

Informe Asociación de Isapres

Nicolás Figueroa y Claudio Sapelli

EFFECTOS DEL CAMBIO DE ISAPRES A FONASA

Nicolás Figueroa¹ y Claudio Sapelli²

07 de noviembre de 2014

¹ Profesor Asistente, Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile (nicolasf@uc.cl).

² Profesor Titular, Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile (csapelli@uc.cl).

<u>RESUMEN EXTENDIDO</u>	3
<u>1. INTRODUCCIÓN</u>	5
<u>2. DATOS Y METODOLOGÍA</u>	6
<u>3. CONCLUSIONES</u>	13
<u>REFERENCIAS</u>	14

Resumen Extendido

El objetivo del estudio es examinar el impacto de una reforma al sistema de salud, que hiciese necesario el cambio a FONASA de las personas de menos ingresos que están hoy en el sistema ISAPRES. Este estudio analiza los usuarios que llamamos “marginales” en el sistema ISAPRE. Para eso, estudiamos cómo un cambio que fuerza a aquellos usuarios de los planes más baratos de las Isapres a moverse a Fonasa, afecta su bienestar.

Una persona, al salir del sistema de Isapres, verá afectado su bienestar de dos formas. En ciertas situaciones cambiará de proveedor, sustituyendo clínicas privadas (con menor cobertura en el sistema Fonasa) por proveedores públicos. En otras optará por proveedores privados, a pesar de la menor cobertura, pagando más que antes.

Es difícil evaluar el cambio en el bienestar de un consumidor cuando cambia de proveedor. En efecto, sólo sabemos que el consumidor prefiere el proveedor privado hoy (ya que lo elige sobre el público), pero no sabemos el valor monetario que le asigna a atenderse con un proveedor sobre el otro. Sin embargo, es posible evaluar cuál es el costo monetario de salir del sistema de Isapres si el consumidor insiste en los proveedores que utiliza hoy.

El presente estudio intenta calcular, de la mejor forma posible, este costo monetario. Para ello se utilizan datos de los grupos familiares marginales de dos Isapres (X e Y), y el total de las prestaciones médicas que recibieron durante un año que no pertenecen al GES (puesto que el costo de éstas es independiente del seguro). Tras establecer los perfiles de los distintos grupos de usuario, por género y edad, se analiza el costo de estas prestaciones tanto en el sistema actual, utilizando los datos del copago realizado, y en una hipotética situación como usuario de Fonasa.

El resultado principal, explicado y desglosado más abajo, es que el gasto de bolsillo de los consumidores subiría en un 699%. Esto se explica fuertemente por el aumento de sus costos en atenciones ambulatorias (y especialmente medicamentos oncológicos) no cubiertas en Fonasa. En total, el aumento del costo de bolsillo en estas atenciones es de un 812%. El aumento en gastos hospitalarios es mucho menos marcado, pero importante: 74%.

Se consideraron, en cada grupo, las prestaciones que explican el 80% del gasto total. Es decir, tras ordenar las prestaciones de acuerdo a su injerencia en el gasto total, se utilizaron las más importantes (aquellas que, acumuladas, explican el 80% del gasto) para realizar la comparación entre los dos sistemas para un consumidor determinado.

Para esto último, dividimos las prestaciones en dos grupos: ambulatorias y hospitalarias. En general, y tal como se detalla más abajo, se asume un escenario muy favorable a Fonasa. A modo de resumen, diremos que cada vez que existe un arancel Fonasa asociado a una prestación, la clínica privada está dispuesta a atender al paciente por este arancel. Y cada vez que una prestación está asociada a un PAD (pago asociado a diagnóstico), la clínica privada acepta atender al paciente bajo este sistema. Por lo tanto, todas las estimaciones de aumento del costo de bolsillo para los consumidores son cotas inferiores del verdadero cambio que se produce.

En el caso de prestaciones ambulatorias, asumimos lo siguiente:

- 1) Si existe un bono Fonasa, se considera que la clínica atiende al paciente con un bono nivel 3. Si éste no existe, y sólo existe nivel 1, se considera que la clínica acepta el bono nivel 1.
- 2) Si existe un sistema de copago por tramos A-D, se considera que la clínica atiende al paciente con el copago de un usuario Fonasa tipo D.
- 3) Una excepción es el día cama, cuyo precio en Fonasa es de \$5.500, y que consideramos una clínica cobrará a \$50.000 (una estimación conservadora).
- 4) Para prestaciones no incluidas en el sistema de Fonasa, se considera que el consumidor debe pagar el total de la prestación.

En el caso de prestaciones hospitalarias, asumimos que:

- 1) Las prestaciones que corresponden a algún PAD (28% del total), mantendrán el mismo copago que hoy tienen, un 42% en promedio.
- 2) Para las prestaciones no asociadas a PAD, se consideró un copago de 50% para los honorarios médico-quirúrgicos, un 80% en medicamentos y materiales y un 95% de copago para la factura clínica.
 - a. Esta última estimación está basada en los datos agregados de copago en pacientes Fonasa nivel D en la Clínica Bicentenario.
 - b. Los altos copagos en el ítem de factura clínica se explican, como se indicó anteriormente, por los aranceles de referencia extremadamente bajos de Fonasa en los costos de día cama.
 - c. En el caso de medicamentos y materiales, se explican por la muy baja cobertura de Fonasa en estos ítems.
 - d. Para establecer cuando una prestación está asociada a PAD, utilizamos la ayuda profesional de Patricio Valle, Profesor Instructor de la PUC.

Los resultados, detallados por grupo (género-edad) en el informe, muestran los importantes aumentos en el costo de bolsillo que sufriría un consumidor si tuviera que cambiar de sistema y quisiera acceder al mismo servicio que recibe hoy. En algunos casos este cambio es tan grande que es razonable pensar que el consumidor deberá ajustar su consumo de otra forma. Al no poder solventar el gasto de bolsillo que implicaría mantener al proveedor usado actualmente, tendrá que cambiar a la modalidad de prestación institucional, con lo que ello conlleva.

Para las prestaciones hospitalarias, los gastos por concepto de prestaciones no incluidas en un PAD (que representan el 72% de total) aumentarían en un 103%, lo que aumentaría el gasto total hospitalario en un 74%. Cabe destacar que este efecto es más pronunciado en adultos mayores, puesto que en estos grupos es mayor la incidencia de prestaciones no incluidas en PAD (80%). Lo contrario ocurre para mujeres entre 30 y 34 años, donde las prestaciones no incluidas en PAD representan sólo el 40% del gasto total.

Para las prestaciones ambulatorias, el cambio es mucho mayor, y también más heterogéneo entre grupos. En agregado, el gasto sube un 812%. Este número, bastante impresionante, se explica casi totalmente por las prestaciones no cubiertas por Fonasa, como los medicamentos (en especial los oncológicos), la kinesiterapia y la fonoaudiología en niños, la queratectomía en adultos jóvenes, etc. En efecto, si consideramos sólo las prestaciones cubiertas por Fonasa, el aumento del gasto es muy menor, sólo el 7%.

Finalmente, cabe destacar que este aumento en los costos de prestaciones ambulatorias es muy heterogéneo, por la naturaleza misma de los gastos en medicamentos o kinesiología. Así, para niños entre 0 y 14 años, el copago aumenta en un 291%, alza fundamentalmente explicada por el 13% del gasto (fonoaudiología y kinesiterapia). Y para algunos grupos de adulto mayor el alza es de un 4000% (explicado por los medicamentos oncológicos). Este último punto muestra con fuerza las ventajas del seguro catastrófico establecido por el conjunto de Isapres, y los efectos tremendamente negativos que tendría en ciertos consumidores el cambio a un sistema donde ciertos tratamientos (oncológicos) no se encuentran cubiertos.

1. Introducción

En este estudio se examina el impacto sobre las personas de menores ingresos (que hoy están en Isapres) de una reforma al sistema de salud, que las lleve a cambiarse a FONASA. Para eso, consideramos a los usuarios que pertenecen a grupos familiares “marginales” del sistema ISAPRE, quienes no tienen capacidad de pagar más, ni tampoco la posibilidad de moverse a planes con menor cobertura. Ante cambios en el sistema que les significaren un aumento en los costos, estas personas estarían obligadas a moverse al sistema FONASA.

El objetivo es analizar cuales son las consecuencias para estas personas de este cambio de sistema de aseguramiento. Al salir del sistema de Isapres, estas personas verán afectado su bienestar de dos formas. En ciertas situaciones cambiarán de proveedor, sustituyendo clínicas privadas (que tienen una menor cobertura en el sistema Fonasa) por proveedores públicos. En otras optarán por proveedores privados, a pesar de la menor cobertura, pagando más que antes.

Es técnicamente muy difícil estimar el cambio en el bienestar de las personas tomando en cuenta tanto el aumento de costos como la sustitución de proveedores privados por proveedores públicos. Tal cálculo requeriría entender cual es la magnitud de esta sustitución, y a que costo, en bienestar, se realiza. Además sería necesario traducir este cambio en bienestar a un costo monetario, para así poder agregarlo al costo de bolsillo adicional asociado a las prestaciones que se sigan realizando con proveedores privados. Como el presente estudio se trata de un ejercicio contrafactual, donde no conocemos la magnitud de esta sustitución, se optó por una estrategia alternativa, donde se analiza el impacto en el copago de las personas si estas deciden mantenerse utilizando proveedores privados, como lo hacen hasta ahora.

Este análisis es correcto, puesto que con sus elecciones actuales las personas afiliadas al sistema ISAPRES están revelando que prefieren a los proveedores privados que a los públicos, incluso los primeros son un poco más caros con sus seguros actuales. Esto puede deberse a preferencias personales, localización, rapidez de la atención, calidad de ésta u otros motivos, pero la motivación es irrelevante en esta estimación. Este estudio considera estas preferencias y estima cual sería el costo de seguirlas satisfaciendo dado un cambio en las reglas del juego que implique un cambio en el aseguramiento de esta persona.

Para estimar los gastos adicionales de una persona, consideramos datos de dos Isapres, cuyos nombres deben mantenerse anónimos por tratarse de datos confidenciales. Estos datos contienen todas las prestaciones de los usuarios “marginales” de estas Isapres. Para este estudio se eliminaron aquellas prestaciones asociadas al GES (programa de Garantías Explícitas en Salud)

puesto que teóricamente los costos y la rapidez de la atención en estas prestaciones no debieran depender del sistema de aseguramiento de la persona. Además, representan menos de un 1% del gasto total, por lo que el no considerarlas no introduce sesgos al estudio. Por otro lado, por su distinta naturaleza, se separaron las prestaciones ambulatorias y hospitalarias.

Con el objeto de realizar un análisis detallado del impacto de este cambio en las personas, el análisis se dividió a la población tanto por edad como por género. Las conclusiones se presentan tanto por grupo como en términos agregados.

En la sección 2 de este trabajo se describen con más detalles los datos y la metodología utilizada, los resultados para prestaciones ambulatorias y para prestaciones hospitalarias. La sección 3 concluye.

2. Datos y Metodología

Los datos utilizados corresponden a grupos familiares que cotizan en los planes más baratos en dos Isapres del mercado. Los datos de cada grupo familiar incluyen a los integrantes de este grupo, identificados por género y edad (al comienzo del año en cuestión). En total, contamos con aproximadamente 50.000 cotizantes, de los cuales un 55% son hombres. En una división por edad, encontramos que un 60% son menores de 29 años, un 3% se encuentran entre 30 y 65 años y un 37% corresponde a adultos mayores de más de 65 años.

Para cada una de la personas en la base de datos (integrante de un grupo familiar incluido en la muestra) existe un registro de cada una de las prestaciones realizadas durante un año (en el periodo 2012-2013). Este registro incluye el código Fonasa de la prestación (si existe), una variable indicando si se acoge a GES, el costo total de la prestación y el costo de bolsillo para el usuario (copago). Además, para las prestaciones hospitalarias, el costo de la prestación se encuentra dividido en Honorario Médico-Quirúrgicos, Factura Clínica y costo de medicamentos y exámenes. En términos agregados, estas personas recibieron prestaciones que ascienden a \$305.166.932.899.

Con el objeto de obtener una descripción detallada de los efectos de un cambio de Fonasa a Isapres, cada una de las personas en la base de datos fue clasificada de acuerdo a género y edad (independientemente del grupo familiar de origen) según la tabla de factores utilizada por las Isapres para la fijación de precios. Para una descripción detallada de los gastos totales y copagos de distintos grupos, ver las tablas siguientes:

Tabla 1: Gasto Total por Edad/Género.

Grupos de Edad	Gasto Total (\$)	% del Gasto Total
0-14 (H)	8.400.662.609	2,75%
0-14 (M)	5.458.064.895	1,79%
15-19 (H)	2.912.946.793	0,95%
15-19 (M)	5.620.577.665	1,84%
20-24 (H)	2.578.022.388	0,84%
20-24 (M)	2.240.398.449	0,73%
25-29 (H)	2.772.345.696	0,91%
25-29 (M)	1.909.012.704	0,63%
30-34 (H)	2.445.034.220	0,80%
30-34 (M)	3.228.572.076	1,06%
35-39 (H)	4.873.311.301	1,60%
35-39 (M)	4.440.156.920	1,45%
40-44 (H)	11.251.941.423	3,69%
40-44 (M)	6.917.380.530	2,27%
45-49 (H)	11.152.359.238	3,65%
45-49 (M)	6.411.128.886	2,10%
50-54 (H)	1.946.192.489	0,64%
50-54 (M)	4.058.598.184	1,33%
55-59 (H)	11.146.052.958	3,65%
55-59 (M)	25.975.699.210	8,51%
60-64 (H)	15.951.937.956	5,23%
60-64 (M)	22.236.544.778	7,29%
65-69 (H)	6.994.741.439	2,29%
65-69 (M)	6.319.746.958	2,07%
70-74 (H)	68.692.742.539	22,51%
70-74 (M)	17.064.047.941	5,59%
75-79 (H)	12.932.525.875	4,24%
75-79 (M)	908.599.508	0,30%
80-84 (H)	873.348.562	0,29%
80-84 (M)	19.973.589.740	6,55%
>85 (H)	5.361.588.308	1,76%
>85 (M)	2.119.060.661	0,69%

Tabla 2: Copago por Edad/Género

Grupos de Edad	Copago Total (\$)	% del Copago Total
0-14 (H)	3.310.162.069	2,87%
0-14 (M)	2.507.898.652	2,17%
15-19 (H)	1.636.836.274	1,42%
15-19 (M)	2.851.827.504	2,47%
20-24 (H)	1.558.407.075	1,35%
20-24 (M)	965.027.059	0,84%
25-29 (H)	1.709.654.996	1,48%
25-29 (M)	823.676.046	0,71%
30-34 (H)	519.641.941	0,45%
30-34 (M)	1.320.747.791	1,14%
35-39 (H)	1.366.292.144	1,18%
35-39 (M)	1.245.189.220	1,08%
40-44 (H)	4.998.117.325	4,33%
40-44 (M)	2.869.684.855	2,49%
45-49 (H)	6.086.895.112	5,28%
45-49 (M)	3.641.297.736	3,16%
50-54 (H)	781.054.305	0,68%
50-54 (M)	1.659.264.421	1,44%
55-59 (H)	4.445.884.364	3,85%
55-59 (M)	15.555.245.577	13,48%
60-64 (H)	10.984.900.329	9,52%
60-64 (M)	707.753.351	0,61%
65-69 (H)	2.712.497.344	2,35%
65-69 (M)	2.685.234.917	2,33%
70-74 (H)	19.821.193.018	17,18%
70-74 (M)	6.760.259.245	5,86%
75-79 (H)	4.318.850.844	3,74%
75-79 (M)	491.914.918	0,43%
80-84 (H)	337.936.031	0,29%
80-84 (M)	4.375.693.459	3,79%
>85 (H)	1.386.515.182	1,20%
>85 (M)	927.517.394	0,80%

Considerando la enorme variedad de prestaciones presentes en los datos, y con la intención de simplificar el análisis sin una pérdida significativa de precisión, consideramos, por cada grupo edad-género, aquellas prestaciones que explican el 80% del gasto total. Más precisamente, para cada grupo género-edad, se agrupa el total de prestaciones que corresponden a un código Fonasa común. Después, se ordenan por su gasto total (suma de gastos en cada prestación). Tras calcular la proporción del gasto total acumulado de cada una de las prestaciones, se consideran todas aquellas con mayor gasto hasta que su suma represente el 80% del gasto total para ese grupo.

Esto permite encontrar los efectos más importantes de un cambio de sistema, y simplificar el análisis a entre 10 y 50 prestaciones por grupo. Es razonable pensar, dado que las otras prestaciones son poco importantes en términos de gasto, que su inclusión no cambiaría las conclusiones de este estudio.

Directamente de los datos se obtiene el copago total de cada una de las personas consideradas. Para el ejercicio contrafactual de un potencial cambio al sistema Fonasa, se realizó un trabajo de estimación de estos costos para una persona asegurada por Fonasa en la categoría D. Esto último se justifica al considerar que estos grupos familiares, capaces hoy de una cotización

(suplementada quizás por otros ingresos) que les permite pagar un plan de bajo costo en las Isapres estarán entre las “más ricas” del sistema Fonasa.

Tal como se detalla en las próximas dos subsecciones, para la estimación se asumió un escenario favorable a Fonasa cada vez que existían dudas respecto al costo real de una atención en una clínica privada. Así, si para una prestación ambulatoria existe un bono Fonasa nivel 3, se asumió que la clínica privada aceptará este bono, para las prestaciones que pueden acogerse a PAD, se asumió que la clínica aceptará esta modalidad, etc.

La única excepción a esta regla la constituyen los días cama, puesto que los precios de referencia en el sistema Fonasa son demasiado pequeños para ser realistas. Un día cama con un precio de \$5.500 no es aceptable por prestadores privados, que cobran un valor por lo menos 10 veces mayor. Esto cobra relevancia en las prestaciones ambulatorias que incluyen día cama y en las prestaciones hospitalarias, donde se traduce en una bajísima cobertura por los gastos clínicos.

Finalmente, para considerar el aumento total de los costos, consideramos el alza generada en un paciente típico (según la muestra) cuyos gastos hospitalarios representan un 15,2% del total.

i. Gastos Ambulatorios

Para el análisis de los gastos ambulatorios, se dividieron las prestaciones en tres grupos. Aquellas donde existe la modalidad de bono Fonasa, aquellas donde existe un arancel Fonasa y aquellas no cubiertas.

- 1) Si existe un bono Fonasa, se considera que la clínica atiende al paciente con un bono nivel 3. Si éste no existe, y sólo existe nivel 1, se considera que la clínica acepta el bono nivel 1.
- 2) Si existe un sistema de copago por tramos A-D, se considera que la clínica atiende al paciente con el copago de un usuario Fonasa tipo D.
- 3) Una excepción es el día cama, cuyo precio en Fonasa es de \$5.500, y que consideramos una clínica cobrará a \$50.000 (una estimación conservadora).
- 4) Para prestaciones no incluidas en el sistema de Fonasa, se considera que el consumidor debe pagar el total de la prestación.

Esta metodología asigna valores de copago más bajos que los reales a una persona que debe cambiarse al sistema Fonasa. No todos los prestadores privados (ni siquiera algunos que atienden grandes cantidades de pacientes Fonasa) aceptan siempre el bono nivel 3, ni el nivel 1 cuando no existe el nivel 3.

Más aún, existen ciertas prestaciones donde es difícil determinar el copago en Fonasa y, para mantener el escenario favorable, se asignó un copago de 0 (el más bajo posible). El caso más relevante para efectos del gasto total es el de “exámenes genéricos”. Es razonable suponer que bajo este concepto se encuentran exámenes cubiertos con distintos niveles de copago en Fonasa. Al no tener datos precisos, y para mantener consistencia, asumimos (y esto nunca sucede) que el copago en Fonasa es 0. Lo mismo hacemos para el ítem “prestaciones no definidas”, por razones obvias.

Si sólo consideramos las prestaciones que son cubiertas por Fonasa el aumento del copago es muy menor, sólo un 8%. Esto no es sorprendente si consideramos la metodología. Salvo en los días

cama, estamos asumiendo un escenario tremendamente favorable a Fonasa. Para todos estos casos, los pagos de Fonasa, aunque sean bajos, se considera que serán aceptados por el proveedor privado.

Ahora, si consideramos los gastos no cubiertos por Fonasa, la situación es completamente distinta, y el copago sube en un 812%. Estas prestaciones son de variado tipo, y afectan el gasto de distintos grupos de personas. Así, los medicamentos oncológicos afectan especialmente a los adultos mayores, mientras que las atenciones de fonoaudiología y kinesiología (cubiertas por las Isapres) afectan a los menores de edad. Otras prestaciones importantes (en términos de gasto total) son la queratectomía (cirugía Lasik), importante en persona de entre 30 y 40 años y los medicamentos no oncológicos.

En la siguiente tabla se muestra el aumento del copago en los distintos grupos edad/género.

Tabla 3: Aumento Copago por edad/género.

Grupos de Edad	Aumento
0-14 (H)	291%
0-14 (M)	98%
15-19 (H)	59%
15-19 (M)	362%
20-24 (H)	10%
20-24 (M)	119%
25-29 (H)	259%
25-29 (M)	23%
30-34 (H)	653%
30-34 (M)	204%
35-39 (H)	340%
35-39 (M)	592%
40-44 (H)	1569%
40-44 (M)	1655%
45-49 (H)	680%
45-49 (M)	264%
50-54 (H)	140%
50-54 (M)	723%
55-59 (H)	2143%
55-59 (M)	628%
60-64 (H)	-75%
60-64 (M)	62407%
65-69 (H)	589%
65-69 (M)	1685%
70-74 (H)	-34%
70-74 (M)	8157%
75-79 (H)	406%
75-79 (M)	0%
80-84 (H)	417%
80-84 (M)	4383%
>85 (H)	975%
>85 (M)	227%
TOTAL	812%

Cómo se puede apreciar, los aumentos son muy grandes, y con una tremenda heterogeneidad entre grupos. Esta heterogeneidad se explica fundamentalmente por la inexistencia de cobertura Fonasa en prestaciones específicas. Así, grupos que presentan una alta incidencia de estas prestaciones sufren desproporcionadamente más que otros.

Una conclusión importante de esta sección es que al interior del sistema Isapres, el seguro de enfermedades catastróficas está funcionando muy bien, lo que permite que la cobertura de medicamentos oncológicos sea excelente cuando se la compara al sistema Fonasa.

Si bien es posible argumentar que ante cambios tan grandes en los costos de bolsillo las personas optarán por una atención en proveedores públicos, es innegable que esto tiene asociados costos personales importantes. No es el objetivo de este estudio la estimación de esos costos, pero no son despreciables ya que las personas de esta muestra, aún con copagos no despreciables, están hoy optando por proveedores privados.

ii. Gastos Hospitalarios

En el caso de las prestaciones hospitalarias, para efectuar una estimación del copago en caso que un afiliado a Isapres debe cambiarse a Fonasa, es necesario separar estas atenciones entre aquellas que son asimilables a un PAD y aquellas que no lo son.

Los PADs (Pago Asociado a Diagnóstico) son un mecanismo de control de costos del sistema público, que tienen asociado un pago fijo contra una prestación estandarizada. El primer problema metodológico se presenta al tener en la base de datos de prestaciones entregadas por las Isapres, códigos hospitalarios no obviamente asimilables a un PAD. Para resolver lo anterior, tras seleccionar (al igual que en los gastos ambulatorios) aquellas prestaciones que representan un 80% del gasto, utilizamos la ayuda de Patricio Valle, Doctor y profesor de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Tras realizar la clasificación, encontramos que un 27,7% de los gastos pueden considerarse prestaciones asociadas a alguno de los PADs declarados por Fonasa. El desglose por grupo de edad se puede observar en la tabla:

Tabla 4: Porcentaje PAD versus NO PAD

Grupos de Edad	% PAD	% NO PAD
0-14 (H)	40,17%	59,83%
0-14 (M)	35,31%	64,69%
15-19 (H)	36,19%	63,81%
15-19 (M)	25,58%	74,42%
20-24 (H)	33,58%	66,42%
20-24 (M)	41,53%	58,47%
25-29 (H)	44,50%	55,50%
25-29 (M)	59,67%	40,33%
30-34 (H)	29,64%	70,36%
30-34 (M)	59,55%	40,45%
35-39 (H)	31,25%	68,75%
35-39 (M)	50,40%	49,60%
40-44 (H)	29,50%	70,50%
40-44 (M)	35,70%	64,30%
45-49 (H)	24,08%	75,92%
45-49 (M)	36,55%	63,45%
50-54 (H)	53,65%	46,35%
50-54 (M)	38,05%	61,95%
55-59 (H)	28,61%	71,39%
55-59 (M)	9,09%	90,91%
60-64 (H)	0,00%	100,00%
60-64 (M)	11,34%	88,66%
65-69 (H)	6,25%	93,75%
65-69 (M)	5,37%	94,63%
70-74 (H)	0,00%	100,00%
70-74 (M)	0,00%	100,00%
75-79 (H)	0,00%	100,00%
75-79 (M)	25,32%	74,68%
80-84 (H)	21,88%	78,12%
80-84 (M)	7,61%	92,39%
>85 (H)	0,00%	100,00%
>85 (M)	11,00%	89,00%
TOTAL	27,71%	72,29%

Para efectuar la cotización de las prestaciones hospitalarias, y siempre en la lógica de favorecer a Fonasa en la comparación, se consideró que todas las prestaciones asociadas a PAD mantendrían el nivel de copago que tienen hoy. Detrás de esto está la suposición que una clínica privada aceptará todas estas prestaciones como PAD, un supuesto bastante optimista. Un prestador privado puede rechazar el realizar una prestación como parte de un PAD si, por ejemplo, las características de un paciente le permiten suponer que los costos serán más altos que lo usual. Como es imposible estimar la tasa de aceptación, y también su incidencia sobre los costos (hay un sesgo de selección) optamos por la suposición optimista que todas serán aceptadas.

Para los gastos que no es posible asociar a un PAD (73,3%), los gastos se dividieron en tres categorías: honorarios médico quirúrgicos, gastos clínicos y, finalmente, medicamentos y exámenes (que es la división posible a partir de nuestra base de datos). Considerando las coberturas de Fonasa, y utilizando datos agregados de copago de una clínica privada que recibe clientes “marginales”, consideramos que para estos casos las coberturas serían las siguientes:

- 1) 50% en honorarios médico-quirúrgicos;
- 2) 5% en gastos clínicos; y
- 3) 20% en medicamentos y exámenes.

Los aranceles Fonasa (y sus respectivas coberturas para un usuario de clase D) son suficientemente altos como para asegurar niveles de copago relativamente bajos en el ítem 1.

En el ítem 2, gastos clínicos, si bien las coberturas explícitas y formales son altas, los aranceles de referencia son tan reducidos (\$5.500 por día cama, por ejemplo) que la cobertura termina siendo bajísima. Es importante insistir en que estos niveles de cobertura corresponden a estimaciones con datos reales de pacientes que se atienden en una clínica privada, estando en Fonasa.

Finalmente, respecto del ítem 3, tal como se explicó en la sección de gastos ambulatorios, la cobertura de medicamentos es baja en Fonasa, lo que explica el muy bajo nivel de cobertura y por consiguiente el alto nivel de pago en este ítem.

Con estas coberturas, es posible estimar el aumento en el nivel de copago de un usuario que debe cambiarse del sistema de Isapres a Fonasa. Encontramos que, en el agregado, el copago en atenciones no PAD sube en un 103%, lo que lleva a un aumento del 75% en el total (por la suposición que el copago se mantendrá constante en las prestaciones PAD). Si bien la varianza por grupo de edad no es tan grande como en el caso ambulatorio, sigue siendo importante. Los detalles se pueden ver en la tabla 5.

Tabla 5: Aumento Copago por edad/género.

Grupos de Edad	Aumento
0-14 (H)	278%
0-14 (M)	155%
15-19 (H)	92%
15-19 (M)	91%
20-24 (H)	29%
20-24 (M)	70%
25-29 (H)	94%
25-29 (M)	27%
30-34 (H)	357%
30-34 (M)	74%
35-39 (H)	318%
35-39 (M)	311%
40-44 (H)	459%
40-44 (M)	70%
45-49 (H)	107%
45-49 (M)	-17%
50-54 (H)	102%
50-54 (M)	97%
55-59 (H)	209%
55-59 (M)	28%
60-64 (H)	31%
60-64 (M)	890%
65-69 (H)	227%
65-69 (M)	-14%
70-74 (H)	630%
70-74 (M)	73%
75-79 (H)	218%
75-79 (M)	85%
80-84 (H)	144%
80-84 (M)	96%
>85 (H)	1232%
>85 (M)	54%
TOTAL	103%

3. Conclusiones

Tal como se mostró en las secciones 1 y 2, el cambio de personas que hoy cotizan en planes baratos de Isapres, a Fonasa, tendría un impacto muy significativo en su gasto de bolsillo. Esto se debe, en buena parte, a la pérdida de la cobertura algunos ítems (en particular en: i.- medicamentos, sobre todo oncológicos; y ii.- ciertos tratamientos para menores de edad, como la fonoaudiología y la kinesiterapia intrahospitalaria).

Lo anterior permite concluir que ciertas características del seguro ofrecido por el sistema de Isapres están funcionando muy bien. En particular esto es así del seguro catastrófico, que permite una excelente cobertura de hechos de baja probabilidad pero muy alto costo, siendo el cáncer el caso paradigmático. Este seguro actúa en las circunstancias y de la forma que un seguro debe operar para alcanzar el “primer mejor”: no cubre aquellos eventos recurrentes y predecibles, sino que permite que un grupo de agentes se asegure colectivamente de aquellos eventos que podrían ser ruinosos para su situación financiera.

Es por esto que un cambio al sistema Fonasa podría tener consecuencias muy negativas para estas personas. En particular, afectaría la seguridad financiera de los hogares, que quedarían expuestos a un riesgo que hoy no enfrentan. Esto implica, además de las consecuencias personales, un costo social no despreciable, porque inseguriza a un sector de la población que hasta hoy ha elegido pagar por estas certezas.

Por otro lado si bien el estudio se centra en las consecuencias del cambio sobre el gasto de bolsillo, una consecuencia del apreciable aumento en el gasto que esto significa es que las personas se verán obligadas a cambiar su comportamiento. A no hacer el tratamiento o a hacer un tratamiento diferente o en un prestador diferente.

Entonces, se debiera observar un cambio en el comportamiento de estos hogares en lo que respecta a atenciones como las de fonoaudiología. Al aumentar en forma importante el copago, muchas de estas terapias posiblemente no se producirían, a pesar del impacto positivo que tienen en la calidad del aprendizaje y, como consecuencia, en la calidad de vida de los menores de edad que las necesitan.

Algo similar sucede con las coberturas de medicamentos. Al disminuir la cobertura por ellos, algunos tratamientos dejarán de ser realizados, o reemplazados por tratamientos menos efectivos, pero de menor costo.

Finalmente, es importante notar que un aumento tan notorio en el gasto de bolsillo conllevaría también sustitución en los proveedores. Así, un número importante de hogares se verá obligado a realizar algunas prestaciones en proveedores públicos en vez de privados. No es posible a partir de este estudio determinar las consecuencias de este cambio. Aspectos que habría que considerar en una investigación del tema incluyen las consecuencias de: i.- un cambio en la velocidad de atención, y ii.- un cambio en la calidad de la atención a la que se tiene acceso.

Referencias

- Aranceles Libre Elección FONASA:

<http://200.51.172.210/sv/valoriza.asp>

- Prestaciones PAD:

http://www.fonasa.cl/portal_fonasa/site/artic/20140621/pags/20140621182908.html