



*DOCUMENTO DE TRABAJO
GASTO DE BOLSILLO EN EL
SISTEMA ISAPRES. 2001 - 2004*

Departamento de Estudios y Desarrollo

Agosto 2005

El presente informe, intenta contribuir a la reflexión sobre el papel del gasto de bolsillo en la discusión de la cobertura de la protección social en salud y la corrección de las inequidades en salud en el sistema de salud de Chile.

1. Introducción

El lograr una mayor equidad y corregir las desigualdades en salud han sido en nuestro país, el propósito e inspiración de la mayoría de las políticas públicas de salud de los gobiernos de la Concertación. La inclusión de la protección financiera en las Garantías Explícitas de Salud contenida en el plan AUGE, pone de manifiesto la prioridad del gobierno de avanzar en la consecución de una mayor equidad en el ámbito del financiamiento del sistema de salud.

Sin embargo, y no solo por razones de equidad, sino que por eficiencia del gasto en salud es necesario incrementar los esfuerzos y los recursos destinados a la extensión de la cobertura de protección social en salud para los sectores más pobres de la economía.

El creciente gasto de bolsillo de los hogares significa una pérdida de eficiencia en la utilización del financiamiento en salud a nivel sistémico. El principal efecto del gasto de bolsillo sobre la eficiencia resulta del impacto directo de la falta total o parcial del seguro y tiene que ver con la pérdida de bienestar social que conlleva la ausencia de seguros óptimos (OIT/OPS,1999).

Si bien es cierto, que el gasto de bolsillo es un buen indicador de la cobertura financiera de un sistema de salud, el concepto gasto de bolsillo, adquiere diferentes acepciones y alcances dependiendo del contexto en que es usado, por tanto, es necesario precisar su definición para no sesgar las conclusiones que puedan extraerse de una investigación. Por ejemplo, en estudios de Cuentas Nacionales usualmente el gasto de bolsillo recoge “el gasto privado de hogares” no distinguiendo entre “gasto directo de bolsillo” y “gasto por seguros privados de salud”.

En este informe se considera como gasto de bolsillo al gasto que realiza la población por conceptos de cotización y copagos por los servicios de salud utilizados.

2. Marco Conceptual

En Chile, los trabajadores dependientes (asalariados) del sector formal de la economía y sus familias, tienen la obligación legal de cotizar para adquirir un seguro público o privado de salud (Isapres). Estos seguros, contemplan bonificaciones de coberturas parciales o excluyen de cobertura algunas prestaciones, por lo que los usuarios generalmente deben realizar pagos directos de bolsillo al momento de requerir algunos servicios médicos. Beneficios de medicamentos ambulatorios, la atención dental y salud mental son mínimos o inexistentes en el seguro privado de salud. Recientemente, el plan AUGE incorpora cobertura de medicamentos en patologías crónicas ambulatorias.

De acuerdo con la teoría de seguros, el copago y el deducible son mecanismos usados por una parte, para compartir el riesgo financiero con el usuario y con ello contrarrestar el riesgo moral inherente a un sistema de seguros y por otra, como ticket moderador de la demanda de servicios innecesarios o no justificados por parte de los usuarios. Sin embargo, es necesario reconocer que en la práctica los copagos, frecuentemente son utilizados como fuentes de financiamiento.

En América Latina el gasto de bolsillo constituye la fuente más importante de financiamiento del sector salud. En Chile, el año 2000, el gasto de bolsillo (copagos, farmacia y gastos directos) fue de MM US \$ 1.480 lo que correspondió al 31,2% del financiamiento del sector (Román A, 2000).

En el sistema Isapres el gasto de bolsillo corresponde a; copagos asociados o no con topes máximos de bonificación, deducibles y pagos directos a proveedores por prestaciones que no gozan de cobertura financiera en los planes de salud contratados por los individuos y el gasto por medicamentos e insumos necesarios para cumplir cabalmente con las prescripciones médicas.

3. Métodos

En este estudio, la suma del gasto de la cotización de salud y el copago por prestaciones ambulatorias de salud y de hospitalización de los beneficiarios del sistema Isapres es usada como proxy del gasto de bolsillo.

Para el cálculo del copago de las prestaciones de salud se usó la base de datos de prestaciones de la SIS. El copago fue calculado como la diferencia entre el valor facturado y el valor bonificado de las prestaciones.

Se evaluó el copago de prestaciones ambulatorias y de hospitalización para cohortes diferenciadas por género- femenino y masculino- y por grupos étnicos - para cada año de edad entre menores de 1 año y mayores de 99 años de edad. El periodo de estudio fue entre los años 2001 y 2004.

El informe de estado de resultados del sistema Isapres de los años 2001 - 2004 fue usado para estimar la representación del copago en el costo operacional de la industria de los seguros privados de salud.

De la base de datos de cotizantes de la SIS, se extrajo la renta imponible de los cotizantes. Sin embargo, es necesario establecer que la renta imponible de los cotizantes del sistema isapres tiene un tope legal de 60 UF, por tanto, la renta imponible no representa el total de ingresos de estos individuos. De la misma base de datos se extrajo el monto total a pagar, lo que fue considerada como la cotización de salud.

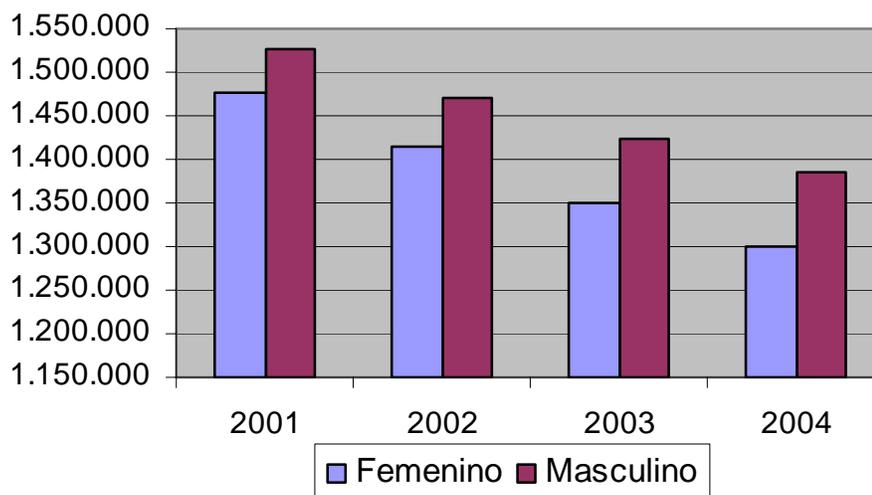
Ante la imposibilidad de diferenciar cotizantes y cargas en la base de datos de prestaciones y para estimar la representación del copago en relación a los ingresos de un sujeto, se identificó al grupo de cotizantes, corrigiendo el total de beneficiarios de las prestaciones, por el peso relativo de los cotizantes en la cartera de beneficiarios.

4. Resultados

Beneficiarios:

El año 2001, la cartera de beneficiarios de Isapres fue de 3.002.990 personas. El año 2004 esta población fue de 2.684.674 personas, lo que representa una disminución de un 10,6% respecto al año 2001. El gráfico 1 muestra la distribución por género de los beneficiarios de isapres en el periodo 2001 -2004. La cifra representa el promedio mensual de beneficiarios en cada año.

Gráfico 1: Promedio mensual de beneficiarios sistema Isapres. 2001 -2004



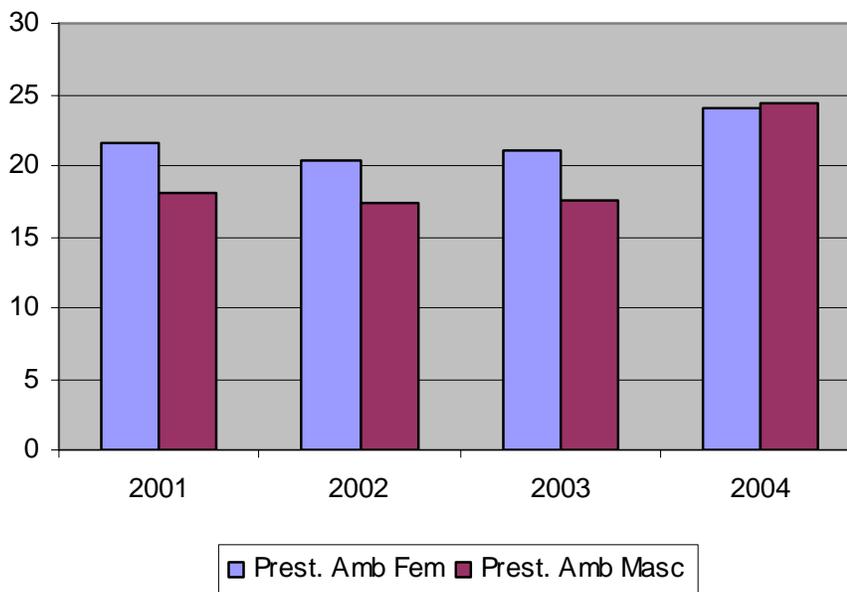
El gráfico expresa claramente una progresiva disminución de los beneficiarios del sistema isapres en el periodo de estudio, alcanzando una variación – disminución - de 11,9% en los beneficiarios masculinos y de 9,3% en los beneficiarios del sexo femenino entre los años 2001 y 2004.

Tasa prestaciones:

El gráfico 2 muestra el promedio de la tasa per-cápita/anual de prestaciones ambulatorias según género, en los años del estudio. En el año 2001, el promedio la tasa de prestaciones ambulatorias en mujeres fue de 21,6 prestaciones/año. En los hombres esta tasa fue de 18,0 prestaciones/año.

Esta tasa desciende en los años 2002 y 2003 para remontar el año 2004, donde alcanza 24,1 en las mujeres y 24,3 en los hombres.

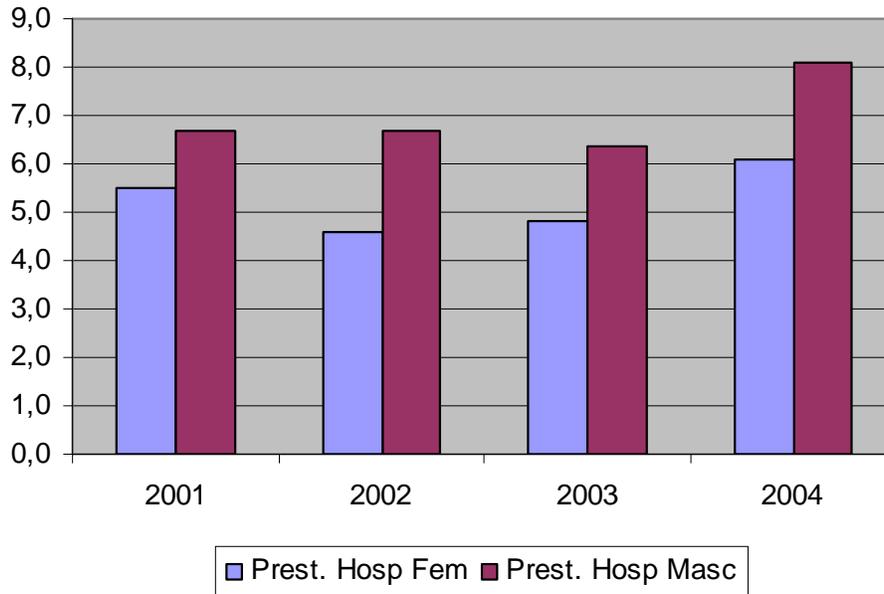
Gráfico 2: Tasa promedio/anual Prest. Ambulatorias Sistema Isapres.2001 -2004



El gráfico 3 muestra el promedio de la tasa per-cápita/anual de prestaciones en la hospitalización según género, en los años del estudio. En el año 2001, el promedio la tasa de prestaciones en la hospitalización en mujeres fue de 5,5 prestaciones/año. En los hombres esta tasa fue de 6,7 prestaciones/año.

Esta tasa asciende progresivamente hasta el año 2004 en las mujeres, donde alcanzó a 6,1 prestaciones/año. En los hombres, salvo una leve baja en el año 2003(6,3) esta tasa se eleva a 8,1 en el año 2004.

Gráfico 3: Tasa promedio/anual Prest. Hospitalización. Sistema Isapres.2001 -2004



Copagos:

En la industria:

La tabla 1 exhibe los montos y porcentajes de los copagos incurridos por los beneficiarios del sistema por prestaciones ambulatorias y de hospitalización en los años de este estudio.

Tabla 1: Montos, (%) de copagos Prestaciones de salud. Sist. Isapres 2001 -2004

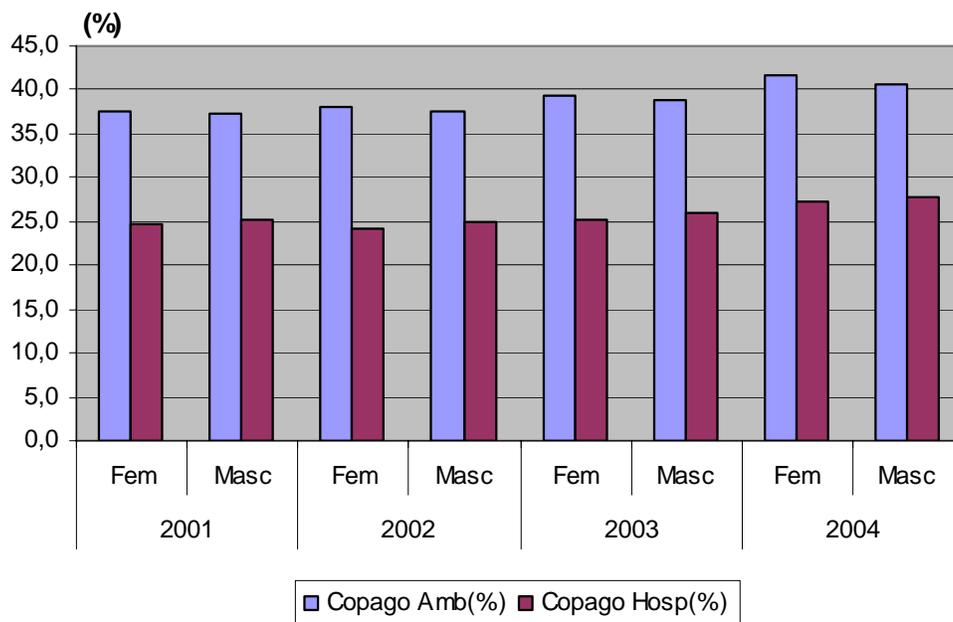
	2001		2002		2003		2004	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Tasa prom/año Prest. Ambulatorias	21,6	18,0	20,3	17,3	21,1	17,6	24,1	24,3
Gasto Total Ambulatorio (Mill \$)	207.033	147.302	209.132	147.585	212.778	150.445	236.686	171.697
Total Bonificado Isapres (Mill \$)	129.130	92.447	129.620	92.006	129.256	92.019	138.286	101.762
Copago (Mill \$)	77.903	54.855	79.512	55.579	83.522	58.426	98.400	69.935
Copago (%)	37,6	37,2	38,0	37,7	39,3	38,8	41,6	40,7
Tasa prom/año Prest. Hospitalización	5,5	6,7	4,6	6,7	4,8	6,3	6,1	8,1
Gasto Total Hospitalización (Mill \$)	183.851	128.443	194.061	139.187	207.522	155.541	221.649	168.226
Total Bonificado Isapre (Mill \$)	138.627	95.928	147.228	104.492	155.242	115.136	161.116	121.508
Copago (Mill \$)	45.224	32.515	46.833	34.695	52.280	40.405	60.533	46.718
Copago (%)	24,6	25,3	24,1	24,9	25,2	26,0	27,3	27,8

* montos están en moneda corriente del mismo año.

En la tabla 1, se puede apreciar como el copago por prestaciones de salud, ya sean ambulatorias o por hospitalización y en ambos sexos, se incrementa progresivamente en el transcurso de los años del estudio.

Por otra parte, el gasto efectivo (bonificaciones) incurrido por las Isapres por el total de prestaciones de salud, representó el 77,7 % del total del costo de operación del sistema Isapres en el año 2001, el 77,8% en el año 2002, el 78,7% en el 2003 y el 80,5% del total de los costos de operación del sistema, el año 2004.

Gráfico 4: Copagos Prest. Ambulatorias y Hospitalización. Isapres.2001 -2004



El gráfico 4 muestra la evolución del copago de las prestaciones ambulatorias y de hospitalización del sistema Isapres entre los años 2001 y 2004. El copago de las prestaciones ambulatorias en ambos sexos se mantuvo en un rango de 35 –40% del valor facturado entre los años 2001 y 2003, presentando un leve aumento a 40,7% en los hombres y 41,6% en las mujeres en el año 2004.

El copago por las prestaciones derivadas del proceso de hospitalización de los beneficiarios del sistema Isapres se incrementa paulatinamente desde un 25% del valor facturado por este tipo de prestaciones en el año 2001 hasta un 27,3% y 27,8% en las mujeres y hombres respectivamente, en el año 2004.

En las personas:

La tabla 2 muestra la tasa de prestaciones ambulatorias y por hospitalización, per cápita anual, por grupos étnicos y género de los años 2001 y 2004.

Tabla 2: Tasa prestaciones per-cápita /año. Sist. Isapres 2001 y 2004

Grupo Etéreo	2001		2004	
	Tasa Prestaciones/año		Tasa Prestaciones/año	
	Amb	Hosp	Amb	Hosp
< 1				
Fem	16,4	5,3	30,7	8,0
Masc	18,9	6,7	47,6	11,4
1 -15				
Fem	9,6	1,0	10,7	1,0
Masc	9,5	1,2	10,4	1,2
16- 40				
Fem	14,8	2,1	17,2	1,9
Masc	7,7	0,8	8,3	0,8
41- 64				
Fem	25,3	2,6	27,8	2,6
Masc	16,6	2,7	17,8	2,6
65 -89				
Fem	30,7	9,6	33,7	9,0
Masc	32,2	15,2	34,7	13,6
>90				
Fem	25,1	17,4	24,8	14,1
Masc	24,1	17,6	26,9	19,1

La tabla 3 muestra, el monto promedio mensual (\$) y el porcentaje del copago de las prestaciones ambulatorias y de hospitalización en diferentes grupos etéreos y por género de los años 2001 y 2004. La elección del rango de estos grupos etéreos obedece a un comportamiento de isoconsumo de prestaciones observado en ellos.

Tabla 3: Monto promedio y porcentaje de Copagos. Sist. Isapres 2001 y 2004

Grupo Etéreo	Copago 2001			Copago 2004		
	(%)	Monto (\$)		(%)	Monto (\$)	
	Amb	Hosp	prom/mes	Amb	Hosp	prom/mes
< 1						
Fem	33,3	18,5	6.929	39,9	22,4	17.923
Masc	33,8	16,1	7.677	40,5	24,9	29.743
1 -15						
Fem	36,5	26,0	3.862	40,8	26,8	5.101
Masc	37,0	25,0	4.293	41,4	26,7	5.491
16- 40						
Fem	38,0	23,9	6.748	42,4	26,5	10.328
Masc	36,4	23,4	3.127	40,2	24,2	4.532
41- 64						
Fem	37,5	26,5	10.562	40,9	29,5	13.830
Masc	37,8	25,3	8.109	40,6	29,4	11.005
65 -89						
Fem	44,0	32,3	21.828	45,8	32,5	21.456
Masc	45,6	33,9	35.769	45,8	33,4	28.147
>90						
Fem	49,3	34,8	25.587	52,1	32,5	17.196
Masc	49,9	34,1	25.686	45,9	40,3	21.033

* monto del copago es nominal.

Gasto de Bolsillo:

El proxi del “gasto de bolsillo” fue estimado calculando la proporción que representó el total del copago, en el promedio de la renta imponible de los cotizantes al mes de diciembre de los años 2001 y 2004, lo cual se adicionó al porcentaje que representa el gasto de la cotización en el promedio de la renta promedio imponible. El “gasto de bolsillo”, fue calculado para los cotizantes entre 18 y mayores de 99 años de edad.

La renta promedio mensual de los cotizantes mayores de 18 años de edad del sistema isapres del año 2001 fue de \$ 397.010 en las mujeres, y \$ 452.318 en los hombres. El año 2004 esta renta promedio fue de \$444.294 en las mujeres y de \$ 500.341 en los hombres. El promedio de la renta imponible de cada grupo etáreo es del mes de diciembre de cada año y en términos nominales.

Tabla 4: Gasto de Bolsillo por grupos etáreos. Sist. Isapres 2001 y 2004

Grupo Etáreo	prom R Imp/mes		Gasto Copago(% R Imp)		Gasto Bolsillo (% R Imp)	
	2001	2004	2001	2004	2001	2004
18- 40						
Fem	346.732	399.218	0,8	1,2	9,4	10,2
Masc	327.994	351.563	0,7	1,0	9,0	9,5
41- 64						
Fem	495.393	553.990	1,0	1,5	9,7	10,7
Masc	480.708	523.918	1,6	2,3	10,9	12,3
65 -89						
Fem	390.732	422.382	2,4	3,7	13,9	16,8
Masc	542.689	602.268	5,8	6,6	18,0	20,7
>90						
Fem	292.222	339.477	3,6	3,3	13,9	15,0
Masc	444.198	531.132	4,6	5,8	15,1	17,5

En el año 2001, el copago promedio mensual de los mayores de 18 años de edad del sistema representó un 3,7% del promedio de la renta imponible de diciembre de ese año en ambos sexos. Durante el año 2004 el copago representó el 3,3% del promedio de la renta imponible de diciembre de ese año en ambos sexos.

Por otra parte, el promedio mensual del monto total pagado por concepto de cotización de los mayores de 18 años de edad del sistema isapres, fue de 8,8 % y 9,0 % de la renta imponible promedio en mujeres y hombres respectivamente, en el año 2001 y 9,3% y 9,6% de la renta imponible promedio en mujeres y hombres respectivamente, en el año 2004.

Por tanto, el gasto de bolsillo promedio de un cotizante de isapres, mayor de 18 años de edad, por conceptos de salud – cotización más copagos - excluyendo el gasto de medicamentos, alcanza al 12,6 % de la renta imponible mensual del año 2001 y el 12,7% en el año 2004. En términos monetarios esto equivale a, un gasto de \$ 55.713

mensuales para una mujer mayor de 18 años cotizante del sistema Isapres y \$ 48.741 mensuales para un cotizante hombre mayor de 18 años de edad, en el año 2004.

En el grupo de mayores de 65 años de edad que cotizan en el sistema isapres, la renta imponible promedio mensual del año 2001 fue de \$ 374.706 en las mujeres y de \$ 515.955 en los hombres. Este año, los beneficiarios mujeres mayores de 65 años pagaron por concepto de cotización y copagos un 14,2% (\$ 53.208) de su renta imponible y un 17,6% (\$ 90.808) los hombres. Durante el año 2004, los adultos mayores del sistema isapres, gastaron 16,7% las mujeres y 20,5% los hombres por conceptos de cotización y copagos. En moneda corriente, esto significó un gasto mensual de \$66.844 las mujeres y \$ 117.100 los hombres, en el año 2004.

5. Discusión

El lograr crecientes niveles de equidad en el financiamiento y una mayor protección financiera de la población frente al gasto en atención de salud, ha sido y es, una prioridad dentro de las políticas públicas en el sector salud de casi todas las economías.

El gasto de bolsillo, ha sido considerado un valioso indicador del grado de protección financiera que dispone un sistema de salud en una población. Por tanto, el análisis del gasto de bolsillo es útil para determinar por una parte, la equidad en el financiamiento del sistema de salud así como también, la eficiencia del gasto en salud.

Sin embargo, el concepto “gasto de bolsillo” adquiere diversas acepciones y alcances dependiendo de las variables que lo conforman. Para organismos como la OMS, gasto de bolsillo engloba todos los tipos de gastos sanitarios realizados por un hogar que recibe beneficios del servicio de salud (Xu y col, 2005).

En un sistema de salud como el nuestro, donde existe un pago previsional para salud (pre-pago) ya sea a través de un Fondo de seguridad social (FONASA) o un sistema privados de seguros de salud (ISAPRES), usualmente el gasto de bolsillo involucra el pago de las cotizaciones, los copagos, deducibles y pagos directos a proveedores por prestaciones fuera de la cobertura del seguro de salud y los medicamentos e insumos adquiridos por las personas con o sin prescripción profesional.

En este estudio, se usó la suma de la cotización y el copago por prestaciones de salud del sistema isapres como un proxy del gasto de bolsillo del sistema.

Cabe recordar que este sistema de seguros privados reúne a la población mas joven, de mayores ingresos y menor siniestralidad del sistema de salud chileno. El sistema isapres se ha resguardado eficazmente contra el riesgo moral a través de efectivos mecanismos de copagos, deducibles y exclusiones de servicios y prestaciones de salud. Más aún, a través de los procesos anuales de adecuación de los precios y/o

cobertura de su planes de salud, a logrado un eficiente “descreme” de su cartera, lo que se refleja en la pequeña cohorte de beneficiarios mayores de 65 años de edad.

Sin embargo, estas medidas que actúan sobre la demanda pueden ser insuficientes para lograr una adecuada asignación de los recursos o en su defecto, de la contención de los costos crecientes del sector. El diseño inadecuado de un mecanismo de copago puede introducir importantes problemas en la asignación de los recursos y pérdidas de bienestar para las personas. Más aún, la aplicación de estos mecanismos como meras fuentes de financiamiento y sin considerar los debidos ajustes de riesgos, pueden amenazar en el mediano plazo, la sostenibilidad de un sistema privado de seguros.

El gasto de bolsillo depende del grado de utilización de los servicios sanitarios y de los recursos financieros del seguro para adquirir esos servicios. Cambios en la estructura de ingresos, en el nivel educacional, étnico y de género de la población beneficiaria de un sistema de seguros privados de salud afectarán en un sentido positivo o negativo, el gasto de bolsillo de esa misma población a través del grado de utilización de los servicios de salud que ofrece el sistema.

Por otra parte, el perfil epidemiológico expresado en el case-mix de las prestaciones y su precios también deben ser considerados.

La disminución de la cartera de beneficiarios del sistema isapres en el periodo del estudio nos impone a pensar que la mancomunación del riesgo financiero se reparte en una población menor y por ende, si la prima no aumenta en proporción a los gastos del sistema, el copago adquiere una connotación mayor como fuente de financiamiento que como modulador de la demanda.

En este estudio, la tasa de uso de las prestaciones tanto ambulatorias como de hospitalización, se mantienen relativamente estable en el periodo de estudio con excepción de los menores de 1 año, que aumentan significativamente el uso de prestaciones de ambos tipos entre el año 2001 y 2004.

Respecto al copago, se puede constatar que el sistema mantiene una tendencia incremental del copago, de un punto porcentual por año en este periodo. Es así que el copago de las prestaciones ambulatorias ha aumentado de un promedio de 37% el año 2001 a un promedio de 40% el 2004. Por su parte, el copago de las prestaciones de hospitalización se incrementó de un promedio de 25% el año 2001 a un 28% el año 2004.

Analizado el proxy del gasto de bolsillo usado en este estudio, es decir, la proporción de la renta imponible, que significa el gasto por cotizaciones más el copago, el promedio del sistema presenta un leve aumento entre los años 2001 (12,6%) y 2004 (12,7%).

Sin embargo, el análisis de los grupos étnicos y por género de cotizantes entre 18 y mayores de 99 años de edad, muestra que los hombres presentan un gasto de bolsillo mayor que las mujeres en todos los grupos de edad con excepción del grupo de 18 – 40

años de edad. Esto se puede explicar por la baja tasa de uso de prestaciones de los hombres en esta etapa del ciclo de vida.

Además, el gasto de bolsillo de los beneficiarios mayores de 18 años de edad del sistema isapres, se incrementa al aumentar la edad hasta los 89 años de edad en ambos sexos. Llama la atención, el menor gasto en copagos y gasto de bolsillo de aquellos beneficiarios mayores de 90 años del sistema. Este hecho, se explicaría por el realtivo “buen estado de salud” de esta cohorte, lo que queda demostrado por la baja tasa de uso de prestaciones ambulatorias, no así, en la tasa de uso de hospitalización, puesto que, y cabe plantear que esta tasa recoge sin duda, el o los últimos episodios de enfermedad de estas personas.

Finalmente, si consideramos los resultados de Román A (2001), en su estudio del gasto en salud en Chile del año 2000, que establece que un 11,4% del total el gasto en salud del sistema privado de salud correspondió, a gastos en farmacia de los hogares y que esta cifra es equivalente al gasto en seguro privado de salud. Por tanto, si se considera esta proporción y se incluye el gasto de la cotización como una estimación del gasto en medicamentos, el gasto de bolsillo por salud de los cotizantes mayores de 18 años del sistema isapres podría ascender al 20 –25 % del total de la renta promedio imponible.

Referencias

Román A. Estructura de Cuentas nacionales Sector salud Chileno. Año 2001.
<http://www.paho.org/Spanish/HDP/hdw/chile-ro.PDF>

El gasto de Bolsillo en Salud en América Latina y el Caribe: >Razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud. Reunión tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS, México, Noviembre 1999.

Torres A, Knaul F, Determinantes del gasto de bolsillo en Salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992 –2000.
<http://www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio>.

Xu, K y col. Distribución del gasto en Salud y gastos catastróficos: Metodología. Discusión Paper number 2. Department Health System Financing.WHO.2005