SERMENA | Servicio Médico Nacional de Empleados |
| SIL | Subsidio de Incapacidad Laboral |
| SNS | Servicio Nacional de Salud |
| SNSS | Sistema Nacional de Servicios de Salud |

Resumen.

En 1979 en Chile, se produjo un proceso de reforma del sistema de aseguramiento de la salud, el cual perdura hasta la actualidad. Este sistema está conformado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), aseguradora pública que permite a los afiliados de esta recibir prestaciones de salud del sector público o privado. Por otro lado, en 1981 se crearon las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), las cuales funcionan como aseguradoras privadas.

Esta nueva estructura del sistema de salud fue posible debido a que en la Constitución Política de la República de Chile de 1980, se consagró el derecho a la libertad de elección, tanto a la protección como la recuperación de la salud por parte de los individuos.

Es así, como el sistema de aseguramiento de la salud se encuentra segmentado, con un seguro público financiado con cotizaciones del 7% más aportes del estado, y por otro lado, con seguros privados financiados por cotizaciones del 10% en promedio. La diferencia radica en que el primero de ellos es un seguro público solidario, mientras que el segundo de ellos es un seguro privado individual.

Según datos de la CASEN 2013, el FONASA posee una cobertura del 78,28% de la población, mientras que las ISAPRE poseen una cobertura del 14,25% de la población. Las vías de financiamiento de cada seguro, para dar protección de salud a sus beneficiarios son distintas. Por un lado, el FONASA recibe aportes de 1.699 mil millones de pesos provenientes de las cotizaciones obligatorias del 7% de sus afiliados, más 2.511 mil millones de pesos provenientes del estado, en el año 2013. En cambio, las ISAPRE reciben 1.952 mil millones de pesos de las cotizaciones de sus afiliados, desagregadas entre las cotizaciones legales del 7% más las cotizaciones adicionales.

Las características demográficas de los asegurados difiere entre seguros, debido a que el FONASA beneficia a 13.4 millones de personas aproximadamente, no realizando ningún tipo de discriminación, ya sea por edad, nivel de ingreso, preexistencias médicas, sexo y origen de una persona, ya que en el FONASA la cobertura de salud está garantizada para todo el que la solicite. En cambio las ISAPRE, benefician a 3.2 millones de personas aproximadamente,

las cuales son mayoritariamente trabajadores dependientes, hombres de entre 25 a 49 años, de altos ingresos y de bajo riesgo de enfermedad, propiciado por la facultad de exclusión que poseen las ISAPRE, que les permite realizar un descreme.

Por otra parte, los desembolsos directos que deben realizar los hogares por las prestaciones de salud efectuadas, es decir, los gastos no cubiertos por el seguro denominados gastos de bolsillo, han aumentado entre el 2007 y el 2013, pasando de los \$51.803 a los \$74.417 respectivamente, aumentando en todos los quintiles de gasto per cápita.

Dadas las grandes desigualdades en cuanto al financiamiento y a las características demográficas de los beneficiarios de cada seguro, el problema a desarrollar es, qué sistema de aseguradora es más eficiente, FONASA o ISAPRE, en cuanto a la protección financiera en Chile.

El acceso a los servicios de salud es un componente central de los derechos económicos y sociales de la sociedad, según la CEPAL, lo cual no depende de la manera en que recauda los ingresos del sistema. En este sentido el sistema debe alcanzar la solidaridad, entre las generaciones, entre sanos y enfermos, todo lo cual tendrá un efecto redistribuidor progresivo.

El objetivo y el efecto general de la seguridad social debe ser la redistribución del ingreso de forma horizontal y vertical, de acuerdo a la OIT – AISS (2001b), el primero de ellos se refiere a que las contribuciones para financiar el sistema de salud de hogares de similar capacidad de pago debe ser igual, según Lavis & Stoddart (2002), además la OIT – AISS (2001a) señala que en la equidad horizontal los que están sanos y activos transfieren recursos a los que están enfermos y pasivos, cuyo efecto se amplifica cuando la cobertura poblacional es universal, pero el efecto es nulo cuando la cobertura es baja.

Como en el mercado de la atención de salud, las enfermedades son impredecibles y los individuos no pueden planear el consumo de atención de salud, es por este motivo, que nacen los mercados de seguros, que frente a esta incertidumbre, un grupo de individuos con riesgos individuales de enfermarse, puede mejorar su situación agrupando sus riesgos, lo que reduce el riesgo que enfrenta cada individuo.

La teoría de los seguros, señala que un régimen de seguros ideal debería cumplir con cuatro características principales. El número de asegurados debe ser grande, donde la pérdida potencial entre estos debe ser independiente entre sí. Estas pérdidas potenciales deben estar definidas en el tiempo, lugar y cantidad, las cuales deben ser medibles. Finalmente, la pérdida debe ser accidental desde el punto de vista de la persona asegurada.

Pero los seguros de salud presentan algunas fallas de mercado, la primera de ellas es el riesgo moral que se produce porque el individuo usa más servicios médicos de lo que él está pagando en atención médica. La segunda falla es la selección adversa, el cual se produce cuando los individuos poseen información de su nivel de riesgo, el cual puede variar entre un alto o bajo nivel de riesgo, generando una asimetría de información, que incentiva a los seguros a realizar un descreme, donde prefieren a los afiliados de menor riesgo.

Dentro de los sistemas de seguros, se pueden identificar seguros únicos donde se agrupa a toda la población en un solo pool nacional de riesgo, lo que conlleva a realizar un aseguramiento universal, solidario de financiamiento y la eliminación por completo de la selección de riesgo en salud. Por otro lado, podemos encontrar sistemas de seguros múltiples con ajustes de riesgo, donde existen varios pool de riesgo que usan información para calcular los gastos en salud esperados de los consumidores individuales en un intervalo de tiempo fijo y establecer subsidios a los consumidores o a los planes de salud de mayor riesgo, para así mejorar la eficiencia y la equidad.

En este sentido los individuos necesitan de una protección financiera para los gastos de su atención de salud, que es incierta en cuanto al momento y la gravedad de la enfermedad, lo que podría conllevar un alto costo en términos relativos como absolutos para un hogar, provocando la posibilidad de incurrir en pérdidas de ingresos, con riesgo de pobreza para el individuo o familia que presenta la enfermedad. Por lo tanto la función principal de un seguro es la protección financiera frente a este riesgo.

Es este ámbito, para medir la cobertura universal de los seguros de salud, la Organización Mundial de la Salud (2010) señala tres dimensiones de evaluación, la cobertura poblacional, la cobertura de las prestaciones y la cobertura financiera.

El Banco Mundial (2012), señala que la evaluación del sistema de seguros de salud, es importante para asegurar que este surta los efectos previstos, y para ello menciona que las áreas o funciones de un seguro deben ser evaluadas y monitoreadas por medio de indicadores, de gestión, financieros y de impacto. Al respecto en esta investigación se utilizarán estos dos últimos para medir la eficiencia de los seguros en cuanto a la protección financiera.

Dentro de los resultados de los indicadores de impacto, el primero de ellos muestra el porcentaje de beneficiarios que efectuaron copago por consultas médicas generales, donde se aprecia una disminución por parte de la aseguradora privada pasando del 86,79% de los beneficiarios en el 2006 hasta los 81,71% en el 2013, mientras que el FONASA aumento este porcentaje de los 25,55% hasta los 25,94% en dicho periodo, con lo cual la brecha entre las aseguradoras disminuyó principalmente producto del aumento en los grupos A y B del número de beneficiarios que debieron realizar copago por consultas médicas generales.

Respecto al porcentaje de los beneficiarios que efectuaron copago por consultas de urgencia, los resultados muestran una disminución en el caso del FONASA, que paso de los 16,15% en el 2006 a un 14,77% en el 2013, mientras que en igual periodo las ISAPRE pasaron de 69,03% a 78,20% de los beneficiarios que efectuaron copago, con lo cual la brecha entre las aseguradoras aumento.

En las consultas de especialidad en el FONASA se aprecia gran parte de los beneficiarios copagando por esta prestación, pasando de los 44,07% en el 2006 hasta los 48,36% en el 2013, mientras que en las ISAPRE el alza fue menor en igual periodo pasando de 87,76% a los 90,42%. Los resultados en la aseguradora publica son llamativos en especial en el grupo A de afiliados, los cuales se atienden en la MAI donde no copagan por las prestaciones, por lo que sorprende el 21,88% de los beneficiarios que efectuaron algún copago en el 2013, lo que presumiría una escasez de especialistas en el sector público.

En cuanto a los exámenes en el FONASA, existió una leve disminución del número de beneficiarios que realizaron algún copago por esta prestación pasando de los 29,07% en el 2006 a los 28,21% en el 2013, mientras que en las ISAPRE el cambio fue a la inversa

pasando de 84,76% a los 86,22% de los beneficiarios en igual periodo, con lo que la brecha se amplió.

Respecto a la prestación de mayor costo, como son las hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas, en el FONASA el aumento de los beneficiarios que debió realizar copago por esta prestación fue considerable, pasando de los 28,84% en el 2006 a los 41,45% en el 2013, mientras que en las ISAPRE el aumento fue menor, pasando de los 79,27% a los 87,94% en dicho periodo. En este caso es preocupante para el FONASA aumentar el porcentaje de beneficiarios que debieron realizar copago en los grupos de menores ingresos como son el A y el B.

Por otro lado, los ingresos disponibles para prestaciones de salud y para el SIL per cápita son mayores en las ISAPRE en todo el periodo de estudio (2005-2013), sin embargo la brecha con el FONASA disminuyó de 2 veces los ingresos disponibles por beneficiario en el 2005 a 1,6 en el 2013.

Tanto los gastos en personal administrativo como los gastos administrativos per cápita son superiores en el caso de las ISAPRE, existiendo una diferencia de 20,52 veces en el primer gasto en comparación al FONASA, y de 12,61 veces en promedio en el caso de los gastos administrativos.

En relación al gasto que realiza cada aseguradora en prestaciones de salud, se puede señalar que el gasto es superior en las ISAPRE en comparación al FONASA, con una brecha de 2,06 veces en el 2005 disminuyendo a las 1,62 veces en el 2013. Por otra parte, el gasto en SIL es superior en las ISAPRE, disminuyendo la brecha entre aseguradoras en igual periodo, pasando de las 3,1 veces en el 2005 a los 2,2 veces en el 2013.

El copago promedio que realiza cada hogar cuando efectúa prestaciones de salud es inferior en el FONASA, el cual alcanza los \$57.276, mientras que en las ISAPRE el copago promedio por hogar es de \$133.057. Estas diferencias a favor del FONASA se extienden además al caso de la Región Metropolitana, regiones y por sexo.

El impacto de los copagos en los ingresos de los hogares es relativamente similar, obteniendo un copago como porcentaje de los ingresos de 10,30% en el caso del FONASA y un 11,61% en el caso de las ISAPRE. Estos resultados también se extienden al copago como porcentaje de los gastos del hogar, ya que en el FONASA dicho porcentaje es de 8,32%, mientras que en las ISAPRE el porcentaje es de 8,66%.

El análisis de la distribución de los copagos muestra que el índice de GINI es de 0,68 en el FONASA y de 0,59 en las ISAPRE, lo que implica que en el FONASA los copagos más altos se concentran en un número reducido de hogares en comparación a las ISAPRE. En el caso del GINI del copago como porcentaje de los gastos la tendencia se mantiene, ya que el FONASA alcanza un GINI de 0,57 mientras que las ISAPRE poseen un coeficiente de 0,53. En cambio en el GINI del copago como porcentaje de los ingresos es similar en ambos seguros en torno a los 0,66 en ambos seguros, con lo cual los impactos más altos se concentran en la misma proporción de hogares.

Dentro de los resultados del copago por hogar de las tres prestaciones analizadas, en la primera de ellas consultas médicas generales, es el FONASA quien presenta menor copago, alcanzando los \$15.007 en promedio, mientras que las ISAPRE alcanzan los \$31.461, cuya tendencia mayor se entiende a nivel geográfico como al sexo de los integrantes del hogar que realizaron una prestación.

En la segunda prestación, los exámenes de laboratorio el copago promedio por hogar en FONASA es de \$15.826, mientras que en las ISAPRE este promedio es de \$18.499. Finalmente el copago promedio por medicamentos por hogar es superior en las ISAPRE, donde alcanzan los \$63.140, mientras que en el FONASA el copago es de \$26.163 en promedio, lo cual se extiende a nivel geográfico como a nivel de género del individuo que efectuó el consumo de medicamentos.

Finalmente, de acuerdo a los indicadores de eficiencia de cobertura financiera contra riesgos de salud, en general estos indican que el FONASA presenta mayor eficiencia financiera que las ISAPRE para sus beneficiarios. Esto se debe, a que el impacto del gasto de bolsillo promedio sobre los ingresos y gastos totales de los hogares es menor en la aseguradora pública, concentrándose en un número menor de hogares, en comparación a las ISAPRE.

Además de esto, el número de afiliados que debe efectuar copagos por las diferentes prestaciones de salud es menor en el FONASA, realizando menor gasto de bolsillo en salud por dichas prestaciones, tanto a nivel geográfico como de género, en la mayoría de las atenciones de salud.

Sin embargo, esta mayor eficiencia del FONASA se ha reducido en el periodo de estudio, sobre todo en los grupos de afiliado de menor ingreso (grupo A y B del FONASA) y en las prestaciones de mayor costo, implicando que la brecha en cobertura financiera de ambos seguros se reduce, perdiendo eficiencia ambos seguros, que se traduce en pérdida de bienestar para los hogares.

Introducción.

El sistema de aseguramiento de salud en Chile se inició en el año 1924, con la creación del Seguro Obrero, según la Cuenta Pública Participativa 2014 de FONASA. Este hecho marca el inicio de la seguridad social en el país, teniendo como objetivo primordial la cobertura a los riesgos de invalidez, vejez y muerte, además de ofrecer beneficios de salud para los obreros, artesanos, campesinos y empleados de servicios domésticos, Acuña (2000).

Posteriormente a mediados de siglo, se crea el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) y el Servicio Nacional de Salud (SNS), donde el primero de ellos aseguraba a los funcionarios públicos y trabajadores privados, mientras que el segundo unió la administración de todos los hospitales y seguro al resto de la población del país, ya que se dedicó al fomento y la protección de salud, Acuña (2000). Si bien el sistema estaba segmentado, ambos regímenes de aseguramiento producían solidaridad, donde en el caso del SNS la solidaridad por riesgo se resolvía debido a que en este pool se integraban todos los trabajadores activos, pasivos, sus cargas e indigentes, mientras que la solidaridad por ingreso, se resolvía con los aportes del estado, según lo señalado por Vergara (2007).

Este mismo autor señala que en el caso del SERMENA la solidaridad se producía por medio de subsidios cruzados entre los cotizantes, además de subsidios públicos. Este sistema se mantuvo inalterado hasta 1979, cuando se inicia un proceso de reforma del sistema de salud y el de pensiones, de acuerdo a Miranda (1990), quien señala que dentro de todos los argumentos mencionados en la época para realizar las reformas, la más probable razón consistía en, los cada vez mayores recursos que debía sostener el estado para cubrir el fomento y la protección de salud.

El nuevo sistema se inicia en 1979, cuando se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA), con el decreto 2763, que fusionó el SNS y el SERMENA, el cual se le estableció la misión de satisfacer a nivel país, las necesidades de salud de los asegurados, tanto en prestaciones en el sector público, como privado, según lo que señala la Cuenta Pública Participativa 2014 de FONASA.

De acuerdo con La Constitución Política de La Republica de Chile de 1980, el derecho a la protección de salud de los habitantes del país, se consagra en el artículo 19 de dicho cuerpo legal, el cual señala que:

“El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.”

Con el derecho de la libertad de elección consagrado en la constitución, en 1981 de acuerdo con Miranda (1990), se permitió que instituciones privadas pudieran afiliar a los trabajadores en el país, a las que se les denominó Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que funcionaban como aseguradoras del sector privado. Sumado a esto la reforma comenzó un proceso de descentralización, que traspaso a los municipios la atención primaria y hospitalaria, Homedesa y Ugaldeb (2000). Con esta reforma el sistema dio un giro a los elementos del antiguo régimen de salud, el cual consistía en la integridad y unidad de la administración del sistema, en el principio de solidaridad, en el principio de gratuidad, y la visión de un estado proveedor de prestaciones, según lo que señala Acuña (2000); en cambio el nuevo sistema le entregó al estado un rol subsidiario en la provisión y financiamiento de los servicios de salud. Las entidades que se crearon, se convirtieron en aseguradoras en el marco de la seguridad social, financiadas con las cotizaciones obligatorias del 7% (desde 1986), pero estas funcionaban como seguros privados, tarifando los planes por riesgo, Vergara (2007).

Un hecho importante de la reforma, es que hasta ese entonces el ente rector de la Salud en Chile, el Ministerio de Salud, tenía las funciones de velar por los intereses de la salud pública y ser un regulador del sistema, cuestión que se modificó, ya que se le asignaron nuevas labores luego de la reforma, traspasándoles la gestión de la red asistencial de provisión de servicios salud, lo cual generó que gran parte de sus recursos se concentraran en esta función, dejando de lado las funciones que hasta antes de la reforma desempeñaba, lo que

se tradujo en una desregulación del sistema, que beneficio a las entidades de seguros privados, como lo señala Vergara (2007). Acuña (2000) agrega que en la concepción original del régimen militar, la reforma de salud y por consiguiente la creación de las ISAPRE, no estaba pensado para que estas compitieran con el sistema público, si no por el contrario, el sistema fue ideado para que FONASA se encargara de la población más pobres, donde eventualmente parte de estos pasasen a los seguros privados por medio de subsidios a la demanda, para que de esta forma la aseguradora publica fuese desapareciendo con el paso del tiempo.

Con esta reforma de salud, el régimen militar generó un sistema mixto de seguros de salud, lo que se traduce en la coexistencia de dos tipos de entidades con fines en sí mismos distintos, ya que por un lado se encuentra el Fondo Nacional de Salud con una lógica de seguridad social, es decir público, solidario, de reparto y no discriminatorio; y por otro lado se encuentra las Administradoras de Salud Previsional con una lógica distinta, privada, con fines de lucro, con planes individuales y primas ajustadas por riesgo, según lo que señala Acuña (2000). En este sentido Vergara (2007), añade que el sistema se segmentó con esta reforma, por medio de los riesgos e ingresos, lo cual plantea un giro, ya que hasta antes de la reforma la segmentación se realizaba por categorías laborales. Homedesa y Ugaldeb (2000), menciona dos problemáticas con la creación de las instituciones privadas de aseguramiento, la primera de ellas es que para los afiliados es imposible poder determinar qué plan es más beneficioso desde el punto de vista de los precios, prestaciones y cobertura, debido a que las ISAPRE ofrecen una variedad incomparable de planes, y por otro lado si es que un afiliado considera que otro asegurador privado ofrece un mejor plan de salud, puede cambiarse, pero a la vez también debe cambiar de médico familiar, lo cual es poco aconsejable desde el punto de vista de la atención primaria.

Mediciones posteriores realizadas a 20 años de la reforma, en cuanto al gasto de bolsillo en salud, lo cual muestra que tan eficientes son los seguros de acuerdo a la protección financiera, señalan que estos han aumentado entre los años 1997 al 2007 fuertemente, donde en el estrato de menores ingresos la proporción entre gastos de bolsillo de salud y los gastos totales de los hogares tuvo un aumento mayor que en los estratos de mayores ingresos, según lo señalado por Cid y Prieto (2012). Por lo tanto, según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2010), cualquier sistema de protección financiera, es decir los

seguros de salud deben fomentar la equidad, aumentar el acceso a la salud, proteger del riesgo financiero a los hogares por enfermedades de salud y tender a la universalidad de las prestaciones de salud.

En esta investigación se realizará una comparación de los sistemas de aseguramiento de Salud existentes en Chile, es decir el sistema público FONASA y el sistema privado ISAPRE, para lo cual en el Capítulo 1, se presentará el marco de antecedentes, que consiste en la presentación de las características del sistema entre los años 2005 al 2014. En el capítulo 2, que corresponde al marco conceptual, donde se presentará la caracterización del financiamiento de la salud, el mercado de la salud y los sistemas de seguros de únicos y múltiples con ajuste de riesgo. En el capítulo 3 del marco teórico, se presentarán las funciones de cualquier sistema de protección de riesgo contra enfermedades de salud, lo que indicará que es lo que se debe medir para comparar sistemas de seguros. El capítulo 4, se presentará la metodología de la investigación, generando los 15 indicadores de comparación entre los seguros. El capítulo 5, muestra los resultados de los indicadores, para finalizar con conclusiones, limitaciones y aportes a las políticas públicas del país de esta investigación.

Capítulo I. Marco de Antecedentes.

El Sistema de Seguro de Salud de Chileno.

El sistema de salud en Chile, ha efectuado cambios a lo largo de su historia, en especial en su financiamiento y aseguramiento. En el año 1980, con la constitución del mismo año, nace en el país el actual sistema de salud. Según Drago (2006) en su estudio de la reforma al sistema de Salud Chileno define el modelo como un sistema dual, conformado en primer lugar por un sector público, financiado con el 7% de las cotizaciones de las personas, más aporte fiscal proveniente de los impuestos; y en segundo lugar un sistema privado financiado con el 7% de cotizaciones de las personas, más un ajuste por riesgo (en promedio 9,8%).

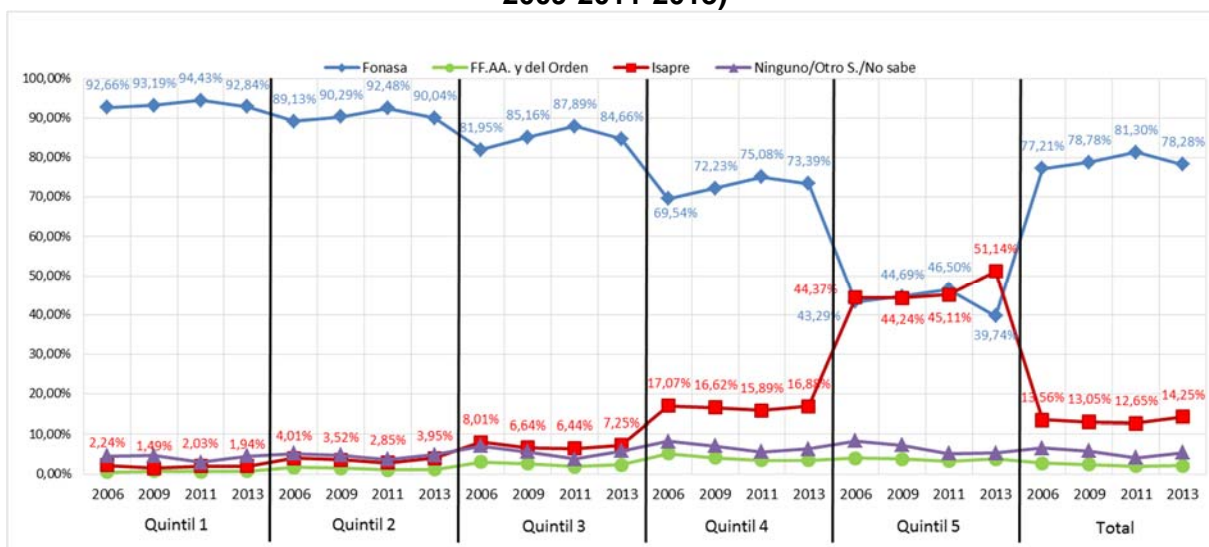
En el Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud (2014) se agrega un tercer elemento a los dos ya mencionados, para definir el sistema, y es que en el nuevo orden establecido se dio lugar a que los individuos tienen la posibilidad de elegir libremente entre ambos sistemas de aseguramiento.

Para administrar los recursos en ambos sectores, se creó en el sector público el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y en el sector privado Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). En los años 90, se crea una institución de regulación y supervisión llamada superintendencia de ISAPRE, que se encargaba de supervigilar al sector privado, y que posteriormente, en el año 2005 pasó a llamarse Superintendencia de Salud, la cual tenía la misión de vigilar tanto al sector público como privado, Drago (2006). Posteriormente, en el año 2003 se reconocen elementos como el derecho a la salud, la equidad, la solidaridad, la eficiencia y la participación social, con lo cual se genera un sistema de Garantías Explicitas de Salud, llamado GES.

Según Albornoz, Arteaga, Barría Iroumé, Barría Gutiérrez, Castillo, et al (2014), señalan que pese a las innumerables reformas al sistema, este sigue siendo dual y segmentado, con dos regímenes de aseguramiento, uno individual privado y uno solidario público, con lo cual el sistema está segmentado por riesgo e ingreso.

De acuerdo a Uthoff, Sánchez y Campusano (2012) el sistema público de aseguramiento (FONASA) atiende al 78,8% de la población del país, dentro de los que se encuentran los ingresos más bajos, población de más edad y los individuos con enfermedades catastróficas; y por otro lado el sistema privado solo atiende al 13,1% de la población, individuos con altos ingresos, sin preexistencias y preferentemente hombres entre 25 y 45 años, edades donde las enfermedades se presentan en menor grado. Según Olavarría (2005) FONASA tiene más beneficiarios en los cinco quintiles de la población, incluso en el último quintil, donde las ISAPRE benefician al 46,1% de los individuos de ese quintil, mientras que el 46,3% son beneficiados por el seguro público, hasta el años 2011, ya que según la Casen del 2013 las ISAPRE alcanzan un 51,14% mientras que FONASA solo llega a los 39,74% en el quinto quintil (ver gráfico 1.1). Cabe señalar, que salvo el último quintil, en el resto de grupos divididos por ingreso autónomo, la participación de asegurados en FONASA es mucho más amplia que las ISAPRE, tal como se aprecia en el gráfico 1.1

Gráfico 1.1 Afiliación a Sistemas de Salud por quintil ingreso autónomo (años 2006-2009-2011-2013)



Fuente: Elaboración propia, en base a la encuesta CASEN del año 2006 - 2009 - 2011 - 2013, con factores de expansión.

La Superintendencia de Salud define la función de ambas aseguradoras¹, donde en el caso de FONASA, la define como “el organismo público que se encarga de otorgar cobertura de atención a las personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales para la salud, así

¹ Superintendencia de Salud (2014). Extraído de la página web: <http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-article-6336.html>. Extraído el 14 de abril de 2015

también protege a aquellas personas que carecen de ingresos, ya que el Estado realiza un aporte fiscal directo". En el caso de las ISAPRE, estas están compuestas por 13 instituciones, de las cuales 7 son abiertas² y 6 son cerradas³, definiéndoselas como, *"las instituciones que se encargan de financiar las atenciones y beneficios de salud, así como las actividades afines o complementarias, a las personas afiliadas y sus cargas, que cotizan el valor de un plan pactado"*⁴.

Características del Financiamiento del Sistema.

El financiamiento del modelo de aseguramiento tiene grandes diferencias, en el caso de las ISAPRE, según los Resultados Financieros del Sistema ISAPRE a Diciembre de 2014 (Superintendencia de Salud, 2014), el sistema recauda, a esa fecha por concepto de cotizaciones de salud \$1.952.040 millones de pesos, por lo que el crecimiento de los ingresos operacional desde el año 2005 es de 75,70% (ver gráfico 1.2). Tanto las cotizaciones legales como las cotizaciones adicionales voluntarias han aumentado, en el periodo de estudio, 75,78% y 76,02% respectivamente, mientras que los aportes adicionales tuvieron una baja de un 43,91% (ver gráfico 1.2).

Los ingresos desagregados de las ISAPRE, se componen de las cotizaciones legales del 7% y las cotizaciones adicionales voluntarias, las cuales son las principales fuentes que los cotizantes utilizan para financiar el costo de sus planes. Los ingresos de las ISAPRE por concepto de cotizaciones, han aumentado en el periodo de estudio, alcanzando los \$93.974 en promedio por cotizante en el 2014, lo que se traduce en un aumento del 17% desde el 2005, mientras las cotizaciones adicionales promedio aumentaron un 17,15% (ver gráfico 1.3). Por su parte, las rentas imponible promedio⁵ han aumentado en el periodo de estudio desde los \$813.477 en el 2005 hasta los \$980.496 en el 2014 (ver gráfico 1.3), que equivale a un 17,03% de aumento, lo que implica, que la cotización promedio equivale al 9,58% de los ingresos de los cotizantes en el año 2014, tal como se aprecia en el gráfico.

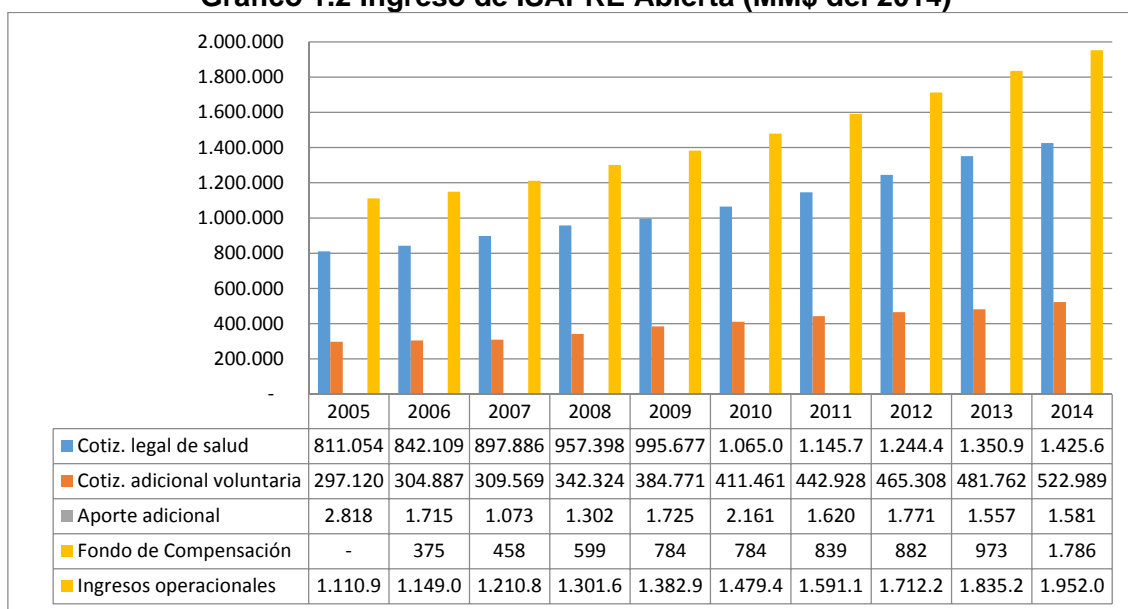
² Según la Superintendencia de Salud 2014, las ISAPRE abiertas se definen como aquellas instituciones que poseen una afiliación y planes de salud de oferta pública.

³ Según la Superintendencia de Salud 2014, las ISAPRE cerradas se definen como aquellas instituciones que realizan prestaciones a trabajadores de una determinada empresa o institución.

⁴ Superintendencia de Salud 2014. Extraído el 31 de diciembre de 2014, de la página <http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-propertyvalue-623.html>

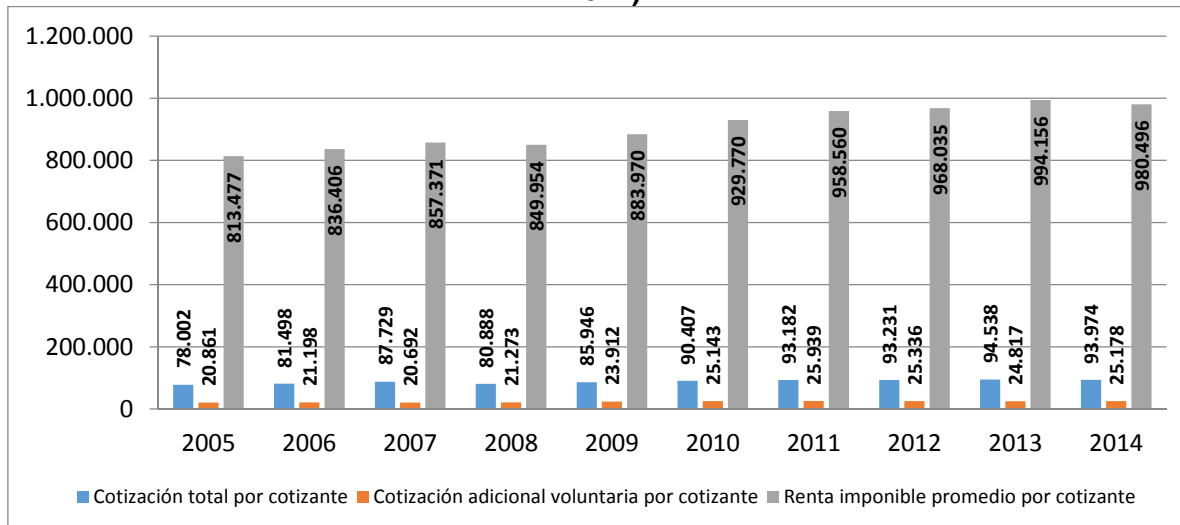
⁵ Las rentas imponible promedio consideran, en muchos casos, el tope legal.

Gráfico 1.2 Ingreso de ISAPRE Abierta (MM\$ del 2014)



Fuente: Elaboración Propia, Datos Superintendencia de Salud, Bases de información financiera 2005-2014.

Gráfico 1.3 Cotizaciones por Asegurados ISAPRE Abierta 2005-2014, (en pesos del año 2014)

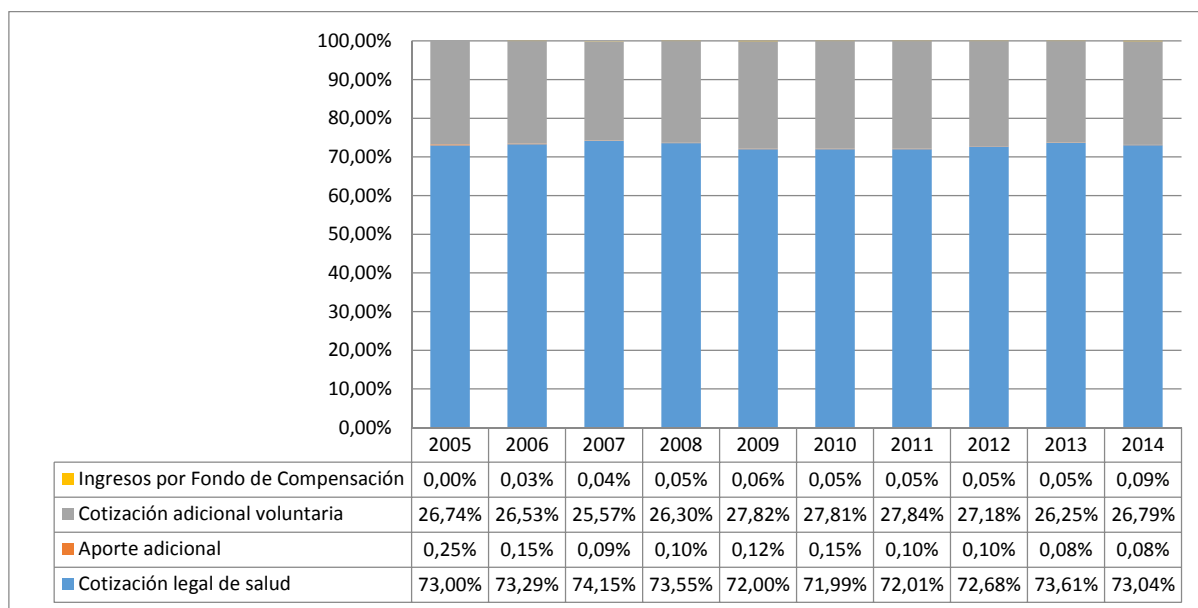


Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo, FEFI al 31 de diciembre 2014.

La relación porcentual de los ingresos de la aseguradora privada se ha mantenido relativamente constante, lo que se puede apreciar en el gráfico 1.4. Los ingresos más importante de las ISAPRE, corresponden a las cotizaciones legales del 7%, las cuales representan el 72,93% en promedio en el periodo de estudio, seguido de las cotizaciones voluntarias que representan los 26,88% de los ingresos en promedio, que sumadas en

promedio representan el 99,82% aproximado de los ingresos de las aseguradoras ISAPRE. Cabe mencionar que el Fondo de compensación es muy limitado en el periodo de análisis, debido a que en ningún año alcanza el 1% (ver gráfico 1.4).

Gráfico 1.4 Relación Porcentual Anual de Ingresos de ISAPRE Abiertas



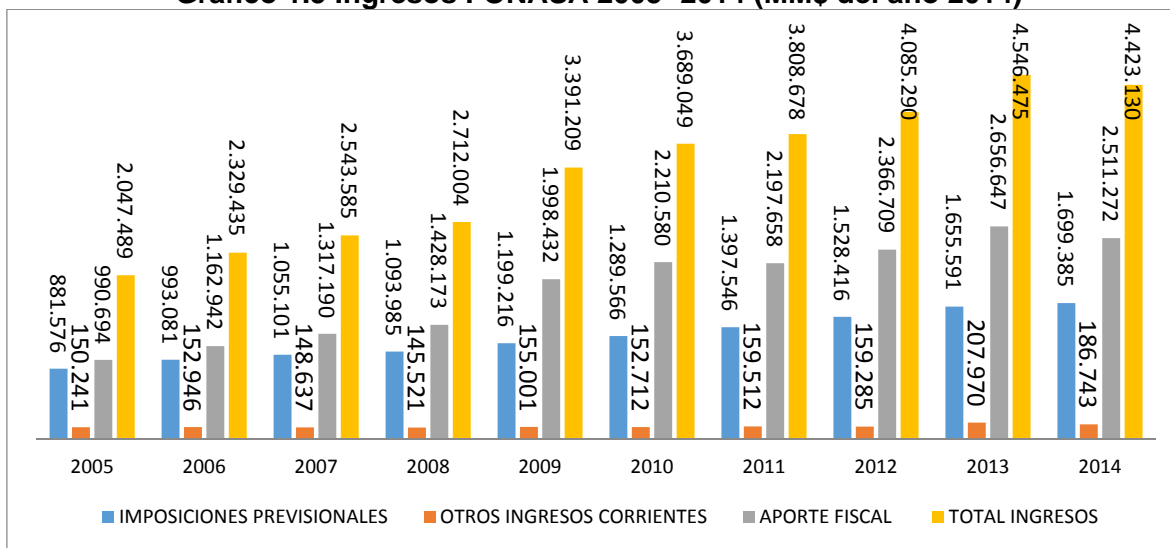
Fuente: Elaboración Propia, Datos Superintendencia de Salud, Bases de información financiera 2005-2014.

El Fondo Nacional de Salud (FONASA), posee un sistema de financiamiento que se compone de 2 ítems principales de ingresos para esta institución pública, por un lado recibe aportes de los cotizantes, de un 7% de los ingresos de estos, los cuales son obligatorios, y que en el año 2014 alcanzaron el orden de los \$1.699.385 millones (ver gráfico 1.5), que corresponde a un crecimiento del 92,77% respecto al año 2005. Es decir, en los últimos años los ingresos por vía de las cotizaciones han mejorado, debido principalmente a la eliminación de los falsos indigentes, la reclasificación de los asegurados en los tramos que efectivamente les corresponden y la llegada de nuevos asegurados al sistema público⁶. Por otro lado, los aportes del estado vía impuestos alcanzan en el año 2014 los \$2.511.272 millones de pesos, cuya cifra ha aumentado sistemáticamente los últimos nueve años, alcanzando un crecimiento de 153,49% desde el año 2005 (ver gráfico 1.5). Estos

⁶ Fondo Nacional de Salud, FONASA (2013). Boletín FONASA. FONASA Informa N°1 – 2013.

crecimientos en el financiamiento de FONASA, se traducen en un aumento del total de los ingresos de 116,03% en el periodo de estudio.

Gráfico 1.5 Ingresos FONASA 2005 -2014 (MM\$ del año 2014)



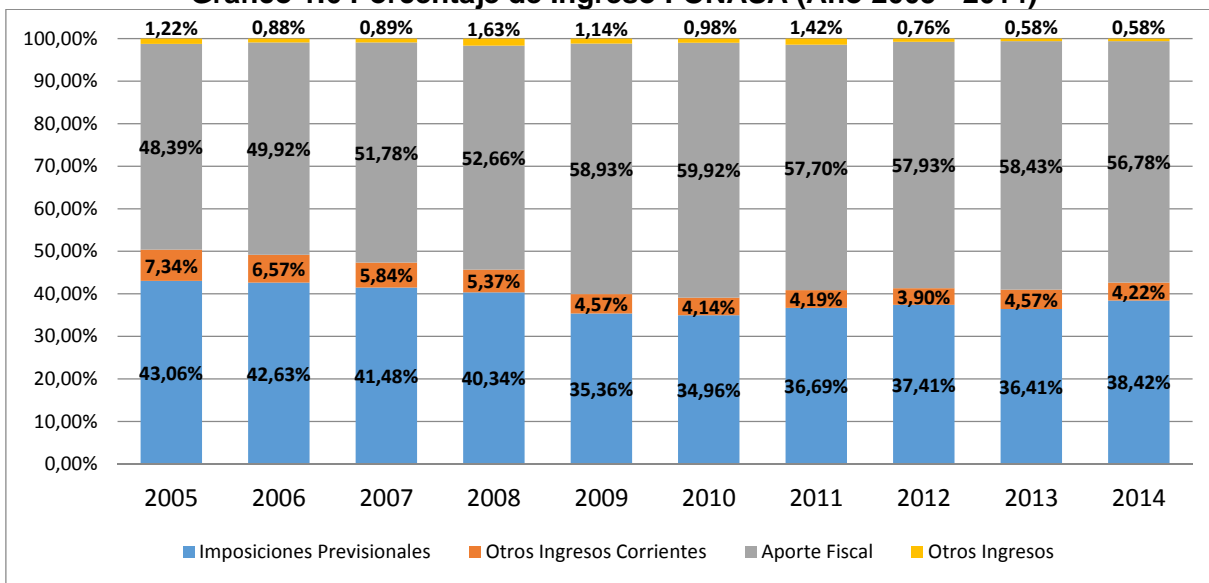
Fuente: Elaboración Propia, datos Balance Presupuestario, FONASA 2005-2013, datos de presupuestos devengados DIPRES 2014

En el gráfico 1.6 se aprecia la importancia relativa de los ingresos de FONASA, donde el principal ingreso proveniente de los aportes fiscales equivale al 56,78% del total en el 2014, cuya importancia ha aumentado desde el año 2005 donde solo equivalía al 48,39% del total; por otro lado los ingresos provenientes del 7% la tendencia es a la inversa donde en el 2005 tenía una importancia del 43,06%, lo que ha disminuido hasta el 38,42% del total en el año 2015. Al respecto, se puede señalar que en el año 2005 los aportes entre las cotizaciones y los aportes fiscales se dividían con un leve porcentaje de diferencia y donde sumaban el 91,44% del total del financiamiento, mientras que esto cambia en el 2014 donde el peso del aporte fiscal se intensifica en comparación a las cotizaciones, y donde estos dos ítems corresponden al 95,20% del financiamiento de FONASA.

Con respecto a las utilidades de las ISAPRE, desde el 2005 hasta el 2013 han tenido un promedio de \$54.842 millones de pesos, observándose periodos de tres años bajo este promedio, seguido de tres años por sobre este promedio (ver gráfico 1.7). Mientras que en el caso de FONASA no existen utilidades ni pérdidas, ya que es un sistema público, que utiliza

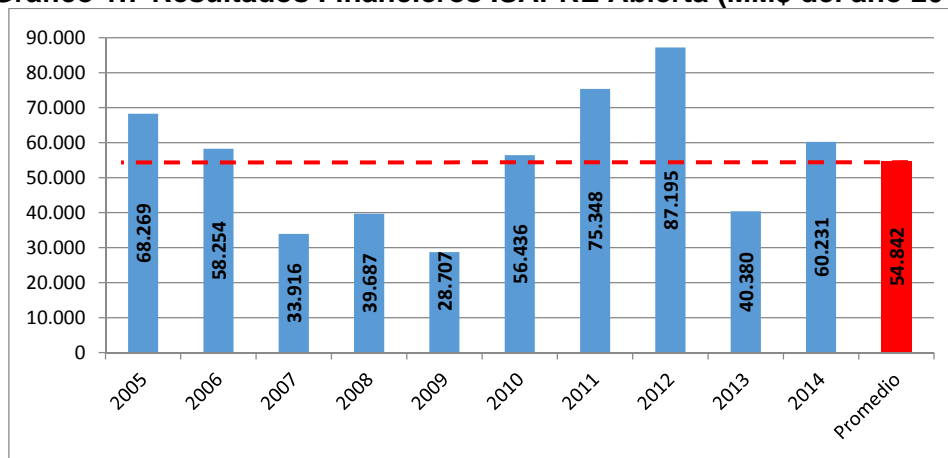
todos los recursos recaudados para la protección de salud y en los últimos 4 años se ha mejorado su recaudación, mejorando así también su presupuesto.

Gráfico 1.6 Porcentaje de Ingreso FONASA (Año 2005 - 2014)



Fuente: Elaboración Propia, datos Balance Presupuestario, FONASA 2005-2013, datos de presupuestos devengados DIPRES 2014

Gráfico 1.7 Resultados Financieros ISAPRE Abierta (MM\$ del año 2014)



Fuente: Superintendencia de Salud, Resultados Financieros del Sistema ISAPRE, Diciembre de 2014

En el año 2005, se creó un Fondo de Compensación Solidaria entre las ISAPRE (FCSI), como un método de regulación, para compensar a las instituciones que representan un nivel de riesgo superior al promedio en la provisión de las Garantías Explícitas en Salud (GES). Este fondo busca compensar a aquellas que generen una diferencia entre la suma de las primas comunitarias que se determine para las GES y la suma de las primas ajustadas por

riesgo que determina cada institución, para cada uno de sus beneficiarios según el sexo y la edad de estos⁷.

Según la Superintendencia de Salud (2006), el objetivo del fondo fue disminuir la discriminación por precios, la selección por riesgo y el descreme del mercado por parte de las ISAPRE, al introducir elementos de solidaridad que permiten compartir el riesgo financiero que representan las poblaciones que generan un mayor gasto en salud, específicamente, los adultos mayores y las mujeres en edad fértil⁸.

El sustento que existe para el establecimiento de un fondo de compensación inter-ISAPRE, según la propuesta de regulación al problema de los precios, planes y cautivos en ISAPRE y su Relación con el Fondo de compensación solidario, de la Superintendencia de Salud (2009), señala que si el gasto sanitario se concentra a niveles muy altos en una parte de la población, se hace necesaria una compensación equitativa de los riesgos que asumen cada aseguradora, lo cual se sustenta en el hecho de que las instituciones aseguradoras no deben competir por seleccionar los riesgos más bajos entre la población, ya que esto no es eficiente y discriminatorio para los individuos más riesgosos.

Las ISAPRE que se encuentran dentro del fondo de compensación en la actualidad, son las 7 instituciones aseguradoras abiertas, entre las que se encuentran Cruz Blanca, Mas Vida S.A., Ferrosalud S.A., Colmena Golden Cross S.A., Vida Tres S.A., Banmédica S.A. y Consalud S.A. Entre estas instituciones las que poseen un nivel de riesgo mayor al promedio son las aseguradoras compensadas y las que están bajo el promedio son las aportadoras.

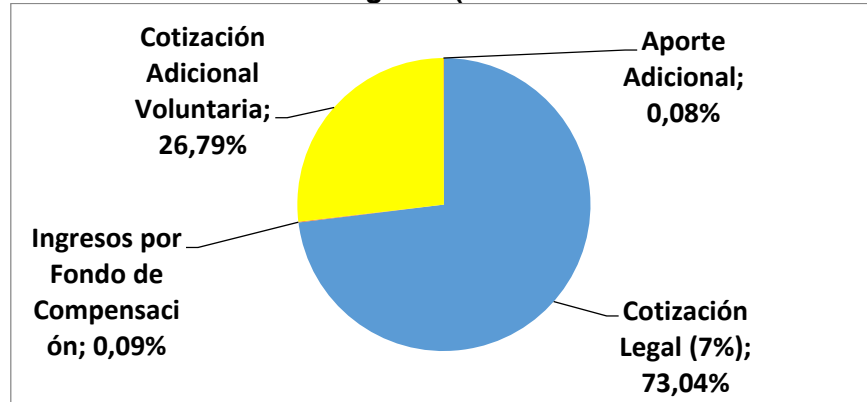
Los ingresos de las ISAPRE por fondos de compensación han aumentado de los 377 millones de pesos en el 2006 hasta los 1.786 millones de peso en el año 2014⁹, que equivale a un crecimiento del 373,7%. Si bien el fondo de compensación inter-ISAPRE ha aumentado en el tiempo, como porcentaje de los ingresos totales de las ISAPRE es aun pequeño, solo alcanzando el 0,09% de las entradas totales de todas las empresas aseguradoras, en el año 2014, que se aprecia en el gráfico 1.8.

7 Superintendencia de Salud (2012). *Principales Indicadores de Monitoreo del Sistema ISAPRE, A Diciembre de 2011*. Departamento de Estudios y Desarrollo

8 Superintendencia de Salud (24 de julio de 2006). Fondo de Compensación Solidario Interisapres. Extraído el 08 de marzo de 2015. Página Web: <http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-article-514.html>

⁹ Superintendencia de Salud, Resultados Financieros del Sistema ISAPRE, 2006 - 2013.

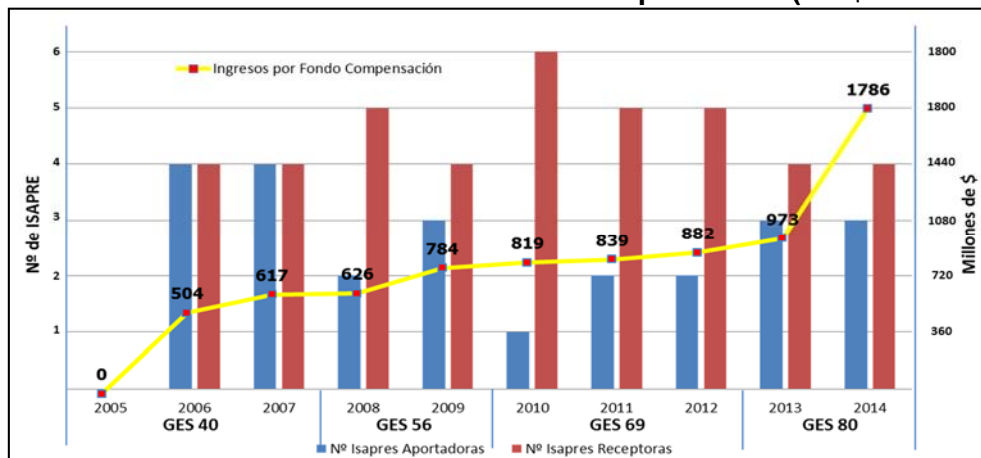
Gráfico 1.8 Estructura del Ingreso (actividades ordinarias año 2014)



Fuente: Elaboración Propias, Datos extraídos desde Superintendencia de Salud, Resultados Financieros del Sistema ISAPRE A Diciembre de 2013

En los dos años iniciales, de entrada en vigencia del fondo de compensación inter-ISAPRE, las aseguradoras que se encontraban por sobre el promedio de riesgo (aportantes) y las que se encontraban por bajo el promedio de riesgo (receptoras) se mantuvieron equilibradas, en cambio desde el 2008 en adelante las instituciones han optado por aumentar el riesgo, beneficiando a población de estas características, dado que las patologías GES han aumentado en forma sucesiva desde 40 en el 2006 hasta 80 en el 2013 (ver gráfico 1.9). Es decir, las aseguradoras receptoras de los fondos de compensación, desde el 2008 en adelante, siempre han sido más que las aportadoras, donde se destaca la ISAPRE Mas Vida S.A. como la institución que siempre ha aportado fondos al sistema de compensación, debido a que los beneficiarios de esta aseguradora son de menor riesgo dentro del sistema.

Gráfico 1.9 Características del Fondo de Compensación (MM\$ del 2014)



Fuente: Elaboración Propias, Datos extraídos desde Superintendencia de Salud, Resultados Financieros del Sistema ISAPRE, 2005 – 2014

Básicamente el problema del sistema de salud en Chile, según Cid (2011b), es que existe una competencia por el riesgo, donde se aprecia una diferencia de riesgo entre FONASA e ISAPRE de un 33% en promedio, tras considerar edad, sexo y patologías clínicas anteriores, que significa que un beneficiario de FONASA es un 33% más riesgoso que un beneficiario de ISAPRE. Por lo tanto, el resultado de que los ciudadanos puedan elegir entre aseguradoras, es que cuando un individuo elige una ISAPRE, se sale del *pool* de riesgo conjunto y entra al *pool* de una aseguradora que está en competencia con otras ISAPRE, Cid (2011).

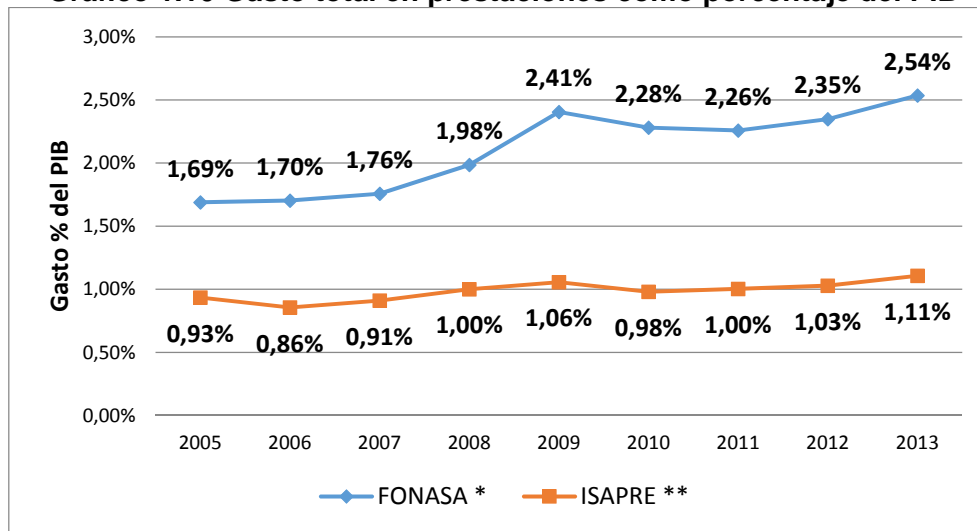
En este sentido, los individuos solo comparten el riesgo con personas de similares características dentro de un mismo plan, lo que deriva en un sistema poco solidario, Butelmann, Duarte, Nehme, Paraje y Vergara (2014). Es así, que un sistema de compensaciones interISAPRE es limitado en su accionar, debido a que las aseguradoras privadas, en su conjunto, actúan beneficiando a cotizantes de menor riesgo comparados con aquellos del FONASA, por lo tanto el impacto del fondo de compensación es insuficiente en términos de eficiencia y solidaridad.

Gasto en prestaciones de salud como porcentaje del PIB.

El gasto en prestaciones de salud de ambos sistemas de aseguramiento, como porcentaje del PIB de la nación se apreciar en el gráfico 1.10, donde en FONASA, el gasto como porcentaje del PIB en prestaciones en todo el periodo ha aumentado pasando de 1,69% del PIB en el año 2005, hasta un 2,54% del PIB en el 2013, lo que implica un crecimiento al doble en el gasto como porcentaje del PIB. Además se distingue que entre el 2005 y el 2009 fue el momento donde el crecimiento fue más acelerado alcanzando un pick de 2,41% del PIB, para luego decaer y volver a crecer en los últimos dos años del periodo de estudio. Al contrario en las aseguradoras ISAPRE, el gasto en prestaciones como porcentaje del PIB se ha mantenido relativamente constante, en torno al 0,99% promedio del PIB.

Cabe señalar, que como porcentaje del PIB, FONASA realiza mayor gasto en prestaciones de salud en comparación a las ISAPRE, lo que se explica porque el seguro público de salud beneficia a un mayor número de personas, las cuales pertenecen a sectores más vulnerables en cuanto a ingresos, a la población de mayor edad, y a la población de mayor riesgo dentro del país.

Gráfico 1.10 Gasto total en prestaciones como porcentaje del PIB



Fuente: Elaboración propia, con datos de las estadísticas FONASA y la Superintendencia de Salud.
 * FONASA incluye gasto de programa atención primaria, programa prestaciones valoradas, programa prestaciones institucionales y subsidio de incapacidad laboral.
 ** ISAPRE incluye gasto en prestaciones médicas y subsidio de incapacidad laboral.

Características Demográficas del Sistema.

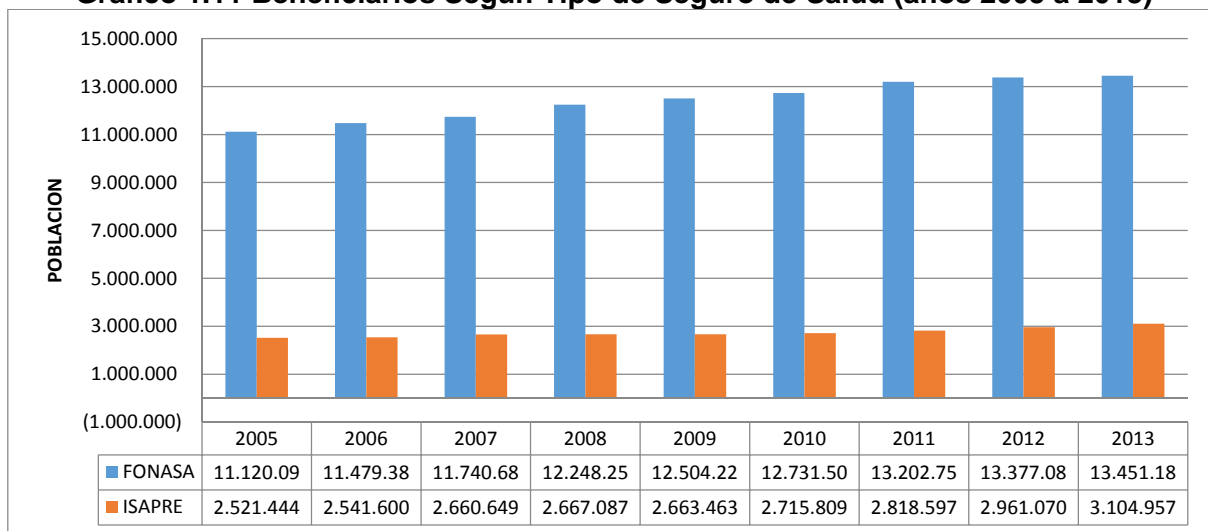
Los sistemas de aseguramiento de la salud, discrepan desde el punto de vista demográfico de los beneficiarios, observándose características y cuantías distintas. El seguro de FONASA protege a 13.422.211 personas a nivel nacional, equivalente al 76,28 de los asegurados (ver gráfico 1.11), donde la principal característica del sistema es que no realiza ningún tipo de discriminación, ya sea por edad, nivel de ingreso, preexistencias médicas, sexo y origen de una persona, ya que en FONASA la cobertura de salud está garantizada para todo el que la solicite¹⁰. Los beneficiarios de este seguro optan a un plan único de salud, recibiendo atenciones de salud de acuerdo a sus necesidades, sin importar el nivel de riesgo de cada individuo, y donde los cotizantes aportan según su capacidad económica.

Los beneficiarios de prestaciones de salud en FONASA, son divididos en no cotizantes y los cotizantes (y sus familias) (ver tabla 1.1). La primera categoría es el grupo A (3.195.979 beneficiarios en el 2013), carente de ingresos, los que se puede atender única y exclusivamente en todos los establecimientos de la red pública del país. Por otro lado, los

¹⁰ Fondo Nacional de Salud, FONASA (2013). Boletín FONASA. FONASA Informa N°1 – 2013.

cotizantes y sus familias se dividen en los grupos B, C y D según la renta imponible mensual y el número de cargas por familia, tal como se aprecia en la tabla 1.1.

Gráfico 1.11 Beneficiarios Según Tipo de Seguro de Salud (años 2005 a 2013)



Fuente: Elaboración Propia, base datos Estadística Demográfica, FONASA y Superintendencia de Salud, Estadísticas de Cartera del Sistema ISAPRE.

Tabla 1.1 Grupos de FONASA

| Grupo | Ingreso del Asegurado | % de copago MAI | Bonificación Modalidad Libre Elección |
|-------|---|-----------------|---------------------------------------|
| A | <ul style="list-style-type: none"> Indigentes o Carente de Recursos Causantes de Subsidio Familiar (ley 18.020) | 0% | No Tiene Acceso |
| B | <ul style="list-style-type: none"> Ingreso Imponible Mensual menor o igual \$241.000 Beneficiarios de Pensiones Básicas Solidarias | 0% | Hasta un 75% del Nivel 1 |
| C | <ul style="list-style-type: none"> Ingreso Imponible Mensual mayor a \$241.000 y menor o igual a \$351.860 Con 3 o más cargas Familiares pasa a Grupo B | 10% | |
| D | <ul style="list-style-type: none"> Ingreso Imponible Mensual mayor a \$351.860 Con 3 o más cargas Familiares pasa a Grupo C | 20% | |

Fuente: FONASA, Asegurados 2014.

Los cuatro grupos de beneficiarios pueden optar a la MAI, donde dependiendo del grupo en el que se encuentre categorizados, es el copago que deberán realizar. Los beneficiarios que acceden a la MAI, reciben atención de salud principalmente en la red asistencial pública, donde el nivel inicial de prestaciones se efectúa en la atención primaria de salud (APS), preferentemente consultorios dependientes de las municipalidades, siendo derivados a los niveles secundarios o terciarios, cuando el problema de salud no es resuelto en el nivel primario (con excepción de la urgencia, que la atención se realiza en el nivel donde el

beneficiario la solicito)¹¹. Los copagos realizados por los beneficiarios en la MAI en los distintos grupos, se presentan en la tabla 1.1, donde cabe señalar que las prestaciones realizadas en la APS, no presenta copago independiente del grupo al cual pertenece el beneficiario, así como también los mayores de edad (60 años en adelante), no realizan copago en ningún nivel de atención de la red asistencial de salud¹².

Respecto a las bonificaciones de la MLE, los grupos B, C y D pueden acceder a esta modalidad de atención, donde FONASA realiza un convenio con prestadores públicos y privados, en cualquiera de los tres niveles arancelarios de la MLE (nivel 1, nivel 2 y nivel 3), estableciendo posibles prestaciones para los asegurados¹³. Por lo tanto, el copago realizados por los beneficiarios, no dependen del grupo al cual pertenecen, si no por el contrario, al convenio que adscribió el prestador con FONASA, que en general es el nivel 1 del 50% de bonificación (con excepción de la prestaciones por parto), lo que significa, que si el convenio es de un nivel superior, la diferencia la debe copagar también por el beneficiario.

De acuerdo al Informe Final de Evaluación del Gasto Institucional de Fondo Nacional de Salud (2013), este posee una serie de deficiencias en cuanto a su diseño, ya que este seguro público no realiza por si sola la función de definición de los ámbitos financiero y tampoco define la calidad de las prestaciones para sus afiliados, todo esto en cuanto al ámbito de políticas y regulación. En este mismo sentido FONASA no gestiona proveedores de algunas prestaciones de la modalidad atención institucional, lo que genera problemas en la selección de estos. Este mismo informe se señala que el seguro público concentra sus tareas en el traspaso de recursos a la modalidad de atención institucional y a la de libre elección, con lo cual no realiza acciones para controlar costos, reducir prestaciones y análisis actuariales para predecir déficit del financiamiento, lo cual se acentúa debido a que FONASA posee un precario sistema de información financiera, en especial en la modalidad atención institucional.

¹¹ Instituto de Administración de Salud (IAS), Universidad de Chile (2013). Informe Final, Evaluación del Gasto Institucional del Fondo Nacional de Salud. Preparado para la dirección de presupuestos, Ministerio de Hacienda.

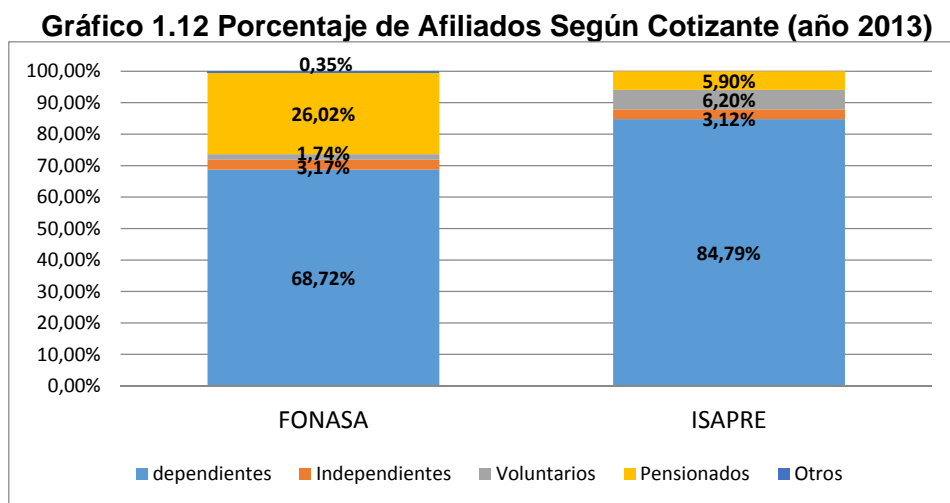
¹² Instituto de Administración de Salud (IAS), Universidad de Chile (2013). Informe Final, Evaluación del Gasto Institucional del Fondo Nacional de Salud. Preparado para la dirección de presupuestos, Ministerio de Hacienda.

¹³ Instituto de Administración de Salud (IAS), Universidad de Chile (2013). Informe Final, Evaluación del Gasto Institucional del Fondo Nacional de Salud. Preparado para la dirección de presupuestos, Ministerio de Hacienda.

En cambio, las ISAPRE tienen un régimen distinto de beneficiarios, según el Análisis Descriptivo de la Cartera del Sistema ISAPRE a diciembre de 2013, los beneficiarios alcanzan las 3.206.312 de personas (ver gráfico 1.11) y han tenido un crecimiento menor que el FONASA durante los años 2005 al 2013, 17,03% y 20,96%, respectivamente.

En cuanto a las características de los seguros de salud, en FONASA cotizan 5.718.110 individuos, los cuales provienen principalmente de trabajadores dependientes y de pensionados, que equivalen al 68,72% y al 26,02%, respectivamente. En cambio, las ISAPRE se diferencian sustancialmente del seguro público, donde cotizan 1.732.754 individuos y son casi exclusivamente trabajadores dependientes, que alcanzan el 84,79% de las personas (ver gráfico 1.12) y donde los pensionados solo corresponden al 5,9% de los cotizantes del seguro privado.

Respecto a la distribución según la localidad del beneficiario (ver tabla 1.2), en el año 2013, en la Región Metropolitana se encuentra el número más grande de beneficiarios del FONASA, alcanzando los 4,9 millones de individuos equivalentes al 36,86% del total de beneficiarios, mientras que en el resto de las regiones son 8,5 millones de beneficiarios, destacándose las regiones del Biobío y Valparaíso con mayor número de beneficiarios en el seguro público. Cabe mencionar, que la distribución poblacional de FONASA se asemeja a la distribución poblacional del país según las estadísticas demográficas del INE (ver tabla 1.2).



Fuente: Elaboración Propia, base datos Estadística Demográfica FONASA, base datos Superintendencia de Salud, Estadísticas de Cartera del Sistema ISAPRE.

Tabla 1.2 Distribución de la población por seguro¹⁴ (año 2013)

| Nombre Región | FONASA | % FONASA | ISAPRE | % ISAPRE | INE 2013 | % INE |
|-----------------------|-------------------|----------------|------------------|----------------|-------------------|----------------|
| Arica y Parinacota | 178.720 | 1,33% | 27.795 | 0,87% | 226.993 | 1,30% |
| Tarapacá | 232.584 | 1,73% | 66.597 | 2,08% | 312.965 | 1,79% |
| Antofagasta | 376.336 | 2,80% | 197.244 | 6,15% | 594.755 | 3,41% |
| Atacama | 233.063 | 1,73% | 51.304 | 1,60% | 299.863 | 1,72% |
| Coquimbo | 588.633 | 4,38% | 75.031 | 2,34% | 735.178 | 4,21% |
| Valparaíso | 1.400.756 | 10,41% | 233.436 | 7,28% | 1.772.714 | 10,16% |
| O'Higgins | 718.991 | 5,35% | 125.285 | 3,91% | 894.409 | 5,13% |
| Maule | 861.554 | 6,41% | 80.043 | 2,50% | 1.020.830 | 5,85% |
| Biobío | 1.691.504 | 12,58% | 218.845 | 6,83% | 2.073.349 | 11,89% |
| Araucanía | 780.244 | 5,80% | 83.619 | 2,61% | 970.722 | 5,56% |
| Los Lagos | 680.475 | 5,06% | 108.470 | 3,38% | 822.299 | 4,71% |
| Los Ríos | 316.872 | 2,36% | 35.585 | 1,11% | 395.924 | 2,27% |
| Aysén | 78.367 | 0,58% | 10.680 | 0,33% | 105.388 | 0,60% |
| Magallanes | 120.879 | 0,90% | 30.418 | 0,95% | 161.919 | 0,93% |
| Metropolitana | 4.958.016 | 36,86% | 1.861.960 | 58,07% | 7.057.491 | 40,46% |
| Sin Clasificar | 234.194 | 1,74% | | | | |
| Total Regiones | 8.493.172 | 63,14% | 1.344.352 | 41,93% | 10.387.308 | 59,54% |
| Total Nacional | 13.451.188 | 100,00% | 3.206.312 | 100,00% | 17.444.799 | 100,00% |

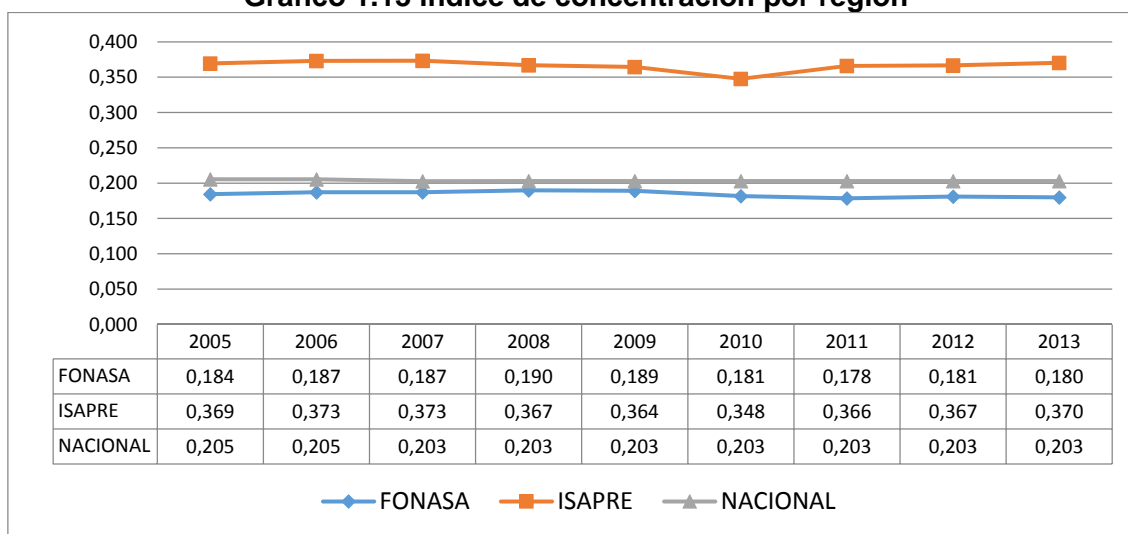
Fuente: Elaboración Propia, base datos Estadística Demográfica FONASA, base datos Superintendencia de Salud, Estadísticas de Cartera del Sistema ISAPRE y Base de datos Población Nacional INE.

El caso de las ISAPRE, la Región Metropolitana presenta el mayor número de beneficiarios, alcanzando los 1,8 millones de individuos equivalentes al 58,07% del total de su cartera, mientras que en el resto de las regiones solo llega hasta los 1,3 millones de beneficiarios, destacándose Valparaíso, Biobío y Antofagasta con un mayor número de beneficiarios (ver tabla 1.2).

Si analizamos los niveles de concentración de la población entre las distintas regiones para los años 2005 y el 2013, se puede apreciar en el gráfico 1.13 una mayor agrupación de los beneficiarios de ISAPRE con respecto a FONASA y a la distribución de la población a nivel nacional. En el caso de FONASA se distingue una tendencia relativamente constante de la concentración de sus beneficiarios en torno a un indicador de 0,184 en promedio, inferior al obtenido por las ISAPRE, que posee una trayectoria prácticamente constante, presentando un indicador promedio de 0,366 en el periodo de estudio, y superior en cuanto a la estadística poblacional, donde el índice varía alrededor de los 0,203 en todo el periodo de estudio (ver gráfico 1.13).

¹⁴ No se presenta la distribución de la población del seguro de la Fuerzas Armadas y otro tipo de seguros, ya que su participación a nivel nacional es minoritario.

Gráfico 1.13 Índice de concentración por región



Fuente: Elaboración propia, con datos de las estadísticas FONASA, la Superintendencia de Salud y el Instituto Nacional de Estadísticas.

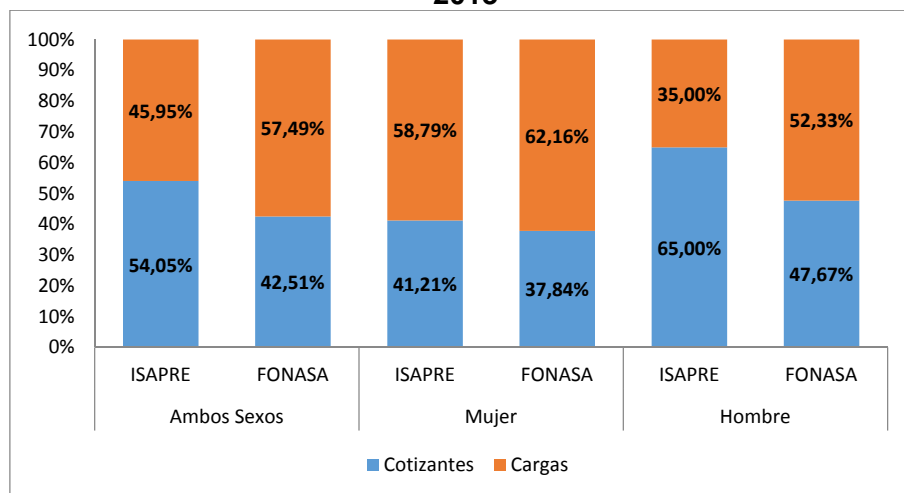
La distribución de los beneficiarios por seguro en cuanto a cotizantes y cargas, muestra que las ISAPRE presentan un mayor número de cotizantes como porcentaje del total de beneficiarios que FONASA (ver gráfico 1.14), donde el seguro privado posee un total de 3.205.934 beneficiarios, mientras que el seguro público posee 13.451.188 de beneficiarios. Es decir, en FONASA la relación es de 0,79 cargas por cotizante¹⁵, mientras que en las ISAPRE esa relación es de 0,85 cargas por cotizante.

Las ISAPRE poseen un total de 1.475.768 beneficiarias mujer que representan un 46,03% del total, mientras que FONASA posee 7.068.815 beneficiarias mujer que representan el 52,55% del total. La distribución de cotizantes y cargas señala que el número de cotizantes mujer como porcentaje del total de beneficiarias por seguro es similar, obteniendo un 41,21% y un 37,84%, para las ISAPRE y FONASA respectivamente (ver gráfico 1.14).

En cambio, el hombre representa el 53,97% del total de beneficiarios en las ISAPRE, mientras que en FONASA representan el 47,45% del total de beneficiarios. Del total de hombres en cada seguro, la distribución entre cotizantes y cargas muestra que el 65% de los beneficiarios hombre es cotizante en las ISAPRE, en cambio en FONASA el 47,67% de los beneficiarios hombre son cotizantes (ver gráfico 1.14).

¹⁵ Para el cálculo de esta relación, se descontó los beneficiarios de grupo A, ya que este grupo no posee cotizantes, con lo cual se sobrestimaría la relación.

Gráfico 1.14 Distribución de los beneficiarios según Sexo, ISAPRE y FONASA año 2013



Fuente: Elaboración Propia, base datos Superintendencia de Salud, Estadísticas de Cartera del Sistema ISAPRE y base datos Estadística Demográfica FONASA

Por otro lado, el sexo de los cotizantes (ver anexo 1) muestra que en las ISAPRE el 35,10% es mujer, mientras que en FONASA el 46,79% es mujer, lo que revela la discriminación realizada por el seguro privado a la mujer, ya que este porcentaje de cotizantes mujer es inferior al porcentaje de ocupación laboral femenina¹⁶. En cambio, la distribución de las cargas señala que el porcentaje de mujeres en ambos seguros es similar, siendo 58,89% y 56,81% para las ISAPRE y FONASA respectivamente (ver anexo 1).

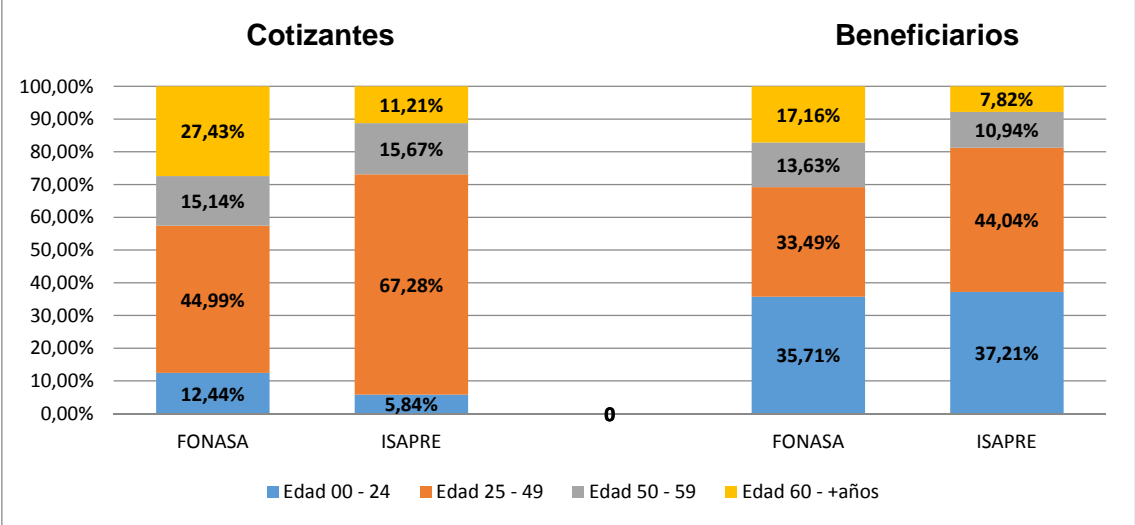
Con respecto a la edad de los cotizantes en ambos seguros, se aprecia en el gráfico 1.15, que las ISAPRE en el año 2013, se financia con aportes principalmente del grupo etario entre los 25-49 años, que alcanzan el 67,28% de los cotizantes, mientras que en FONASA el grupo etario entre los 25-49 años representa el 44,99% de los cotizantes. FONASA posee más del doble de cotizantes, en porcentaje, en los grupos etarios de edad inferior a 25 y mayor a 60 años, en comparación a las ISAPRE.

En el caso de los beneficiarios por edad en el año 2013, las diferencias entre ambos seguros se aprecian en el gráfico 1.15, el cual señala que en el grupo etario de 25-49 años, FONASA posee un porcentaje menor de beneficiarios que las ISAPRE, donde el seguro público

¹⁶ La tasa de ocupación de la mujer en el mercado laboral el año 2013, fue 40,3% de los ocupados en el país para el género femenino, siendo este superior a la tasa de cotizantes mujer de las ISAPRE e inferior a la tasa de cotizantes mujer de FONASA, de acuerdo a los datos del INE.

alcanza los 33,49% mientras que el seguro privado alcanza los 44,04% del total de beneficiarios. En cambio, en el grupo etario de sobre 60 años, la relación se invierte, ya que en FONASA el 17,16% de los beneficiarios pertenece a este grupo, a diferencia de las ISAPRE donde este porcentaje solo llega al 7,82%. Es decir, en el sistema privado los asegurados son principalmente jóvenes solteros o casados con hijos, mientras que el sistema público los asegurados se distribuyen de forma más diversificada en toda la población etaria del país.

Gráfico 1.15 Cotizantes y beneficiarios FONASA e ISAPRE por edad (año 2013)

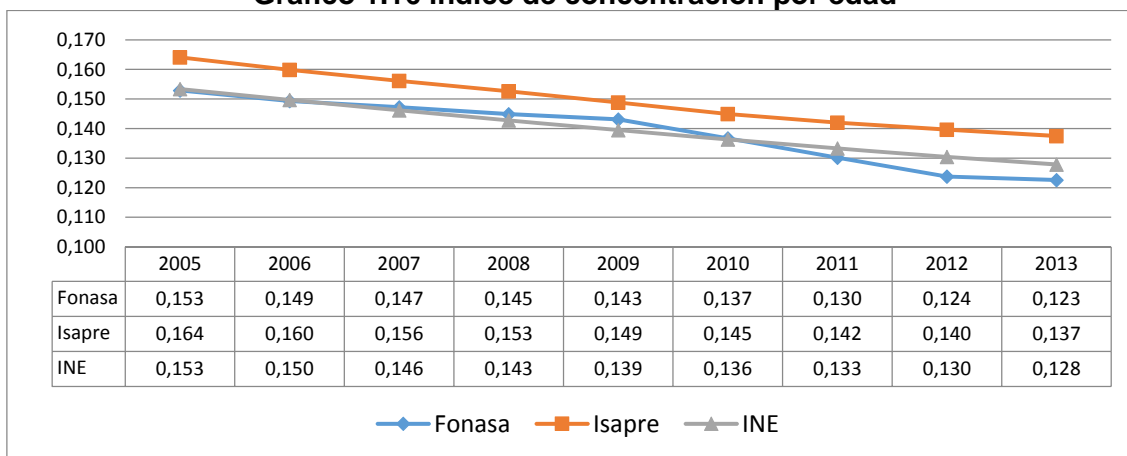


Fuente: Elaboración Propia, base datos Estadística Demográfica, FONASA y Superintendencia de Salud, Estadísticas de Cartera del Sistema ISAPRE.

Al analizar la concentración por edad de los beneficiarios de cada seguro, entre el 2005 y el 2013, se puede señalar que ambos seguros tienen una tendencia a disminuirla (ver gráfico 1.17). Para el caso de FONASA se aprecia que pasa desde 0,153 en el año 2005 hasta llegar a 0,123 en el año 2013. Lo mismo ocurre para las ISAPRE, las que si bien disminuyen el indicador de concentración desde 0,164 en el año 2005 (un 7,2% superior al seguro público) a 0,137 en el 2013, aumentan la brecha con respecto al FONASA en un 11,4%. Es decir, en el período presentan una mayor concentración relativa en la edad de sus beneficiarios (ver gráfico 1.16)¹⁷.

¹⁷ De acuerdo a la data el tramo de edad entre 0 a 19 años no presenta mayores diferencias entre FONASA, ISAPRE y las estadísticas poblacionales del INE, mientras que en los tramos de edad de los 20 a 59 años, revela que las ISAPRE tiene mayor porcentaje (entre 1% a 2%) de beneficiarios en comparación a FONASA. En el tramo de edad superior a los 60 años, FONASA en el año 2005 tiene un 14,14% de sus beneficiarios en ese

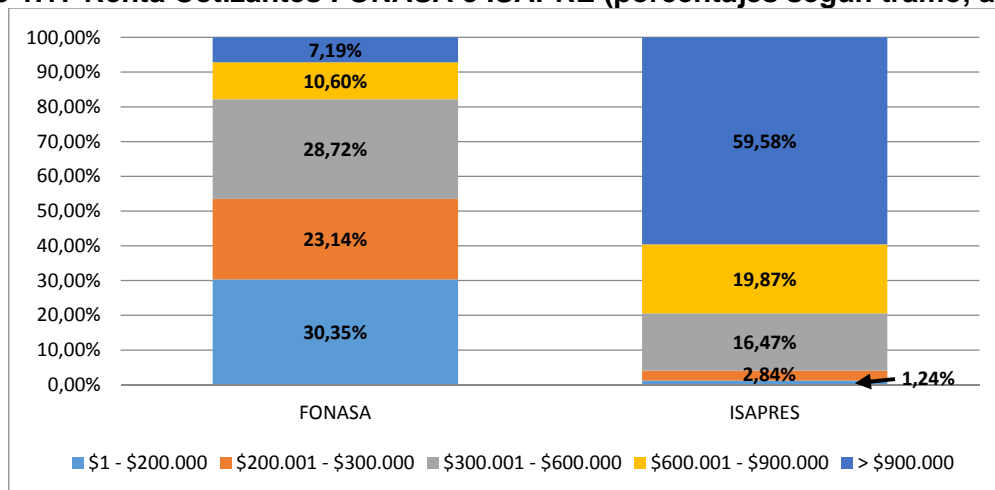
Gráfico 1.16 Índice de concentración por edad



Fuente: Elaboración propia, con datos de las estadísticas FONASA, la Superintendencia de Salud y el Instituto Nacional de Estadísticas.

La distribución de los cotizantes según su ingreso (renta), en el año 2013, señala que el 59,58% de los cotizantes de las ISAPRE alcanza rentas mayores a 900 mil pesos, mientras que en FONASA el 53,5% de los cotizantes poseen rentas inferiores a los 300 mil pesos, donde el 30,35% es inferior a los 200 mil pesos, de acuerdo al gráfico 1.17. Es decir, la principal diferencia demográfica se presenta en los ingresos de los cotizantes, lo que implica los altos ingresos de las ISAPRE por vía de las cotizaciones.

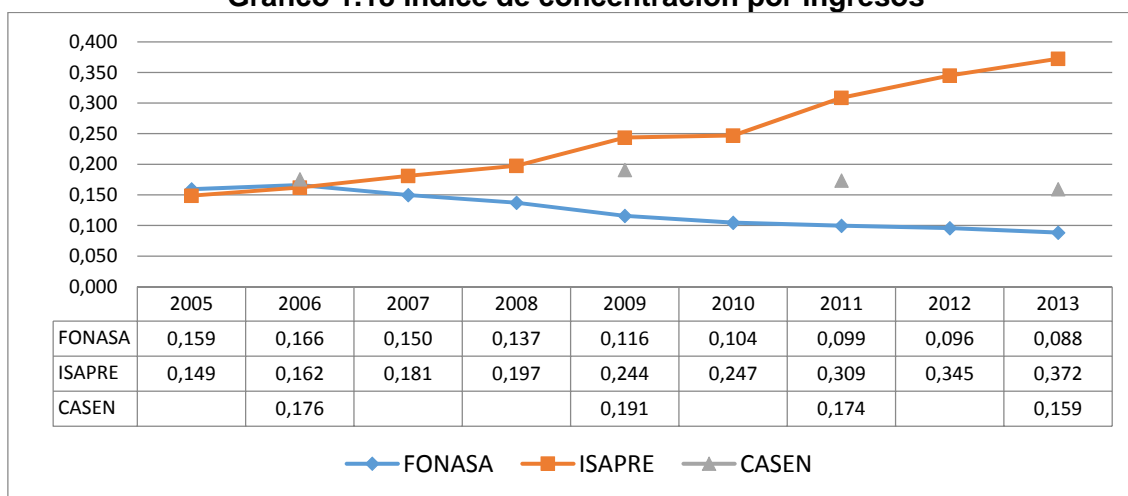
Gráfico 1.17 Renta Cotizantes FONASA e ISAPRE (porcentajes según tramo, año 2013)



Fuente: Elaboración Propia, base datos Estadística Demográfica, FONASA y Superintendencia de Salud, Estadísticas de Cartera del Sistema ISAPRE.

rango, el cual alcanzó los 16,87% en el año 2013, a diferencia de las ISAPRE, que en este tramo de edad solo alcanzó en el año 2005 el 5,68%, aumentando hasta los 7,29% en el 2013 (ver anexo 2).

Gráfico 1.18 Índice de concentración por ingresos



Fuente: Elaboración propia, con datos de las estadísticas FONASA, la Superintendencia de Salud y Casen (2006, 2009, 2011 y 2013)

La concentración de los ingresos entre los cotizantes de ambos seguros, entre el 2005 y el 2013, señala que en FONASA la concentración de sus afiliados de acuerdo a su ingreso, disminuye, desde un indicador de 0,159 en el año 2005 (mayor al índice que el caso de la ISAPRE), a un indicador de 0,088 en el año 2013 (ver gráfico 1.18). En cambio, en las ISAPRE la concentración por ingresos aumentó, desde un indicador de 0,149 en el año 2005 hasta los 0,372 en el año 2013 (ver gráfico 1.18). Es decir, en este periodo de estudio la brecha entre ambas aseguradoras aumento, pasando de una diferencia del 6,7% en favor de la ISAPRE en el 2005, a una brecha del 322,7% en favor de FONASA en el 2013.

Gasto de Bolsillo en prestaciones de salud.

Los desembolsos directos que realizan los hogares por todas las prestaciones de salud, se entienden como el gasto de bolsillo, según la OMS y la Encuesta de Presupuestos Familiares¹⁸ (EPF) 2011-2012, los que incluye los gastos en copago¹⁹, los gastos adicionales al 7% obligatorio y los gastos por seguros complementarios.

¹⁸ La EPF tiene por objetivo principal identificar la estructura y características del gasto en consumo final de los hogares (urbanos, capitales regionales y algunas zonas conurbadas), además de un objetivo secundario como es el identificar la estructura del ingreso total disponible de los hogares, en un periodo de referencia de un año. Por lo tanto, el uso principal de la información obtenida es la actualización de la canasta de bienes y servicios que componen el IPC, y además de ser un insumo para la estimación en la compilación de cuentas nacionales (SCN). Es decir, la EPF no fue diseñada para la obtención de información de prestaciones de salud, por lo que puede presentar problemas de representación de la población y de estimación en el área de salud.

Según un estudio del gasto de bolsillo, de Cid y Prieto (2012), los gastos en prestaciones de salud que debieron realizar los hogares aumentaron un 22,7% entre los años 1997 y 2007, mientras que al comparar el gasto de bolsillo como porcentaje de los ingresos y como porcentaje de los gastos totales del hogar, existió un mayor crecimiento en el caso de los gastos como porcentaje de los ingresos totales por hogar, lo cual explican los autores se debe a que los ingresos crecieron más lento que los gastos totales (ver tabla 1.3).

Al agregar los datos del años 2013 (ver tabla 1.3), el gasto de bolsillo²⁰ paso de \$51.803 a \$74.417, con lo cual aumentaron en 43,66%, mientras que el gasto como porcentaje del hogar aumento a 9,0%, explicado por un aumento del gasto de bolsillo por hogar; y por otro lado, el gasto de bolsillo en salud como porcentaje de los gastos totales por hogar tuvo un aumento a 7,0%.

Tabla 1.3 Gasto de bolsillo en salud de los hogares del Gran Santiago, Chile (\$ del 2014)

| Gasto / años | 1997* | 2007* | 2013** | 2013*** |
|--------------------------------------|--------|--------|--------|---------|
| Por Hogar | 42.206 | 51.803 | 74.417 | 73.563 |
| Por Hogar (como % del Ingreso Total) | 0,05 | 0,07 | 0,09 | 0,10 |
| Por Hogar (como % del Gasto Total) | 0,04 | 0,04 | 0,07 | 0,07 |

Fuente: * Cid, C.; Prieto, L. (2012). El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007. Revista Panamericana Salud Publica.

** Elaboración propia, con datos de la Encuesta Presupuestos Familiares 2011-2012.

*** Elaboración propia, Gasto de bolsillo en salud de los hogares a nivel Nacional, con datos de la Encuesta Presupuestos Familiares 2011-2012.

Con respecto al gasto de bolsillo por quintiles en la Región Metropolitana, ver tabla 1.4, en el año 2013 el gasto de bolsillo del hogar como el per cápita aumentó en todos los quintiles, con respecto al año 2007, lo cual se intensifica en los quintiles de menor gasto total. A su vez, la relación entre el quintil de mayores gastos en comparación al quintil de menores gastos, tanto a nivel de gasto de bolsillo hogar como gasto de bolsillo per cápita, se redujo la brecha entre el año 2007 al 2013, donde se redujo en un 57,38% en el caso de los hogares y un 51,88% en el caso per cápita. Cabe mencionar, que el orden de los quintiles se realizó en base a los gastos totales de la encuesta, lo que concuerda con Cid y Prieto (2012), debido a

¹⁹ Copago se entiende como el valor total de la prestación de salud, menos el descuento o reembolso del seguro de salud, según la EPF.

²⁰ El gasto de bolsillo contabilizado solo corresponde a los hogares que realizaron algún tipo de copago por prestaciones de salud.

que la encuesta tiene por objetivo determinar el gasto total de los hogares, lo que provoca que esta variable sea más representativa que los ingresos de los hogares en la EPF.

Tabla 1.4 Gasto de bolsillo (hogar y per cápita) por quintiles de gasto total per cápita en salud de los hogares del Gran Santiago, Chile (\$ del 2014)

| Quintil | Gasto Hogar | | | | Gasto Per cápita | | | | Cambio % 2007-2013 Hogar | Cambio % 2007-2013 Per cápita |
|-----------------------|-------------|---------|---------|---------|------------------|--------|--------|---------|--------------------------------|-------------------------------------|
| | 1997* | 2007* | 2013** | 2013*** | 1997* | 2007* | 2013** | 2013*** | | |
| Quintil 1 (más pobre) | 4.323 | 5.818 | 16.624 | 16.798 | 960 | 1.422 | 3.894 | 4.181 | 185,74% | 173,85% |
| Quintil 2 | 10.715 | 13.620 | 28.086 | 30.936 | 2.740 | 3.609 | 7.765 | 8.592 | 106,21% | 115,17% |
| Quintil 3 | 22.979 | 26.778 | 46.192 | 51.309 | 5.866 | 7.527 | 13.557 | 15.572 | 72,50% | 80,10% |
| Quintil 4 | 41.677 | 52.957 | 87.812 | 83.989 | 11.732 | 17.065 | 31.144 | 29.057 | 65,82% | 82,50% |
| Quintil 5 (más rico) | 131.402 | 159.885 | 194.716 | 174.199 | 46.686 | 65.164 | 85.879 | 75.051 | 21,78% | 31,79% |
| Razón (Q5/Q1) | 30,4 | 27,5 | 11,7 | 10,4 | 48,7 | 45,8 | 22,1 | 18,0 | -57,38% | -51,88% |

Fuente: * Cid, C.; Prieto, L. (2012). El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007. Revista Panamericana Salud Publica.

** Elaboración propia, con datos de la Encuesta Presupuestos Familiares 2011-2012.

*** Elaboración propia, Gasto de bolsillo en salud de los hogares a nivel Nacional, con datos de la Encuesta Presupuestos Familiares 2011-2012.

El coeficiente GINI por ingresos de los hogares a nivel de la Región Metropolitana, muestra un índice de 0,51, mientras que a nivel nacional el coeficiente es de 0,50, lo cual concuerda con los datos oficiales, lo que representa una disminución con respecto a los datos entregados por Cid y Prieto (2012) (ver tabla 1.5).

Tabla 1.5 Coeficiente GINI en salud de los hogares del Gran Santiago, Chile

| GINI / años | 1997* | 2007* | 2013** | 2013*** |
|---------------------|-------|-------|--------|---------|
| GINI Ingreso | 0,56 | 0,55 | 0,51 | 0,50 |
| GINI Gasto | 0,54 | 0,53 | 0,50 | 0,48 |
| GINI Gasto Bolsillo | 0,82 | 0,83 | 0,69 | 0,68 |

Fuente: * Cid, C.; Prieto, L. (2012). El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007. Revista Panamericana Salud Publica.

** Elaboración propia, con datos de la Encuesta Presupuestos Familiares 2011-2012.

*** Elaboración propia, Coeficiente GINI en salud de los hogares a nivel Nacional, con datos de la Encuesta Presupuestos Familiares 2011-2012.

Con respecto a el coeficiente GINI de los gastos por hogar, también se aprecia una disminución a los datos entregados por Cid y Prieto (2012), ubicándose en un índice de GINI de 0,50 a nivel del Gran Santiago y de 0,48 a nivel nacional. El coeficiente de GINI del gasto de bolsillo presenta una disminución a 0,69 con respecto a los datos de Cid y Prieto (2012), lo cual se podría deber a que los datos del 2013 no integran los gastos de bolsillo proveniente del pago adicional del 7%.

Los resultados obtenidos de la disminución del GINI en el gasto de bolsillo entre los años 2007 y 2013, guardan relación con la disminución de la relación entre el quintil 5 y el quintil 1, es decir, el número de veces del copago que realizan los hogares más ricos en comparación al copago que realizan los hogares más pobres disminuyó, por lo que la distribución de los copagos en toda la población se volvió más equitativa, que se tradujo en una disminución del coeficiente GINI entre los años del periodo de estudio.

Capítulo II. Planteamiento del Problema

Justificación.

En Chile, el sistema de salud es mixto, desde el punto de vista del aseguramiento de la salud y desde el punto de vista de las prestaciones. El sistema de aseguramiento presenta por un lado, un seguro público (FONASA) obligado a afiliar a todas las personas que deseen integrar este seguro, sin realizar ningún tipo de discriminación, ya sea por riesgo, sexo, edad o ingresos; y por otro lado, se encuentra el seguro privado (ISAPRE), que no tiene la obligatoriedad de afiliar a todas las personas que desean pertenecer a él.

Esto conlleva a que la prima pagada por los afiliados no sea equitativa en ambos seguros, siendo de mayor costo en las ISAPRE en comparación a FONASA, lo que genera posibles diferencias en las prestaciones de salud, donde los afiliados a las ISAPRE tendrían un acceso más expedito a las atenciones de salud²¹ y posiblemente las prestaciones de salud sean de mayor calidad que en el FONASA²².

Estos desequilibrios del modelo, se originan por el tipo de financiamiento que presenta el sistema de aseguramiento de la salud público y privado, el cual genera problemas de equidad, tanto horizontal como vertical. El primero de ellos, se refiere a que frente a necesidades iguales de atención de salud entre afiliados, las prestaciones deben ser iguales y ante ingresos iguales de los afiliados los pagos por prestaciones deben ser iguales, mientras que el segundo concepto, se refiere a que frente a necesidades de atención de

²¹ Según Estudio de Opinión y Satisfacción de Usuarios de la Superintendencia de Salud (2012, muestra que según los usuarios de ISAPRE la mayor ventaja del sistema de salud es la atención oportuna y rápida, mientras que para los usuarios de FONASA la peor desventaja del sistema de salud es la lentitud de atención en especial en el grupo A de atención.

²² Según la Superintendencia de Salud la acreditación de prestadores de salud institucionales públicos y privados a nivel nacional se dividen en 2 categorías:

Prestadores Institucionales de Atención Cerrada: establecimientos asistenciales de salud que otorgan atención integral, general y/o especializada, y que están habilitados para la internación de pacientes con ocupación de una cama. En esta categoría los resultados muestran que prestadores privados acreditados a nivel nacional corresponden a 38 instituciones de salud (alta complejidad 34, mediana complejidad 1 y baja complejidad 3), mientras que prestadores públicos acreditados corresponden a 33 a nivel nacional (alta complejidad 25, mediana complejidad 3 y baja complejidad 5).

Prestadores Institucionales de Atención Abierta: centros asistenciales que sólo otorgan atención de tipo ambulatorio, sin pernoctación de pacientes. Los resultados muestran que solo instituciones privadas están acreditadas, correspondiendo a 56 a nivel nacional (alta complejidad 9, mediana complejidad 16 y baja complejidad 31)

salud entre afiliados diferentes, las prestaciones deben ser distintas y ante ingresos entre afiliados distintos los pagos por prestaciones deben ser distintos.

Dado que el sistema de cotizaciones presenta desequilibrios, se producen diferencias en la cobertura de las prestaciones de salud de los sistemas público y privado. El seguro público FONASA, que beneficia a 13,4 millones de chilenos, posee un presupuesto de 4.000 millones de pesos, financiado por 1500 millones que son recaudados de las cotizaciones del 7% de los afiliados, mientras que el resto se financia por medio de impuestos. En cambio, el seguro privado ISAPRE, que beneficia a solo 3,2 millones de chilenos, posee un presupuesto de 1.800 millones de pesos, financiados íntegramente por cotizaciones del 10% de sus afiliados.

Estas grandes desigualdades producidas entre el financiamiento de ambos seguros, rompe con el principio básico de cualquier seguro social de salud, que considera las prestaciones de enfermedad y maternidad, según Mesa-Lago (2006), quien señala que este se basa en una mancomunidad de riesgos y recursos, fundamentado en el principio de solidaridad, que según el cual los asegurados pagan de acuerdo a su capacidad económica, pero las prestaciones recibidas son uniforme para toda la población y están asociadas a la necesidades de atención de salud de cada individuo. Además, Mesa-Lago (2006), añade que para dar cumplimiento al principio de solidaridad, toda la población debe estar afiliada al sistema, contribuyendo al financiamiento de este para así garantizar su sostenimiento. La solidaridad del sistema se debe procurar ser entre sanos y enfermos, y entre las generaciones, todo lo cual tendrá un efecto redistribuidor progresivo.

Por lo tanto, en la actualidad el sistema de aseguramiento de la salud en Chile se encuentra altamente segregado, ya que por un lado FONASA recibe aportes de 5,7 millones de cotizantes, beneficiando a más del doble de esta población -entre los que se encuentran los individuos de mayor riesgo como los adultos mayores, las mujeres en edad fértil y las personas de los menores niveles socio económicos del país-, por lo que cumple su rol solidario; en cambio las ISAPRE reciben aportes de 1,7 millones de cotizantes, beneficiando acerca del doble de dicha cifra, en especial a individuos de bajo gasto esperado en salud como son los pertenecientes a los grupos de altos ingresos y hombres entre 25 a 45 años de edad. Por lo tanto, el sistema de aseguramiento de salud al encontrarse altamente

segmentado, no cumple con el principio básico de un seguro de salud, como es la solidaridad.

En este sentido, la lógica de ambos sistemas de aseguramiento es distinta, ya que FONASA, tiene una lógica de seguridad social, lo que significa que su finalidad es evitar que la población caiga en una reducción de sus ingresos o de su bienestar social, para lo cual intenta resolver las posibles pérdidas ocasionadas por enfermedades o maternidad. FONASA como seguro social y público, no realiza ningún tipo de discriminación a la población a la cual asegura, ya sea por género, zona, ingresos, edad y enfermedades preexistentes, además de destinar todos los recursos recaudados, vía cotizaciones o aportes fiscales, a prestaciones de salud en beneficio de la población asegurada.

En cambio, la aseguradora privada ISAPRE, posee una lógica de mercado, lo que significa que estas instituciones aseguradoras buscar maximizar sus beneficios, por lo que parte de los recursos recaudados por las cotizaciones de los afiliados, son utilidades que no se utilizan para cubrir prestaciones de Salud, a diferencia de la aseguradora pública que distribuye todos los recursos recaudados. Para poder cumplir su finalidad de maximizadora de beneficios, la ISAPRE realiza un descreme, que consiste en realizar una discriminación por ingresos, género, zona, edad y enfermedades preexistentes, que les permite poseer afiliados con menor riesgo de enfermedades, con lo cual los gastos en salud son menores aumentando así los beneficios.

Por lo tanto, en la presente investigación se pretende comparar la eficiencia de los sistemas de aseguramiento público y privado, es decir, se medirá la eficiencia de FONASA y de la ISAPRE en cuanto a la protección financiera de sus asegurados frente a la ocurrencia de enfermedades impredecibles de determinar para los afiliados a un seguro.

Pregunta de Investigación.

¿Qué sistema de aseguradora es más eficiente, FONASA o ISAPRE, en cuanto a la protección financiera en Chile?

Objetivos de Investigación.

Objetivo General.

Determinar la eficiencia de los seguros de salud en Chile, desde la perspectiva de la protección financiera de los hogares.

Objetivo Específico.

Comparar la eficiencia de los sistemas aseguradores de salud en Chile, FONASA e ISAPRE, en cuanto a la protección financiera de los hogares de cada seguro.

Hipótesis General.

El sistema de aseguramiento de salud FONASA, es más eficiente en cuanto a la protección financiera de los hogares que las ISAPRE.

Capítulo III. Marco Conceptual.

El Financiamiento en el Sector de Salud.

El acceso a los servicios de salud es un componente central de los derechos económicos y sociales de la sociedad, y en la medida en que se pueda garantizar a todos el servicio de salud ante las vicisitudes en materia de salud, se avanza en la materialización efectiva de estos derechos y en su exigibilidad, además de esto se fortalece en la ciudadanía el sentimiento de mayor protección y pertenencia a la comunidad, de acuerdo a lo que señala la CEPAL, en el documento de La Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, Financiamiento Y Solidaridad (2006).

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Informe sobre la salud en el mundo 2000, señala que un sistema de salud abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud. Para cumplir con este fin, un sistema de atención de salud consta de tres componentes básicos: financiamiento, asignación de fondos y remuneraciones, donde el primero de ellos se refiere al proceso de recaudación o recolección de los fondos provenientes de los individuos, grupos y empresas para costear el funcionamiento del sistema de salud, Lavis & Stoddart (2002).

Esta recaudación de ingresos, se puede realizar de varias maneras, donde se mencionan los pagos directos realizados por los usuarios de los servicios de salud, las primas de seguros privados, la contribución a seguros sociales, los impuestos directos y los impuestos indirectos, Lavis & Stoddart (2002). Para Beveridge (1946), toda la población debe estar afiliada al sistema de seguridad social y debe contribuir a su financiamiento para garantizar su sostenimiento, además el sistema debe ser solidario entre las generaciones, entre sanos y enfermos, todo lo cual tendrá un efecto redistribuidor progresivo.

La CEPAL²³ señala que la solidaridad en materia de salud, se manifiesta cuando el acceso a servicios de salud es independiente de los aportes al sistema y del pago de bolsillo, que pudieran realizar las personas, por lo tanto, para que esto ocurra, una parte de la población

²³ CEPAL (2006). La Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, Financiamiento Y Solidaridad.

debe financiar una proporción o la totalidad de los costos de los servicios de salud, que consumen otros grupos.

Según Meza-Lago (2006), existe una fuerte interrelación entre los principios de universalidad, igualdad y solidaridad, de manera que si uno de ellos no funciona adecuadamente afecta a los otros dos. Por lo tanto, la organización del financiamiento, en un esquema de aseguramiento universal exige definir algunos elementos, en primero de ellos, es precisar cómo se interrelacionaran las distintas fuentes de financiamiento (impuestos generales, cotizaciones a la seguridad social y gastos privados), dado que esto define la solidaridad y la equidad del sistema de salud; el segundo de ellos, se debe explicitar los mecanismos que aseguran la solidaridad y evitarán la selección de riesgo; y el tercero de ellos, se deben definir criterios con que se determinarán los beneficios de la cobertura de los seguros, sobre todo en relación a la universalización²⁴.

El objetivo y el efecto general de la seguridad social debe ser la redistribución del ingreso de forma horizontal y vertical, de acuerdo a la OIT – AISS (2001b), el primero de ellos se refiere a que las contribuciones para financiar el sistema de salud de hogares de similar capacidad de pago debe ser igual, según Lavis & Stoddart (2002), además la OIT – AISS (2001a) que en la equidad horizontal los que están sanos y activos transfieren recursos a los que están enfermos y pasivos, cuyo efecto se amplifica cuando la cobertura poblacional es universal, pero el efecto es nulo cuando la cobertura es baja. La equidad vertical se refiere a que las contribuciones para financiar el sistema de salud deben ser progresivas, es decir que los hogares con mayores recursos deben pagar más que los hogares con menores ingresos, Lavis & Stoddart (2002).

En un sistema de financiamiento de la salud, los costos de las prestaciones y los gastos administrativos deben financiarse de forma colectiva a través de cotizaciones o impuestos o ambos, según Carmelo (2006), lo cual hace referencia a un nivel de eficiencia del sistema. Los costos administrativos pueden variar de acuerdo a la fuente de ingreso, si esta proviene de un sistema de seguro privado de pagadores múltiples los costos son más altos que un sistema de financiamiento público por medio de impuestos, Lavis & Stoddart (2002). Un segundo elemento de eficiencia en un sistema de financiamiento, se refiere a las fallas de

²⁴ CEPAL (2006). La Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, Financiamiento Y Solidaridad.

mercado (mercado de seguros privados) y a los efectos de los impuestos (distorsiones de los precios de mercado), Lavis & Stoddart (2002). En general un sistema eficiente, debería cumplir con que del total de las cotizaciones a cargo de los asalariados protegidos, estos no deben aportar más del 50% del total de los recursos destinados a la protección, ya que el resto debería ser financiado por los empleadores y/o el Estado, Humblet & Silva (2002).

En definitiva, para lograr una mejora en la cobertura efectiva de la población, el estado debe generar políticas para fortalecer y universalizar la cobertura de los riesgos en salud, con el fin de que el gasto de bolsillo no sea un obstáculo para el acceso a salud requerida, de los individuos, según la CEPAL²⁵, con lo cual se debe trabajar en la expansión de los sistemas de aseguramiento de cobertura universal y obligatoria, Arrow (1963) y Atkinson & Stiglitz (1980).

El Mercado de Atención de Salud.

El mercado de la atención de salud, es un mercado muy diferente a cualquier otro, ya que presenta una serie de singularidades, según Arrow (1963) existen cinco características claves que definen los mercados de atención de salud, el primero de ellos es la naturaleza de la demanda, la cual es definida como constante, pero irregular e impredecible, debido a que existe una probabilidad de que el individuo se aqueje de una enfermedad, lo que se traduce en un riesgo por la importancia en el presupuesto de la persona, ya que la atención de salud es costosa, así mismo el individuo puede perder capacidad para generar ingresos, debido a la enfermedad.

La segunda característica es que el paciente no puede probar el producto antes de consumirlo, es decir debe existir una relación de confianza entre el paciente y el médico, por lo que el comportamiento esperado del médico debe estar acorde con el bienestar del individuo y no su bienestar personal.

La tercera característica, se refiere a la incertidumbre sobre la calidad de atención de salud que está recibiendo el paciente, debido a que existe una asimetría de información, donde el

²⁵ CEPAL (2006). La Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, Financiamiento Y Solidaridad.

paciente no puede determinar si la recuperación se debió a la atención recibida o a otro factor.

Un cuarto elemento, es la condición de la oferta, entendida como la cantidad de médicos en el mercado de la atención médica, la cual es relativamente baja por el costo alto de estudiar esta profesión.

Como característica final, se encuentra la práctica de precios o la fijación de precios por parte de los médicos, los cuales pueden realizar discriminación de precios de primer grado, además de fijar los precios de acuerdo a la demanda que posean, precios altos cuando la demanda es alta y precios bajos cuando la demanda es baja.

Para Dranove (2012) existen dos tipos de servicios de salud, los que el paciente puede fácilmente evaluar los resultados (como el cuidado dental o el tratamiento del acné) y donde al paciente le resulta difícil evaluar la calidad (como los tratamientos complejos, cirugía cardíaca o reemplazo de articulaciones).

Lo impredecible de determinar la demanda exacta en el mercado de la atención de salud, debido a que las personas no pueden planear su consumo, como en otro tipo de bienes, lleva a que los individuos frente a esta incertidumbre, se agrupen, para así reducir el riesgo individual, ya que si bien no es posible predecir el riesgo personal, al ser un riesgo agrupado es posible determinar la cantidad de circunstancias (enfermedades) que podrían ocurrir en un grupo de personas, Hurley & Grootendorst (2002).

El Mercado de los Seguros de Salud.

Como analizamos en la sección anterior, las enfermedades son impredecibles y los individuos no pueden planear el consumo de atención de salud. Por lo tanto frente a esta incertidumbre, un grupo de individuos, con riesgos individuales de enfermarse, puede mejorar su situación agrupando sus riesgos, lo que reduce el riesgo que enfrenta cada individuo, Hurley & Grootendorst (2002). Es por este motivo, que nacen los mercados de seguros en diferentes países del mundo y dentro de estos, donde su organización y el

suministro de los seguros difieren en cuanto a la variedad de contratos y en cuanto a la demanda por estos, McGuire (2012).

La teoría de los seguros se sustenta en Neumann & Morgenstern (1944), quienes analizaron las elecciones de las personas en situaciones de incertidumbre, proponiendo que los individuos toman las decisiones en base a una utilidad marginal decreciente, es decir, a medida que la riqueza aumenta, una unidad adicional de riqueza aporta menos utilidad, con lo cual las personas son adversas al riesgo en general. Esto explica porque los individuos están dispuestos a pagar una prima, es decir renunciar a parte de su riqueza, para eliminar la situación de riesgo, Nicholson (2008).

La teoría de los seguros, Folland (2010), dice que un régimen de seguros ideal debería cumplir con cuatro características principales. El número de asegurados debe ser grande, donde la pérdida potencial entre estos debe ser independiente entre sí. Estas pérdidas potenciales deben estar definidas en el tiempo lugar y cantidad, las cuales deben ser medibles. Finalmente, la pérdida debe ser accidental desde el punto de vista de la persona asegurada.

El primer problema o falla de mercado que está presente en este mercado de seguros, es el riesgo moral, según Rutten, Bleichrodt, Brouwer, Koopmanschap, Schut (2001) los seguros de salud implican un equilibrio fundamental entre la diversificación de riesgos y los incentivos apropiados para reducir el riesgo moral. El riesgo moral se entiende como la mala conducta posible de una toma de compras individuales que están en parte o totalmente pagados por otros, Arrow (1965), es decir, el individuo va a usar más servicios médicos de lo que él está pagando en atención médica, Glied (2012).

De acuerdo a McGuire (2012), cuando no existe riesgo moral y el seguro es actuariamente justo, el seguro a todo riesgo es óptimo, lo que le permite al individuo pagar los costos de atención de salud cuando está sano. El riesgo moral surge porque las necesidades médicas no son totalmente controlables, y diferentes personas con la misma condición tienen diferentes gastos óptimos, Cutler & Zeckhauser (2000).

En la práctica las compañías de seguros utilizan tres políticas para reducir el riesgo moral y a veces en conjunto: el deducible, la tasa de co-seguro y la cantidad de *stop loss*. El deducible se entiende como el costo que la persona debe pagar por la atención de salud, antes que el seguro pague las prestaciones, por otro lado el co-seguro se entiende como el porcentaje que debe pagar el asegurado por sobre el deducible, lo cual se realiza como método de compartir la pérdida o gasto de atención de salud, Folland (2010). El asegurado debe pagar hasta el *stop loss*, que es el monto máximo de coseguro que la persona realiza como gasto de bolsillo Cutler & Zeckhauser (2000).

De acuerdo a Cutler & Zeckhauser (2000), quienes señalan que los seguros de salud generan un problema a diferencia de otros servicios o productos, ya que en este mercado la identidad del comprador puede afectar dramáticamente los costes. Entonces, el segundo problema que se enfrenta el mercado de los seguros, es la selección adversa, la cual se origina cuando los consumidores poseen la información que si ellos son de alto o bajo riesgo, dentro de su grupo de riesgo, es decir, los consumidores tienen más información acerca de sus riesgos futuros que los planes de salud, según Van de Ven & Ellis (2000).

El fenómeno ocurre cuando los planes sólo pueden cobrar precios medios, es decir los planes más generosos en cobertura atraerán de manera desproporcionada a los individuos más riesgosos (más enfermos), y los planes más moderados atraerán a los individuos menos riesgosos (más saludable), Akerlof (1970), Arrow (1985). Como consecuencia de la selección adversa, los planes generosos tendrán que cobrar primas por encima de los planes moderados, no sólo porque ofrecen más beneficios, sino también porque atraen a un individuo más generoso, por lo que existirán diferencias en las primas de cada uno de los planes, donde los asegurados se inclinarán por los planes moderados, Cutler & Zeckhauser (2000).

Según Van de Ven & Ellis (2000), restricciones a las tasas de prima o información asimétrica entre los planes de salud y los consumidores pueden resultar en problemas de selección adversa. Rothschild y Stiglitz (1976) mostraron que en un mercado con información asimétrica puede no existir un equilibrio competitivo, lo que se daría en los casos donde hay relativamente pocos individuos de alto riesgo, y los individuos de bajo riesgo tratarían de

separarse de las personas de alto riesgo mediante la compra de nuevos planes que están especialmente diseñados para atraerlos, hacia un fondo de riesgo más heterogéneo.

Para Cutler & Zeckhauser (2000), la selección adversa en los planes más generosos conduce a dos problemas, en el primero de ellos, las personas optarán por estar en los planes moderados, para evitar el pago de los costos más altos de personas más enfermas, y en segundo lugar, los planes tendrán incentivos para distorsionar sus ofertas para atraer a los sanos y repeler a los enfermos.

Para Glied (2000), se produce una segmentación del mercado de cuidado de la salud a través de la selección adversa, lo que significa que los consumidores con alto uso esperado pagan precios altos, mientras que los consumidores con el uso esperado bajo pagan menos. Dado que las personas con aversión al riesgo quieren seguros contra la posibilidad de desarrollar una condición adversa de salud, la segmentación de este tipo puede llevar a la ineficiencia en el mercado, Cochrane (1995). Esta segmentación de riesgo limita la cantidad de diversificación de riesgos en los mercados de seguros de salud, Glied (2000), además, de esta forma se preservan los mercados de seguros, que de otra manera son inestables y aumenta la cobertura entre la población sana, Pauly (1985).

Van de Ven & Ellis (2000), llaman descreme a la selección de riesgos, definiéndola como la selección que se debe a que los planes de salud prefieren a los consumidores de bajo riesgo en desmedro de los consumidores de alto riesgo dentro del mismo grupo de suscripción. Una condición necesaria para el descremado, es que los planes de salud saben que hay individuos de alto y bajo riesgo dentro de los grupos de riesgo, por lo que necesitan de información adicional de cada uno de los individuos del grupo.

Se distinguen tres situaciones en donde el asegurador tiene distintos niveles de información, el primero de ellos, es el más básico, donde los planes de salud sólo saben que hay individuos de alto y bajo riesgo dentro del grupo de riesgo, pero no pueden identificar a priori cuales son los individuos de alto riesgo y tampoco saben quiénes omiten los correspondientes factores de riesgo, de acuerdo a esto, estructuran su cobertura de manera que los planes sean poco atractivos para los individuos de alto riesgo, Newhouse (1996).

La segunda situación, se produce cuando los planes de salud saben de algunos factores de riesgo relevantes y omitidos en la población, pero no pueden ex ante identificar a las personas con estas características, con lo cual pueden disuadir a los consumidores de alto riesgo, no contratando selectivamente a médicos que tienen la mejor reputación en tratar a los pacientes con ese tipo de problemas, o contratando proveedores que no tienen instalaciones o acceso para minusválidos, Luft (1986).

También podrán seleccionar por medio de seguros sin cobertura de atención de la salud mental, cirugía reconstructiva de mama o no ubicando los folletos de los planes de salud, en lugares donde los individuos más enfermos frecuenten, tales como las farmacias y hospitales, Van de Ven & Ellis (2000).

Por lo tanto según Van de Ven & Ellis (2000), es una desventaja para un plan de salud, el ser conocido por proporcionar la mejor atención de salud para los enfermos crónicos, ya que será inundada por personas que previsiblemente generen más costos que ingresos, es por esto que si un plan de salud individual puede realizar desceme, generará beneficios para el asegurador, pero para la sociedad en su conjunto, el desceme no produce ganancias, por el contrario, los recursos utilizados para el desceme representan una pérdida de bienestar.

Un tercer problema que señala Hurley & Grootendorst (2002), es el de las economías de escala, que se refiere a que en las poblaciones grandes, se pueden agrupar los asegurados en varias compañías de seguros, con lo cual estas aprovechan las economías de escala (disminución de los costos administrativos a medida que el volumen de asegurados aumenta), cuestión que no es posible en poblaciones pequeñas, sumado a esto se genera competencia entre las aseguradoras, lo cual beneficia a los consumidores. Con respecto a esto último, Rutten et al. (2001), señalan que es un arma de doble filo la competencia entre las aseguradoras de salud, debido a que genera selección adversa, lo cual induce a las personas sanas a optar por seguro de salud menos generoso y fomenta a las aseguradoras de salud a adoptar medidas que disuaden a los enfermos tomar estos seguros, tal como lo vimos en los párrafos anteriores.

Sistemas de Seguros.

Dentro de los sistemas de seguros, podemos encontrar en algunos de ellos un seguro único universal y en otros nos encontramos con que los consumidores pueden elegir entre muchos seguros con planes, primas y coberturas diferentes, McGuire (2012).

En cuanto a las instituciones aseguradoras encontramos que estas pueden ser públicas o privadas, donde los pagos que realizan los afiliados al seguro son llamados pagos previsionales o primas, según el caso, y los beneficios pueden ser pagados en forma de indemnizaciones (pagos fijos para casos particulares), reembolsos al beneficiario o en la provisión directa del servicio de salud, Hurley & Grootendorst (2002).

Sistema de Seguro Único.

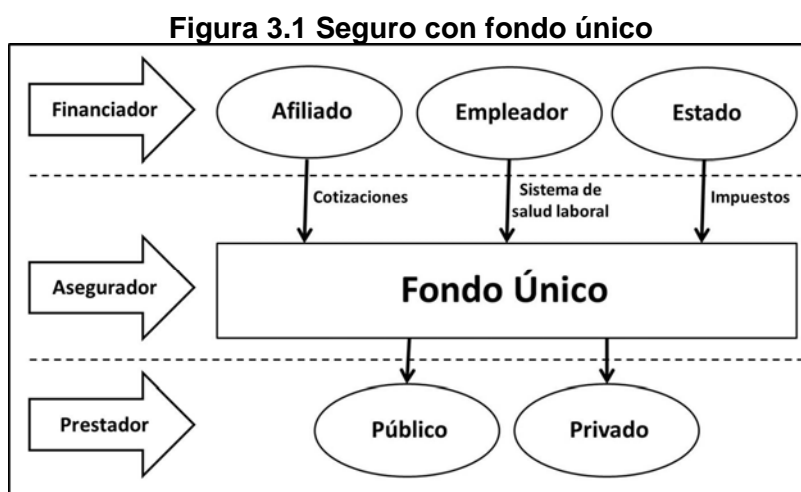
Un sistema de seguro único, descansa en la idea de agrupar a toda la población en un solo pool nacional de riesgo, lo que conlleva a realizar un aseguramiento universal, solidaridad de financiamiento y la eliminación por completo de la selección de riesgo en salud, Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un nuevo marco jurídico para el sistema privado de salud (2014). Este modelo de financiamiento permite controlar de manera eficiente los gastos en salud, considerando la transición epidemiológica a nivel global, según Ferreiro & Figueroa (2013).

El control de gasto se debería realizar a través de la compra inteligente por medio del único asegurador, ya que se buscan los mejores precios de prestaciones para los consumidores, además del incentivo que tienen los prestadores de atención de salud para concentrarse en las necesidades reales de la población, Ferreiro & Figueroa (2013).

La recaudación de este fondo único puede provenir de distintas fuentes, cotizaciones de los afiliados, aportes de los empleadores y del estado a través de los impuestos (ver figura 3.1). La provisión de salud puede ser pública o privada con o sin fines de lucro, lo cual los

afiliados tienen libertad de elección en cuanto a prestadores, no obstante pueden adquirir seguros complementarios²⁶.

Las modalidades de pago a los prestadores que se pueden dar en este sistema son dos, una modalidad de pago directo, donde el fondo paga directamente al prestador, lo que requiere buenos criterios de descentralización de los fondos, en cambio la modalidad dos, con fórmula de distribución, donde el pago no es directo del fondo hacia los prestadores, ya que este se realiza por medio de fórmulas per cápita corregidas de necesidades sanitarias.²⁷



Fuente: Elaboración Propia

Un problema que presenta la modalidad de pago directo, es la captura del fondo por parte de grupos de interés, ya que los recursos se pueden destinar solo al sector privado, dejando en una situación de desmedro al sector público, en cambio la segunda alternativa reduce este riesgo, debido a que actúa con mayor descentralización²⁸.

La adopción de un sistema con un único asegurador o un único pagador de prestaciones, facilita la transición hacia un sistema de financiamiento vía impuestos, Ferreiro & Figueroa (2013).

²⁶ Comisión Asesora Presidencial, (2014). Informe: Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud. Página 73.

²⁷ Comisión Asesora Presidencial, (2014). Informe: Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud. Página 73.

²⁸ Comisión Asesora Presidencial, (2014). Informe: Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud. Página 74.

Seguros Múltiples con Ajuste de riesgo.

Como lo vimos en las secciones anteriores, la aplicación de seguros puede llevar a problemas de selección de riesgo y selección adversa, debido a que los gastos de atención de salud se caracterizan por tener gran variación por individuo, en cuanto a las probabilidades de enfermarse. Las reducciones de riesgo por medio de los seguros, plantean preocupaciones importantes acerca de la equidad entre los individuos con diferentes necesidades esperadas de servicios de salud, según Van de Ven & Ellis (2000).

Cuando la concentración del gasto sanitario es muy elevada en una proporción limitada de población, es necesario establecer mecanismos que establezcan una compensación equitativa de los riesgos que se asumen por cada aseguradora, Cutler & Reber (1998). Este problema ocurre cuando existe un diferencial entre una aseguradora o plan de salud generoso, que cobra una prima por encima del promedio de riesgo y un seguro o plan de salud que posee una prima bajo el promedio de riesgo Cutler & Zeckhauser (2000), a este diferencial se le denomina ajuste de riesgo, Van de Ven y Ellis (2000).

El ajustar el riesgo, significa usar información para calcular los gastos en salud esperados de los consumidores individuales en un intervalo de tiempo fijo y establecer subsidios a los consumidores o a los planes de salud para mejorar la eficiencia y la equidad, donde desde este punto de vista, un mercado competitivo de seguros, sin regulación alguna, tenderán a ajustar las primas por el riesgo individual de cada persona, lo que generará un diferencial entre las primas y la ya mencionada selección a través de planes de atracción de cierto tipo de riesgo, por lo que en general, las personas están de acuerdo en que las primas que reflejan estas diferencias grandes no son justas, y que se necesitan subsidios cruzados, Van de Ven y Ellis (2000).

De acuerdo a los estudios empíricos realizados, los ajustes de riesgo se pueden realizar por medio de cuatro mecanismos, donde los planes pueden pagar o recibir pagos basados en, variables demográficas, condiciones médicas, gastos médicos pasados y la experiencia real en un año. Los tres primeros son mecanismos que intentan predecir el gasto futuro en salud, mientras que el último es un reaseguro después de los hechos, donde todos están relacionados en la capacidad que tienen en sí mismo los planes para manipular el sistema de ajuste de riesgo Cutler & Zeckhauser (2000).

Existen tres flujos de pagos para realizar los subsidios cruzados o compensaciones, las subvenciones ajustadas al riesgo de suscripción, las contribuciones de solidaridad, y las contribuciones de prima.

La primera de ellas es la más sencilla de todas, donde el patrocinador (entidad encargada de realizar el subsidio) subsidia a cada consumidor o solo a los consumidores de riesgo alto, de acuerdo al riesgo individual de cada uno, y que por lo general es un aporte directo al plan de salud de estos, lo que hace disminuir la prima pagada por el consumidor, Van de Ven y Ellis (2000).

El segundo de ellos, la contribución solidaria, es el aporte obligatorio de los afiliados, independientes de las características del plan del individuo, realizados al patrocinador, el cual realiza la subvención de los planes, por lo general con aportes financieros de otras fuentes, Van de Ven y Ellis (2000), (ver figura 3.2).

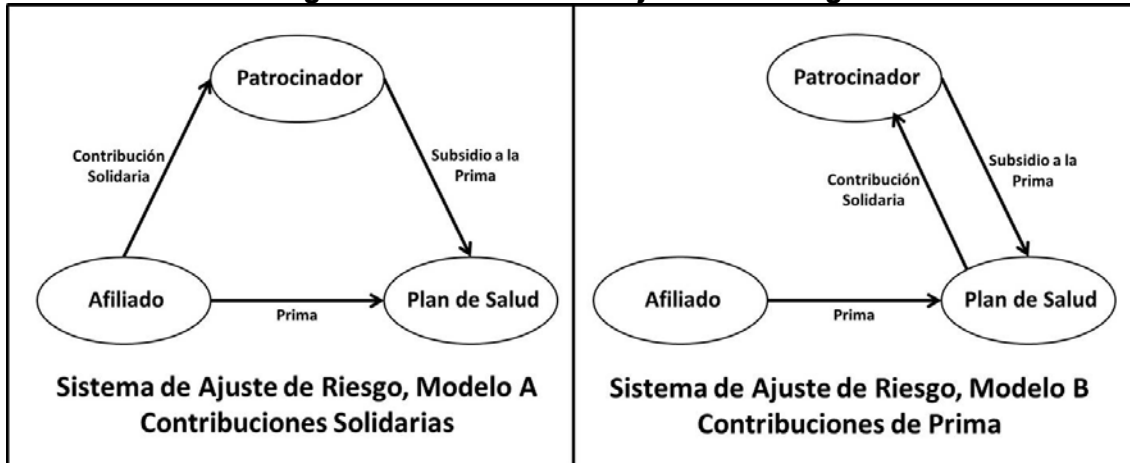
Finalmente, las contribuciones de prima, son los pagos realizados por el asegurado o plan de salud del afiliado al patrocinador, para que este realice la subvención, por lo tanto la prima pagada por el afiliado será igual a la prima del plan menos la subvención, es decir la contribución de prima reflejan el diferencial de costos esperados, Van de Ven y Ellis (2000), (ver figura 3.2).

Si bien un sistema de ajuste de riesgo en principio elimina el incentivo de las aseguradoras por seleccionar a los individuos por su riesgo, enfrenta otra problemática, de cambios en los incentivos, donde para el afiliado se disminuye el incentivo a permanecer con un plan de salud si es un individuo de bajo riesgo, mientras que para las aseguradoras el incentivo podría estar en atraer a los individuos de alto riesgo, ya que serán compensados en desmedro de los de bajo riesgo, todo esto impacta en la equidad y eficiencia del sistema de financiamiento, Cutler & Zeckhauser (2000) y Van de Ven y Ellis (2000).

En la práctica un modelo perfecto de ajuste de riesgo podría ser capaz de eliminar esta desventaja de incentivos perversos, pero este modelo podría no ser factible de implementar, Van de Ven y Ellis (2000), quienes señalan que un modelo así genera dos grupos, los que pagan más (aportantes) y los que pagan menos (subsidiados) que sus riesgos, donde los

primeros que no son cautivos tenderán a evitar su condición de aportantes, lo que afectará la viabilidad y sostenibilidad financiera de un modelo de ajuste de riesgo.

Figura 3.2 Sistemas con ajustes de riesgo.



Fuente: Elaboración Propia, en base a estudio de Van de Ven y Ellis (2000), Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets

Por otro lado, un sistema de estas características logra mantener la posibilidad de elección los individuos en comparación a la existencia de un único asegurador, además de cumplir con el principio de solidaridad, pero la dificultad se encuentra en la estimación precisa de los escenarios de financiamiento, es decir que porcentaje del gasto sanitario individual medio va a financiar este fondo de riesgo, según la propuestas de regulación al problema de los precios, planes y cautivos en ISAPRE y su relación con el fondo de compensación solidario (2009).

Capítulo IV. Marco Teórico.

Funciones de los seguros de salud.

El riesgo de adquirir una enfermedad, ha estado presente desde siempre, pero los seguros de salud son un fenómeno relativamente nuevo, estos se asentaron en la época de la posguerra, debido a que en este periodo la atención hospitalaria fue posible de manera eficaz, posibilitando el surgimiento de los seguros de salud, según Cutler y Zeckhauser (2000).

Para Moreno, Thomson & Xu (2013) los individuos necesitan de una protección financiera para los gastos de su atención de salud, la cual depende de tres factores, el primero de ellos es que existe incertidumbre sobre el momento y la gravedad de la enfermedad, lo que conlleva a un segundo factor, el alto costo que podría producir la atención de salud tanto en términos relativos como absolutos, provocando así el tercer factor, que se refiere a la posibilidad de incurrir en pérdidas de ingresos, con riesgo de pobreza para el individuo o familia que presenta la enfermedad.

En este sentido Arrow (1963), señala que bajo un seguro ideal, la prestación de salud se llevará a cabo siempre que la utilidad esperada de la atención de salud, sea más alta que el costo médico esperado, es decir que la utilidad después de los gastos médicos se medirá como la capacidad de gastar dinero en otros bienes o servicios que entregan satisfacción al individuo, por lo tanto el individuo estará dispuesto a contratar un seguro, para beneficiarse de las ganancias de que le generan no estar enfermo.

Existe un acuerdo entre distintos actores en cuanto a la función principal de un seguro de salud, Wang, Switlick, Ortiz, Zurita & Connor (2012) señalan que existe un riesgo financiero de incurrir en costos catastróficos con la ocurrencia de una enfermedad, con lo que un seguro de salud entrega protección financiera frente a este riesgo. La organización mundial de la salud (OMS, 2000; OMS, 2010a) define la protección financiera como el grado en el que las personas están protegidas de las consecuencias financieras de la mala salud. Según Cutler y Zeckhauser (2000), señalan que un seguro, ya sea público o privado, desea asegurar de

manera óptima a sus afiliados contra los costos del tratamiento de resultados adversos en la salud de los individuos.

De acuerdo al The World Health Report (2013), la protección del riesgo financiero es un elemento en el paquete de medidas que proporciona la protección social en general, donde esta protección contra graves dificultades financieras en caso de enfermedad, es una parte integral del bienestar de los individuos. Finalmente Moreno et al. (2013), señalan que en la mayoría de los países esta función del seguro se puede lograr de diversas maneras, con una política de financiamiento de la salud.

Un seguro de salud es un acuerdo formal, donde el asegurado o beneficiario está protegido contra los costos de los servicios médicos, los cuales están cubiertos por un plan de seguro de salud o beneficios, Wang et al. (2012). Por lo tanto, la protección financiera es una preocupación política, según Moreno et al. (2013), debido a que esta contribuye a dos objetivos políticos, la eficiencia y la equidad.

El primero de ellos, la eficiencia, se refiere a las ganancias de bienestar generadas por la protección financiera, que se acumulan para los individuos, para el sistema de salud y para la economía en general, Moreno et al. (2013). Los autores señalan que, debido a la aversión al riesgo de los individuos, estos se benefician de la protección, ya que no incurrirán en gastos excesivos o pérdidas económicas al ser afectados por una enfermedad; en cuanto a los beneficios para la sociedad, la protección de salud por medio de un seguro no debe superar los costos, en relación a los beneficios para la población; y en cuanto a efectos sobre la economía, una mejor salud debe contribuir a mejoras en el consumo, la inversión y por lo tanto al crecimiento económico.

El segundo impacto de la protección financiera es la equidad, en cuanto al acceso a la salud y al financiamiento, Moreno et al. (2013). Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2010a) el acceso a la salud se relaciona con el no empobrecimiento de los individuos, al momento de acceder a servicios médicos o medicamentos, es decir, la eliminación de barreras económicas en el acceso mejora la equidad, Moreno et al. (2013). En cuanto a la equidad de financiamiento, este puede mejorar con aumentos en la protección financiera, según Wagstaff y Van Doorslaer (2000a), quienes señalan que las mejorías dependen de los

pagos directos de bolsillo realizadas por los individuos y por consiguiente de la protección financiera. En definitiva, la equidad es una prioridad política en muchos países debido a la fuerte relación entre la carga de la enfermedad y la pobreza, Wang et al. (2012).

De acuerdo a la Comisión de Macroeconomía y Salud (2001), se recomiendan cuatro criterios para la elección de los beneficios de los paquetes de seguros, los cuales deben ser técnicamente eficaces, las enfermedades seleccionadas deben imponer una pesada carga para la sociedad, las prestaciones sociales deben exceder los costos de las intervenciones y por último las necesidades de los pobres deben ser tomadas en cuenta. Para Wang et al. (2012), la selección de un paquete de beneficios apropiado requiere un análisis financiero, ya que se debe conocer el patrón de gastos en salud directos de bolsillo que realizan los individuos, además se deben compensar equilibradamente la cobertura entre los servicios económicamente más pesados y los servicios de mayor impacto en la salud. En este sentido The World Health Report (2013), señala que la tercera transición de la salud mundial es la meta de la cobertura universal de salud, la cual consiste en asegurar que todo el mundo pueda utilizar los servicios de salud que necesiten sin riesgo financieros o empobrecimiento.

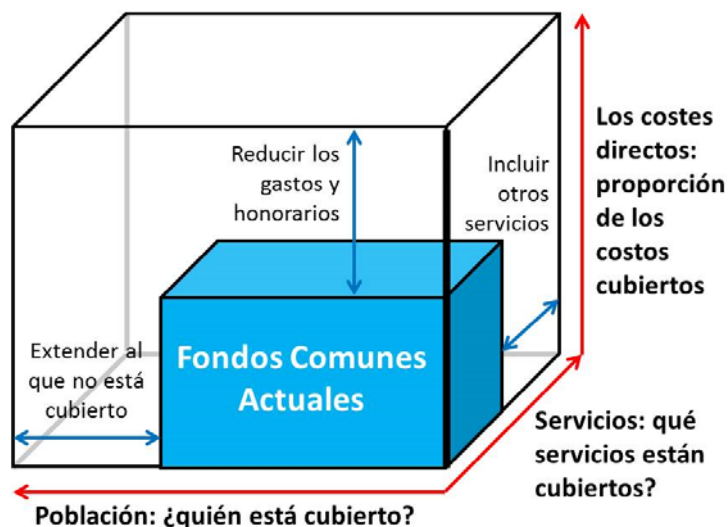
Desde el año 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas²⁹, promueven la cobertura universal, con un doble objetivo, por un lado garantizar el acceso a los servicios de salud y por otro lado proteger de riesgo financiero a los individuos que accedan a la cobertura. Según The World Health Report (2013), las necesidades de protección de riesgo financiero están determinados por la proporción de los costos que los individuos pagan directamente de su bolsillo, es decir los gastos pagados en efectivo, que bajo una cobertura universal estos no deberían exceder un umbral de asequibilidad, mientras que en los más pobres deberían ser cero.

En la figura 4.1, se muestra la forma de medir el progreso de la cobertura universal, donde el fondo o seguro de prepago actual (caja azul pequeña) son los costos actuales de los servicios de salud cubiertos a una determinada población, mientras que la caja grande, muestra todos los costos de los servicios para toda la población en un punto del tiempo. La meta de la cobertura universal en todo el mundo es, ampliar los servicios cubiertos por el

²⁹ The World Health Report (2013). Research for Universal Health Coverage. World Health Organization.

seguro, aumentar la cobertura o el acceso de la población y disminuir los costos o gastos directos de los servicios cubiertos.

Figura 4.1 Medir el progreso hacia la cobertura universal de salud en tres dimensiones



Fuente: Organización Mundial de la Salud (2010) y Busse, Schreyogg y Gericke (2007).

Los países en general aspiran a la cobertura universal, para que todas las personas puedan acceder a los servicios de salud, sin embargo un seguro de salud no está automáticamente a favor de los pobres, ya que esto dependerá de la voluntad política, la aceptación social, la capacidad financiera y el diseño del seguro que debe hacerse cargo de las desigualdades, Wang et al. (2012).

El acceso a esta protección de riesgo financiero se puede expresar de dos formas, primero como el número de personas que tienen algún tipo de sistema de seguro o cubierto por un servicio de salud financiado por impuestos, el cual es gratuito, y en segundo lugar se puede expresar como las consecuencias adversas para las personas que no están protegidas, según The World Health Report (2013). En este sentido la evidencia empírica, de un estudio para 89 países de bajo y alto PIB entre los años 1995 y 2007, indican que cuando los pagos directos de bolsillo de los individuos, respecto a los gastos de salud caen por debajo de un 15% a 20% del gasto total en salud, la catástrofe financiera será insignificante para el individuo, Xu et al. (2010).

Otra de las funciones de los seguros de salud, es la selección del proveedor de atención de salud, ya que con esto se definirá la satisfacción de los beneficiarios y los gastos incurridos, Wang et al. (2012). En este sentido el cómo seleccionar y como pagar a los proveedores, genera diversos incentivos que afectan el comportamiento de estos, así mismo esta selección debe ir en concordancia con el objetivo de los sistemas de seguros, el cual se refiere a la contención de costos que debe entregar solvencia y autosuficiencia financiera del sistema en su conjunto, Wang et al. (2012).

Capítulo V. Metodología de Investigación.

Según lo mencionado en la sección anterior la función principal de cualquier seguro de salud, sin importar cuál sea su origen público o privado, Cutler y Zeckhauser (2000), es entregar protección financiera a los afiliados del seguro, frente a riesgos de adquirir una enfermedad que harían incurrir en costos catastróficos para el individuo o familia, Wang et al. (2012). Por lo tanto la metodología utilizada en esta investigación tendrá como objetivo principal, medir y comparar los sistemas de seguro de salud en Chile, público (FONASA) y privado (ISAPRE), en cuanto a la eficiencia de la protección de los riesgos financieros de los individuos que poseen estos seguros. En este sentido, tal como lo señala el reporte de la Organización Mundial de la Salud (2010), la eficiencia de una cobertura universalidad en salud se miden en cuanto a tres aspectos, como son los servicios cubiertos por el seguro, la cobertura o el acceso de la población a los seguros y los costos o gastos directos de los servicios cubiertos.

El tipo de investigación utilizada para medir y comparar los sistemas de salud, será una investigación descriptiva, ya que según Hernández, Fernández & Baptista (2003), este tipo de investigación busca medir o evaluar diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Para Dankhe (1986) los estudios descriptivos buscan especificar propiedades importantes de personas, grupos o comunidades que sea sometido a análisis. En este sentido la investigación plantea medir a través de indicadores distintas variables de dos grupos de población, afiliados a FONASA e ISAPRE, para así posteriormente realizar una comparación de eficiencia con los indicadores por seguro.

El diseño que se utilizará para realizar la investigación será no experimental, donde Kerlinger (1979) señala que esta se refiere a cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones, en otras palabras la investigación no experimental se encarga de observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para después analizarlos, Hernández et al. (2003). En esta investigación se observarán distintas variables, sin manipulación, de dos grupos de población que integran distintos sistemas de aseguramiento de la salud, lo cual es una condición asignada a los individuos sin ningún método aleatorio. En cuanto al diseño no experimental, será de carácter longitudinal, ya que este se refiere, según Hernández et al.

(2003) a investigaciones donde se recolectan datos a través del tiempo en puntos o periodos especificados, para hacer inferencias respecto al cambio, sus determinantes y consecuencias, es así como en esta investigación los datos recolectados datan de un periodo entre el 2005 al 2013, para ambos sistemas de seguro de salud.

El diseño longitudinal, es de tipo panel, donde se examinan cambios de subpoblaciones o grupos específicos en distintos momentos del tiempo, es decir, el mismo grupo específico de sujetos es medido en todos los tiempos o momentos, según Hernández et al. (2003), donde los distintos grupos están vinculados de alguna manera, Glens (1977). Esta investigación se llevara a cabo a través de la medición de indicadores en los dos grupos de afiliados según seguro desde el periodo de recolección de datos antes mencionado, vinculándose los individuos a un grupo según el seguro al cual pertenecen.

La recolección de datos se llevará a cabo por medio de fuentes secundarias públicas, en las cuales podemos mencionar las estadísticas emanadas de FONASA, las estadísticas emanadas por la Superintendencia de Salud, donde ambas tiene una data entre el año 2005 al 2013, además de la encuesta CASEN llevada a cabo los años 2006, 2009, 2011 y 2013; y la Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF) 2011-2012. También se puede mencionar que las características de los datos recolectados son de carácter cuantitativo.

Para el desarrollo de la metodología, se seguirá el modelo propuesto por el Banco Mundial (2012), para la evaluación de los seguros, donde este señala que las funciones críticas que debe realizar cualquier seguro de salud, se concentran en cinco áreas dentro de las que se encuentran, la función de regulación y políticas, la gestión de proveedores, la gestión financiera, la gestión de beneficiarios, y el seguimiento y control del seguro; donde todas estas deben ser evaluadas con indicadores en tres áreas.

La primera función se encarga de definir el diseño del sistema, determinando el método de financiamiento, regulaciones financieras para lograr solvencia, regulaciones de calidad de los proveedores y normas de comunicación con beneficiarios, además de señalar el organismo que gestionará el seguro (público, privado, mutuales, una mezcla, etc.); cuyos aspectos del diseño e implementación del seguro deben poseer un nivel de apoyo social para llevarse a cabo, Banco Mundial (2012).

El segundo elemento, la gestión de proveedores, debe realizar la selección de las entidades que realizarán el servicio de atención de salud, buscando y negociando con estos, los medios de pago más eficientes para promover la calidad y el cumplimiento de los parámetros establecidos en los contratos, además deberá gestionar las reclamaciones de los beneficiarios por la atención médica insatisfecha, Banco Mundial (2012).

La tercera función, la gestión financiera, no solo se encargará del pago de los proveedores como una de sus labores principales, si no también, deberá realizar la planificación del sistema por medio de un análisis actuarial que anticipa y evita el déficit presupuestario, lo cual permite aplicar ajustes de riesgo si fuese necesario, para así mantener la solvencia financiera y el control de costos del sistema, Banco Mundial (2012).

La cuarta función, gestión de beneficiarios, debe recaudar los ingresos del sistema por medio del pago de las primas de los cotizantes o por medio de los impuestos, para así registrar a los beneficiarios elegibles para el seguro, educándolos en los derechos de las prestaciones y los beneficios del sistema, Banco Mundial (2012).

Finalmente la última función es dar un seguimiento y control del sistema, para lo cual es necesario un sistema de información que permita realizar análisis de las funciones anteriormente descritas, con el fin de tomar decisiones de gestión para mejorar la calidad, equidad y eficiencia del sistema, Banco Mundial (2012).

El Banco Mundial (2012), señala que la evaluación del sistema de seguros de salud, es importante para asegurar que este surta los efectos previstos, y para ello menciona que las áreas o funciones descritas anteriormente deben ser evaluadas y monitoreadas por medio de indicadores de gestión, financieros y de impacto. Los indicadores de gestión, se refiere a la evaluación que se debe realizar de las distintas gestiones que realiza un seguro, principalmente con los beneficiarios y los proveedores, a diferencia de los indicadores financieros, que se utilizan para evaluar la capacidad del seguro para cubrir los gastos en el largo plazo, lo que depende de los ingresos de este, es decir la evaluación de la solvencia del seguro, y finalmente, los indicadores de impacto se utilizan para medir un sistema de seguro de salud en términos de equidad, eficiencia y eficacia. A continuación se presentaran

los principales indicadores propuestos por el Banco Mundial, en las tres áreas de evaluación y monitoreo descritos.

Tabla 5.1 Indicadores de Gestión.

| Indicador | Formula | Fuente |
|--|--|---|
| Tasa de cobertura de la población. | Número de miembros en total, como porcentaje de la población objetivo. | Registro de miembros |
| Tasa de crecimiento de la afiliación | Registro de un nuevo miembro, como porcentaje de los miembros totales durante determinado período | Registro de miembros |
| Selección adversa | Identificar la selección adversa a través de una comparación de la situación sanitaria de las poblaciones de asegurados y no asegurados. | Registro de miembros Encuesta de hogares |
| Tasa de contribución del gobierno a los pobres | Porcentaje del total de costos incurridos por la población en el quintil más pobre que están subsidiados por el gobierno, o el porcentaje de personas pobres que reciben exenciones prima. | Miembros y registro de primas |
| Tasa de renovación | Número de renovaciones / número de renovaciones posibles | Registro de miembros Hoja de Renovación |
| Tasa de deserción | Número de abandonos / número de renovaciones posibles | Registro de miembros |
| Tasa de recaudación de primera calidad | Importe de las primas recibidas como porcentaje de las primas adeudadas | Miembros y registro de primas |
| Reembolso | | |
| Periodo medio de pago de proveedores | El tiempo transcurrido entre la fecha de emisión de facturas y la fecha en que se hace el pago. | Balance Estado de Resultados |
| Periodo medio en el reembolso de los miembros | El tiempo transcurrido entre la fecha de reclamaciones de los afiliados para el reembolso (suponiendo exacta) y la fecha en que se hace el pago. | Balance Estado de Resultados |
| Reclamaciones mensuales y el cambio de temporada | Conjunto de indicadores que resumen utilización de los servicios y los costos y sus tendencias (estos pueden ser desagregados por tipo de servicio). | Facturas de proveedores de atención de la salud Registro de reclamación Reclamos listados por tipo de proveedor |

Fuente: Banco Mundial (2012).

Tabla 5.2 Indicadores de Financieros.

| Indicador | Formula | Fuente |
|--|---|----------------------|
| Ratio de solvencia | Coeficiente de solvencia = Activos / pasivos. Medición de la fuerza del esquema financiero y su capacidad para pagar sus obligaciones en el corto, mediano y largo plazo. | Balance |
| Razón de liquidez | Ratio de liquidez = Activo circulante / pasivo circulante. La medición de la cantidad de efectivo disponible para cumplir con las obligaciones a corto plazo del sistema de seguro. | Balance |
| Índice de siniestralidad | Reclamos incurridos de un periodo, como porcentaje de las primas devengadas en el mismo período. Este período puede ser para un año fiscal o de cualquier otro período contable. | Estado de Resultados |
| Índice de gastos incurridos | Gastos incurridos durante un período se dividen por las primas devengadas en el mismo período. | Estado de Resultados |
| Relación de los costos de operación y los ingresos | Costo de operación determinada como un porcentaje de los ingresos totales. | Estado de Resultados |
| Ratio de cobertura de los gastos | Ratio de cobertura de los gastos = Reservas / gastos mensuales. Las reservas acumuladas deben cubrir las demandas medias de 3-6 meses. | Estado de Resultados |

Fuente: Banco Mundial (2012)

Tabla 5.3 Indicadores de Impacto.

| Indicador | Ilustración o Formula |
|--|---|
| Impacto en la salud | Cambio de estado de la Salud Estado de salud auto-evaluada |
| Pérdida de Ingresos por días de trabajo perdidos (medida de la productividad). | Protección del riesgo financiero ante una enfermedad. Gasto de bolsillo, por la situación socioeconómica y el estado de salud. Gasto de bolsillo como porcentaje de los ingresos del hogar, por nivel socioeconómico y de inscripción. Porcentaje de reembolso de los gastos médicos totales, por nivel socioeconómico y la inscripción. Pobreza debido a la enfermedad, es decir, los gastos médicos que causan el hogar a caer por debajo de un umbral de la pobreza. |
| Satisfacción pública | Cambios en las preocupaciones o la ansiedad acerca de enfermarse. Satisfacción con los servicios de salud (incluyendo el acceso y la calidad de los servicios) Satisfacción con la gestión de los seguros. |
| Cambio en las barreras de acceso | Cambio en tasas de utilización de atenciones ambulatorias y de hospitalización. Porcentaje de personas enfermas que informaron que no pudieron recibir atención por motivos financieros. Porcentaje de personas enfermas que informaron que no pudieron recibir atención debido a la distancia del centro de salud. Porcentaje de personas enfermas que informaron que no pudieron recibir atención por razones técnicas (como la falta de establecimiento de salud de la droga, equipo o personal). Hospitalizaciones evitables. |
| Ganancias o pérdidas de eficiencia en la prestación de servicios. | Número de medicamentos utilizados por visita o inyecciones intravenosas dadas por visita. Cargos por visita ambulatoria o cargos por día de hospitalización con el mismo diagnóstico o tratamiento. Costo por día en los centros de salud y hospitales. Número de pacientes tratados por médico en centros de salud. Cargos por visita comparada entre asegurados y no asegurados. |
| Calidad de los servicios | Prescripción de cheques/registros médicos. Guías de práctica. |

Fuente: Banco Mundial (2012).

En la presente investigación se utilizarán indicadores de evaluación financiera y de impacto para medir la eficiencia que tienen los seguros de salud en Chile, en relación al objetivo que tiene cualquier sistema de aseguramiento de la salud, el cual consiste en la protección financiera de los afiliados. A continuación se presentan los indicadores propuestos, en las dos áreas mencionadas, con las respectivas formulas, fuentes y objetivos de medición.

Tabla 5.4 Indicadores de Impacto

| N° | Indicador | Formula | Fuente | Objetivo |
|----|--|---|---------------------------------|---|
| 01 | % de beneficiarios que realizaron copago por consulta médica general | $\frac{\text{Total beneficiarios copago consulta médica general}_{\text{año}}}{\text{Total de beneficiarios que recibieron la consulta medica}_{\text{año}}}$ | CASEN 2006 2009 2011 2013 | Medir la eficiencia de los seguros en cuanto al % de beneficiarios que realizaron copago por consultas médicas. |
| 02 | % de beneficiarios que realizaron copago por consulta de urgencia | $\frac{\text{Total beneficiarios copago atencion de urgencia}_{\text{año}}}{\text{Total de beneficiarios que recibieron la atencion de urgencia}_{\text{año}}} * 100$ | CASEN 2006 2009 2011 2013 | Medir la eficiencia de los seguros en cuanto al % de beneficiarios que realizaron copago por consultas de urgencia. |

| | | | | |
|----|---|--|---------------------------------|---|
| 03 | % de beneficiarios que realizaron copago por consulta de especialidad | $\frac{\text{Total beneficiarios copago consulta especialidad}_{\text{año}}}{\text{Total de beneficiarios que recibieron la atencion de Esp.}_{\text{año}}} * 100$ | CASEN 2006 2009 2011 2013 | Medir la eficiencia de los seguros en cuanto al % de beneficiarios que realizaron copago por consultas de especialistas. |
| 04 | % de beneficiarios que realizaron copago por exámenes | $\frac{\text{Total beneficiarios copago exámenes}_{\text{año}}}{\text{Total de beneficiarios que se tomaron exámenes}_{\text{año}}} * 100$ | CASEN 2006 2009 2011 2013 | Medir la eficiencia de los seguros en cuanto al % de beneficiarios que realizaron copago por exámenes. |
| 05 | % de beneficiarios que realizaron copago por hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas | $\frac{\text{Total beneficiarios copago hospitalizaciones}_{\text{año}}}{\text{Total de beneficiarios que se hospitalizaron}_{\text{año}}} * 100$ | CASEN 2006 2009 2011 2013 | Medir la eficiencia de los seguros en cuanto al % de beneficiarios que realizaron copago por Hospitalizaciones e Intervenciones Quirúrgicas |

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 5.5 Indicadores Financieros

| N° | Indicador | Formula | Fuente | Objetivo |
|----|-----------------------------------|--|--|---|
| 06 | Ingresos per cápita disponibles | $\frac{\text{Total de Ingresos Disponibles}_{\text{año}}}{\text{Total de beneficiarios}_{\text{año}}}$ <p>* Ingresos per cápita de FONASA contienen las cotizaciones obligatorias del 7%, aportes fiscales y otros ingresos, menos el gasto de personal y administración, dividido por el total de beneficiarios. ** Ingresos per cápita de la ISAPRE contienen las cotizaciones obligatorias del 7%, los aportes adicionales y los ingresos por fondo de compensación, menos los gastos de personal, administrativos y las utilidades antes de impuestos, dividido por el total de beneficiarios.</p> | Estadísticas FONASA 2005-2013 Superintendencia de Salud 2005-2013 | Medir los ingresos per cápita disponibles por aseguradora destinados a la protección financiera de los beneficiarios en caso de enfermedad. |
| 07 | Gastos administrativos per cápita | $\frac{\text{Total de Gastos de Administracion}_{\text{año}}}{\text{Total de beneficiarios}_{\text{año}}}$ | Estadísticas FONASA 2005-2013 Superintendencia de Salud 2005-2013 | Medir la eficiencia en cuanto a los gastos administrativos destinados por beneficiarios en cada seguro. |
| 08 | Gasto per cápita | $\frac{(\text{Gasto PAP} + \text{Gasto PAV} + \text{Gasto PPI} - \text{Gasto SIL})_{\text{año}}}{\text{Total de beneficiarios}_{\text{año}}}$ $\frac{(\text{Gasto en Prestaciones Médicas})_{\text{año}}}{\text{Total de beneficiarios}_{\text{año}}}$ <p>* FONASA incluye gasto de programa atención primaria, programa prestaciones valoradas, programa prestaciones institucionales, menos subsidio de incapacidad laboral, dividido en el total de beneficiarios. ** ISAPRE incluye gasto en prestaciones médicas, dividido en el total de beneficiarios.</p> $\frac{(\text{Gasto SIL})_{\text{año}}}{\text{Total de Cotizantes}_{\text{año}}}$ <p>* FONASA incluye el subsidio de incapacidad laboral, dividido en el total de cotizantes no pensionados. ** ISAPRE incluye el subsidio de incapacidad laboral, dividido en el total de cotizantes.</p> | Estadísticas FONASA 2005-2013 Superintendencia de Salud 2005-2013 | Medir la eficiencia en cuanto al gasto efectivo por beneficiario en los seguros. |

| | | | | |
|----|--|--|--|---|
| 9 | Copago promedio por hogar | $\frac{\text{Total Copago por Hogar}_{\text{año}}}{\text{Total de beneficiarios}_{\text{año}}}$ <p>Parámetros de Diferenciación: Sexo (hombre – Mujer) Zona (Región Metropolitana – Regiones) Cruce entre Sexo-Zona</p> | Encuesta Presupuestos Familiares 2011-2012 | Medir la eficiencia de los seguros en cuanto al copago promedio por hogar realizado por los beneficiarios, diferenciando lo por sexo y zona. |
| 10 | Copago hogar como porcentaje de los ingresos | $\frac{\text{Total Copago por Hogar}_{\text{año}}}{\text{Total Ingresos por Hogar}_{\text{año}}}$ <p>Parámetros de Diferenciación: Sexo (hombre – Mujer) Zona (Región Metropolitana – Regiones) Cruce entre Sexo-Zona</p> | Encuesta Presupuestos Familiares 2011-2012 | Medir la eficiencia de los seguros en cuanto al porcentaje del copago promedio por hogar que corresponden a los ingresos de un hogar, diferenciando lo por sexo y zona. |
| 11 | Copago hogar como porcentaje de los Gastos | $\frac{\text{Total Copago por Hogar}_{\text{año}}}{\text{Total Gastos por Hogar}_{\text{año}}}$ <p>Parámetros de Diferenciación: Sexo (hombre – Mujer) Zona (Región Metropolitana – Regiones) Cruce entre Sexo-Zona</p> | Encuesta Presupuestos Familiares 2011-2012 | Medir la eficiencia de los seguros en cuanto al porcentaje del copago promedio por hogar que corresponden a los gastos realizados de un hogar, diferenciando lo por sexo y zona. |
| 12 | Índice de GINI del copago hogar por seguro | $G_{\text{Gasto}} = \left 1 - \sum_{k=1}^{n-1} (X_{k+1} - X_k)(Y_{k+1} + Y_k) \right $ <p>Donde X es la proporción acumulada de la variable hogar e Y es la proporción acumulada de la variable copago hogares.</p> $G_{\% \text{ Gasto Total}} = \left 1 - \sum_{k=1}^{n-1} (X_{k+1} - X_k)(Y_{k+1} + Y_k) \right $ <p>Donde X es la proporción acumulada de la variable hogar e Y es la proporción acumulada de la variable copago cómo % de los gastos totales por hogar.</p> $G_{\% \text{ Ingreso Total}} = \left 1 - \sum_{k=1}^{n-1} (X_{k+1} - X_k)(Y_{k+1} + Y_k) \right $ <p>Donde X es la proporción acumulada de la variable hogar e Y es la proporción acumulada de la variable copago cómo % de los Ingresos totales por hogar.</p> <p>Parámetros de Diferenciación: Sexo (hombre – Mujer) Zona (Región Metropolitana – Regiones)</p> | Encuesta Presupuestos Familiares 2011-2012 | Medir la desigualdad en cuanto a los copagos absolutos y los relativos (copagos como porcentaje de los ingresos y los gastos totales) por hogar que pertenecen a cada uno de los seguros. |
| 13 | Copago promedio por consultas medicas | $\frac{\text{Total Copago Consultas Medicas}_{\text{año}}}{\text{Total de beneficiarios}_{\text{año}}}$ <p>Parámetros de Diferenciación: Sexo (hombre – Mujer) Zona (Región Metropolitana – Regiones)</p> | Encuesta Presupuestos Familiares 2011-2012 | Medir la eficiencia de los seguros en cuanto al copago por consultas médicas que realizan los beneficiarios, diferenciando lo por sexo y zona. |
| 14 | Copago promedio por exámenes | $\frac{\text{Total Copago Exámenes}_{\text{año}}}{\text{Total de beneficiarios}_{\text{año}}}$ <p>Parámetros de Diferenciación: Sexo (hombre – Mujer) Zona (Región Metropolitana – Regiones)</p> | Encuesta Presupuestos Familiares 2011-2012 | Medir la eficiencia de los seguros en cuanto al copago por exámenes que realizan los beneficiarios, diferenciando lo por sexo y zona. |
| 15 | Copago promedio por medicamentos | $\frac{\text{Total de Copago Medicamentos}_{\text{año}}}{\text{Total de beneficiarios}_{\text{año}}}$ | Encuesta Presupuestos Familiares 2011- | Medir la eficiencia de los seguros en cuanto al copago por medicamentos que realizan los |

| | | | | |
|----|---|---|--|--|
| | | Parámetros de Diferenciación: Sexo (hombre – Mujer) Zona (Región Metropolitana – Regiones) | 2012 | beneficiarios, diferenciando lo por sexo y zona. |
| * | Copago promedio por servicios hospitalarios | $\frac{\text{Total Copago Servicios Hospitalarios}_{\text{año}}}{\text{Total de beneficiarios}_{\text{año}}}$ Parámetros de Diferenciación: Sexo (hombre – Mujer) Zona (Región Metropolitana – Regiones) | Encuesta Presupuestos Familiares 2011-2012 | Medir la eficiencia de los seguros en cuanto al copago por servicios hospitalarios que realizan los beneficiarios, diferenciando lo por sexo y zona. |
| ** | Gastos RRHH per cápita | $\frac{\text{Total de Gastos de Personal}_{\text{año}}}{\text{Total de beneficiarios}_{\text{año}}}$ | Estadísticas FONASA 2005-2013 Superintendencia de Salud 2005-2013 | Medir la eficiencia en cuanto a los gastos de personal administrativo destinados por beneficiarios en cada seguro. |

Fuente: Elaboración Propia

* Este indicador no se presenta en el capítulo de resultados, ya que se encuentra en el anexo 18.

** Este indicador no se presenta en el capítulo de resultados, ya que se encuentra en el anexo 19.

Capítulo VI. Resultados.

Para iniciar el análisis de los indicadores propuestos en la sección anterior, se hará referencia a algunas características y definiciones, para comprender mejor las variables y análisis realizado en este capítulo.

Una primera definición es el concepto de eficiencia, que se refiere a las ganancias de bienestar generadas por la protección financiera, que se acumulan para los individuos, para el sistema de salud y para la economía en general, según los autores Moreno et al. (2013). En este estudio, se medirá la eficiencia que genera un seguro para un individuo u hogar afiliado a alguno de los seguros existentes, FONASA e ISAPRE. La eficiencia en los individuos u hogares se presenta debido a la existencia de aversión al riesgo por parte de las personas, por lo tanto estos se benefician de la protección, ya que no incurrirán en gastos excesivos o pérdidas económicas al ser afectados por una enfermedad.

Por hogar se entenderá como los grupos de personas que residen en una misma vivienda y comparten sus ingresos y gastos, según la Encuesta de Presupuestos Familiares 2011-2012 (EPF 2011-2012), por lo tanto, un hogar se conformará por quienes cumplan con tres características, la primera de ellas, indica que los individuos de un hogar deben convivir en una misma vivienda particular, consumir o compartir colectivamente bienes y servicios en un mismo presupuesto y compartir los ingresos, entonces en una misma vivienda pueden convivir distintos hogares.

Por otro lado, por valor de copago se entenderá como el valor total de una prestación de salud, menos el descuento o reembolso del sistema de salud, por lo tanto, el copago es el gasto de bolsillo asociado a la compra de prestaciones de salud, según la EPF 2011-2012. En este sentido la encuesta antes mencionada, registra los valores de copago de diferentes prestaciones de salud, las cuales según la prestación, se descuenta inmediatamente al momento de pagar el monto que cubre el sistema o, en otras ocasiones, el usuario paga el total y luego el sistema le reembolsa. Cabe mencionar, que en esta investigación, los copagos promedios analizados son solamente los referidos a los hogares que efectivamente realizaron alguna prestación y que debieron realizar algún tipo de pago, debido a que la EPF 2011-2012, no registra las prestaciones donde la cobertura o bonificación de los seguros fue

del 100%, por lo tanto pudiesen existir hogares que recibieron alguna prestación, pero no debieron pagar, debido a que el seguro cubrió dicha atención³⁰.

En necesario indicar que para el análisis del copago promedio, se intentó testear si los resultados obtenidos del copago promedio, entre ambos seguros son estadísticamente diferentes, lo cual no se pudo llevar a cabo debido a que ambas muestras independientes no presentan una distribución normal, que impide realizar el test de medias.

En cuanto al análisis de los copagos hogar por género, se decidió metodológicamente asociar el copago por hogar al individuo que efectuó la prestación de salud y no al individuo pagador de la prestación dentro del hogar. La finalidad de esta elección es identificar al individuo por sexo que hace aumentar los copagos dentro de un hogar.

Por las características de la EPF 2011-2012, se decidió no integrar algunos indicadores correspondientes a prestaciones tales como, servicios quirúrgicos y procedimientos médicos ambulatorios, servicios dentales, y servicios paramédicos distintos a exámenes, debido a que los resultados promedios del copago en estas prestaciones no coincidían con la realidad de los gastos realizados por hogares, lo cual se debe a que la base de datos en estos ítem no contaban con suficientes observaciones para hacer representativa la muestra, por lo que se decidió excluirlas del análisis.

Para el caso de las prestaciones hospitalarias, se decidió no integrarla en los 15 indicadores, debido a que se obtuvieron resultados poco intuitivos desde el punto de vista económico, como es el caso de los resultados de las ISAPRE. Esto se puede explicar porque la muestra es poco robusta, lo que no permite entregar resultados concluyentes en cuanto a la eficiencia de ambos seguros, en la prestación más costosa del sistema de salud (ver resultados en anexo 6.12)

Con respecto al análisis se homogenizó, en realizar aperturas de los indicadores en relación al sexo de los beneficiarios que realizaron prestaciones por hogar y a la zona geográfica donde habitan los hogares beneficiarios de ambos seguros. En este sentido, se decidió no incluir la apertura de número de integrantes por hogar y la edad de los beneficiarios, debido

³⁰ Los copagos promedio analizados corresponden a los indicadores 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15, lo cuales utilizaron la EPF 2011-2012

a que los resultados obtenidos no guardaban relación con los datos reales y teoría económica en estas variables, ya que el número de observaciones al abrir el espectro de análisis se reducía, siendo poco robustos los resultados.

Los datos utilizados para obtener los porcentajes de beneficiarios que realizaron algún tipo de prestación³¹, se refieren a los individuos que declararon conocen el seguro al cual pertenecían, ISAPRE y FONASA, donde en este último se utilizaron además, los individuos que declararon pertenecer a algunos de los grupos de afiliación de la institución.

Las ISAPRE seleccionadas para la obtención de los datos y para los posteriores análisis, fueron solamente las ISAPRE abiertas, que se refieren a aquellas instituciones donde la afiliación y planes de salud son de oferta pública, según la Superintendencia de Salud 2015³². La selección de las estas 7 instituciones, en la actualidad, se debió a que estas instituciones aseguran a una parte importante de la población y están insertas en el mercado, en comparación a las ISAPRE cerradas que solo realizan prestaciones a trabajadores de una determinada empresa o institución, por lo que presentan un riesgo determinado a la industria en la que se encuentran.

Finalmente para dar una mejor lectura y comprensión de los gráficos, en los 15 indicadores analizados, se dispuso el color azul para identificar los resultados obtenidos por FONASA y el color rojo para los resultados obtenidos por las ISAPRE. Por otra parte, dos siglas importantes en este capítulo son Región Metropolitana (RM) y Regiones (Rg).

Indicador 1: Porcentaje de beneficiarios que realizaron copago por consulta médica general.

Este indicador mide la eficiencia de los seguros en cuanto al porcentaje de los beneficiarios que realizaron copago por consultas médicas generales, diferenciados por seguro. Para la construcción de este indicador se utilizó la pregunta contenida en las CASEN del 2006-2009-2011-2013, referida a que si el individuo en los últimos 3 meses, tuvo que hacer algún pago

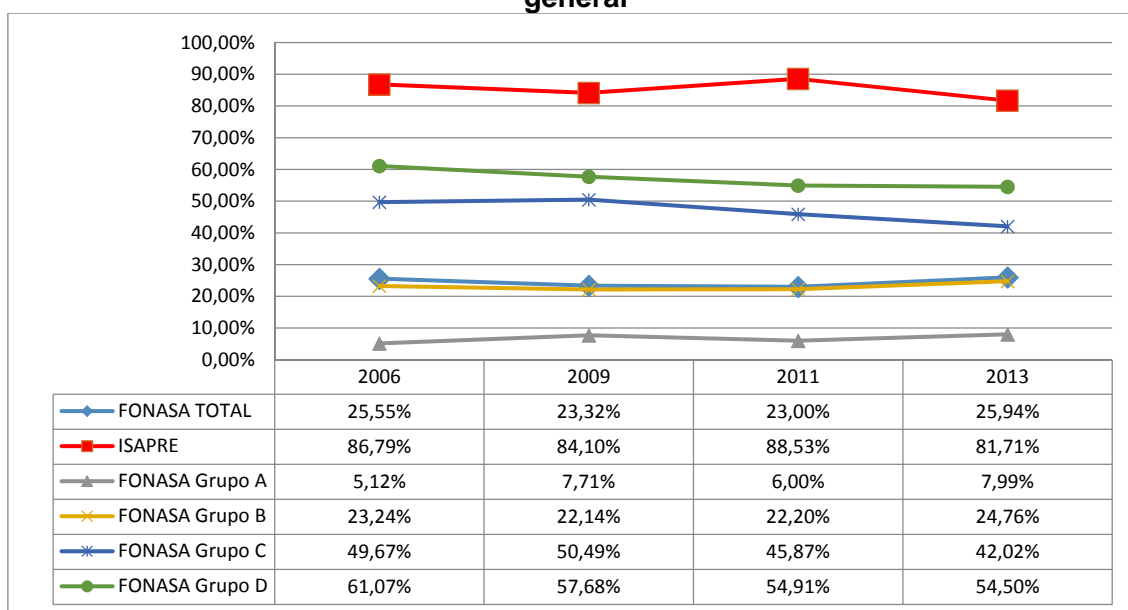
³¹ Los porcentajes de beneficiarios que realizaron algún tipo de copago corresponden a los indicadores 1, 2, 3, 4 y 5, lo cuales utilizaron las CASEN 2006-2009-2011-2013

³² Las ISAPRE seleccionadas, corresponden a los análisis de los indicadores 6, 7 y 8, lo cuales utilizaron datos de la Superintendencia de Salud y de FONASA.

por la última atención en consultas médicas generales. Por estas consultas se entiende, según el manual de campo de la CASEN (2013), que son las consultas por enfermedades, atendidas en un consultorio de nivel primario por un médico general y también a las atenciones de medicina general que se realizan en consultas o centros médicos privados. Cabe mencionar que se excluyen de las consultas médicas generales, las consultas de especialidades, de urgencia y de salud mental.

Los resultados de este indicador que se aprecian en el gráfico 6.1, muestran que en el caso de FONASA los individuos pertenecientes al grupo A y B (en ese orden), son los que menos efectúan copago total por consultas médicas generales. En estos dos grupos existió un leve aumento hacia el último periodo de estudio, donde de los beneficiarios que perteneciendo a estos grupos, debieron realizar algún tipo de copago por la consulta médica general, pasaron de un 5,12% a un 7,99% para el grupo A y de 23,24% a un 24,76% para el grupo B, entre los años 2006 al 2013.

Gráfico 6.1 Porcentaje de beneficiarios que realizaron copago por consulta médica general



Fuente: Elaboración propia, con datos de las CASEN 2006, 2009, 2011 y 2013.

El porcentaje de beneficiarios que realizaron algún tipo de copago se obtuvo en base al total de beneficiarios que declararon dicha prestación, es decir, el porcentaje se obtiene sobre el total que copagaron y aquellos que no copagaron.

Los porcentajes más bajos de los grupos A y B, de beneficiarios que debieron realizar algún tipo de copago se pueden explicar debido a que estos grupos no realizan copago en la MAI,

mientras que el grupo B en la MLE copaga hasta el 75% en el nivel 1. Sin embargo, un resultado que llama la atención, es que cierto porcentaje de individuos del grupo A declaran realizar copago por las consultas médicas generales, siendo que este grupo no copaga en la MAI, como ya se mencionó, y no tiene opción a la MLE.

Esto pudiese deberse a varias razones, la primera de ellas, se refiere a un problema de autoselección de los individuos, es decir estos declaran pertenecer a FONASA grupo A, ya que esta decisión implicaría un mayor beneficio para estos individuos. Una segunda razón se podría deber a un problema de clasificación de los individuos, es decir FONASA tiene un problema para clasificar correctamente a la población en este grupo. Una tercera razón se podría deber a que los individuos no resuelven sus prestaciones de salud en la red pública de prestadores, por lo que deben realizar parte de las atenciones fuera del sistema y copagar por estas. Según datos de la CASEN, los beneficiarios del grupo A que realizaron algún tipo de copago están directamente relacionados con la categoría pública o privada del establecimiento, a saber en los años 2006, 2009, 2011 y 2013 los porcentajes de beneficiarios que realizaron una prestación en una institución privada fueron de 6,87%; 6,68%; 5,67% y 7,50%, respectivamente (ver anexo 3). Finalmente, es posible que los porcentajes no sean estadísticamente diferentes, debido a que la encuesta CASEN presenta un margen de error entre 1 y 4 puntos porcentuales en cada región del país, en términos absolutos, por lo que es posible que no exista dicho aumento de los porcentajes entre el 2006 y el 2013³³.

Sin embargo, en los grupos C y D disminuye el porcentaje de beneficiarios que copagan desde 49,67% y 61,07% hasta 42,02% y 54,50%, respectivamente, entre los años 2006 y 2013.

Estos porcentajes más altos, en comparación al grupo A y B, se pueden explicar debido a que en el sistema público los grupos C y D realizan un copago del 10% y el 20% respectivamente en la MAI, pudiendo optar a la MLE que posee una cobertura de hasta el 75% del nivel 1, con lo cual el número de beneficiarios que debe efectuar copago aumenta. Sin embargo, la disminución en el porcentaje de beneficiarios que realizan algún tipo de copago en estos grupos podría tener una explicación, es que en estos dos grupos se está

³³ Observatorio social (2015). Metodología de Diseño Muestral Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2013. Serie Documentos Metodológicos N°30. Ministerio de Desarrollo Social.

optando por utilizar menos la MLE, lo que se ratifica con la caída en el porcentaje de las prestaciones realizadas en instituciones privadas (ver anexo 3).

Observando el agregado total de FONASA se aprecia que este se comporta de forma parecida al grupo B, teniendo porcentajes levemente superiores a este grupo, tal como se puede ver en la gráfica 6.1. El alza en el porcentaje de personas que copagan al finalizar el periodo de estudio, se puede deber a los esfuerzos en los últimos años por clasificar de mejor manera a los beneficiarios dentro de cada grupo, pasando muchos afiliados del grupo A al grupo B.

Por otro lado, en el caso del seguro privado el porcentaje de la población que pertenece a las ISAPRE y que debieron efectuar pago por las consultas médicas generales, tiene una baja en el último periodo de estudio pasando de un 86,79% en el 2006 a un 81,71% en el 2013 (ver gráfico 6.1). Estos resultados más altos que el FONASA, se explicarían debido a que la mayoría de los planes de los afiliados a las ISAPRE no tienen cobertura del 100% en consultas médicas generales³⁴.

Al comparar ambos sistemas, se puede apreciar que el porcentaje de la población asegurada por el FONASA que efectúa copagos es menos de un tercio de la población afiliada a la ISAPRE (ver gráfico 6.1), lo cual indica que, en cuanto a la eficiencia de ambos seguros respecto al porcentaje de los beneficiarios que pertenecen a cada sistema y que debieron efectuar algún copago por la atención medica general, es el FONASA el más eficiente.

Indicador 2: Porcentaje de beneficiarios que realizaron copago por consulta de urgencia.

Este indicador mide la eficiencia de los seguros en cuanto al porcentaje de los beneficiarios que realizaron copago por consultas de urgencia, tanto para los individuos en el sistema de FONASA, como para los de ISAPRE. En la construcción de este indicador se utilizó las preguntas contenidas en la CASEN 2006-2009-2011-2013, referida a que si el individuo tuvo

³⁴ Según la Superintendencia de Salud (2013), en el año 2013 los cotizantes con planes de cobertura del 100% llegaron al 12,8%, mientras que en el año 2011 alcanzaron el 7,0%, lo que explicaría la baja en el último año de estudio.

que hacer algún pago por la última atención de consultas médicas de urgencia, en los últimos tres meses. Según el manual de campo de la CASEN (2013), se entiende por consultas médicas de urgencia, como las consultas o atenciones que el entrevistado considere de urgencia o emergencia, independiente de donde se entregue la atención, ya sea público o privado y en cualquier modalidad (Hospitales, Clínicas, Asistencia Pública y Servicios de Atención Primaria de Urgencia). Cabe mencionar que se incluyen en estas consultas las urgencias dentales, pero no se incluyen las atenciones recibidas por un individuo realizadas a través de la obtención de una hora, pese a que si los individuos consideren que era una urgencia.

Como se ve en el gráfico 6.2, en el caso de FONASA, las personas pertenecientes a los grupos A y B son las que menos efectúan copagos por consultas médicas de urgencia. No obstante, en dichos grupos existió un aumento del porcentaje de habitantes que debieron realizar algún pago por consultas médicas de urgencia entre el 2006 y el año 2013, lo cual se puede explicar debido a que FONASA logro clasificar de mejor manera a los afiliados a estos grupos, pasando gran población del fondo A al B³⁵, aun así como se explicaba anteriormente el grupo A no debería presentar población que realiza copago por estas prestaciones, ya que no copagan en la MAI y no tienen derecho a la MLE, por lo que es probable que presenten un problema de autoselección, de clasificación o que resuelvan sus problemas en el sector privado³⁶. Además, nuevamente es posible que los porcentajes no sean estadísticamente diferentes, debido a que la encuesta CASEN presenta un margen de error entre 1 y 4 puntos porcentuales en cada región del país, en términos absolutos, por lo que es posible que no exista dicho aumento de los porcentajes entre el 2006 y el 2013³⁷.

El grupo C y D se encuentra ubicada por sobre los dos grupos anteriores, pero con una tendencia negativa, partiendo con un 45,52% y 50,34% en el 2006 respectivamente, hasta

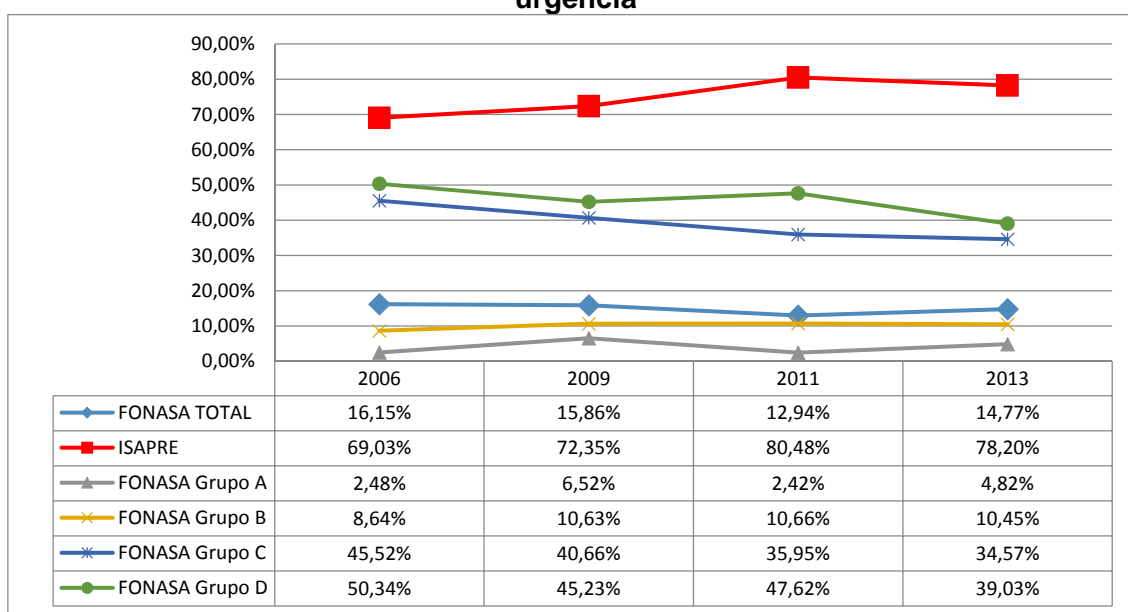
³⁵ Según los datos de FONASA (2013), el grupo A disminuyó en un 25,59% el número de beneficiarios, mientras que el grupo B aumentó en un 19,38% el número de beneficiarios, lo que se enmarca en los esfuerzos por mejorar la clasificación de los afiliados en los diferentes grupos.

³⁶ En este grupo se encuentra la población de menor ingreso, como las personas indigentes o carentes de recursos, personas con subsidio familiar y beneficiarios de pensiones básicas solidarias, donde estos últimos beneficiarios han aumentado un 14,52% desde el 2008 al 2013, según la Subsecretaría de Previsión Social (2014), lo que podría explicar este pequeño aumento de la población que efectuó copagos en el grupo A de FONASA. Además según los datos de las CASEN del 2006, 2009, 2011 y 2013, en el grupo A el porcentaje de las prestaciones que se resuelven en el sector público ha fluctuado en 96,86; %94,96%; 97,98% y 96,24% respectivamente, lo que concuerda con las fluctuaciones del porcentaje de beneficiarios que realizó algún tipo de porcentaje (ver anexo 4).

³⁷ Observatorio social (2015). Metodología de Diseño Muestral Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2013. Serie Documentos Metodológicos N°30. Ministerio de Desarrollo Social.

un 34,57% y 39,03% en el 2013 respectivamente de beneficiarios que debieron realizar pago (ver gráfico 6.2), lo cual se podría deber a que los beneficiarios de estos grupos estén resolviendo sus problemas de salud en la red pública³⁸.

Gráfico 6.2 Porcentaje de beneficiarios que realizaron copago por consulta de urgencia



Fuente: Elaboración propia, con datos de las CASEN 2006, 2009, 2011 y 2013.

El porcentaje de beneficiarios que realizaron algún tipo de copago se obtuvo en base al total de beneficiarios que declararon dicha prestación, es decir, el porcentaje se obtiene sobre el total que copagaron y aquellos que no copagaron.

En el agregado total de FONASA se aprecia una tendencia negativa pasando de 16,15% a 14,77% entre el 2006 y el 2013 respectivamente. Por otro lado, en el caso de las ISAPRE, el porcentaje de la población que debió efectuar copago por las consultas médicas de urgencia, tiene una tendencia positiva en el periodo de estudio, pasando de un 69,03% en el 2006 a un 79,09% de beneficiarios en el año 2013 (ver gráfico 6.2). Por lo tanto, en el periodo de estudio la brecha del porcentaje de asegurados que debieron copagar entre ambos seguros aumento en favor de las ISAPRE, de 4,3 veces el 2006 a 4,7 veces en el año 2013.

³⁸ Dicha hipótesis no es posible justificar con datos, debido a que el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), no presenta información pública de atenciones de urgencia por grupo de FONASA, obtente según la CASEN en el periodo de estudio, el grupo C y D baja el porcentaje de prestaciones resultas en establecimientos privados, por lo que se podría justificar la disminución de los beneficiarios que debieron realizar algún tipo de copago (ver anexo 4).

Los resultados sostienen que respecto a la eficiencia de ambos seguros, en relación al porcentaje de los beneficiarios que pertenecen a cada sistema y que debieron efectuar alguna atención médica de urgencia en el periodo de estudio, es FONASA la que es más eficiente en comparación a las ISAPRE.

Indicador 3: Porcentaje de beneficiarios que realizaron copago por consulta de especialidad.

Este indicador mide la eficiencia de los seguros en cuanto al porcentaje de los beneficiarios que efectuaron copago por consultas de especialidad, tanto para los individuos del seguro público como privado. Para este indicador se utilizó la pregunta contenida en las CASEN 2006, 2009, 2011 y 2013, referida a que si el individuo efectuó algún pago, en los últimos tres meses, por la última atención de consulta de especialidad. De acuerdo al manual de campo de la CASEN (2013), se entiende por consultas de especialidad, como las consultas atendidas por un médico especialista (dermatólogo, otorrinolaringólogo, médico broncopulmonar, neurólogo, cardiólogo, reumatólogo, traumatólogo, oftalmólogo, gastroenterólogo, endocrinólogo, etc.), las que se pudieron realizar en consultorios, hospitales, clínicas o centros médicos privados. Cabe mencionar que se incluyen en estas consultas algunos procedimientos médicos, como diálisis, radioterapia, quimioterapia o traumatología, en cambio se excluyen las atenciones de salud mental realizadas por un psicólogo, psiquiatra u otro profesional.

Como se aprecia en el gráfico 6.3, dentro del FONASA, el grupo con menor cantidad de población que debió realiza copago por consultas de especialidad, es el grupo A, manteniéndose constante entre un 11% y un 15% entre los años 2006 al 2011, mientras que en el año 2013 se registró un alza importante alcanzando un 21,88%, lo cual es muy extraño debido a que los afiliados a este grupo, no realizan copago en la MAI y no tienen derecho a la MLE³⁹. En este caso, si bien existe un margen de error entre 1 y 4 puntos porcentuales en

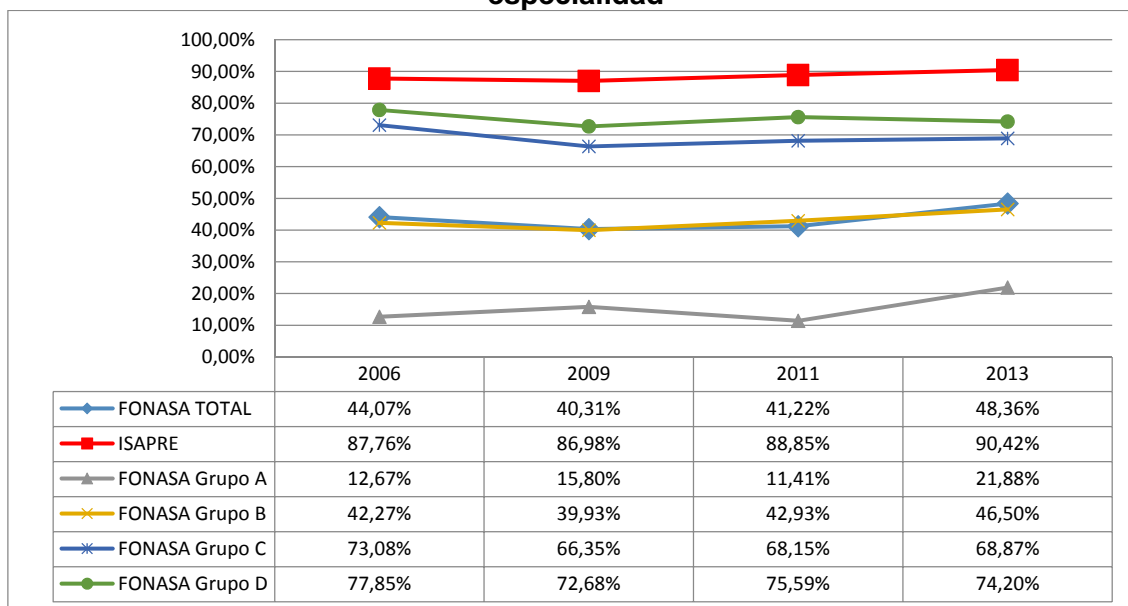
³⁹ Se presume algún problema de autoselección de los individuos, un problema de clasificación de los individuos por parte de FONASA o que los individuos no resuelven sus prestaciones de salud en la red pública de salud. Esto último se puede refutar con los datos de la CASEN, donde entre el 2006 y el 2013 los beneficiarios que resolvieron sus prestaciones de salud en el sector privado aumento, pasando de un 13,19% a un 22,86% respectivamente (ver anexo 5), lo que implica un problema para el FONASA, ya que este grupo es el de menor ingreso.

cada región del país, en términos absolutos, el aumento es proporcionalmente más grande que el margen de error.

El grupo B es el que le sigue, con una tendencia positiva, partiendo con un 42,27% en el 2006, hasta un 46,50% de los beneficiarios en el año 2013, lo que se puede explicar por el aumento en 19,38% del número de beneficiarios de este grupo entre el 2009 y el 2013, luego de un esfuerzo de reclasificación de los afiliados, por parte del FONASA.

En el caso del grupo C y D, se distingue una tendencia negativa⁴⁰ del número de beneficiarios que debió efectuar copago en el periodo de estudio en ambos grupos, pasando de 73,08% y 77,85% respectivamente en el 2006 a 68,87% y 74,20% respectivamente en el 2013 (ver gráfico 6.3).

Gráfico 6.3 Porcentaje de beneficiarios que realizaron copago por consulta de especialidad



Fuente: Elaboración propia, con datos de las CASEN 2006, 2009, 2011 y 2013.

El porcentaje de beneficiarios que realizaron algún tipo de copago se obtuvo en base al total de beneficiarios que declararon dicha prestación, es decir, el porcentaje se obtiene sobre el total que copagaron y aquellos que no copagaron.

Al igual que en el indicador anterior, se aprecia en el año 2013, que los grupos A y B tienen un alza muy significativa en el porcentaje de beneficiarios que debieron realizar algún tipo de

⁴⁰ Se podría presumir que los beneficiarios de estos grupos estén resolviendo sus problemas de salud en la red pública, al igual que en el indicador anterior, lo cual es posible respaldar con información de la CASEN, donde en el periodo de estudio ambos grupos, presentan un aumento en las prestaciones resueltas en establecimientos públicos (ver anexo 6.3).

copago por consultas de especialidad, mientras los grupos C y D presentan una disminución de dicho porcentaje, lo que a nivel transversal se puede ver una tendencia a la convergencia (ver gráfico 6.3). Esto se podría deber a la falta de especialistas en el sistema y en especial en el sector público⁴¹, donde los grupos A y B realizan preferentemente sus prestaciones.

Los resultados del agregado total de FONASA muestran que este se comporta con una tendencia creciente, muy parecida al comportamiento del grupo B (de mayor porcentaje de beneficiarios), donde registra porcentajes de 44,07% en el 2006 y 48,36% en el 2013. En este mismo sentido, en términos relativos el porcentaje de los afiliados a ISAPRE que debieron realizar algún tipo de copago presentan una tendencia al alza pasando de los 87,76% en el 2006 a los 90,42% en el año 2013 (ver gráfico 6.3). Sin embargo, la brecha entre ambos seguros disminuyó de 2 veces en el 2006 a 1,9 veces en el año 2013, lo que significa que el crecimiento de la población que debió copagar fue más rápido en el FONASA en el periodo de estudio.

En definitiva los resultados sostienen que FONASA es más eficiente en comparación a las ISAPRE, en cuanto a la eficiencia del porcentaje de beneficiarios que debieron efectuar copago por atenciones médica de especialidad.

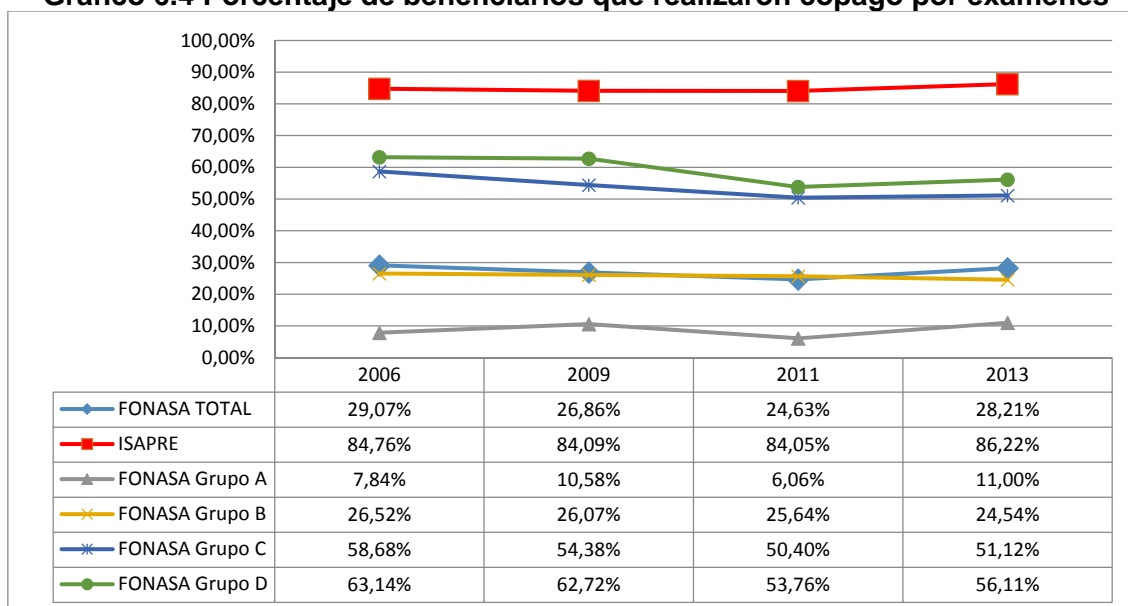
Indicador 4: Porcentaje de beneficiarios que realizaron copago por exámenes

Este indicador mide la eficiencia de los seguros en cuanto al porcentaje de los beneficiarios que efectuaron copago por exámenes de laboratorio, tanto para los individuos en el sistema FONASA, como para los de ISAPRE. Para este indicador se utilizó la pregunta contenida en la CASEN 2006, 2009, 2011 y 2013, referida a que si el individuo tuvo que realizar algún pago, en los últimos tres meses, por el último examen de laboratorio realizado. De acuerdo al manual de campo de la CASEN (2013), se entiende por exámenes, como aquellos realizados mediante una toma de muestra. Es necesario mencionar que se excluyen de este ítem los exámenes de fondo de ojo o presión de ojo.

⁴¹ La falta de especialistas se puede respaldar con el estudio de Libertad y Desarrollo sobre las listas de espera en consultas de especialistas, las cuales ascienden a 1.644.471 consultas no realizadas a marzo del 2015, según los datos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, y de las cuales el 80% poseen retrasos significativos mayor a un año, lo que presumiría una falta de especialistas en el sector público para las demandas no GES.

Los resultados para el caso de los exámenes se muestran en el gráfico 6.4, donde los diferentes grupos de FONASA presentan un ordenamiento de acuerdo al grupo de ingresos al cual pertenecen, siendo el grupo A el que presenta un porcentaje menor de beneficiarios que debieron realizar copago total o parcial por exámenes de laboratorio, seguidos de los grupos B, C y D, manteniendo el orden de ingresos y cobertura del seguro público. Cabe mencionar que los 4 grupos tienden a converger en el año 2013, donde el grupo A registra un alza de los 7,84% en el 2006 a un 11,00% en el 2013, mientras que el resto de los grupos (B, C y D) comienzan con un 26,52%, 58,68% y 63,14% respectivamente, en el año 2006, pasando a un 24,54%, 51,12% y 56,12% respectivamente en el año 2013 (ver gráfico 6.4).

Gráfico 6.4 Porcentaje de beneficiarios que realizaron copago por exámenes



Fuente: Elaboración propia, con datos de las CASEN 2006, 2009, 2011 y 2013.

El porcentaje de beneficiarios que realizaron algún tipo de copago se obtuvo en base al total de beneficiarios que declararon dicha prestación, es decir, el porcentaje se obtiene sobre el total que copagaron y aquellos que no copagaron.

Este indicador presenta resultados similares a los anteriormente mencionados, ya que como se aprecia en FONASA el año 2013, el grupo A tiene un alza muy significativo en el porcentaje de beneficiarios que debieron efectuar algún tipo de copago por exámenes, lo que implica indicios de problemas, como los mencionados en el indicador 1, tales como problemas de autoselección, clasificación o que los individuos de este grupo no resuelven

esta prestación en el sector público⁴². En este caso el margen de error de entre 1 y 4 puntos porcentuales en términos absolutos, podría quedar disminuido a cero. Mientras que en los grupos B, C y D presentan una disminución de dicho porcentaje⁴³, lo que a nivel transversal se puede ver una tendencia a la convergencia (ver gráfico 6.4).

El agregado total de FONASA se muestra una tendencia positiva al finalizar el 2013, cuyo comportamiento es similar al del grupo B, mientras que en las ISAPRE, la trayectoria es prácticamente constante con un alza en el último año del periodo estudio, ya que en los primeros tres años el porcentaje de beneficiarios que debieron efectuar copago por exámenes es de un 84% aproximadamente, para luego aumentar a un 86,22% en el 2013 (ver gráfico 6.4). Es decir, en el caso de este tipo de prestaciones, la brecha entre ambos seguros aumento en el periodo de estudio.

Los resultados muestran que FONASA es la aseguradora más eficiente en términos del porcentaje de los beneficiarios que debieron efectuar copago parcial y total en exámenes de laboratorio, en comparación a las ISAPRE.

Indicador 5: Porcentaje de beneficiarios que realizaron copago por hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas.

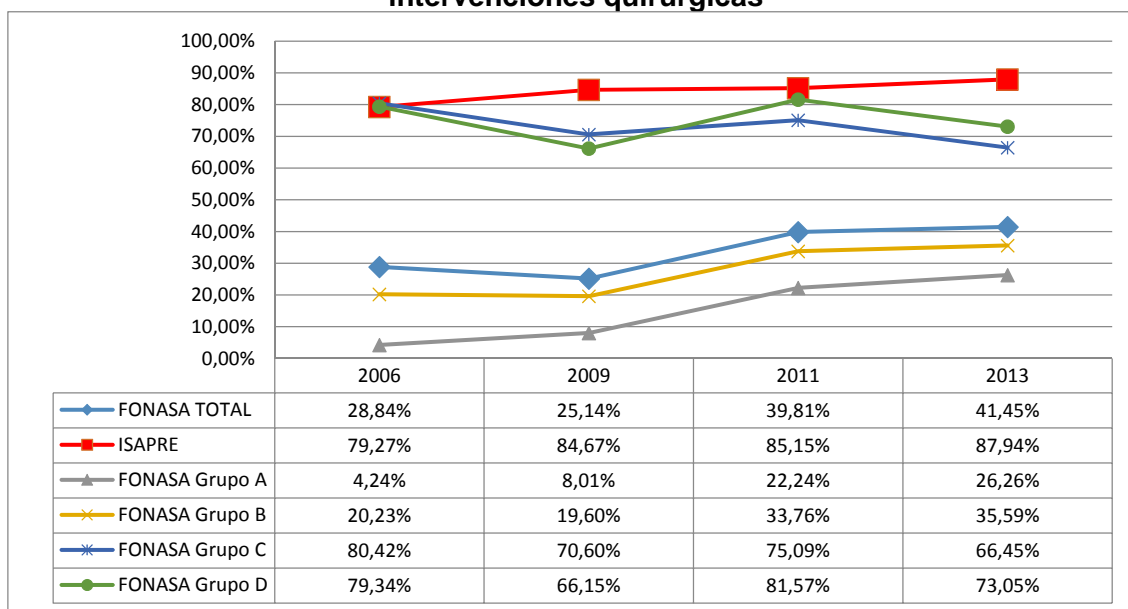
Este indicador mide la eficiencia de los seguros en cuanto al porcentaje de los beneficiarios que efectuaron copago por hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas, tanto para los individuos en el sistema de FONASA, como para los de ISAPRE. Para este indicador se utilizó la pregunta contenida en la CASEN 2006, 2009, 2011 y 2013, referida a que si el individuo del hogar tuvo que realizar algún pago, en los últimos 12 meses, por alguna hospitalización e intervención quirúrgica.

⁴² En este caso la CASEN muestra que en el periodo de estudio, el porcentaje de prestaciones del grupo A resueltas en establecimientos privados disminuyo pasando de los 11,69% a los 9,57% entre el 2006 y el 2013, lo que no demuestra que el alza en el porcentaje de beneficiarios que realizaron algún tipo de copago en el grupo A, se puede explicar por esta causa en su totalidad (ver anexo 6).

⁴³ Esto se podría explicar debido a que en los grupos B, C y D, el porcentaje de las prestaciones que se resolvieron en establecimientos públicos aumento, lo que podría explicar la disminución del porcentaje de beneficiarios que debieron realizar algún tipo de copago por exámenes de laboratorio (ver anexo 6).

Los resultados obtenidos para el FONASA se muestran en el gráfico 6.5, donde se aprecia que el grupo A y B, presentan una tendencia positiva. El grupo A, muestra un alza de 4,24% en el año 2006 hasta un 26,26% en el 2013, crecimiento más grande entre los cuatro indicadores anteriores, lo cual es contradictorio debido a que este grupo no realiza copago en la MAI y no puede acceder a la MLE⁴⁴.

Gráfico 6.5 Porcentaje de beneficiarios que realizaron copago por hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas



Fuente: Elaboración propia, con datos de las CASEN 2006, 2009, 2011 y 2013.

El porcentaje de beneficiarios que realizaron algún tipo de copago se obtuvo en base al total de beneficiarios que declararon dicha prestación, es decir, el porcentaje se obtiene sobre el total que copagaron y aquellos que no copagaron.

El grupo B aumentó, de un 20,23% en el año 2006 a un 35,59% en el 2013 (ver gráfico 6.5), mientras el grupo C que le sigue, posee una tendencia positiva, con un 80,42% en el 2006, superior al grupo D levemente, hasta un 66,45% de los beneficiarios en el año 2013 (ver gráfico 6.5). Finalmente el grupo D, de afiliados de mayores ingresos dentro del FONASA, posee una trayectoria aleatoria, pasando de 79,34% en el 2006, para luego descender a los

⁴⁴ Se presume algún problema de autoselección de los individuos, un problema de clasificación de los individuos por parte de FONASA o que los individuos no resuelven sus prestaciones de salud en la red pública de salud. Esto último según los datos de la CASEN aumento el porcentaje de prestaciones resueltas en establecimientos privados pasando del 4,93% en el 2006 al 7,01% en el 2013, por lo que esto no explicaría todo el alza que presenta este grupo (ver anexo 7). La falta de capacidad para resolver intervenciones quirúrgicas no GES en el sector público podría explicar este aumento, ya que según el estudio de Libertad y Desarrollo de marzo del 2015, las intervenciones quirúrgicas en lista de espera ascienden a 239.980, de las cuales el 56% posee retrasos significativos superiores a un año.

66,15% en el 2009, y nuevamente aumentar hasta los 81,57% en el 2011, y donde finalmente en el 2013 descender hasta los 73,05% (ver gráfico 6.5).

Al igual que en los indicadores anteriores, se aprecia en el año 2013 a nivel de grupos de FONASA, que los grupos A y B tienen un alza muy significativo en el porcentaje de beneficiarios que debieron realizar algún tipo de copago por hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas, tal como se mencionó anteriormente, mientras los grupos C y D presentan una disminución de dicho porcentaje⁴⁵, lo que a nivel transversal se distingue como una tendencia a la convergencia (ver gráfico 6.5).

En el agregado total de FONASA, se aprecia un comportamiento con una tendencia creciente por sobre el grupo B, registrando una trayectoria donde obtiene un 28,84% en el 2006, aumentando a un 41,45% de los beneficiarios en el año 2013. En cambio, las ISAPRE tienen un comportamiento positivo, pasando de los 79,27% a los 87,9% entre el 2006 al 2013 (ver gráfico 6.5). Por lo tanto, la brecha de individuos que debió efectuar copago por hospitalizaciones pertenecientes a cada seguro, disminuyó de 2,7 veces en el 2006 de diferencia a 2,1 veces en el 2013, lo que revela que el FONASA se tornó menos eficiente en cuanto a la cobertura de la población en esta prestación.

En definitiva los resultados muestran que, en cuanto a la eficiencia de ambos seguros respecto al porcentaje de los beneficiarios que pertenecen a cada sistema y que debieron efectuar alguna hospitalización o intervención quirúrgica, cuyo costo es el más alto del sistema de salud, en el periodo de estudio es FONASA la que es más eficiente en términos del porcentaje de los beneficiarios que debieron realizar copago parcial y total, en comparación al seguro privado.

⁴⁵ Esta disminución en el porcentaje de beneficiarios que debieron realizar copago por hospitalizaciones, se podría explicar porque estos grupos están resolviendo sus prestaciones en mayor medida en el sector público, sin embargo, los resultados entregados por la CASEN muestran que en ambos grupos disminuye el porcentaje de estas prestaciones resueltas en establecimientos públicos (ver anexo 7).

Indicador 6: Ingresos disponibles per cápita para prestaciones de salud y SIL por tipo de seguro.

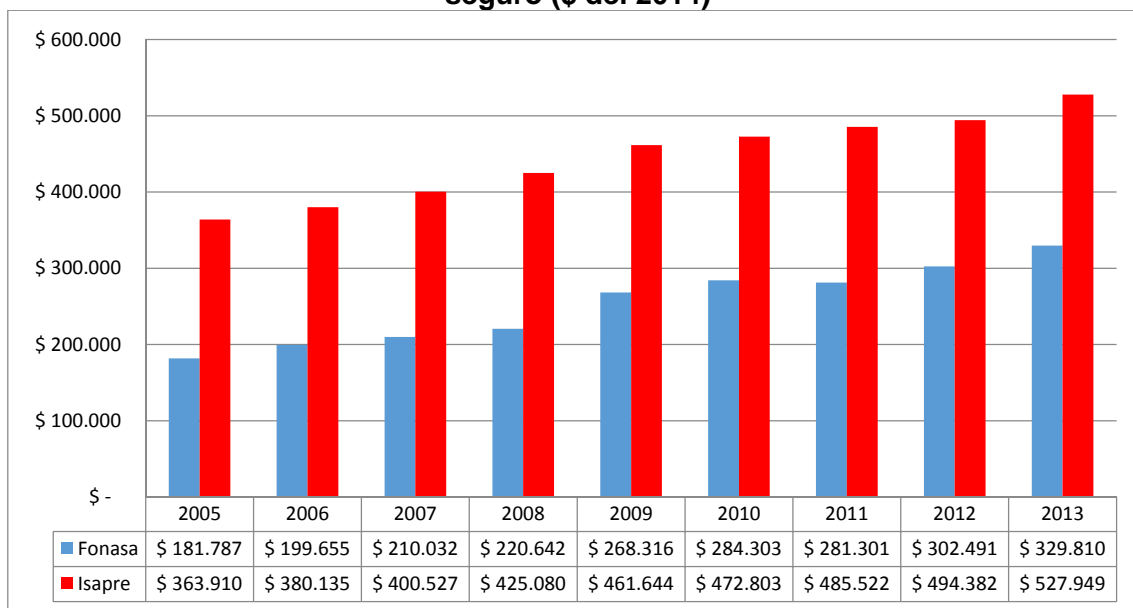
Este indicador tiene como objetivo medir la eficiencia de los ingresos per cápita disponibles destinados a la protección financiera de los beneficiarios en caso de enfermedad u incapacidad laboral, comparando el sistema de FONASA y el de ISAPRE. El seguro público contiene los aportes de las cotizaciones del 7%, más el aporte fiscal realizado a FONASA y otros ingresos al sistema, descontando los gastos en personal y los gastos administrativos. En cambio, el segundo sistema, se compone de los ingresos obligatorios del 7% más los aportes adicionales de los afiliados, descontando los gastos en personal, los gastos administrativos y las utilidades antes de impuesto de estas instituciones, debido a que esos ingresos no están disponibles para los gastos en enfermedades u incapacidad laboral.

Los resultados de este indicador revelan que los ingresos disponibles en todo el periodo de estudio, son superiores en el caso las ISAPRE en comparación al FONASA, donde en el año 2005 en el sistema privado los ingresos disponibles alcanzaron los \$363.910, aumentando hasta los \$527.949 en el año 2013, en cambio en el mismo periodo el sistema público presenta un ingreso disponible de \$181.787 en el 2006 que aumento hasta los \$329.810 en el 2013 (ver gráfico 6.6).

Cabe mencionar que las diferencias entre ambos sistemas han disminuido de 2 veces en favor de las ISAPRE en el 2005 hasta los 1,6 veces en el 2013 (ver anexo 8), cuyo resultado es destacable debido a que los ingresos totales disponibles de la ISAPRE representan un poco menos de la mitad de los ingresos del FONASA, cuestión que se repite en el caso del gasto en prestaciones de salud, lo cual es contradictorio con el total de beneficiarios de cada sistema, debido a que FONASA beneficia a 4 veces más población de la que beneficia el seguro privado.

Estos resultados se explican debido a que en FONASA los ingresos disponibles aumentaron en un 81,41% en el periodo 2005-2013, mientras que en las ISAPRE en igual periodo se creció un 45,08%, lo que explica la disminución de la brecha entre ambos seguros (ver anexo 8).

Gráfico 6.6 Ingresos per cápita disponibles para prestaciones de salud y SIL por seguro (\$ del 2014)



Fuente: Elaboración propia, con datos de las estadísticas FONASA y la Superintendencia de Salud.

* Ingresos per cápita de FONASA contienen las cotizaciones obligatorias del 7%, aportes fiscales y otros ingresos, menos el gasto de personal y administración, dividido por el total de beneficiarios.

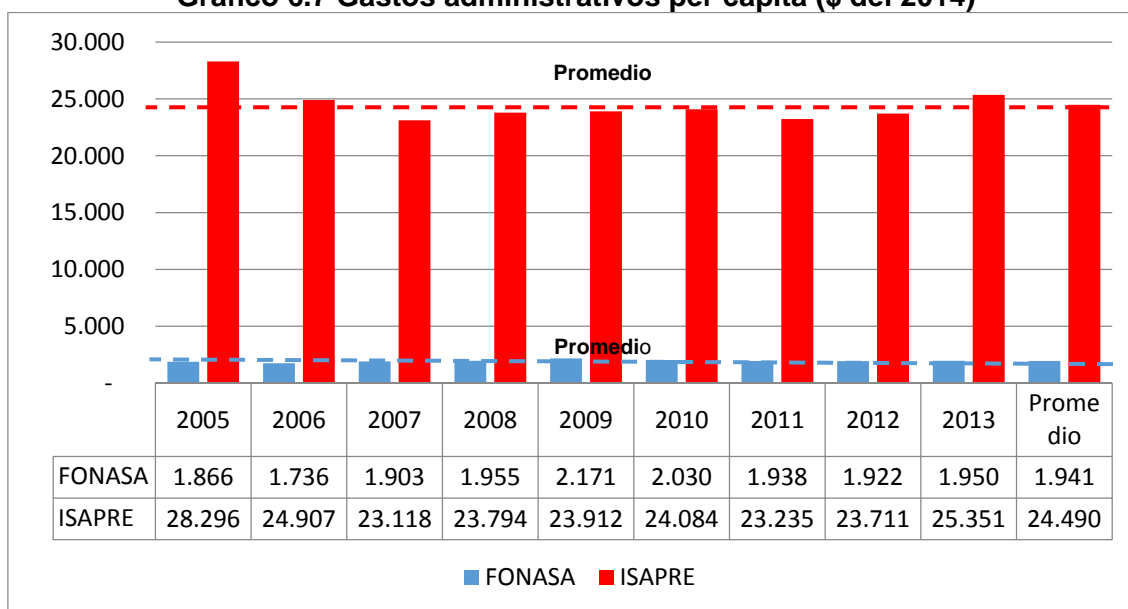
** Ingresos per cápita de la ISAPRE contienen las cotizaciones obligatorias del 7%, los aportes adicionales y los ingresos por fondo de compensación, menos los gastos de personal, administrativos y las utilidades antes de impuestos, dividido por el total de beneficiarios

Indicador 7: Gastos administrativos per cápita por tipo de seguro.

Este indicador busca medir la eficiencia en cuanto a los gastos administrativos destinados por beneficiarios en cada uno de los seguros, FONASA e ISAPRE. Para este indicador se consideraron los gastos administrativos, correspondientes a la cuenta de bienes y servicios de consumo, descontada la publicidad y difusión en el caso de FONASA, mientras que en el caso de la ISAPRE se consideró el ítem de gastos administrativos.

En el gráfico 6.7 se aprecian los gastos administrativos de FONASA, los cuales se han mantenido relativamente constantes a lo largo de todo el periodo de estudio, alcanzando un crecimiento de 4,52%, que equivale de pasar de \$1.866 por beneficiario en el 2005 hasta los \$1.950 per cápita en el 2013, con un promedio en gasto administrativo de \$1.941 por beneficiario.

Gráfico 6.7 Gastos administrativos per cápita (\$ del 2014)



Fuente: Elaboración propia, con datos de las estadísticas FONASA y la Superintendencia de Salud.

Por otro lado, el gasto en administración más alto alcanzado por la ISAPRE se produjo el año 2005 consiguiendo gastos por \$28.296 por beneficiario, para luego descender por bajo los 25 mil pesos. Además se puede apreciar que en promedio del gasto administrativo en los años de estudio, fueron de \$24.490 por beneficiario, lo cual está por sobre lo obtenido por el FONASA.

En la comparación de los sistemas se aprecia la magnitud en cuanto a la eficiencia del gasto administrativo por beneficiario entre los seguros, existiendo en promedio en los años seleccionados una diferencia de \$22.548 por beneficiario, lo cual revela la mayor eficiencia por parte del FONASA, ya que este realiza 12,67 veces menos gastos que las ISAPRE (ver anexo 9).

En el caso del gasto en personal administrativo (ver anexo 19), los resultados señalan que también el FONASA es más eficiente que las ISAPRE, donde en este caso la brecha aumenta hasta los 20,52 veces entre ambos seguros.

Indicador 8: Gasto per cápita en prestaciones de salud y en subsidio de incapacidad laboral.

Este indicador mide la eficiencia en cuanto al gasto en prestaciones de salud y al gasto en el subsidio de incapacidad laboral por beneficiario, realizado por cada seguro, por lo cual este indicador contiene en el caso de las prestaciones de salud de FONASA los gastos en atención primaria, programa de prestaciones valoradas y programa de prestaciones institucionales, menos los gastos en el subsidio de incapacidad laboral, ya que la MAI y la MLE contiene este gasto. El gasto en el subsidio de incapacidad laboral de FONASA contiene este ítem dividido en el total de cotizantes no pensionados.

Por otra parte, las prestaciones de la ISAPRE contienen los gastos en prestaciones divididos en el total de beneficiarios, y a su vez el subsidio de incapacidad laboral contiene este ítem dividido por total de cotizantes, lo cual significa que los resultados del gasto per cápita en subsidio de incapacidad laboral de las ISAPRE esta subvalorado debido a que contienen a los jubilados que cotizan.

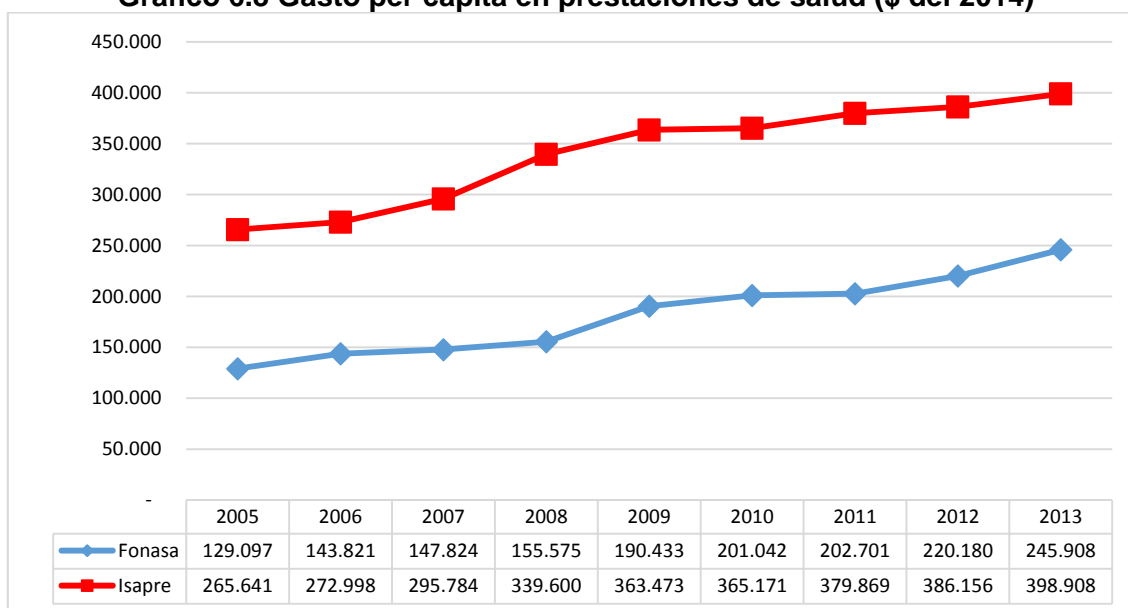
Los resultados del gasto en prestaciones de salud que se muestran en el grafico 6.8, señalan que el FONASA tiene una tendencia positiva a lo largo del periodo de estudio, con un periodo de fuerte crecimiento entre el 2008 y 2009, donde se pasó de \$155.575 en gastos por beneficiario hasta pasar a los \$190.433 per cápita respectivamente. En el periodo de estudio el gasto en prestaciones alcanzo un crecimiento del 90,48%, con un promedio de \$181.842 por beneficiario (ver anexo 10).

Por otro lado, en las ISAPRE el gasto per cápita en prestaciones de salud también tiene una tendencia positiva, con un tramo más extenso de fuerte crecimiento entre los años 2006 al 2008, donde se pasó de \$272.998 en gastos por beneficiario hasta los \$339.600 per cápita respectivamente. En el periodo de estudio, entre el 2005 al 2013 se obtuvo una tasa de crecimiento de los gastos en prestaciones que alcanzó el 50,17% (porcentaje menor al de FONASA), con un promedio de \$340.844 por beneficiario.

En términos comparativos, la brecha en el gasto en prestaciones de salud ha disminuido en el periodo de estudio, donde en el 2005 la brecha a favor de la ISAPRE alcanzaba las 2,06 veces el gasto realizado por FONASA, mientras que en el 2013 esa brecha fue de 1,62

veces (ver anexo 10). Los resultados de mayor gasto per cápita en las ISAPRE, se explican debido a que los gastos en prestaciones de salud del seguro público son 3 veces los gastos del seguro privado, pero el número de beneficiarios es 5 veces mayor en el FONASA (ver anexo 10).

Gráfico 6.8 Gasto per cápita en prestaciones de salud (\$ del 2014)



Fuente: Elaboración propia, con datos de las estadísticas FONASA y la Superintendencia de Salud.

* FONASA incluye gasto de programa atención primaria, programa prestaciones valoradas, programa prestaciones institucionales, menos subsidio de incapacidad laboral, dividido en el total de beneficiarios.

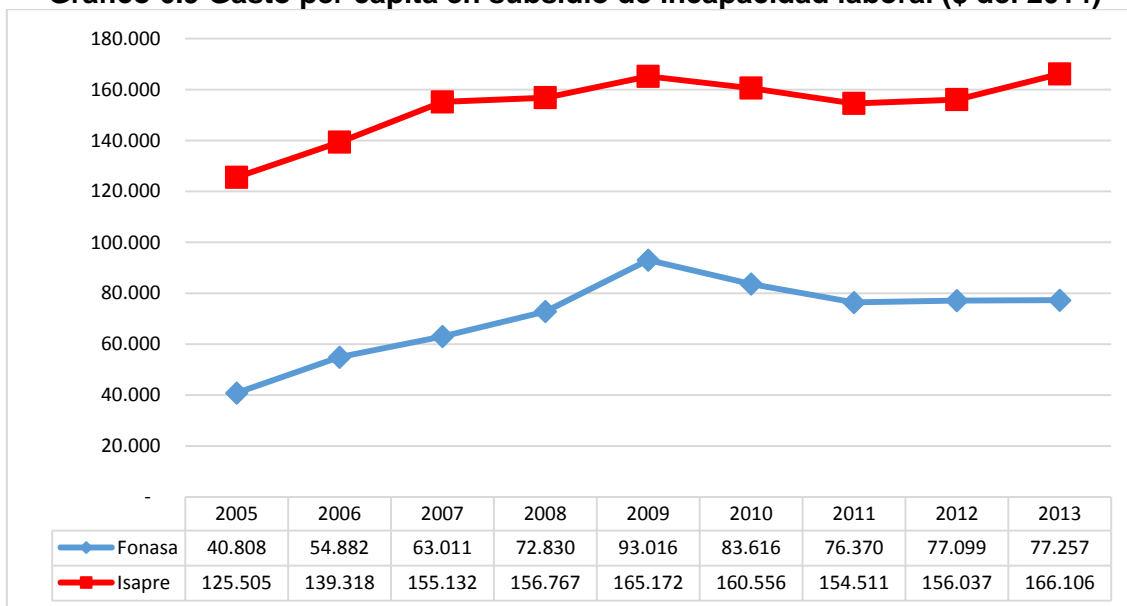
** ISAPRE incluye gasto en prestaciones médicas, dividido en el total de beneficiarios.

Los resultados del gasto por subsidios de incapacidad laboral que muestra el grafico 6.9, señala que el gasto per cápita del FONASA en este ítem tiene un periodo de fuerte crecimiento hasta el año 2009, pasando de \$40.808 por beneficiario en el 2005 hasta los \$93.016 per cápita en el año 2009 (gasto per cápita más alto del periodo de estudio), para luego descender hasta los \$76.370 en el 2011 y mantenerse constante en este rango. En todo el periodo de estudio el gasto en subsidio alcanzó un promedio de \$70.988 por beneficiario para el seguro público (ver anexo 10).

Por otro lado, en el caso de las ISAPRE el gasto per cápita en SIL tiene una tendencia similar al comportamiento de FONASA, con un tramo de fuerte crecimiento entre los años 2005 al 2009, donde se pasó de \$125.505 de gastos por beneficiario hasta los \$165.172 per

cápita. En el periodo de estudio, entre el 2005 al 2013 se obtuvo un promedio de \$153.234 por beneficiario (ver anexo 10).

Gráfico 6.9 Gasto per cápita en subsidio de incapacidad laboral (\$ del 2014)



Fuente: Elaboración propia, con datos de las estadísticas FONASA y la Superintendencia de Salud.

* FONASA incluye el subsidio de incapacidad laboral, dividido en el total de cotizantes no pensionados.

** ISAPRE incluye el subsidio de incapacidad laboral, dividido en el total de cotizantes.

En términos comparativos, la brecha en el gasto del SIL tendió a disminuir hasta el año 2009 entre ambas aseguradoras, para luego nuevamente aumentar. Es así, que en el año 2005 la diferencia a favor de las ISAPRE es de 3,1 veces el gasto realizado por FONASA, mientras que en el 2009 esa misma diferencia fue de 1,8 veces, pero desde este punto en adelante la brecha aumento hasta ubicarse en las 2,2 veces en favor del seguro privado en el 2013 (ver anexo 10). Estos resultados se explican debido a que los gastos del seguro privado en SIL son levemente menores que de los gastos del seguro público, pero en el número de cotizantes, FONASA posee más del doble de población cotizante que las ISAPRE.

Los resultados del análisis, desde el punto de vista de la eficiencia en el gasto per cápita, indican que las ISAPRE son menos eficientes en términos de gasto en prestaciones de salud y en términos del SIL, debido a la cantidad menor de beneficiarios cotizantes que posee, por lo que no estaría realizando una contención de costos. Por otro lado, este indicador no permite apreciar la relación del gasto con la calidad de atención, por lo que no es posible

aseverar que FONASA sea más eficiente en contener los costos que la ISAPRE, manteniendo una calidad deseable por los beneficiarios.

Indicador 9: Copago promedio por hogar.

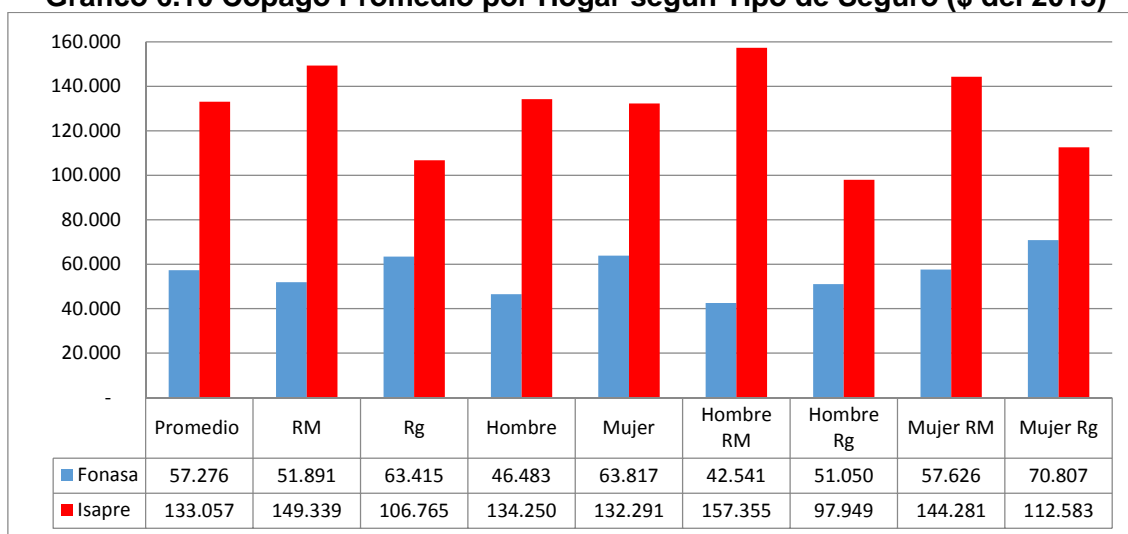
En este indicador se mide la eficiencia de los seguros en cuanto al copago promedio que realizan los hogares afiliados, tanto para los beneficiarios del FONASA, como para los de las ISAPRE. Para la construcción de este indicador se utilizó la EPF 2011-2012, de la cual se extrajeron los datos de copago de todas las prestaciones de salud que reciben los hogares. Estos ítems de egresos se capturaron por medio del registro de gastos realizados por los hogares en los últimos 3 y 12 meses. Además, se realizaron para el análisis, las categorías por sexo (hombre - mujer), por zona (región metropolitana - regiones), y cruces entre sexo-zona, con el fin de medir la eficiencia entre los seguros.

Los resultados que se aprecian en el gráfico 6.10, indican que los hogares con individuos afiliados al FONASA y que efectuaron una prestación de salud, copagan en promedio menos que los hogares afiliados a las ISAPRE. El seguro privado en promedio copaga \$133.057, mientras que el seguro público el copago alcanza los \$57.276 en promedio por hogar, lo que es equivalente a decir que los hogares del FONASA copagan un 56,95% menos que los hogares con afiliados a las ISAPRE (ver anexo 11).

Si el análisis lo realizamos en cuanto a la procedencia geográfica del hogar (ver gráfico 6.10), los resultados indican que los hogares afiliados al FONASA copagan en promedio menos en la Región Metropolitana en comparación a los afiliados en región, donde en la capital se copaga en promedio \$51.891 por hogar, en cambio en regiones el copago alcanza los \$63.415, lo cual no corresponde a la teoría económica que nos indica que en regiones los servicios son más baratos y que por lo tanto los copagos en prestaciones de salud deberían ser menores. Sin embargo según los datos de FONASA en la MLE, muestra que la tasa de beneficiarios por profesionales inscritos a dicha modalidad es mayor en promedio en regiones que en la Región Metropolitana, por lo que estos resultados se podrían explicar por una oferta menor profesionales en regiones, disminuyendo el poder de negociación del FONASA con los prestadores. En cambio, para los hogares con afiliados a las ISAPRE esta

tendencia es a la inversa, debido a que los hogares en la Región Metropolitana copagan en promedio más, alcanzando los \$149.339, en comparación a regiones donde el copago llega a los \$106.765 en promedio, lo cual concuerda con la teoría económica y con los datos de la Superintendencia de Salud 2013.

Gráfico 6.10 Copago Promedio por Hogar según Tipo de Seguro (\$ del 2013)



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Presupuestos Familiares 2011-2012. Los resultados están en base solo a los hogares que realizaron la prestación y que debieron copagar.

La diferencia en cuanto al copago realizado entre los hogares con afiliados a FONASA e ISAPRE, favorece a la aseguradora pública tanto en la región metropolitana, como en regiones, donde los asegurados del FONASA copaga un 65,25% menos en la capital y un 40,60% menos en regiones que los hogares afiliados a ISAPRE (ver anexo 11), por lo tanto la brecha entre el copago realizado por los beneficiarios entre los seguros, disminuye en regiones, debido a que es probable que se encuentre sobrestimado el copago de FONASA en regiones.

En relación al sexo de los integrantes del hogar que efectuaron prestaciones de salud en cada seguro (ver gráfico 6.10), en el FONASA es la mujer quien realiza mayor copago por prestaciones de salud en la familia, en promedio alcanzando los \$63.817, superior al caso del hombre que realiza un copago de solo \$46.483 en promedio, lo cual concuerda con la teoría económica, que señala que es la mujer quien realiza prestaciones a un mayor costo, por lo cual tiene un copago más alto, que es ratificado por datos en prestaciones de la modalidad libre elección de FONASA 2013. En el caso del seguro privado, el copago por

hogar es levemente mayor cuando es hombre el que realiza la prestación, alcanzando los \$134.250 por beneficiario, mientras que cuando es mujer alcanza un copago de \$132.291 en promedio, lo que no concuerda con la teoría económica y con los datos de la Superintendencia de Salud 2013.

Al comparar la situación entre aseguradoras nos encontramos que los hogares de ISAPRE realizan mayor copago promedio en ambos sexos, donde en el caso del hombre del FONASA copaga un 65,38% menos que los hogares de ISAPRE, mientras que en el caso de la mujer la diferencia es de un 51,76% menos copago para los hogares del seguro público, con lo cual la brecha se reduce en el caso de la mujer, que se podría explicar por una sobreestimación del copago del hombre de las ISAPRE (ver anexo 11).

En relación al cruce de las variables sexo y de zona (ver gráfico 6.10), se aprecia que en el sector público los resultados no concuerdan en las variables de hombre y mujer tanto a nivel de la capital y de regiones, debido a que los resultados nos indican que tanto en hombres como mujeres, que viven en la Región Metropolitana copagan menos que en regiones, lo cual es cuestionable desde el punto de vista teórico, ya que se esperaría un resultado inverso. En este mismo sentido, se aprecia en el gráfico 6.10 que la mujer de regiones copaga en promedio más que el hombre de regiones en FONASA, lo cual concuerda con la teoría económica.

Por otro lado, en el caso del sistema privado (ver gráfico 6.10), se aprecia que tanto en el hombre como en la mujer de la Región Metropolitana el copago por prestaciones de salud es mayor en regiones, lo cual concuerda con la teoría económica, mientras que se produce un resultado particular entre hombre y mujer de la región metropolitana, que favorece al género masculino, obteniendo copagos más altos, lo cual no tiene mucha relación con la teoría económica y los datos de la Superintendencia de Salud. Al comparar ambos sistemas, se aprecia un copago menor en todas las variables de cruce, en favor de FONASA, quien realiza menor copago por prestaciones de salud a nivel de hogares.

En definitiva, los resultados de este indicador muestran una mayor eficiencia en términos del copago que deben realizar los hogares de FONASA en prestaciones de salud, ya que esta evidencia entregada hace presumir que los hogares afiliados a este seguro resuelve en

mayor medida sus problemas de salud en la red pública de salud, donde los copagos son menores y en el caso del grupo A y B son de costo cero por prestación de salud.

Indicador 10: Copago Hogar como porcentaje de los ingresos.

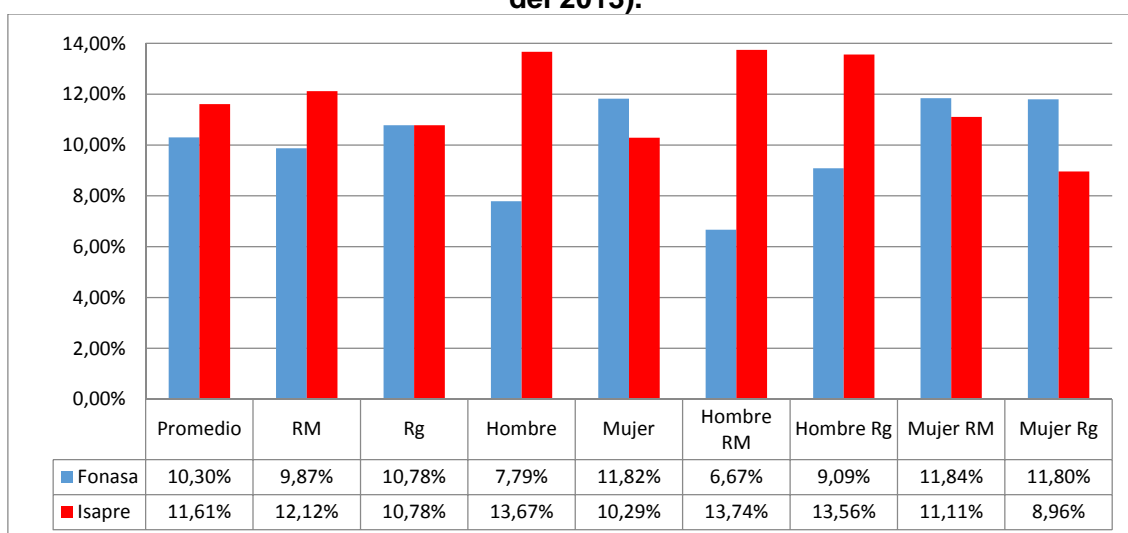
Este indicador mide la eficiencia de los seguros en cuanto al porcentaje del copago promedio por hogar en relación a los ingresos que disponen los hogares afiliados tanto para el FONASA, como para las ISAPRE. Para la construcción de este indicador se utilizó la EPF 2011-2012, de la cual se extrajeron los datos de gastos de todas las prestaciones de salud que reciben los hogares, además se utilizó la variable ingreso disponible total por hogar (sin arriendo imputado), la cual corresponde a la sumatoria de todas las fuentes de ingreso del hogar (suma de los ingresos disponibles derivados del trabajo, otras actividades laborales, propiedad de inmuebles o instrumentos financieros, transferencias netas y jubilaciones) que puede destinarse íntegramente al consumo o bien al ahorro, devengados en el mes anterior al levantamiento de la encuesta, y medidos como ingreso bruto menos los descuentos legales por cotización de AFP (estimada en base), cotización de salud e impuestos. Además, se realizaron categorías por sexo (hombre - mujer), por zona (región metropolitana - regiones), y cruces de la variables sexo y zona geográfica.

Los resultados que se aprecian en el gráfico 6.11, muestran que un hogar con individuos afiliados a FONASA donde se efectuaron prestaciones de salud, el copago promedio como porcentaje de los ingresos del hogar, es menor que en los hogares con individuos afiliados a las ISAPRE. El seguro público en promedio copagan 10,30% de sus ingresos, mientras que en el seguro privado el copago alcanza 11,61% de los ingresos del hogar en prestaciones de salud en general, lo cual quiere decir, que el copago realizado por los afiliados de FONASA impacta levemente menos en los ingresos destinados a consumo y ahorro de estas familias, en comparación al impacto en los ingresos de los hogares afiliados a las ISAPRE.

Cabe mencionar que los ingresos promedios por hogar según la EPF 2011-2012 en ambos seguros corresponden a \$761.863 para el FONASA y de \$1.973.961 para las ISAPRE (ver anexo 12), mientras que los ingresos promedios de la muestra, que consumen prestaciones de salud y copagan por ellas, son de \$714.909 para FONASA y de \$1.760.313 para ISAPRE,

con lo cual se puede apreciar una subestimación de los ingresos en la muestra, lo cual corresponde a 6,57% para la aseguradora pública mientras que en la aseguradora privada la subestimación es mayor, alcanzando los 12,14% (ver anexo 12). Por lo tanto, los impactos en los ingresos promedio por hogar deberían tender a ser similares entre ambos seguros, debido a que la subestimación es mayor en el caso de las ISAPRE. Además, la subestimación es válida para ambos seguros y para las distintas aperturas realizadas (ver anexo 12).

Gráfico 6.11 Copago Hogar como porcentaje de los ingresos según Tipo de Seguro (\$ del 2013).



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Presupuestos Familiares 2011-2012. Los resultados están en base solo a los hogares que realizaron la prestación y que debieron copagar.

Desde el punto de vista del lugar geográfico donde proviene el hogar, en la Región Metropolitana se aprecia que el impacto del copago en los ingresos de los afiliados a FONASA es menor que para los afiliados de las ISAPRE, donde en el sistema público el copago alcanza un 9,87% de los ingresos de los afiliados, mientras que en las ISAPRE ese porcentaje alcanza los 12,12% de los ingresos. En cambio, en regiones el impacto en los ingresos de los afiliados en cada uno de los seguros en promedio es idéntico, alcanzando los 10,78% de los ingresos de los hogares, lo que indica que si bien los ingresos son mayores en los hogares de ISAPRE, la importancia relativa del copago en los ingresos de ambos hogares es idéntica.

Un resultado que llama la atención es que a nivel de FONASA, el impacto sobre los ingresos es mayor en regiones, lo que se explica por la posible sobreestimación de los copagos promedio en regiones, cuestión que es contradictoria con la teoría económica.

Respecto a la categoría de género, para el FONASA el impacto mayor en los ingresos de los hogares se presenta cuando existen integrantes mujer en el hogar que efectuaron prestaciones de salud, alcanzando impactos del 11,82% sobre los ingresos del hogar, en cambio en el caso del hombre este porcentaje llega a los 7,79% de los ingresos por hogar (ver gráfico 6.11), lo cual se podría explicar debido a que los ingresos en hogares FONASA con integrantes hombre o mujer son similares (ver anexo 12), diferenciándose por el copago efectuado en el hogar, siendo este mayor cuando la mujer realiza la prestación de salud.

En cambio, en las ISAPRE el impacto sobre los ingreso es mayor en los hogares cuando un hombre efectúa una prestación, el cual llega a los 13,67% de sus ingresos del hogar, mientras que con respecto a la mujer este porcentaje alcanza los 10,29%, lo cual puede ser explicado por los ingresos más altos en los hogares con integrantes mujer, ya que los copagos son similares en ambos sexos. Cabe mencionar que los resultados anteriores entregados por la EPF difieren de la teoría económica, respecto a que el impacto debería ser mayor en los ingresos, cuando una integrante mujer realiza una prestación de salud dentro de un hogar.

Al comparar ambos seguros en el caso de los hogares donde es el hombre quien efectuó la prestación salud, es FONASA el que presenta copagos más bajos como porcentajes de sus ingresos, donde la diferencia es de un 1,53% en favor del sistema público (ver anexo 12), en cambio en el caso de la mujer la diferencia beneficia a las afiliadas a ISAPRE con 4,06%, menos de impacto sobre sus ingresos, lo que quiere decir que la brecha se invierte en el caso de la mujer.

Si analizamos un hombre que efectuó una prestación de salud en la Región Metropolitana en comparación a otro en regiones, en el caso de las ISAPRE el impacto es aproximadamente un 13,5% en ambos casos, lo que se explica porque tanto los copagos como los ingresos de los hogares con hombres en regiones, son menores que en la Región Metropolitana. En

cambio, que en el caso de FONASA el impacto es mayor en regiones, explicados por lo copagos sobreestimados en esta zona, lo que no está en sintonía con la teoría económica.

En el caso de la mujer que efectuó una prestación de salud en regiones y en la capital, en las ISAPRE se aprecia que el impacto sobre los ingresos del hogar es menor para la mujer en regiones en comparación con la mujer de la Región Metropolitana, explicado porque los copagos son menores en regiones debido a que los servicios son más baratos en esta zona. En cambio para el FONASA, el impacto sobre los ingresos de los hogares donde una mujer efectuó prestaciones de salud en regiones o en la capital, es similar en el orden de los 11,8%, lo cual es algo contradictorio con la teoría económica, debido a que los copagos en regiones son mayores para la mujer, además que la muestra presenta ingresos mayores en hogares con mujeres en regiones.

En definitiva, este indicador no muestra una clara eficiencia en beneficio de alguno de los dos seguros de salud, respecto al impacto del copago sobre los ingresos de los hogares, ya que si bien a nivel general FONASA es más eficiente, en otros aspectos son más eficientes las ISAPRE. En este contexto es importante mencionar dos elementos, el primero de ellos es que efectivamente el copago del sector privado es mayor que el de FONASA y por otro lado los ingresos de los afiliados a las ISAPRE son mayores que los del seguro público, por lo tanto el impacto del copago será mayor cuando los ingresos sean menores, independiente de que el copago sea de menor cuantía, debido a que los hogares de menores ingresos tienen un mayor costo de oportunidad de utilizar los ingresos para otros fines.

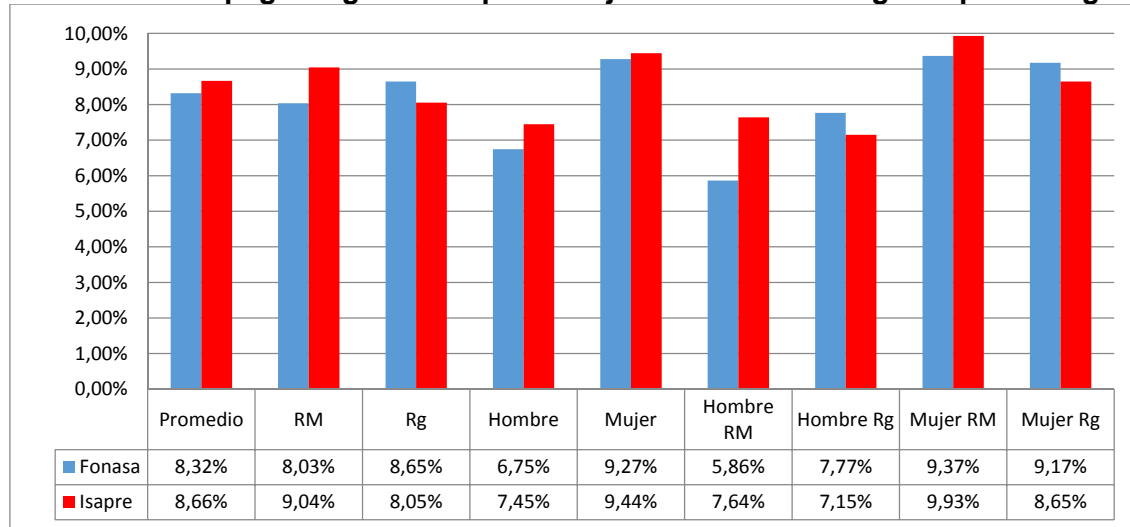
Indicador 11: Copago hogar como porcentaje de los gastos.

Este indicador mide la eficiencia de los seguros en cuanto al porcentaje del copago promedio por hogar en relación a los gastos totales que realizan los hogares, medido tanto para los individuos del FONASA, como para los de las ISAPRE. Para la construcción de este indicador se utilizó la EPF 2011-2012, de la cual se extrajeron los datos de gastos de todos los servicios de salud que reciben los hogares, además se utilizó la variable gasto total por hogar ajustado por factor de no respuesta (sin arriendo imputado), la cual corresponde a la sumatoria de los gastos realizados por el hogar, sin considerar el arriendo imputado para

aquellos hogares propietarios de su vivienda o que usufructúan de ella, los cuales son capturados por los diferentes instrumentos, mensualizados y corregidos por factor de ajuste de no respuesta. Además, se realizaron categorías por sexo (hombre - mujer), por zona (Región Metropolitana - regiones) y un cruce entre estas dos variables.

Los resultados que se aprecian en el gráfico 6.12, muestran que el copago promedio por hogar como porcentaje de los gastos del hogar, son levemente menores cuando un integrante del hogar perteneciente al FONASA efectúa una prestación de salud, en comparación cuando lo realiza un integrante perteneciente a las ISAPRE. El FONASA en promedio copaga 8,32% de los gastos totales del hogar, mientras que en las ISAPRE el copago alcanza 8,66% de los gastos del hogar, lo cual indica que el copago realizado por los afiliados del FONASA impacta en menor medida sobre los gastos totales de una familia destinados a consumo, en comparación a las ISAPRE. No obstante, esta diferencia no es posible corroborarla estadísticamente, ya que las muestras no poseen una distribución normal.

Gráfico 6.12 Copago Hogar como porcentaje de los Gastos según Tipo de Seguro



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Presupuestos Familiares 2011-2012. Los resultados están en base solo a los hogares que realizaron la prestación y que debieron copagar.

Cabe mencionar que los gastos promedios por hogar según la EPF 2011-2012 corresponden a \$722.465 para el FONASA y de \$1.830.154 para las ISAPRE (ver anexo 13), mientras que los gastos promedios de la muestra que efectúan prestaciones de salud y copagan por ellas, son de \$656.372 para FONASA y de \$1.607.238 para las ISAPRE, con lo cual se puede

apreciar una subestimación de los gastos en la muestra de FONASA, que corresponde a 10,07%, mientras que en la aseguradora privada la subestimación alcanza los 13,87% (ver anexo 13). Por lo tanto, como la subestimación es mayor levemente en ISAPRE, esto causa que los impactos sobre los gastos que poseen ambos seguros tiendan a disminuir su brecha. Además, la subestimación es válida para ambos seguros y para las distintas aperturas realizadas (ver anexo 11).

Los resultados geográficos de los afiliados a los seguros muestra que, el impacto del copago en los gastos totales de los hogares afiliados a FONASA es menor en la Región Metropolitana, donde el impacto corresponde a los 8,03% de los gastos totales por hogar, mientras que en las regiones el impacto llega 8,65% del total de gastos, lo cual se debe a que por un lado las familias gastan más en promedio en regiones (ver anexo 13) y por otro lado el copago es mayor en estas, resultado que no es esperado desde el punto de vista de la teoría económica, ya que los servicios son más asequibles en regiones en comparación a la Región Metropolitana. En cambio, en las ISAPRE esta tendencia es a la inversa, donde en la Región Metropolitana el impacto en el total de gastos alcanza a los 9,04%, mientras que en regiones llega a los 8,05%, lo que se debe a que los gastos totales de los afiliados a ISAPRE y el copago en prestaciones en salud es mayor en la capital (ver anexo 11), cuyos resultados concuerda con la teoría económica.

Al comparar ambos seguros en esta variable, se aprecia que FONASA es más eficiente en cuanto al copago que deben hacer los hogares respecto a los gastos totales de estos, a nivel de la Región Metropolitana, mientras que en las regiones los resultados muestran una relación inversa a lo ocurrido en la capital, donde las ISAPRE tienen un menor impacto sobre los gastos que FONASA, invirtiéndose la brecha, lo que es poco esperable según la teoría económica, y explicado por una sobrestimación de los copagos y los gastos totales en regiones.

En cuanto a la categoría de género, en el caso de FONASA el impacto mayor en los gastos totales de los hogares se presenta cuando el que efectúa la prestación de salud en el hogar es la mujer, donde el porcentaje representa 9,27% de los gastos totales, en cambio en el caso del hombre este porcentaje llega a los 6,75% de los gastos por hogar (ver gráfico 6.12), lo cual se debe a que el copago en prestaciones de salud es mayor en el hogar cuando es la

mujer quien efectúa una prestación de salud, dado que los gastos son similares entre ambos sexos, lo que indica el menor impacto en los gastos del hogar en el caso del hombre. En las ISAPRE por otro lado, el impacto sobre los gastos es mayor en los hogares donde es la mujer quien efectúa la prestación de salud, el cual llega a los 9,44% de los gastos totales del hogar, mientras que con respecto al hombre este porcentaje alcanza los 7,45%.

Al comparar ambos seguros por sexo, es en FONASA donde se presentan impactos menores sobre los gastos totales por hogar, donde la brecha en el caso del hombre es de un 0,70% en favor del seguro público (ver anexo 6.11), mientras que en el caso de la mujer la brecha que beneficia a FONASA se reduce solo a 0,17%.

Si analizamos un hombre que efectuó una prestación de salud en la Región Metropolitana en comparación a regiones, en las ISAPRE el impacto es un 7,64% y 7,15% respectivamente, lo cual ratifica la intuición económica, ya que los copagos son menores en regiones para el hombre, así como también los gastos de los hogares en regiones para un hogar ISAPRE. Para FONASA por otro lado, el impacto es mayor en regiones sobre los gastos del hogar, explicados por los copagos mayores en esta zona, lo que no está en sintonía con la teoría económica, debido a que los servicios son más económicos en regiones.

Para la mujer que efectuó una prestación de salud en regiones y en la capital, en las ISAPRE se aprecia que el impacto sobre los gastos del hogar es menor para la mujer en regiones en comparación a la mujer de la Región Metropolitana, explicado porque los copagos son menores en regiones debido a que los servicios son más baratos en esta zona. Mientras que en el caso de FONASA, el impacto sobre los gastos de los hogares donde una mujer efectuó, en regiones o en la capital, una prestación de salud, es superior para el caso de la capital, lo cual es algo que concuerda con la teoría económica.

En definitiva este indicador muestra una leve eficiencia mayor por parte de FONASA, respecto al impacto del copago sobre los gastos totales de los hogares, donde en este contexto es importante mencionar dos elementos, el primero de ellos es que efectivamente el copago del seguro privado es mayor que en FONASA y por otro lado los gastos totales por hogar de los afiliados a ISAPRE son mayores que los gastos de los hogares del seguro público, por lo tanto si bien en general el impacto del copago es mayor en ISAPRE, los

hogares de menores gastos, es decir los hogares FONASA, tienen un mayor costo de oportunidad de utilizar esos recursos para cubrir prestaciones de salud.

Indicador 12: Índice de GINI hogar por seguro.

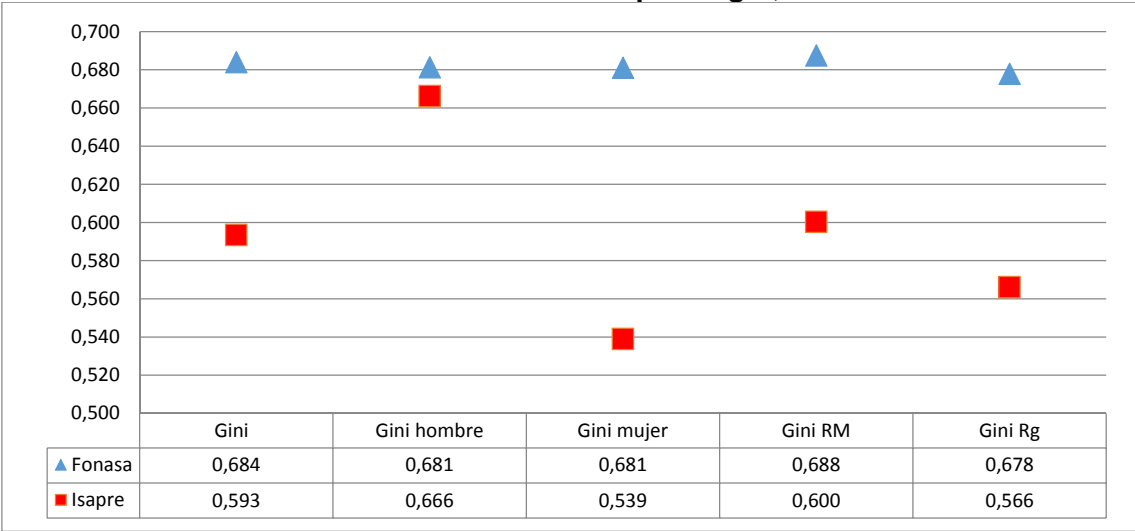
Este indicador mide la eficiencia de los seguros en cuanto al grado de desigualdad o distribución de los copagos efectuados por los hogares, medido a través del coeficiente GINI, tanto para los hogares del FONASA, como para las ISAPRE. Se distinguirán tres mediciones distintas del coeficiente, el primero de ellos es una medición absoluta de la desigualdad del copago entre los distintos hogares, mientras que la segunda y tercera medición son relativas, debido a que se analizará el índice de GINI del porcentaje de los copagos que pertenecen a los ingresos de cada hogar y el índice de GINI del porcentaje de los copagos que pertenecen a los gastos totales del hogar.

Para la construcción de este indicador se utilizó la EPF 2011-2012, de la cual se extrajeron los datos de gastos de todas las prestaciones de salud que reciben los hogares, como variable copago hogar, mientras que para la variable ingreso hogar se utilizó el ingreso disponible total por hogar (sin arriendo imputado), la cual corresponde a la sumatoria de todas las fuentes de ingreso del hogar (suma de los ingresos disponibles derivados del trabajo, otras actividades laborales, propiedad de inmuebles o instrumentos financieros, transferencias netas y jubilaciones) que puede destinarse íntegramente al consumo o bien al ahorro, devengados en el mes anterior al levantamiento de la encuesta, y medidos como ingreso bruto menos los descuentos legales por cotización de AFP (estimada en base), cotización de salud e impuestos; y para la variable gasto hogar se utilizó gasto total por hogar ajustado por factor de no respuesta (sin arriendo imputado), la cual corresponde a la sumatoria de los gastos realizados por el hogar, sin considerar el arriendo imputado para aquellos hogares propietarios de su vivienda o que usufructúan de ella, los cuales son capturados por los diferentes instrumentos, mensualizados y corregidos por factor de ajuste de no respuesta. Además, adicionalmente se realizaron categorías por sexo (hombre - mujer) y por zona (Región Metropolitana - regiones).

Los resultados del coeficiente GINI por hogar (ver gráfico 6.13), muestran un índice mayor para los hogares afiliados a FONASA en comparación a los hogares afiliados a ISAPRE, obteniendo resultados de 0,68 para la aseguradora pública y de 0,53 para la aseguradora privada, lo cual significa que los hogares afiliados a FONASA tienen una distribución más desigual del copago efectuado en prestaciones de salud que los afiliados a ISAPRE, es decir, existe un pequeño porcentaje de las familias que efectuaron un alto copago y el resto efectuaron copagos más bajos.

Cabe señalar que al analizar la distribución de los copagos ordenados por aseguradora (ver anexo 14), la explicación del por qué FONASA presenta un mayor GINI, se debe a que la ISAPRE muestra un copago más parejo dentro de los distintos hogares, mientras que en FONASA los copagos son más bajos y se concentran en la última parte de la distribución, lo que se podría deber a que los grupos A y B no presentan copago en la modalidad atención institucional, mientras que el fondo C y D tienen un copago del 10% y del 20% respectivamente, sumado a que estos grupos son los que utilizan mayoritariamente la modalidad libre elección, lo que concentraría los altos copagos en número menor de hogares en comparación al seguro privado.

Gráfico 6.13 Coeficiente GINI por hogar, año 2013



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Presupuestos Familiares 2011-2012. Los resultados están en base solo a los hogares que realizaron la prestación y que debieron copagar.

Al analizar la variable sexo se aprecia en FONASA, un nivel de desigualdad idéntico independientemente si el que efectuó la prestación fue hombre o mujer, es decir no existe

diferencia en la distribución de la desigualdad de los copagos en términos del sexo. En cambio, el caso de las ISAPRE si existe una diferencia entre sexos, siendo más desigual los copagos realizados por un hombre en un hogar en comparación a cuando los efectúa una mujer en el hogar, lo que significa que los copagos altos se concentran en un número menor de hogares cuando las prestaciones las realiza un hombre.

Al comparar ambos seguros se aprecia que en el caso del hombre la brecha de desigualdad disminuye, presentando coeficientes GINI en torno a los 0,6 en ambos seguros, mientras que en el caso de la mujer la desigualdad de los copagos realizados es menor en ISAPRE, con un índice de 0,54 para la aseguradora privada y de 0,68 para la aseguradora pública.

En términos de la zona geográfica de los afiliados a los seguros, en FONASA la tendencia es similar en torno a los 0,68 tanto en regiones como en el área metropolitana, mientras que en ISAPRE existe una mayor desigualdad de los copagos realizados en la Región Metropolitana con un 0,60 de coeficiente, en comparación a los 0,57 de regiones, lo cual indica una mayor dispersión de los copagos entre los hogares ISAPRE en regiones.

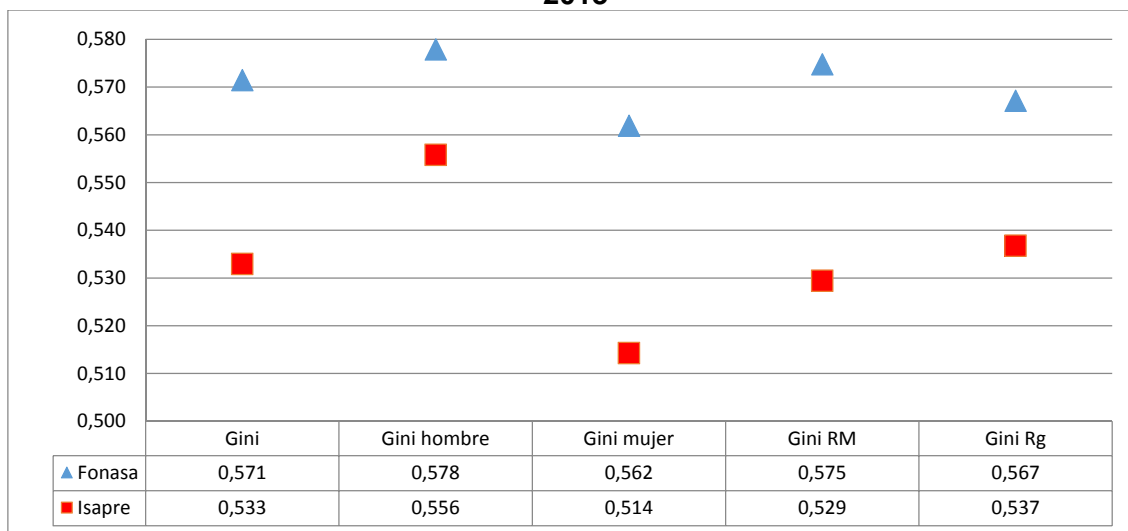
La comparación de ambos seguros indica una mayor desigualdad para el caso de FONASA en ambas zonas geográficas, pero es en la Región Metropolitana donde la brecha es menor, lo que implica que en regiones FONASA presenta una distribución donde se concentra el copago alto en pocos hogares, mientras en las ISAPRE los copagos altos se concentran en mayor número de hogares, cuestión que en la Región Metropolitana disminuye dicha brecha entre seguros.

En términos relativos, el GINI del porcentaje del copago que corresponde a los gastos totales por hogar, que se aprecia en gráfico 6.14, muestra una tendencia parecida a los resultados en términos absolutos entre ambas aseguradoras (con coeficientes GINI más bajos que los resultados absolutos).

De los resultados se destaca que el nivel de desigualdad en FONASA es superior, alcanzando un 0,571 de coeficiente en comparación a los 0,533 de las ISAPRE, lo que se traduce que a nivel de impactos del copago sobre los gastos realizados por los hogares, la

aseguradora pública presenta menos dispersión de los impactos sobre el gasto en los hogares beneficiados, lo cual se extiende a todas las categorías examinadas.

Gráfico 6.14 Coeficiente GINI como porcentaje de los gastos totales por hogar, año 2013



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Presupuestos Familiares 2011-2012. Los resultados están en base solo a los hogares que realizaron la prestación y que debieron copagar.

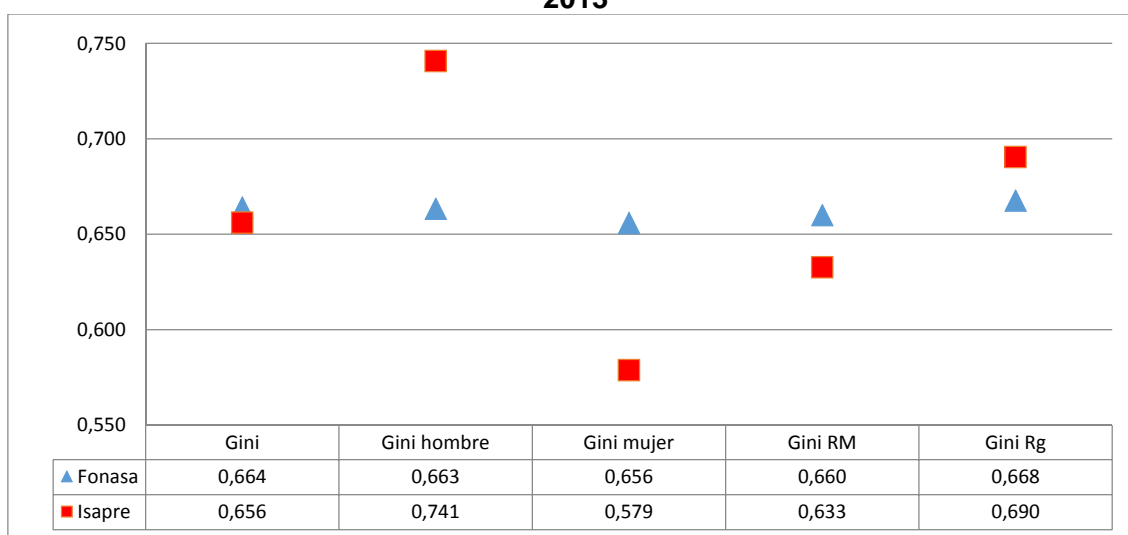
Entre los resultados se puede mencionar que a nivel de hogares donde un hombre efectuó una prestación de salud, la brecha entre aseguradoras es menor, ya que el GINI presentado por FONASA es levemente más alto que el de ISAPRE, dando resultados de 0,578 y 0,556 respectivamente, lo que quiere decir que la aseguradora FONASA concentra levemente un número mayor de impactos altos sobre los gastos de los hogares en comparación a las ISAPRE.

Para el GINI de mujer y Región metropolitana, la brecha aumenta entre aseguradoras como se aprecia en el gráfico 6.14, en cambio en regiones disminuye. Cabe mencionar, que los resultados de la distribución ordenada de los copagos como porcentaje de los gastos (ver anexo 14), muestran que FONASA concentra en un número menor hogares los impactos altos en el gasto, en comparación a las ISAPRE que los distribuye en un número mayor de hogares.

El segundo análisis relativo es del GINI del copago como porcentaje de los ingresos por hogar, cuyos resultados difieren de los dos análisis anteriores (ver gráfico 6.15). En este

caso tanto el FONASA como las ISAPRE poseen un nivel de desigualdad similar, en torno a los 0,66 de coeficiente. Como se aprecia en la distribución de los copagos como porcentaje de los ingresos ordenados (ver anexo 14), las distribuciones de los impactos de los gastos en los ingresos por hogar es idéntica en ambos seguros, lo cual no quiere decir que los impactos sean iguales en ambos seguros, si no por el contrario, esto significa que el porcentaje de hogares que concentra los mayores impactos en los ingresos por hogar son iguales.

Gráfico 6.15 Coeficiente GINI como porcentaje de los Ingresos totales por hogar, año 2013



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Presupuestos Familiares 2011-2012. Los resultados están en base solo a los hogares que realizaron la prestación y que debieron copagar.

A nivel del sexo de los individuos que efectuaron una prestación de salud en los hogares, en FONASA el índice de GINI es similar para ambos sexos en torno a los 0,66 de coeficiente, mientras que en las ISAPRE el nivel de desigualdad del copago hogar es superior en los hombres alcanzando los 0,74, en comparación a la mujer que solo 0,58 de coeficiente, lo cual es similar a los resultados anteriores.

La comparación entre los seguros, nos indica que un hombre de un hogar ISAPRE que obtuvo una prestación de salud, posee una desigualdad mayor que en los hogares FONASA, en cambio en mujeres esto es a la inversa. Estos resultados se pueden entender debido a que en el caso de los afiliados del seguro privado, dentro de la población de hogares con hombres, estos tienen una concentración de los altos impactos en un grupo reducido de

hogares, en comparación a los hogares FONASA que los altos impacto se distribuye en un porcentaje mayor de familias.

En términos geográficos, los resultados indican que el coeficiente GINI del porcentaje del copago que corresponde a los ingresos por hogar, tanto en regiones como en el área metropolitana, es similar en torno a un GINI de 0,6, lo que quiere decir que no existe una gran diferencia entre la distribución de los copagos que impactan a los ingresos entre los hogares de ambos seguros.

Es importante mencionar que la posible explicación del porque la mayor desigualdad del copago, tantos en términos absolutos como relativos, se debe a que en el sistema de FONASA, se plantean distintas modalidades de atención, donde en la modalidad institucional los grupos A y B no presentan copagos, mientras que el C y el D presentan 10% y 20% respectivamente; en cambio en la modalidad de libre elección el grupo A no tienen acceso, a diferencia del resto de los grupos donde tienen una bonificación hasta el 75% del nivel¹, dependiendo de la prestación de salud. Además en FONASA el plan Auge es más utilizado por los beneficiarios en comparación a las ISAPRE, lo cual disminuye el copago en muchas prestaciones. Ambas situaciones podrían explicar que FONASA presente una distribución de los copagos absolutos o relativos más concentrados en un porcentaje menor de hogares en comparación a las ISAPRE.

En general, los resultados del coeficiente GINI indican que es el sistema de ISAPRE quien presenta menores niveles de desigualdad de los copagos realizados por hogar, tanto en términos absolutos como relativos, debido a que los hogares FONASA la dispersión de los copagos es menor, por lo que en este caso tener un nivel de desigualdad mayor es positivo, ya que los copagos altos se concentran en un número menor de hogares, por lo que FONASA sería más eficiente que las ISAPRE y además de esto los copagos del seguro público son de menor cuantía que los de la aseguradora privada.

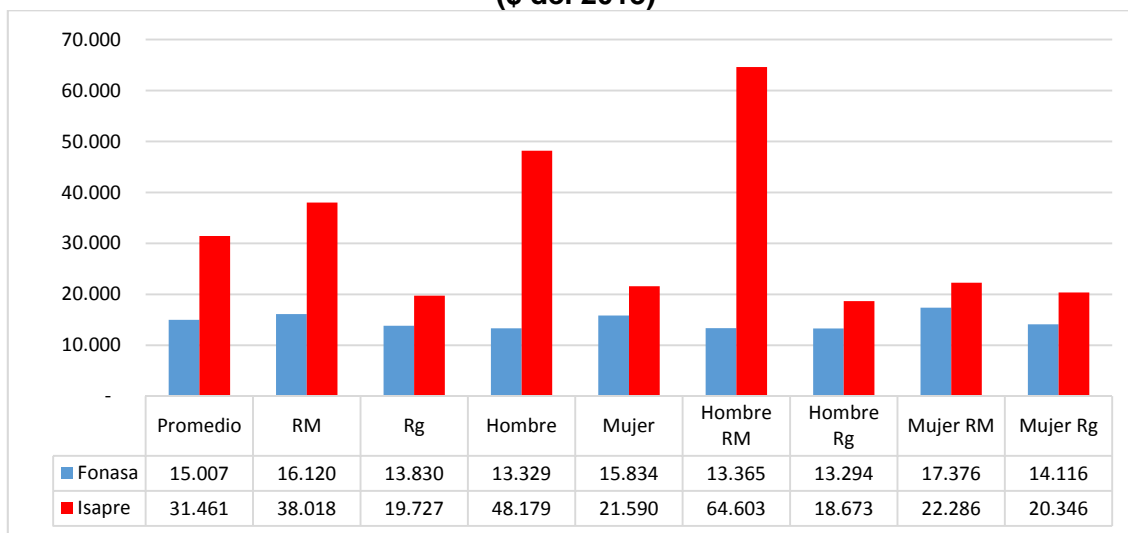
Indicador 13: Copago promedio hogar por consultas médicas.

En este indicador se mide la eficiencia de los seguros en cuanto al copago hogar por consultas médicas que realizan los beneficiarios, tanto para los individuos del FONASA, como para los de las ISAPRE. Para la construcción de este indicador se utilizó la EPF 2011-2012, de la cual se extrajeron los datos de gastos por consultas médicas que realizan los individuos, entre las que se encuentran las consultas de profesionales de la salud en hospitales tipo 1, 2, 3, centro de referencia de salud de atención abierta, centros de atención primaria, servicios de urgencia, consultas de profesionales y especialistas en medicina alternativa. Estos ítems de egresos se capturaron por medio del registro de gastos por consultas médicas realizados en los últimos 3 meses. Además, se realizaron categorías por sexo (hombre - mujer), por zona (Región Metropolitana - regiones) y un cruce de estas variables para entregar los resultados.

Según los resultados del gráfico 6.16, se puede apreciar que en el indicador de consultas médicas los beneficiarios de FONASA copagan en promedio menos que los beneficiarios de las ISAPRE en estas prestaciones, donde en el seguro público en promedio los hogares copagan \$15.007, mientras que el seguro privado el copago hogar alcanza los \$31.461 en promedio, lo que corresponde a decir que por consultas médicas los hogares con beneficiarios FONASA copagan un 52,30% menos que el caso de los hogares afiliados a las ISAPRE (ver anexo 15). En este sentido existe una diferencia con el promedio de copago en este ítem de la población general afiliada a cualquiera de los dos sistemas, la cual presenta un copago de \$20.715 en promedio, superior levemente a la de FONASA, pero muy inferior a las ISAPRE (ver anexo 15).

En relación a la zona en la cual habitan los hogares beneficiados, los resultados muestran que para el FONASA, es en la Región Metropolitana donde se presentan más altos copagos por consultas médicas, alcanzando los \$16.120 en promedio, en comparación a las regiones donde el copago llega a los \$13.329 por beneficiario. La tendencia se mantiene en el seguro privado, debido a que es en la Región Metropolitana donde se produce mayor copago en promedio por consultas médicas, alcanzando el \$38.018 por hogar, mientras que en regiones llega a los \$19.727 en promedio (ver gráfico 6.16).

Gráfico 6.16 Copago Promedio por Hogar en Consultas Médicas según Tipo de Seguro (\$ del 2013)



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Presupuestos Familiares 2011-2012. Los resultados están en base solo a los hogares que realizaron la prestación y que debieron copagar.

Al comparar los resultados por aseguradora se aprecia que los hogares con beneficiarios FONASA copagan en promedio menos por consultas médicas que los hogares con afiliados a ISAPRE, tanto en la zona Metropolitana como en regiones, donde en la primera de ellas el seguro privado copaga en un 57,60% más que los beneficiarios del seguro público, mientras que en la categoría de regiones la brecha se reduce a un 29,89% de copago mayor en las ISAPRE (ver anexo 15).

Cabe mencionar, que los resultados mencionados concuerdan con las aproximaciones teóricas, debido a que en regiones se esperaba que los servicios fuesen más económicos que en la Región Metropolitana, lo cual sucedió en ambos seguros; además es importante señalar que en regiones la brecha entre los seguros disminuye, lo que concuerda según los datos de la Superintendencia de Salud 2013, debido a que el porcentaje de las bonificaciones de la facturación total en prestaciones de salud, en regiones es más alto que el caso de la Región Metropolitana, alcanzando un 66,06% y un 58,28% de bonificaciones respectivamente, lo cual explica la disminución de la brecha entre FONASA e ISAPRE en regiones.

En relación al sexo del beneficiario que realizaron una consulta médica en el hogar, en el gráfico 6.16 se aprecia que en el FONASA es la mujer quien realiza mayor copago por

consultas médicas en promedio, alcanzando los \$15.834, mientras que el hombre efectúa un copago de \$13.329 en promedio, lo cual concuerda con la teoría económica, que señala que la mujer es la que efectúa mayor copago.

En las ISAPRE el copago por consultas médicas por sexo tiene una relación inversa a la anterior, ya que en este caso es el hombre quien realiza mayor copago alcanzando los \$48.179 por hogar, mientras que la mujer alcanza un copago de \$21.590 en promedio, donde este resultado difiere de los datos de la Superintendencia de Salud 2013, ya que en esta se señala que el copago promedio es mayor en el caso de la mujer, debido a que posee un porcentaje menor de bonificación, el cual alcanza el 58,7% del monto total facturado en prestaciones de salud, mientras que en el caso del hombre este porcentaje alcanza el 63,3% del monto facturado.

Al comparar la situación entre aseguradoras nos encontramos que los beneficiarios de las ISAPRE realizan mayor copago promedio en ambos sexos, donde en el caso del hombre el copago por consultas médicas en ISAPRE es de un 72,33% mayor que en la aseguradora pública, mientras que en la mujer esta diferencia alcanza un 26,66% en favor de las ISAPRE (ver anexo 15), lo que se explica debido a que el copago de la mujer está subestimado, tal como lo demuestran los datos de la Superintendencia de Salud.

Al abrir el análisis por género, para un hogar donde un hombre efectuó una consulta médica en las diferentes zonas del país, los resultados indican que para las ISAPRE, el hombre de la Región Metropolitana copaga más que su par de regiones; mientras que en el caso del FONASA no existe una clara diferencia entre un hombre de regiones y uno de la capital, debido a que el copago de ambos se encuentra en torno a los \$13.300, lo que es un resultado poco esperable, debido a que en regiones los servicios tienen un menor costo. En el caso de la mujer, el análisis nos dice que en ambos seguros, un hogar donde una mujer realizó una consulta médica como prestación, es en regiones donde el copago presenta menor costo para el género femenino, lo cual concuerda con la teoría económica.

En definitiva, este indicador muestra que FONASA es más eficiente que las ISAPRE, en términos del copago promedio que deben realizar los hogares con beneficiarios que efectuaron consultas médicas, lo cual se extiende a las categorías de zona y sexo. Este

resultado es importante, ya que indica que el seguro público tiene una mejor cobertura en cuanto a las consultas médicas generales, en comparación a las ISAPRE, sobre todo a nivel de regiones. Además, se puede mencionar que los resultados del hombre de ISAPRE, se encuentra sobrestimado y no reflejarían los verdaderos valores del copago promedio que realizarían.

Indicador 14: Copago promedio hogar por exámenes.

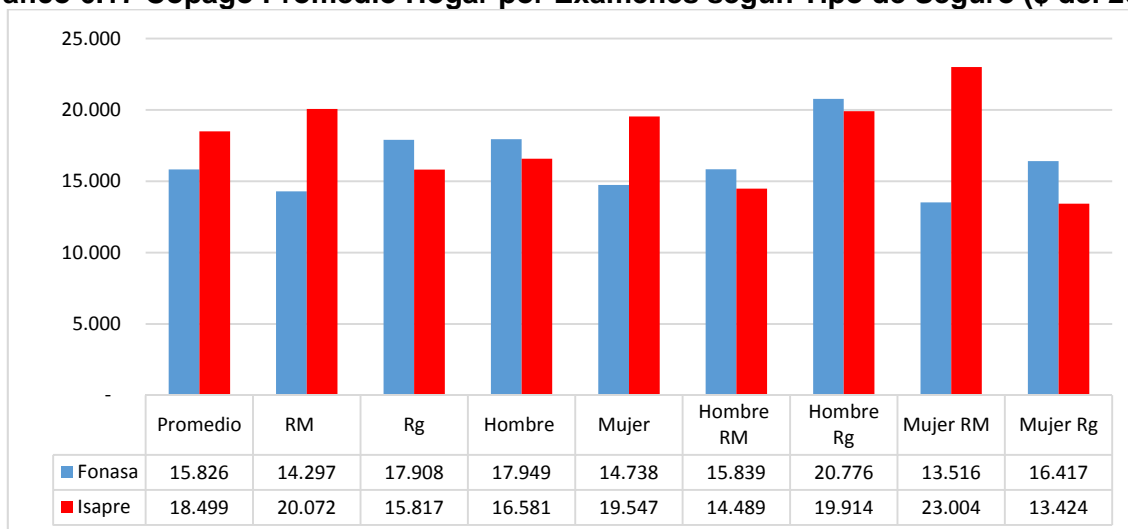
En este indicador se mide la eficiencia de los seguros en cuanto al copago hogar por exámenes que realizan los beneficiarios, tanto para los individuos del FONASA, como para los de las ISAPRE. Para la construcción de este indicador se utilizó la EPF 2011-2012, de la cual se extrajeron los datos de gastos por exámenes que realizan los individuos, entre las que se encuentran los exámenes de sangre, (hematológicos, bioquímicos y hormonales), de orina, genéticos, inmunológicos (inmunoquímica, inmunocelulares, histocompatibilidad), microbiológicos (bacterias y hongos, cultivos, antibiogramas, serológicos, parásitos macro y microscópicos), de deposiciones, exudados, secreciones y otros líquidos, de imagenología, radiológicos (exámenes simples y complejos), entre otros. Estos ítems de egresos se capturaron por medio del registro de gastos por exámenes realizados en los últimos 3 meses. Además, se realizaron categorías por sexo (hombre - mujer), por zona (Región Metropolitana - regiones) y un cruce entre estas dos variables, con el fin de entregar mayor información de este indicador.

De acuerdo a los resultados del gráfico 6.17, se puede apreciar que en el indicador de prestaciones por exámenes, los hogares del FONASA copagan en promedio menos que los beneficiarios de las ISAPRE en este ítem, donde en el seguro público en promedio los beneficiarios copagan \$15.826, mientras que el seguro privado el copago alcanza los \$18.499 en promedio, lo que es equivalente a decir que por exámenes los hogares de las ISAPRE copagan un 14,45% más que el caso de los afiliados al FONASA (ver anexo 16).

En relación a la zona en la cual realizan las prestaciones los beneficiarios, los resultados muestran que para el FONASA, es en regiones donde se presentan más altos copagos por prestaciones de exámenes, alcanzando los \$17.908 en promedio por hogar, en comparación

a la Región Metropolitana donde el copago llegó a los \$14.297 por hogar, lo cual es un resultado contra intuitivo con la teoría económica, debido a que los servicios son más económicos en regiones. A diferencia de esto, en el seguro privado la tendencia se invierte, debido a que es en la Región Metropolitana donde se produce mayor copago en promedio por hogar en exámenes, alcanzando los \$20.072 por hogar, mientras que en regiones solo llega a los \$15.817 en promedio (ver gráfico 6.17), lo cual es un resultado esperado y acorde con la teoría económica.

Gráfico 6.17 Copago Promedio Hogar por Exámenes según Tipo de Seguro (\$ del 2013)



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Presupuestos Familiares 2011-2012. Los resultados están en base solo a los hogares que realizaron la prestación y que debieron copagar.

Al comparar los resultados por aseguradora se aprecia que los beneficiarios del FONASA copagan en promedio menos por consultas médicas que las ISAPRE en la zona Metropolitana, ya que existe una brecha de 28,77% de mayor copago para las ISAPRE, mientras que en regiones esto es al contrario, donde la brecha es de 13,22% menos copago para el seguro privado (ver anexo 16).

Cabe mencionar, que estos resultados, presuponen una probable sobre estimación del copago en regiones, específicamente a nivel de los hogares donde hombres de región afiliados a FONASA efectuaron prestaciones de toma de exámenes de laboratorio (ver gráfico 6.17), lo cual genera estos resultados contra intuitivos.

De acuerdo al sexo del beneficiario que realizó la prestación dentro del hogar (ver gráfico 6.17), en el FONASA es el hombre quien realiza mayor copago por exámenes en promedio por hogar, alcanzando los \$17.949, superior al caso de la mujer que efectúa un copago de \$14.738 en promedio, lo cual hace pensar nuevamente que en el caso del hombre el copago se encuentra sobrestimado, ya que los gastos en salud deberían ser mayores en el caso de la mujer. En las ISAPRE el copago por consultas médicas tiene una relación inversa a la anterior, ya que en este caso es la mujer quien realiza mayor copago alcanzando los \$19.547 por hogar, mientras que el hombre alcanza un copago de \$13.580 en promedio, cuyo resultado es esperable, se confirma con los datos de la Superintendencia de Salud 2013, que señala que en exámenes de diagnóstico es la mujer quien realiza mayor copago debido a que el porcentaje de bonificación es menor.

Al comparar la situación entre aseguradoras nos encontramos que los hogares con beneficiarios en ISAPRE realizan mayor copago promedio en el caso de la mujer, donde por prestaciones de exámenes en la ISAPRE se copaga un 24,60% más que en la aseguradora pública, mientras que en el hombre esta brecha se invierte, ya que la diferencia alcanza un 8,25% menos de copago para las ISAPRE (ver anexo 16). Con estos resultados se aprecia que en el caso del hombre que efectuó este tipo de prestaciones dentro de un hogar, existe una sobrestimación y en especial del hombre de regiones quien presenta copagos muy altos en relación a los de la región metropolitana y en relación a la mujer, lo que podría explicar estos resultados contradictorios con la teoría económica.

En definitiva, este indicador muestra una eficiencia en términos del copago que deben realizar los beneficiarios en prestaciones de exámenes a favor de FONASA, ya que este seguro es más eficiente en términos generales, además de en la región metropolitana, en el género femenino; mientras que presenta sobrestimaciones en la variable regiones y en la variable masculina, donde es más eficiente las ISAPRE, pero lo cual es poco acertado desde el punto de vista de la teoría.

Indicador 15: Copago promedio hogar por medicamentos.

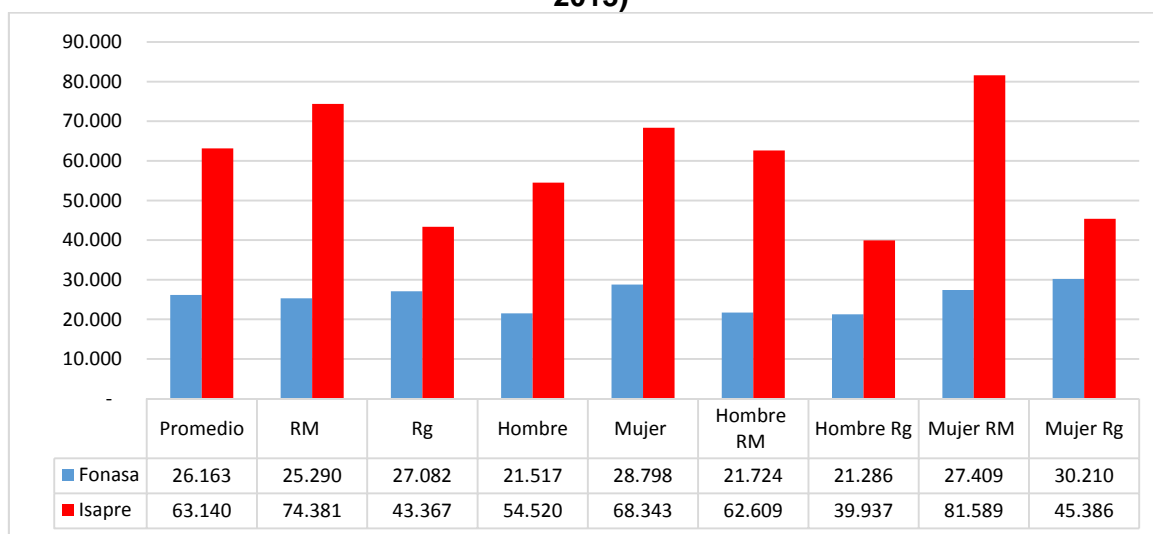
En este indicador se mide la eficiencia de los seguros en cuanto al copago en medicamentos que realizan los beneficiarios, tanto para los individuos del FONASA, como para los de las ISAPRE. Para la construcción de este indicador se utilizó la EPF 2011-2012, de la cual se extrajeron los datos de gastos en medicamentos que realizan los individuos, entre los que se encuentran medicamentos anti-infecciosos, hormonas, antineoplásicos y agentes inmunológicos, dermatológicos, agentes de diagnóstico, sangre y órganos hematopoyéticos, productos homeopáticos y de fitoterapia, medicamentos para el aparato cardiovascular, génito urinario, locomotor, respiratorio, digestivo y metabólico, sistema nervioso, y órganos de los sentidos. Estos ítems de egresos para las familias, se capturaron por medio del registro de gastos en medicamentos realizados en los últimos 3 meses. Además, se realizaron categorías por sexo (hombre - mujer), por zona (Región Metropolitana – regiones) y un cruce entre estas dos variables.

Este indicador muestra resultados que se aprecian en el gráfico 6.18, los cuales señalan que los beneficiarios del FONASA copagan en promedio menos por medicamentos que los hogares con beneficiarios de las ISAPRE, donde en el seguro público copagan \$26.163 en promedio por medicamentos, mientras que el seguro privado el copago alcanza los \$63.140 en promedio, lo que es equivalente a decir que por medicamentos los beneficiarios de las ISAPRE copagan un 58,56% más que el caso de los afiliados a FONASA (ver anexo 17). Cabe mencionar que esta gran brecha se podría deber a que FONASA entrega medicamentos en los consultorios, además de esto tiene un programa para medicamentos de alto costo, con el fin de aumentar el acceso a las medicinas.

En la categoría de zona donde se encuentra el hogar de los beneficiarios, los resultados muestran que para el FONASA, es en regiones donde se presentan más altos copagos por medicamentos, alcanzando los \$27.082 en promedio, en comparación a la Región Metropolitana, donde el copago hogar llegó a los \$25.290 por hogar, lo cual no es consistente con la teoría económica, ya que la Región Metropolitana se presentan productos y servicios más caros. Por el contrario, en las ISAPRE se aprecia que es en la Región Metropolitana donde se produce mayor copago hogar en promedio por medicamentos, alcanzando los \$74.381 por hogar, mientras que en regiones se llega a los \$43.367 en

promedio (ver gráfico 6.18), cuyo resultado es consistente con los datos de la Superintendencia de Salud 2013 y a su vez con la teoría económica.

Gráfico 6.18 Copago Promedio Hogar por Medicamentos según Tipo de Seguro (\$ del 2013)



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Presupuestos Familiares 2011-2012. Los resultados están en base solo a los hogares que realizaron la prestación y que debieron copagar.

La comparación de los resultados por aseguradora muestra que los hogares del FONASA copagan en promedio menos por medicamentos que las ISAPRE, tanto en la zona Metropolitana, como en regiones, donde en la primera de ellas el seguro privado copaga un 66,00% más que los hogares del seguro público, mientras que en la categoría de las regiones la brecha es de un 37,55% de copago mayor en las ISAPRE (ver anexo 17). Esto se podría deber a una sobrestimación del copago en regiones a nivel de hombres como de mujeres en FONASA.

A nivel de sexo se aprecia en el gráfico 6.18 que en el FONASA, es la mujer quien realiza mayor copago por medicamentos en promedio, alcanzando los \$28.798 por hogar, mientras que el hombre efectúa un copago de \$21.517 en promedio por hogar, que es consistente con la teoría económica. En el caso del seguro privado esta situación se mantiene, donde es la mujer quien realiza mayor copago en medicamentos en un hogar, alcanzando los \$68.343 en promedio, a diferencia de los \$54.520 en promedio que copaga el hombre de un hogar ISAPRE.

Al comparar la situación entre aseguradoras nos encontramos que los beneficiarios de las ISAPRE realizan mayor copago en ambos sexos, donde en el caso del hombre el copago por medicamentos es de un 60,53% mayor que en la aseguradora pública, mientras que en el caso de la mujer esta brecha alcanza un 57,86% en favor de las ISAPRE (ver anexo 17).

Al analizar el cruce entre variables, se aprecia que tanto a nivel de hombre como de mujer y a nivel de regiones como de la capital, el mayor copago lo efectúan las ISAPRE, además es interesante mencionar que las mayores brechas en beneficio de FONASA, se producen en los hogares de la región metropolitana donde tanto en hombres como mujeres realizaron copago por medicamentos; mientras que, a nivel de regiones en ambos sexos las ISAPRE reducen la brecha con la aseguradora pública, lo cual se podría deber a una sobrestimación de FONASA de ambos sexos en regiones o por la subestimación en regiones de ambos sexos de los copagos realizados por los hogares ISAPRE.

En definitiva, este indicador muestra que FONASA es más eficiente que las ISAPRE, en términos del copago que deben realizar los hogares en promedio por medicamentos, lo cual se extiende a las categoría de zona y sexo, lo cual es un resultado importante debido a que los medicamentos representan un porcentaje importante del gasto o ingresos de las familias.

En este sentido el copago en medicamentos, como porcentaje de los ingresos del hogar, son mayores en la ISAPRE, donde en promedio corresponden a un 5,38 % de los ingresos de estos hogares, mientras que en el seguro público corresponden a 4,87% de los ingresos (ver anexo 17), cuyos resultados no tienen tanta diferencia debido a que si bien los copagos son menores en FONASA, a su vez los ingresos por hogar también son menor en comparación al sistema privado.

A nivel de Región Metropolitana y del resto de las regiones, los mayores impactos los apreciamos en la capital en ambos seguros, mientras que si lo analizamos a nivel de sexo, en FONASA el mayor impacto lo tiene la mujer, lo que es esperable desde el punto de vista de la teoría económica; en cambio, en el seguro privado esta tendencia es a la inversa (ver anexo 17).

Conclusiones.

Desde los inicios del aseguramiento de salud en Chile, el sistema fue ideado de manera segmentado, en una primera etapa con el SNS y el SERMENA, para luego de 1979 pasar a FONASA y las ISAPRE, por lo que no es de extrañar que el actual sistema de aseguramiento se encuentre compuesto por dos sub grupos de afiliados.

Una consecuencia del nuevo marco legal y regulatorio fue la generación de una aseguradora publica enfocada en los sectores más vulnerables y con mayor riesgo relativo en salud y, por otro lado, aseguradoras privadas enfocadas en los individuos de mayores ingresos, con la facultad de descremar y dejar fuera a parte de la población que desearía pertenecer a dichas aseguradoras. Por lo tanto, una diferencia entre el nuevo sistema y el antiguo, es que este último presentaba grados de solidaridad mayor según Vergara (2007), debido a que existían subsidios cruzados entre los asegurados y aportes estatales a ambos seguros.

La eficiencia de los seguros de salud se debe medir en tres dimensiones, según la OMS (2010). La primera de ellas, es la población que se encuentra cubierta por un seguro médico, la segunda es la cobertura de prestaciones que posee el seguro médico, discusión que no se realizará en este estudio. Finalmente la tercera dimensión, se refiere a los costos directos realizados por un hogar en salud, analizados en este estudio como la eficiencia de la protección financiera de los seguros de salud.

La cobertura universal de la población de Chile respecto al acceso a prestaciones de salud, con el actual sistema de aseguramiento está casi resuelto, según la CASEN (2013) el 97,33% de la población está cubierta con un seguro de salud (FONASA, ISAPRE, FF.AA y de Orden u algún otro seguro), por lo que el 2,67% de los habitantes resuelve sus prestaciones de salud de forma particular, sin estar adscritas a algún seguro médico.

Por otra parte, la protección financiera de ambos seguros es un problema no resuelto, debido a que los gastos de bolsillos en el sistema de salud de Chile, FONASA e ISAPRE son altos, en comparación a los datos de la OCDE (2014), que sitúan el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud en un 31,9% en el 2012, en comparación al 19% promedio de la OCDE. Por lo tanto, el porcentaje de gasto de bolsillo obtenido por el sistema

de salud nacional sobrepasa el 15% o 20% máximo, considerado para que la catástrofe financiera del gasto sea insignificante para el individuo, según la estimación de Xu et al. (2010).

En este sentido, Cid y Prieto (2012) y la presente investigación muestran que entre los años 1997 al 2013 el gasto de bolsillo de las familias del Gran Santiago aumentó desde los \$42.206 hasta los \$74.417, equivalente a un 76,32% de crecimiento. Por su parte, dicho aumento impactó en su participación en el ingreso total por hogar, pasando de 5% a 9%, mientras que en el impacto en la participación del gasto total por hogar aumentó de 4% a 7% en dicho periodo. Es decir, durante el período aumentó la probabilidad de incurrir en costos catastróficos por parte de las familias que debieron consumir prestaciones de salud.

Esto quiere decir, que una de la funciones establecidas por la OMS (2010) para los seguros de salud no se está cumpliendo, debido a que los hogares no reciben una cobertura financiera adecuada, en especial el quintil de ingreso más bajo, quienes han sufrido un aumento mayor del gasto de bolsillo, pasando de \$5.818 a \$ 16.624 entre el 2007 y el 2013 (crecimiento de 185,74%), en comparación al quintil de mayor ingreso que aumentó de \$159.885 a \$194.716 en dicho periodo (crecimiento de 21,78%).

Este aumento del gasto de bolsillo en los hogares de menores recursos, coincide con la disminución del índice de GINI en dicho periodo, que paso del 0,83 al 0,69. Por lo tanto, es presumible pensar que los hogares de mayores ingresos ya no concentrarían el mayor copago, si no por el contrario el gasto de bolsillo se ha distribuido de manera más proporcional, lo que afectaría el bienestar de los hogares de menores ingresos.

El aumento del gasto de bolsillo en toda la población y en especial en los hogares de menores ingresos, revela un problema mayor en ambos seguros, de equidad vertical, donde la brecha entre el gasto de los hogares de menores ingresos se ha reducido con los hogares de mayores ingresos, reduciéndose dicha brecha de 27,5 veces en el 2007 a 11,7 veces en el 2013. Es decir, bajo el actual sistema no estaría ocurriendo que los hogares copaguen de acuerdo a su riqueza, si no por el contrario las diferencias se han reducido.

Por lo tanto, uno de los problemas del actual sistema de aseguramiento es la equidad en el financiamiento y en específico en el gasto de bolsillo realizado por los beneficiarios en ambos seguros, que genera una probabilidad mayor de incurrir en costos catastróficos en los hogares que deben efectuar prestaciones de salud.

En general, del total de beneficiarios que realizaron prestaciones de salud en ambos seguros, el FONASA muestra porcentajes menores de beneficiarios que debieron copagar, ya sea de forma íntegra o parcial, en las cinco prestaciones analizadas (consultas médicas, consultas de urgencia, consultas de especialidad, exámenes y hospitalizaciones), en comparación al porcentaje de beneficiarios que realizó copagos en las ISAPRE.

Por otro lado, el gasto de bolsillo medido por el copago realizado por los hogares en prestaciones de salud, muestra que los afiliados del FONASA copagan en promedio menos que los hogares afiliados a las ISAPRE, en todas las prestaciones contenidas en la EPF (2011-2012), donde los beneficiarios del seguro público copagaron \$57.276 en promedio, mientras que los beneficiarios del seguro privado copagaron \$133.057.

En este sentido, el FONASA es más eficiente en términos de la protección financiera ante riesgos de salud en comparación a las ISAPRE, ya que por una parte el seguro público posee una cobertura mayor de población que no realiza gasto de bolsillo, además de que este gasto sea menor que en un hogar afiliado a las ISAPRE.

Sin embargo, un tema preocupante para el FONASA se presenta en los afiliados al grupo A y B, los de menores ingresos, los cuales muestran en las diferentes prestaciones analizadas un aumento del porcentaje de beneficiarios que debieron realizar algún tipo de copago en el periodo de estudio. Esto significaría que el seguro público está perdiendo eficiencia de cobertura financiera en los hogares de menores recursos y un indicio de que este grupo está disminuyendo sus atenciones de salud a través de la MAI. Es aquí donde se presenta un problema de equidad vertical en el gasto de bolsillo efectuado por estos hogares del FONASA.

Esta problemática, en el grupo A del FONASA, se acentúa en las prestaciones de especialidad y hospitalizaciones, donde en el año 2013 según la CASEN el porcentaje de

beneficiarios que debió realizar algún tipo de copago alcanzó un 21,88% y 26,26% respectivamente, porcentajes superiores a los esperados para este grupo de beneficiarios integrados por individuos indigentes o carentes de recursos. Estos resultados entregan antecedentes de problemas de resolución de prestaciones en el sector público para dicho grupo, un indicio es el aumento en el porcentaje de atenciones resueltas en establecimientos privados desde 13,19% y 4,93% en el 2006 a 22,86% y 7,01% en el 2013, respectivamente para las prestaciones consulta de especialidad e intervenciones quirúrgicas.

En los casos de las consultas de especialidad y de hospitalización, las cuales están muy ligadas entre sí, las listas de espera se han mantenido elevadas en ambas prestaciones, alcanzando 1.644.471 y 239.980 respectivamente, según Libertad y Desarrollo (2015), lo cual presume una falta de médicos especialistas y de recursos para intervenciones quirúrgicas de hospitalización en el sector público, por lo que el FONASA no estaría cumpliendo con una cobertura financiera eficiente de este grupo de afiliados.

Si bien el porcentaje de beneficiarios que debió copagar totalmente o parcial en las ISAPRE es superior al porcentaje de FONASA, la brecha entre ambas aseguradoras disminuyó en las consultas de especialidad y en las hospitalizaciones, pasando de 1,99 veces y 2,75 veces en el 2006 a 1,86 veces y 2,12 veces en el 2013 respectivamente, lo que ratifica una pérdida de eficiencia del FONASA en el periodo de estudio, en prestaciones que son importantes en cuanto a la solución de enfermedades y al costo de ellas para un hogar.

Con respecto, a las consultas médicas generales los beneficiarios del FONASA copagan en promedio la mitad de lo que copaga un hogar afiliado a las ISAPRE, que corresponde a \$15.007 y \$31.461 respectivamente en el 2013. Además, en dicho año el porcentaje de los beneficiarios del seguro público que efectuó copagos fue el 29,70%, mientras que en el seguro privado el porcentaje alcanzó el 81,57% de los beneficiarios. Por lo tanto, por consultas médicas generales el FONASA muestra mayor eficiencia en la protección financiera del hogar en términos de la cobertura poblacional y del gasto de bolsillo, en comparación a las ISAPRE.

Por su parte, el porcentaje de beneficiarios del FONASA que efectuó copago por consultas de urgencia alcanzó el 14,77%, revelando que esta prestación de salud posee la mejor

cobertura financiera dentro de todas las prestaciones entregadas a la población afiliada al FONASA.

En cuanto, a los exámenes de laboratorio el FONASA muestra mayor eficiencia financiera, en comparación a las ISAPRE, debido a que los asegurados del seguro público copagan en promedio \$15.826 mientras que el seguro privado copaga \$18.499. Además, el número de beneficiarios que efectuaron gasto de bolsillo por dicha prestación en el FONASA alcanzó el 29,57%, en comparación al 83,76% de beneficiarios que alcanzó las ISAPRE.

Para las hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas, los resultados no son clarificadores en cuanto a que seguro es más eficiente en términos de la protección financiera entregada a los beneficiarios, ya que el gasto de bolsillo es similar en ambos seguros, alcanzando los afiliados del FONASA un copago de \$84.739 en promedio, mientras que las ISAPRE alcanzaron \$84.739. No obstante, se puede afirmar que esta prestación es la que produce mayor copago en los hogares de ambos seguros, y que por lo tanto, es la prestación que mayor impacto tiene sobre los ingresos y gastos de un hogar.

El nivel de cobertura poblacional de las hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas es bajo en ambos seguros, ya que el número de beneficiarios que efectuaron algún tipo de copago aumentó en el periodo de estudio, en FONASA e ISAPRE. El porcentaje de beneficiarios que efectuó copago en dicha prestación aumentó de 28,84% en el 2006 a 41,45% en el 2013, en el FONASA, mientras que en las ISAPRE este porcentaje aumentó de 79,27% a 87,94% en dicho periodo.

El aumento del número de beneficiarios que efectuaron gasto de bolsillo por hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas es preocupante en el FONASA, debido a que el aumento en este seguro se presentó en los grupos A y B (pasando de 4,24% a 26,26% y de 20,23% a 35,59% respectivamente), los cuales son afiliados indigentes o carentes de recursos en el caso del grupo A y los del B son afiliados con ingresos menores al mínimo.

El consumo de medicamentos es el tercer gasto de bolsillo en importancia para un hogar, luego de las hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas y consultas dentales. Los beneficiarios del FONASA presentan mayor eficiencia en la protección financiera del

consumo de medicamentos, debido a que los hogares del FONASA copagan en promedio menos de la mitad que los hogares afiliados a las ISAPRE (\$26.163 y \$63.140, respectivamente), lo que se podría deber a que en la red pública de salud se hace entrega de medicamentos a los afiliados al seguro público. En general, la compra de medicamentos es un problema para los hogares de ambos seguros, ya que representan un porcentaje importante de los ingresos o gastos de una familia (en FONASA 4,87% y 4,31% respectivamente, y en ISAPRE 5,38% y 4,24% respectivamente), pudiendo caer en costos catastróficos un hogar.

La tendencia de la cobertura poblacional de ambos seguros es decreciente en el periodo de estudio en todas las prestaciones analizadas, es decir, un mayor número de individuos efectuó gasto de bolsillo en ambos seguros, además, como ya se mencionó, dicho gasto de bolsillo aumentó entre el 2007 y el 2013, revelando la pérdida de eficiencia en la cobertura financiera de las prestaciones de salud de ambos seguros.

Un resultado que llama la atención, es lo que sucede con los grupos C y D del FONASA, los cuales en todas las prestaciones analizadas disminuyen el porcentaje de beneficiarios que efectuaron algún tipo de copago. Esta evidencia podría significar un aumento de la utilización de los establecimientos de la red pública de salud, tal como lo ratifica la CASEN del 2006, 2009, 2011 y 2013.

A nivel geográfico, en promedio los beneficiarios del FONASA copagan menos que los beneficiarios de las ISAPRE, tanto en la Región Metropolitana como en regiones (\$51.891 y \$149.339 respectivamente en la Región Metropolitana, y \$63.415 y \$106.765 respectivamente en regiones). Es decir, FONASA posee mayor eficiencia financiera en promedio en todas las zonas del país, en comparación a las ISAPRE.

No obstante, los afiliados del FONASA copagan en promedio más en regiones en comparación a la capital del país (\$63.415 y \$51.891 respectivamente), lo que se extiende a todas las prestaciones analizadas con excepción de las consultas médicas generales. Como en regiones los ingresos de un hogar son menores que en la Región Metropolitana, la evidencia muestra una pérdida de eficiencia financiera en los hogares afiliados al FONASA, debido a que el impacto del gasto de bolsillo sobre los ingresos de un hogar es mayor en

estas zonas del país (9,87% sobre los ingresos de un hogar en la Región Metropolitana y 10,78% sobre los ingresos de un hogar en regiones).

En cambio, los afiliados de las ISAPRE copagan en promedio más en la Región Metropolitana que en regiones en todas las prestaciones analizadas, sin embargo, la oferta de prestadores privados es mayor en la capital que en el resto del país.

Con respecto al género del afiliado que efectuó la prestación de salud dentro del hogar, el FONASA posee mayor cobertura financiera en todas las prestaciones médicas analizadas en ambos sexos, en comparación a las ISAPRE (en promedio, \$46.483 y \$134.250, respectivamente para el hombre, y \$63.817 y \$132.291, respectivamente para la mujer) con excepción del hombre que efectuó exámenes de laboratorio.

El bienestar económico de un hogar, afiliado a FONASA o a las ISAPRE, se reduce cuando una mujer efectúa una prestación de salud, en comparación a la realizada por un hombre dentro del hogar. Es decir, el impacto del gasto de bolsillo sobre los gastos totales de un hogar, son mayores cuando la prestación la realiza una mujer, en comparación a cuando la realiza un hombre (en FONASA 6,75% y 9,27% respectivamente por género y en las ISAPRE 7,45% y 9,44% respectivamente por género).

Por otra parte, los afiliados al FONASA concentran los gastos de bolsillo altos en un número menor de hogares, en comparación a las ISAPRE, cuando las prestaciones de salud las efectúa una mujer, obteniendo un GINI de 0,68 y 0,53, respectivamente. En cambio, en el caso del hombre la brecha se reduce, obteniendo un coeficiente GINI similar en ambos seguros (0,68 y 0,67 para FONASA e ISAPRE respectivamente).

El impacto del gasto de bolsillo en salud sobre los gastos totales de un hogar, revela que FONASA tiene una mejor cobertura financiera ante dificultades de salud, en comparación a las ISAPRE. En otras palabras, un afiliado al FONASA gasta un porcentaje menor de los gastos totales por hogar en todas las prestaciones, a nivel de la Región Metropolitana, género hombre y mujer. La excepción son los hogares en regiones donde el porcentaje del gasto de bolsillo corresponde a un 8,05% del gasto total de un hogar afiliado a las ISAPRE, mientras que dicho porcentaje en FONASA alcanza los 8,65%.

El coeficiente GINI del gasto de bolsillo en el Gran Santiago ha disminuido, tal como ya se mencionó anteriormente (0,82 a los 0,69 entre el 1997 y el 2013). Este último resultado es similar al coeficiente GINI de 0,68 obtenido por el FONASA en el 2013, pero superior al 0,59 presentado por las ISAPRE. Por lo tanto, si bien en ambos seguros el coeficiente de Gini para los gastos de bolsillo es alto, ya no se concentran en un número reducido de hogares, tal como se presentaban en el 1997, se tornó más uniforme y con una reducción en la relación entre el gasto de bolsillo de los hogares del quinto quintil y del primer quintil (razón de 27,5 en el 2007 y de 11,7 en el 2013).

Por otra parte, el coeficiente GINI de la participación de los copagos en el gasto total de los hogares muestra que el FONASA concentra dicha variable en un número menor de hogares, en comparación a las ISAPRE (0,57 y 0,53 respectivamente). Sin embargo, no es posible saber qué tipo de hogar concentra dichos copagos, hogares de ingresos altos o bajos, es decir, no es posible determinar si existe equidad vertical en el sistema.

Los ingresos disponibles per cápita para prestaciones de salud y subsidios de incapacidad laboral son mayores para los beneficiarios de las ISAPRE, en comparación a los ingresos disponibles en FONASA (\$527.949 y \$363.910, respectivamente en el 2013), presentándose una cobertura financiera mayor en la aseguradora privada. Sin embargo, esta mayor eficiencia se sustenta en el hecho que las ISAPRE poseen afiliados de ingresos altos, 87,45% de los afiliados con ingresos superior a 600 mil pesos, en cambio, el 82,21% de los cotizantes en el FONASA posee ingresos inferiores a los 600 mil pesos.

No obstante, que los afiliados a las ISAPRE posean mayores ingresos disponibles per cápita, no implica que las aseguradoras privadas administren de mejor manera estos recursos, debido a que tanto los costos administrativos como los de personal realizados por beneficiario, son mayores en las ISAPRE. Es decir, el FONASA es capaz de generar economías de escala, posibilitando reducir costo y ser más eficiente en la administración de los recursos.

En cuanto al gasto per cápita efectuado en prestaciones de salud y en SIL, el FONASA realiza un menor gasto per cápita en ambas variables en comparación a las ISAPRE (\$245.908 y \$398.908, respectivamente en prestaciones de salud, y \$77.257 y \$166.106,

respectivamente en SIL). Esto implica una mayor cobertura financiera para los beneficiarios del seguro privado, sustentado en la mayor recaudación de las ISAPRE por concepto de cotizaciones, producto de que los afiliados tienen ingresos altos, tal como se mencionó anteriormente.

Si bien las ISAPRE poseen un financiamiento mayor por beneficiario en comparación al FONASA, que se traduce en un mayor gasto per cápita en prestaciones de salud, el impacto del gasto de bolsillo promedio sobre los ingresos y gastos totales de los hogares es mayor que el FONASA, pero no de forma significativa (10,30% y 8,32% respectivamente, para los hogares afiliados al FONASA y 11,61% y 8,66% respectivamente, para los hogares afiliados a las ISAPRE), lo que implica que las ISAPRE no son más eficientes en cuanto a la cobertura financiera del seguro público.

En síntesis, de acuerdo a los indicadores de eficiencia de cobertura financiera contra riesgos de salud, en general estos indican que el FONASA presenta mayor eficiencia financiera que las ISAPRE para sus beneficiarios. Esto se debe, a que el impacto del gasto de bolsillo promedio sobre los ingresos y gastos totales de los hogares es menor en la aseguradora pública, concentrándose en un número menor de hogares, en comparación a las ISAPRE. Además de esto, el número de afiliados que debe efectuar copagos por las diferentes prestaciones de salud es menor en el FONASA, realizando menor gasto de bolsillo en salud por dichas prestaciones, tanto a nivel geográfico como de género, en la mayoría de las atenciones de salud.

Sin embargo, esta mayor eficiencia financiera del FONASA se ha reducido en el periodo de estudio, en los grupos de afiliados de menor ingreso y en las prestaciones de mayor costo, por lo que la brecha en cobertura financiera entre ambos seguros se redujo, aumentando la pérdida de bienestar para los hogares del FONASA.

Propuesta de Políticas Públicas.

El sistema actual de aseguramiento de salud en Chile, presenta un problema de protección financiera para las prestaciones de salud efectuadas por los hogares. Esto se refleja en que

el gasto de bolsillo efectuado por los hogares afiliados al FONASA y a las ISAPRE es relevante en relación a los ingresos totales por hogar, tal como se mencionó anteriormente. Es decir, los gastos directos representan un porcentaje importante de los ingresos disponibles por hogar.

Por otra parte, si bien en el sistema existe equidad vertical, ya que los hogares de mayores ingresos (afiliados a las ISAPRE) realizan un mayor gasto en salud, en comparación a los hogares de menores ingresos (afiliados al FONASA), los seguros de salud carecen de solidaridad entre sí. Esto se debe, a la no existencia de subsidios cruzados entre los pool de riesgo y a la segmentación por riesgo e ingreso que realizan las ISAPRE.

Por lo tanto, las propuestas de política pública se enfocarán en la reducción del impacto del gasto de bolsillo sobre los ingresos totales de los hogares. Las propuestas son las siguientes:

- Regulación de copagos: Las prestaciones más costosas o de mayor impacto en los ingresos de los hogares, son un problema en el sistema actual, por lo que el copago realizado por las familias debería ser regulado. El instrumento de regulación propuesto para los seguros de salud, es similar metodológicamente al utilizado en el plan de prestaciones AUGE.

En primer lugar, se debería establecer las prestaciones de carácter promocional, preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas, al igual que en el AUGE, pero a diferencia de éste, el orden de prioridad se determinaría de acuerdo al impacto relativo en los ingresos de los hogares. Posteriormente, se debería determinar un arancel referencial de la canasta compuesta por las prestaciones más relevantes para los gastos de los hogares.

La regulación debería establecer un porcentaje de copago máximo, que podrían cobrar las aseguradoras (el Fonasa y las ISAPRE) por la canasta de prestaciones de acuerdo a los gastos de los hogares, de forma tal que no supere el porcentaje máximo dispuesto por la OMS (2010). Adicionalmente, se determinaría un tope de gasto anual por dichas prestaciones en función de los ingresos de los hogares, que

es el monto de copago máximo que un hogar pagaría durante el periodo. Por lo tanto, esta regulación permitiría proteger financieramente a los hogares de eventos de salud con efectos catastróficos en términos económicos.

Para la implementación de esta regulación, sería necesario acompañarla con un sistema de información que sea capaz de registrar adecuadamente las prestaciones realizadas por los hogares, así como también los copagos efectuados. Dentro de las prestaciones de alto copago, podemos mencionar las consultas de especialidad y las hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas, las cuales deberían entrar en esta regulación.

- Ampliar el acceso a medicamentos: El acceso a los medicamentos debería ser parte de una política pública impulsada por el Estado, dado que los medicamentos representan un porcentaje importante de los ingresos de una familia y además se producen de manera regular dentro de un hogar. Según la OMS (2010) esta política pública se debe concentrar en los hogares de menores ingresos, por lo que en Chile la regulación debería establecer en ambos seguros, FONASA y las ISAPRE, la entrega de medicamentos genéricos y/o productos bioequivalentes dentro de su plan de prestaciones, aumentando de esta forma el acceso a medicamentos y disminuyendo el copago efectuado por los hogares.
- Regulación para mejorar la gestión de compra: Los seguros de salud deben ser eficientes en la compra de prestaciones de salud tanto en la red pública como en la privada, con el fin de entregar las soluciones más costo efectiva a los problemas de salud de un afiliado. En primer lugar, la regulación debe hacer que la autoridad sanitaria establezca aranceles de referencia para un conjunto de prestaciones y canastas de atenciones, que permita mayor poder de negociación por parte de ambas aseguradoras con los prestadores públicos y privados de salud.

Por otra parte, con respecto al FONASA, el Informe Final Evaluación del Gasto Institucional del Fondo Nacional de Salud (2013), señala que el rol de administración financiera en la práctica posee deficiencia en la MAI, debido a que el mayor gasto corresponde a transferencias directas y no a compras. Es decir, la propuesta de

regulación sería fortalecer el rol asegurador del FONASA, que incentive la compra de prestaciones de salud en la MAI, con garantías similares a las utilizadas en el plan AUGE, pero más flexibles, como son la calidad, la protección financiera y la oportunidad. Esto contribuiría a mejorar la eficiencia financiera en los grupos A y B que se redujo entre el 2006 y el 2013, según lo reveló este estudio, mostrando una disminución en la utilización de la red pública de salud por parte de ambos grupos de asegurados.

Desde el punto de vista sistémico, la bibliografía revisada en este estudio da cuenta de algunas políticas públicas que generarían mejoras en la distribución de los recursos financieros, permitiendo una protección de los hogares de mayor riesgo de enfermedad, generando además, solidaridad en el sistema.

Dentro de las posibles políticas a implementar en una primera etapa para mejorar la solidaridad del sistema de salud en Chile, se podría mencionar la ampliación hacia el FONASA del fondo de compensación de riesgo actual que poseen las ISAPRE en las prestaciones GES. Por otro lado, una segunda etapa de reforma al sistema de financiamiento, sería avanzar en la generación de un fondo mancomunado en todas las prestaciones, donde los recursos provengan del estado y del prepago efectuado por los afiliados, lo que permitiría lograr una mayor universalidad de cobertura y eficiencia financiera, según lo señalado por la OMS (2010).

Limitaciones.

Este estudio se vio limitado en la posibilidad de poder obtener información sobre el gasto de bolsillo de los hogares como porcentaje de los gasto totales en salud, los cuales según la teoría deberían encontrarse en un rango entre el 15% al 20% por hogar.

Esto se debe a que la EPF 2011-2012 solo registra los pagos realizados efectivamente por los hogares en prestaciones de salud, es decir, solo es posible identificar los copagos realizados por los hogares. Por lo tanto, una posible mejora a la EPF 2011-2012 y que permitiría medir con mayor precisión la cobertura financiera de los seguros actuales, sería integrar el gasto total de la prestación de salud, además del gasto efectivo o gasto de bolsillo realizado por hogar en prestaciones de salud.

Referencias.

- Acuña, C. (2000). *Evolución y Reforma de los Sistemas de Protección de la Salud: En los países del MERCOSUR y en Chile.*
- Akerlof, G. (1970), *The market for 'Lemons': qualitative uncertainty and the market mechanism*, Quarterly Journal of Economics.
- Albornoz, Arteaga, Barría Iroumé, Barría Gutiérrez, Castillo, et al (2014). *Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud.* Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud. Decreto No 71 del 14 de Abril de 2014. Páginas 27 & 28.
- Arrow, K. (1985), *The economics of agency*, in: J. Pratt and R. Zeckhauser, eds., *Principals and Agents: The Structure of Business* (Harvard Business School Press, Cambridge, MA).
- Arrow, K. (1965), *Aspects of the Theory of Risk Bearing* (Yrjo Jahnssonin Saatio, Helsinki).
- Arrow, K. (1963). *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care.* The American Economic Review. Volume LIII. Number 5.
- Atkinson, A. & J. Stiglitz (1980), *Lectures on Public Economics*, Nueva York, McGraw Hill.
- Beveridge, Sir W. (1946). *El seguro social y sus servicios conexos.* México: Editorial Jus (primera edición en español autorizada por el gobierno inglés de la versión original *Social Insurance and Allied Services: Londres, 1942).*
- Biblioteca del Congreso de Nacional de Chile (2005). *Fija el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado de La Constitución Política de La Republica de Chile.* Ministerio Secretaría General de la Presidencia.

- Busse, R.; Schreyögg, J. and Gericke, C. (2007). *Analysing changes in health financing arrangements in high-income countries. A comprehensive framework approach*. Washington, DC, The World Bank.
- Butelmann, A.; Duarte, F.; Nehme, N; Paraje, G.; Vergara, M., (2014). *Tratamiento para un enfermo crítico Propuestas para el sistema de salud chileno*. Espacio Público. Informe De Políticas Públicas 04. Pag 7.
- Cid, C. & Prieto, L. (2012). *El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007*. Rev Panam Salud Pública.
- Cid, C., (2011). *Problemas y desafíos del seguro de salud y su financiamiento en Chile: el cuestionamiento a las ISAPRE y la solución funcional*. Centro de Políticas Públicas UC. Temas de la Agenda Pública. Año 6 / No 49. Pag 4.
- Cid, C., (2011b). *Diagnoses-based Risk Adjusted Capitation Payments for Improving Solidarity and Efficiency in the Chilean Health Care System: Evaluation and Comparison with a Demographic Model*. Tesis doctoral. Department of Economics-Institute for Health Care Management, Universität Duisburg-Essen, Campus Essen, Alemania. Pag. 175.
- Cochrane, J.H. (1995), *Time consistent health insurance*, Journal of Political Economy.
- Commission on Macroeconomics and Health, CMH, (2001). *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Geneva: WHO.
- Comisión Asesora Presidencial, (2014). *Informe: Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud*. Decreto No 71 del 14 de Abril de 2014.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2006). *La Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, Financiamiento Y Solidaridad*. Trigésimo primer periodo de sesiones. Naciones Unidas.

- Cutler, D. & Reber, S. (1998). *Paying for Health Insurance: The Trade-Off between Competition and Adverse Selection*. Quarterly Journal of Economics.
- Cutler, D. & Zeckhauser, R., (2000). *The Anatomy of Health Insurance*. Handbook of Health Economics, Volume 1A, Charter 11. Harvard University and National Bureau of Economic Research.
- Dankhe, O. (1976). *Investigación y comunicación*, en C. Fernández—Collado y G.L. Dankhe (Eds): “*La comunicación humana: ciencia social*”. México, D.F: McGrawHill de México. Capítulo 13.
- Drago, M. (2006). *La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos*. Serie de Políticas Sociales 121, CEPAL, Naciones Unidas. Páginas 28 & 30.
- Dranove, D. (2012). *Health Care Markets, Regulators, and Certifiers*. Handbook of Health Economics. Volumen 2. Charter 10. Page 652.
- Ferreiro, A. & Figueroa, N. (2013). *Un sistema de salud para el siglo XXI*. 95 Propuestas para un Chile mejor. Grupo Res Publica Chile. Capítulo 15
- Folland, S.; Goodman, A. & Stano, M., (2010). *The Economics of Health and Health Care*. Sesta Edición. Prentice Hall. Capítulo 8.
- Fondo Nacional de Salud, FONASA (2014). *Cuenta pública participativa 2014*. Gobierno de Chile.
- Fondo Nacional de Salud, FONASA (2013). *Boletín FONASA*. FONASA Informa N°1 – 2013.
- Fondo Nacional de Salud, FONASA (2013). *Estadística Institucional, Estadística Demográfica*. FONASA Informa N°1 – 2013.

- Fondo Nacional de Salud, FONASA (2013). *Estadística Institucional, Balance Presupuestario*. FONASA Informa N°1 – 2013.
- Giedion, U.; Villar, M.; Ávila, A. (2010). *Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado*. Instituto de Ciencias del Seguro. Fundación MAPFRE. Página 131, 140-141.
- Glenn, N. (1977). *Cohortanaálisis*. Beverly Huís, CA: Sage Publications Inc. Series: 'Quantitative Applications in the Social Sciences', número 5.
- Glied, S. (2000). *Managed Care*. Handbook of Health Economics, Volume 1A, Charter 13. Mailman School of Public Health, Columbia University.
- Hernández, R.; Fernández, C.; y Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. Editorial McGrawHill de México. Capítulos 4 y 7.
- Homedesa, N. & Ugaldeb, A. (2000). *Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica*. Gac Sanit 2002;16(1):54-62.
- Humblet, Martine y Rosinda Silva. (2002), *Seguridad social: normas para el siglo XXI*. Ginebra: OIT.
- Hurley, J. & Grootendorst, P., (2002). *Ética y Economía en el Sector Salud, Los Mercados de Atención de Salud, Los Mercados de Seguros de Atención de Salud y el Papel del Gobierno*. Programa Flagship, Capítulo 5.
- Instituto de Administración de Salud (IAS), Universidad de Chile (2013). *Informe Final, Evaluación del Gasto Institucional del Fondo Nacional de Salud*. Preparado para la dirección de presupuestos, Ministerio de Hacienda.
- Kerlinger, FN. (1979). *Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento*. México, D.F.: Nueva Editorial Interamericana. Capítulo número 8 ('Investigación experimental y no experimental').

- Lavis, J. & Stoddart, G. (2002). *Ética y Economía en el Sector Salud, Financiamiento de la Atención de Salud*. Programa Flagship, Capítulo 6.
- Libertad y Desarrollo (2015). *Un 23% aumentó la lista de espera para intervenciones quirúrgicas no GES en un año*. Mayo de 2015.
- Luft, H.S. (1986), *Compensating for biased selection in health insurance*, Milbank Quarterly.
- Mesa-Lago, C. (2006). *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*. CEPAL, Documentos de proyectos. Página 19-20.
- Mesa-Lago, C. (2006). *Las Reformas de Salud en América Latina y el Caribe: Impacto en los Principios de la Seguridad Social*. CEPAL, Capítulo 1 y 3.
- McGuire, T. (2012). *Demand for Health Insurance*. Handbook of Health Economics, Volume 2, Charter 5. Harvard Medical School, Boston, MA, USA.
- Miranda, E. (1990). *Descentralización y Privatización del Sistema de Salud Chileno*. Centro de Estudios Públicos, CEP, N° 39, 1990.
- Moreno, R.; Thomson, S; y Xu, K.; (2013). *Measuring and comparing financial protection*. Health system performance comparison, An agenda for policy, information and research. Charter 8. European Observatory on Health Systems and Policies Series.
- Neira, J. (Abril de 2011). *Minuta Análisis Descriptivo de la Cartera del Sistema ISAPRE A diciembre de 2009*. Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo.
- Neumann, J. & Morgenstern, O. (1944). *Theory of Games and Economic Behavior*. Princeton University Press. Capítulo 1.

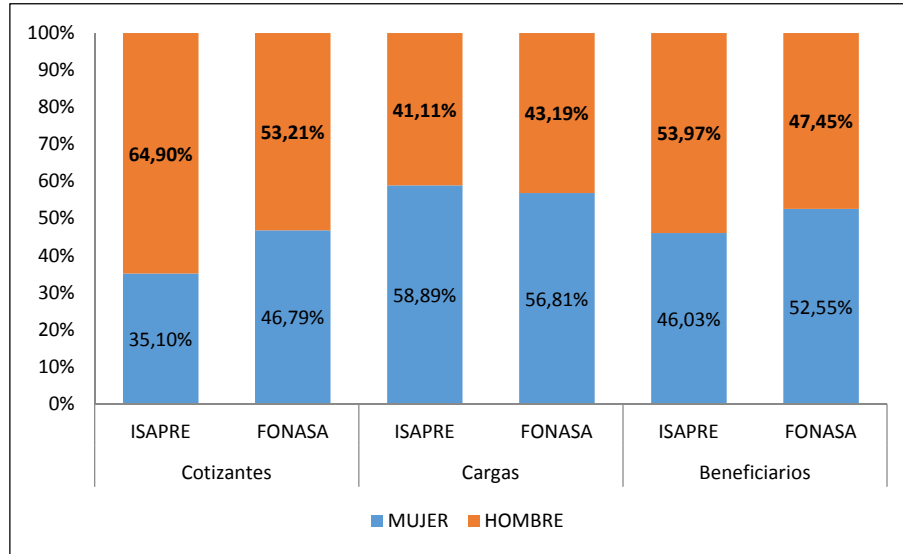
- Newhouse, J.P. (1996), *Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection*, Journal of Economic Literature.
- Nicholson, W., (2008). *Teoría Microeconómica Principios Básicos y Ampliaciones*. Novena Edición. Editorial Cengage Learning. Capítulo 8.
- Oficina Internacional del Trabajo y Asociación Internacional de la Seguridad Social (OIT-AISS), (2001a). *Principios de la seguridad social*. Ginebra.
- Oficina Internacional del Trabajo y Asociación Internacional de la Seguridad Social (OIT-AISS), (2001b), *Seguro social de salud*. Ginebra.
- Olavarría, M. (2005). *Acceso a la Salud en Chile*. Acta Bioethica 2005; año XI, Nº 1. Página 3.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, OCDE (2014). *Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014, Chile en comparación*.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Informe sobre la salud en el mundo 2010, Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000, Mejorar el desempeño del sistema de salud*.
- Pauly, M.V. (1985), *What is adverse about adverse selection?*, Advances in Health Economics and Health Services Research.
- Poblete, R. (Abril de 2014). *Resultados Financieros del Sistema ISAPRE A Diciembre de 2013*. Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo.
- Rothschild, M., & J. Stiglitz (1976). *Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information*, Quarterly Journal of Economics.

- Rutten, F.; Bleichrodt H.; Brouwer, W.; Koopmanschap, M. & Schut, E. (2001). *Handbook of Health Economics*. Department of Health Policy and Management, Institute for Medical Technology Assessment, Erasmus University, P.O. Box 1738, 3000 DR Rotterdam, The Netherlands.
- Superintendencia de Salud (enero 2014). *Estudio de Opinión a Usuarios del Sistema de Salud, Reforma Y Posicionamiento de la Superintendencia De Salud*. Biblioteca Digital. Opinión usuarios Sistema de Salud.
- Superintendencia de Salud (2013). *Estadísticas de Cartera del Sistema ISAPRE*. Biblioteca Digital. Cartera de Beneficiarios.
- Superintendencia de Salud (2012). *Principales Indicadores de Monitoreo del Sistema ISAPRE, A Diciembre de 2011*. Departamento de Estudios y Desarrollo.
- Superintendencia de Salud (Octubre 2009). *Propuestas de regulación al problema de los precios, planes y cautivos en ISAPRE y su Relación con el Fondo de compensación solidario. Informe Final*. Departamento de Estudios y Desarrollo. Sanigest Internacional.
- Superintendencia de Salud (24 de julio de 2006). *Fondo de Compensación Solidario InterISAPRE*. Extraído el 08 de marzo de 2015.
- The world health report (2010). *Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva, World Health Organization.
- The World Health Report (2013). *Research for Universal Health Coverage*. World Health Organization.
- Uthoff, Sánchez & Campusano (2012). *El mercado de seguros de salud: Lecciones sobre el conflicto entre equivalencia y solidaridad*. Revista de la CEPAL. Página 11.

- Van de Ven, W.; Ellis, R. (2000). *Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets*. Handbook of Health Economics, Volume 1A. Charter 14. Erasmus University Rotterdam, Boston University.
- Vargas, Vázquez & Jane (2002). *Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(4):934, jul-ago, 2002.
- Vergara, M. (2007). *Reforma del sector de la salud en Chile: Avances y problemas en la implementación*. Corporación Expansiva.
- Wang, H.; Switlick, K.; Ortiz, C.; Zurita, B.; y Connor, C. (2012). *Health Insurance Handbook, How to Make It Work*. World Bank Working Paper No. 219.
- Wagstaff, A. and van Doorslaer, E. (2000a). *Equity in health care financing and delivery*, in A. Culyer and J. Newhouse (eds) Handbook of Health Economics. Amsterdam: Elsevier.
- Xu K et al. (2010). *Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk*. World Health Report, Background Paper, 19 Geneva.

Anexos.

Anexo 1 Distribución de los cotizantes, cargas y beneficiarios según sexo, ISAPRE y FONASA año 2013



Fuente: Elaboración Propia, base datos Superintendencia de Salud, Estadísticas de Cartera del Sistema ISAPRE y base datos Estadística Demográfica FONASA

Anexo 2 Beneficiarios por edad, FONASA-ISAPRE-INE

Porcentaje de beneficiarios por tramo de edad de FONASA

| Edad/ Años | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 0 - 19 | 33,62% | 33,10% | 32,76% | 32,30% | 31,90% | 30,88% | 29,53% | 28,23% | 27,91% |
| 20 - 29 | 15,28% | 15,08% | 15,01% | 15,24% | 15,64% | 14,66% | 15,23% | 15,51% | 15,80% |
| 30 - 39 | 15,01% | 14,52% | 14,12% | 13,75% | 13,41% | 13,28% | 13,20% | 13,14% | 13,08% |
| 40 - 49 | 13,00% | 13,14% | 13,41% | 13,75% | 14,05% | 14,05% | 14,10% | 13,94% | 13,86% |
| 50 - 59 | 8,96% | 9,29% | 9,71% | 10,13% | 10,47% | 11,34% | 11,78% | 12,13% | 12,49% |
| 60 - 80+ | 14,14% | 14,88% | 15,00% | 14,82% | 14,54% | 15,80% | 16,16% | 17,05% | 16,87% |
| TOTAL | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

Fuente: Elaboración propia, con datos de las estadísticas FONASA.

Porcentaje de beneficiarios por tramo de edad de ISAPRE

| Edad/ Años | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 0 - 19 | 33,87% | 33,12% | 32,43% | 31,80% | 31,10% | 30,31% | 29,69% | 29,13% | 28,62% |
| 20 - 29 | 16,86% | 17,23% | 17,69% | 17,83% | 17,95% | 18,09% | 18,28% | 18,53% | 18,78% |
| 30 - 39 | 18,75% | 18,72% | 18,68% | 18,69% | 18,72% | 18,92% | 19,10% | 19,33% | 19,41% |
| 40 - 49 | 15,46% | 15,45% | 15,32% | 15,29% | 15,28% | 15,27% | 15,22% | 15,12% | 15,10% |
| 50 - 59 | 9,39% | 9,62% | 9,84% | 10,10% | 10,35% | 10,55% | 10,66% | 10,75% | 10,80% |
| 60 - 80+ | 5,68% | 5,87% | 6,05% | 6,29% | 6,60% | 6,86% | 7,04% | 7,13% | 7,29% |
| TOTAL | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

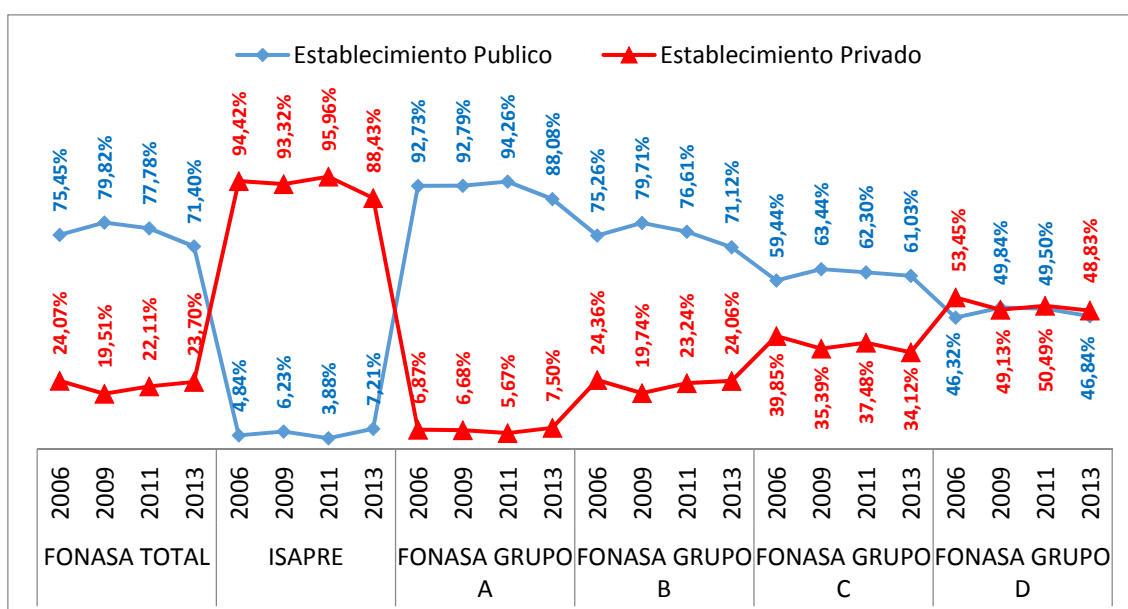
Fuente: Elaboración propia, con datos de la Superintendencia de Salud.

Porcentaje de beneficiarios por tramo de edad del INE

| Edad/ Años | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 0 - 19 | 33,35% | 32,71% | 32,08% | 31,46% | 30,85% | 30,25% | 29,67% | 29,11% | 28,59% |
| 20 - 29 | 15,63% | 15,74% | 15,88% | 16,05% | 16,24% | 16,42% | 16,56% | 16,64% | 16,64% |
| 30 - 39 | 15,38% | 15,17% | 14,97% | 14,77% | 14,59% | 14,44% | 14,34% | 14,30% | 14,31% |
| 40 - 49 | 14,37% | 14,55% | 14,66% | 14,70% | 14,68% | 14,61% | 14,50% | 14,37% | 14,23% |
| 50 - 59 | 9,74% | 10,01% | 10,30% | 10,61% | 10,93% | 11,25% | 11,57% | 11,87% | 12,15% |
| 60 - 80+ | 11,53% | 11,82% | 12,11% | 12,40% | 12,71% | 13,03% | 13,35% | 13,71% | 14,08% |
| TOTAL | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

Fuente: Elaboración propia, con datos de las estadísticas del INE.

Anexo 3 Porcentaje de consultas médicas generales resueltas en establecimientos públicos y privados



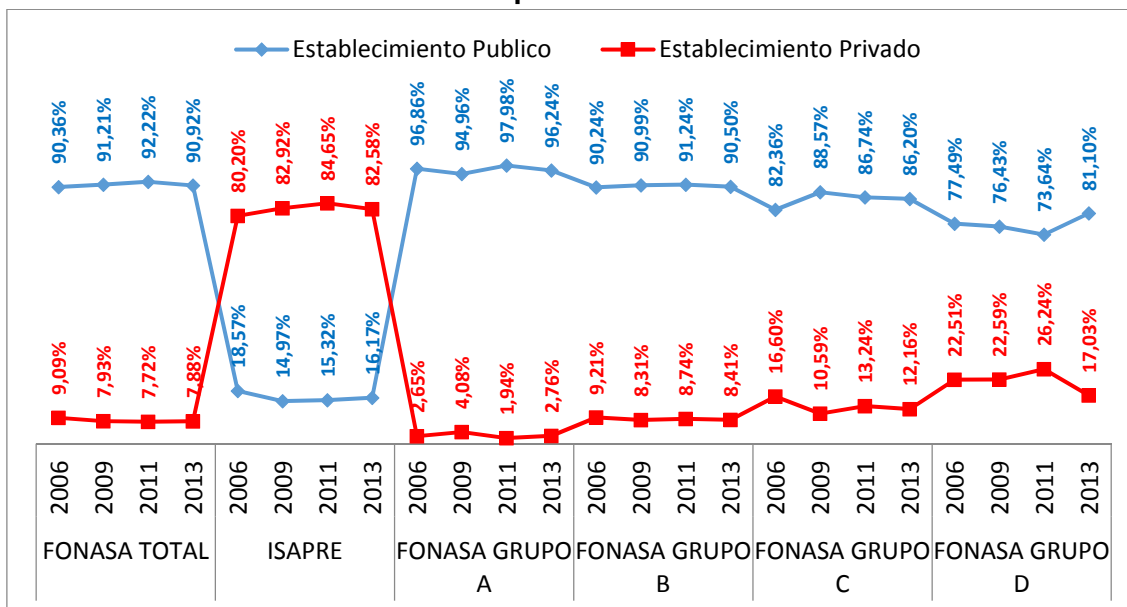
Fuente Elaboración propia en base a datos de la CASEN 2006, 2009, 2011 y 2013

Cotizantes nuevos por edad ISAPRE

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--|---------|---------|---------|---------|
| Total Nuevos Cotizantes | 162.762 | 181.948 | 207.359 | 211.379 |
| Nuevos Cotizantes 00-24 | 35.797 | 39.046 | 46.370 | 46.929 |
| Nuevos Cotizantes % de los Vigentes | 44,35% | 45,67% | 48,93% | 46,41% |
| Nuevos Cotizantes % del Total de N. Cotizantes | 21,99% | 21,46% | 22,36% | 22,20% |
| Nuevos Cotizantes 25-44 | 106.715 | 120.855 | 147.308 | 138.001 |
| Nuevos Cotizantes % de los Vigentes | 13,14% | 14,07% | 15,96% | 13,99% |
| Nuevos Cotizantes % del Total de N. Cotizantes | 65,57% | 66,42% | 71,04% | 65,29% |
| Nuevos Cotizantes 45-65 o + | 20.250 | 22.047 | 25.144 | 26.449 |
| Nuevos Cotizantes % de los Vigentes | 3,66% | 3,80% | 4,11% | 4,10% |
| Nuevos Cotizantes % del Total de N. Cotizantes | 12,44% | 12,12% | 12,13% | 12,51% |
| 00-24 ingresos menos abandonos | +18.064 | +23.484 | +30.104 | +30.210 |
| 25-44 ingresos menos abandonos | +40.257 | +59.947 | +76.942 | +74.576 |
| 45-65 o + ingresos menos abandonos | -8.088 | -4.648 | -1.940 | -1.093 |

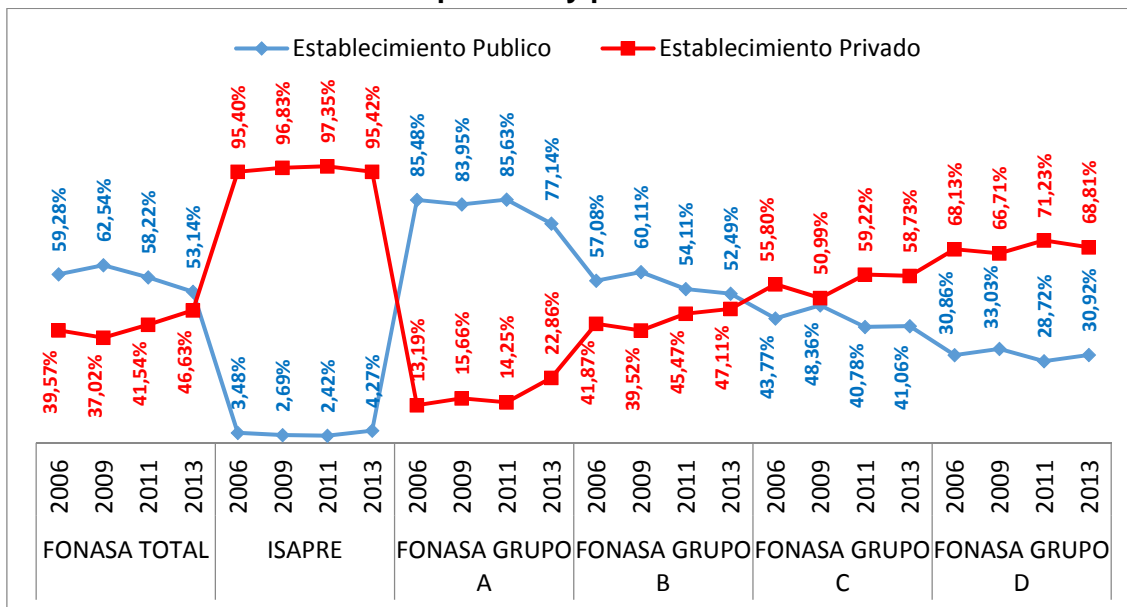
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la movilidad de la Superintendencia de Salud 2013

Anexo 4 Porcentaje de consultas de urgencia resueltas en establecimientos públicos y privados



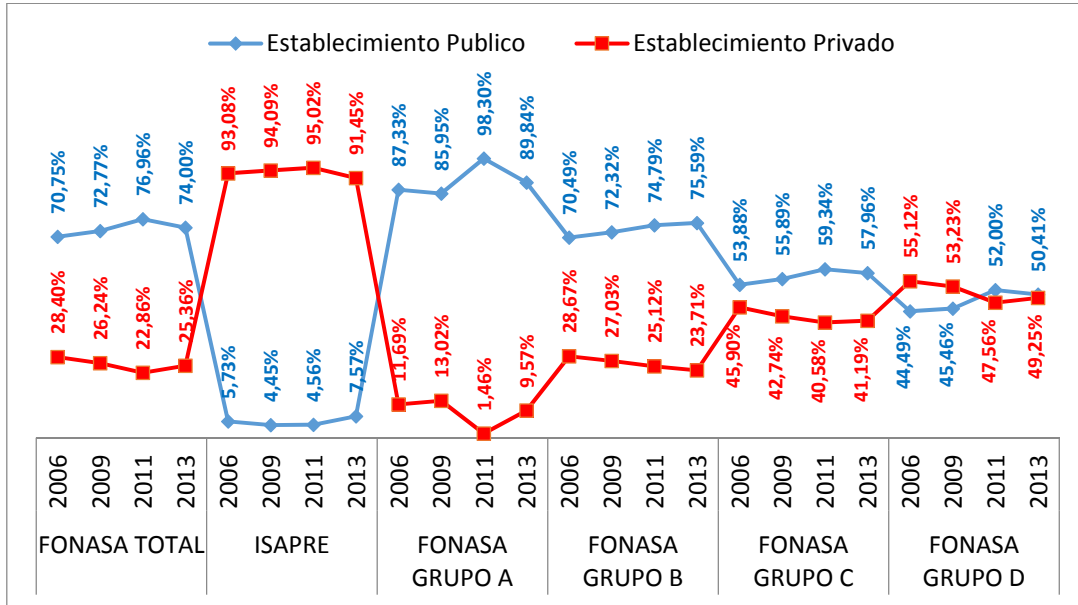
Fuente Elaboración propia en base a datos de la CASEN 2006, 2009, 2011 y 2013

Anexo 5 Porcentaje de consultas de especialidad resueltas en establecimientos públicos y privados



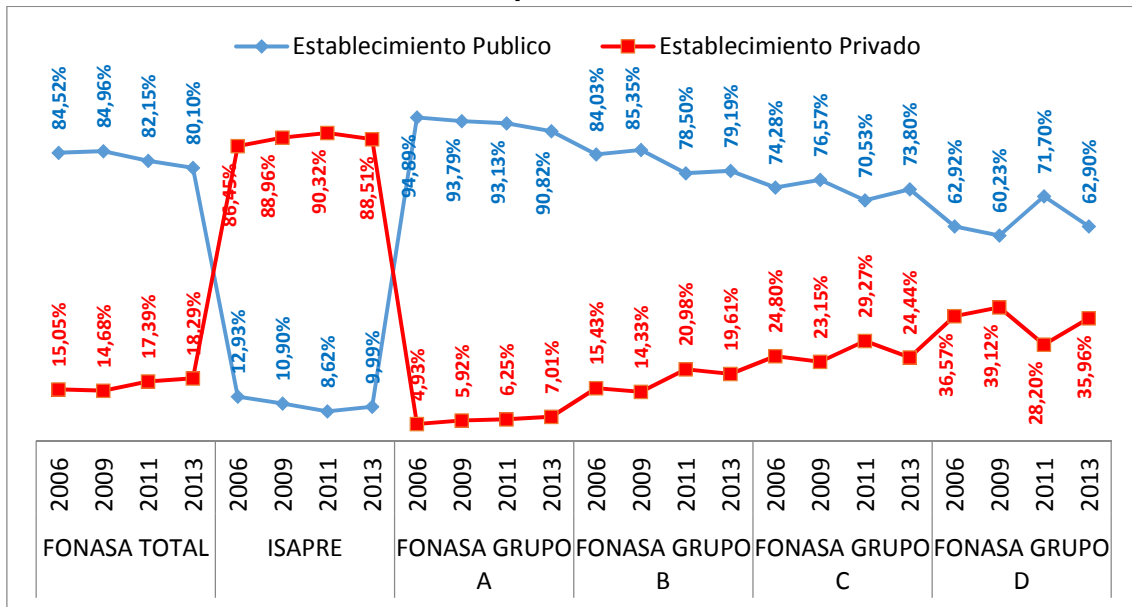
Fuente Elaboración propia en base a datos de la CASEN 2006, 2009, 2011 y 2013

Anexo 6 Porcentaje de exámenes de laboratorio resueltos en establecimientos públicos y privados



Fuente Elaboración propia en base a datos de la CASEN 2006, 2009, 2011 y 2013

Anexo 7 Porcentaje de hospitalizaciones resueltas en establecimientos públicos y privados



Fuente Elaboración propia en base a datos de la CASEN 2006, 2009, 2011 y 2013

Anexo 8 Brecha entre los ingresos disponibles de FONASA y los de ISAPRE (en pesos del 2014)

| Años | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Crecimiento |
|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| FONASA | \$ 181.787 | \$ 199.655 | \$ 210.032 | \$ 220.642 | \$ 268.316 | \$ 284.303 | \$ 281.301 | \$ 302.491 | \$ 329.810 | 81,43% |
| ISAPRE | \$ 363.910 | \$ 380.135 | \$ 400.527 | \$ 425.080 | \$ 461.644 | \$ 472.803 | \$ 485.522 | \$ 494.382 | \$ 527.949 | 45,08% |
| Brecha | 2,00 | 1,90 | 1,91 | 1,93 | 1,72 | 1,66 | 1,73 | 1,63 | 1,60 | - |

Fuente: Elaboración propia, con datos de las estadísticas FONASA y la Superintendencia de Salud

Anexo 9 Brecha del gasto administrativo per Cápita entre FONASA e ISAPRE (en pesos del 2014)

| Seguro/ año | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Promedio |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------------|
| FONASA | 1.866 | 1.736 | 1.903 | 1.955 | 2.171 | 2.030 | 1.938 | 1.922 | 1.950 | 1.941 |
| ISAPRE | 28.296 | 24.907 | 23.118 | 23.794 | 23.912 | 24.084 | 23.235 | 23.711 | 25.351 | 24.490 |
| Brecha | 15,16 | 14,34 | 12,15 | 12,17 | 11,01 | 11,87 | 11,99 | 12,34 | 13,00 | 12,67 |

Fuente: Elaboración propia, con datos de las estadísticas FONASA y la Superintendencia de Salud.

Anexo 10 Brecha del gastos en prestaciones de salud y SIL per cápita entre FONASA e ISAPRE (en pesos del 2014)

Brecha del gastos en prestaciones de salud per cápita entre FONASA e ISAPRE (en pesos del 2014)

| Seguro/Año | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Promedio | % Crecimiento 2005-2013 |
|---------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|-------------------------|
| FONASA | 129.097 | 143.821 | 147.824 | 155.575 | 190.433 | 201.042 | 202.701 | 220.180 | 245.908 | 181.842 | 90,48% |
| ISAPRE | 265.641 | 272.998 | 295.784 | 339.600 | 363.473 | 365.171 | 379.869 | 386.156 | 398.908 | 340.844 | 50,17% |
| Brecha | 2,06 | 1,90 | 2,00 | 2,18 | 1,91 | 1,82 | 1,87 | 1,75 | 1,62 | 1,87 | |

Fuente: Elaboración propia, con datos de las estadísticas FONASA y la Superintendencia de Salud.

Brecha del gastos en SIL per cápita entre FONASA e ISAPRE (en pesos del 2014)

| Seguro/Año | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Promedio |
|--------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|
| FONASA | 40.808 | 54.882 | 63.011 | 72.830 | 93.016 | 83.616 | 76.370 | 77.099 | 77.257 | 70.988 |
| ISAPRE | 125.505 | 139.318 | 155.132 | 156.767 | 165.172 | 160.556 | 154.511 | 156.037 | 166.106 | 153.234 |
| Diferencia en número de veces | 3,1 | 2,5 | 2,5 | 2,2 | 1,8 | 1,9 | 2,0 | 2,0 | 2,2 | 2,2 |

Fuente: Elaboración propia, con datos de las estadísticas FONASA y la Superintendencia de Salud.

Anexo 11 Copago promedio por hogar según tipo de seguro.

Resultados FONASA.

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|------------------|------|------------|----------|-----------|----------|----------|
| Copago Total | 2440 | 667371.765 | 57275.88 | 120885.7 | 80 | 2059519 |
| Copago Rm | 925 | 355543.449 | 51891.41 | 113328.5 | 193.333 | 2059519 |
| Copago Región | 1515 | 311828.316 | 63415.21 | 128742.8 | 80 | 1776141 |
| Copago Hombre | 892 | 251827.426 | 46482.85 | 105369.8 | 204.3956 | 2059519 |
| Copago Mujer | 1548 | 415544.339 | 63816.66 | 128981.1 | 80 | 1776141 |
| Copago Hombre RM | 335 | 135158.171 | 42540.6 | 118820.2 | 204.3956 | 2059519 |
| Copago Hombre Rg | 557 | 116669.255 | 51049.83 | 87213.73 | 300 | 788038.6 |
| Copago Mujer RM | 590 | 220385.277 | 57626.09 | 109538.8 | 193.333 | 1223939 |
| Copago Mujer Rg | 958 | 195159.061 | 70807.43 | 147660.4 | 80 | 1776141 |

Resultados ISAPRE.

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|------------------|-----|------------|----------|-----------|----------|---------|
| Copago Total | 913 | 243285.287 | 133056.7 | 205031.8 | 193.75 | 4895703 |
| Copago Rm | 445 | 150241.729 | 149339 | 237343.4 | 193.75 | 4895703 |
| Copago Región | 468 | 93043.5585 | 106764.9 | 134015.5 | 586.9565 | 1043478 |
| Copago Hombre | 361 | 95114.4676 | 134250.3 | 267927.2 | 193.75 | 4895703 |
| Copago Mujer | 552 | 148170.82 | 132290.5 | 151773 | 589.6739 | 1243281 |
| Copago Hombre RM | 166 | 58121.0376 | 157355.4 | 323861.7 | 193.75 | 4895703 |
| Copago Hombre Rg | 195 | 36993.43 | 97949.41 | 134896 | 586.9565 | 1007328 |
| Copago Mujer RM | 279 | 92120.6912 | 144281.2 | 160986.6 | 849.0566 | 1243281 |
| Copago Mujer Rg | 273 | 56050.1285 | 112583.1 | 133348.3 | 589.6739 | 1043478 |

Tabla Resumen. Copago Promedio por Hogar según Tipo de Seguro (en pesos del 2013).

| Copago/seguro | FONASA | ISAPRE | Diferencia |
|-----------------------------|----------|-----------|------------|
| Promedio | 57.275,9 | 133.056,7 | -56,95% |
| Región Metropolitana | 51.891,4 | 149.339,0 | -65,25% |
| Regiones | 63.415,2 | 106.764,9 | -40,60% |
| Hombre | 46.482,9 | 134.250,3 | -65,38% |
| Mujer | 63.816,7 | 132.290,5 | -51,76% |
| Hombre RM | 42.540,6 | 157.355,4 | -72,97% |
| Hombre Regiones | 51.049,8 | 97.949,4 | -47,88% |
| Mujer RM | 57.626,1 | 144.281,2 | -60,06% |
| Mujer Regiones | 70.807,4 | 112.583,1 | -37,11% |

Fuente: Elaboración Propia, en base a la Encuesta de Presupuestos Familiares 2013

Anexo 12 Copago hogar como porcentaje de los ingresos según tipo de seguro.

Resultados FONASA.

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|--------------------|------|------------|----------|-----------|----------|----------|
| % Copago Total | 2430 | 663937.761 | .1029594 | .2292485 | .0001804 | 10.59192 |
| % Copago Rm | 920 | 353653.358 | .0986966 | .1710942 | .0001804 | 1.731924 |
| % Copago Región | 1510 | 310284.403 | .1078181 | .2812271 | .0003603 | 10.59192 |
| % Copago Hombre | 890 | 251082.918 | .0778667 | .2421579 | .0003835 | 10.59192 |
| % Copago Mujer | 1540 | 412854.844 | .1182199 | .2197151 | .0001804 | 2.56734 |
| % Copago Hombre RM | 334 | 134819.994 | .0666501 | .1208259 | .0004984 | 1.147442 |
| % Copago Hombre Rg | 556 | 116262.923 | .0908737 | .3309106 | .0003835 | 10.59192 |
| % Copago Mujer RM | 586 | 218833.364 | .1184400 | .1932112 | .0001804 | 1.731924 |
| % Copago Mujer Rg | 954 | 194021.48 | .1179716 | .2463475 | .0003603 | 2.56734 |

Resultados ISAPRE.

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|--------------------|-----|------------|----------|-----------|----------|----------|
| % Copago Total | 908 | 242425.159 | .1161071 | .3494560 | .0003129 | 10.59079 |
| % Copago Rm | 443 | 149751.539 | .1212395 | .2443145 | .0005130 | 3.575571 |
| % Copago Región | 465 | 92673.6201 | .1078138 | .4724773 | .0003129 | 10.59079 |
| % Copago Hombre | 358 | 94465.9689 | .1367188 | .5138106 | .0003129 | 10.59079 |
| % Copago Mujer | 550 | 147959.19 | .1029474 | .1771915 | .0005865 | 3.575571 |
| % Copago Hombre RM | 165 | 57788.3553 | .1374201 | .3019952 | .0005130 | 2.786065 |
| % Copago Hombre Rg | 193 | 36677.6136 | .1356138 | .7334974 | .0003129 | 10.59079 |
| % Copago Mujer RM | 278 | 91963.1832 | .1110718 | .1997291 | .0008228 | 3.575571 |
| % Copago Mujer Rg | 272 | 55996.0065 | .0896047 | .1315582 | .0005865 | 1.264014 |

Tabla Resumen. Copago Hogar como porcentaje de los ingresos según Tipo de Seguro (en pesos del 2013).

| Porcentaje/Seguro | FONASA | ISAPRE | Diferencia |
|-----------------------------|--------|--------|------------|
| Promedio | 10,30% | 11,61% | -1,31% |
| Región Metropolitana | 9,87% | 12,12% | -2,25% |
| Regiones | 10,78% | 10,78% | 0,00% |
| Hombre | 7,79% | 13,67% | -5,88% |
| Mujer | 11,82% | 10,29% | 1,53% |
| Hombre RM | 6,67% | 13,74% | -7,08% |
| Hombre Rg | 9,09% | 13,56% | -4,47% |
| Mujer RM | 11,84% | 11,11% | 0,74% |
| Mujer Rg | 11,80% | 8,96% | 2,84% |

Fuente: Elaboración Propia, en base a la Encuesta de Presupuestos Familiares 2011-2012

Ingreso total hogar según Tipo de Seguro.

Resultados FONASA.

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|------------------|--------|------------|----------|-----------|----------|----------|
| Ing Hogar Total | 192581 | 53178963.2 | 761862.8 | 818090.8 | 833.3333 | 3.19e+07 |
| Ing Hogar rm | 73655 | 28739757.2 | 713525.1 | 780805.9 | 5000 | 1.33e+07 |
| Ing Hogar Región | 118926 | 24439206 | 818706.5 | 856391.9 | 833.3333 | 3.19e+07 |
| Ing Hogar Hombre | 73480 | 20803362.7 | 753168.1 | 820764 | 833.3333 | 3.19e+07 |
| Ing Hogar Mujer | 119101 | 32375600.5 | 767449.7 | 816323.1 | 833.3333 | 3.19e+07 |
| Ing Hg Hombre RM | 28569 | 11541144.4 | 735932.6 | 860666.8 | 5000 | 1.33e+07 |
| Ing Hg Hombre Rg | 44911 | 9262218.25 | 774644.3 | 767623.1 | 833.3333 | 3.19e+07 |
| Ing Hg Mujer RM | 45086 | 17198612.8 | 698488.5 | 721901.8 | 5000 | 1.33e+07 |
| Ing Hg Mujer Rg | 74015 | 15176987.7 | 845596.7 | 905255.5 | 833.3333 | 3.19e+07 |

Resultados ISAPRE.

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|------------------|-------|------------|---------|-----------|----------|----------|
| Ing Hogar Total | 74328 | 20344818.1 | 1973961 | 1666178 | 27510 | 3.19e+07 |
| Ing Hogar rm | 36413 | 12623856.5 | 1983734 | 1652391 | 27510 | 2.70e+07 |
| Ing Hogar Región | 37915 | 7720961.63 | 1957980 | 1688387 | 37963.72 | 3.19e+07 |
| Ing Hogar Hombre | 30796 | 8500252.3 | 1847576 | 1540300 | 27510 | 3.19e+07 |
| Ing Hogar Mujer | 43532 | 11844565.8 | 2064661 | 1745332 | 40000 | 3.19e+07 |
| Ing Hg Hombre RM | 14798 | 5320741.99 | 1870219 | 1448493 | 27510 | 2.70e+07 |
| Ing Hg Hombre Rg | 15998 | 3179510.32 | 1809684 | 1682147 | 37963.72 | 3.19e+07 |
| Ing Hg Mujer RM | 21615 | 7303114.49 | 2066437 | 1781833 | 78868.42 | 2.70e+07 |
| Ing Hg Mujer Rg | 21917 | 4541451.32 | 2061804 | 1685029 | 40000 | 3.19e+07 |

Ingreso muestral total hogar según Tipo de Seguro.

Resultados Muestra FONASA.

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|------------------|------|------------|----------|-----------|-----|----------|
| Ing Hogar Total | 2440 | 667371.765 | 714909.7 | 781258.6 | 0 | 1.33e+07 |
| Ing Hogar rm | 925 | 355543.449 | 665849.3 | 753349.3 | 0 | 1.33e+07 |
| Ing Hogar Región | 1515 | 311828.316 | 770848 | 808654 | 0 | 1.11e+07 |
| Ing Hogar Hombre | 892 | 251827.426 | 734436.7 | 812967.4 | 0 | 1.33e+07 |
| Ing Hogar Mujer | 1548 | 415544.339 | 703076.1 | 761433.4 | 0 | 1.11e+07 |
| Ing Hg Hombre RM | 335 | 135158.171 | 715146.7 | 888727.5 | 0 | 1.33e+07 |
| Ing Hg Hombre Rg | 557 | 116669.255 | 756783.6 | 716021.7 | 0 | 5984555 |
| Ing Hg Mujer RM | 590 | 220385.277 | 635616.1 | 655730.4 | 0 | 5211503 |
| Ing Hg Mujer Rg | 958 | 195159.061 | 779256 | 859532.6 | 0 | 1.11e+07 |

Resultados Muestra ISAPRE.

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|------------------|-----|------------|---------|-----------|-----|----------|
| Ing Hogar Total | 913 | 243285.287 | 1760313 | 1393268 | 0 | 1.24e+07 |
| Ing Hogar rm | 445 | 150241.729 | 1754109 | 1323144 | 0 | 7921385 |
| Ing Hogar Región | 468 | 93043.5585 | 1770331 | 1501409 | 0 | 1.24e+07 |
| Ing Hogar Hombre | 361 | 95114.4676 | 1656454 | 1261217 | 0 | 1.24e+07 |
| Ing Hogar Mujer | 552 | 148170.82 | 1826982 | 1469043 | 0 | 9327490 |
| Ing Hg Hombre RM | 166 | 58121.0376 | 1707216 | 1158423 | 0 | 7581563 |
| Ing Hg Hombre Rg | 195 | 36993.43 | 1576701 | 1408040 | 0 | 1.24e+07 |
| Ing Hg Mujer RM | 279 | 92120.6912 | 1783694 | 1418536 | 0 | 7921385 |
| Ing Hg Mujer Rg | 273 | 56050.1285 | 1898127 | 1549177 | 0 | 9327490 |

Diferencia entre los Ingresos totales de la Muestra y la Base de Datos por Seguro.

| FONASA | | | | ISAPRE | | | |
|------------------|------------|------------|------------|------------------|-----------|-----------|------------|
| Ingresos | Base | Muestra | Diferencia | Ingresos | Base | Muestra | Diferencia |
| Ing Hogar Total | 761.862,80 | 714.909,70 | 6,57% | Ing Hogar Total | 1.973.961 | 1.760.313 | 12,14% |
| Ing Hogar rm | 713.525,10 | 665.849,30 | 7,16% | Ing Hogar rm | 1.983.734 | 1.754.109 | 13,09% |
| Ing Hogar Región | 818.706,50 | 770.848,00 | 6,21% | Ing Hogar Región | 1.957.980 | 1.770.331 | 10,60% |
| Ing Hogar Hombre | 753.168,10 | 734.436,70 | 2,55% | Ing Hogar Hombre | 1.847.576 | 1.656.454 | 11,54% |
| Ing Hogar Mujer | 767.449,70 | 703.076,10 | 9,16% | Ing Hogar Mujer | 2.064.661 | 1.826.982 | 13,01% |
| Ing Hg Hombre RM | 735.932,60 | 715.146,70 | 2,91% | Ing Hg Hombre RM | 1.870.219 | 1.707.216 | 9,55% |
| Ing Hg Hombre Rg | 774.644,30 | 756.783,60 | 2,36% | Ing Hg Hombre Rg | 1.809.684 | 1.576.701 | 14,78% |
| Ing Hg Mujer RM | 698.488,50 | 635.616,10 | 9,89% | Ing Hg Mujer RM | 2.066.437 | 1.783.694 | 15,85% |
| Ing Hg Mujer Rg | 845.596,70 | 779.256,00 | 8,51% | Ing Hg Mujer Rg | 2.061.804 | 1.898.127 | 8,62% |

Anexo 13 Copago hogar como porcentaje de los gastos según tipo de seguro.

Resultados FONASA.

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|--------------------|------|------------|----------|-----------|----------|----------|
| % Copago Total | 2440 | 667371.765 | .0832030 | .1030164 | .0002593 | .815388 |
| % Copago Rm | 925 | 355543.449 | .0803391 | .0997539 | .0002593 | .6568398 |
| % Copago Región | 1515 | 311828.316 | .0864683 | .1065697 | .0004702 | .815388 |
| % Copago Hombre | 892 | 251827.426 | .0674518 | .0838355 | .0006035 | .6576085 |
| % Copago Mujer | 1548 | 415544.339 | .0927485 | .1120213 | .0002593 | .815388 |
| % Copago Hombre RM | 335 | 135158.171 | .0586229 | .0706148 | .0007007 | .5816895 |
| % Copago Hombre RG | 557 | 116669.255 | .0776798 | .095999 | .0006035 | .6576085 |
| % Copago Mujer RM | 590 | 220385.277 | .0936573 | .1119904 | .0002593 | .6568398 |
| % Copago Mujer RG | 958 | 195159.061 | .0917221 | .1121359 | .0004702 | .815388 |

Resultados ISAPRE.

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|--------------------|-----|------------|----------|-----------|----------|----------|
| % Copago Total | 913 | 243285.287 | .0866377 | .0935472 | .0005023 | .7538814 |
| % Copago Rm | 445 | 150241.729 | .0904211 | .0975737 | .0005023 | .7538814 |
| % Copago Región | 468 | 93043.5585 | .0805286 | .0864493 | .0007095 | .5117926 |
| % Copago Hombre | 361 | 95114.4676 | .0744847 | .0877382 | .0005023 | .7341975 |
| % Copago Mujer | 552 | 148170.82 | .0944391 | .0963649 | .0007463 | .7538814 |
| % Copago Hombre RM | 166 | 58121.0376 | .0763806 | .0930171 | .0005023 | .7341975 |
| % Copago Hombre Rg | 195 | 36993.43 | .0715061 | .0790151 | .0007095 | .4101812 |
| % Copago Mujer RM | 279 | 92120.6912 | .0992795 | .0994946 | .0008202 | .7538814 |
| % Copago Mujer Rg | 273 | 56050.1285 | .0864836 | .0906691 | .0007463 | .5117926 |

Tabla Resumen. Copago Hogar como porcentaje de los ingresos según Tipo de Seguro (en pesos del 2013).

| Copago/seguro | Fonasa | Isapre | Diferencia entre Fonasa e Isapre |
|-----------------------------|--------|--------|----------------------------------|
| Promedio | 8,32% | 8,66% | -0,34% |
| Región Metropolitana | 8,03% | 9,04% | -1,01% |
| Regiones | 8,65% | 8,05% | 0,59% |
| Hombre | 6,75% | 7,45% | -0,70% |
| Mujer | 9,27% | 9,44% | -0,17% |
| Hombre RM | 5,86% | 7,64% | -1,78% |
| Hombre Rg | 7,77% | 7,15% | 0,62% |
| Mujer RM | 9,37% | 9,93% | -0,56% |
| Mujer Rg | 9,17% | 8,65% | 0,52% |

Fuente: Elaboración Propia, en base a la Encuesta de Presupuestos Familiares 2011-2012

Gasto total hogar según Tipo de Seguro.

Resultados FONASA.

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|------------------|--------|------------|----------|-----------|----------|---------|
| Gto Hogar Total | 193306 | 53384383.4 | 722465.1 | 660849.2 | 6000 | 6994851 |
| Gto Hogar rm | 73852 | 28805043.8 | 682476.5 | 658623.8 | 8000 | 6994851 |
| Gto Hogar Región | 119454 | 24579339.6 | 769328.6 | 660377.5 | 6000 | 6111158 |
| Gto Hogar Hombre | 73779 | 20880207.6 | 698612.7 | 615420.1 | 6000 | 6994851 |
| Gto Hogar Mujer | 119527 | 32504175.8 | 737787.5 | 688019.2 | 8000 | 6994851 |
| Gto Hg Hombre RM | 28604 | 11552396.2 | 704840.6 | 667780.6 | 8000 | 6994851 |
| Gto Hg Hombre Rg | 45175 | 9327811.41 | 690899.6 | 543540.1 | 6000 | 6111158 |
| Gto Hg Mujer RM | 45248 | 17252647.6 | 667501.5 | 651999.5 | 8000 | 6994851 |
| Gto Hg Mujer Rg | 74279 | 15251528.2 | 817295.6 | 718379.9 | 11817.33 | 6111158 |

Resultados ISAPRE.

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|------------------|-------|------------|---------|-----------|----------|----------|
| Gto Hogar Total | 74663 | 20420847 | 1830154 | 1285108 | 75400 | 1.46e+07 |
| Gto Hogar rm | 36606 | 12681005.1 | 1920515 | 1330799 | 83930.71 | 9281809 |
| Gto Hogar Región | 38057 | 7739841.8 | 1682105 | 1191819 | 75400 | 1.46e+07 |
| Gto Hogar Hombre | 30974 | 8533288.68 | 1842004 | 1360352 | 75400 | 1.46e+07 |
| Gto Hogar Mujer | 43689 | 11887558.3 | 1821647 | 1228202 | 83930.71 | 1.46e+07 |
| Gto Hg Hombre RM | 14848 | 5336113.86 | 1921640 | 1356942 | 113035.7 | 7388343 |
| Gto Hg Hombre Rg | 16126 | 3197174.82 | 1709090 | 1355704 | 75400 | 1.46e+07 |
| Gto Hg Mujer RM | 21758 | 7344891.29 | 1919697 | 1311512 | 83930.71 | 9281809 |
| Gto Hg Mujer Rg | 21931 | 4542666.98 | 1663113 | 1061031 | 91040.67 | 1.46e+07 |

Gasto muestral total hogar según Tipo de Seguro.

Resultados Muestra FONASA.

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|------------------|------|------------|----------|-----------|----------|---------|
| Gto Hogar Total | 2440 | 667371.765 | 656372.2 | 594204.2 | 33127.39 | 6994851 |
| Gto Hogar rm | 925 | 355543.449 | 618403.6 | 588508.7 | 37981.31 | 6994851 |
| Gto Hogar Región | 1515 | 311828.316 | 699663.6 | 597992.1 | 33127.39 | 5627994 |
| Gto Hogar Hombre | 892 | 251827.426 | 649491.8 | 558489.3 | 33127.39 | 6994851 |
| Gto Hogar Mujer | 1548 | 415544.339 | 660541.8 | 614983.9 | 37981.31 | 5627994 |
| Gto Hg Hombre RM | 335 | 135158.171 | 643904.6 | 596095.2 | 46546.67 | 6994851 |
| Gto Hg Hombre Rg | 557 | 116669.255 | 655964.4 | 512325.7 | 33127.39 | 4564291 |
| Gto Hg Mujer RM | 590 | 220385.277 | 602764.2 | 583790.7 | 37981.31 | 5621055 |
| Gto Hg Mujer Rg | 958 | 195159.061 | 725787.7 | 642626.3 | 41915 | 5627994 |

Resultados Muestra ISAPRE.

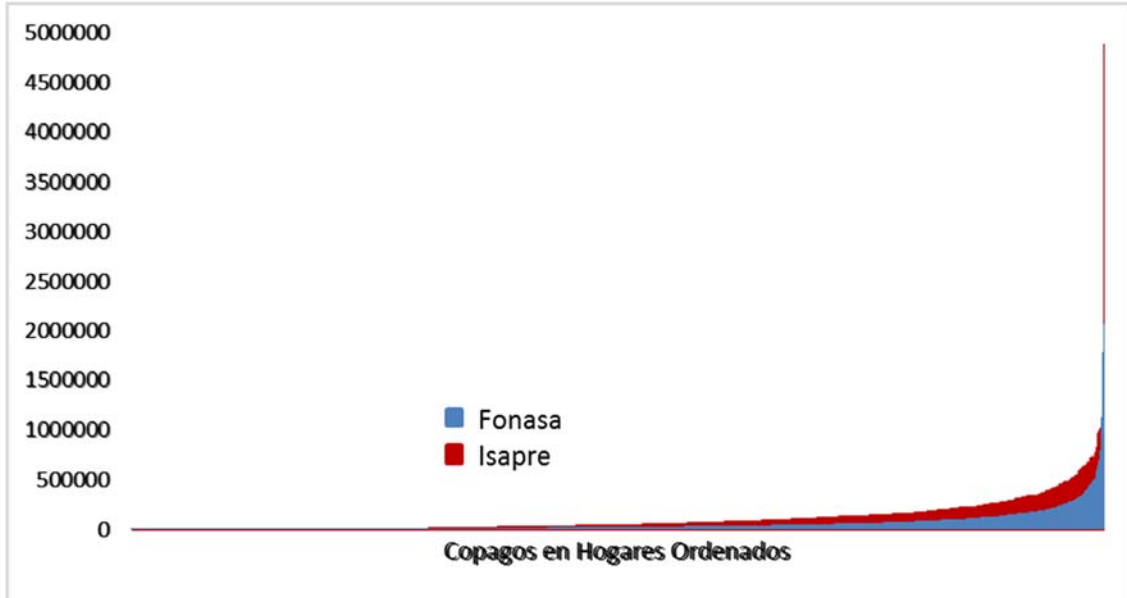
| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|------------------|-----|------------|---------|-----------|----------|---------|
| Gto Hogar Total | 913 | 243285.287 | 1607238 | 1142117 | 98792.58 | 8450198 |
| Gto Hogar rm | 445 | 150241.729 | 1680944 | 1188309 | 150835.6 | 6880143 |
| Gto Hogar Región | 468 | 93043.5585 | 1488221 | 1054246 | 98792.58 | 8450198 |
| Gto Hogar Hombre | 361 | 95114.4676 | 1651141 | 1221535 | 152015.1 | 8450198 |
| Gto Hogar Mujer | 552 | 148170.82 | 1579055 | 1088280 | 98792.58 | 6880143 |
| Gto Hg Hombre RM | 166 | 58121.0376 | 1768286 | 1250999 | 152015.1 | 6852275 |
| Gto Hg Hombre Rg | 195 | 36993.43 | 1467093 | 1154676 | 152375.4 | 8450198 |
| Gto Hg Mujer RM | 279 | 92120.6912 | 1625838 | 1145961 | 150835.6 | 6880143 |
| Gto Hg Mujer Rg | 279 | 92120.6912 | 1625838 | 1145961 | 150835.6 | 6880143 |

Diferencia entre los Gastos totales de la Muestra y la Base de Datos por Seguro.

| FONASA | | | | ISAPRE | | | |
|-------------------------|---------|---------|------------|-------------------------|-----------|-----------|------------|
| Ingresos | Base | Muestra | Diferencia | Ingresos | Base | Muestra | Diferencia |
| Gto Hogar Total | 722.465 | 656.372 | 10,07% | Gto Hogar Total | 1.830.154 | 1.607.238 | 13,87% |
| Gto Hogar rm | 682.477 | 618.404 | 10,36% | Gto Hogar rm | 1.920.515 | 1.680.944 | 14,25% |
| Gto Hogar Región | 769.329 | 699.664 | 9,96% | Gto Hogar Región | 1.682.105 | 1.488.221 | 13,03% |
| Gto Hogar Hombre | 698.613 | 649.492 | 7,56% | Gto Hogar Hombre | 1.842.004 | 1.651.141 | 11,56% |
| Gto Hogar Mujer | 737.788 | 660.542 | 11,69% | Gto Hogar Mujer | 1.821.647 | 1.579.055 | 15,36% |
| Gto Hg Hombre RM | 704.841 | 643.905 | 9,46% | Gto Hg Hombre RM | 1.921.640 | 1.768.286 | 8,67% |
| Gto Hg Hombre Rg | 690.900 | 655.964 | 5,33% | Gto Hg Hombre Rg | 1.709.090 | 1.467.093 | 16,50% |
| Gto Hg Mujer RM | 667.502 | 602.764 | 10,74% | Gto Hg Mujer RM | 1.919.697 | 1.625.838 | 18,07% |
| Gto Hg Mujer Rg | 817.296 | 725.788 | 12,61% | Gto Hg Mujer Rg | 1.663.113 | 1.625.838 | 2,29% |

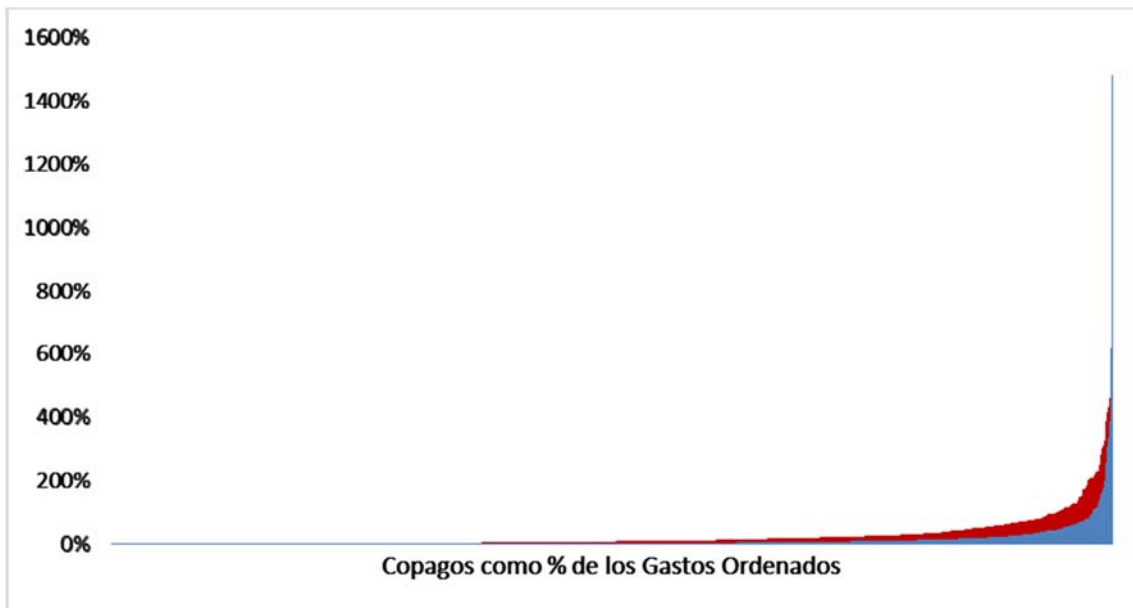
Anexo 14 Distribución del copago en los hogares, como porcentaje de los gastos e ingresos, por seguro.

Distribucion del Copago por Seguro, FONASA e ISAPRE



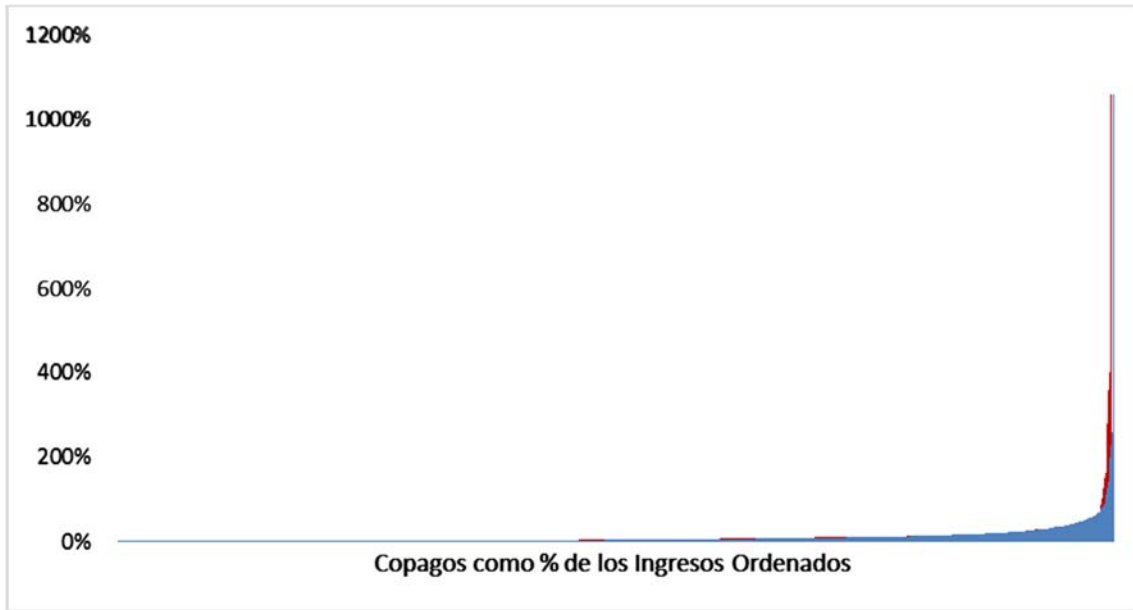
Fuente: Elaboracion Propia, en base a la Encuesta de Presupuestos Familiares 2011-2012

Distribucion del Copago como Porcentaje de los Gastos por Seguro, FONASA e ISAPRE



Fuente: Elaboracion Propia, en base a la Encuesta de Presupuestos Familiares 2011-2012

Distribucion del Copago como Porcentaje de los Ingresos por Seguro, FONASA e ISAPRE



Fuente: Elaboracion Propia, en base a la Encuesta de Presupuestos Familiares 2011-2012

Anexo 15 Copago promedio por consultas médicas según tipo de seguro.

Resultados Población General.

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|----------|------|------------|----------|-----------|----------|----------|
| General | 1834 | 489933.248 | 20714.65 | 62378.97 | 151.4019 | 806000.2 |

Resultados FONASA.

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|-----------------|------|------------|----------|-----------|----------|----------|
| Copago Promedio | 1223 | 319978.812 | 15006.79 | 35791.65 | 151.4019 | 536290 |
| Copago RM | 460 | 164402.948 | 16120.39 | 43546.73 | 260.8696 | 536290 |
| Copago Regiones | 763 | 155575.864 | 13829.99 | 25123.53 | 151.4019 | 288587 |
| Copago Hombre | 397 | 105615.709 | 13328.81 | 26158.76 | 260.8696 | 287037 |
| Copago Mujer | 826 | 214363.103 | 15833.52 | 39676 | 151.4019 | 536290 |
| Cpg Hombre-RM | 140 | 51472.1206 | 13364.93 | 24794.09 | 260.8696 | 213954.7 |
| Cpg Hombre-Reg | 257 | 54143.588 | 13294.47 | 27461.39 | 286.8224 | 287037 |
| Cpg Mujer-RM | 320 | 112930.827 | 17376.29 | 49791.03 | 380.1887 | 536290 |
| Cpg Mujer-Reg | 506 | 101432.276 | 14115.85 | 23806.56 | 151.4019 | 288587 |

Resultados ISAPRE.

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|-----------------|-----|------------|----------|-----------|----------|----------|
| Copago Promedio | 611 | 169954.436 | 31461.02 | 92943.08 | 202.1739 | 806000.2 |
| Copago RM | 306 | 109030.003 | 38017.91 | 113642 | 336.9565 | 806000.2 |
| Copago Regiones | 305 | 60924.4329 | 19726.86 | 28461.93 | 202.1739 | 230549 |
| Copago Hombre | 229 | 63094.8928 | 48179.12 | 145445.8 | 404.3478 | 806000.2 |
| Copago Mujer | 382 | 106859.544 | 21589.87 | 31946.92 | 202.1739 | 230549 |
| Cpg Hombre-RM | 107 | 40533.1257 | 64602.81 | 178415.7 | 408.7912 | 806000.2 |
| Cpg Hombre-Reg | 122 | 22561.7671 | 18673.28 | 29998.39 | 404.3478 | 206666.7 |
| Cpg Mujer-RM | 199 | 68496.8778 | 22286.25 | 34190.16 | 336.9565 | 201494.3 |
| Cpg Mujer-Reg | 183 | 38362.6657 | 20346.48 | 27577.07 | 202.1739 | 230549 |

Tabla Resumen. Copago Promedio por Consultas Médicas según Tipo de Seguro (en pesos del 2013)

| Copago/seguro | FONASA | ISAPRE | Diferencia % |
|----------------------|----------|----------|--------------|
| Promedio | 15006,79 | 31461,02 | -52,30% |
| Región Metropolitana | 16120,39 | 38017,91 | -57,60% |
| Regiones | 13829,99 | 19726,86 | -29,89% |
| Hombre | 13328,81 | 48179,12 | -72,33% |
| Mujer | 15833,52 | 21589,87 | -26,66% |
| Hombre-RM | 13364,93 | 64602,81 | -79,31% |

| Copago/seguro | FONASA | ISAPRE | Diferencia % |
|-----------------|----------|----------|--------------|
| Hombre-Regiones | 13294,47 | 18673,28 | -28,80% |
| Mujer-RM | 17376,29 | 22286,25 | -22,03% |
| Mujer-Regiones | 14115,85 | 20346,48 | -30,62% |

Fuente: Elaboracion Propia, en base a la Encuesta de Presupuestos Familiares 2011-2012

Anexo 16 Copago promedio por exámenes según tipo de seguro resultados.

Población General.

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|----------|------|------------|----------|-----------|----------|----------|
| General | 1065 | 304593.208 | 16678.04 | 27889.58 | 106.5421 | 481326.7 |

Resultados FONASA.

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|-----------------|-----|------------|----------|-----------|----------|----------|
| Copago Promedio | 713 | 207488.85 | 15825.9 | 24315.14 | 224.2991 | 22926 |
| Copago RM | 293 | 119651.435 | 14297.39 | 22426.77 | 308.5648 | 205834.8 |
| Copago Regiones | 420 | 87837.4146 | 17908.03 | 26570.73 | 224.2991 | 229260 |
| Copago Hombre | 239 | 70285.9598 | 17949.14 | 29385.12 | 308.5648 | 206666.7 |
| Copago Mujer | 474 | 137202.89 | 14738.21 | 21208.65 | 224.2991 | 229260 |
| Cpg Hombre-RM | 100 | 40239.3316 | 15838.6 | 27077.46 | 308.5648 | 205834.8 |
| Cpg Hombre-Reg | 139 | 30046.6282 | 20775.63 | 32137.61 | 424.5283 | 206666.7 |
| Cpg Mujer-RM | 193 | 79412.1037 | 13516.43 | 19688.15 | 758.8785 | 115010 |
| Cpg Mujer-Reg | 281 | 57790.7864 | 16417.1 | 23082.21 | 224.2991 | 229260 |

Resultados ISAPRE.

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|-----------------|-----|------------|----------|-----------|----------|----------|
| Copago Promedio | 352 | 97104.3583 | 18498.88 | 34271.04 | 106.5421 | 481326.7 |
| Copago RM | 177 | 61210.9939 | 20071.6 | 38492.03 | 269.5652 | 481326.7 |
| Copago Regiones | 175 | 35893.3644 | 15816.81 | 25461.23 | 106.5421 | 175217.4 |
| Copago Hombre | 130 | 34314.9561 | 16580.91 | 25536.7 | 269.5652 | 175217.4 |
| Copago Mujer | 222 | 62789.4022 | 19547.06 | 38223.6 | 106.5421 | 481326.7 |
| Cpg Hombre-RM | 62 | 21082.2516 | 14489.04 | 17879.26 | 269.5652 | 99157.8 |
| Cpg Hombre-Reg | 68 | 13232.7045 | 19913.66 | 34295.94 | 344.4445 | 175217.4 |
| Cpg Mujer-RM | 115 | 40128.7423 | 23004.49 | 45553.31 | 280.3738 | 481326.7 |
| Cpg Mujer-Reg | 107 | 22660.6599 | 13424.46 | 18215.23 | 106.5421 | 96249.16 |

Tabla Resumen. Copago Promedio por Exámenes según Tipo de Seguro (en pesos del 2013)

| Copago/Seguro | FONASA | ISAPRE | Diferencia % |
|-----------------|-----------|-----------|--------------|
| Copago Promedio | 15.825,90 | 18.498,88 | -14,45% |
| Copago RM | 14.297,39 | 20.071,60 | -28,77% |
| Copago Regiones | 17.908,03 | 15.816,81 | 13,22% |
| Copago Hombre | 17.949,14 | 16.580,91 | 8,25% |
| Copago Mujer | 14.738,21 | 19.547,06 | -24,60% |
| Cpg Hombre-RM | 15.838,60 | 14.489,04 | 9,31% |
| Cpg Hombre-Reg | 20.775,63 | 19.913,66 | 4,33% |
| Cpg Mujer-RM | 13.516,43 | 23.004,49 | -41,24% |
| Cpg Mujer-Reg | 16.417,10 | 13.424,46 | 22,29% |

Fuente: Elaboracion Propia, en base a la Encuesta de Presupuestos Familiares 2011-2012

Anexo 17 Copago promedio por medicamentos según tipo de seguro.

Resultados Población General

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|----------|------|------------|----------|-----------|-----|---------|
| General | 2281 | 615030.496 | 36340.76 | 59580.89 | 80 | 1612885 |

Resultados FONASA

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|-----------------|------|------------|----------|-----------|---------|----------|
| Copago Promedio | 1668 | 445745.335 | 26163.09 | 44174.09 | 80 | 1612885 |
| Copago RM | 615 | 228648.853 | 25290.39 | 38553.73 | 193.333 | 322695.3 |
| Copago Regiones | 1053 | 217096.482 | 27082.22 | 49415.27 | 80 | 1612885 |
| Copago Hombre | 586 | 161311.603 | 21517.24 | 33899.87 | 290.625 | 311990 |
| Copago Mujer | 1082 | 284433.732 | 28797.90 | 48873.09 | 80 | 1612885 |
| Cpg Hombre-RM | 219 | 85218.8749 | 21723.91 | 35959.91 | 290.625 | 250604 |
| Cpg Hombre-Reg | 367 | 76092.7279 | 21285.77 | 31513.27 | 300 | 311990 |
| Cpg Mujer-RM | 396 | 143429.979 | 27409.41 | 39910.57 | 193.333 | 322695.3 |
| Cpg Mujer-Reg | 686 | 141003.754 | 30210.28 | 56553.88 | 80 | 1612885 |

Resultados ISAPRE

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|-----------------|-----|------------|----------|-----------|----------|----------|
| Copago Promedio | 613 | 169285.161 | 63139.62 | 82319.71 | 193.75 | 678464.1 |
| Copago RM | 311 | 107925.936 | 74380.81 | 93144.19 | 193.75 | 678464.1 |
| Copago Regiones | 302 | 61359.2247 | 43367.28 | 53391.07 | 741.9335 | 464545.5 |
| Copago Hombre | 225 | 63724.2591 | 54520.27 | 81119.31 | 193.75 | 678464.1 |
| Copago Mujer | 388 | 105560.902 | 68342.89 | 82707.94 | 800 | 614294 |
| Cpg Hombre-RM | 114 | 40989.0135 | 62608.99 | 89920.8 | 193.75 | 678464.1 |
| Cpg Hombre-Reg | 111 | 22735.2457 | 39937.24 | 60117.44 | 741.9335 | 464545.5 |
| Cpg Mujer-RM | 197 | 66936.923 | 81589.31 | 94573.88 | 1680 | 614294 |
| Cpg Mujer-Reg | 191 | 38623.979 | 45386.3 | 49060.76 | 800 | 394664.5 |

Copago Promedio Hogar como Porcentaje de los Ingresos por Medicamentos según Tipo de Seguro.

Resultados Población General

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|----------|------|------------|----------|-----------|----------|----------|
| General | 2274 | 612820.452 | .0501337 | .0958189 | 6.08e-06 | 1.877491 |

Resultados FONASA

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|-----------------|------|------------|----------|-----------|----------|----------|
| Copago Promedio | 1663 | 443880.413 | .0487483 | .0784828 | 6.08e-06 | 1.551667 |
| Copago RM | 614 | 228278.469 | .0502352 | .0792416 | .0000175 | .8432976 |
| Copago Regiones | 1049 | 215601.944 | .0471739 | .077698 | 6.08e-06 | 1.551667 |
| Copago Hombre | 585 | 160905.271 | .0363499 | .0642463 | 6.08e-06 | 1.551667 |
| Copago Mujer | 1078 | 282975.141 | .0557982 | .084751 | 7.54e-06 | .8957915 |
| Cpg Hombre-RM | 219 | 85218.8749 | .0336440 | .052903 | .0000175 | .5946635 |
| Cpg Hombre-Reg | 366 | 75686.3965 | .0393966 | .0749735 | 6.08e-06 | 1.551667 |
| Cpg Mujer-RM | 395 | 143059.594 | .0601184 | .090015 | .0001804 | .8432976 |
| Cpg Mujer-Reg | 683 | 139915.547 | .0513810 | .0788676 | 7.54e-06 | .8957915 |

Resultados ISAPRE

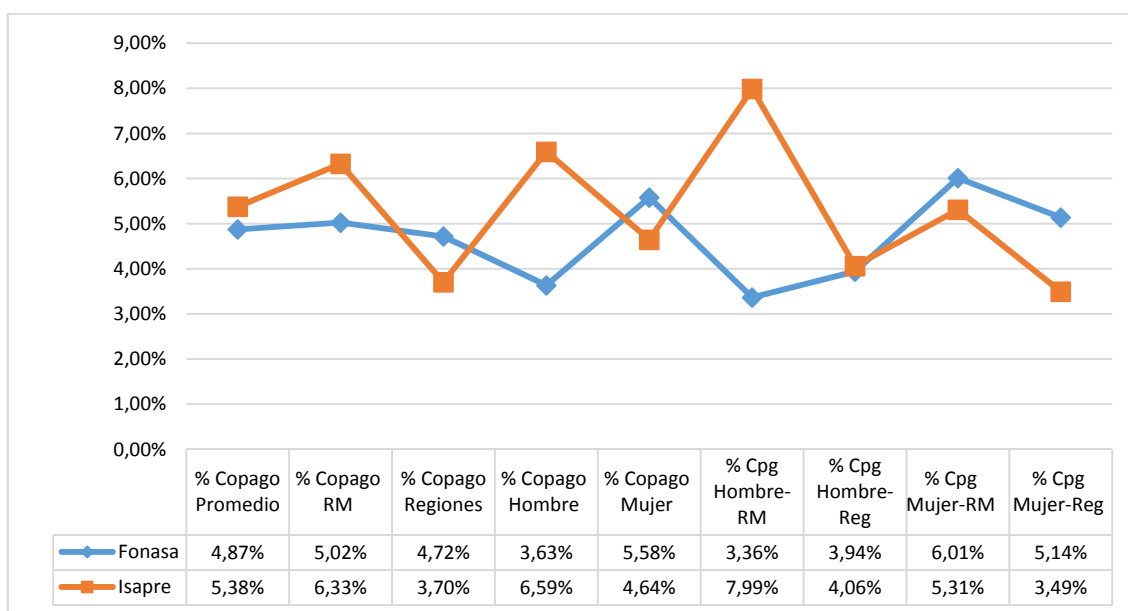
| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|-----------------|-----|------------|----------|-----------|----------|----------|
| Copago Promedio | 611 | 168940.039 | .0537740 | .1308642 | .0004378 | 1.877491 |
| Copago RM | 310 | 107768.428 | .0632729 | .14673 | .0006159 | 1.218393 |
| Copago Regiones | 301 | 61171.6109 | .0370395 | .0948799 | .0004378 | 1.877491 |
| Copago Hombre | 224 | 63536.6453 | .0659360 | .1974583 | .0004943 | 1.877491 |
| Copago Mujer | 387 | 105403.394 | .0464428 | .0622322 | .0004378 | .9649951 |
| Cpg Hombre-RM | 114 | 40989.0135 | .0798575 | .2209253 | .0006159 | 1.218393 |
| Cpg Hombre-Reg | 110 | 22547.6319 | .0406283 | .1436102 | .0004943 | 1.877491 |
| Cpg Mujer-RM | 196 | 66779.415 | .0530933 | .0684728 | .0006868 | .9649951 |
| Cpg Mujer-Reg | 191 | 38623.979 | .0349445 | .0477481 | .0004378 | .4233475 |

Tabla Resumen. Copago Promedio por Medicamentos según Tipo de Seguro (en pesos del 2013)

| Copago/Seguro | FONASA | ISAPRE | Diferencia % |
|------------------------|-----------|-----------|--------------|
| Copago Promedio | 26.163,09 | 63.139,62 | -58,56% |
| Copago RM | 25.290,39 | 74.380,81 | -66,00% |
| Copago Regiones | 27.082,22 | 43.367,28 | -37,55% |
| Copago Hombre | 21.517,24 | 54.520,27 | -60,53% |
| Copago Mujer | 28.797,90 | 68.342,89 | -57,86% |
| Cpg Hombre-RM | 21.723,91 | 62.608,99 | -65,30% |
| Cpg Hombre-Reg | 21.285,77 | 39.937,24 | -46,70% |
| Cpg Mujer-RM | 27.409,41 | 81.589,31 | -66,41% |
| Cpg Mujer-Reg | 30.210,28 | 45.386,30 | -33,44% |

Fuente: Elaboracion Propia, en base a la Encuesta de Presupuestos Familiares 2011-2012

Copago Promedio Hogar como porcentaje de los Ingresos por Medicamentos según Tipo de Seguro (en pesos del 2013)



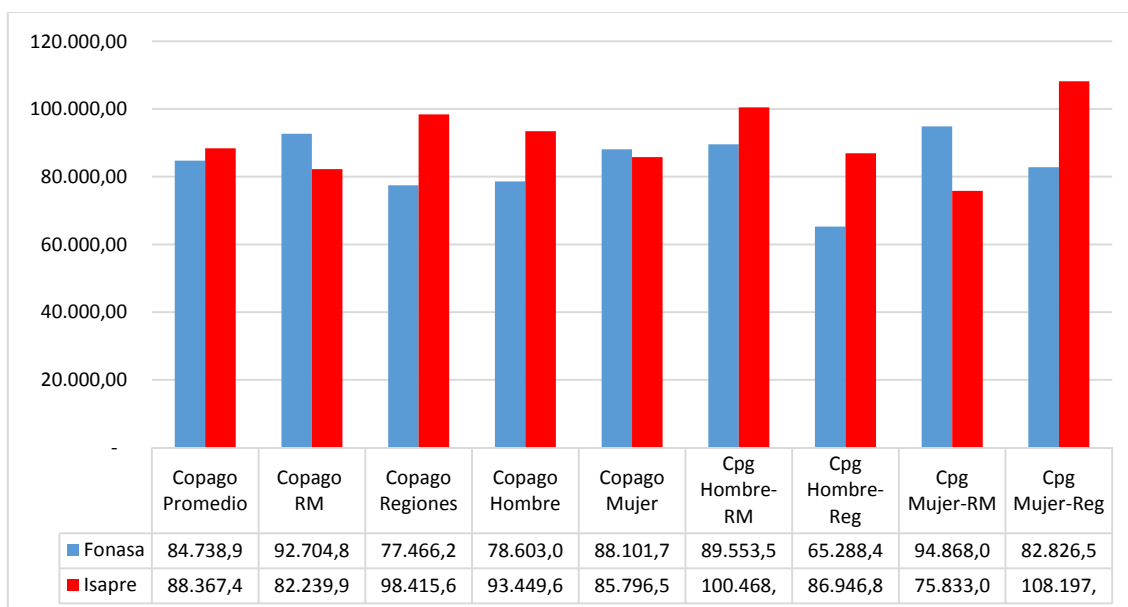
Fuente: Elaboracion Propia, en base a la Encuesta de Presupuestos Familiares 2011-2012

Anexo 18 Indicador de copago promedio hogar por prestaciones de servicios hospitalarios.

En este indicador se mide la eficiencia de los seguros, en cuanto al copago hogar por prestaciones de servicios hospitalarios que efectúan los beneficiarios de los seguros, tanto para el FONASA, como para las ISAPRE. Para la construcción de este indicador se utilizó la EPF 2011-2012, de la cual se extrajeron los datos de gastos por prestaciones de servicios hospitalarios que realizan los individuos, entre los que se encuentran las cirugías y procedimientos médicos hospitalarios en cráneo, cuero cabelludo y cuello, en columna, en nervios periféricos y plexos, en oftalmología, en oftalmología con láser, en otorrinolaringología, en cirugía plástica y reparadora, en dermatología, en cardiología, en gastroenterología, en urología, en ginecología, y en traumatología. Estos ítems de egresos se capturaron por medio del registro de gastos por prestaciones de servicios hospitalarios realizados en los últimos 12 meses, ya que este tipo de prestación no es tan común que ocurra en un hogar en periodos de tiempo tan cortos. Además, se realizaron categorías por sexo (hombre – mujer), por zona (región metropolitana – regiones) y un cruce de ambas variables, para entregar resultados más acertados.

De acuerdo a los resultados del gráfico A, se puede apreciar que en el indicador de prestaciones de servicios hospitalarios, los hogares con beneficiarios del FONASA copagan en promedio levemente menos que los beneficiarios de las ISAPRE en estas prestaciones, donde en el sistema público en promedio los beneficiarios copagan \$84.739, mientras que el sistema privado el copago alcanza los \$88.367 en promedio, lo que corresponde a decir que por prestaciones hospitalarias los beneficiarios de la ISAPRE copagan un 4,11% más que el caso de los afiliados a FONASA (ver tablas abajo). Cabe mencionar, que tanto para FONASA como para los beneficiarios de las ISAPRE, este es el mayor copago realizado entre las diversas prestaciones por un hogar, por lo que representa un porcentaje importante tanto de los ingresos, como del gasto de una familia.

**Gráfico A Copago Promedio Hogar por Servicios Hospitalarios según Tipo de Seguro
(en pesos del 2013)**



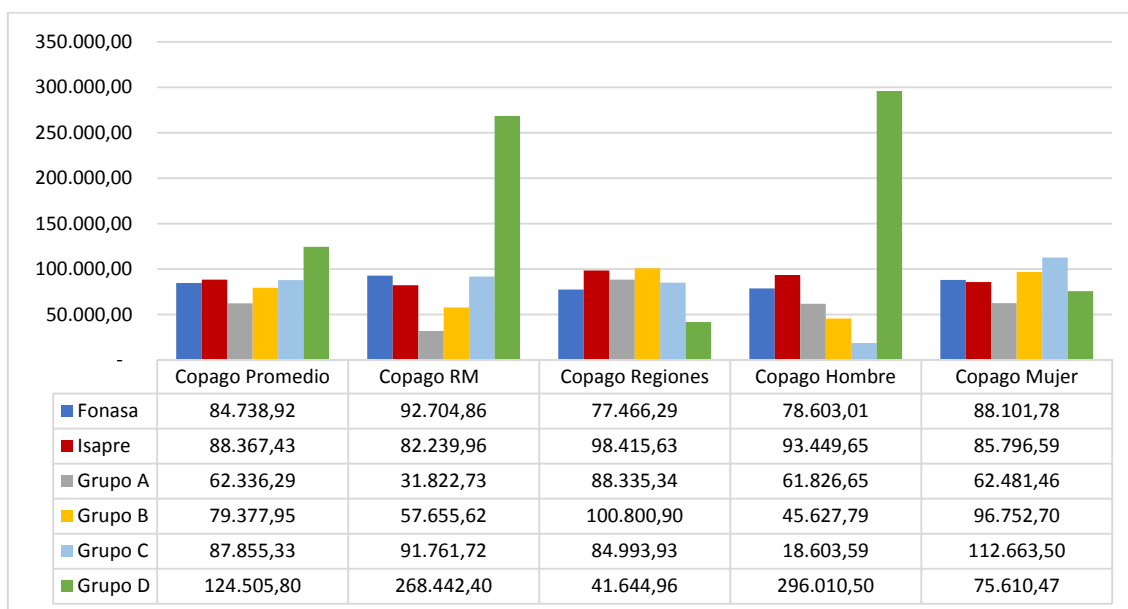
Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Presupuestos Familiares 2011-2012.

De acuerdo a la variable de la zona en la cual habitan los beneficiarios de los hogares, los resultados muestran que en el caso de FONASA en la región metropolitana alcanza los \$92.704,8 en promedio, mientras que en regiones el copago llega a los \$77.466,2 por beneficiario, lo cual es concordante con la teoría económica; en cambio, en ISAPRE en la región metropolitana alcanzo los \$82.239,9 por hogar en copago, mientras que en regiones llego a los \$98.415,6 en promedio (ver gráfico A), lo que hace pensar una subestimación en la capital, que podría explicarse por lo poco robusta de la muestra. Cuando se analizan los resultados comparados entre aseguradoras, se aprecia que los beneficiarios de ISAPRE copagan en promedio un 12,72% menos por servicios hospitalarios que los beneficiarios de FONASA, en la región metropolitana, en cambio en regiones es a la inversa, la ISAPRE copagan 21,29% más que los hogares con beneficiarios de FONASA por estas prestaciones hospitalarias (ver tablas abajo).

En cuanto al análisis por sexo del beneficiario por hogar (ver gráfico A), en FONASA es el hombre quien realiza menor copago por servicios hospitalarios en promedio, alcanzando los \$78.603, mientras que la mujer realiza un copago de \$88.102 en promedio, lo que la teoría económica lo reafirma. En el caso del sistema privado la tendencia es a la inversa, donde el

hombre alcanza los \$93.500 por beneficiario, superior a los \$85.797 en promedio que copaga la mujer, lo que en comparación a los datos de la Superintendencia de Salud 2013, no concuerda, ya que es la mujer quien realiza un mayor copago, al presentar menor bonificación por las prestaciones quirúrgicas. Al comparar la situación entre aseguradoras nos encontramos que los hogares con beneficiarios de sexo femenino de ambos seguros realizan un copago similar, donde la mujer de FONASA que copago por servicios hospitalarios es de un 2,69% mayor que el copago del hogar de la aseguradora privada, mientras que en el caso del hombre esta diferencia alcanza un 15,89% en favor de FONASA (ver tablas abajo). Al analizar estos resultados y compararlos con los resultados promedio que presenta la Superintendencia de Salud 2013, muestra que en el caso de tanto hombres como mujeres los copagos están subestimados, lo cual se aprecia además en la variable zona la cual presenta este mismo problema; es por este motivo que la mayor subestimación se presenta a nivel de la mujer que realiza copagos por concepto de prestaciones hospitalarias a nivel de la región metropolitana, lo cual hace descender el promedio tanto de la mujer como la de la región metropolitana.

Gráfico B Copago Promedio Hogar por Servicios Hospitalarios según Tipo de Seguro y Grupos de FONASA (en pesos del 2013)



Fuente: Elaboración Propia, en base a la Encuesta de Presupuestos Familiares 2011-2012

Al abrir el análisis, de acuerdo al grupo al cual pertenecen los beneficiarios por hogar en FONASA (ver gráfico B), se aprecia que los grupos A, B y C presentan copagos por bajo el

sistema privado, donde solo el grupo D está por sobre el copago promedio de esta aseguradora. Estos resultados son algo contradictorios debido a que el grupo A, no realiza ningún copago en la modalidad atención institucional, mientras que no tiene derecho a realizar prestaciones en la modalidad libre elección. Por otro lado, es esperable que a medida que los beneficiarios se acerquen al grupo D, los copagos sean más altos, debido a que los fondos B, C y D poseen en la modalidad atención institucional 0%, 10% y 20% de copago respectivamente, mientras que en la modalidad libre elección la bonificación alcanza hasta el 75% según prestación y beneficiario del nivel 1.

Finalmente, este indicador no muestra una clara eficiencia en términos del copago que deben realizar los hogares en prestaciones de servicios hospitalarios, entre ambos seguros, ya que las diferencias son mínimas a nivel de promedio, zona y sexo, lo que se podría explicar por lo poco robusto de la muestra, que cuenta con pocas observaciones para este tipo de prestaciones. Además, se puede apreciar que en la cobertura de prestaciones de servicios hospitalarios es la más baja en ambos seguros, debido a que los promedios de copago en esta materia son los más altos en relación a otras prestaciones, sumado a que estas son costosas para cualquier sistema de salud.

Copago Promedio por Servicios Hospitalarios según Tipo de Seguro.

Resultados Población General.

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|----------|-----|------------|----------|-----------|---------|---------|
| General | 270 | 71271.9478 | 86246.23 | 146988.2 | 80.3937 | 1362205 |

Resultados FONASA.

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|-----------------|-----|------------|----------|-----------|----------|----------|
| Copago Promedio | 162 | 41665.1124 | 84738.92 | 163074.2 | 133.0628 | 1362205 |
| Copago RM | 53 | 19884.7363 | 92704.86 | 187936.1 | 2434.555 | 1362205 |
| Copago Regiones | 109 | 21780.3761 | 77466.29 | 137781.2 | 133.0628 | 787401.6 |
| Copago Hombre | 49 | 14750.7532 | 78603.01 | 204293.6 | 1026.557 | 1362205 |
| Copago Mujer | 113 | 26914.3592 | 88101.78 | 136527.5 | 133.0628 | 787401.6 |
| Cpg Hombre-RM | 18 | 8093.91093 | 89553.57 | 272345.2 | 2434.555 | 1362205 |
| Cpg Hombre-Reg | 31 | 6656.84226 | 65288.45 | 72575.99 | 1026.557 | 382191.8 |
| Cpg Mujer-RM | 35 | 11790.8254 | 94868.08 | 103185.3 | 2459.016 | 321857.9 |
| Cpg Mujer-Reg | 78 | 15123.5338 | 82826.55 | 158343.1 | 133.0628 | 787401.6 |

Resultados ISAPRE.

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|-----------------|-----|------------|----------|-----------|----------|----------|
| Copago Promedio | 108 | 29606.8354 | 88367.43 | 121465.1 | 80.3937 | 866141.8 |
| Copago RM | 51 | 18391.5399 | 82239.96 | 116879.5 | 80.3937 | 866141.8 |
| Copago Regiones | 57 | 11215.2955 | 98415.63 | 129445.5 | 2434.555 | 488189 |
| Copago Hombre | 38 | 9945.60828 | 93449.65 | 152123.4 | 80.3937 | 866141.8 |
| Copago Mujer | 70 | 19661.2271 | 85796.59 | 103667.9 | 2434.555 | 524590.2 |
| Cpg Hombre-RM | 13 | 4783.15796 | 100468.1 | 175187 | 80.3937 | 866141.8 |
| Cpg Hombre-Reg | 25 | 5162.45032 | 86946.85 | 133359.6 | 4234.973 | 486911 |
| Cpg Mujer-RM | 38 | 13608.3819 | 75833.03 | 90558.71 | 2540.984 | 524590.2 |
| Cpg Mujer-Reg | 32 | 6052.84518 | 108197.3 | 127438.2 | 2434.555 | 488189 |

Tabla Resumen. Copago Promedio Hogar por Servicios Hospitalarios según Tipo de Seguro (en pesos del 2013)

| Copago/Seguro | FONASA | ISAPRE | Diferencia % |
|------------------------|-----------|------------|--------------|
| Copago Promedio | 84.738,92 | 88.367,43 | -4,11% |
| Copago RM | 92.704,86 | 82.239,96 | 12,72% |
| Copago Regiones | 77.466,29 | 98.415,63 | -21,29% |
| Copago Hombre | 78.603,01 | 93.449,65 | -15,89% |
| Copago Mujer | 88.101,78 | 85.796,59 | 2,69% |
| Cpg Hombre-RM | 89.553,57 | 100.468,10 | -10,86% |
| Cpg Hombre-Reg | 65.288,45 | 86.946,85 | -24,91% |
| Cpg Mujer-RM | 94.868,08 | 75.833,03 | 25,10% |
| Cpg Mujer-Reg | 82.826,55 | 108.197,30 | -23,45% |

Fuente: Elaboración Propia, en base a la Encuesta de Presupuestos Familiares 2011-2012

Resultados FONASA Grupo A

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|-----------------|-----|------------|----------|-----------|----------|----------|
| Copago Promedio | 27 | 6920.5878 | 62336.29 | 125078.8 | 2131.579 | 787401.6 |
| Copago RM | 10 | 3183.868 | 31822.73 | 44307.61 | 4881.89 | 177049.2 |
| Copago Regiones | 17 | 3736.7198 | 88335.34 | 162741.7 | 2131.579 | 787401.6 |
| Copago Hombre | 5 | 1534.26507 | 61826.65 | 90515.45 | 10549.74 | 382191.8 |
| Copago Mujer | 22 | 5386.32273 | 62481.46 | 135359.8 | 2131.579 | 787401.6 |

Resultados FONASA Grupo B

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|-----------------|-----|------------|----------|-----------|----------|----------|
| Copago Promedio | 56 | 14578.5842 | 79377.95 | 129596.7 | 929.589 | 675590.6 |
| Copago RM | 17 | 7238.7062 | 57655.62 | 51622.55 | 2459.016 | 238657.5 |
| Copago Regiones | 39 | 7339.87796 | 100800.9 | 173603.9 | 929.589 | 675590.6 |
| Copago Hombre | 17 | 4954.51712 | 45627.79 | 29650.08 | 1026.557 | 122047.3 |
| Copago Mujer | 39 | 9624.06704 | 96752.7 | 155871.8 | 929.589 | 675590.6 |

Resultados FONASA Grupo C

| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|-----------------|-----|------------|----------|-----------|----------|----------|
| Copago Promedio | 22 | 4477.44574 | 87855.33 | 137241.6 | 4321.26 | 508196.7 |
| Copago RM | 7 | 1893.0461 | 91761.72 | 111707.4 | 6102.362 | 286885.3 |
| Copago Regiones | 15 | 2584.39964 | 84993.93 | 157982.7 | 4321.26 | 508196.7 |
| Copago Hombre | 5 | 1180.9189 | 18603.59 | 6920.662 | 8115.184 | 24409.45 |
| Copago Mujer | 17 | 3296.52684 | 112663.5 | 153141 | 4321.26 | 508196.7 |

Resultados FONASA Grupo D

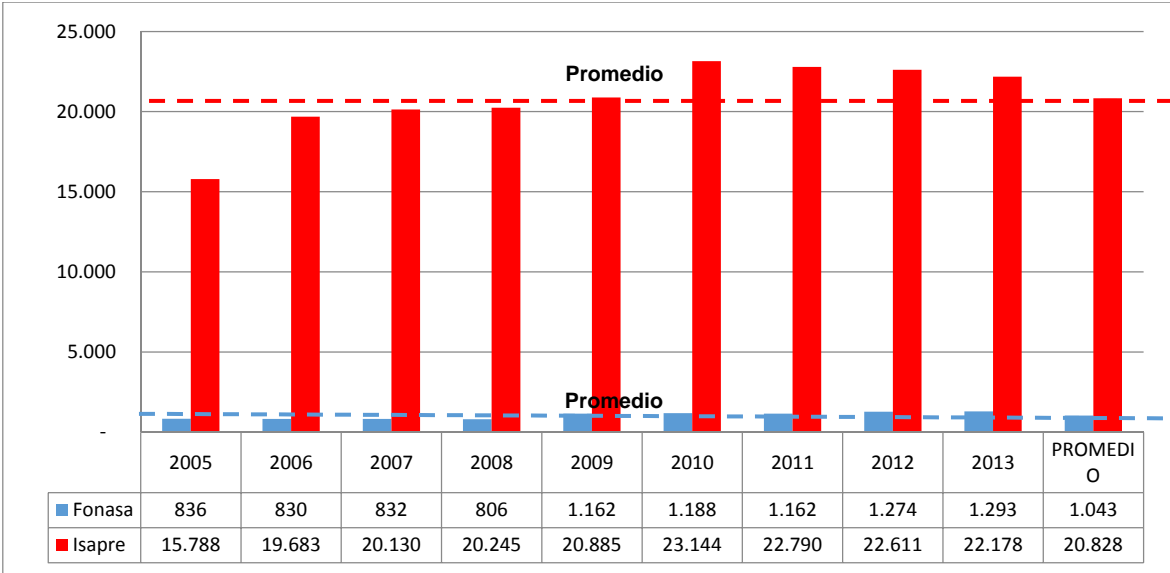
| Variable | Obs | Weight | Mean | Std. Dev. | Min | Max |
|-----------------|-----|------------|----------|-----------|----------|----------|
| Copago Promedio | 33 | 8952.74835 | 124505.8 | 267000.6 | 133.0628 | 1362205 |
| Copago RM | 9 | 3270.9017 | 268442.4 | 410434.6 | 5737.705 | 1362205 |
| Copago Regiones | 24 | 5681.84665 | 41644.96 | 64047.56 | 133.0628 | 286885.3 |
| Copago Hombre | 8 | 1986.14908 | 296010.5 | 519570.5 | 1144.737 | 1362205 |
| Copago Mujer | 25 | 6966.59927 | 75610.47 | 105665.7 | 133.0628 | 319332.5 |

Anexo 19 Indicador de Gastos en personal administrativo per cápita por tipo de seguro.

Este indicador busca medir la eficiencia en cuanto a los gastos de personal administrativo por beneficiario en cada uno de los seguros, FONASA e ISAPRE. En este indicador se consideraron solo los gastos directos en personal administrativo en ambos casos, ya que en las ISAPRE no se consideraron los gastos por remuneraciones y comisiones del personal de ventas, debido a que solo se busca medir la eficiencia con el personal de administración de ambas instituciones de aseguramiento de la salud.

Como se puede apreciar en el gráfico 6.7, los gastos en personal administrativos de FONASA se han mantenido relativamente constantes a lo largo del periodo de estudio, pasando desde los \$836 por beneficiario en el 2005 hasta los \$1.293 per cápita en el 2013, teniendo un promedio de \$1.043 per cápita en dicho periodo. En cambio, en las ISAPRE la tendencia es al alza en los gastos por este ítem hasta el año 2010, donde posteriormente el gasto en personal comenzó a descender. El pick de gasto en la ISAPRE se produjo el año 2010 alcanzando los \$23.144 por beneficiario, además, se puede apreciar que entre el año 2005 y 2013 los gastos aumentaron \$6.390 per cápita, equivalente a un 40% de crecimiento, así mismo el promedio del gasto en los años de estudio fue de \$20.899 por beneficiario.

Gráfico 6.19 Gasto en personal administrativo per cápita (en pesos 2014)



Fuente: Elaboración propia, con datos de las estadísticas FONASA y la Superintendencia de Salud.

Al comparar ambos sistemas se aprecia la gran diferencia en cuanto a la eficiencia del gasto por beneficiario entre los sistemas, existiendo en el año 2013 una diferencia de \$20.886 por beneficiario en favor de FONASA, seguro que realiza menor gasto. La brecha entre aseguradoras es en promedio de 20,52 veces más gasto por parte de las ISAPRE en comparación con el gasto realizado en igual periodo por el FONASA (ver tabla A).

Cabe mencionar que los gastos en personal que emite FONASA están subvalorados, debido a que muchos de los funcionarios que realizan labores para el sistema de FONASA están contratados por otros servicios ligados al sector de salud pública, por lo que tendería a subir

el gasto per cápita en personal administrativo, pero en ningún caso serían mayores al seguro privado.

Tabla A Brecha del gasto en personal per cápita entre FONASA e ISAPRE (en pesos del 2014)

| Seguro/ año | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Promedio |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------|
| FONASA | 836 | 830 | 832 | 806 | 1.162 | 1.188 | 1.162 | 1.274 | 1.293 | 1.043 |
| ISAPRE | 15.788 | 19.683 | 19.967 | 21.045 | 20.885 | 23.144 | 22.790 | 22.611 | 22.178 | 20.899 |
| Brecha | 18,89 | 23,71 | 23,99 | 26,12 | 17,97 | 19,48 | 19,61 | 17,75 | 17,16 | 20,52 |

Fuente: Elaboración propia, con datos de las estadísticas FONASA y la Superintendencia de Salud.