



Boletín de Estudios

Edición 5 - febrero 2018

FONASA Y LA SOLIDARIDAD

¿Qué tan solidario es el Seguro Público de Salud?



¿QUÉ TAN SOLIDARIO ES FONASA?

- Se examina la forma en que el Seguro Público de Salud aplica el principio de solidaridad en el uso de los recursos financieros, a través de los diferentes grupos etarios de sus asegurados.
- Adultos Mayores (60 años y más) en los tramos B, C y D de Fonasa gastan un 60% más de lo que aportan para salud asistencial; en mujeres mayores de 60 años, esta proporción sube al 70%.
- Fonasa es un seguro altamente solidario, en el que los mayores aportes, de quienes más tienen, permiten financiar las atenciones de quienes más lo necesitan.

La seguridad social, se sustenta en principios que se han estudiado en profundidad por investigadores de distintas disciplinas, desde el siglo XIX¹ hasta hoy, entre otras, derecho, sociología, economía, política, y que de alguna manera determinan las políticas públicas relativas a previsión y salud, haciendo necesario tenerlos presente cuando se debaten reformas al sistema de pensiones y al sistema de salud. Dichos principios son los siguientes: el principio de **Universalidad**, entendido como el acceso para toda la población en función de sus necesidades de salud; el principio de **Solidaridad** o el flujo de recursos provenientes de las personas con mayores ingresos y menor riesgo de enfermar, hacia las personas con menores ingresos y mayor carga de enfermedad; el principio de **Gratuidad** que significa tener la posibilidad de acceder a los servicios de salud independiente de la capacidad de pago individual y el principio de **Igualdad**, entendida

como la necesidad de acceso igualitario a una atención de calidad. Todos estos principios, están plasmados en el Informe Final de la Comisión Presidencial de Reforma de ISAPRES² y dan sustento a las propuestas que se encuentran en el debate público.

El principio de *Solidaridad*, que da el contexto al análisis realizado en este documento, ha sido el pilar del sistema, tanto previsional como de salud. El sector público de salud tiene fuentes de financiamiento que promueven la solidaridad, dentro de los cuales podemos considerar el gasto del Estado a través del Aporte Fiscal (que proviene de los impuestos generales), que financian cerca del 60% del gasto de la red pública de salud. Asimismo, las cotizaciones de los trabajadores afiliados a Fonasa se consideran y están definidas como un impuesto obligatorio, por lo tanto, son administradas por el Estado a través de

1. Otto Bismark y W. Beveridge, en Alemania e Inglaterra, Mesa-Lago "Las Reformas de Salud en América Latina y el Caribe: Su Impacto en los Principios de la Seguridad Social", CEPAL, Documentos de Proyectos, Santiago, 2005; OIT. (2002) Seguridad Social: un nuevo comienzo. Ginebra, Suiza. citados en Principio de la Solidaridad en la Seguridad Social en Chile, CLAD, 2015, Bowen, A. (1971) Introducción a la seguridad social. Santiago de Chile: Ediciones Nueva Universidad Católica de Chile

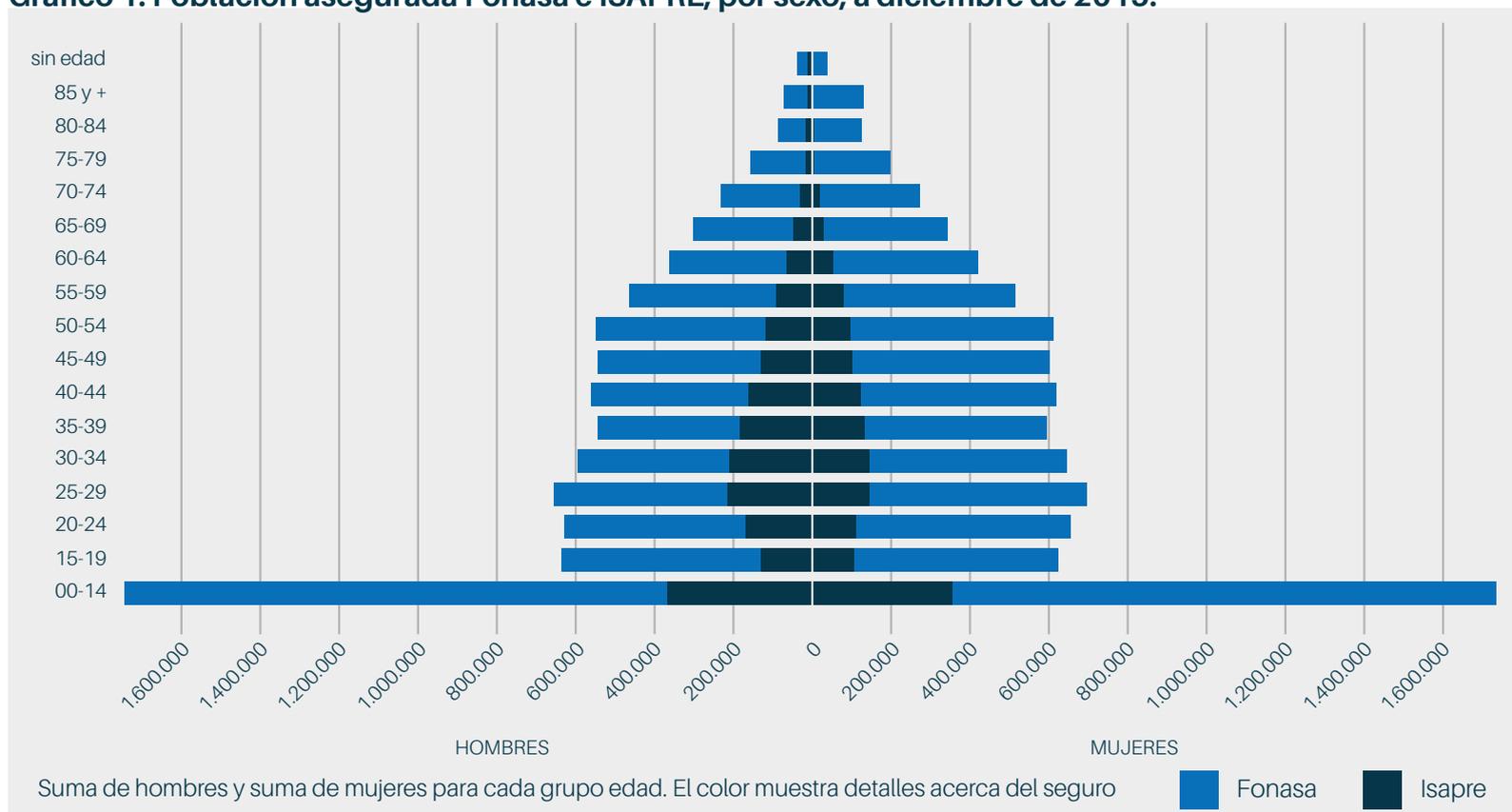
2. Informe Final, Comisión Asesora Presidencial, Para El Estudio Y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico Para el Sistema de Salud Privado, 2014.

Fonasa. Este contexto define la naturaleza del Fondo Nacional de Salud y la función que le corresponde como responsable de la gestión de los recursos públicos para otorgar, de manera eficiente y eficaz, las prestaciones de salud requeridas por sus usuarios, más de 13,5 millones de personas. En este punto, es necesario mencionar que, actualmente, la población de 60 años y más del sistema ISAPRE, son 221.858, esto es un 11,7% del total de la población beneficiaria del sistema privado³, en tanto que en

Fonasa, el grupo de 60 años y más, son 2.376.116, lo que corresponde a un 18% del total de población beneficiaria del sistema público. En otras palabras, de los adultos mayores (Fonasa+ISAPRES), un 91.5% está en Fonasa, y sólo un 8.5% está en ISAPRES.

Tal situación se refleja en el Gráfico 1, que muestra comparativamente la proporción de asegurados por grupos etarios y sexo.

Gráfico 1: Población asegurada Fonasa e ISAPRE, por sexo, a diciembre de 2015.



Fuente: Elaboración Departamento Estudios Fonasa 2017, en base a datos de Fonasa y de Superintendencia de Salud.

La transición demográfica avanzada (baja natalidad y mortalidad) que vive el país, trae no solo consecuencias en cuanto a su crecimiento demográfico, sino también incrementa el gasto en salud, toda vez que la población mayor es más demandante de atención, producto de su menor resistencia natural a las enfermedades, la mayoría de ellas crónicas, que requieren largos procesos de recuperación o de cuidados paliativos, e incluso la inmovilidad y dependencia permanente. Sin embargo, es necesario señalar que el mayor determinante de gasto en salud es la tecnología, tal como es señalado en el artículo "Políticas Públicas para una Población que Envejece".⁴ En dicho artículo, presentado por la Pontificia Universidad Católica, se señala que si bien se registra un mayor gasto en salud en la población adulto mayor, ese mayor gasto no necesariamente es un efecto directo del envejecimiento, sino que más bien un efecto indirecto, provocado por las nuevas tecnologías médicas para tratamientos, de enfermedades principalmente prevenibles.

Lo anterior es reforzado por otros estudios, como por

ejemplo el de Andras Uthoff⁵, que señala que el envejecimiento "genera a la larga un importante cambio epidemiológico hacia una mayor incidencia de enfermedades crónicas, así como cada año también incide en una mayor proporción de la población que alcanza la edad de retiro y sobrevive por más años. Ambos efectos encarecen el costo de la protección social por concepto de prestaciones de salud y pensiones. Las primeras, acentuadas aún más por importantes innovaciones tecnológicas en el campo de la medicina".

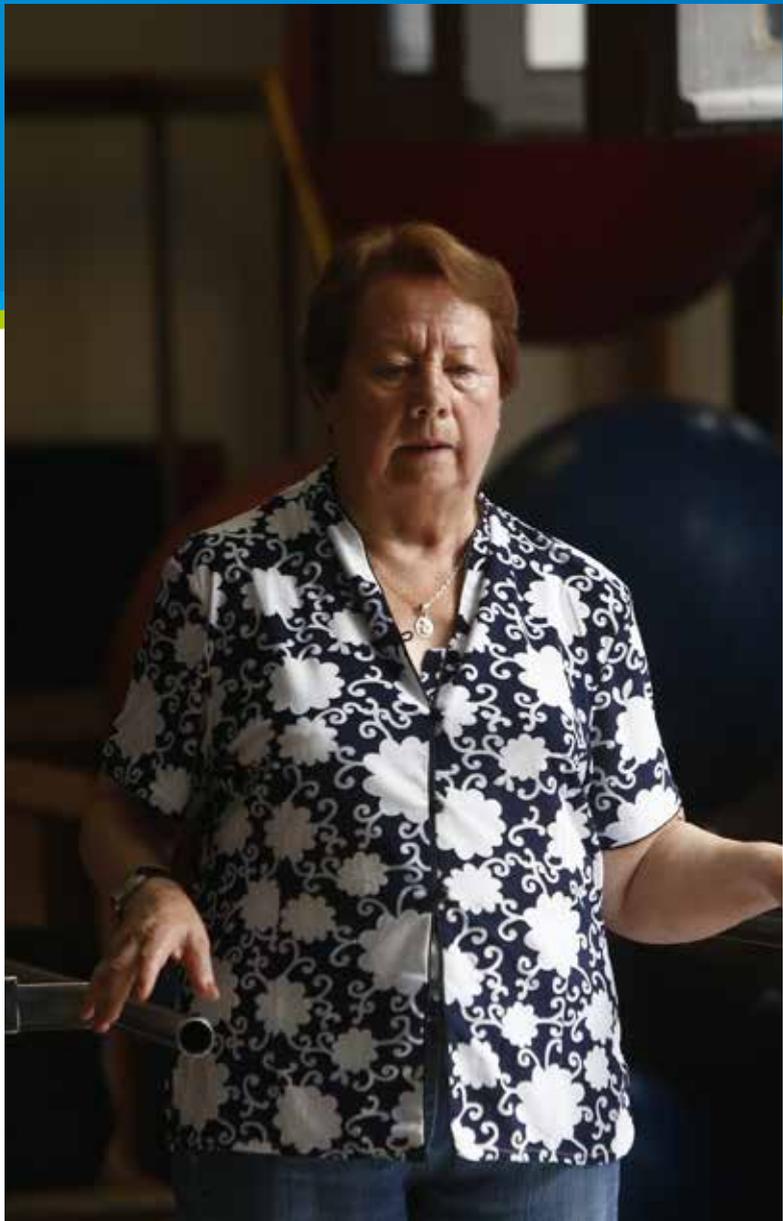
En el contexto descrito, se realizó un análisis descriptivo de los ingresos y gastos por parte de los grupos etarios pertenecientes a Fonasa durante 2016 y su distribución por tramos de ingreso (A, B, C, y D). En paralelo se analiza cuán solidario es el Seguro Público de salud en proporcionar cobertura financiera a los adultos mayores, que han pasado de representar el 11% de la población nacional el año 2002, a alcanzar el 17,5% en 2015⁶.

3. <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-propertyvalue-3756.html> Estadísticas Superintendencia de Salud, 2015.

4. Políticas públicas para una población que envejece: panorama y propuestas para el sistema de salud chileno. Juan C. Rodríguez Tapia Escuela de Medicina UC Moisés A. Russo Namias, Escuela de Medicina UDP Marcela P. Carrasco Gorman Escuela de Medicina Universidad Católica Año 12 / No 92 / enero 2017 ISSN 0718-9745

5. Alternativas para abordar los desafíos de la protección social en salud y pensiones en América Latina (1). 2014. CIEPLAN.

6. CASEN 2015. Resultados Adultos Mayores.



METODOLOGÍA

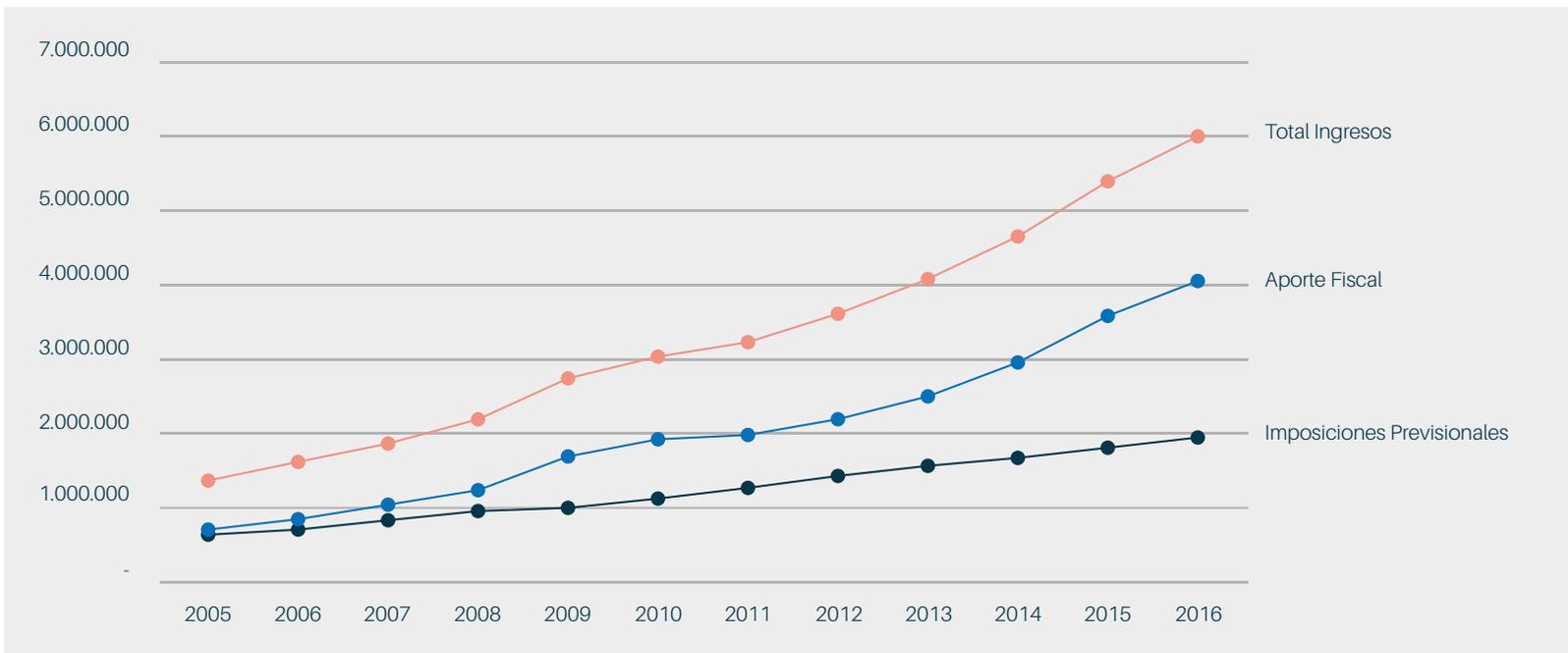
El análisis que se presenta en este estudio, parte identificando y agrupando a la población beneficiaria en grupos de estudio. Principalmente, se estudia la población por rango de edades y sexo, y de acuerdo a clasificación de Grupos (A, B, C, D).

Para estos grupos de edad, se revisa el nivel de financiamiento a través de contribución directa de los afiliados y aporte fiscal, y se compara con el nivel de gastos en salud que realizan.

Fuentes de financiamiento

En Chile y en particular el Sistema Público de Salud, cuyo financiamiento es administrado por el Fonasa, cuenta con dos fuentes importantes de financiamiento: las cotizaciones obligatorias para salud del 7% de la renta imponible vinculada al trabajo y el Aporte Fiscal deducido de impuestos generales. El Gráfico 3 muestra el comportamiento de estos aportes en los últimos 12 años.

Gráfico 2: Evolución de las principales fuentes de financiamiento del gasto asistencial de salud, Fonasa, millones de pesos de cada año, años 2005-2016.



Fuente: Balance de ingresos y gastos devengados Fonasa.

Si bien entre los años 2005 al 2008 la participación de ambas fuentes de financiamiento fue muy similar: 53% Aporte Fiscal y 47% Cotización para salud, a partir del año 2009 el aporte fiscal empieza a crecer progresivamente, representando el año 2016 el 68% del total y las Cotizaciones, solo el 32% restante⁷.

7. Cifras cubren solo el Seguro Público de Salud, según su Balance Presupuestario de Ingreso y Gasto devengado.

Distribución de financiamiento a nivel individual

A partir de la revisión de bases de datos disponibles en Fonasa, se realiza un análisis para conocer el comportamiento relacionado con el aporte que hacen los afiliados por concepto de cotizaciones para Salud y el ingreso financiado por impuestos generales, conocida como el Aporte Fiscal.

Para asociar el Aporte Fiscal al gasto asistencial, primeramente se asigna el Aporte Fiscal al financiamiento de la Atención Primaria de Salud, basándose en lo señalado en la Ley 19.378⁸. De la misma forma, se asigna el Aporte Fiscal al financiamiento del gasto en niveles secundarios y terciarios del Grupo A, en la Modalidad de Atención institucional (MAI). El Aporte Fiscal restante se distribuye, por igual, a cada asegurado de los Grupos B, C y D, recibiendo cada uno, una porción de Aporte Fiscal (Total Ingresos de Aporte Fiscal dividido por el número de asegurados B, C y D) distribuyendo este ingreso en los asegurados de distintos grupos de ingreso, sexo y edad.

A lo anterior, se agrega el ingreso por cotización para salud, para financiar el gasto asistencial de los asegurados. Previo a esto, se descuenta del total de ingresos por cotizaciones el Gasto SIL (Subsidios de Incapacidad Laboral) correspondiente a Licencias Médicas de tipo Curativa Común, cuyo ente pagador es la Subsecretaría de Salud Pública y el gasto destinado a financiar el déficit de las Cajas de Compensación de Asignación Familiar (CCAF).

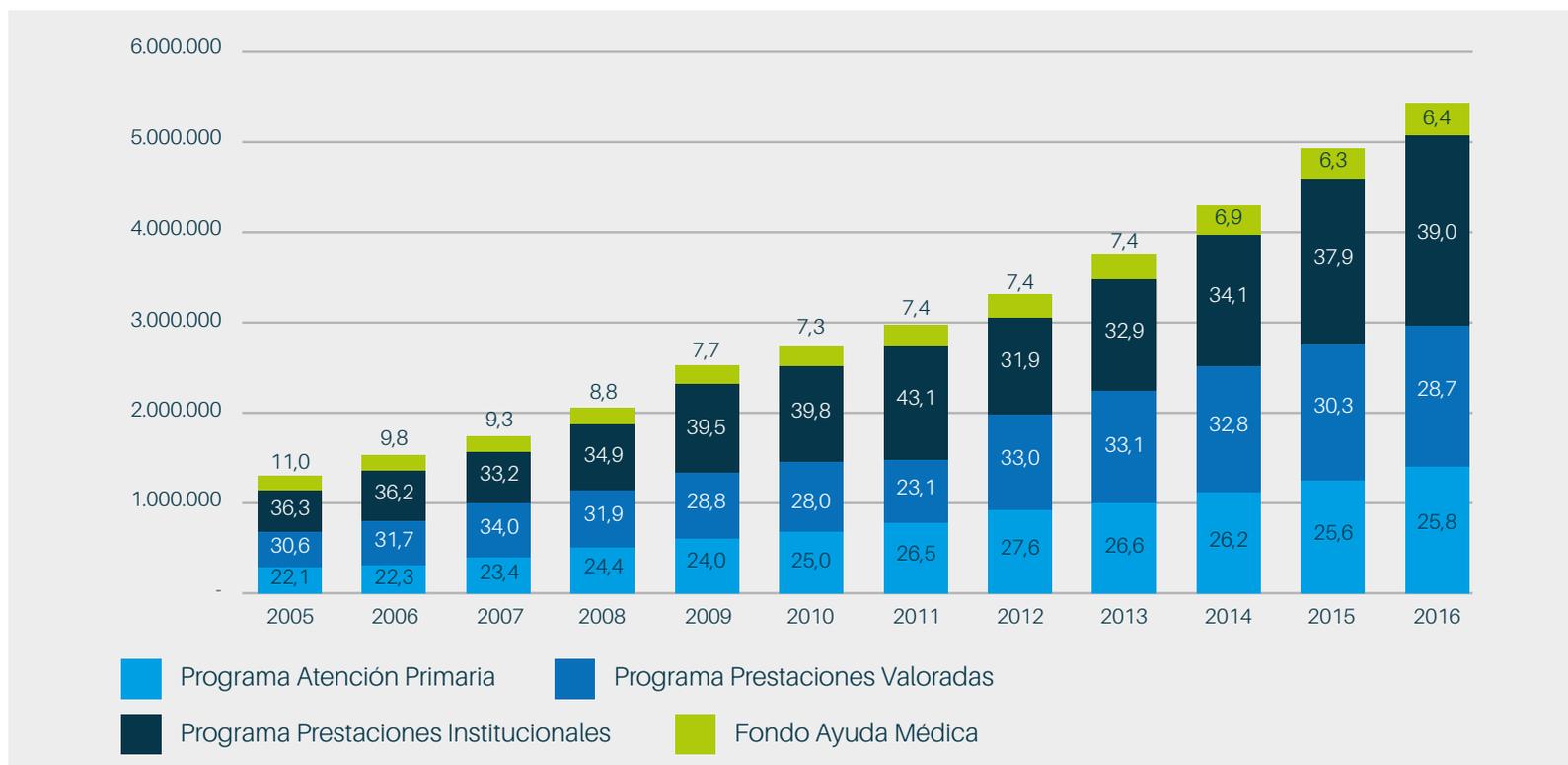
Posteriormente, se procede a determinar, por segmentos poblacionales, cómo se comporta la relación ingreso-gasto, para cuantificar la distribución de los recursos entre segmentos y determinar el nivel de solidaridad del Seguro Público. Tal como se indicó, el foco de atención es el gasto de nivel secundario de la Modalidad de Atención institucional (MAI) más el gasto FAM (aporte fiscal) de la Modalidad Libre Elección (MLE) correspondiente al segmento poblacional perteneciente a los grupos B, C y D de Fonasa, y sus respectivos ingresos, por concepto de cotización para la salud y en especial el gasto del grupo de asegurados/as mayores de 60 años.

Resultados

Gasto total

El Gráfico 3 siguiente muestra la evolución, entre el 2005-2016, de la distribución del gasto asistencial público de salud.

Gráfico 3: Gasto asistencial público, años 2005-2016, en millones de pesos.



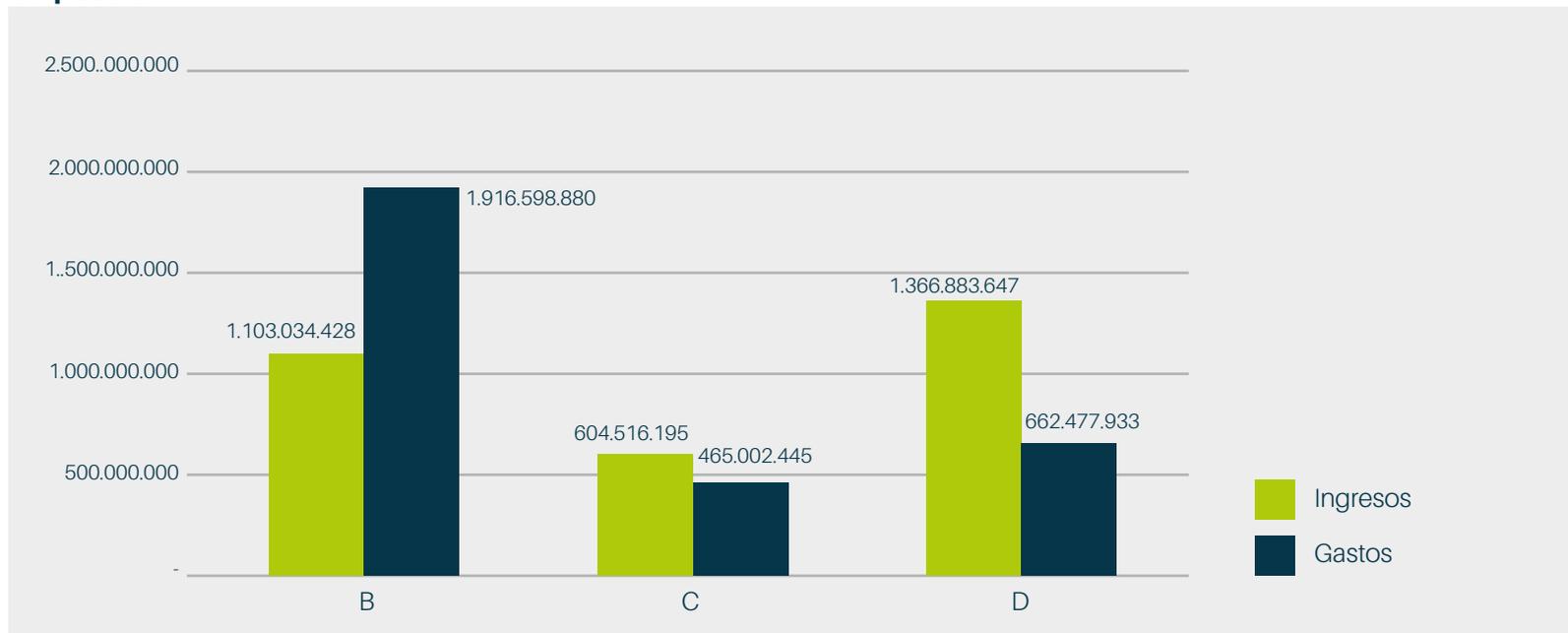
Fuente: Balances anuales de ingresos y gastos devengados Fonasa.

El anexo metodológico contiene el detalle del tratamiento del gasto para efectos de este estudio.

Ingreso vs gasto de afiliados

El gráfico siguiente muestra el comportamiento de ingresos y gastos desagregados por grupo de ingreso Fonasa.

Gráfico 4: Ingreso y Gasto Asistencial en Salud, ambos sexos, Grupos B, C y D de Fonasa, año 2015, en miles de pesos.

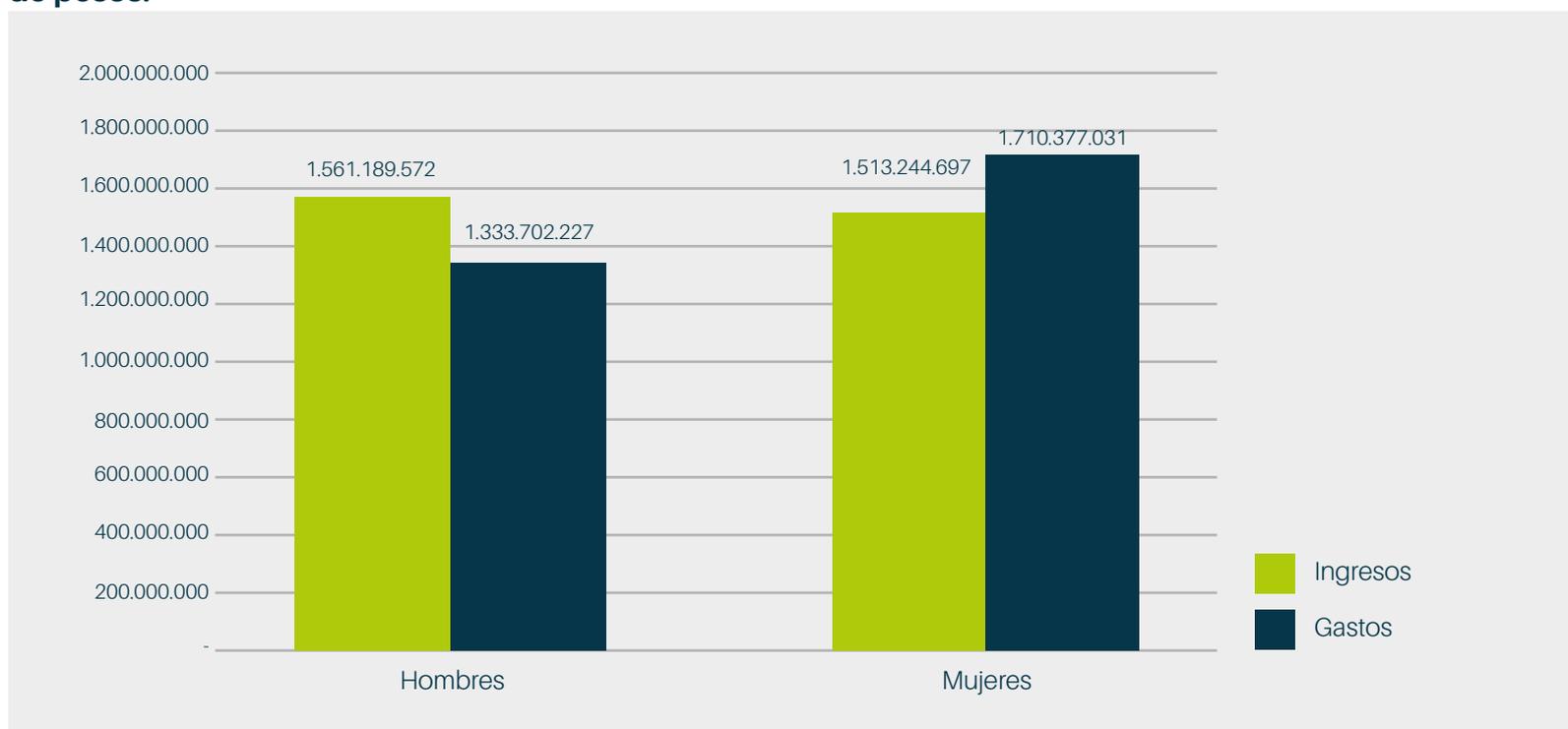


Fuente: Departamento Estudios, 2017 a partir de Balances Fonasa 2015 y Bases Administrativas de información.

Como es de esperar, se observa una situación de mayor aporte sobre el gasto en los tramos de mayores ingresos (grupos C y D) mientras que se observa lo contrario en el tramo de menor ingreso (grupo B).

El gráfico siguiente muestra el comportamiento de ingreso y gasto asistencial en salud (MAI nivel secundario y MLE) de los grupos B, C y D de Fonasa según sexo.

Gráfico 5: Ingreso y Gasto Asistencial en Salud, Grupos B, C y D de Fonasa, según sexo, año 2015 en miles de pesos.



Fuente: Departamento Estudios, 2017 a partir de Balances Fonasa 2015 y Bases Administrativas de información.

Se observa que los hombres de los grupos B, C y D de Fonasa, aportan más de lo que gastan en salud asistencial, en ambas modalidades de atención, observándose el primer indicio de solidaridad, por sexo.

El Cuadro 1 muestra la desagregación conjunta de grupo de ingreso Fonasa B, C y D para cada sexo. Se observa que ambos sexos tienen un mayor gasto que ingreso para los grupos B, sin embargo los grupos C y D son aportantes netos en ambos sexos.

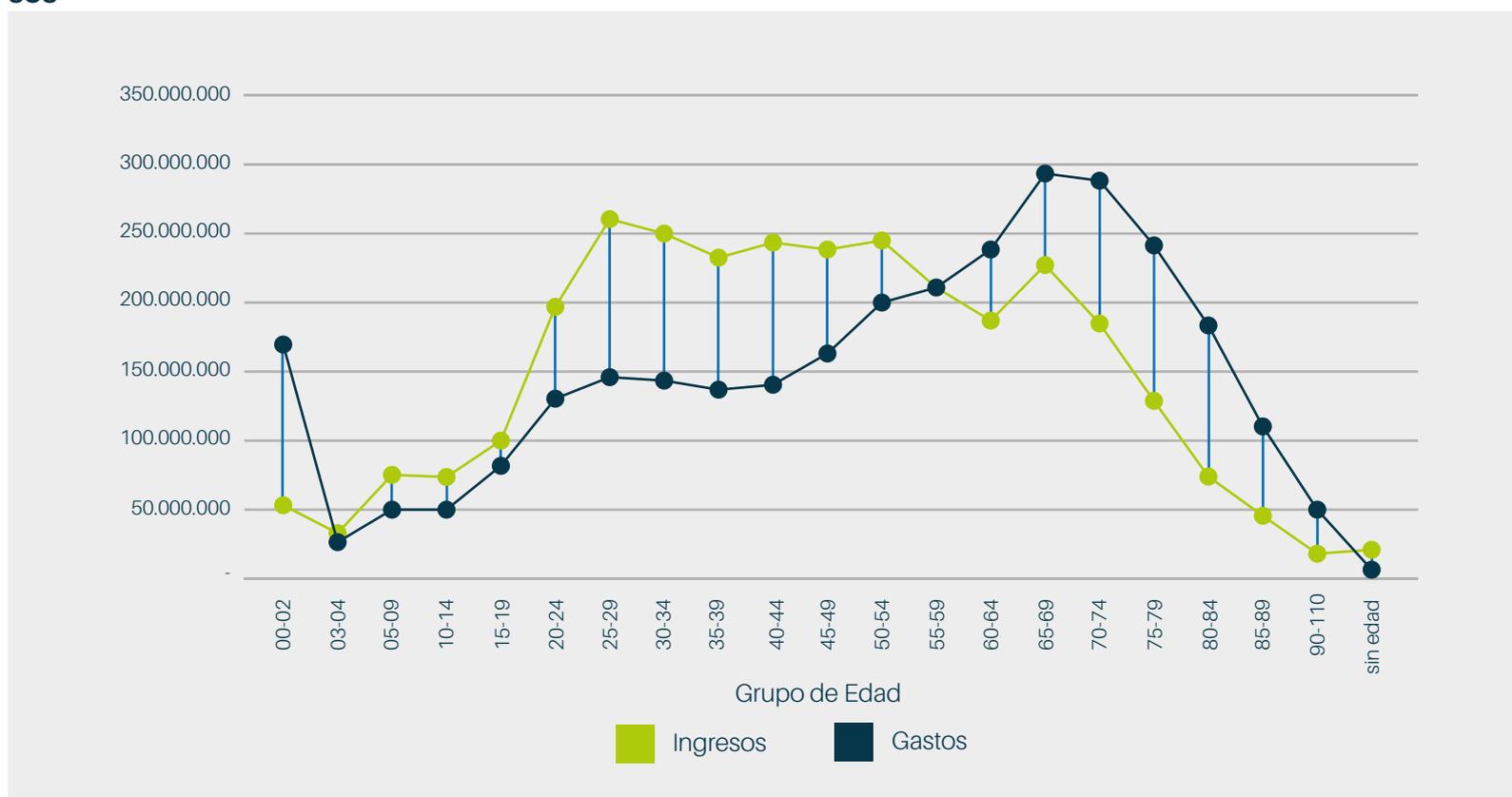
Cuadro 1: Desagregación Aportes versus Gasto, por tramo de ingreso, según sexo. Cifras 2015.

Sexo	Grupos	Ingresos M\$	Gastos M\$	Ingreso - Gasto M\$	Gasto/Ingreso
Mujeres	B	652.271.834	1.103.695.302	- 451.423.468	1,7
	C	287.972.536	262.615.870	25.356.666	0,9
	D	573.164.557	344.065.859	229.098.698	0,6
	Total	1.513.408.927	1.710.377.031	- 196.968.104	1,1
Hombres	B	450.129.936	812.903.578	- 362.773.642	1,8
	C	316.159.186	202.386.575	113.772.611	0,6
	D	794.736.220	318.412.074	476.324.146	0,4
	Total	1.561.025.342	1.333.702.227	227.323.115	0,9

Fuente: Elaboración Departamento de Estudios, Fonasa.

El Gráfico 6, a continuación, presenta los aportes y gastos asistenciales, por cada uno de los grupos de edad.

Gráfico 6: Ingresos y Gasto Asistencial, Grupos B, C y D de Fonasa, ambos sexos, año 2015, en miles de pesos



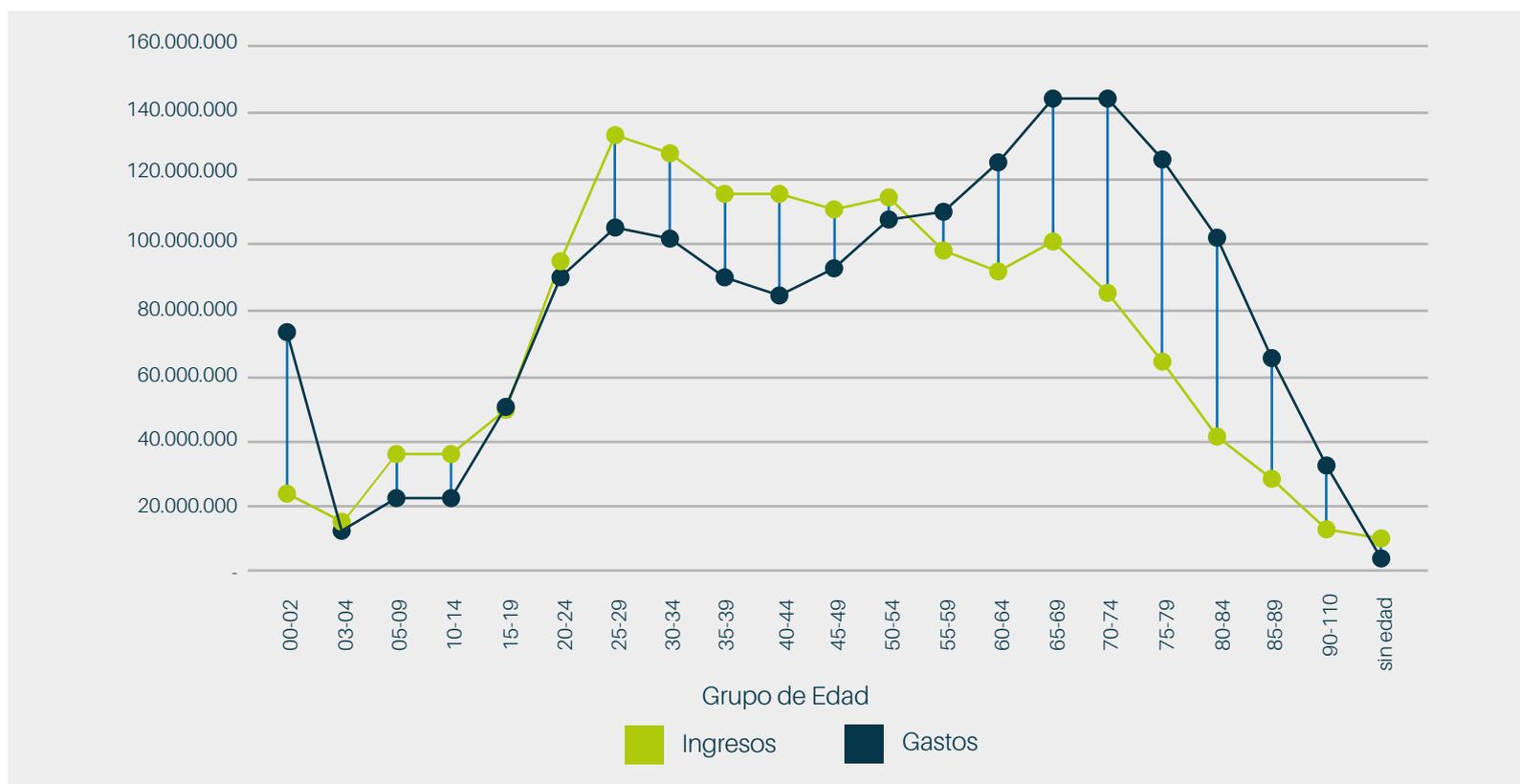
Fuente: Elaboración Departamento de Estudios, Fonasa.

El área achurada es la diferencia de ingresos y gastos. Se observa que el grupo poblacional conformado por menores infantes (0 y 2 años) gasta más de lo que aporta⁹. De igual modo, se aprecia un comportamiento de mayor aporte hasta los 59 años de edad, mismo año en que se revierte el balance. Así, se refleja un claro efecto solidario del grupo económicamente activo, respecto de los menores y los adultos mayores.

9. Recordar que en este caso el aporte está relacionado con la asignación de recursos del Aporte Fiscal, asignado de manera igualitaria a todos los asegurados de Fonasa.

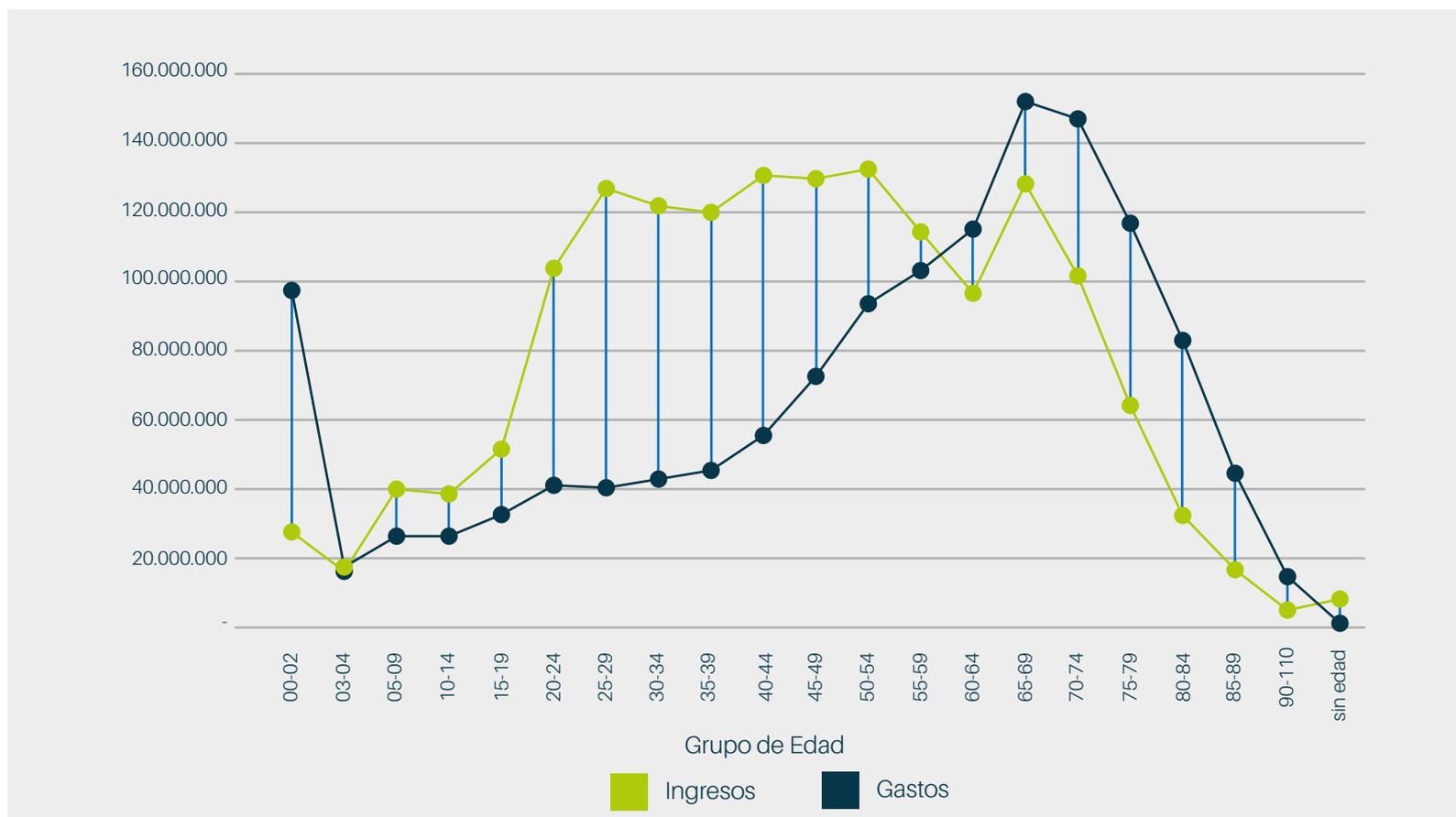
Los gráficos 7a y 7b incorporan la perspectiva de sexo en el análisis. En ellos, se muestra el comportamiento de los ingresos y gastos según grupos de edad para cada sexo, observándose que el punto de quiebre, entre un mayor aporte y menor gasto, a uno de mayor gasto y menor aporte, ocurre en edades más tempranas en la mujer que en los hombres (56 años mujeres, 62 años hombres).

Gráfico 7a: Ingresos y Gasto Asistencial, Grupos B, C y D de Fonasa, mujeres, año 2015, en miles de pesos.



Fuente: Elaboración Departamento de Estudios, Fonasa.

Gráfico 7b: Ingresos y Gasto Asistencial, Grupos B, C y D de Fonasa, hombres, año 2015, en miles de pesos.



Fuente: Elaboración Departamento de Estudios, Fonasa.

Para efecto de incorporar las tres dimensiones (sexo, edad y grupos de ingreso) se agregan las categorías de edad a solo tres grupos (menores, adultos y adultos mayores). En los cuadros siguientes se muestra el comportamiento para ambos sexos de estos grupos de edad, para cada tramo de ingresos B, C y D de Fonasa.

Cuadro 2a: Distribución de ingresos y gastos por grupo de edad, Grupos B, C y D, año 2015, mujeres.

Grupo Ingreso	Grupo etario (Años)	(A) Ingresos M\$	(B) Gastos M\$	(C) Ingreso-Gasto M\$	Gasto/Ingreso B/A
Grupo B		652.271.834	1.103.695.302	-451.423.468	1,69
	00 - 14	34.946.270	54.612.037	-19.665.768	1,56
	15 - 59	317.654.373	420.434.984	-102.780.611	1,32
	60 y +	293.368.172	626.192.997	-332.824.825	2,13
Grupo C		287.972.536	262.615.870	25.356.666	0,91
	00 - 14	27.158.818	36.379.402	-9.220.584	1,34
	15 - 59	211.405.956	172.611.247	38.794.710	0,82
	60 y +	47.624.858	53.272.830	-5.647.972	1,12
Grupo D		573.164.557	344.065.859	229.098.698	0,6
	00 - 14	51.109.244	42.580.932	8.528.312	0,83
	15 - 59	431.690.678	239.283.600	192.407.078	0,55
	60 y +	87.462.067	61.690.953	25.771.114	0,71
Total Grupos B, C y D		1.513.408.927	1.710.377.031	-196.968.104	1,13
	00 - 14	113.214.332	133.572.371	-20.358.039	1,18
	15 - 59	960.751.006	832.329.830	128.421.176	0,87
	60 y +	428.455.097	741.156.780	-312.701.683	1,73

Fuente: Elaboración Departamento de Estudios, Fonasa. 2017.

Cuadro 2b: Distribución de ingresos y gastos por grupo de edad, Grupos B, C y D, año 2015, hombres.

Grupo Ingreso	Grupo etario (Años)	(A) Ingresos M\$	(B) Gastos M\$	(C) Ingreso-Gasto M\$	Gasto/Ingreso B/A
Grupo B		450.129.936	812.903.578	-362.773.642	1,81
	00 - 14	36.912.890	66.128.989	-29.216.099	1,79
	15 - 59	219.723.135	258.279.792	-38.556.657	1,18
	60 y +	189.066.566	487.353.092	-298.286.527	2,58
Grupo C		316.159.186	202.386.575	113.772.611	0,64
	00 - 14	28.441.984	44.155.682	-15.713.698	1,55
	15 - 59	229.789.760	94.672.276	135.117.485	0,41
	60 y +	56.867.267	63.346.965	-6.479.698	1,11
Grupo D		794.736.220	318.412.074	476.324.146	0,4
	00 - 14	53.355.374	51.200.897	2.154.477	0,96
	15 - 59	554.016.789	160.840.395	393.176.394	0,29
	60 y +	184.411.026	105.796.567	78.614.459	0,57
Total Grupos B, C y D		1.561.025.342	1.333.702.227	227.323.115	0,85
	00 - 14	118.710.248	161.485.567	-42.775.319	1,36
	15 - 59	1.003.529.684	513.792.463	489.737.221	0,51
	60 y +	430.344.858	656.496.624	-226.151.766	1,53

Fuente: Elaboración Departamento de Estudios, Fonasa. 2017.

Los Cuadros 2a y 2b muestran, en su última columna, la relación gasto/ingreso. Se observa que en el grupo B el gasto es mayor al ingreso en todos los grupos de edad, aunque concentrado en los adultos mayores. En cambio, en el grupo C el gasto es mayor sólo para los menores y adultos mayores. En el tramo D, en ningún grupo de edad el gasto supera al ingreso. Como es de esperar, las edades extremas son subsidiadas con aporte del segmento intermedio (adultos: 15 -59 años).

En ambos sexos, el segmento adulto mayor es el grupo que presenta la relación gasto/ingreso más significativa. Las mujeres mayores de 60 años, en el global, gastan 1,73 veces sus aportes y para los hombres de esa misma edad, esta relación es de 1,53 veces.

Si bien, en el global, el segmento de 60 años y más, genera más gastos en servicios asistenciales que sus aportes al seguro, particularmente en el grupo D esta situación no se presenta.

Discusión

El análisis presentado, permite medir y cuantificar el efecto de la aplicación del principio de *Solidaridad* en el Seguro Público, en cada grupo de edad, según sexo, lo que representa una información valiosa para la toma de decisiones en salud en los próximos años.

Se puede observar claramente, cómo se cumple el principio de *Solidaridad* en el Seguro Público de Salud. Dejando de lado el hecho de que el Seguro es solidario con el grupo A en su totalidad y que el análisis realizado además, arroja similar situación para el grupo B, este estudio enfatiza en la existencia de un efecto subsidiario en el segmento de adultos mayores. Como se observó tanto en el Gráfico 7, como en el Cuadro 2 en su conjunto, este segmento incurre en gastos asistenciales mayores a los aportes que realiza.

En el cumplimiento de sus funciones, el Seguro Público, entonces, realiza una labor redistributiva de los recursos financieros para cubrir las necesidades de salud de los adultos mayores, fuertemente concentrados en Fonasa. Al momento de asignar usos a los ingresos para salud, los resultados indican, conforme a los supuestos del análisis y a sus definiciones metodológicas, que los adultos mayores reciben un aporte desde los segmentos de población económicamente activos.

En el detalle, los más jóvenes, con una menor carga de enfermedad, contribuyen al financiamiento, por ejemplo, de las mujeres en edad madura que son mayormente demandantes de atenciones, y que cuentan con un aporte relativamente menor que sus ingresos y por lo tanto, generan una brecha mayor a la que se logra observar en los hombres de edad similar.

Uno de los desafíos que se desprende de este estudio, es que el Seguro Público aumente la proporción de afiliados de los grupos etarios que mayormente aportan. Esto podría lograrse, por ejemplo, a través de mejores beneficios en la MLE, o en el plan de salud en general. En cualquier caso, son acciones que deberán evaluarse a futuro.

Si bien, el estudio se focalizó en el principio de *Solidaridad*, no se puede dejar de mencionar que, indirectamente, se visualiza la presencia de los demás principios que le otorgan al sistema público una estructura cercana a lo recomendado por los expertos. Entre ellos, la *Universalidad* y la *Obligatoriedad*. No se aprecia con claridad y puede ser sujeto de un análisis más profundo, la paradoja de la coexistencia de estos principios, con el *Subsidiario*. Es materia de estudio que excede a este documento, así como el indagar en las variables que inciden en esta distribución entre gastos y aportes, por ejemplo, el menor ingreso de las mujeres.



Anexo Metodológico

Este estudio, para asociar el gasto asistencial en salud, obtenido desde la ejecución presupuestaria, ha considerado las principales fuentes de datos administrativas disponibles en la institución:

- El gasto en la Modalidad de Atención Institucional en los niveles secundario y terciario de atención, donde se encuentra la asignación de recursos relativa al Programa de Prestaciones Valoradas (PPV).
- Base de datos de egresos hospitalarios para aproximar gasto MAI en niveles primarios de atención, vinculando transferencias relativas al Programa de Prestaciones Institucionales (PPI) también conocido como presupuesto histórico para la red pública asistencial.
- El gasto originado en la Modalidad de Libre Elección, financiado por el seguro, es decir, el Fondo de Ayuda Médica (FAM) y el Copago Arancelado correspondiente, aun cuando este último, por corresponder a gasto de bolsillo no participa en aspectos relativos a la solidaridad.

Se excluye la Atención Primaria de Salud, cuyo financiamiento en gran medida se relaciona con el Aporte Fiscal (artículo 49 Ley 19.378) y se basa en un mecanismo de asignación per cápita, donde se paga por población adscrita, más que por actividad realizada.

El cuadro siguiente muestra en detalle, la desagregación de las principales transferencias y gasto que Fonasa realiza para el financiamiento de las atenciones de salud de sus asegurados.

Cuadro 3: Gastos agregados según balance de ingresos y gastos devengados Fonasa, 2015, y su línea de financiamiento, en miles de pesos del año 2015.

Año 2015			
Tipo de Gasto	M\$ (2)	% Participación	Financiado con
PROGRAMA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (1)	1.254.433.935	23,4%	Aporte Fiscal para grupos A, B, C y D
PROGRAMA PRESTACIONES VALORADAS	1.486.456.478	27,7%	Aporte Fiscal A, Cotizaciones B,C y D
PPV Servicios de Salud	1.302.664.868	24,3%	Aporte Fiscal A, Cotizaciones B,C y D
Convenio Compra Prestaciones Médicas	180.795.276	3,4%	Aporte Fiscal A, Cotizaciones B,C y D
Segundo Prestador (Ex Bono AUGE)	2.996.334	0,1%	Aporte Fiscal A, Cotizaciones B,C y D
PROGRAMA PRESTACIONES INSTITUCIONALES	1.857.144.209	34,6%	Aporte Fiscal A y Cotizaciones B, C y D
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA (3)	590.444	0,011%	Fuera del Análisis
SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA (4)	122.865.140	2,3%	Cotizaciones B, C y D Afiliados
CONVENIOS INTERNACIONALES (5)	140.775	0,003%	Fuera del Análisis
SIL - DEFICIT CCAF (6)	341.132.744	6,4%	Cotizaciones B, C y D Afiliados
GASTO MLE - APORTE FONASA (7)	307.387.635	5,7%	Cotizaciones y Resto Ap. Fiscal B, C y D
TOTAL	5.370.151.360	100,0%	

- Nota:
- (1) Incluye gasto en Atención Primaria de Salud Municipal y dependiente de Servicios de Salud
- (2) Cifras expresadas en miles de peso del año 2015
- (3) Considera Gasto por Estudio de Histocompatibilidad - Trasplante de órganos.
- (4) Subsecretaría de Salud Pública gasto asociado pagos de SIL Licencias de tipo Curativa Común.
- (5) Corresponde a Convenio Entre Chile y España con el fin de entregar prestaciones de salud a personas naturales de ambos estados,
- (6) Considerando que las CCAF financian el pago del SIL, con el 0,6% de la 7% de cotización para salud, toda vez que dicho descuento no cubra el gasto total SIL CCAF, Fonasa transfiere a las CCAF para cubrir dicho déficit.
- (7) Considera el aporte del seguro excluye el copago arancelado y no arancelado del asegurado.

Fuente: Elaboración Departamento de Estudios Fonasa 2017, en base a datos del División Gestión Financiera del Seguro - Departamento Programación Financiera, para Boletín Estadístico Fonasa 2014-2015.

Conforme al cuadro anterior, se puede señalar que los gastos asistenciales, considerados en este análisis, engloban el 91% del gasto total, correspondiente al gasto asistencial total de las modalidades de atención institucional y de libre elección. También, son considerados los gastos asociados a subsidio de incapacidad laboral, pero para ajustar los ingresos disponibles para financiar el gasto asistencial.

Del cuadro anterior, la columna cuyo nombre es "Financiado con" resume el conjunto de supuestos considerados, para efecto de poder estimar el gasto asistencial en salud e identificar su línea de financiamiento, entre diversos segmentos poblacionales.

De acuerdo a esta metodología, es posible desagregar gastos según grupos de ingresos del Fonasa y a su vez, estimar aquel financiamiento y gasto factible de ser

considerado en el análisis de la solidaridad. Conforme a los supuestos, el Aporte Fiscal financia la actividad en la Atención Primaria de Salud¹⁰. Se desagrega el gasto del PPV y del gasto PPI, según grupos de ingreso.

Una vez aplicada la metodología, incluidos los ajustes relacionados al descuento en el aporte de las cotizaciones para salud destinada a cubrir el gasto SIL y con ello estimar los ingresos asignados para financiar el gasto asistencial, y con las correcciones de la transferencia PPV y PPI de manera de estimar el gasto asociado al Grupo "A". El Cuadro siguiente presenta los resultados que constituyen el punto de referencia del análisis, por cuanto permiten estimar los ingresos y gastos asistenciales susceptibles de ser revisados en el contexto de solidaridad, entre distintos segmentos poblacionales de usuarios del Seguro Público de Salud.

Cuadro 4: Ingresos y Gastos desagregados según Grupo Fonasa, y deducción de ingresos para el financiamiento del gasto asistencial de Salud, grupos B C y D, 2015. (Cifras en miles de pesos 2015).

Tipo de Gasto	Años 2015 (M\$)
Total Ingresos Fonasa	5.754.018.748
(1) Aporte Fiscal	3.581.944.591
(2) Ingresos Previsionales	1.817.830.562
(3) Copago MLE	354.243.595
Copago Electrónico	176.197.966
Copago No Electrónico	178.045.628
Total Gastos Fonasa	5.723.663.736
(A) Atención Primaria	1.254.433.935
(B) Programa Prestaciones Valoradas (PPV)	1.486.456.478
PPV - Grupo A	325.630.720
PPV - Grupos B, C y D	1.160.825.758
(C) Programa Prestaciones Institucionales (PPI)	1.857.144.209
PPI - Grupo A	635.521.939
PPI - Grupos B, C y D	1.221.622.270
(D) Gasto SIL	463.997.884
Déficit CCAF	341.132.744
SIL - Subsecretaría de Salud Pública	122.865.140
(E) Gasto MLE	661.631.230
Fondo Atenciones Médicas	307.387.635
Copago	354.243.595
Total Ingresos para BCD	3.074.434.269
Aporte Fiscal para BCD	1.366.357.996
Cotizaciones para BCD	1.353.832.678
Copago MLE	354.243.595
Total Gasto MAI - MLE grupos B, C y D (Atención Secundaria y Terciaria)	3.044.079.258
Resultado Ingresos - Gastos Grupos B C y D	30.355.011

Fuente: Elaboración a partir de Balances de Ingresos y Gastos Devengados, año 2015 Fonasa.



Contenido elaborado por el
Departamento de Estudios

Edición y diseño
División de Comunicaciones &
Marketing

Consultas y sugerencias a:
estudiosyestadisticas@fonasa.cl

