

## REFORMA A LA SALUD: LA INCONVENIENCIA DE FONASA COMO UN MONOPOLIO ESTATAL

- Ante la necesidad de reformar el sistema de salud en Chile, es razonable pensar en modelos que se asemejen más al que el país ha construido en las últimas décadas, rescatando lo positivo y haciendo los cambios que sean necesarios para proveer una salud oportuna y de calidad. En ese sentido, crear un seguro monopólico estatal, como lo establece el programa de gobierno y la propuesta constitucional, no parece la mejor solución.
- En Inglaterra, el modelo que más mira el gobierno, presenta problemas similares a los que se quieren solucionar en Chile: listas de espera, segmentación según capacidad de pago y alto gasto de bolsillo, por lo que una reforma que termine generando las mismas falencias resulta cuestionable.
- Con los actuales aportes que el Fisco hace a FONASA, se podría entregar, en promedio, casi \$47 mil mensuales por beneficiario del seguro público para implementar un esquema de multiseguros como el que existe en Holanda o Alemania.

Más de 67 mil chilenos hoy tienen un procedimiento médico cubierto por el Plan AUGE que se encuentra retrasado<sup>1</sup>. En promedio, ese retraso supera los 5 meses. Entre quienes requieren una intervención quirúrgica no garantizada por dicho plan, cerca de 300 mil personas están en lista de espera y más de 1,7 millones esperan ser atendidos por un especialista.

Pese a los importantes avances que ha tenido el sistema de salud chileno -medido como aumento de la esperanza de vida y las menores tasas de mortalidad que tiene nuestro país si se compara con el promedio de la OCDE en enfermedades como el cáncer y problemas cardíacos<sup>2</sup>-, nuestro sistema de salud requiere una reforma para que las largas listas de espera, el principal problema del sistema de salud según las encuestas<sup>3</sup>, se reduzcan.

<sup>1</sup> <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/05/Glosa-06-II-Trimestre-2022.pdf>

<sup>2</sup> Health at a Glance 2021.

<sup>3</sup> Percepciones sobre la salud, CADEM. Abril 2022.

Para resolver las listas de espera, la propuesta constitucional propone un Sistema Nacional de Salud de carácter “universal, público e integrado”, que será financiado a través de impuestos generales y “cotizaciones obligatorias” que podrán establecerse por ley.<sup>4</sup> Una idea similar a la contenida en el programa de gobierno del Presidente Boric, que establece mayores detalles: el Fondo Universal de Salud (FUS) universalizará la cobertura de FONASA y terminará con los seguros privados de salud que solo podrían existir en la forma de seguros complementarios voluntarios, reforma que ingresaría al Congreso antes de fin de año.

Esa idea está presente en diferentes países del mundo, como en Reino Unido. Ese es el sistema que están mirando las actuales autoridades de gobierno como modelo<sup>5</sup>. Dada, sin embargo, la distancia entre este y lo que hemos construido en el país en los últimos 40 años, cabe preguntarse por su conveniencia y factibilidad. Tomando en cuenta que otros sistemas exitosos, como el de Países Bajos o Alemania, se construyen bajo un modelo más parecido al chileno (seguros obligatorios con múltiples oferentes o multiseuros), es más razonable avanzar en mejorar las falencias de nuestro sistema siguiendo dichos modelos y así evitar una reforma radical que tomará más tiempo, enfrentará mayores dificultades en su implementación y generará incertidumbre en los más de 3,3 millones de afiliados al sistema de Isapres.

### ¿ES EL SISTEMA INGLÉS EL MEJOR MODELO A SEGUIR?

Más allá de las dificultades de la implementación de un modelo de seguro único, algo que reconoció la comisión que estudió reformas al sistema de Isapres en el segundo mandato de la ex Presidenta Bachelet<sup>6</sup>, el National Health System (NHS) inglés, pese a sus diferencias, comparte con el chileno varios de sus problemas, por lo que conviene cuestionarse si tiene sentido avanzar en esa dirección.

#### 1. Listas de espera

El NHS atraviesa por importantes problemas financieros. Dos de cada tres de los prestadores de salud en Inglaterra operaron con déficit en 2016<sup>7</sup>, lo que obligó al gobierno británico a lanzar un plan a 5 años para mejorar la situación financiera del

<sup>4</sup> Borrador propuesta constitucional, artículo 44.

<sup>5</sup> Ver <https://www.latercera.com/pulso/noticia/camilo-cid-director-de-fonasa-tienen-dificultades-pero-no-veo-una-queiebra-inminente-de-las-isapres/UZUOBTZVFBC4HCMOKBCGNDXSZY/>

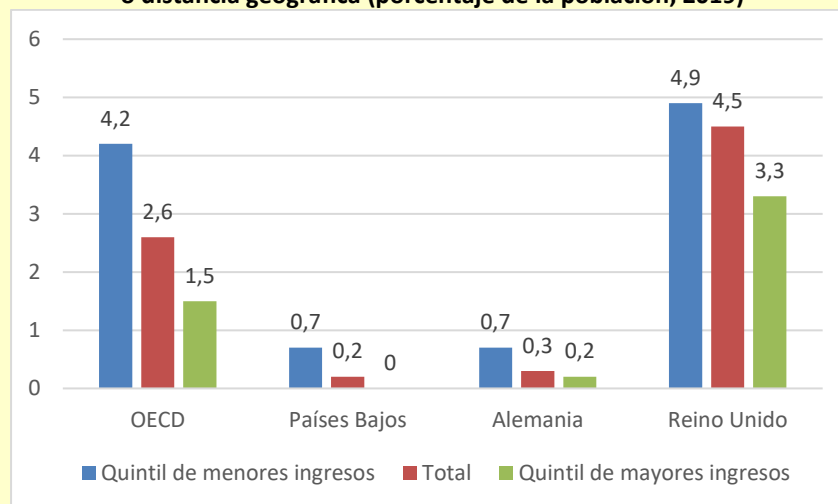
<sup>6</sup> Informe Final Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema Privado de Salud (p.99).

<sup>7</sup> <https://www.kingsfund.org.uk/projects/nhs-in-a-nutshell/trusts-deficit>

sistema. Esta es una desventaja de los sistemas que a ojos de los usuarios son gratuitos tal como lo reconoció el informe de que encargó Bachelet<sup>8</sup>.

Un sistema con un asegurador único como el NHS “resuelve” la escasez de recursos restringiendo el acceso. Así, en marzo de este año según NHS England, 6,7 millones de personas estaban en lista de espera por atención con un especialista. 355 mil de ellos llevaban más de un año en ella. Según datos de la OCDE, el 4,5% de la población británica declara problemas de acceso a la salud por problemas financiero, geográfico o por listas de espera. Esa cifra es mucho más alta que el promedio (2,6%) y que la que muestran países con sistemas de multiseguros como Países Bajos y Alemania y además es más inequitativa según quintil de ingresos (ver Gráfico N°1).

**UN 4,5% DE LA POBLACIÓN BRITÁNICA DECLARA PROBLEMAS DE ACCESO A LA SALUD, CIFRA MAYOR QUE EL PROMEDIO OCDE Y DE PAÍSES CON SISTEMAS DE MULTISEGUROS**  
**Gráfico N°1: Necesidades médicas no cubiertas debido a razones de listas de espera, costos o distancia geográfica (porcentaje de la población, 2019)**



Fuente: OCDE, 2021.

## 2. Segmentación según capacidad de pago

Pese a que el NHS es gratuito para todos los ingleses, actualmente cerca del 11% de la población utiliza seguros privados<sup>9</sup>. Típicamente ellos no cubren consultas de medicina general ni tampoco atención de emergencia. Sin embargo, un porcentaje

<sup>8</sup> Informe Final Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema Privado de Salud (p.96).

<sup>9</sup> <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/media/commission-appendix-uk-private-health-market.pdf>

significativo de la población está dispuesta a pagar más por tener una alternativa al seguro estatal, lo que permite acceder a tratamientos de manera más rápida y tener mayor libertad de elegir médicos y prestadores.

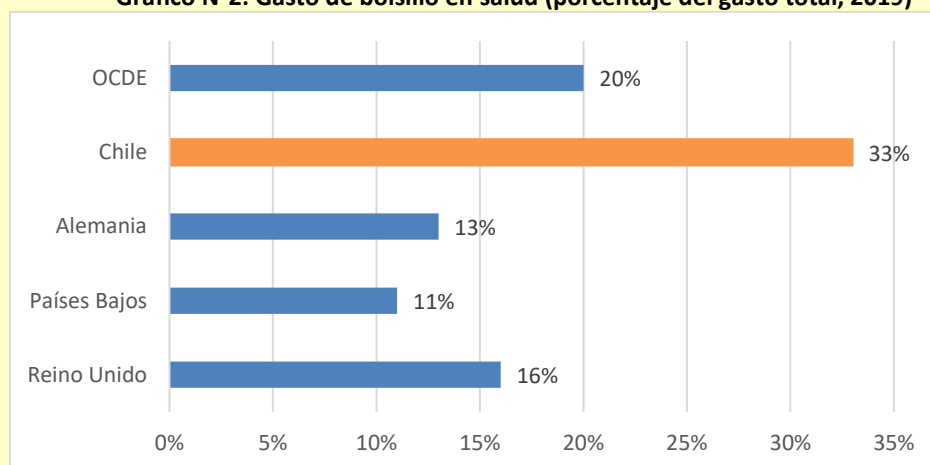
Eso se hizo más urgente durante la pandemia debido a la mayor demanda que enfrentaron los servicios de salud. En ese contexto, en un sondeo de fines de 2021, 12% de quienes tuvieron problemas para acceder a los servicios del NHS dijo haberse atendido en el sector privado y un 26% consideró hacerlo, de acuerdo a un sondeo del *think tank* IPPR<sup>10</sup>. Este mismo centro de estudios ha advertido que, de continuar las tendencias actuales, el sistema inglés puede devenir en dos sistemas: uno gratuito (el NHS) y otro privado que incluya únicamente a quienes puedan pagarlo, justamente la segmentación que se critica hoy al sistema chileno.

### 3. Gasto de bolsillo

Otra de las debilidades del sistema chileno está relacionada con el alto gasto de bolsillo (el que no está cubierto por los seguros ya sea públicos o privados) en que deben incurrir las personas para resolver un problema de salud. Si bien, en el caso del Reino Unido dicho indicador es significativamente menor al de Chile, es mayor al que presentan sistemas de multiseguros, como Países Bajos y Alemania (ver Gráfico N°2).

#### SI BIEN EN REINO UNIDO EL GASTO DE BOLSILLO ES MENOR AL DE CHILE, ES MAYOR AL DE PAÍSES BAJOS Y ALEMANIA

Gráfico N°2: Gasto de bolsillo en salud (porcentaje del gasto total, 2019)



Fuente: OCDE, 2021.

<sup>10</sup> <https://www.ippr.org/files/2022-02/state-of-health-and-care-march22.pdf>

Estos datos demuestran que el avance hacia un FUS no garantiza la solución de los problemas que presenta el sistema de salud de nuestro país y que, posiblemente, éstos tengan su origen en otros aspectos.

### **ENTONCES, ¿HACIA DÓNDE MIRAR?: SEGURO OBLIGATORIO, LIBRE ELECCIÓN Y APOYO DEL ESTADO**

Chile, desde mucho antes de la reforma de la creación de FONASA, ha tenido una tradición de libre elección<sup>11</sup>. Hoy las encuestas muestran que la gran mayoría de las personas está de acuerdo en que cada uno pueda elegir a su sistema de salud<sup>12</sup>. Ambos aspectos se encuentran en sistemas de multiseguros que logran mejores resultados y tienen un nivel de gasto similar al sistema inglés<sup>13</sup>.

#### **1. Países Bajos**

En 2006 se reformó el sistema de seguros de Países Bajos, creando un seguro universal y obligatorio de salud. La cobertura es definida por el Estado y los seguros son ofrecidos por compañías privadas, que cobran a todos sus afiliados un mismo precio y no pueden seleccionar a sus afiliados. Si bien no existe un asegurador estatal, países con sistemas similares, como Bélgica, sí contemplan un asegurador público que compite con el resto de las firmas.

En Países Bajos, todos los adultos deben estar asegurados y todos los menores de 18 años están cubiertos automáticamente con cargo al Estado. Quién no tenga un seguro es multado y el Fisco deduce el pago desde su declaración de impuestos. En el caso de los habitantes de menores ingresos, el Estado subsidia la compra de seguros.

El sistema se financia en 55% con impuestos generales y 45% con los pagos de los seguros por parte de los ciudadanos. Los recursos públicos se usan para compensar a las aseguradoras por el distinto perfil de riesgo de sus afiliados.

Los seguros tienen deducibles y, en algunas prestaciones y prestadores copago, pero el gasto de bolsillo es menor que el de la OCDE (Gráfico N° 2). Un 83% de los holandeses tiene seguro complementario para ámbitos que no están cubiertos por el seguro obligatorio, pero no dan derecho a mayor elección de prestadores ni un acceso más rápido a la atención de salud.

---

<sup>11</sup> El Servicio Nacional de Empleados (SERMENA) permitía libre elección desde los años 50.

<sup>12</sup> Percepciones sobre la salud, CADEM. Abril 2022.

<sup>13</sup> Gasto en salud como porcentaje del PIB (2020): Reino Unido, 12,8%; Países Bajos, 11,2%; Alemania, 12,5%.

Los pacientes son libres de elegir cualquier prestador de salud, los que son fundamentalmente privados. Aseguradoras y proveedores negocian precios de los servicios, buscando contener el costo de los servicios.

## 2. Alemania

Desde 2007, tener un seguro de salud es obligatorio en Alemania. Las instituciones que proveen esos seguros son firmas privadas (hay más de 100) que se financian con las contribuciones de los trabajadores y aportes del Estado que van dirigidos a las personas de menores ingresos y aquellos que no tienen empleo. Sistemas similares como el de Suiza, definen los precios del seguro según la edad del afiliado y el nivel de cobertura del seguro.

Un ente centraliza los pagos y los reasigna entre los aseguradores privados de acuerdo al perfil de riesgo de sus afiliados y el Estado alemán determina qué enfermedades y prestaciones deben estar cubiertas por los seguros obligatorios y fija estándares de calidad para los proveedores de salud.

Aquellos trabajadores que ganan más de cierto umbral pueden optar por salirse de este sistema de seguridad social. De hecho, un 11% opta por un seguro sustitutivo al sistema nacional que, en general, tiene una mayor cobertura que el seguro obligatorio. Adicionalmente, un 11% de los alemanes tiene un subsidio complementario al seguro obligatorio. En ambos casos, el Estado no entrega ningún tipo de subsidio.

El seguro obligatorio también considera deducibles y copagos, ambos son definidos por el Estado. Límites máximos al copago y excepciones al cobro ayudan a disminuir el gasto de bolsillo, a los más vulnerables (Gráfico N°2).

En el caso de los prestadores, la mayoría de la atención ambulatoria es privada. En el servicio hospitalario, la mitad de las camas son públicas y la otra mitad son privadas.

### ¿CÓMO IMPLEMENTARLO?: \$47 MIL MENSUALES PER CÁPITA

Crear un monopolio estatal, como pretende el gobierno y establece el borrador de la constitución, no parece la mejor solución para enfrentar los problemas del sistema de salud chileno. Ello afectará la libertad de elección de las personas e inhibirá la innovación y eficiencia. Más cuando el modelo que se mira (el NHS inglés) tiene problemas similares a los que se pretenden resolver en Chile. Más promisorio parece ir a hacia un seguro obligatorio con precio único<sup>14</sup> que sea ofrecido por múltiples

<sup>14</sup> Que podría tener algunos tramos según edad o cobertura como el sistema suizo.

aseguradores públicos (como FONASA) o privados y que entregue cobertura para un paquete de servicios de salud definido por el Estado<sup>15</sup>.

El Estado subsidiaría parcial o totalmente a todos quienes lo necesiten en la compra de ese seguro obligatorio, velando y ampliando la libertad de elegir de los más vulnerables. Las aseguradoras competirían por afiliados en base al acceso a prestadores y a mejor calidad de atención. Nadie podría ser discriminado al ingreso ni por sus características demográficas ni por su estado de salud<sup>16</sup>. Un ente público redistribuiría entre las aseguradoras el total de recursos de acuerdo al nivel de riesgo de los afiliados de modo de compensar por el riesgo de los afiliados, tal como se hace hoy para el plan AUGE.

Hoy Chile destina un 9,3% del PIB en salud, por sobre el 8,8% de la OCDE. Por ende, ante la necesidad de mejorar aspectos cruciales del sistema de salud en Chile, debe tenerse en cuenta que 1 de cada 4 pesos del presupuesto nacional hoy va al Ministerio de Salud. Por ello se debe ser cuidadoso a la hora de inyectar más recursos al sistema, procurando mejorar la gestión.

Por lo tanto, un primer paso sería que los aportes del Estado a FONASA (sin considerar las contribuciones de los trabajadores ni otros aportes del Estado al sector salud) fueran a subsidiar la compra del seguro obligatorio. Solo con esos recursos, alcanzaría para otorgar un subsidio promedio de casi \$47 mil por afiliado, un monto que cubre más del 50% de la cotización promedio por beneficiario del sistema de ISAPRES, de acuerdo a datos de la Superintendencia de Salud. Puesto de otro modo, significaría casi \$140 mil<sup>17</sup> mensuales para una familia de 3 personas para que ellos elijan donde adquirir su seguro de salud.

Para focalizar adecuadamente el gasto, dichos aportes se entregarían en función del nivel de vulnerabilidad social permitiendo a los más pobres acceder al seguro obligatorio de manera gratuita.

---

<sup>15</sup> Adicionalmente, los afiliados podrían acceder a seguros complementarios (que se hagan cargo de eventuales diferencias de precio para acceder a ciertos prestadores) y suplementarios (que cubran aspectos no incluidos en el seguro obligatorio).

<sup>16</sup> Para mayor detalle ver las propuestas del CEP o el voto de minoría de la comisión Bachelet.

<sup>17</sup> Lo que permitiría subsidiar entre el 40% y el 73% de un plan de Isapre de acuerdo a la información del sitio web [queplan.cl](http://queplan.cl)

**SOLO CONSIDERANDO LOS APORTES DEL ESTADO A FONASA, ALCANZARÍA PARA OTORGAR UN SUBSIDIO PROMEDIO DE CASI \$47 MIL POR AFILIADO**

**Tabla N°1: Aportes de Fonasa permitirían a millones de chilenos acceder un seguro más acorde a sus preferencias**

|  | En MM            |
|--|------------------|
| Aporte Fiscal FONASA*                        | \$8.555.052      |
| Número de afiliados FONASA                   | 15,23            |
| <b>Total anual por persona</b>               | <b>\$561.724</b> |
| <b>Total por persona al mes<sup>18</sup></b> | <b>\$46.810</b>  |

Fuente: Ejecución presupuestaria 2021, Dipres.

**EVITAR UNA GRAN REFORMA QUE NOS DEJE IGUAL**

Chile lleva varios años discutiendo cómo reformar el sistema de seguros de salud. El borrador constitucional y el actual gobierno han dibujado un camino similar al británico que rompe con décadas de historia y que desconoce los avances de nuestro sistema y las preferencias de los chilenos.

Sin embargo, listas de espera, “salud para ricos y para pobres” y alto gasto de bolsillo son problemas tanto en el sistema chileno como del británico que se pretende emular. Un camino más sensato sería transitar desde el actual sistema a un seguro obligatorio con libertad de elección, sin restricciones para los afiliados, y donde el Estado subsidie la compra de seguros a quienes lo requieran. Así nos acercaremos más a modelos más cercanos al nuestro y que, a igual gasto, presentan mejores resultados que el sistema británico.

<sup>18</sup> Cifra incluye los gastos en licencias médicas que según la cuenta pública de FONASA 2021 corresponden al 8,5% de sus gastos. Por ende, de mantenerse el actual sistema de licencias, el subsidio promedio sería de \$42.597.