
SISTEMA PÚBLICO Y PRIVADO DE SALUD

Se igualan los recursos per cápita disponibles para atenciones de salud

I. Resumen Ejecutivo y Objetivos del Estudio

En el marco de la actual discusión de la Ley de Presupuesto 2018, la cartera de salud es la que experimentará un mayor incremento de recursos (6,9% real), alcanzando un presupuesto de \$8.008.661 millones¹. En este contexto, de mayor expansión de los ingresos para la salud pública, la Asociación de Isapres quiso evaluar que tan distante era el gasto per cápita que las Isapres abiertas destinan a atenciones de salud de sus beneficiarios, respecto de los recursos con que el sector público contará para ello, a la luz de las cifras presentadas en el presupuesto para el año 2018.

La diferencia en gasto en salud entre Fonasa/Isapres se cerró

Se suele argumentar que las deficiencias presentes en el sector público de salud son consecuencia de una baja disponibilidad de recursos por beneficiario para atenciones de salud, a diferencia del sector privado que contaría con mayor financiamiento. Sin embargo, **los resultados de este estudio muestran que la brecha de inequidad en el financiamiento per cápita**, que en la década de los 90 llegó a ser 3 veces del sector privado sobre el estatal, **se cerró. Efectivamente, los ingresos per cápita disponibles en el sector público para atenciones de salud, se igualaron al gasto que las Isapres destinan a cubrir las prestaciones de salud de sus beneficiarios.**

Ello nos lleva a concluir que los problemas de falta de servicio, presentes en el sector público, parecieran ser más consecuencia de sus mecanismos de gestión y no de falta de recursos.

Adicionalmente, al calcular las prestaciones que se otorgan por beneficiario en ambos sistemas, se observa que con prácticamente la misma disponibilidad de recursos, **el sistema Isapre entrega más atenciones de salud por beneficiario, que Fonasa.**

Lo anterior, tiene al menos tres consecuencias para el diseño de políticas públicas:

La primera, es que se debe considerar **cambios en la institucionalidad de la red pública** de atención, para modernizar su gobierno corporativo y otorgar mayor autonomía a los establecimientos. Sin mayores facilidades para la gestión en el sector público, es difícil que en éste con los mismos recursos per cápita se otorguen los mismos beneficios (en tiempos de espera, calidad y oportunidad) que en sector privado.

¹ Aproximadamente US\$ 13 mil millones.

La segunda, es que surge la necesidad de **modernizar y perfeccionar el modelo de financiamiento, contratación y provisión de servicios médicos del sector público**. Existen las condiciones financieras para **desarrollar nuevos modelos de colaboración público privada**, para la entrega de servicios médicos ambulatorios y hospitalarios, diferentes a la tradicional provisión por establecimientos públicos. Las concesiones sanitarias, concesiones hospitalarias integrales, subsidios a las personas y otros mecanismos de contratación de servicios deben ser explorados. El ejercicio realizado en este estudio demostró que en Chile es necesario discutir la idea que el Estado, bajo ciertas condiciones, permitiese que se contrate bajo diferentes modelos, los servicios que requiere la población.

La tercera, es reconocer el **aporte que brinda el sector privado de salud en la contención de costos y entrega de servicios adecuados**, el cual permite que millones de personas obtengan una atención de salud de buen nivel. Esta relativa mayor eficiencia mostrada por el sector privado (igualación de gastos per cápita) ha permitido un crecimiento más acelerado de las Isapres, en términos de beneficiarios, en contraposición a Fonasa.

Población de mayor riesgo

Reconocemos que la población de Fonasa es más riesgosa (más envejecida y mayor dispersión geográfica) que la de Isapre (17% más riesgosa según se demuestra con los factores de riesgo), lo que se traduce en mayores necesidades de financiamiento. Sin embargo, estimamos que este mayor costo se compensa con el hecho de que el sector público cuenta con economías de escala en la atención de una población de 13,5 millones de personas versus 3,5 millones en Isapre, las que además atiende en un sistema verticalmente integrado en una red cerrada propia. En síntesis, las diferencias en la escala de atención deberían significar que las diferencias por riesgo entre sistemas desaparecen en términos de costos.

Brechas de inequidad que persisten

Finalmente, se puede aseverar que las brechas de inequidad financiera en salud se han reducido significativamente hasta casi desaparecer actualmente, pues los gastos per cápita entre ambos sistemas se igualan en cifras cercanas a los \$500.000 anuales. Sin embargo, lo que no se ha superado es la inequidad en la satisfacción de sus usuarios y, probablemente, en resultados sanitarios, debido a las diferencias de acceso, oportunidad, calidad y cobertura que presentan ambos sistemas.

Cálculo de los recursos per cápita disponibles para atenciones en salud

Metodología y resultados

El objetivo de este estudio es conocer qué tan distante es el gasto per cápita que las Isapres destinan al pago de prestaciones de salud de sus afiliados – excluyendo el pago de licencias médicas y los gastos de administración y ventas (GAV) – de los recursos per cápita con que el sistema público de salud cuenta para financiar las atenciones de salud de su población, también excluyendo GAV, licencias médicas y las acciones que tienen relación con toda la población (vacunas, etc.) y no solo con sus beneficiarios.

En el caso de las Isapres abiertas, es posible conocer con exactitud cuántos son los recursos que éstas destinan para pagar las prestaciones de salud de sus beneficiarios, pues esta información financiera se encuentra disponible en la Ficha Económica y Financiera de Isapre (FEFI), las que se publican trimestralmente. Las últimas FEFIs disponibles contienen la información financiera acumulada entre enero y junio de 2017 de todas las Isapres abiertas con excepción de Isapre Masvida, que se encontraba bajo un régimen de supervigilancia y control por parte de la Superintendencia de Salud, ni de Optima². Dado ello, tampoco se consideraron los beneficiarios de dichas instituciones de salud para el cálculo del gasto en salud por beneficiario.

Ahora bien, de dicha información financiera se obtuvo que **el gasto anual que las Isapres destinan a pagar prestaciones de salud por beneficiario corresponde a \$510.937** (excluye pagos por licencias médicas y GAV), lo que se detalla en el Cuadro N° 1.

Cuadro N°1	
Gasto Anual en Atenciones de Salud Isapres Abiertas	
Gasto en Prestaciones de Salud a junio 2017 (MM\$)	\$713.258
Beneficiarios Isapres Abiertas a junio 2017	2.791.958
Gasto Anual por Beneficiario en Atenciones de Salud (\$)	\$510.937

Fuente: El **Gasto en Prestaciones de Salud** se obtiene de la información financieras de las FEFIs Isapres abiertas publicadas a junio de 2017. No incluye los valores de Isapre Masvida por encontrarse bajo un régimen especial de supervigilancia y control, ni de Optima por no contar con sus FEFIs.

Beneficiarios a junio de 2017. En base a información de cartera publicada por la Superintendencia de Salud. No se contabilizan ni los beneficiarios de Isapre Masvida ni los de Optima.

² Por Resolución Exenta IF/N° 105 de 26 de abril de 2017, se autoriza transferencia de contratos de salud previsual y cartera de afiliados y beneficiarios de Isapre Masvida a Isapre Optima y por Resolución Exenta IF/N° 129 del 23 de mayo de 2017, Isapre Optima cambia la razón social de Optima por "Nueva Masvida".

Por su parte, para el cálculo de los recursos por persona disponibles en el sector público para atenciones de salud, se utilizó como base la partida del Ministerio de Salud del Proyecto de Ley de Presupuestos del año 2018, a la cual se le realizaron una serie de descuentos para poder estimar los ingresos con que contará el sector público para otorgar prestaciones de salud a sus beneficiarios. En el Cuadro N° 2 se encuentra el detalle.

En concreto, del Proyecto de Ley de Presupuestos 2018, se tiene que \$ 8.008.661 millones corresponden a ingresos (gastos) destinados al Ministerio de Salud. A estos ingresos se le restó el gasto de bolsillo (copagos) de las personas y se le agregaron los aportes municipales a la atención primaria, de modo de reflejar los ingresos de origen público y cotizaciones, los que alcanzaron \$7.758.560 millones.

Luego a estos ingresos se le descontaron los gastos que no guardan relación directa con el otorgamiento de prestaciones de salud. En este contexto, se excluyeron los gastos asociados al Instituto de Salud Pública (ISP), la Superintendencia de Salud (SIS) y del Instituto de Seguridad Laboral (ISL) incluido en la partida de la Subsecretaría de Salud Pública (SSP), los que sumaron \$59.133 millones³. Asimismo, se excluyeron los programas de salud que por definición benefician a toda la población y no únicamente a la población Fonasa, como los programas de alimentación PNAC⁴ y PACAM⁵, y el programa ampliado de inmunización (PAI), cuyos gastos sumaron \$115.583 millones.

Asimismo, se descontó el gasto asociado al pago de licencias médicas curativas, que en el 2016 alcanzó \$647.983 millones, según estadísticas publicadas en conjunto por el Fonasa, la SIS y la SUSESO y se descontó el pago por licencias maternales y enfermedades niño menor a 1 año (FUPF) y el Subsidio de Cesantía, ambos reflejados en la partida de la SSP y cuyo monto corresponde a \$54.586 millones. Luego, se descontaron gastos asociados a la administración central (pagos de sueldos de la Subsecretaría de Salud Pública) y a la administración del Fonasa, los que sumaron \$148.658 millones. Con dichos descuentos, los ingresos disponibles para atenciones de salud alcanzaron \$6.732.618 millones, mientras que los beneficiarios del Fonasa se proyecta alcanzaran 13.710.790 al cierre del 2018⁶. Con ello, **los ingresos anuales disponibles para atenciones en salud en el Fonasa alcanzaron \$ 491.045 por beneficiario.**

³ El gasto de la Central Nacional de Abastecimiento (Cenabast) no se incluye pues sus ingresos y gastos se compensan.

⁴ Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC).

⁵ Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM).

⁶ Se tomaron los beneficiarios del año 2016 (Fuente: Cuenta Pública Fonasa 2016) y se proyectaron a diciembre de 2018, según la tasa de crecimiento promedio de los beneficiarios del Fonasa de los últimos 5 años.

Cuadro N°2	
Ingresos y Gastos en el Sistema Público de Salud (PLP 2018)	
Ingresos Proyecto de Ley de Presupuestos 2018 (MM\$)	\$8.008.661
Copagos Totales (MM\$)	(\$340.458)
<i>Copago MAI (MM\$)</i>	<i>(\$135.247)</i>
<i>Copago MLE (MM\$)</i>	<i>(\$205.212)</i>
Aportes Municipales (MM\$)	\$90.358
Ingresos de Origen Públicos y Cotizaciones para Salud	\$7.758.560
<i>Descuentos gastos para toda la población, Licencias Médicas y de administración:</i>	
Gasto Servicios Públicos	(\$59.133)
<i>Instituto de Salud Pública (MM\$)</i>	<i>(\$34.051)</i>
<i>Superintendencia de Salud (MM\$)</i>	<i>(\$13.653)</i>
<i>Instituto de Seguridad Laboral (SSP) (MM\$)</i>	<i>(\$11.429)</i>
Gasto Bienes Públicos	(\$115.583)
<i>Programas de Alimentación, PNAC y PACAM (SSP) (MM\$)</i>	<i>(\$69.129)</i>
<i>Programa Ampliado Inmunizaciones, PAI (SSP) (MM\$)</i>	<i>(\$46.454)</i>
Gasto en Licencias Médicas	(\$702.569)
<i>Gasto SIL Fonasa (MM\$)</i>	<i>(\$647.983)</i>
<i>Fondo Unico de Prestaciones Familiares y Subsidio Cesantía (SSP) (MM\$)</i>	<i>(\$54.586)</i>
Gasto Administración Central	(\$99.259)
<i>Gasto en Personal SSP (MM\$)</i>	<i>(\$99.259)</i>
Gasto Administración Fonasa	(\$49.399)
<i>Gasto en Personal (MM\$)</i>	<i>(\$19.896)</i>
<i>Gasto en Bienes y Servicios de Consumo (MM\$)</i>	<i>(\$25.663)</i>
<i>Adquisición de Activos No Financieros (MM\$)</i>	<i>(\$3.840)</i>
Ingresos disponibles para Atenciones de Salud	\$6.732.618
Beneficiarios Fonasa proyección 2018	13.710.790
Ingresos Anuales Disponibles para Atenciones de Salud (\$)	\$491.045

Fuentes: **Ingresos, copagos, gasto servicios públicos, gasto administración central, gasto administración**

Fonasa: Proyecto de Ley de Presupuesto 2018. <http://www.dipres.gob.cl/595/w3-multipropertyvalues-15168-24043.html>.

Gasto Administración Central: corresponde al gasto en personal de la Subsecretaría de Salud Pública (SSP). Los gastos en personal de los otros servicios que no van directamente a atenciones de salud, ya fueron restados en gastos servicios públicos.

Aporte Municipal: Estudio Salud Municipal 2014. AMUCH. Este es el último dato disponible.

PNAC, PACAM y PAI: Disponible en capítulo 09 (SSP) de la Partida 16 del Proyecto de Ley de Presupuestos 2018.

SIL: Estadísticas de LM y SIL 2016, Fonasa, SIS, SUSESO. Septiembre 2017.

ISL, FUPF y Subsidio Cesantía: Disponible en capítulo 09 (SSP) de la Partida 16 del Proyecto de Ley de Presupuestos 2018.

Beneficiarios: Se tomaron los beneficiarios del año 2016 (Fuente: Cuenta Pública Fonasa 2016) y se proyectaron a diciembre de 2018, según la tasa de crecimiento promedio de los últimos 5 años.

Conclusiones y otros resultados

Si bien reconocemos que la población de Fonasa es más riesgosa que la de Isapre y este cálculo no realiza ajustes por dicho riesgo -pero se abordará en el punto (iv), podemos concluir que:

(i) El sistema público de salud cuenta básicamente con los mismos ingresos per cápita para atenciones en salud que lo que las Isapres gastan efectivamente en otorgar atenciones de salud a sus beneficiarios.

Por lo tanto, si no existen diferencias en los recursos disponibles entre sistemas, las deficiencias presentes en el sector público respecto al privado, como las listas de espera e insatisfacción de los usuarios por falta de soluciones a sus problemas de salud, podría tener más que ver con dificultades de gestión y no como consecuencia de falta de recursos.

(ii) En tanto, al calcular las prestaciones per cápita en ambos sistemas, se observa que, **con la misma disponibilidad de recursos el sector privado es capaz de entregar más prestaciones por paciente, en prestadores que ofrecen un buen estándar de servicios y, en general, sin listas de espera.** En efecto, en el Cuadro N° 3, se observa que mientras en Isapre los afiliados consultan 4,5 veces al año un médico, en el sector público se consulta 3,4 veces, aun considerando las compras que hace Fonasa en establecimientos públicos y privados. Lo mismo ocurre en el caso de los exámenes de imagenología, donde la tasa de uso por 1.000 beneficiarios en Isapre es de 1.418, mientras que en sistema público es de 1.266. Mientras, en el caso de las intervenciones quirúrgicas, en Isapres se realizan 127 cada 1.000 beneficiarios, mientras que en el sector público caen a 105.

Cuadro N° 3			
Prestaciones de Salud por Beneficiario en el Sistema Público y en el Sistema Isapre			
	Sistema Público Incluye compras en Establecimientos no pertenecientes al SNSS	Sistema Isapre	Diferencia % Isapre/Fonasa per cápita
Beneficiarios	13.468.265	3.427.665	-
Consultas Médicas	46.069.854	15.402.906	-
Consultas por beneficiario	3,4	4,5	31%
Exámenes de Imagenología	17.044.730	4.859.557	-
Ex. de Imagenología por 1.000 beneficiarios	1.266	1.418	12%
Intervenciones Quirúrgicas	1.409.586	435.646	-
I. Quirúrgicas por 1.000 beneficiarios	104,7	127,1	21%

Fuentes: **Beneficiarios S. Público**, corresponden a los del año 2014, porque las prestaciones disponibles del Fonasa corresponden a igual año.

Beneficiarios Isapres: Estadísticas de Cartera 2016, SIS.

Prestaciones Isapre: Estadísticas Prestaciones 2016, SIS.

Consultas S. Público: Corresponde a consultas en atención primaria, consultas de especialidad y urgencia realizadas en SNSS y consultas realizadas en establecimientos no pertenecientes al SNSS (Fuente: DEIS, REM 2014. Minsal) y MLE (Fuente: Boletín Fonasa 2014-2015). Sólo se consideraron las consultas otoradas por médicos, para hacerlas comparables con Isapre (excluye las realizadas por matronas, enfermeras u otros trabajadores de salud).

Imagenología S. Público: Corresponde a exámenes de imagenología realizada en establecimientos municipales, SNSS, establecimientos no pertenecientes al SNSS (Fuente: DEIS, REM 2014. Minsal) y MLE (fuente: Boletín Fonasa 2014-2015).

Intervenciones Quirúrgicas: en establecimientos SNSS y fuera SNSS (compras a privados). Fuente: DEIS, REM 2014. Minsal.

De los puntos (i) y (ii) se extraen tres consideraciones importantes:

La primera, es la **urgente necesidad de revisar la institucionalidad de la red pública de atención**, para modernizar su gobierno corporativo y otorgar mayor autonomía a sus establecimientos. Sin modernizar la gestión en el sector público, es imposible que éste con los mismos recursos per cápita, otorgue los mismos beneficios (en tiempos de espera, calidad y oportunidad) que el sector privado.

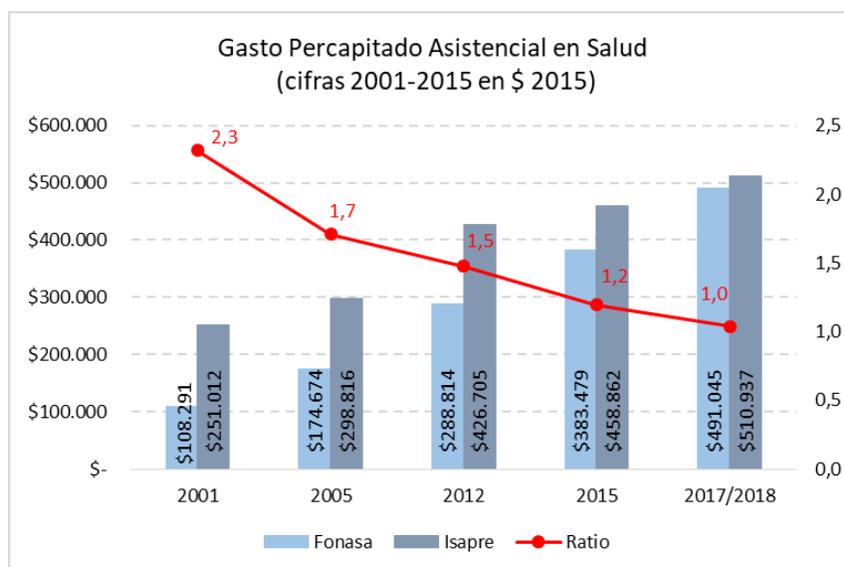
La segunda, es la necesidad de **perfeccionar el modelo de financiamiento del sector salud**. Dadas estas cifras, se debe explorar modelos que permitan una mayor colaboración pública privada sujeto a resultados. A modo de ejemplo, están las concesiones sanitarias, en que el Estado delega los servicios de salud de poblaciones completas, mediante una cápita ajustada por riesgo y resultados, entre otras soluciones modernas que ya se emplean en otros países y que permiten una mejor colaboración del sector privado con las políticas de salud de los gobiernos.

El ejercicio realizado demostró que en Chile no es irreal plantearse la idea que el Estado, bajo ciertas condiciones de compensación de riesgo y evaluación de resultados según

cumplimiento de políticas de salud, permitiese que sus cotizantes pudiesen optar por el sistema de su preferencia con parte de su cápita (subsidio). Esto, de paso, ayudaría a descomprimir al estresado sector público de salud, el cual podría destinar sus esfuerzos a la población más vulnerable del país. Hoy, la única herramienta que el Estado utiliza, pero en forma muy marginal, es la compra de servicios privados de salud, para garantizar la atención de pacientes GES, diálisis y algunos trasplantes, cuando su oferta se hace escasa.

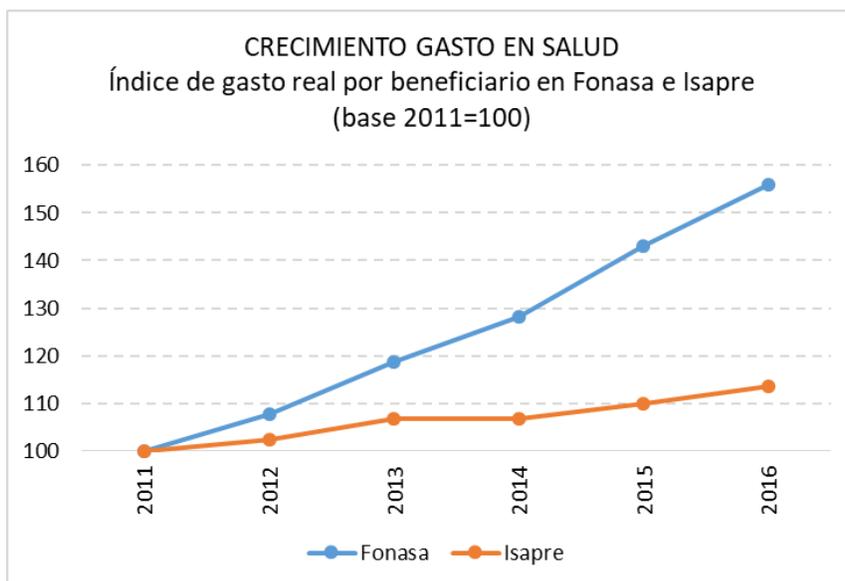
La tercera, es el **aporte que brinda el sector privado de salud**, el cual permite que el Estado delegue a 3,5 millones de personas para obtengan atención de salud y SIL, sin que ello le represente un costo al Estado. El sector de salud privado ha logrado el desarrollo de una red de atención ambulatoria y hospitalaria muy importante que también atiende al menos a 5 millones de chilenos beneficiarios de Fonasa, y ha adquirido un *know how* en la gestión de seguros que no se debe desestimar ni desperdiciar. En este contexto, las reformas también deben avanzar hacia un perfeccionamiento del sector privado y, las políticas públicas, a permitir una mayor integración entre ambos sistemas.

(iii) En el pasado los recursos per cápita de los beneficiarios de Isapre llegaron a ser el doble (incluso el triple en la década de los 90) a los de Fonasa, sin embargo, esta premisa desde ya hace algunos años se ha corregido, tendiendo a igualarse ambas cápitras en el último tiempo. Usando cifras proporcionadas por Fonasa, en el siguiente gráfico se aprecia como el ratio de gasto per cápita para asistencia en salud Isapre/Fonasa ha caído sostenidamente con los años, encontrándose hoy cercano a 1, lo que significa que ambos son similares.



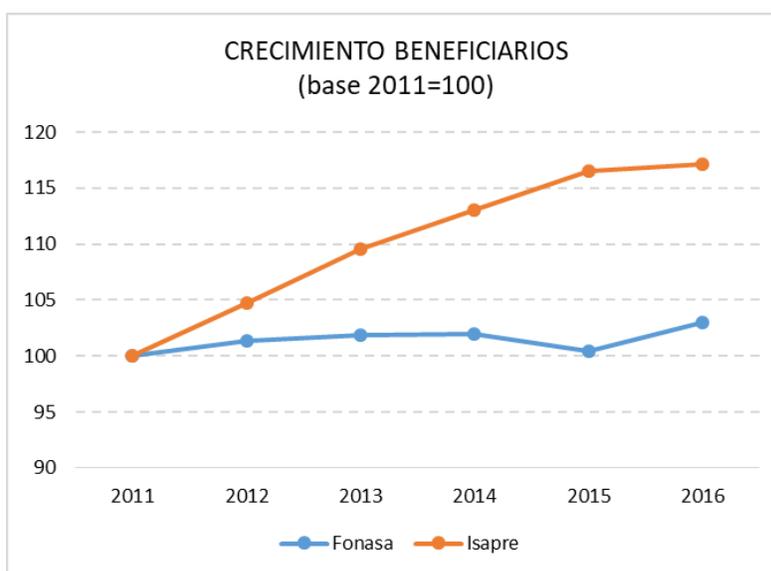
Fuente: Elaborado por Asociación de Isapres en base a datos del Boletín Fonasa 2014-2015

Lo anterior, refleja que si bien en ambos sistemas de salud los costos per cápita aumentan (por que las cápitas para salud aumentan cada año), en Fonasa están creciendo a una mayor velocidad que en Isapres (9% Fonasa versus 3% Isapre promedio anual últimos 5 años).



Fuente: Elaborado por Asociación de Isapres en base a datos del Boletín Fonasa 2014-2015

Asimismo, esta relativa mayor eficiencia mostrada por el sector privado (igualación de gastos per cápita) ha permitido un crecimiento más acelerado de las Isapres, en términos de beneficiarios, en contraposición a Fonasa (3,2% Isapre versus 0,6% Fonasa promedio anual últimos 5 años).



Fuente: Elaborado por Asociación de Isapres en base a datos del Boletín Fonasa 2014-2015 y datos de la Superintendencia de Salud.

(iv) Hasta el momento, en el análisis no se ha considerado que la cartera del Fonasa es más riesgosa que la cartera del sistema Isapre (más envejecida y dispersión geográfica), lo que repercute en el presupuesto que se tiene por beneficiario. De este modo, usando datos de cartera Isapre de la SIS (2016) y de Fonasa (2015) y una tabla de factores de riesgo única (para que el cálculo sea comparable)⁷ estimamos el factor de riesgo de ambas carteras, siendo éste de 1,49 para Isapres abiertas y de 1,74 para Fonasa. Lo anterior, implica que Fonasa tiene un riesgo que es 17% superior al de Isapre, lo que en estricto rigor debería traducirse en un mayor costo de salud para la población del Fonasa cercano a \$ 7.000 mensuales adicionales por persona. Sin embargo, lo que este cálculo no considera son las economías de escala con que cuenta Fonasa, con una población de más de 13,5 millones versus Isapre que casi alcanza los 3,5 millones de beneficiarios. Además el sector público es un sistema verticalmente integrado, con una red propia. Esta diferencia en la escala de atención debería llevar a que esas diferencias por riesgo, desaparecieran en términos de costos, llevando en la práctica a que los costos anuales per cápita en ambos sistemas se igualaran y fueran cercanos a \$500.000.

Por último hay dos consideraciones adicionales que nos gustaría hacer;

(v) Efecto de las Licencias Médicas. Para efectuar el cálculo de los recursos que se destinan a atenciones en salud per cápita en ambos sistemas y compararlos, se debió descontar el gasto que se destina a pagar licencias médicas, además su gasto tiene que ver con el nivel de ingresos de las personas (mayor renta mayor pago por día de licencia médica). En el caso del sector público además de descontarse el pago por licencias médicas curativas, se descontó el pago por licencias maternas y enfermedades niño menor a 1 año (FUPF) y el subsidio de cesantía.

(vi) Efecto de los copagos. Para efectuar el cálculo de los recursos que se destinan a atenciones médicas no se consideraron los copagos que pagan los pacientes en ambos sistemas, esto básicamente porque en el sector público queríamos mostrar los ingresos que provienen de aportes estatales y de la cotización legal únicamente. Los copagos ayudan a financiar las prestaciones, y en el caso de Isapres dependerá del plan de salud y el prestador seleccionado: prestadores más caros lleva a un copago mayor. Pero prestaciones en prestadores preferentes o redes cerradas el copago es menor, por lo que dependiendo de la decisión del paciente, corresponderá un monto mayor o menor de copago.

En el caso de la atención en redes institucionales públicas (MAI), la atención primaria es gratuita para todos los beneficiarios de Fonasa y en el caso de hospitalización y de atenciones de especialidad la atención es gratuita en los tramos A y B y se considera un

⁷ La tabla de factores utilizada para calcular el factor de riesgo de las carteras de Isapre y Fonasa), fue tomada del estudio de la Superintendencia de Salud "Evaluación de las Tablas de Factores en Comercialización de las Isapres Abiertas" de julio de 2008 (Anexo N° 1). Esta tabla de factores es la que en dicho estudio la SIS concluyó proyecta de mejor manera los costos esperados del sistema Isapre.

copago para los beneficiarios en el tramo C (10%) y D (20%). Adicionalmente, los beneficiarios clasificados en los tramos B, C y D, pueden optar, por la modalidad de libre elección (MLE), que considera la posibilidad de elegir a un prestador privado de entre una lista de aquellos que tienen convenio con el Fonasa. Las personas hacen un copago en función del nivel de inscripción del prestador en convenio con Fonasa (niveles 1,2 o 3) para consultas médicas generales (generales y de especialidad), exámenes de laboratorio e imagenología, cirugías, radioterapia, psiquiatría. El copago de la MLE es mayor al de la MAI. En las atenciones hospitalarias en clínicas privadas en modalidad Libre Elección Fonasa, no PAD, los pacientes copagan entre un 90% y 80% de la factura.

En el caso de Isapres, los copagos están influidos de manera importante por la utilización de la libre elección, no obstante éstos pueden ser reducidos al mínimo si se utilizan redes cerradas, como ocurre con la utilización del GES o de la cobertura catastrófica CAEC.