

REFORMA A LA SALUD: LOS ERRORES DE DIAGNÓSTICO Y LOS PROBLEMAS QUE SURGEN CON UN FONDO ÚNICO

- Un Fondo Único de Salud (FUS) restará recursos al sistema de salud para la atención de los chilenos.
- Por otro lado, este fondo generará un monopsonio que hará más lenta la introducción de tecnología médica necesaria para combatir enfermedades como el cáncer.
- Finalmente, el FUS nada hace por resolver los problemas de gestión que aquejan al sector público y que son la razón de las largas listas de espera.

En el marco de la presentación del presupuesto 2023, la ministra de Salud, Ximena Aguilera, destacó las que serán sus tres prioridades al frente de la cartera: reducción de las listas de espera, salud mental y avanzar hacia un seguro de salud universal. Si bien las dos primeras parecen esenciales, la última, al menos como lo propone el programa de gobierno del Presidente Boric, es un retroceso e incluso resulta contradictoria con el objetivo de mejorar la calidad de la atención médica de los chilenos.

Un Fondo Universal de Salud (FUS) busca establecer un único administrador de los recursos provenientes de las cotizaciones previsionales de todos los trabajadores. Así, el gobierno pretendería allegar más recursos al sector salud (sumando a Fonasa los recursos de quienes hoy cotizan en Isapres) y lograr “una administración más eficiente y que asegure equidad”¹. Sin embargo, esa propuesta tiene tres problemas: disminuye los recursos que hoy maneja el sistema de salud, establece un monopsonio (con los problemas que ello genera) y distrae esfuerzos del gran problema de nuestro sistema de salud estatal: su baja productividad.

Implementar un FUS, proyecto que se presentaría el próximo año, significará un cambio copernicano que implicará importantes costos, tanto político que significa tramitar una reforma de esa envergadura, económico y del tiempo para

¹ Programa de gobierno Gabriel Boric, página 115.

implementarla. Ello es un riesgo porque el modelo inglés, que inspira al gobierno, hoy lucha con algunos de los mismos problemas que se quieren resolver en Chile².

1. EL FUS NO CONTARÁ CON MAYORES INGRESOS

De acuerdo a los datos de la Superintendencia de Salud, durante 2021 los ingresos del sistema de Isapres sumaron \$3,3 billones. Sin embargo, casi un cuarto de ellos corresponde a cotizaciones voluntarias (por sobre el 7% legal).

Actualmente, la cotización voluntaria redundante en una mayor cobertura o mayores prestaciones, pero bajo un FUS las personas preferirán utilizar esos recursos extras para un seguro complementario, tal como lo prevé el programa de gobierno. Por su parte, el sistema público de salud tiene ingresos por las cotizaciones de los trabajadores afiliados a Fonasa y aportes directos del Estado y de los municipios³. En 2021, el total de ingresos fue de \$15 billones.

INGRESOS PER CÁPITA DEL FUS CAERÍAN RESPECTO A AMBOS SUBSISTEMAS

Tabla N°1: Total de ingresos y número de usuarios de Fonasa e Isapres

	Presupuesto ejecutado Fonasa 2021 y aporte municipal (en \$MM)	Ingresos ISAPRES 2021 (en \$MM)	Eventual FUS
Aporte Trabajador			
Cotización obligatoria	4.134.597	2.354.273	6.488.870
Cotización voluntaria	0	884.288	0
Otros ingresos	0	61.462	61.462
Aporte Fiscal	8.555.052	0	8.555.052
Aporte Municipal	2.458.618	0	2.458.618
Total	15.148.266	3.300.023	17.564.001
Usuarios (a diciembre 2021)	15.233.814	3.330.254	18.564.068
Ingreso per cápita al mes (\$)	82.865	82.577	78.844
Variación	-4,9%	-4,5%	

Fuente: LyD con datos de Superintendencia de Salud, Dipres, Sinim y Fonasa.

Al analizar el total de ingresos y el número de usuarios de ambos sistemas, de acumular los ingresos de Fonasa e Isapres, descontando los aportes voluntarios de los afiliados a los seguros privados, los ingresos totales del FUS caerían respecto a

² Ver "Reforma a la salud: La inconveniencia de FONASA como un monopolio estatal". Temas Públicos N° 1557, Libertad y Desarrollo.

³ Los aportes municipales al sistema de salud son voluntarios, por lo que no es evidente que se mantengan una vez implementado un FUS, lo que cambiaría la magnitud, pero no el hecho que el sistema manejaría menos recursos.

ambos subsistemas, tal como se muestra en Tabla N°1. Así, el nivel de ingresos del FUS caería respecto a los actuales ingresos de Fonasa y las Isapres en torno a un 5%.

Es posible que parte de los gastos de un sistema tipo FUS se ahorren si es que actuales pacientes de Isapre deciden atenderse de manera privada, aunque su cotización vaya al FUS. Estimar ese efecto no es sencillo, ya que dependerá del número de personas que opten renunciar a su cotización y atenderse en prestadores privados pagando todo de su bolsillo, así como el nivel de riesgos y preexistencias que tengan quienes se mantengan en el FUS. De todos modos, lo anterior no redundaría en mayores ingresos al sistema, sino que solo una redistribución de recursos a costo de la libertad de elección y de otras distorsiones al sistema que veremos a continuación.

2. UN MONOPSONIO ESTATAL ES UN RIESGO PARA LOS PRESTADORES Y PARA LA INNOVACIÓN MÉDICA

Un asegurador único no solo coarta las opciones de las personas a elegir, sino que también tiene un efecto sistémico sobre los prestadores de salud. De acuerdo a los datos de Fonasa, el sector público gasta casi \$300 mil millones anuales en compra de prestaciones al sector privado, esto incluye la compra de servicios en laboratorios, consultas, intervenciones quirúrgicas, atenciones en centros de diálisis y de urgencia, entre otros.

Sin embargo, históricamente los servicios de salud han gastado más del presupuesto que reciben⁴. Ese desequilibrio financiero se traduce en retrasos a los pagos a los prestadores. En el caso de las clínicas, tal como se ha reconocido públicamente, Fonasa paga típicamente 6 meses después que el paciente ha sido dado de alta⁵. Según datos de la Asociación de Clínicas de Chile, a junio de este año Fonasa debía US\$345 millones a los prestadores privados⁶.

En ese contexto, un FUS crearía un monopsonio, es decir, un único comprador de exámenes, consultas médicas e intervenciones quirúrgicas, por lo que el actual problema de flujo de pagos a los prestadores privados se profundizaría al no contar con más alternativas que el Estado. Pese a la crisis financiera que actualmente viven las Isapres, que hoy también presentan deudas con los prestadores, ellas cumplen

⁴ Sobregasto Operacional y Deuda del Sistema Nacional de Servicios de Salud, Dipres (2016).

⁵ <https://www.latercera.com/pulso/noticia/gerente-general-de-clinica-davila-la-deuda-de-fonasa-ha-seguido-creciendo-y-se-vuelve-insostenible-para-nosotros/D35AGDKYCBHBJIROW4SOYD5GQQ/>

⁶ <https://www.clinicasdechile.cl/noticias/clinicas-advienten-que-fonasa-e-isapres-les-deben-us700-millones-por-atenciones-realizadas-sus-pacientes/>

un rol de diversificar el riesgo de pago evitando que el sistema de salud privado cuente con un único comprador (como sería en el caso del FUS) dando mayor estabilidad financiera a los prestadores privados.

Un monopsonio implica un problema más grave que sólo la oportunidad de los pagos. Este ejerce un poder de mercado importante sobre los prestadores en cuanto a precios a pagar y cantidades a contratar. Además, las posibilidades de costear innovación en equipamiento y tecnologías, que en el ámbito de la salud son esenciales, quedan sujetos a si el FUS está o no dispuesto a costearlos.

En Inglaterra, el National Health Service (NHS), para todos los efectos un monopsonio, debe aprobar nuevos tratamientos para que puedan ser costeados a través de dicho sistema. Ante las demoras en la aprobación de tratamientos contra el cáncer se creó el Cancer Drug Fund con el fin de disponibilizar, por fuera del NHS, tratamientos que pese a estar autorizados, no eran parte de los servicios que ofrecía el NHS. A partir de 2016, el Cancer Drug Fund se incorporó como parte de la oficina regular que autoriza medicamentos y tratamientos del NHS. Pero sigue habiendo casos donde tratamientos que no son costeados por el NHS, pese a su efectividad, son financiados a través del Cancer Drug Fund.

Este problema también se ha vivido en Chile. La semana pasada se realizó la primera operación de cáncer con un robot quirúrgico de última tecnología (Da Vinci) en un hospital público del país, pese a que esta tecnología ya está disponible en varios recintos privados del país. De hecho, la primera operación a un paciente de cáncer con Da Vinci en nuestro país se realizó en 2009⁷.

La existencia de aseguradores y prestadores privados, en cambio, permite que tratamientos innovadores estén disponibles para la ciudadanía, sin depender de la burocracia ni el presupuesto estatal, si es que existe disposición a pagar por ellos.

Por otro lado, se argumenta que un FUS ayudaría a disminuir el riesgo de la cartera de asegurados ya que así se agrupa a personas sanas y otras que padecen enfermedades. Sin embargo, para lograr equilibrar los riesgos no es necesario un asegurador único. De hecho, los países exitosos que funcionan con multiseguros así lo demuestran: Países Bajos, con una población similar a la de Chile, tiene más de 60 compañías de seguros de salud, aunque varias de ellas pertenecen a cerca de una

⁷ Ver "San Borja Arrarián realiza con éxito la primera cirugía robótica del sistema público con el Da Vinci". El Mercurio 14/10/2022 y <https://www.clinicasdechile.cl/noticias/9lorem-ipsium-dolor-sit-amet-consectetur-adipiscing-elit-dapibus-neque-quis/>

docena de empresas matrices⁸. Alemania, en tanto, tiene 105 aseguradoras para una población de 83 millones de personas⁹.

3. INDEPENDIENTE DEL MODELO, TENEMOS UN PROBLEMA DE GESTIÓN

El programa de gobierno establece que “iniciaremos un proceso de aumento del gasto en salud de manera progresiva hasta llegar al promedio de la OCDE”. De acuerdo a los datos de ese organismo, Chile ya está por sobre el promedio de la OCDE si se calcula el gasto en salud como proporción del PIB: nuestro país destina 9,3% versus el 8,8% del organismo: nuestro nivel de gasto es similar a países como Australia, Finlandia y Nueva Zelandia.

Es posible que Chile pueda modificar la estructura de ese gasto, por ejemplo, disminuyendo el “gasto de bolsillo”¹⁰ que sí es más alto (33% del gasto total) al que presenta el promedio de la OCDE (20%). Sin embargo, de nada servirá invertir aún más recursos -ni hacer un gran cambio en el sistema de seguros- si es que no hay una mejora profunda en gestión que permita un uso más intensivo de la infraestructura existente. Por ejemplo, Chile tiene prácticamente la misma cantidad de scanners por millón de habitantes que el promedio de países de la OCDE, pero realiza poco más de la mitad de exámenes¹¹.

Esto lo ha advertido la Comisión Nacional de Eficiencia y Productividad (CNEP) que en 2020 mostró que quirófanos electivos (es decir, aquellos no destinados a intervenciones de urgencia) de los hospitales públicos se usa, en promedio, 4,8 horas al día (considerando una jornada de 9 horas), en comparación con el Reino Unido donde se utiliza 6,4 horas diarias, un 33% más. Adicionalmente, el informe dio cuenta que Chile realiza tan solo 3,3 cirugías diarias por quirófano (versus las 5,1 cirugías diarias en el Reino Unido)¹².

Otro estudio de la CNEP¹³ mostró que más de un quinto de los días-cama de la atención primaria de salud pública corresponde a hospitalizaciones evitables. Por

⁸ Ver <https://www.zorgverzekering.org/eng/insurance-companies/>

⁹ Blümel M, Spranger A, Achstetter K, Maresso A, Busse R. Germany: Health system review. Health Systems in Transition, 2020.

¹⁰ Es aquel que no está cubierto por ningún tipo de seguros públicos ni privados y, por ende, debe salir directamente del paciente.

¹¹ Con 25,9 scanners por millón de habitantes en la OCDE se realizan 155 exámenes por cada mil habitantes. En Chile, con 24,2 scanners por millón de habitantes se realizan 82 exámenes por cada mil personas.

¹² Uso eficiente de quirófanos electivos y gestión de lista de espera quirúrgica no GES. CNEP, diciembre 2020.

¹³ Eficiencia en la atención primaria de salud. CNEP, junio 2022.

otro lado, estimó que de utilizarse mayor tecnología para priorizar las citas médicas aumentaría en un 14% el tiempo disponible para atenciones.

Así como hay una amplia capacidad de mejora en la utilización de la infraestructura de salud existente, los datos de Fonasa también reflejan la heterogeneidad del gasto necesario para lograr un egreso hospitalario equivalente. Entre 17 hospitales generales del país, la brecha de gasto entre el más y el menos eficiente superó el 72% en 2020¹⁴, lo que refuerza la necesidad de mejorar la gestión como un requisito previo para cualquier reforma en el sector salud.

REFLEXIONES FINALES: RECONOCER LAS PREFERENCIAS DE LAS PERSONAS

El 18% de los chilenos está cubierto por una Isapre. El resto, incluyendo a todos aquellos que no tienen ingresos, está en Fonasa. Pero esa cifra cambia de forma importante si se consideran las preferencias de quienes realmente pueden elegir, es decir, los trabajadores formales. Del total de trabajadores formales y que cotizan, por ejemplo, en el seguro de cesantía, casi el 40% cotiza también en una Isapre.

PORCENTAJE DE CHILENOS EN ISAPRE PRÁCTICAMENTE SE DUPLICA ENTRE QUIENES PUEDEN ELEGIR

Tabla N°2: Total de trabajadores formales. Datos a junio de 2022, último valor disponible

	Número	% que cotiza en Isapre
Cotizantes AFP	5.874.287	34%
Cotizantes AFC	5.079.069	39%
Cotizantes Isapre (abiertas y cerradas)	1.973.048	

Fuente: Elaboración propia con información de las Superintendencias de Pensiones y la Superintendencia de Salud.

Estas cifras muestran que los chilenos sí valoran los seguros privados de salud, pese a todos los problemas que las Isapres tienen y que deben ser resueltos (por ejemplo, eliminando barreras al acceso y ampliando la capacidad de elegir de quienes hoy únicamente pueden acceder a Fonasa). Lo anterior se ve reflejado también en diferentes encuestas¹⁵. Es por ello que la reforma que busca proponer el gobierno debe tener en consideración los elementos de diagnóstico aquí presentados para que se asegure que el remedio no sea peor que la enfermedad.

¹⁴ <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/datos-abiertos>

¹⁵ Un 72% está de acuerdo con un sistema de salud en donde las personas puedan elegir libremente entre un sistema público o privado al cual pertenecer (CADEM, abril 2022). Solo un 12% de los encuestados dijo que la reforma a la salud debiera eliminar las Isapres y pasar a un seguro público de salud versus el 79% que creía que era mejor regular el funcionamiento de los seguros privados (Critería, agosto 2022). El 69% de los encuestados declara no estar de acuerdo con no poder escoger quién administra su cotización de salud (Ipsos, julio 2022).