



Efectos sobre la Presión Asistencial en el Sistema Público

Abril 2022

La eliminación del sistema mixto de salud:

La eliminación de las Isapres afectaría a los beneficiarios de Isapre, pero también a los beneficiarios del sistema público. Esto último, porque el traslado forzado de una parte de la demanda a las redes del estresado sistema público implicaría un empeoramiento de las listas y tiempos de espera, esto tanto en las prestaciones GES como en las no GES.

Lo anterior es consecuencia del traslado de un estimado de 400.000 crónicos y adultos mayores, que no pudiendo contratar seguros complementarios y debiendo enfrentar altos copagos en la salud privada se trasladarían al sistema público. Estos pacientes son los que acumulan la mayor parte de las prestaciones y el gasto entre los pacientes actuales del sistema privado.

La situación podría ser mucho más dramática si se aprueba un articulado en la nueva constitución que prohíbe en la práctica los seguros complementarios. Cualquiera de los actuales beneficiarios de Isapre que enfrente alguna enfermedad de alto costo debería recurrir al sistema público, engrosando aún más las listas de espera.

Un estimado de 22.075 pacientes pasarían a engrosar los Incumplimientos GES. Esto implica un incremento en las listas de espera de 40% con respecto a la situación actual (54.003) alcanzando un total de 76.408 pacientes.

En el caso de las listas de espera por intervenciones quirúrgicas éstas podrían crecer un 17% con 54.000 cirugías adicionales, alcanzando las 370.000. Los tiempos de espera también serían afectados incrementándose desde los 597 días actuales hasta un estimado de 680 días. La nueva lista de espera sería de 369.945 pacientes.

En cuanto a las Listas de Espera por consultas de especialidad, éstas podrían crecer hasta un 40% alcanzando las 2.731.947 consultas pendientes, desde las 2.001.947 actuales. Los tiempos de espera también podrían afectarse, con un valor esperado de hasta 700 días.

	Situación Actual (31/12/2021)	Con MLE y Seguros Complementarios	Sin MLE y Seguros Complementarios
Prestaciones GES con Incumplimiento	54.333	76.408 (+ 40%)	86.746 (+ 60%)
Lista de Espera Intervenciones Quirúrgicas	315.945	369.945	715.945 (+ 127%)
Lista de Espera Consultas de Especialidad	2.001.947	2.731.947 (+ 36%)	5.651.947 (+ 182%)
Pacientes Crónicos Adicionales		360.000	960.000

Como se puede ver en el cuadro anterior, la situación será mucho más dramática si se dispone de la MLE y los seguros complementarios. Los atrasos GES llegarían a 86.746 (+60%), las listas de espera de intervenciones quirúrgicas a 715.945 (+127%), las listas de espera de consultas de especialidad a 5.651.947 (+182%) y 960.000 pacientes crónicos sobrecargarían el sistema público.

Impacto en las Garantías Explícitas en Salud (GES)

Desde que se crearon en 2004, las GES han sido una de las piedras angulares de nuestro sistema de salud. Por primera vez en nuestra historia, los beneficiarios tanto del sistema público como privado contaban garantías exigibles de atención.

En las Isapres el cambio importante fue en la garantía financiera para enfermedades de alto costo o con una significativa utilización de medicamentos ambulatorios. Para los beneficiarios de Fonasa el cambio era sideral. Los pacientes contaban por primera vez con garantías de acceso y oportunidad, aunque esto significara de paso, estresar al sistema público y empeorar la situación de los problemas de salud no garantizados.

Cómo suele suceder, la implementación ha sido lenta pues la garantía de calidad aún no se ha completado en un 100% y la garantía de oportunidad se ve enfrentada al manejo constante de la lista de espera. Es más, con la pandemia y la priorización de los pacientes Covid, el número de "retrasos", se incrementaron notablemente.

Al 31 de diciembre de 2021, de acuerdo con el Informe sobre Listas de Espera del Ministerio de Salud¹, existían 54.333 garantías GES incumplidas correspondientes a 52.821 personas.

Muchos de los problemas de salud con mayores porcentajes de retraso son patologías que requieren una resolución quirúrgica.

¹ Informe glosa 06 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud acerca de "Garantías de Oportunidad GES Retrasadas y LE No GES al cuarto trimestre de 2021" del 9 de febrero de 2022

GES: Problemas de Salud con mayor % de retrasos

Problema de Salud	Retrasos GES	Retrasos (% casos GES)	Días de Retraso Promedio
Artrosis de Cadera Severa	1.529	81,4%	348,1
Hernia núcleo pulposo lumbar	780	55,4%	203,0
Escoliosis	236	46,5%	502,7
Cataratas	12.502	40,9%	219,9
Insuficiencia Renal Crónica Terminal	1.381	40,8%	226,9
Tumores primarios del sistema nervioso central	410	33,2%	161,9
Hipoacusia moderada	30	27,8%	123,4
Lesiones Crónicas de la Válvula Mitral y Tricúspide	52	26,4%	199,4
Colecistectomía	3.468	25,4%	173,7
Lesiones Crónicas de la Válvula Aórtica	138	23,0%	132,4
Estrabismo en menores de 9 años	871	22,5%	132,3
Fisura Labiopalatina	48	21,7%	128,7
Retinopatía diabética	2.398	20,0%	164,2
Linfoma del Adulto	331	18,9%	91,1
Cáncer de Mama	2.062	18,2%	131,0
Cáncer de Ovario Epitelial	160	18,0%	86,5
Otros problemas de salud	27.937	1,8%	107,3
	54.333	3,3%	154,6

Fuente: Fundación Politopedia en base a Superintendencia de Salud

Destaca entre estos, las Artrosis de Cadera Severa que requieren Prótesis en las que el 81,4% de los casos se encuentran en incumplimiento. La siguen la Hernia del Núcleo Pulposo y la Escoliosis con 55,4% y 46,5% de retraso respectivamente.

La mayor cantidad de pacientes con retraso en el cumplimiento de las garantías GES es la Cirugía de Catarata con 12.458 casos con incumplimientos del 40,9%. Esta patología representa el 23% del total de casos con retraso.

También es importante destacar que en esta lista hay patologías cuya atención oportuna es crucial, ya que puede determinar la supervivencia del paciente. Un ejemplo es el caso de la Insuficiencia Renal Crónica donde 1.381 pacientes que representan el 40,8% de los pacientes nuevos. El tiempo de retraso de problema de salud es de 226,9 días.

Otro ejemplo es el Cáncer de Mama, en el que 2.062 pacientes tienen su garantía de oportunidad retrasada por un promedio de 131 días.

¿Y qué pasa con los beneficiarios de Isapre? 340.000 beneficiarios de Isapre requirieron en 2019 de alguna de las prestaciones GES valorizadas en 230.000 millones de pesos. Para 2021 se estima que el costo de las prestaciones GES alcanzará a 310.000 millones.

De acuerdo con las estadísticas de la Superintendencia de Salud, unos 91.000 beneficiarios de Isapre ingresan GES al año, lo que equivale a una incidencia de 27 pacientes por cada 1.000 beneficiarios, cifra que es sólo un cuarto de los 108 pacientes GES por cada 1.000 beneficiarios observado en el sistema público.

Esta mayor utilización del GES se aplica a la mayoría de los problemas de salud. Esto es debido a que los beneficiarios de Isapre optan por utilizar su plan complementario en vez de recurrir a las GES. Entre los motivos para esta decisión está que este beneficio se entrega en redes cerradas debiendo renunciar a la libre elección, decisión que se puede reforzar si los copagos en esta última son abordables.

Sin embargo, existen excepciones a esta regla. Problemas de Salud en los que la utilización de GES es mayor entre los beneficiarios de Isapre. Debido a que no existen evidencias epidemiológicas que puedan sustentar una mayor prevalencia de estas patologías entre los beneficiarios de Isapre, lo más probable es que nos encontremos antes un probable subdiagnóstico.

En Depresión, hay en Isapres 3,43 casos GES nuevos por cada 1.000 beneficiarios mayores de 15 años, un 46% más que en Fonasa, con 2,35 casos. Aún más extrema es la diferencia en el Trastorno Bipolar con 0,59 casos por cada 1.000 beneficiarios en Isapres, un 382% más que los 0,12 casos de Fonasa. En ambos casos lo más probable es que la brecha sea aún mayor, ya que no es creíble que en las Isapres la totalidad de los pacientes utilicen el GES. La baja utilización de estas patologías en Fonasa se puede explicar por la carencia de especialistas en Salud Mental en la red Pública de Salud.

Otro ejemplo es la Hernia del Núcleo Pulposo. En las Isapres la demanda de pacientes nuevos es de 0,23 por cada 1.000 beneficiarios, cifra que es un 146% mayor que el 0,09 de Fonasa. Cabe destacar que este caso el 55% de los pacientes de Fonasa se encuentran con atrasos. Este procedimiento quirúrgico es realizado tanto por Neurocirujanos como por Traumatólogos, ambas especialidades con serias carencias en el Sistema Público.

En el caso de la unificación de los sistemas, la tasa de utilización del GES por parte de los beneficiarios de Isapre debería incrementarse, ya que las coberturas de la MLE de Fonasa son bastante más reducidas, por lo que más beneficiarios de las actuales Isapres deberían optar por las GES.

De eliminarse completamente la MLE el número de pacientes GES provenientes de las Isapres debería incrementarse aún más, hasta incluso duplicar los números actuales, ya que las redes GES serían la única alternativa para manejar estos problemas de salud y obtener protección financiera del sistema de salud.

En algunos problemas de salud, existen en el sistema público muy pocos pacientes con incumplimiento, lo que hace prever que, en estos casos, las redes públicas podrán hacerse cargo del nuevo contingente de pacientes provenientes de las Isapres. Uno de estos casos es la Hipertensión Arterial con 586 pacientes GES con retraso que equivalen el 0,6% de los pacientes que ingresan al año.

En otro caso, los altos niveles de retraso auguran que los nuevos pacientes engrosarán las listas de pacientes con incumplimiento.

De acuerdo con nuestra estimación, 22.075 pacientes GES provenientes de las Isapres pasarían a engrosar el retraso en el sistema público. Esto significa un incremento de 40% con respecto a los 54.333 pacientes con retrasos al 31/12/2021. Lo anterior, sobre la base de la existencia de alternativas, sean estas la MLE y seguros complementarios.

Sin estas alternativas, el incremento de pacientes GES con retrasos sería de 32.413, lo que representa un incremento de 60% con respecto a la situación actual.

Impacto en Lista de Espera Quirúrgica:

De acuerdo con el Informe Glosa 06 elaborado por el Ministerio de Salud, al 31/12/2021 había 315.945 intervenciones quirúrgicas correspondientes a 280.970 pacientes en Lista de Espera. Más preocupante que el número de cirugías en espera es el tiempo de estas esperas. De acuerdo con este mismo informe el tiempo promedio de espera es de 597 días, es decir casi 1 año y 8 meses. 130.657 de estas cirugías están esperando más de dos años y la espera de 40.694 excede los tres años.

Alrededor de 237.000 de estas intervenciones (75%) corresponden a Cirugías Mayores. Representan poco menos del 50%² de las cirugías electivas que se realizan en la red de hospitales públicos. Es una cantidad significativa y explica los largos tiempos de espera.

Obviamente la situación no es homogénea es las distintas especialidades. Traumatología es una especialidad especialmente quirúrgica. Un 80% de los egresos están asociados a cirugías, por lo que los 33.540 egresos de la especialidad de 2019 equivalen 26.800 intervenciones quirúrgicas.

Por lo que las 53.338 cirugías mayores que estaban en lista de espera en 2019 duplican la producción anual. Cabe indicar que estas estadísticas incluyen patologías GES, por lo que la situación de las No GES es mucho más grave.

¿Y qué sucede con los beneficiarios de Isapre al unificar los sistemas? De acuerdo con estadísticas de la Superintendencia de Salud, en 2019 el número de egresos hospitalarios asociados a beneficiarios de Isapres fue de 442.149. Por otro lado, el número de cirugías realizadas a estos mismos beneficiarios fue de 538.832.

Una parte significativa de esta demanda quirúrgica podrían seguir utilizando los mismos prestadores privados que han utilizado con las Isapres. Esto sería posible siempre y cuando las personas puedan seguir financiando estas prestaciones con la MLE más seguros complementarios o convenios con los mismos prestadores. Sin embargo, lo anterior tiene límites.

En primer lugar, la escasa cobertura de la MLE incrementará considerablemente estos copagos y por lo tanto las primas de los seguros.

² De acuerdo con estadísticas del Ministerio de Salud, en 2019, último año antes del Covid-19, la red pública de hospitales tuvo 1.064.786 egresos hospitalarios. De estos un 45% consideraban a la realización de una intervención quirúrgica, esto es aproximadamente 479.000 intervenciones quirúrgicas.

Por otra parte, un grupo relevante de beneficiarios de Isapre no podrá acceder a los seguros complementarios debido a preexistencias o a su avanzada edad. Como se verá más adelante, un estimado de 1,2 millones de personas podrían estar en esta situación.

El gasto en salud puede ser en algunos casos muy elevado, haciendo que las familias, dependiendo de su nivel de renta, alcancen un nivel de gasto que sea catastrófico. En 2021, 25.000 beneficiarios utilizaron la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) con un costo de 220.000 millones. Las bajas bonificaciones de la MLE incrementarán el número de familias que enfrentarán gastos que superan su capacidad de pago. Estos pacientes utilizarán los servicios de la red pública.

Cabe recordar, que el articulado hoy en discusión compromete que ninguna persona deberá enfrentar gastos de salud catastróficos. En 2019, alrededor de 28.000 beneficiarios de Isapre enfrentaron gastos que superaron los 10 millones de pesos. La suma acumulada de estas cuentas supera los 730.000 millones de pesos.

Tomando en cuenta estos antecedentes, a lo menos un 10% de las intervenciones quirúrgicas realizadas a beneficiarios de Isapres deberían ser desviadas a la red pública de salud y por lo tanto aumentarán las listas de espera extendiendo el tiempo promedio. Estas serían del orden de 54.000 cirugías adicionales. Todo lo anterior bajo el supuesto que el resto de las prestaciones se siguen realizando a través de los mismos prestadores actuales financiadas por las coberturas de la MLE y seguros o convenios complementarios.

Estas cirugías adicionales engrosarán las listas de espera debido a que el Sistema Público no cuenta con holguras de producción para poder absorberlas. Un ejemplo dramático es esta situación es Traumatología, donde las Listas de Espera duplican el número de cirugías realizadas al año.

Con todo, las Listas de Espera de Cirugía pasarían de las 315.945 actuales a un estimado de 369.945 cirugías con un 17% de incremento. Los tiempos promedio también deberían ser afectados. Una estimación conservadora es que estos se extenderían hasta los 680 días (1 año 10 meses), 83 días más que en la actualidad.

La situación sería mucho más grave si deja de existir la MLE y se eliminan las coberturas complementarias. En este caso, sólo una pequeña fracción de los actuales beneficiarios de Isapre podría utilizar de la misma manera los prestadores privados, ya que deberían pagarlos íntegramente del bolsillo. Esto significa que un estimado de 400.000 cirugías deberían ser absorbidas por el sistema público. Esto significa un incremento de 126% con respecto a la situación actual.

Impacto en Consultas de Especialidad

De acuerdo con estadísticas de la Superintendencia de Salud, 10.400.000 consultas médicas al año son realizadas a beneficiarios de las Isapres, de estas, 7.300.000 (70%) corresponderían a Atenciones de especialidad y otras 3.100.000 a consultas médicas generales. Entre las consultas de carácter general se incluyeron las consultas de medicina general, medicina familiar, medicina interna y pediatría.

De acuerdo con el informe Glosa 06 del Ministerio de Salud, 2.001.947 consultas médicas de especialidad se encuentran en lista de espera. El tiempo de espera promedio es de 506 días (1 año y 5 meses).

Dependiendo del escenario, una parte de estas consultas de especialidad deberían ser resueltas en el sistema público, y debido a las limitaciones de este, terminarían por engrosar las listas de espera.

El impacto sería menor, si los actuales beneficiarios del seguro privado pueden seguir utilizando la MLE más coberturas adicionales por seguros o convenios complementarios. No más del 10% de las consultas de especialidad deberían requerir de los servicios de la red pública. Esto es un estimado de 730.000 consultas adicionales, lo que representa un incremento de 36% con respecto a la situación actual.

Si estos beneficiarios no pueden contar ni con la MLE ni con seguros o convenios complementarios, el impacto sería mucho mayor, ya que la alternativa sería el pago total de la prestación. Esto significa un costo en un rango entre 40.000 y 60.000 pesos por prestación. Un mínimo de 50% de estas prestaciones deberían derivarse a las redes públicas, lo que equivale a 3.650.000 consultas de especialidad, lo que equivale a un incremento de las Listas de Espera de hasta un 182% con respecto a la situación actual.

Impacto para los Pacientes Crónicos

Uno de los problemas que han afectado a las Isapres es la movilidad de una parte de la cartera. Estos beneficiarios debido a que padecen de enfermedades crónicas o debido a su avanzada edad tienen limitada o impedida su movilidad entre Isapres, ya que la carga de enfermedad impide ser recibido por otra institución. La otra cara de la moneda es que estos beneficiarios han podido permanecer en las Isapres y que su carga financiera debido a la enfermedad ha sido compartida por otros beneficiarios más sanos y jóvenes.

Esta situación es consecuencia del natural envejecimiento de la población, pero también de políticas públicas activas para asegurar la permanencia de estas personas en el sistema. Algunos hitos en esta transformación del sistema:

- ✓ En 2005, el alza de todos los planes de una Isapre queda vinculados a una banda de precios, favoreciendo la permanencia de pacientes de alto gasto, antes expulsados del sistema.
- ✓ También en 2005 se incorporan las Isapres al GES. Para las GES todos los beneficiarios de una misma Isapre pagan una prima única independiente de su riesgo de salud. Los problemas de salud priorizados en las GES tienen una alta componente en enfermedades crónicas como Hipertensión, Diabetes o Insuficiencia Renal Crónica, como también en patologías que afectan preferentemente a los adultos mayores, como Artrosis de Cadera, Cataratas o Enfermedad de Parkinson.
- ✓ En 2010, el Tribunal Constitucional declaró inconstitucionales los numerales que definían las Tablas de Factores. A partir de esta fecha, las Isapres quedaron

impedidas de aplicar las tablas de factores no pudiendo subir los precios de los planes en la medida que los beneficiarios envejecían.

- ✓ En 2020, la Superintendencia de Salud emite el Decreto 343 que fija una nueva y única tabla de factores eliminando las diferencias por sexo y reduciendo significativamente las debidas a la edad.

De acuerdo con un estudio de la Superintendencia de Salud, en 2008, el 30% de la cartera de Isapres estaba en esta situación. No disponemos de estadísticas actualizadas, pero la evolución del sector sólo apunta a un incremento de esta cifra.

Uno de estos indicadores es la proporción de adultos mayores en el sistema. En 2008 los mayores de 60 años eran del orden del 6,5% de la cartera. En 2021 esta proporción había aumentado hasta un 11,5% (+5%). Agregando sólo la variación de este indicador, la proporción de la cartera en esta situación habría escalado al 35%, es decir, alrededor de 1,2 millones de beneficiarios, se encuentra en esta situación.

Otra forma de verlo es la distribución del gasto. Los mayores de 60 años representan el 25,7% del gasto en prestaciones médicas de las Isapres, cuando sólo son el 11,5% de la cartera. Dentro de este grupo hay personas con relativa buena salud y gastos acotados, que eventualmente podrían acceder a seguros complementarios, pero a medida que avanza la edad será más difícil obtenerlos.

Cabe destacar que las enfermedades crónicas explican una parte significativa del gasto en todo el mundo. En España se estima que el 75% del gasto sanitario lo explican las enfermedades crónicas, como así también el 80% de las atenciones de Atención Primaria y el 60% de las Hospitalizaciones.

En el caso de las Isapres, el 70% del gasto se concentra en menos del 10% de los beneficiarios cada año. Esto es preocupante, porque los pacientes crónicos o adultos mayores que llegarán a las redes públicas llevarán una proporción mayor del gasto a las estresadas redes del sistema público.

Si sólo un 30% de estos beneficiarios traslada sus requerimientos a la red pública estaríamos hablando de 360.000 con una demanda intensiva de requerimientos médicos. Estos serán necesariamente los que presentan mayor carga de enfermedad, y por lo tanto mayor cantidad de prestaciones y gasto.

En caso de no contar ni con la MLE ni con seguros complementarios, un 80% de estos pacientes deberían desviarse a la red pública, lo que equivale a un estimado de 960.000 pacientes adicionales a las estresadas redes públicas.

Consideraciones

En primer lugar, los resultados antes presentados se basan en la continuidad de la Modalidad de Libre Elección (MLE). Esta modalidad, a la que tienen acceso 12 millones de beneficiarios de Fonasa, la utilizan alrededor de 6 millones.

Sus orígenes se remontan a 1942 con la creación del Servicio Nacional de Empleados (SERMENA) durante el gobierno del Radical Juan Antonio Ríos. Este servicio fue reorganizado en 1968 en la Ley de Medicina Curativa durante el gobierno de Eduardo Frei Montalva. En 1979, la MLE fue incorporada a la recién creada Fonasa y sus beneficios extendidos a todos los trabajadores. Con 80 años de historia es un beneficio que cuenta con gran arraigo en la población.

En segundo lugar, es necesario fortalecer la MLE. La MLE entrega una adecuada protección financiera en gran parte de la atención ambulatoria, pero es extremadamente débil en las atenciones hospitalarias, salvo las prestaciones incluidas en el Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) como por ejemplo los partos. Es necesario fortalecer la MLE, para que las familias, que debido a las carencias del sistema público deban recurrir a la salud privada, no corran el riesgo agregar a la enfermedad la catástrofe financiera.

Adicionalmente en el texto actual de la propuesta sobre derecho a salud en la Convención Constitucional se han incluido incisos que podrían dificultar la participación privada en la provisión de servicios de salud incluyendo restricciones a la operación de seguros complementarios. Aunque quedan escasas semanas para la discusión de la nueva constitución, y estos incisos probablemente no formen parte de ella, su inclusión tendría serios efectos sobre el acceso a la salud de millones de chilenos.

Finalmente, si las autoridades competentes optan por no fortalecer la MLE o lisa y llanamente terminar con ella, es necesario realizar las mejoras de gestión que permitan agilizar los mecanismos de derivación del sector público de tal manera de mantener, y en lo posible mejorar, los estándares actuales de atención sanitaria del país.