

# Puntos de Referencia

Edición online  
N° 407, agosto 2015

## Radiografía del uso del sistema de salud en Chile (1992-2000-2013)

Josefa Henríquez / Carolina Velasco

### Resumen

**E**l aumento del gasto en salud es una preocupación compartida por diversos países. En parte este incremento se explica por el mayor uso de los servicios de salud (consultas y hospitalizaciones). En este documento, por tanto, se exploran las características de las personas que los utilizan en mayor medida en Chile.

El análisis muestra un incremento en la proporción de personas que usan el sistema en el tiempo (1992-2000-2013) para todo tipo de prestaciones, lo cual podría estar reflejando: (i) una oferta insuficiente pero creciente, (ii) una baja en los costos de acceso y (iii) una mejora en las condiciones del seguro que incentivan la demanda (además del hecho de que los ingresos y nivel educativo de las personas se incrementaron de manera importante en el período analizado). Los datos relativos a la tasa de uso apuntarían a que todavía existe algún déficit en la oferta. Asimismo, el que sea este incremento en el tiempo liderado por quienes no reportan haber estado enfermos podría avalar la segunda y tercera hipótesis.

Al igual que en otros países, las mujeres tienen mayor probabilidad de usar los servicios de salud y una mayor tasa de uso que los hombres, diferencias que desaparecen, se invierten o se atenúan cuando se considera sólo a quienes reportan haber estado enfermos.

Quizás el hallazgo más complejo, y que se acerca a la evidencia internacional, es que el efecto que tiene el ingreso de las personas en la demanda por salud es heterogéneo. Los datos muestran que los individuos de altos ingresos y quienes están adscritos a una isapre tienen mejor acceso a las consultas de especialidad. La falta de acceso de aquellos de menores recursos y de beneficiarios del Fonasa, sobre todo aquellos pertenecientes a los grupos A y B (tanto porque en Fonasa debe verse primero a un médico general que luego puede derivar a un especialista, como porque quienes pertenecen al grupo A sólo pueden atenderse con prestadores institucionales —estatales— donde suele existir un déficit de especialistas), estaría siendo canalizada mediante una mayor frecuencia de uso de los servicios de urgencia. Así, la tasa de uso de las consultas de urgencia en el Fonasa sería 1,5 veces la tasa de los adscritos a alguna isapre y lo contrario ocurriría con las de especialidad, donde la tasa de las isapres duplicaría la tasa de uso del Fonasa en 2013.

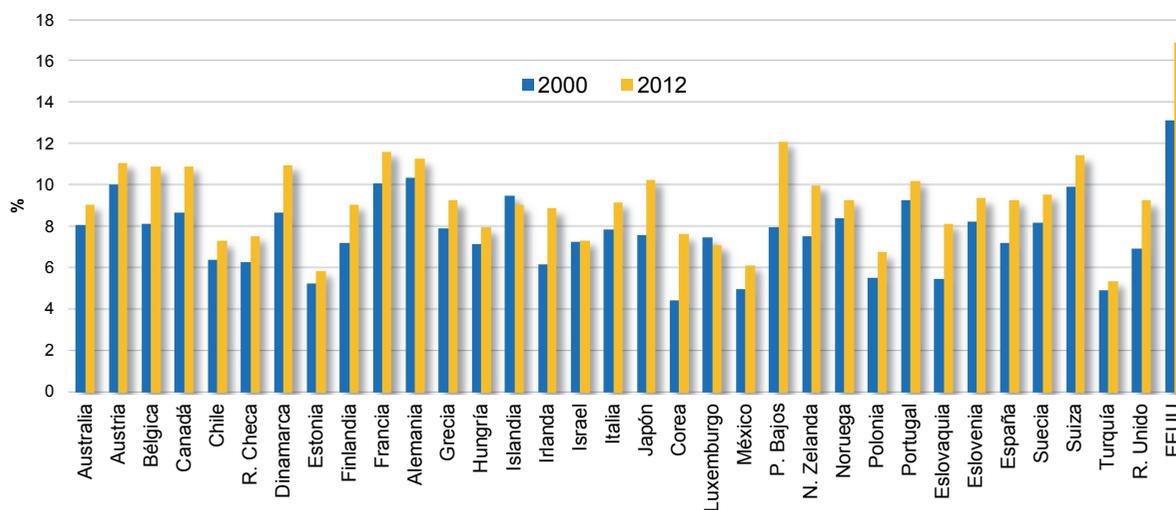
Finalmente, para los días de hospitalización los grupos A y B del Fonasa, que se atienden mayormente en prestadores estatales, tendrían estadías por persona que casi duplicarían las de aquellos clasificados en los grupos C y D, lo que podría deberse a que tienen enfermedades más complejas y a demoras en dar de alta a los pacientes. A ello se suma algún efecto “precio”, porque los beneficiarios del grupo C y D deben efectuar copagos por las hospitalizaciones, desincentivando estadías largas.

**Carolina Velasco.** Ingeniero Comercial con mención en Economía (PUC). Máster en Políticas Sociales (LSE). Investigadora del CEP.

**Josefa Henríquez.** Licenciada en Ciencias Económicas (Universidad de Chile). Investigador Asistente.

Agradecemos los comentarios de Harald Beyer.

**FIGURA 1:** Gasto en salud como porcentaje del PIB para los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), 2000 y 2012



Nota: Año 2012 o cercano.

Fuente: OCDE (2015), Health spending (indicator). DOI: 10.1787/8643de7e-en

## I. Introducción

En la actualidad, la gran mayoría de los países está enfrentando sostenidas alzas del presupuesto del sector salud. La Figura 1 muestra el gasto total en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB)<sup>1</sup> para los países miembros de la OCDE, donde se aprecia que, con la excepción de tres naciones (Israel, Islandia y Luxemburgo), este gasto ha aumentado para todos. Chile no escapa a esta tendencia<sup>2</sup>.

Una de las explicaciones para este constante aumento tiene que ver con el incremento en el uso del sistema de salud, es decir, en la demanda por prestaciones. En el caso de Chile, según se aprecia en la Tabla 1, el promedio<sup>3</sup> de consultas de algún tipo (general, de urgencia, de especialidad o pre-

ventiva) por persona pasó de 0,15 en 1992 a 0,27 en 2013 y en el caso de las hospitalizaciones, éstas se incrementaron de 0,46 a 0,51 entre 2000 y 2013.

**TABLA 1:** Evolución de las tasas de uso de cada tipo de prestación

Tipo	1992	2000	2013
Número de consultas (controles preventivos, consulta general, de urgencia y de especialidad)	0,15	0,19	0,27
Días de hospitalización	0,14	0,46	0,51

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica-CASEN.

La Tabla 2 muestra que la proporción de personas afiliada a algún esquema de previsión en salud en el tiempo, se ha incrementado, llegando prácticamente a la cobertura total en el último registro (menos de 3% señala no estar afiliado a alguno). Por lo tanto, dado este incremento en la proporción de personas que cuenta con un seguro de salud, es esperable que haya habido un aumento en el uso del sistema de salud. Ello se explica por la existencia

<sup>1</sup> A paridad de poder de compra para el año 2012.

<sup>2</sup> A su vez, la proporción del PIB que se destina a salud crece junto con el PIB, por lo que la salud pareciera ser un bien "superior" cuyo consumo aumenta cuando aumenta el ingreso.

<sup>3</sup> El promedio reportado corresponde al trimestral para las consultas y los días de hospitalización en 1992 y anual para los días de hospitalización en los años 2000 y 2013.

de un fenómeno que la literatura ha denominado “riesgo moral”, el cual se refiere al aumento en la demanda por atenciones en salud dado que el precio que se enfrenta cuando se tiene seguro es muy bajo (toda vez que hay un tercero –seguro– que paga una proporción importante del costo total del tratamiento o servicio).

**TABLA 2:** Evolución de la distribución de los afiliados en los subsistemas de previsión<sup>4</sup>

Previsión	1992	2000	2013
Fonasa	63,4%	65,8%	79,8%
Isapre	20,4%	20,9%	14,5%
Otros	3,6%	3,5%	3,0%
Ninguno	12,5%	9,7%	2,7%
Total (Fonasa + Isapres)	83,8%	86,7%	94,3%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica-CASEN.

Por otra parte, la población afiliada ha mostrado cambios en cuanto a su composición en relación con otras variables, como escolaridad, sexo, ingresos y edad, según se evidencia en la Tabla 3, que podrían explicar también el incremento en el uso de las prestaciones. En general, la literatura<sup>5</sup> determina que la educación, la edad, el género, el estado de salud y la zona de residencia son significativos a la hora de explicar el uso de prestaciones. El ingreso tiene efectos moderados o no significativos (o significativos para algunos tipos de prestaciones) como se aprecia en los estudios de Sapelli y Vial (1998) y Henríquez (2010) para Chile, en el de Morera y Aparicio (2010) para Costa Rica y de Pohlmeier y Ulrich (1995) para Alemania<sup>6</sup>.

<sup>4</sup> En Chile coexisten principalmente dos subsistemas de salud. Por una parte, está el asegurador estatal –Fondo Nacional de Salud (Fonasa)– y por otra, las aseguradoras privadas o instituciones de salud previsional (isapres).

<sup>5</sup> Ver Muurinen (1982); Wagstaff (1986); Pohlmeier y Ulrich (1995); Sapelli y Vial (1998); Henríquez (2006) y Morera y Aparicio (2010).

<sup>6</sup> Ello no obsta a que existan diferencias en la calidad de las prestaciones a las que tienen acceso las personas de diferente nivel socioeconómico, puesto que esa dimensión no es capturada en los trabajos.

**TABLA 3:** Perfiles de afiliados y no afiliados en 1992 y 2013

Previsión	1992				
	Prom. Escolaridad (años)	Prom. edad	Prom. Ingresos (\$)	Mujeres (%)	Reporta enfermedad (%)
Fonasa	7,9	29,6	197.434	52,8	24,0
Isapre	12,1	26,5	546.184	49,4	25,2
Ninguno	9,2	30,4	387.150	47,9	18,6
	2013				
	Prom. Escolaridad (años)	Prom. edad	Prom. Ingresos (\$)	Mujeres (%)	Reporta enfermedad (%)
Fonasa	9,9	36	351.453	54,4	20,03
Isapre	14,6	32,3	1.104.878	48,5	18,75
Ninguno	11,6	35,1	578.745	39,5	11,29

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica-CASEN.

Finalmente, se debe mencionar que a mediados de la década del 2000 se implementó el Plan de Garantías Explícitas de Salud (GES), que establece garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera a un grupo de enfermedades y condiciones de salud, que ha crecido en el tiempo. Ello ha generado una disminución del costo de cada prestación incluida en el paquete (en dinero y en tiempo), aunque es posible que haya producido mayores costos para el resto de las enfermedades (sobre todo en tiempo de espera<sup>7</sup>). Por lo que no es claro que parte del incremento en la demanda de la última década se explique también por este hecho.

De esta manera, se hace interesante entender las razones que explican el uso del sistema de salud y la magnitud del efecto de cada una de ellas, así como también conocer si dichas magnitudes han cambiado en el tiempo. Si bien existen factores evidentes que explicarían la demanda, dentro de los cuales está el que las personas que se reportan con algún tipo de enfermedad tienen mayor probabilidad de utilización del sistema, en otros casos, va a depender del contexto de cada país. Sapelli y Vial

<sup>7</sup> Ver Velasco (2014).

(2003) señalan que existen diferencias en cuanto a la utilización en Chile que dependen del tipo de seguro que se tenga. Por ejemplo, la escolaridad promedio del jefe de hogar y cónyuge mostraron tener efectos contrarios (positivo y negativo respectivamente) dependiendo del seguro que se escogía.

En este documento se presenta un análisis exploratorio de la demanda por servicios de salud, que forma parte de un trabajo más amplio que busca estudiar si los hallazgos relativos a las razones detrás del uso del sistema de salud se mantienen en el tiempo para Chile, mediante una mirada a la evolución de las características de los usuarios del sistema de salud. Para ello se analizan los datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica –CASEN– para 1992, 2000 y 2013, con los cuales se realiza un análisis descriptivo y estadístico de los datos, para tener una primera aproximación respecto de las características de los usuarios del sistema de salud, así como del comportamiento de su demanda por prestaciones a lo largo de los tres años de estudio. Si bien se reconoce que esta encuesta tiene falencias tanto inherentes a este tipo de instrumento como otras propias (por ejemplo, las preguntas no siempre son iguales en el tiempo), de modo que las estimaciones puntuales son imprecisas, sus datos sí revelan tendencias generales, consistentes con los datos administrativos<sup>8</sup>, lo que va en línea con el objetivo de este trabajo.

A continuación, se presenta el análisis tanto de la probabilidad de hacer uso del sistema (de contacto), como de la tasa de uso (cantidad de consultas y días de hospitalización) a partir de diferentes características y variables. Después, a modo de conclusión, se exponen algunos comentarios finales y posteriormente las referencias y anexos.

<sup>8</sup> Estos tienen sus propios problemas. Así, por ejemplo, distintas formas de agregación o desagregación en el tiempo o captura insuficiente.

## II. ¿Quiénes usan el sistema de salud? Una primera mirada<sup>9</sup>

### II.1 Probabilidad de contacto con el sistema de salud

La probabilidad bruta de tomar contacto se refiere a la proporción de personas que registra al menos una prestación (de cualquier tipo) en el sistema de salud. En esta sección se reporta esta probabilidad para diferentes grupos de individuos según el tipo de prestación: consulta general, consulta de especialidad, consulta de urgencia, control preventivo y hospitalización.

#### *a) Probabilidad de contacto según reporte de enfermedad*

Considerando que el sistema de salud tiene como objetivo asegurar el acceso a toda la población en relación con sus necesidades —y siguiendo a Sapelli y Vial (1998)—, a continuación se presenta la probabilidad de contacto tanto para toda la población, como para aquellos que declaran haber tenido alguna enfermedad (o accidente)<sup>10</sup>, para cada una de las categorías que contiene la encuesta CASEN.

<sup>9</sup> Cabe mencionar que todo el análisis se basa en la utilización del sistema, es decir, solamente se hará alusión a la dimensión de cantidad o demanda de servicios médicos. Lo anterior tiene dos implicancias: la primera es que no se hace referencia a la calidad de cada servicio (que se asume inalterada) y, en segundo lugar, no necesariamente se puede deducir que los aumentos en el acceso a prestaciones se traducen en mejoras de la salud de las personas, ya que el uso de los servicios es un insumo más para la generación de “buena salud”.

<sup>10</sup> La forma de preguntar para el caso de estar o no enfermo difiere en los tres años: en 1992 la pregunta fue “En los últimos 3 meses, ¿sufrió enfermedad o accidente?; en 2000 se preguntó “En los últimos 30 días, ¿sufrió enfermedad o accidente?; y en 2013 se inquirió “En los últimos 3 meses, ¿tuvo algún problema de salud, enfermedad o accidente?”. De esta manera, en estricto rigor no son perfectamente comparables, sin embargo, son muy similares para el primer y último periodo, por lo que las comparaciones serán realizadas para estos dos años.

**TABLA 4:** Evolución de la probabilidad de contacto con el sistema total y según reporte de enfermedad para cada tipo de prestación<sup>a</sup>

	Todos				Reporta enfermedad			
	1992 (%)	2000 (%)	2013 (%)	2013 / 1992	1992 (%)	2000 (%)	2013 (%)	2013 / 1992
Control preventivo	13,6	17,9	24,1	1,8	21,0	33,0	41,7	2,0
Consulta de especialidad	4,3	8,8	10,6	2,5	15,6	24,0	30,0	1,9
Consulta de urgencia	3,4	5,3	9,6	2,8	14,5	20,2	34,6	2,4
Consulta general	9,1	9,9	17,0	1,9	39,0	32,1	53,8	1,4
Hospitalización *	1,5	5,8	6,2	1,1**	5,5	12,4	14,7	***

Notas:

<sup>a</sup> Estas diferencias y las que se presentan en el resto de la sección fueron testeadas mediante el test de independencia de Chi cuadrado y su robustez comprobada en una estimación logística simple.

\* Las preguntas respecto a hospitalización difieren entre 1992, 2000 y 2013. En el año 1992 la pregunta se refiere a las hospitalizaciones de los últimos 3 meses, mientras que para 2000 y 2013 la pregunta es para todo el último año. Se hará referencia a estos últimos dos años, pero se reporta igualmente para 1992.

\*\* En este caso se reporta el incremento entre 2000 y 2013.

\*\*\* No se reporta este valor dado que las diferencias temporales para la medición de "Hospitalización", como de "haber estado enfermo" no alcanzan en ninguno de los años medidos (ver nota al pie 4).

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica-CASEN.

En la Tabla 4 se aprecia que al considerar a toda la población existe un incremento en el tiempo de la probabilidad de hacer uso del sistema de salud para todo tipo de prestaciones, destacando el aumento en las consultas de urgencia y de especialidad que se triplican y más que duplican respectivamente. Según Zweifel et al. (2009), eso podría deberse a dos razones: a un permanente exceso de demanda por servicios médicos, por ejemplo, debido a un insuficiente número de doctores y, a la disminución en los costos indirectos de acceso, como por ejemplo, la apertura de un hospital o consultorio más cercano. En este último punto podría agregarse el hecho de que la cobertura del seguro haya mejorado, incentivando un mayor uso (por ejemplo, con la implementación de las garantías explícitas en salud, GES). En cuanto al primer punto, efectivamente cuando se compara con otros países más desarrollados (Tabla 5) o de similares ingresos, Chile presenta un déficit tanto en relación con los recursos humanos como con la infraestructura. En relación al segundo punto, efectivamente ha habido un aumento en el número de consultorios, hospitales, clínicas, centros de salud y de referencia (tanto estatales como privados), que

**TABLA 5:** Indicadores de recursos del sector salud en Chile y OCDE, año 2012 o año más cercano

Indicadores	Chile	OCDE
Gasto en salud (% del PIB)	7,3	9,3
Número de médicos(*) (cada 1.000 hbts.)	1,7	3,2
Médicos graduados (cada 100.000 hbts.)	7,79	11,3
Número de especialistas (cada 1.000 hbts.)	0,88	1,94
Número de enfermeros(*) (cada 1.000 hbts.)	4,2	8,8
Enfermeros graduados (cada 100.000 hbts.)	39,9	45,5
Camas de hospital (cada 1.000 hbts.)	2,2	4,8

Notas: (\*) En el caso de Chile los datos consideran a todos los médicos y enfermeros que ejercen en el sector salud (incluyendo aquellos en áreas de administración, investigación, educación, etc.).

Fuente: Datos obtenidos de la página web de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE.

podría estar explicando este mayor acceso (Clínicas de Chile, 2013 y datos del Ministerio de Salud y Biblioteca del Congreso Nacional<sup>11</sup>).

Una tercera razón es el aumento en el nivel educativo de la población (según se vio en la Tabla 3),

<sup>11</sup> El total de establecimientos estatales casi se duplicó entre 2004 y 2014 ([http://siit2.bcn.cl/nuestropais/ante\\_socio.htm](http://siit2.bcn.cl/nuestropais/ante_socio.htm) y <http://www.deis.cl/?p=37>) y creció en veinticinco por ciento entre 2005 y 2012 para el sector privado.

así como también la mayor inversión realizada por el país en salud desde la infancia, lo que puede haber generado un mayor cuidado de la propia salud posteriormente en aquellos niños cuando adultos (Campbell et al., 2014). En la misma línea, se destacan los esfuerzos realizados en el Programa Nacional de Alimentación Complementaria, orientado a contribuir con la mantención y mejora de la salud de la población (Ministerio de Salud, 2013).

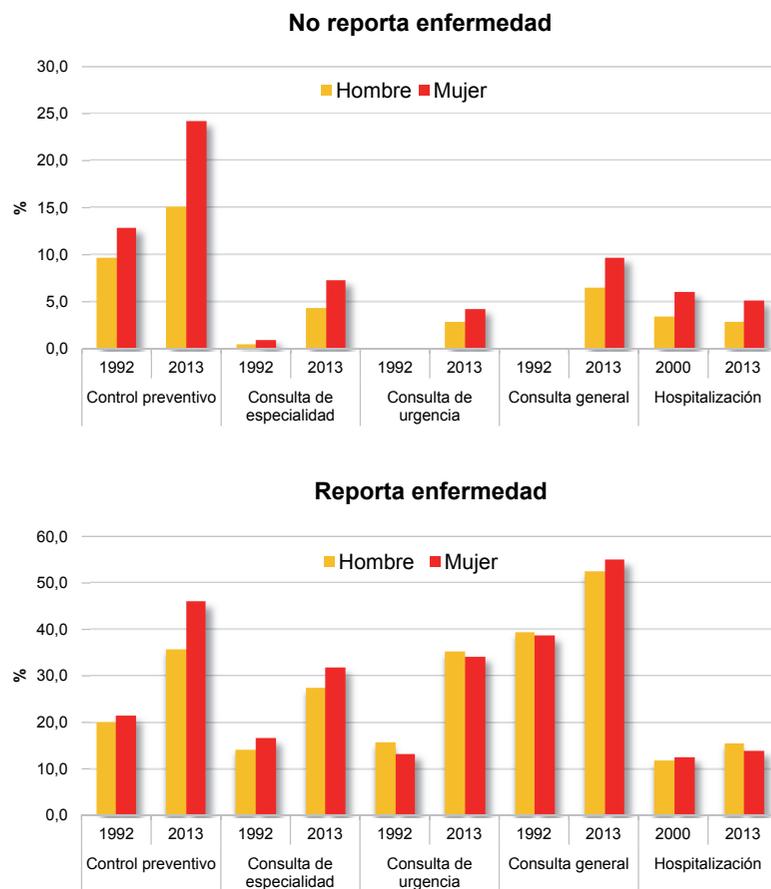
Al observar la probabilidad de contacto en cada año, se aprecia que ésta es siempre mayor para los individuos que reportan enfermedad en comparación con los resultados para todos los individuos, indicando que los primeros acceden en mayor medida al sistema de salud, particularmente en el caso de las consultas de urgencia y preventivas. Sin embargo, al observar la evolución en el tiempo, el aumento en la probabilidad de contacto con el sistema es proporcionalmente mayor para la totalidad de la población, que para quienes reportan enfermedad (con la excepción de los controles preventivos), lo que se traduce en que quienes no reportan enfermedad aumentan en mayor proporción el uso del sistema. Ello puede estar reflejando diferentes hechos: (i) que la pregunta no capture adecuadamente el estado de salud de la persona; (ii) que las necesidades de las personas más enfermas han estado relativamente mejor cubiertas, de manera que el incremento en el acceso se dio más bien para quienes no tenían problemas tan evidentes, urgentes o avanzados y (iii) que el costo (tanto en dinero como en tiempo de espera, distancia, entre otros)

haya disminuido, incentivando más a quienes no les es tan necesario visitar al doctor.

#### b) Probabilidad de contacto según género y reporte de enfermedad

La Figura 2 indica que si bien hay diferencias en la probabilidad de acceso según género, la brecha se reduce en gran medida cuando se considera sólo a los individuos enfermos (aunque siguen existiendo en algunos casos diferencias estadísticamente significativas)<sup>12</sup>. Es decir, estas diferencias según

FIGURA 2: Probabilidad de contacto con el sistema por género y según reporte de enfermedad para cada tipo de prestación, 1992 y 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica CASEN.

<sup>12</sup> Las diferencias significativas se mantienen al controlar por enfermedad a favor de las mujeres en los controles preventivos y de especialidad, y se revierten a favor de los hombres en las consultas de urgencia.

sexo son mayoritariamente impulsadas por los individuos “sanos”.

En efecto, las diferencias por sexo dejan de ser significativas al considerar sólo a quienes reportan haber estado enfermos (consulta general y hospitalización en 1992) e incluso se revierten en algunos casos, por ejemplo, siendo los hombres quienes usan más las consultas de urgencia (en ambos años) y las hospitalizaciones (en 2013).

### c) Probabilidad de contacto según ingresos y reporte de enfermedad

Para evaluar si hay indicios de que el ingreso influye a la hora de hacer uso del sistema, en los gráficos siguientes (Figura 3) se presenta la probabilidad de contacto por quintil de ingreso. Se puede observar de éstos que en algunos casos el efecto del ingreso es muy leve, como en las consultas generales<sup>13</sup> (el que de todas maneras es estadísticamente significativo cuando se considera a quienes reportan enfermedad, aunque de una magnitud económicamente poco relevante).

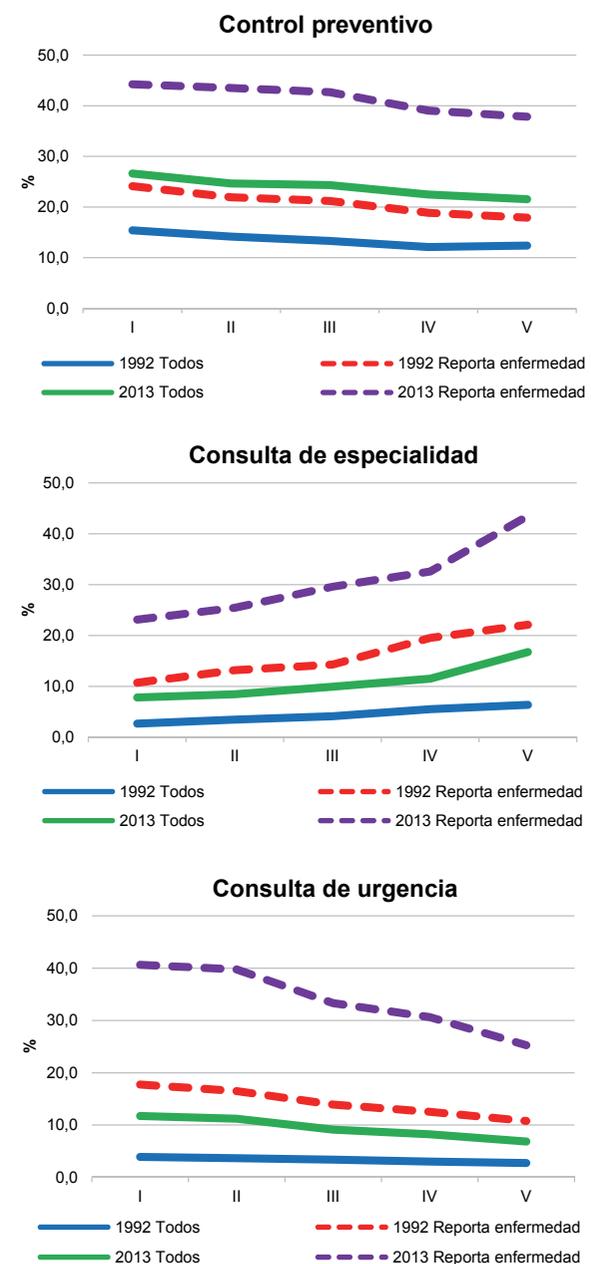
Para las demás prestaciones, la relación entre ingreso y probabilidad de uso es más evidente, pero heterogénea. Así, se observa que a medida que las personas tienen mayores ingresos, menor es la probabilidad de contacto en el caso de los controles preventivos y las consultas de urgencia (estadísticamente significativo), particularmente en las de urgencia cuando se considera solamente a los que reportan enfermedad. Ello puede deberse a la falta de acceso a especialistas en los grupos de menores recursos (mayormente adscritos al Fonasa<sup>14</sup>), que genera mayores tiempos de espera y, por tanto, ya sea porque la espera agudizó su problema o porque prefieren atenderse de inmediato, acuden a la urgencia.

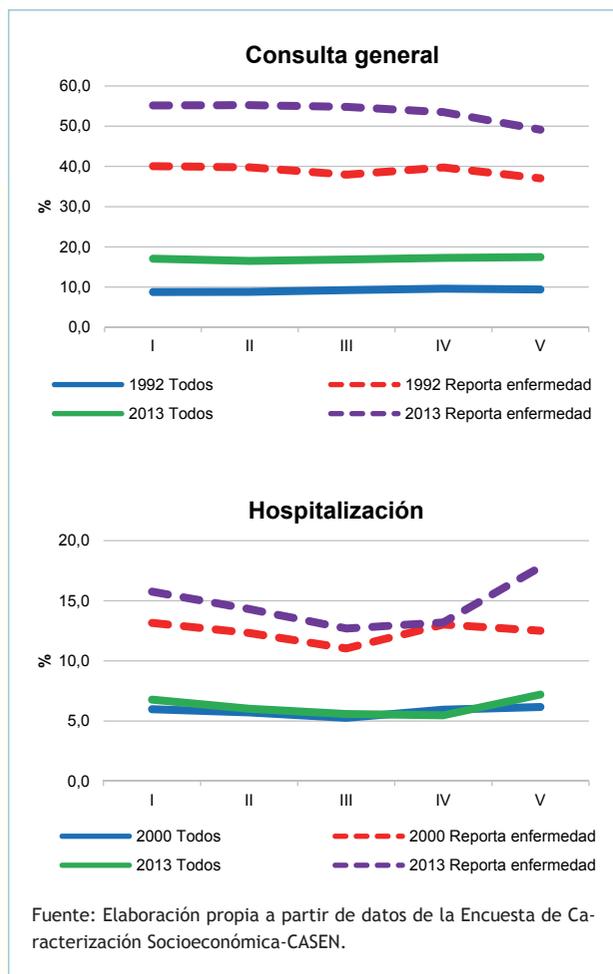
<sup>13</sup> Al verificar mediante una simple regresión logística, se prueba de que las diferencias entre el quintil V y el I no son estadísticamente significativas.

<sup>14</sup> En 2013, 94% de las personas del primer quintil estaba adscrita al Fonasa. Esta cifra es de 92%, 86% y 75% para los quintiles II, III y IV respectivamente.

En efecto, en el caso de las consultas de especialidad la probabilidad de contacto crece junto con el ingreso, situación que se hace más pronunciada cuando se considera sólo a quienes reportan haber estado enfermos. Como se mencionara, una explicación para este hecho es que las personas de ma-

FIGURA 3: Probabilidad de contacto según reporte de enfermedad por quintil de ingresos, para cada tipo de prestación, 1992 y 2013





yores ingresos están adscritas en mayor proporción al subsistema de isapres<sup>15</sup>, donde el acceso a un médico especialista es más expedito, tanto porque no existe la obligación de visitar primero un médico general para poder ser derivado a un especialista, como porque en el seguro estatal (Fonasa) existe un déficit de médicos especialistas que en el sector privado es considerablemente menor. A ello se suma que los más pobres (clasificados en Fonasa A) no pueden acceder a la modalidad de libre elección, donde podrían acudir más rápido a un especialista. En efecto, según las últimas estimaciones del Ministerio de Salud (Ministerio de Salud, 2014) faltarían 3.795 médicos en el sistema público (2.791

<sup>15</sup> El porcentaje de personas del quinto quintil adscrito a una isapre el año 2013 es de 49%, en comparación con 2,5% del primer quintil.

especialistas y 1.004 subespecialistas). El déficit se reafirma al ver las cifras para los países miembros de la OCDE, en los cuales el promedio de médicos especialistas para el año 2012 (o cercano) es alrededor de 2 por cada 1.000 habitantes, cifra que en Chile no alcanza a ser 1 (0,88), como se detalla en la Tabla 5. Si se toma a la OCDE como referente el déficit calculado por el ministerio puede ser incluso una subestimación.

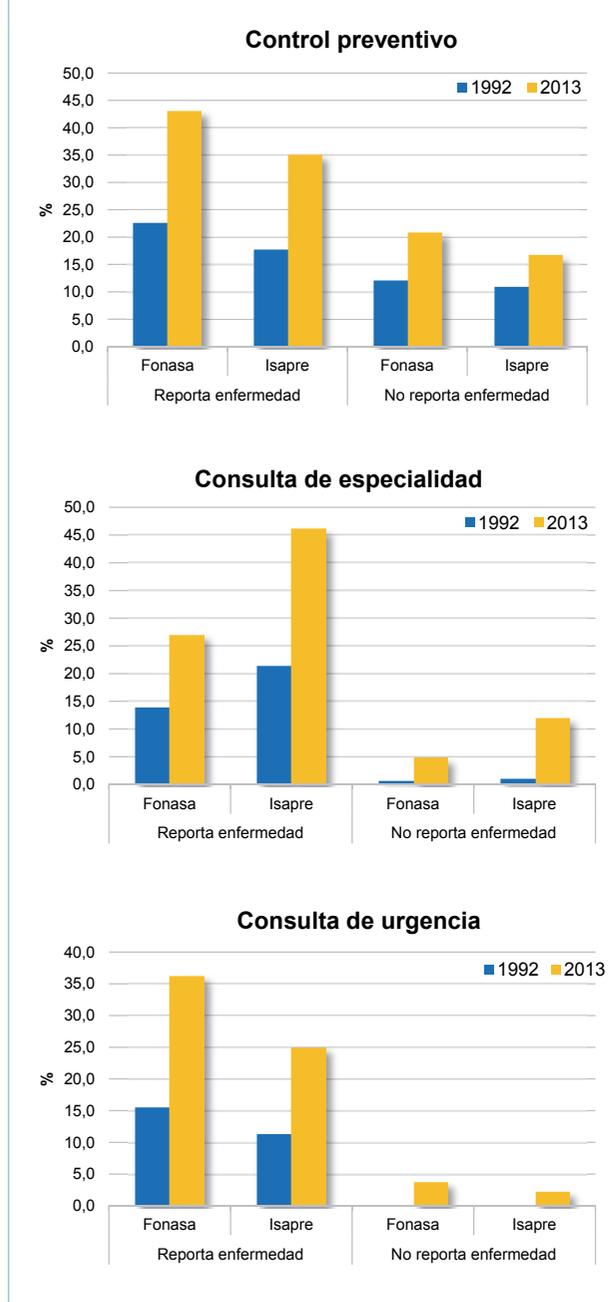
Finalmente, el caso de las hospitalizaciones<sup>16</sup> es diferente, puesto que, se observa un efecto del ingreso con forma de “U” que se acentúa en el año 2013. Es decir, aquellas personas del segundo y tercer quintil se hospitalizan menos que los del quintil anterior, sin embargo, aquellos del cuarto y quinto quintil, lo hacen en mayor medida que los del tercer quintil. Destaca el incremento relativo en la probabilidad de contacto de los individuos del quinto quintil con respecto al resto de los quintiles.

#### d) Probabilidad de contacto por tipo de seguro, según reporte de enfermedad

La Figura 4 indica que cuando se observa el comportamiento según el tipo de seguro (Fonasa o alguna isapre), nuevamente se ve que la probabilidad de contacto aumenta significativamente a través del tiempo y que ésta es mayor para quienes reportan enfermedad. Asimismo, se aprecia que las diferencias en el uso entre individuos de un seguro y otro son menores para los que no reportan enfermedad, aunque las brechas no siempre son a favor del mismo tipo de asegurador (Fonasa o isapre). En efecto, en el caso de los controles preventivos y las consultas de urgencia, los usuarios del Fonasa

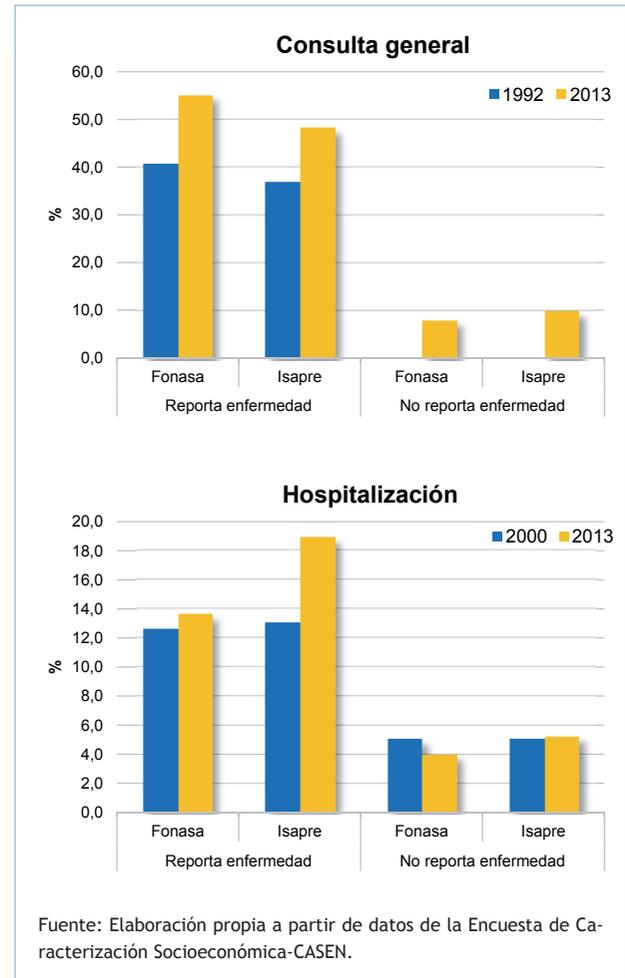
<sup>16</sup> Se debe recordar que para las hospitalizaciones no es posible comparar las magnitudes cuando se desagrega entre enfermos y no enfermos entre un año y otro, dado que la temporalidad con que se mide si ha estado enfermo difiere. Sólo se puede comparar el efecto del ingreso en la probabilidad de hospitalizarse cuando se ha estado enfermo o no en cada año. En otros términos, esto se traduce en que sólo es posible comparar la forma de las curvas, pero no sus niveles.

**FIGURA 4:** Probabilidad de contacto según reporte de enfermedad y por tipo de seguro para cada tipo de prestación, 1992 y 2013



tienen una mayor probabilidad de contacto (estadísticamente significativas).

Por el contrario, al considerar las consultas de especialidad, son los usuarios de isapres los que tienen considerablemente más probabilidades de tener contacto con este tipo de prestación, diferencia que



crece en el tiempo (tanto para quienes reportan enfermedad como para los que no). Ello avala lo encontrado para la división por quintil de ingreso, que indica un mayor acceso a especialistas para el caso de los usuarios de isapres.

En las consultas generales, las diferencias son menos relevantes (aunque estadísticamente significativas) entre los afiliados y se han mantenido relativamente estables en el tiempo. Las brechas tienen sentidos diferentes cuando se considera a quienes reportan haber estado enfermos y a quienes no, siendo en el primer caso a favor de Fonasa y en el segundo a favor de las isapres.

Finalmente en el caso de las hospitalizaciones se aprecia que en el año 2000 no existían grandes diferencias entre usuarios de uno u otro seguro, sin embargo, en

2013 aparece una importante brecha a favor de los afiliados a isapres en la probabilidad de hospitalizarse entre quienes reportan haber estado enfermos.

## II.2 Tasa de uso del sistema de salud

La tasa de uso se refiere a la cantidad de prestaciones de salud promedio por cada persona. Esta se reporta a continuación para diferentes grupos de personas según el tipo de prestación: consulta general, consulta de especialidad, consulta de urgencia, control preventivo y días de hospitalización.

### a) Tasa de uso general, condicional y según reporte de enfermedad

Como se mencionara en la introducción, la tasa de uso por persona del sistema de salud ha crecido en el tiempo. En la Tabla 6 (columnas bajo el título “Total”) se puede apreciar, por ejemplo, que en el caso de las consultas de especialidad y de urgencia el promedio de uso por persona se duplicó y triplicó, respectivamente, entre 1992 y 2013. En el caso de las consultas generales y controles preventivos, el promedio creció, pero en una proporción inferior. Los días de hospitalización no son comparables

entre 1992 y 2013, sino sólo entre 2000 y 2013, periodo en el cual este promedio crece para el total de la población.

Este incremento en la tasa de uso de cada prestación se explicaría por un mayor acceso a cada una de las prestaciones, es decir, en cada nueva medición una mayor proporción de personas reporta haber tenido al menos una prestación, tal como se verificara en la sección anterior (mayor probabilidad de contacto). Sin embargo, condicionando la tasa de uso a aquellas personas que reportan haber tenido contacto con el sistema, es decir, aquellos que han tenido al menos una prestación (columnas bajo el título “Reporta uso” en la Tabla 6) se evidencia que, salvo para las consultas de urgencia y días de hospitalización, la tasa de uso ha disminuido en el tiempo. Por tanto, cada individuo que hace uso del sistema de salud utiliza una menor cantidad de prestaciones. Lo anterior podría explicarse por mejoras en el acceso, la eficiencia y tecnologías de la atención en salud (tratamientos más cortos, mejores diagnósticos, atención oportuna).

Cuando se considera sólo a los individuos que reportan enfermedad, en la Tabla 6 se aprecia que, al

**TABLA 6:** Evolución tasa de uso según reporte de enfermedad y condicional a haber tomado contacto, para cada tipo de prestación

Tipo	Total			Reporta enfermedad*			Reporta uso		
	1992	2000	2013	1992	2000	2013	1992	2000	2013
Control preventivo	0,26	0,33	0,44	0,46	0,72	0,84	1,90	1,84	1,84
Consulta de especialidad	0,10	0,19	0,20	0,39	0,60	0,60	2,43	2,12	1,91
Consulta de urgencia	0,05	0,08	0,15	0,19	0,33	0,56	1,34	1,51	1,61
Consulta general	0,18	0,15	0,30	0,77	0,52	0,99	1,98	1,56	1,77
Días de hospitalización **	0,14	0,47	0,52	0,57	1,24	1,32	9,84	8,06	8,43

Nota:

\* En el caso de quienes reportan enfermedad sólo es posible comparar las cifras de los años 1992 y 2013 dado que en ambos años se pregunta si la persona estuvo enferma o se accidentó en los últimos tres meses, a diferencia del año 2000 donde se preguntó por el último mes.

\*\* En el caso de los días de hospitalización se deben comparar las cifras para el año 2000 y 2013 para el total de las personas y para quienes reportan uso, dado que en ambos años se pregunta por el número de días de hospitalización en el último año (en 1992 se pregunta por los últimos tres meses). En el caso de quienes reportan enfermedad, no es posible hacer comparaciones en el tiempo, dado que la temporalidad considerada para reportar estar enfermo no calza en ninguno de los tres periodos.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica-CASEN.

TABLA 7: Evolución tasa de uso por género para cada tipo de prestación

	Hombres			Mujeres			Mujeres/hombres		
	1992	2000	2013	1992	2000	2013	1992	2000	2013
Control preventivo	0,21	0,26	0,33	0,29	0,40	0,54	1,40	1,57	1,62
Consulta de especialidad	0,08	0,14	0,16	0,12	0,23	0,24	1,45	1,73	1,47
Consulta de urgencia	0,04	0,08	0,13	0,05	0,08	0,18	1,11	1,09	1,44
Consulta general	0,16	0,12	0,25	0,20	0,18	0,34	1,26	1,54	1,36
Días de hospitalización	0,15	0,43	0,49	0,14	0,50	0,53	0,90	1,16	1,09

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica-CASEN.

TABLA 8: Evolución tasa de uso por género condicional a haber tomado contacto, para cada tipo de prestación

	Hombres			Mujeres			Mujeres/Hombres		
	1992	2000	2013	1992	2000	2013	1992	2000	2013
Control preventivo	1,83	1,79	1,78	1,95	1,87	1,87	1,07	1,04	1,05
Consulta de especialidad	2,45	2,07	1,96	2,40	2,14	1,88	0,98	1,03	0,96
Consulta de urgencia	1,29	1,51	1,51	1,38	1,51	1,67	1,07	1,00	1,11
Consulta general	1,93	1,48	1,78	2,02	1,61	1,77	1,05	1,09	0,99
Días de hospitalización	12,67	9,78	9,91	7,98	7,03	7,49	0,63	0,72	0,76

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica-CASEN.

igual que en el caso de la probabilidad de contacto, la intensidad de uso es mayor que para el total, indicando que los que reportan haber tenido una enfermedad tienen en promedio más prestaciones de cada tipo que los que reportan haber estado “sanos”. Llama la atención que el número promedio de consultas por persona haya crecido más en el caso de los “sanos” (no reporta haber estado enfermo) que en el de los enfermos<sup>17</sup> para las consultas de especialidad y generales.

#### b) Tasa de uso general y condicional según género

En la Tabla 7 se observa que la tasa de uso es consistentemente mayor para las mujeres en el caso de las consultas preventivas, de urgencia y generales<sup>18</sup>, tanto cuando se considera al total de

la población, como cuando se toma sólo a quienes han usado al menos una vez el sistema. Estas diferencias son consistentes con lo encontrado en la literatura (Green, 1999). Para las consultas de especialidad, al observar el promedio condicional (Tabla 8), la tasa de uso se revierte, siendo mayor para los hombres<sup>19</sup>. En las columnas bajo el título “Mujeres/hombres” de las Tablas 7 y 8 (que muestran la división de la tasa de uso de las mujeres en la tasa de uso de los hombres), se puede apreciar que estas brechas se han mantenido en el tiempo, especialmente para quienes hacen uso del sistema (sí aparecen algunas diferencias en el tiempo cuando se considera el total de la población).

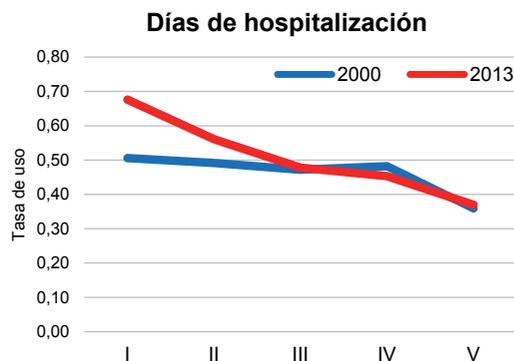
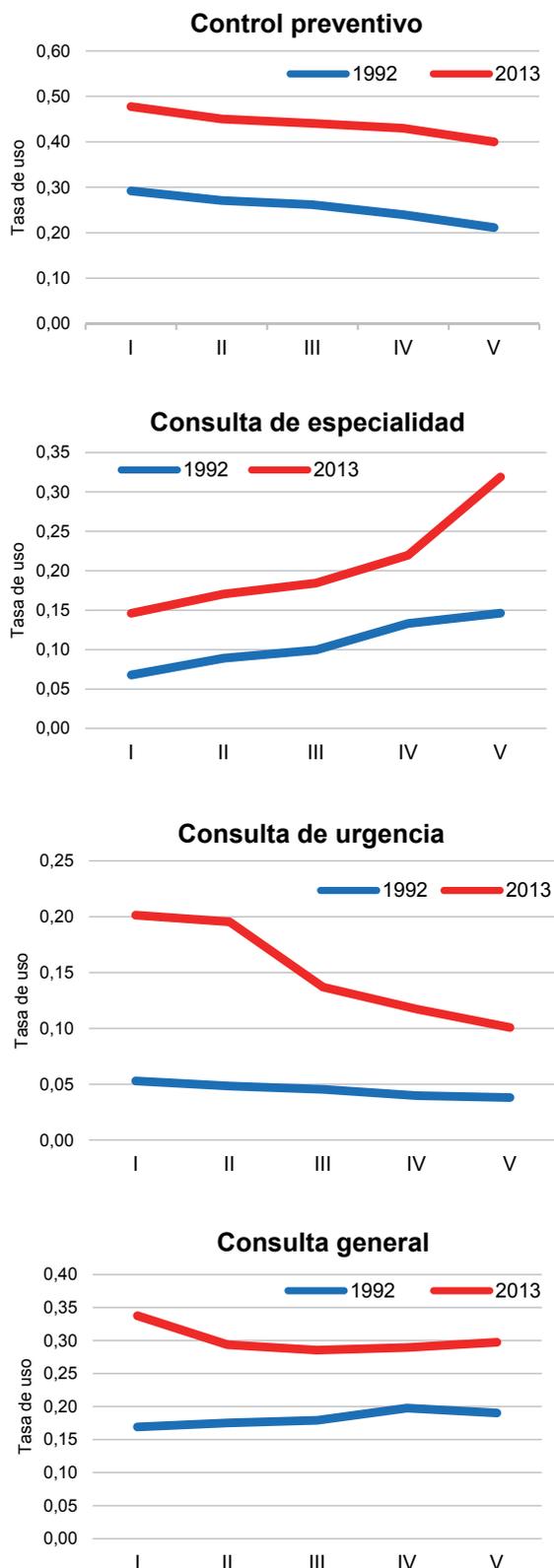
En el caso de los días de hospitalización, ocurre una situación diferente, puesto que cuando se considera al total de la población el promedio de días de hospitalización es mayor para mujeres, con la excep-

<sup>17</sup> Como se viera anteriormente, en el caso de los días de hospitalización, no es posible comparar los datos en el tiempo para los que reportan enfermedad debido a las diferencias en la temporalidad para medir tanto enfermedad como días de hospitalización.

<sup>18</sup> Las diferencias en consultas preventivas, de urgencia y generales son estadísticamente significativas.

<sup>19</sup> De hecho, al estimar una regresión binomial negativa entre la tasa de uso, la variable hombre (*dummy*) resulta significativa.

**FIGURA 5:** Tasa de uso por quintil de ingreso para cada tipo de prestación, 1992 y 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica-CASEN.

ción del año 1992 donde la diferencia no es significativa<sup>20</sup>. Al tomar en cuenta sólo a quienes hacen uso del sistema, se ve que las hospitalizaciones son bastante más cortas para las mujeres (diferencias estadísticamente significativas). Ello indica que, en relación con los hombres, hay más mujeres hospitalizadas, pero por menos tiempo. Una hipótesis es que eso se deba a la influencia de las hospitalizaciones por partos (que son cortas y sólo se dan para las mujeres) y que, por tanto, la disminución en el tiempo en las diferencias en las hospitalizaciones puede tener relación con la disminución en la tasas de natalidad. También podría haber otros factores que explican estas observaciones (diferencias en el tipo de enfermedades o cirugías realizadas según género, gravedad de las enfermedades, etc.).

*c) Tasa de uso general y condicional según quintil de ingreso*

Al evaluar la tasa de uso según nivel socioeconómico (Figura 5) se observa que el efecto que tiene el ingreso en la tasa de uso de las prestaciones difiere según el tipo de prestación y cambia en el tiempo

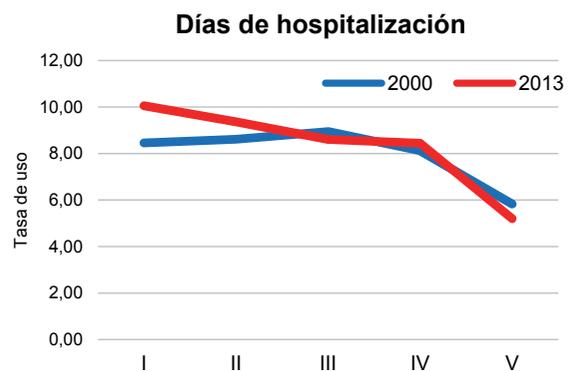
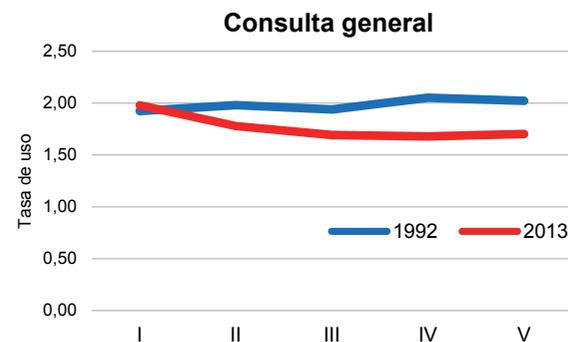
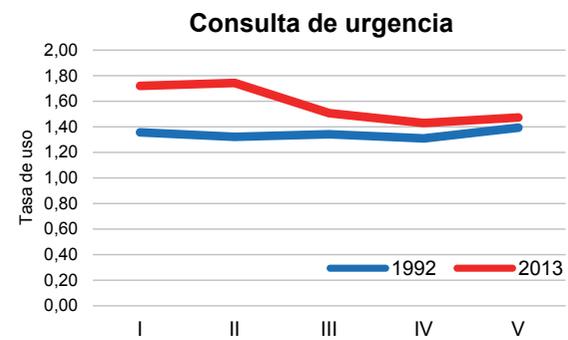
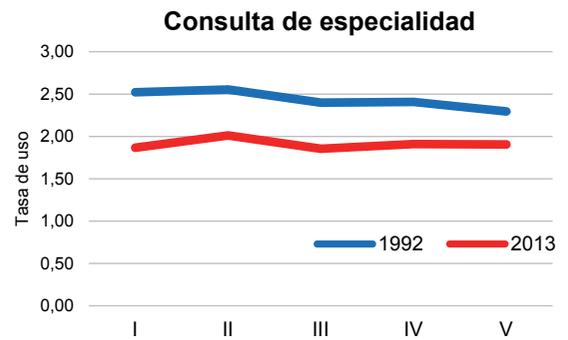
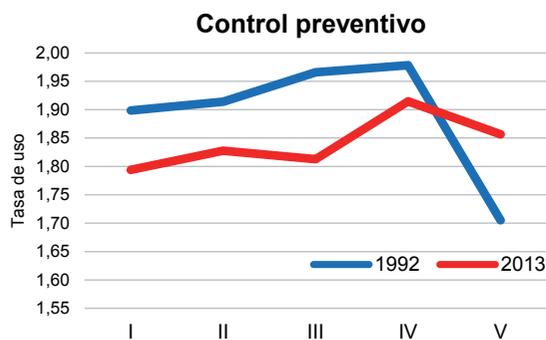
<sup>20</sup> En el año 1992, la pregunta respecto de las hospitalizaciones podría estar sesgada a la baja porque se pregunta en forma separada también por los partos, por lo que no es claro que la pregunta relativa a las hospitalizaciones incluya los partos para todas las personas. En los años posteriores se pregunta por todo tipo de hospitalización, incluyendo partos.

para algunas de ellas. En primer lugar, la tasa de uso se ha incrementado significativamente para casi todas las prestaciones a través del tiempo en cada quintil de ingreso, duplicándose o más entre 1992 y 2013 en algunos casos (consultas de especialidad, de urgencia y generales). Los mayores incrementos se dieron para los quintiles extremos (I y V).

En el caso de los controles preventivos, del número de días de hospitalización y de las consultas de urgencia, la tasa de uso de estas prestaciones disminuye a medida que las personas tienen mayores ingresos, mientras que las consultas de especialidad y generales aumentan con el ingreso. En este último caso, la influencia que tiene el nivel de ingresos era positiva en 1992 (a mayor ingreso mayor cantidad de consultas generales), pero en 2013 ocurre lo contrario (salvo para el caso de los últimos dos quintiles).

De la Figura 6 se desprende que la tasa de uso de quienes han tenido al menos una prestación ambulatoria ha disminuido en el tiempo para casi todos los quintiles (la excepción se da para el quintil 5 en las consultas preventivas). Asimismo se aprecia que en 1992 el uso era bastante parejo entre quintiles de ingreso para cada prestación (salvo controles preventivos) y que en 2013, existe una leve tendencia al alza para los controles preventivos, siendo las diferencias estadísticamente significativas para

**FIGURA 6:** Promedio condicional a haber usado el sistema por quintil de ingreso, según tipo de prestación



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica-CASEN.

los quintiles 3, 4 y 5, y a la baja para las consultas de urgencia y generales, sin embargo ninguna de las diferencias para estas prestaciones son estadísticamente significativas. En cuanto a los días de hospitalización, el efecto del nivel socioeconómico es negativo, es decir, a mayores ingresos, menos días de hospitalización, acentuándose en 2013.

*d) Tasa de uso general y condicional según tipo de seguro (Fonasa o isapre)*

Al considerar la tasa de uso de las prestaciones ambulatorias por persona según el tipo de seguro con que cuentan, se aprecia (Tabla 9) que ésta ha aumentado tanto para los beneficiarios del Fonasa como para los de las isapres. Asimismo, es posible notar que ésta es mayor en ambos periodos para los usuarios del Fonasa en los controles preventivos y sobre todo en las consultas de urgencia y los días de hospitalización. Las tasas de uso son iguales en el caso de las consultas generales y menores para los usuarios del Fonasa en el caso de las consultas de especialidad. Las diferencias a favor del Fonasa podrían explicarse porque una mayor proporción de personas reporta estar enferma (ver Tabla 3 en la introducción), lo que a su vez tiene que ver con que el seguro estatal cuenta con una población más riesgosa (Cid, 2011). El que estas diferencias no se den en el caso de las consultas de especialidad puede relacionarse con que el acceso para los usuarios del Fonasa y especialmente para quienes están clasificados en los grupos de nivel socioeconómico A y B es menor (como se ve en la sección siguiente), debiendo esperar para ser atendidos por

**TABLA 9:** Tasa de uso por tipo de seguro para cada prestación, 1992 y 2013

	Fonasa		Isapre		Fonasa/isapre	
	1992	2013	1992	2013	1992	2013
Control preventivo	0,29	0,46	0,22	0,39	1,33	1,17
Consulta de especialidad	0,09	0,18	0,15	0,36	0,63	0,50
Consulta de urgencia	0,05	0,17	0,04	0,09	1,40	1,80
Consulta general	0,20	0,31	0,18	0,28	1,13	1,11
Días de hospitalización	0,18	0,54	0,09	0,43	1,98	1,23

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica-CASEN.

un médico general o especialista y, por tanto, ya sea porque la espera agudizó su problema o porque prefieren ser atendidos con mayor rapidez, acuden en mayor medida a la urgencia.

Cuando se considera solamente a quienes hacen uso del sistema (Tabla 10) las diferencias son para casi todo tipo de prestaciones a favor del Fonasa, destacando particularmente el caso de los días de hospitalización. La excepción, nuevamente, son las consultas de especialidad y preventivas en 2013, lo que avala que las diferencias se dan en el acceso, no entre quienes ya tomaron contacto con el sistema.

**TABLA 10:** Tasa de uso condicional a haber usado el sistema por tipo de seguro para cada tipo de prestación, 1992 y 2013

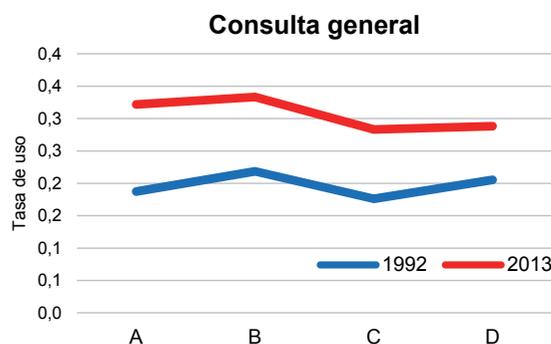
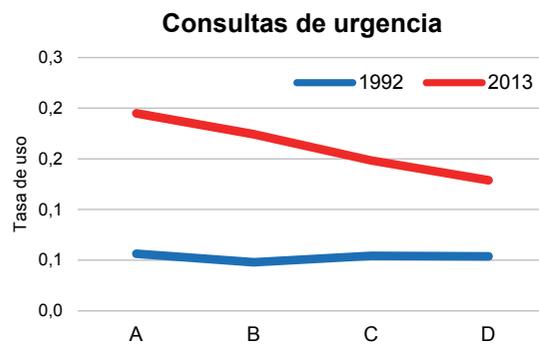
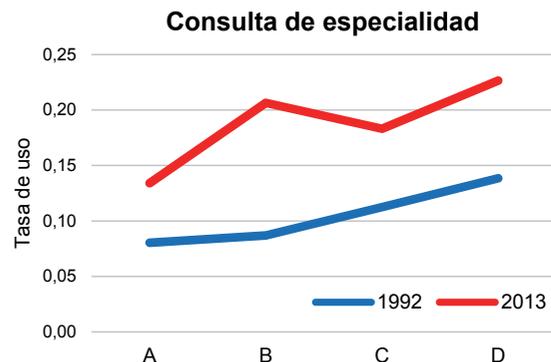
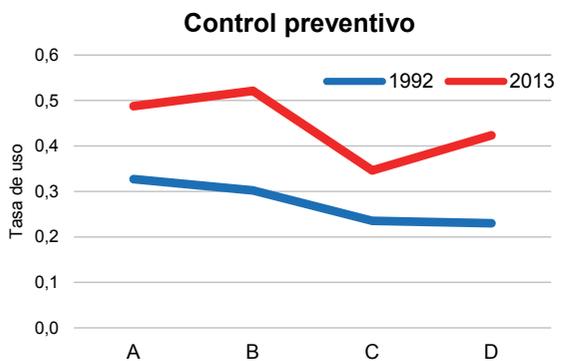
	Fonasa		Isapre		Fonasa/isapre	
	1992	2013	1992	2013	1992	2013
Control preventivo	1,96	1,80	1,71	1,95	1,15	0,93
Consulta de especialidad	2,46	1,89	2,43	1,94	1,01	0,98
Consulta de urgencia	1,26	1,63	1,34	1,43	0,94	1,15
Consulta general	2,02	1,79	1,89	1,65	1,07	1,08
Días de hospitalización	10,67	9,13	6,11	5,60	1,75	1,63

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica-CASEN.

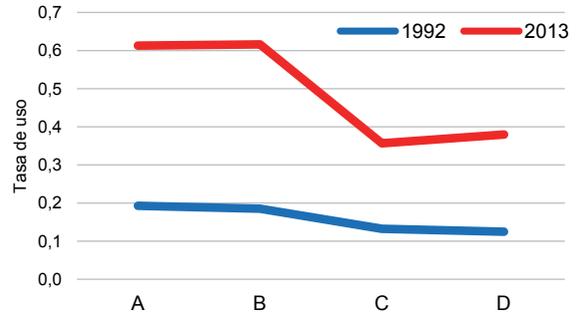
*e) Promedio general y condicional según grupo de Fonasa*

Un aspecto interesante de observar es qué ocurre dentro del Fonasa, puesto que sus usuarios están clasificados sobre la base de su nivel socioeconómico

**FIGURA 7:** Promedio general por grupo de Fonasa, según tipo de prestación, 1992 y 2013



**Días de hospitalización**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica-CASEN.

mico en cuatro grupos. El primer grupo (A), que incluye a los indigentes y no cotizantes, si bien tiene acceso gratuito a las prestaciones, estas últimas sólo pueden ser realizadas por un prestador estatal (modalidad institucional). Para el resto de los afiliados, existe la posibilidad si así lo desean de ser atendidos por prestadores privados en convenio, pero deben cancelar un copago. En caso de atenderse en la modalidad institucional (prestadores estatales) el costo es menor que en la de libre elección, pero crece según los ingresos (gratuito para el grupo B y con copagos para los grupos C y D, de mayores ingresos).

Como ya se había notado anteriormente, la Figura 7 también da cuenta de la falta de acceso a consultas de especialidad para las personas de menores recursos, lo que dentro de Fonasa se nota especialmente para aquellos pertenecientes al grupo A<sup>21</sup>, que no tienen la posibilidad de atenderse por la modalidad de libre elección y que, por tanto, pareciera que canalizan esta restricción haciendo un uso notoriamente más intensivo de las consultas de urgencia, al menos en 2013 (no así en 1992). En el Anexo 1 se presenta el número de consultas de especialidad para quienes lograron acceder al menos a una con-

<sup>21</sup> Casi la mitad de las personas que pertenecen al grupo A del Fonasa proviene del primer quintil, en el extremo opuesto sólo 3% proviene del quinto quintil.

sulta, no encontrándose diferencias entre los grupos, indicando que las diferencias por quintil se explican por una menor probabilidad de contacto del grupo A (menor acceso), similarmente a lo que ocurre con las urgencias (pero en sentido opuesto)<sup>22</sup>.

En cuanto a los días de hospitalización, donde las diferencias son a favor de aquellos pertenecientes al grupo A y B, podría aventurarse que habría algún efecto del precio que desincentiva a quienes deben enfrentar mayores copagos (en este caso, copagos que no son irrelevantes dado que el valor de una hospitalización en comparación a las consultas es considerablemente mayor). Pero también podría estar ocurriendo que las hospitalizaciones en los prestadores que atienden a personas del grupo A y B (mayormente estatales<sup>23</sup>) son más largas, lo cual se confirma al observar que, si bien la probabilidad de contacto es bastante similar entre los diferentes grupos del Fonasa (6,14%, 6,29%, 5,19% y 5,82%), al considerar sólo a quienes hicieron uso del sistema se aprecia que efectivamente las estadías son más largas en el caso de las personas de los grupos A y B (anexo 1). Las razones podrían ser que dichas personas tienen enfermedades más complejas o más graves (que requieren estadías mayores) o que los prestadores que las atienden demoran más en dar de alta a los pacientes.

### III. Comentarios finales

El aumento del gasto en salud es una preocupación compartida por los países. Considerando que una de las razones de este incremento tiene que ver

<sup>22</sup> Al observar la probabilidad de contacto para los integrantes del grupo A en el caso de las consultas de especialidad, se aprecia que es significativamente menor (6,95% en 2013) que para aquellos de los grupos B, C y D (11,22%, 9,69% y 11,58% respectivamente en 2013).

<sup>23</sup> En 2013, un 64,21% de las hospitalizaciones fueron realizadas en un hospital público. Asimismo, un 90,82% de las hospitalizaciones del grupo A fueron realizadas en un hospital público y un 79,19% para los del grupo B.

con el crecimiento en la demanda por prestaciones de salud, que se explica también por los mayores niveles de ingreso y educación de las personas, es interesante estudiar cuáles son las características de los individuos que utilizan en mayor medida los servicios de salud. Estos últimos, para efectos del análisis, se desagregan en: controles preventivos, consultas generales, consultas de especialidad, consultas de urgencia y (días de) hospitalización.

El análisis muestra que existe un incremento en la proporción de personas que usa el sistema en el tiempo (mayor acceso), en todo tipo de prestaciones, destacando las consultas de urgencia y de especialidad donde el porcentaje de personas que accede casi se triplica, lo que podría estar reflejando una oferta insuficiente, una baja en los costos de acceso (más hospitales y más cercanos), una mejora en las condiciones del seguro (por ejemplo, la introducción de las Garantías Explícitas en Salud, GES) y una población más rica y con mayores niveles de educación. En relación con estas hipótesis, cuando se constata que el promedio de consultas por persona disminuye en el tiempo al considerar sólo a quienes han tenido al menos una prestación, se puede intuir que existe todavía algún déficit en la oferta, aunque también podría significar que ha habido mejoras en la eficiencia (mejores diagnósticos, atención oportuna) y tecnologías que han hecho más efectivos los tratamientos y han acortado su duración.

Es interesante notar que el incremento en el acceso viene mayormente dado por las personas que no reportan haber estado enfermas en el último tiempo, lo que podría interpretarse como que las necesidades de quienes están más enfermos han estado relativamente mejor cubiertas, así como también podría haber ocurrido que el costo (tanto en dinero como en tiempo de espera, distancia, entre otros) haya disminuido y que las condiciones del seguro hayan mejorado, incentivando a aumentar su demanda en mayor medida a quienes no les es tan

necesario visitar al doctor (riesgo moral). No obstante, la tasa de uso por persona creció más para quienes reportan haber estado enfermos que para los que no, en el caso de las consultas preventivas y particularmente en las de urgencia.

Al igual que en otros países, los datos indican que las mujeres tienen mayor probabilidad de usar los servicios de salud que los hombres y, además, en promedio tienen más consultas. Al considerar sólo a quienes reportan haber estado enfermos, las diferencias en la probabilidad de contacto disminuyen o dejan de ser significativas e incluso se revierten en algunos tipos de prestaciones, indicando que entre quienes no reportan haber estado enfermos, hay una diferencia en la probabilidad de contacto importante a favor de las mujeres.

El efecto que tiene el ingreso o nivel económico de las personas en la demanda por salud es un aspecto debatido en la literatura. Si bien el análisis de este trabajo es sólo descriptivo, éste indica algunos patrones, como el efecto en forma de “U” que tiene el ingreso en la probabilidad de hospitalizarse. Asimismo, se aprecia un incremento en la probabilidad de hospitalizarse en 2013 para las personas del quintil más rico. Dado que lo anterior también se da en el caso de las isapres y que la correlación entre estar en una isapre y pertenecer al quinto quintil es alta (casi 40% para 2013), ello podría estar evidenciando algún fenómeno de este tipo de seguro que afecta el uso de los hospitales (por ejemplo, que el método de pago genere inducción a la demanda por parte de los doctores en mayor proporción en dicho sector). Tales resultados contrastan con lo que ocurre en la tasa de uso del mismo servicio, donde el efecto es negativo (a mayor ingreso, menor cantidad de días de hospitalización). Ello estaría indicando que si bien hay una mayor proporción de personas del quinto quintil que se hospitaliza (en comparación con los quintiles medios), su estadía es menor. Lo anterior podría explicarse porque una

importante proporción de las personas del quinto quintil está adscrita a una isapre (49% en 2013), donde el costo de las hospitalizaciones es bastante más alto que en el Fonasa (desincentivando estadías largas). Lo anterior pareciera poco plausible dado el incremento en la probabilidad de hospitalizarse, por lo que la explicación podría tener que ver más con que los beneficiarios de isapres son menos riesgosos (menos enfermos, más jóvenes), por lo que sus hospitalizaciones debieran ser por condiciones de salud menos grave; y porque podría haber una mayor eficiencia en los prestadores de este sector en cuanto a la rapidez en dar de alta, a diferencia de lo que ocurre en el Fonasa donde toma más tiempo (por falta de recursos humanos, por problemas sociales de los pacientes y por los incentivos que dichos prestadores enfrentan, particularmente asociados a los métodos de pago y la gestión, entre otros). Lo anterior se comprueba al observar que la cantidad de días de hospitalización por persona en Fonasa casi duplicaba a la de las isapres en 1992. Ahora bien el hecho de que haya caído a 1,2 veces en el año 2013 es consistente con ganancias en eficiencia que pueden haberse logrado a través de cambios en métodos de pago y mayor énfasis en gestión en dos décadas.

En relación con las consultas, se observa una mayor probabilidad de contacto en las de urgencia por parte de las personas de menores recursos y en las de especialidad por aquellos de mayores recursos. Una de las hipótesis para explicar este hecho tiene que ver con la falta de acceso a especialistas por parte de los individuos de menor nivel económico que están en mayor proporción adscritos al Fonasa, donde la posibilidad de ver especialistas es menor porque, en primer lugar, deben visitar primero a un médico general para ser derivados, en segundo lugar, los indigentes o carentes de recursos (clasificados en el grupo A del Fonasa) sólo pueden atenderse mediante la modalidad institucional (con prestadores es-

tatales) y, en tercer lugar, existe un déficit de especialistas más alto que en el sector privado. Ello parece ser avalado al observar los resultados para la desagregación según tipo de seguro, donde quienes están adscritos al Fonasa aparecen con una mayor probabilidad de asistir a una consulta de urgencia y una menor probabilidad en el caso de las de especialidad. Los resultados para la tasa de uso también otorgan soporte a esta tesis. En efecto, el promedio de consultas de urgencia para los individuos pertenecientes al primer y segundo quintil de ingresos duplican a las de aquellos en el quinto quintil y en el caso de las de especialidad la tasa de uso del quinto quintil más que duplica a la del primer quintil en 2013. Asimismo, la tasa de uso de las consultas de urgencia en el Fonasa es 1,5 veces la tasa de los adscritos a alguna isapre y lo contrario ocurre con las de especialidad donde en las isapres se duplica a la tasa de uso del Fonasa en 2013.

La tasa de uso según quintil de ingreso también presenta heterogeneidad, no sólo porque el efecto que el ingreso tiene sobre la tasa de uso es diferente para cada tipo de prestación, sino que también porque éste cambia a través del tiempo en algunos casos. Llama la atención eso sí que al considerar sólo a quienes han tomado contacto con el sistema (los que tienen al menos una prestación), las diferencias entre quintiles se atenúan fuertemente (con la excepción de las hospitalizaciones y consultas preventivas). Destaca el inusual comportamiento de los controles preventivos puesto que cuando se considera a toda la población, el efecto del ingreso en la tasa de uso es negativo (al igual que con la probabilidad de contacto), es decir, a mayor ingreso, menor tasa de uso promedio. Sin embargo, al considerar sólo a quienes hacen uso del sistema, éste tiene forma de “U” invertida en 1992 y luego es creciente en 2013, indicando un aumento sustancial en la tasa de uso en el quinto quintil.

Finalmente, se evidencia que la restricción en la elección del prestador para quienes pertenecen al grupo A del Fonasa (sólo pueden atenderse con prestadores estatales) afecta su acceso, sobre todo en el caso de las consultas de especialidad. Dicha limitación pareciera tener una válvula de escape en las consultas de urgencia que son usadas en una mayor proporción por los beneficiarios del grupo A en 2013. Las consultas generales no muestran grandes diferencias en cuanto a la tasa de uso promedio. Los días de hospitalización, por el contrario, muestran importantes brechas, sobre todo para 2013, donde los usuarios de los grupos A y B tienen tasas de estadía que casi duplican las de aquellos clasificados en los grupos C y D. Estas diferencias se explican en parte porque las hospitalizaciones para dichas personas efectivamente son más largas (lo que se corrobora al tomar en cuenta sólo a quienes toman contacto con el sistema). Las razones de ello podrían ser que dichas personas tienen enfermedades más complejas o más graves (que requieren estadías mayores) o que los prestadores que las atienden demoran más en dar de alta a los pacientes. Asimismo, otra posible explicación es que los beneficiarios de los grupos C y D deben efectuar copagos por las hospitalizaciones, desincentivando estadías largas. Junto con ello, es también más probable que opten por la modalidad de libre elección que aquellos pertenecientes al grupo B, donde los costos son más altos.

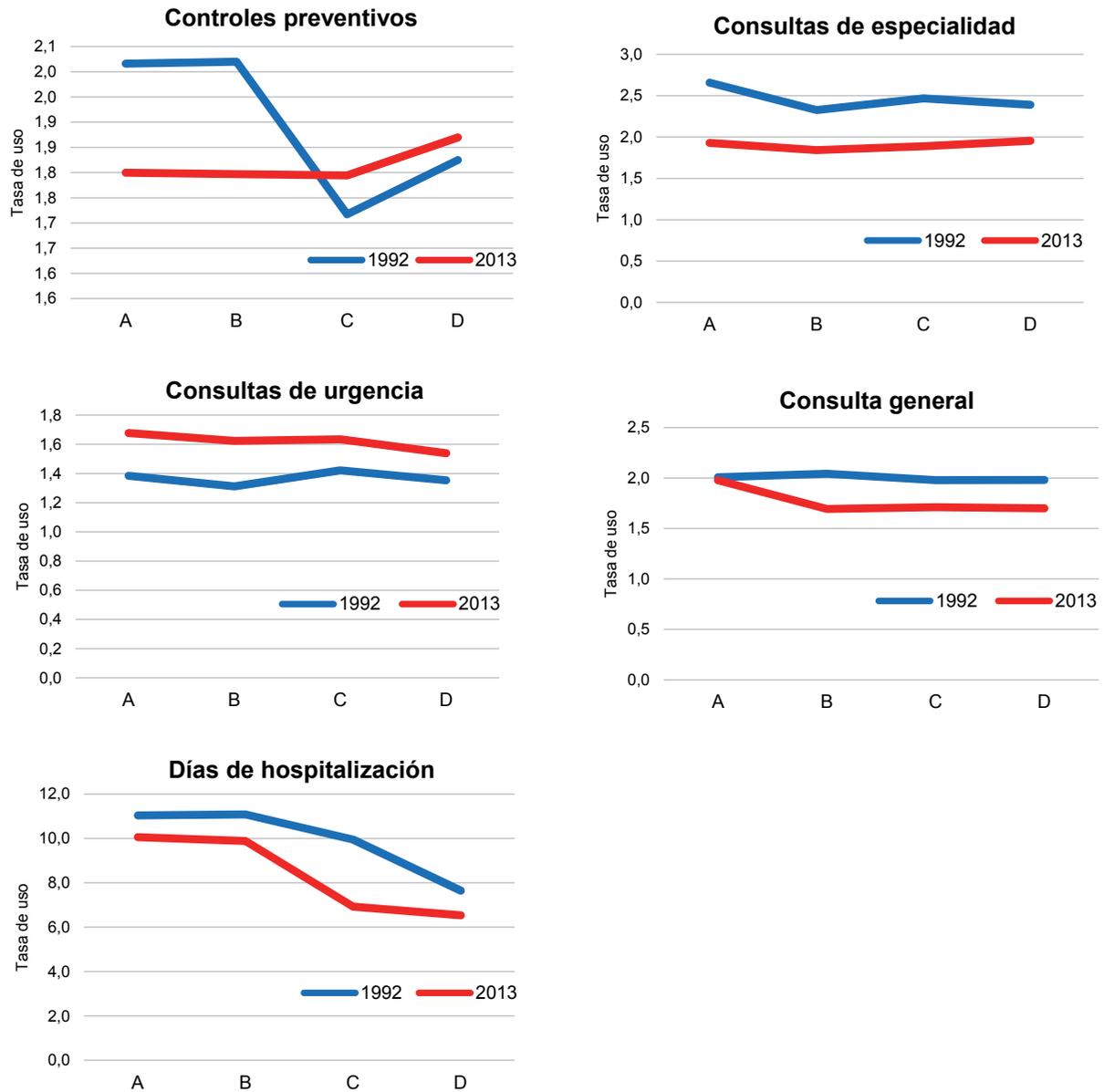
Como fuese mencionado en la introducción, los resultados presentados en este documento forman parte de un trabajo más amplio que busca indagar con mayor precisión los efectos de cada una de las variables que podrían explicar los resultados y diferencias encontradas en el análisis exploratorio. En ese sentido, se espera poder comprobar o rechazar las hipótesis planteadas en este estudio, así como también abrir otras preguntas y espacios para futuras investigaciones.

## Referencias

- Campbell et al. 2014. "Early Childhood Investments Substantially Boost Adult Health". *Science* 343: 1478-1485.
- Cid, Camilo. 2011. "Problemas y desafíos del seguro de salud y su financiamiento en Chile: el cuestionamiento a las ISAPRE y la solución funcional". Temas de la agenda pública 49. Centro de Políticas Públicas UC. Diciembre.
- Clínicas de Chile A. G. 2013. "Dimensionamiento del sector de salud privado en Chile". Diciembre. En: <http://isapre.cl/PDF/dimensionamiento2012.pdf>.
- Green, Carla y Clyde Pope. 1999. "Gender, psychosocial factors and the use of medical services: a longitudinal analysis". *Social Science & Medicine* 48 (10): 1363-1372.
- Henríquez, Ricardo. 2006. "Private health insurance and utilization of health services in Chile". *Applied Economics* 38 (4): 423-439.
- Ministerio de Salud. 2013. "Informe Final: Programa Nacional de Alimentación Complementaria".
- Ministerio de Salud. 2014. "Programa de Formación de Especialistas y Subespecialistas". Agosto.
- Morera Salas, Melvin y Amanda Aparicio Llanos. 2010. "Determinantes de la utilización de servicios de salud en Costa Rica". Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria: 410-415. Octubre.
- Muurinen, Jaana-Marja. 1982. "Demand for health: A generalised Grossman Model". *Journal of Health Economics*, 1 (1): 5-28.
- OCDE. 2013. Health at a Glance. OCDE Indicators.
- Pohlmeier, Winfried y Volker Ulrich. 1995. "An economic model of the two-part decisionmaking process in the demand for health care". *Journal of Human Resources* 30 (2): 339-361.
- Sapelli, Claudio y Bernardita Vial. 1998. "Utilización de prestaciones de salud en Chile: ¿es diferente entre grupos de ingreso?". *Cuadernos de Economía* 35 (106): 343-382, Diciembre.
- Sapelli, Claudio y Bernardita Vial. 2003. "Self-selection and moral hazard in Chilean health insurance". *Journal of Health Economics* 22: 459-476.
- Velasco, Carolina. 2014. "Desafíos y algunos lineamientos para el sistema de seguros de salud en Chile". *Propuestas de Política Pública* N° 3. Octubre.
- Wagstaff, Adam. 1986. "The demand for health: theory and applications". *Journal of Epidemiology & Community Health* 40 (1): 1-11.
- Zweifel, P., Breyer, F. y Kifmann, M. 2009. *Health Economics*. Volume 1.

Anexo 1

FIGURA 8: Promedio condicional a haber usado el sistema por grupo de Fonasa, según tipo de prestación, 1992 y 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica-CASEN.