

SEGURO ÚNICO ESTATAL DE SALUD: ¿CÓMO AFECTARÁ LA PROPUESTA DEL PRESIDENTE ELECTO BORIC?

- Los desafíos en el ámbito de la salud requieren mejorar la gestión en el sector público y no una transformación estructural de todo el sistema hacia un seguro único estatal.
- El seguro único propuesto afectará la libertad de elección obligando a todas las personas a pagar por un seguro único estatal, aunque ni siquiera lo valoren.
- También perjudicará a los actuales beneficiarios de FONASA con una atención de menor calidad, mayores retrasos y menores oportunidades de acceso, debido a la migración forzada de los actuales afiliados de ISAPRES al sistema público.
- Además, nivelará hacia abajo a la gran mayoría de las personas y exacerbará la desigualdad con respecto a unos pocos que serán los únicos que podrán “pagar doble” para contratar seguros voluntarios “de segundo piso” (complementarios o suplementarios).

A partir del próximo 11 de marzo, Gabriel Boric asumirá como Presidente de Chile. Varios de los desafíos más importantes que enfrentará se encuentran en el ámbito de la salud. Por ejemplo, será necesario continuar el exitoso proceso de vacunación que ha llevado a cabo nuestro país para enfrentar la pandemia de Covid-19 y gestionar las abultadas listas de espera del sector público de salud, las cuales se verán incrementadas debido a las postergaciones de las atenciones de salud ocurridas durante la pandemia. Para enfrentar estos desafíos, lo que se requiere es mejorar la eficiencia en la gestión de recursos en el sector público y no una transformación estructural del sistema hacia un seguro único estatal que terminará siendo contraproducente para el acceso a la salud de los chilenos.

Sin embargo, el Acuerdo de Implementación Programáticaⁱ del hoy Presidente electo, Gabriel Boric, al igual que su anterior Programa de Gobierno de Apruebo Dignidadⁱⁱ, propone una reforma estructural hacia un “Sistema Universal de Salud centrado en la atención primaria, el cual se basa en el sistema público, se accede por vivir en Chile y se financia progresivamente por impuestos generales” (...) y “la creación de un Fondo Universal de Salud (FUS) que se financie con el 7% de cotización obligatoria de todos y los aportes del Estado. Esto implica la desaparición de las ISAPRES tal y como las conocemos”ⁱⁱⁱ.

Dentro de los aspectos cuestionables de esta propuesta y considerando los detalles que hasta hoy se conocen, cabe destacar lo siguiente: 1) Elimina la libertad de elección obligando a todas las personas a pagar por un seguro único estatal aunque ni siquiera lo usen; 2) Perjudica a los actuales beneficiarios de FONASA con una atención de salud de menor calidad, con mayores retrasos y menores oportunidades de acceso; 3) Crea falsas expectativas de una mayor equidad, supuestamente nivelando hacia arriba, y 4) Perjudica a los actuales afiliados de ISAPRES en forma muy significativa, en términos de calidad, oportunidad y costo.

1. ELIMINA LA LIBERTAD DE ELECCIÓN

Sin perjuicio que la propuesta habla de un sistema *universal* y un fondo *universal* de salud, en realidad lo que propone es un *seguro único estatal* de salud y un fondo *único* mancomunado de salud. En Chile ya existe un sistema universal de salud, con un 97% de la población del país adscrita a algún sistema previsional de salud, ya sea en el Fondo Nacional de Salud (FONASA), ISAPRES o FF.AA. En cambio, lo que se propone es un seguro único estatal, es decir, un monopsonio donde las personas quedan cautivas del Estado y no tienen la posibilidad de elegir otra alternativa en caso de no estar conforme con el servicio prestado.

Además de imponer un asegurador estatal único, se propone una “reforma estructural de la prestación” (...) que avanzará “hacia la conformación de un Servicio Nacional de Salud, basado en prestadores de la red pública, con altos estándares de calidad. Entre las medidas que implementaremos en este proceso destacamos (la) universalización de la Atención Primaria de Salud (APS)...”^{iv}. La propuesta, que excluye al sector privado, es contraria a lo que manifiesta querer la ciudadanía. Según la encuesta Cadem de noviembre de 2021, el 85% de los encuestados (86% entre los usuarios de ISAPRE y 84% entre los usuarios de FONASA) está de acuerdo con que “en Chile todas las personas puedan elegir libremente entre un sistema público o privado al cual pertenecer”. En efecto, la libre elección es necesaria ya que empodera a las personas y les permite presionar por el mejoramiento de las prestaciones de salud. La libre elección también promueve la colaboración público–privada y permite la liberación de recursos estatales para destinarlos a otros fines sociales prioritarios.

2. PERJUDICARÁ A LOS ACTUALES BENEFICIARIOS DE FONASA

Al obligar a los afiliados de ISAPRE a migrar a FONASA se generará una enorme presión sobre el sistema público que tendrá que atender a 3,3 millones de personas más (un aumento del 22%). Ello perjudicará a los actuales beneficiarios de FONASA, generando mayores retrasos en la atención debido a la imposibilidad de aumentar

los recursos del sistema público de salud en la magnitud necesaria en el corto o, incluso, en el mediano plazo (se requieren más de 10 años para capacitar a un médico y más de 15 años para construir un hospital). Lo más probable es que se alargarán las ya extensas listas de espera del sistema público de salud, las que a principios de noviembre de 2021 alcanzaban los 3.288.380 para las patologías No GES (incluyendo cirugías, consultas y procedimientos) y llegaban a las 49.428 personas para las patologías GES.

Resulta difícil imaginar cómo esta presión sobre el sistema público, y particularmente sobre su ya sobre exigido personal, no generará una disminución en la calidad de las atenciones del sistema público, la cual en las condiciones actuales ya es considerada baja. En efecto, la encuesta Cadem de noviembre de 2021 indica que solo el 27% de los encuestados cree que la calidad del sistema público es buena o muy buena (mientras que el 73% opina que la calidad es buena o muy buena en el sistema privado).

La propuesta de un seguro único estatal terminaría con las ISAPRES, lo cual afectará a su vez la sostenibilidad del sector de prestadores privados. La importancia del sector de prestadores privados para el país entero es indesmentible y se refleja en que el sector privado entregaba, en 2018 antes de la pandemia, alrededor de 40% del total de atenciones de salud, el 40% de las consultas médicas, el 55% de los exámenes de imagenología, el 45% de las intervenciones quirúrgicas, y sobre el 80% de los procedimientos de diagnóstico y terapéuticos. Durante la pandemia el sector de prestadores privados también ha contribuido de forma significativa aportando el 36% de las camas de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del país.

Cabe hacer presente que la propuesta de seguro único estatal seguramente perjudicará a las personas que, estando en FONASA, deciden utilizar la modalidad de libre elección (MLE) haciendo un esfuerzo para acceder a una atención en el sector privado de salud. En efecto, según la encuesta Cadem de noviembre de 2021, el 49% de las personas de FONASA manifestaron haber utilizado el sistema privado en los últimos 12 meses. La actual complementariedad público-privada permite a beneficiarios de FONASA acceder a prestaciones en el sector privado a precios rebajados gracias a la utilización de capacidad instalada financiada por los afiliados a ISAPRES. A la luz de estos antecedentes, lo que se requiere es justamente explorar las posibilidades de ampliar el acceso de la población a servicios de salud entregados por el sector privado, ampliando el derecho a elegir.

3. NO LOGRARÁ LA PROMESA DE MAYOR EQUIDAD NIVELANDO HACIA ARRIBA

Actualmente, FONASA se financia en menos de un 25% con cotizaciones legales de sus beneficiarios y el resto son aportes fiscales provenientes de los impuestos de todos los chilenos. Por su parte, las ISAPRES se financian en un 100% con los aportes de sus afiliados (tanto aportes legales del 7%, como aportes voluntarios adicionales de los afiliados). El programa del futuro mandatario propone mancomunar las fuentes de financiamiento de los seguros privados (ISAPRES) y del seguro público (FONASA) en un Fondo Único de Salud que supuestamente aumentaría los recursos disponibles para las personas que hoy están en FONASA, y con ello mejoraría la equidad en salud nivelando hacia arriba.

Estos planteamientos se sustentan en dos supuestos equivocados: (i) asume que el gasto per cápita para atenciones de salud en el sistema de ISAPRES es significativamente superior al de FONASA -lo cual no es cierto-, y que al agrupar los dos sistemas se lograría un per cápita promedio mayor al actual en FONASA, y (ii) asume que ese aumento de recursos, a su vez, aumentaría la cantidad y calidad de las atenciones de salud, lo cual es contrario a la evidencia empírica sobre el sistema público de salud chileno. A continuación, se presentan más detalles que demuestran que ambos supuestos detrás de la propuesta de un seguro único son errados:

i) El seguro único disminuirá el gasto per cápita para atenciones de salud

Durante la campaña presidencial se dijo repetidamente que la propuesta de Apruebo Dignidad lograría un “sistema de salud más equitativo, nivelando hacia arriba”. Sin embargo, este planteamiento se sostiene en la falsa premisa de que las enormes diferencias en calidad y oportunidad de la atención entre el sector público y el privado radican principalmente en que los recursos per cápita de los que disponen los beneficiarios de FONASA serían significativamente inferiores a los de los afiliados de ISAPRES. Esta brecha es usada como argumento para justificar la creación del Fondo Único de Salud mancomunando que absorbería las cotizaciones de los actuales beneficiarios del sistema privado de ISAPRES y las fuentes de financiamiento del sistema público, lo cual supuestamente aumentaría los recursos per cápita que los actuales beneficiarios de FONASA tendrían disponibles para destinar a atenciones de salud. Sin embargo, ello no se condice con lo que evidencian los datos (Figura N°1).

EL SEGURO ÚNICO DISMINUYE LOS RECURSOS PER CÁPITA PARA ATENCIONES DE SALUD

Figura N° 1: Recursos disponibles para atenciones de salud si el sistema público y privado de salud se fusionaran en un seguro único (millones de \$)

	SISTEMA PÚBLICO	ISAPRES	SEGURO ÚNICO
Cotización Legal (7%)	1.893.551	2.294.557	4.188.108
Cotización Voluntaria		949.534	
Recursos Fiscales Netos	8.103.711		8.103.711
Gasto SIL (**)	-1.019.088	-926.885	-1.945.973
Total Ingresos Neto de SIL	8.978.174	1.367.672	10.345.847
Número de Beneficiarios	14.800.000	3.325.210	18.125.210
Per cápita atenciones salud (\$/año)	606.633	411.304	570.799
Per cápita atenciones salud (\$/mes)	50.553	34.275	47.567

Notas:

(*) El cálculo es estático en el sentido de que no supone nuevos aportes fiscales, ni que los cotizantes renuncien a su cotización del 7% y no hagan uso del sector público.

(**) El subsidio por Incapacidad Laboral (SIL) es el monto de dinero que reemplaza la remuneración o renta del trabajador mientras éste se encuentra con licencia médica autorizada.

Fuente: ¿Cuál sería el impacto financiero al fusionar FONASA e ISAPRES para crear un seguro único de salud?, Informe de la Consultora MC2, noviembre de 2021, utilizando datos de Dipres y Superintendencia de Salud.

La Figura N° 1 muestra que en el año 2021 la brecha entre un beneficiario de ISAPRES y uno de FONASA es de \$16.277 mensuales por beneficiario (= \$50.553-\$34.275), gastándose más por afiliado en el sistema FONASA que en las Isapres. Los cálculos consideran la cotización legal a ambos sistemas (la cotización voluntaria al sistema de ISAPRES se pierde), sin incluir el gasto en licencias médicas para comparar los ingresos disponibles para prestaciones en salud^v.

Si se mancomunaran los ingresos de ambos sistemas en un FUS, los recursos por beneficiario del sistema público para prestaciones de salud no se incrementarían, si no que, al contrario, el per cápita disminuiría a \$47.567 por mes, lo cual significa una disminución del 6% para los actuales beneficiarios de FONASA (desde un per cápita actual de \$50.553), quienes se verán perjudicados con la propuesta de seguro único.

- ii) El aumento de recursos no se ha traducido en mejores prestaciones debido a problemas de gestión en el sector público de salud

En vez de un seguro único estatal, lo que verdaderamente requiere nuestro país es mejorar la eficiencia en la gestión de FONASA y de los prestadores públicos de salud.

Sin modernizar la gestión en el sector público, es imposible que éste, aun con más recursos per cápita, pueda otorgar prestaciones similares en cuanto a calidad y oportunidad de la atención que brinda el sector privado. Es decir, la idea de “nivelar hacia arriba” expandiendo un seguro único estatal no es realista.

Desde hace dos décadas ha existido un aumento importante y sistemático de los recursos que se gastan en el sistema público de salud en Chile, sin que ello se haya traducido en mejoras en las prestaciones de salud. FONASA es una institución pública sin incentivos y sin capacidad de auto gestionarse y de negociar aspectos tan relevantes como los sueldos de sus empleados. FONASA debe modernizarse para dejar de ser una caja pagadora y convertirse en un verdadero asegurador que pueda negociar tanto con prestadores públicos, como privados en representación de los intereses de sus beneficiarios. Convertir a FONASA en un gran seguro único para los casi 20 millones de chilenos difícilmente contribuirá a reducir el costo de las prestaciones. Al contrario, el riesgo de ineficiencias y captura política de un organismo estatal que controlaría cerca del 10% del PIB -sin referente de comparación ni competencia alguna - es muy alto.

Existe un amplio espacio para mejorar la gestión de los prestadores públicos de salud en nuestro país, especialmente respecto a la productividad de los quirófanos electivos de los hospitales públicos, tal como demuestra un estudio de la Comisión Nacional de Productividad^{vi}. De acuerdo a este estudio, en el período entre 2014 y 2017, mientras el gasto hospitalario aumentó 28% en términos reales, los egresos hospitalarios cayeron 5% y los casos quirúrgicos en lista de espera No GES aumentaron un 39% (75 mil pacientes adicionales). Los autores demuestran que los quirófanos para cirugías electivas o programadas sólo se utilizan (en promedio) 53% del tiempo disponible, mientras que la tasa del sistema público inglés (NHS) es de 71% del tiempo disponible. Es decir, de las 9 horas disponibles para intervenciones, en el sector público chileno se utilizan 4,8 horas y en Inglaterra 6,4 horas.^{vii} Ello se traduce en un rendimiento (promedio) por quirófano de 3,3 cirugías-día en el sistema público chileno, mientras que en el caso inglés es de 5,1 cirugías-día. Otro importante indicador de desempeño muestra que en el año 2017, la tasa de egresos en Chile fue de 93 personas por mil habitantes, mientras que el promedio de los países de la OCDE fue de 156.

4. PERJUDICARÁ A LOS ACTUALES AFILIADOS DE ISAPRES

Dentro de los afiliados de ISAPRES podemos distinguir dos grupos. En un primer grupo están los afiliados de mayores recursos que pueden contratar seguros privados voluntarios (suplementarios o complementarios) para acceder a atenciones de mejor calidad que las que les ofrecerá el seguro único estatal (aunque

no serán necesariamente de la misma calidad que reciben actualmente). Las personas de este primer grupo se verán forzadas a solventar un mayor gasto, teniendo que renunciar a una parte o a la totalidad de los beneficios que actualmente reciben por sus cotizaciones. Para ellos, la propuesta de Gabriel Boric es en realidad un “impuesto encubierto” equivalente a un 7% de la renta imponible para financiar prestaciones del sector público de salud que no utilizarán.

El segundo grupo está compuesto por personas de clase media que hoy con esfuerzo pueden acceder a un plan de ISAPRE, pero que no tendrán los suficientes medios económicos para “pagar doble” y contratar un seguro privado “de segundo piso”. Ellos se verán forzados a conformarse con las prestaciones del sistema público de salud que ofrece de forma preferente el seguro único estatal. Es decir, con la propuesta de Gabriel Boric recibirán atenciones de salud de menor calidad y con largos tiempos de espera que no experimentan actualmente en ISAPRES.

CONCLUSIÓN

Si se llegara a concretar un seguro único estatal, la mayoría de los actuales afiliados al sistema de ISAPRES tendrán un empeoramiento sustantivo de las prestaciones a que pueden acceder, sin que ello redunde en mejores prestaciones para los actuales beneficiarios de FONASA. Se mantendrán (o incluso se exacerbarán) las desigualdades entre las personas de mayores recursos y las más vulnerables, ya que sólo unos pocos que puedan pagar “seguros de segundo piso”, accederán a prestaciones de mejor calidad.

Las reformas que necesita nuestro país van en la dirección de mejorar la gestión en el sector público de salud, perfeccionar la regulación del sector privado y potenciar la colaboración público-privada. En este sentido, existen varios proyectos de ley que permitirían importantes mejoras a la ciudadanía y que, a pesar de contar con amplio consenso técnico, se encuentran paralizados en el Congreso por razones políticas, como por ejemplo: el proyecto de ley que Reforma el Fondo Nacional de Salud y crea un Plan de Salud Universal (Boletín 13.863-11), y el proyecto de ley que crea el Seguro de Salud Catastrófico para la Clase Media (Boletín 12.662-11), que no debieran dejar de considerarse y que podrían avanzar, a nuestro juicio, de mejor manera hacia los objetivos buscados.

ⁱ Acuerdo de Implementación Programática. Descargado el día 9 de diciembre 2021, disponible en la página web <https://boricpresidente.cl/propuestas/implementacion>

ⁱⁱ Programa de Gobierno de Apruebo Dignidad. Descargado el día 6 de noviembre de 2021 de la página web <https://boricpresidente.cl/>

ⁱⁱⁱ Acuerdo de Implementación Programática, pág 12.

^{iv} Programa de Gobierno de Apruebo Dignidad, pág 118.

^v Estatizar la seguridad social en salud a nivel de aseguramiento es una mala política pública, entre otras razones, porque el Estado deberá hacerse cargo no sólo de la salud de los sectores altos de ingresos, sino que también del pago de licencias médicas de sueldos mayores, lo cual la hace una política regresiva.

^{vi} Comisión Nacional de Productividad, 2020. "Uso Eficiente de Quirófanos Electivos y Gestión de Lista de Espera Quirúrgica No GES". Disponible en <https://www.comisiondeproductividad.cl/estudios/pabellones/>

^{vii} Respecto a la hora de inicio de la primera cirugía del horario institucional en Chile, en promedio esta inicia 40 minutos después de lo programado. En Inglaterra, el atraso promedio de la primera cirugía es de 6 minutos. Se hace hincapié en esta métrica como indicador de eficiencia, pues los atrasos en la primera cirugía no tienen justificación y afectan la programación de todo el día, arriesgando suspensiones al final del día si la hora de término de la última intervención supera el horario institucional. Por otra parte, en promedio la última cirugía del día en horario institucional en Chile termina alrededor de las 15:18, es decir, 102 minutos antes cierre del horario, mientras que en Inglaterra sólo 12 minutos antes.