

## Debates de Política Pública

Bernardita Silva y Carolina Velasco

Radiografía a las necesidades  
de los grupos A y B de Fonasa

# Debates de Política Pública

N° 36 / enero 2021

La serie *Debates de Política Pública* es editada en formato digital por el Centro de Estudios Públicos (CEP). El director y representante legal del CEP es Leonidas Montes.

Monseñor Sótero Sanz 162, Providencia, Santiago de Chile. Fono: 2 2328 2400.  
Sitio web: [www.cepchile.cl](http://www.cepchile.cl) Email: [escribanos@cepchile.cl](mailto:escribanos@cepchile.cl).

Cada artículo es responsabilidad de su autor y no refleja necesariamente la opinión del CEP. Esta institución es una fundación de derecho privado, sin fines de lucro, cuyo objetivo es el análisis y difusión de los valores, principios e instituciones que sirven de base a una sociedad libre.

Edición gráfica: David Parra y Pedro Sepúlveda.

# Radiografía a las necesidades de los grupos A y B de Fonasa

**Bernardita Silva M.**

Egresada Ingeniería Comercial, P. Universidad Católica de Chile. Ayudante Centro de Estudios Públicos.

**Carolina Velasco**

Centro Estudios Públicos

## I. Introducción

Desde que se tiene registro, la demanda por un mejor acceso a la salud ha estado presente como prioridad de los chilenos, según se aprecia en las respuestas de los ciudadanos (encuestas CEP desde 1990 a la fecha<sup>1</sup>). Luego, no extraña que haya sido parte importante de las manifestaciones de octubre de 2019.<sup>2</sup> En el país coexisten distintos esquemas previsionales en el sistema de salud, cuyos beneficiarios no tienen el mismo acceso a las consultas, controles y hospitalizaciones (Henríquez y Velasco 2015). Los dos mayores son las Instituciones de Salud Previsional (Isapre), de carácter privado, que afilian a 14,4% de la población, y el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), de carácter estatal, donde se atiende alrededor de 78% de la población (tabla 1). Fonasa agrupa a sus afiliados en cuatro tramos, según el nivel socioeconómico del hogar, categorización que implica diferencias en los copagos y en el acceso a prestadores de salud. Uno de los principales problemas que mencionan los afiliados a Fonasa son las listas de espera (Ministerio de Salud 2020, Superintendencia de Salud 2018). En efecto, existen importantes tiempos y listas de espera, especialmente para diagnósticos y tratamientos que no cuentan con garantías explícitas en salud (GES)<sup>3</sup>, es decir, para las que no existen máximos tiempos legales (y límites al gasto) para ser atendido. Estos retrasos pueden llegar a ser años<sup>4</sup> y afectan en mayor medida a quienes pertenecen a los grupos A y B de Fonasa, a pesar de que, para ellos la atención recibida en los prestadores estatales no tiene costo (cuadro 1). En efecto, al 30 de septiembre de 2020, 70% de las prestaciones con garantías explícitas en salud (GES) retrasadas correspondía a usuarios del grupo B de Fonasa, cifra que es de 46,4% para las consultas nuevas de especialidad sin GES (Ministerio de Salud 2020).

Debido a la pandemia se ha postergado la atención en salud de otras condiciones no asociadas a la enfermedad Covid-19. Comparando los meses de pandemia con años anteriores, diversos trabajos encuentran caídas en el uso de distintos tipos de atenciones, como oncológicas y las asociadas a enfermedades cardiovasculares, sobre todo entre mujeres,

---

<sup>1</sup> Las encuestas pueden encontrarse en <https://www.cepchile.cl/cep/site/edic/base/port/encuestasCEP.html>

<sup>2</sup> El 15 de diciembre de 2019 se realizó una consulta municipal sobre las prioridades para la agenda política. Las tres principales fueron: (i) mejorar las pensiones y dignificar la calidad de vida de los adultos mayores; (ii) mejorar la calidad de la salud pública y su financiamiento y; (iii) acceso y calidad de la educación pública (<https://www.consultaciudadana2019.cl/>). Asimismo, las respuestas a la pregunta sobre los “tres problemas a los que debería dedicar el mayor esfuerzo en solucionar el gobierno” de la encuesta CEP n° 84 aplicada el mismo mes, ponen a la salud en el segundo lugar.

<sup>3</sup> Se refieren a que el acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud, actualmente 85.

<sup>4</sup> Para las consultas nuevas de especialidad, el promedio de espera es de 486 días (Ministerio de Salud 2020).

pacientes con enfermedades crónicas, niños y adultos mayores, afectando en mayor medida a los usuarios de Fonasa (Pacheco *et al.* 2020, Colegio Médico & Universidad de Chile 2020). Un 31% de quienes tienen cobertura pública no habría accedido a una atención de salud a pesar de tener necesidad en comparación con 22% entre los afiliados a una Isapre<sup>5</sup>.

#### Cuadro 1. Modalidades de atención entre las que pueden escoger los usuarios de Fonasa

Modalidad de Atención Institucional (MAI): disponible para todos los beneficiarios. Entrega atención en prestadores de la red asistencial del Estado. La cobertura es de 100% en los grupos A y B. Para los grupos C y D la cobertura es de 100% en la atención primaria y de 90 y 80% respectivamente, en la de especialidad y hospitalaria. Las Garantías Explícitas en Salud (GES) sólo son válidas si la atención asociada es otorgada por esta modalidad.

Modalidad de Libre Elección (MLE): sólo disponible para los afiliados de los grupos B, C y D. Entrega atención con un prestador privado en convenio con Fonasa. La cobertura es menor que en la MAI y depende del nivel de inscripción del prestador.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos página web de Fonasa.

Así, es esperable que la demanda sobre el sistema de salud se incremente en el futuro, aumentando estas listas de espera. En efecto, comparando con datos de octubre de 2018, el número de personas en lista de espera por atenciones con GES ha aumentado en 752%, cifra que es de 232% para las que no tienen GES.<sup>6</sup> Para desarrollar políticas públicas que aborden de mejor manera este problema, es importante caracterizar a quienes integran los grupos A y B de Fonasa, que representan a la mitad de la población (51% en tabla 1) y determinar sus principales carencias. Henríquez y Velasco (2015) estudian las desigualdades en salud y encuentran que los pertenecientes a los grupos A y B de Fonasa son los que tienen mayores dificultades en el acceso a atención sanitaria. Las autoras plantean que:

“Los hallazgos (...) respecto de falta de acceso y menor eficiencia están afectando justamente a las personas más necesitadas, tanto desde el punto de vista económico, como médico, puesto que la evidencia indica que el estado de salud está relacionado con el nivel socioeconómico y la escolaridad, encontrándose importantes desigualdades en Chile (ENS, 2010). Así, la falta de acceso para dichas personas estaría agrandando las brechas al no otorgarles atención oportuna y de igual calidad, entendida en este último caso como de menor eficiencia (...). Con esto se refuerza la idea de mejorar el

<sup>5</sup> Aunque en períodos normales los usuarios de Isapre registran una tasa de atención mayor que los afiliados a Fonasa al reportar enfermedad (como se muestra en la sección III.3 de este trabajo), estas diferencias son mucho menos acentuadas que las encontradas por Colegio Médico & Universidad de Chile (2020).

<sup>6</sup> Datos solicitados a Fonasa.

acceso a la salud, ya no sólo entre los beneficiarios de Fonasa y de las Isapres, sino también entre los usuarios de Fonasa” (Henríquez y Velasco 2015, p. 38).

Tabla 1. Distribución de la población en esquema previsional y descripción grupos Fonasa, 2017

Previsión	Afiliados (%)		Descripción grupo Fonasa
Fonasa	A	3.931.719 (22,1%)	Carentes de recursos e indigentes (no cotizantes), causantes del subsidio familiar (SUF).
	B	5.060.281 (28,4%)	Ingresos menores al ingreso mínimo mensual (\$320.500 en 2020) o entre 1 y 1,46 veces dicho monto si tiene tres o más cargas. Trabajadores del sector público de salud. Beneficiarios de la pensión básica solidaria de invalidez y vejez.
	C y D*	3.942.180 (22,1%)	C: Ingreso superior al ingreso mínimo mensual, que no exceda 1,46 veces dicho monto. Personas con ingresos superiores, pero con tres o más cargas, quedan en este grupo. D: Ingresos superiores a 1,46 veces el ingreso mínimo mensual.
	No sabe	962.945 (5,4%)	
Isapre	2.557.241 (14,4%)		
Otro**	1.353.048 (7,6%)		
Total	17.807.414		

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta CASEN 2017.

Notas: \*Los usuarios de los grupos C y D se agrupan en este trabajo dada su similitud (estadística) en cuanto a composición demográfica y estado de salud y porque en número de afiliados son equiparables a los grupos A y B de Fonasa y a las Isapres.

\*\* Incluye a integrantes de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad y a quienes declaran tener otro sistema, no estar en ninguno o no saber en cuál están.

Las limitaciones en el acceso a la salud de quienes pertenecen a los grupos A y B de Fonasa parecen responder a varios factores, según se esboza en Henríquez y Velasco (2015). Primero, la oferta de camas (hospitales)<sup>7</sup> y de médicos<sup>8</sup> —particularmente, especialistas— que prestan servicios para el asegurador estatal es insuficiente en relación con la demanda. Segundo, en la Modalidad de Atención Institucional (MAI) (cuadro 1), para acceder a consultas de especialidad, cirugías y exámenes, los usuarios deben ser derivados desde un centro de asistencia primaria de salud. Si la persona quisiera ir directamente a una consulta de especialidad, por ejemplo, sólo podría hacerlo a través de una consulta de urgencia o utilizando la Modalidad de Libre Elección (MLE) (cuadro 1). En este último caso, se atendería en un prestador privado, desembolsando copagos que en general son mayores a los de la MAI y, además, si de la consulta se desprende que la persona requiere de una cirugía u otro tratamiento, no puede realizarlo en un prestador estatal, mientras no sea derivado de un prestador estatal, volviendo a la lista de espera. De todas maneras, quienes pertenecen al grupo A de Fonasa, no pueden hacer uso de la MLE, por lo que, de hacerlo, tendrían que pagar la totalidad del costo de la atención. A pesar de ello, según los reportes de la encuesta CASEN, un 20% de las consultas de especialidad para los integrantes de dicho grupo se otorgan en establecimientos privados (tabla 5).

Tercero, las limitaciones de acceso también responden a una subutilización de las capacidades de los prestadores estatales según se indica en el informe de la Comisión Nacional de Productividad (2020). Como ejemplo, en dicho informe se señala que, “Mientras un quirófano electivo en Chile realiza alrededor de 750 cirugías al año, los referentes internacionales hacen sobre 1.000” (página 18). Un cuarto elemento tiene que ver con la necesidad de más recursos para otorgar atención en salud a los usuarios de Fonasa. Si bien al descontar el gasto en licencias médicas del gasto total en salud, los recursos que van exclusivamente a la atención de salud son similares por persona entre beneficiarios de Fonasa y de Isapres, el riesgo de los primeros es mayor y, por tanto, el costo de proveer atención en salud (Sapelli & Vial 2003, Cid 2011). Por tanto, es probable que una parte de las diferencias en el acceso responda a una diferencia en los recursos con que cuenta cada uno de los esquemas de previsión del sistema de salud.

Siguiendo a Henríquez y Velasco (2015) en este trabajo se analizan los determinantes del uso del sistema de salud en Chile, con especial foco en los usuarios de los grupos A y B de Fonasa. Se busca ahondar en su caracterización demográfica y socioeconómica y en su estado

---

<sup>7</sup> De forma similar a lo que ocurre con los médicos, existen 3 camas por cada mil afiliados al sistema privado, frente a las 1,9 camas por cada mil afiliados al asegurador estatal. El promedio en la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos para 2017 era de 4,7, pero ha ido descendiendo en el tiempo, gracias a mejoras tecnológicas y clínicas (Comisión Nacional de Productividad 2020).

<sup>8</sup> Para 2019, en términos de especialistas, existen 3,3 por cada mil afiliados al sistema privado, versus 0,8 por cada mil afiliados al asegurador estatal (Comisión Nacional de Productividad 2020).

de salud (sección 2), así como en la forma en la que tienen contacto y usan el sistema sanitario y los problemas que enfrentan al atenderse (sección 3). Para ello se utiliza la encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) de 2017, buscando comparar para cada variable a quienes integran dichos grupos de Fonasa con el resto de la población (grupos C y D de Fonasa<sup>9</sup> y usuarios de Isapre). A lo largo de este documento, al hacer comparaciones entre grupos, sólo se hará referencia a aquellas que son estadísticamente significativas con un 95% de confianza. Al final del documento se presenta el resumen, discusión y recomendaciones, seguido de las referencias y anexos.

## II. Caracterización de las personas que integran los grupos A y B de Fonasa y su relación con el estado de salud

En esta sección se busca describir a los integrantes de los grupos A y B de Fonasa en cuanto a sus características demográficas y socioeconómicas y su relación con el estado de salud. La tabla 2 muestra que quienes integran los grupos A y B de Fonasa constituyen una población de mayor vulnerabilidad que el resto en varios aspectos, lo que incide en su estado de salud.

**Primero**, se componen en una mayor proporción de mujeres, quienes, en promedio reportan más enfermedades y un peor estado de salud autopercebido.<sup>10</sup>

**Segundo**, el grupo A contiene un porcentaje mayor de menores de edad (quienes requieren de cuidado, especialmente los más pequeños) y el grupo B, de personas de tercera edad, quienes reportan en mayor proporción tener un estado de salud deteriorado y padecer enfermedades.

**Tercero**, los grupos A y B presentan una proporción mayor de adultos (mayores de 18 años) que no están casados ni conviven con alguien, que el resto de los grupos. Según González *et al.* (2020), quienes viven solos, reportan un peor estado de salud.

---

<sup>9</sup> En este trabajo se trata a los usuarios de Fonasa grupos C y D de manera conjunta porque son similares en su composición demográfica y su estado de salud (pocas diferencias estadísticamente significativas), y porque tienen un número de afiliados equiparable a los grupos A y B de Fonasa y a las Isapres.

<sup>10</sup> Según datos de la encuesta CASEN de 2017, un 22% de las mujeres reporta haber estado enferma o haber sufrido un accidente el último trimestre y 16% padecer de una enfermedad crónica. Estas cifras son de 17 y 11% para los hombres.

**Cuarto**, una proporción mayor de los integrantes del grupo A reside en zonas rurales, donde el acceso a servicios de salud es menor y los costos de transporte y estadía asociados a la atención en salud son mayores (en caso de traslado a otros sectores para atenderse).

**Quinto**, la fracción que trabaja de manera dependiente es menor, especialmente entre los afiliados al grupo A de Fonasa<sup>11</sup>. Si se comparan las proporciones de quienes tienen contrato firmado, esta diferencia se incrementa, ya que solamente 6% de los mayores de 14 años del grupo A declara tenerlo, cifras que superan 60% para el resto. La precariedad laboral y el trabajo temporal tienen efectos negativos en el estado de salud (Marmot *et al.* 2008, Kivimäki *et al.* 2003). De todas maneras, llama la atención que más de un cuarto de la población del grupo A de Fonasa señale ser trabajador dependiente, puesto que este grupo aglutina a quienes son indigentes y carentes de recursos. Sería relevante entender las razones de estas diferencias.

**Sexto**, en el grupo A un porcentaje mayor de personas declara pertenecer a un pueblo indígena, quienes, en general, reportan un peor estado de salud y mayores factores de riesgo (Pedrero & Oyarce 2009). Además, se han documentado brechas en el acceso a la salud entre la población indígena y el resto, lo que repercute en que la tasa de mortalidad de los primeros puede llegar a triplicar a la del resto de la población, como ocurre entre los 20 y 24 años (Ministerio de salud 2017). De todas maneras, como señalan Bruzzo y Henríquez (2017) para el pueblo mapuche, estas diferencias pareciera que se deben más a sus características sociodemográficas (como menor escolaridad, menores niveles de ingreso y mayor presencia en zonas rurales) que a una discriminación sistemática desde el sistema de salud.

**Séptimo**, se encuentra que un mayor porcentaje de quienes pertenecen al grupo B, seguido de los del grupo A, presenta dependencia funcional moderada o severa. Ello implica que requieren siempre o casi siempre ayuda para efectuar una o más actividades básicas de la vida diaria (como comer o bañarse) y/o dos o más actividades instrumentales de la vida diaria (salir a la calle, ir al médico), lo que es también un factor de mayor vulnerabilidad para acceder a los servicios sanitarios requeridos.

---

<sup>11</sup> De estos últimos, un 15% se declara ser trabajador por cuenta propia, en comparación con 8% en el resto de la muestra (mayores de 14 años que declaran haber trabajado al menos una hora la semana anterior en el sector público o privado).

Tabla 2. Perfil socioeconómico y demográfico de usuarios, por tipo de asegurador y grupo de Fonasa, 2017

Variable	Grupos Fonasa			Isapre
	A	B	C y D	
Mujeres (% del total del grupo)	58	55	50	48
Edad promedio (años)	33	45	34	34
Niños (1-17 años) (% del total del grupo)	34	16	25	23
Adultos (18-64 años) (% del total del grupo)	55	58	69	70
Tercera edad (65 y más) (% del total del grupo)	11	26	6	7
Casado o conviviente* (% del total del grupo)	50	52	59	59
Reside en zona urbana (% del total del grupo)	79	85	92	95
Trabajadores dependientes** (% del total del grupo)	27	72	88	83
Contrato firmado*** (% del total del grupo)	6	64	84	78
Migrante (% del total del grupo)	2	4	4	4
Pertenece a un pueblo indígena (% del total del grupo)	15	9	10	5
Personas con dependencia funcional**** (% del total del grupo)	3	4	1	1
Años de escolaridad promedio	9	10	12	15
Ingreso per cápita promedio del hogar*****	\$190.075	\$281.616	\$334.442	\$871.741
Pobreza extrema (% del total del grupo)	6	2	1	0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta CASEN 2017.

Notas: \*: Sólo mayores de 18 años. \*\*: Incluye mayores de 14 años que declaran haber trabajado al menos una hora la semana anterior, empleados del sector público o privado. Excluye trabajadores por cuenta propia, patrones o empleadores y servicio doméstico, integrantes de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad y familiares no remunerados. \*\*\*: Incluye a mayores de 14 años que declaran haber trabajado al menos una hora la semana anterior. \*\*\*\*: Se incluye a mayores de 14 años \*\*\*\*\*: Excluye servicio doméstico puertas adentro.

**Octavo**, la escolaridad y el ingreso de los usuarios del grupo A de Fonasa, seguidos de los del grupo B, son menores que para el resto y, por consiguiente, la proporción de personas en situación de pobreza extrema en dichos grupos es mayor.<sup>12</sup> Todas estas variables se correlacionan con un peor estado de salud (Sapelli & Vial 1998, Groot & van den Brink 2006, Eide & Showalter 2011).

<sup>12</sup> El Ministerio de Desarrollo Social y Familia define como pobreza extrema a “los hogares que cuentan con ingresos inferiores a dos tercios del valor de la línea de pobreza vigente.” (Ministerio de Desarrollo Social y Familia 2017).

De todas maneras, como se aprecia en la tabla 3, aunque el promedio de ingresos de los integrantes de los grupos A y B de Fonasa es menor que el del resto, la distribución por quintil de ingreso per cápita en los diferentes grupos examinados no es tan marcada. En efecto, la composición de los grupos B, C y D de Fonasa es más heterogénea en cuanto a ingresos, con presencia de todos los quintiles. En el caso del grupo A de Fonasa, 66% de los usuarios proviene de los quintiles 1 y 2. Los afiliados a alguna Isapre son el grupo más homogéneo, ya que dos tercios (67%) de sus integrantes proviene del quintil más rico (quintil 5). Llama la atención que 5% de los integrantes del grupo A de Fonasa —aproximadamente 200.000 usuarios— provenga del quintil más rico, lo que difiere de la definición de “carentes de recursos e indigentes” que caracteriza a ese grupo (tabla 1). Esto podría explicarse por una diferencia en la forma de medir ingreso, sub-reportes o trabajo informal, dado que Fonasa considera sólo los salarios formales de cada persona.

**Noveno**, los usuarios del grupo A de Fonasa son quienes menos disponen de ayuda en casos de emergencia relacionados con la salud, como cuidar a un miembro del hogar si se enferma, o a niños en caso de tener que ausentarse, préstamo de un vehículo en caso de necesidad (lo que aumenta la dificultad para llegar a un establecimiento de salud), o de dinero en caso de emergencia (tabla 4). Los usuarios del grupo B de Fonasa en este ámbito, se asimilan más a los de los grupos C y D de Fonasa y a los de Isapre.<sup>13</sup> Ello es relevante, en cuanto las redes de apoyo influyen en la posibilidad de acceso al sistema de salud y en un mejor estado de salud, como ha sido demostrado por varios autores (Agampodi *et al.* 2015, Moore & Kawachi 2017, González *et al.* 2020).

**Tabla 3. Distribución del ingreso per cápita de los usuarios por tipo de asegurador y grupo de Fonasa, 2017**

Quintil de ingreso per cápita	Grupos Fonasa			Isapre
	A	B	C y D	
1 (% del total del grupo)	39,9	16,7	11,2	2,7
2 (% del total del grupo)	26,0	21,2	18,4	4,0
3 (% del total del grupo)	18,2	24,6	22,3	8,6
4 (% del total del grupo)	11,3	23,8	26,5	17,9
5 (% del total del grupo)	4,5	13,6	21,6	66,8

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta CASEN 2017.

<sup>13</sup> En cuanto al cuidado en caso de que se enferme alguien del hogar y en cuidado de niños, no hay diferencias significativas entre los usuarios de Fonasa grupos B, C y D (tampoco con Isapres en el caso de cuidado de niños).

Tabla 4. Recursos de ayuda con los que cuentan las personas de cada grupo, según tipo de asegurador y grupo de Fonasa, 2017

Ítems en los que se pregunta si se cuenta con ayuda (% del total del grupo)	Grupos Fonasa			Isapre
	A	B	C y D	
Cuidado en caso de que se enferme alguien del hogar.	86	90	90	92
Cuidado de niños o personas en situación de discapacidad o dependientes en el hogar.	81	84	84	85
Facilitar un vehículo si es necesario.	78	83	85	93
Préstamo de dinero al hogar en caso de emergencia.	72	77	79	88

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta CASEN 2017.

En resumen, todas las variables apuntan a un estado de salud más deteriorado para quienes integran los grupos A y B de Fonasa, en relación con el resto. Al evaluar directamente el estado de salud, ya sea el autopercebido<sup>14</sup> o mediante el reporte de prevalencia de enfermedades o accidentes, los hallazgos previos son reforzados. Al calificar su estado de salud con una nota de 1 a 7, definiendo como “aprobado” una nota mayor o igual a 4, los integrantes de los grupos A y B<sup>15</sup> son quienes presentan un peor estado de salud autopercebido (figura 1 panel A). También se les pide indicar si han estado en tratamiento por alguna de las enfermedades de una lista (deben señalar la más importante)<sup>16</sup>. Una mayor proporción responde tener una enfermedad crónica<sup>17</sup> entre quienes pertenecen al grupo B de Fonasa y a alguna Isapre. Cabe señalar, sin embargo, que estos resultados están condicionados por la edad de los individuos, puesto que los adultos mayores reportan en mayor proporción tener enfermedades que el resto y un peor estado de salud auto percibido. Ello explica, por ejemplo, los hallazgos para el grupo B, ya que su edad promedio (y la proporción de adultos mayores) es mayor que para el resto.

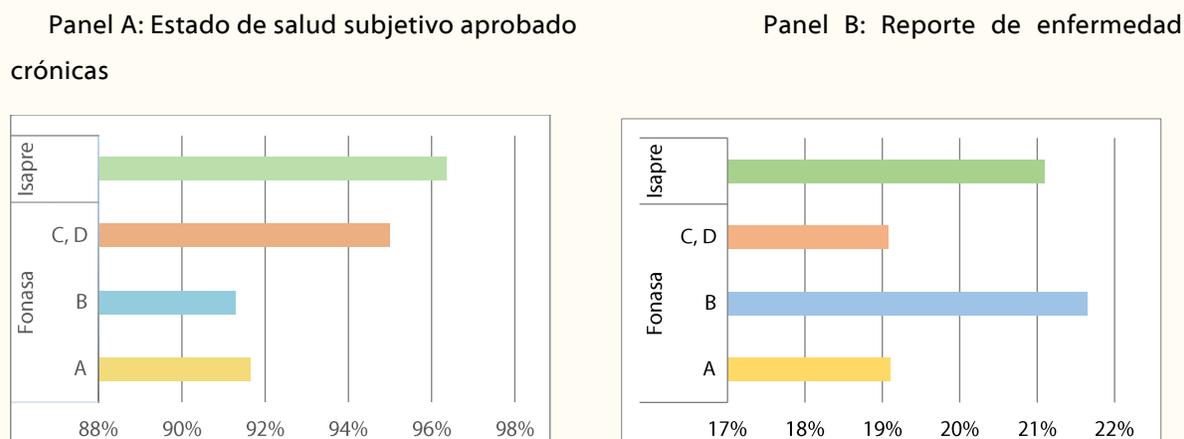
<sup>14</sup> El estado de salud autopercebido es considerado un buen indicador del estado de salud de la persona. Según Idler & Benyamini (1972) y Jylhä (2009), este es un predictor consistente de la tasa de mortalidad y permite una medición integral del estado de salud de la persona, incluso mejor que las variables objetivas como la presencia de ciertas enfermedades u otros índices, ya que considera la gama completa de enfermedades y su severidad, la historia familiar y la trayectoria de salud que la persona tiene, entre otros factores.

<sup>15</sup> No tienen diferencias significativas entre sí al 95% de confianza.

<sup>16</sup> Por lo que no es posible determinar la presencia de comorbilidad (varias enfermedades).

<sup>17</sup> En este trabajo se consideran como enfermedades crónicas hipertensión arterial, diabetes e insuficiencia renal.

Figura 1. Estado de salud autopercebido “aprobado” y reporte de enfermedad crónica, según tipo de asegurador y grupo de Fonasa, 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta CASEN 2017

Para intentar controlar por este efecto, en el anexo (figura A1) se comparan los indicadores del estado de salud de personas de edades similares (menores de edad, adultos y tercera edad), según grupo y tipo de previsión en salud. Tanto en el caso del estado de salud autopercebido, como del reporte de enfermedades crónicas, los resultados se mantienen (una menor proporción indica tener estado de salud aprobado en los grupos A y B).<sup>18</sup>

### III. Acceso y uso del sistema de salud

En esta sección se describe la forma en la que se relacionan los grupos estudiados con el sistema de salud. Para ello se evalúa el uso de: (i) consultas generales, (ii) consultas de especialidad, (iii) consultas de urgencia, (iv) controles de salud, (v) hospitalizaciones y (vi) exámenes (de laboratorio y de rayos X). Dado que estos servicios se usan con distinta intensidad dependiendo de la edad del paciente, en el análisis se distingue, además, por tramo etario.

Siguiendo a Henríquez y Velasco (2015), las atenciones de salud en cuestión se pueden estudiar desde dos perspectivas: El porcentaje de usuarios que accede al menos a una consulta (contacto con el sistema de salud o algún servicio) y el número de veces que asisten a cada una, dado que tuvieron contacto con ella (frecuencia condicional de uso). En cuanto a las hospitalizaciones, se revisa el porcentaje de usuarios que se interna (contacto) y el largo de su estadía, ya que solo el número de días de hospitalización es reportado por la

<sup>18</sup> Las diferencias son significativas para adultos mayores de 40, donde un 25% de los integrantes de Fonasa A padecen de una enfermedad crónica, seguidos de un 24% para Fonasa B, un 20% en Fonasa C y D y un 15% de los afiliados a una Isapre.

encuesta CASEN (frecuencia condicional de uso). Henríquez y Velasco (2015) revisan la evolución entre los años 1992, 2000 y 2013 de dichos indicadores para las consultas generales, de especialidad y de urgencia, además de hospitalizaciones, por lo que las subdivisiones no son exactamente iguales a las de este documento. De todas maneras, cuando sea posible, se hará la comparación entre ambos estudios.

## 1. Contacto con cada tipo de servicio de salud

En la figura 2 se presenta el porcentaje de usuarios que tuvo contacto al menos una vez con cada una de las atenciones en los últimos 3 meses, con excepción de las hospitalizaciones<sup>19</sup>, para las que el plazo es de 12 meses. En términos generales, para todos los servicios de salud estudiados existen diferencias en el porcentaje de usuarios de cada grupo que accedió al menos una vez. Respecto de la edad, el contacto es mayor entre los adultos mayores, que necesitan atenciones médicas con mayor probabilidad. En el caso de los menores de edad este suele ser menor o igual al de los adultos, con excepción de los controles de salud y las consultas de urgencia, para las que el contacto es mayor en el caso de los menores de 18 años. Ello podría responder a la mayor frecuencia de controles en los niños, a la mayor tasa de enfermedades respiratorias y de accidentabilidad, propios de la edad.

Al igual que lo que se encuentra en Henríquez y Velasco (2015), el acceso es mayor para los afiliados a alguna Isapre en las consultas de especialidad, exámenes de laboratorio y hospitalizaciones. Asimismo, es mayor para los usuarios del grupo A de Fonasa en las consultas de urgencia. En el resto de las atenciones (consultas generales y controles de salud) las diferencias dependen del tramo etario, las que se presentan en detalle a continuación.

**Consultas generales.**<sup>20</sup> Entre las personas de tercera edad, una proporción significativamente menor de afiliados a Isapres hace uso de este tipo de atención. Ello es esperable, en cuanto las consultas generales son poco frecuentes en el sector privado, puesto que

---

<sup>19</sup> Cabe destacar que este indicador, dada la forma en que se pregunta en la encuesta CASEN 2017, contiene una subestimación de la cantidad de veces y el tiempo que estuvieron hospitalizados los pacientes. Se le pregunta a los encuestados por la última hospitalización en un plazo de 12 meses, por lo que no se sabe si la misma persona estuvo hospitalizada más de una vez en el último año, ni el largo de esas posibles estadías. Aunque esto no trae distorsiones para la medición de contacto con la prestación, sí las trae al medir la frecuencia de uso.

<sup>20</sup> El porcentaje de personas que acudió al menos a una consulta general es similar entre menores de edad y adultos, para todos los grupos.

las personas acuden directamente a la medicina de especialidad. En el trabajo de Henríquez y Velasco (2015), se encuentra un aumento de la probabilidad de contacto con esta prestación entre 1992 y 2013, para todos los quintiles de ingreso. Para 2017, se encuentra también una tasa de contacto uniforme entre grupos de Fonasa e Isapre, solo que un poco más baja que para 2013.<sup>21</sup>

**Controles de salud.** Los controles de salud constituyen la atención con más contacto entre los usuarios, en todos los tramos de edad. Solo hay diferencias significativas entre adultos y personas de tercera edad, donde un mayor porcentaje de afiliados al asegurador estatal de los tramos A y B hacen uso de este tipo de consulta. Ello puede responder a que, como se viera en la sección previa, una mayor proporción de personas en dichos grupos (A y B) padecen enfermedades crónicas (gráfico 2 panel B) que requieren controles frecuentes. De todas maneras, no es posible determinar si ese mayor uso se hace cargo adecuadamente de dichos u otros problemas de salud, en cuanto en otros servicios se ven importantes diferencias.

**Consultas de urgencia.** Al igual que Henríquez y Velasco (2015), se encuentra que los beneficiarios del grupo A de Fonasa reportan tener más contacto con las consultas de urgencia para todos los tramos etarios que el resto. En la tercera edad, los integrantes del grupo B de Fonasa tienen un nivel de contacto similar al del grupo A, casi el doble que los usuarios de Isapre, lo que puede relacionarse con su estado de salud más deteriorado, que podría llevar a que sufran en mayor medida descompensaciones u otros problemas de salud que requieren atención de urgencia. Asimismo, como sugieren Henríquez y Velasco (2015), ello también puede responder a la dificultad para acceder oportunamente a atención de mayor complejidad, por lo que los servicios de urgencia se usan para acceder más rápido a estas prestaciones. Por una parte, ello tiene que ver con la necesidad de ser derivados desde la atención primaria en la MAI y a la insuficiencia de especialistas, lo que se refleja en que el ingreso por la urgencia se hace más presente entre los usuarios de Fonasa A que no reciben reembolso de parte de Fonasa si se atienden en la MLE. Y, por otra parte, a que, justamente debido a las prolongadas esperas, su estado de salud se deteriora hasta el punto de requerir la urgencia. En efecto, en el reciente informe de la Comisión Nacional de Productividad (2020), se constata que varios de los ingresos por urgencia "(...) no son casos necesariamente urgentes sino gente esperando demasiado

---

<sup>21</sup> Esta disminución puede estar influida por las consultas que se incluían en la encuesta en esos años. En ese entonces no se preguntaba por consultas preventivas, por lo que es probable que se reportaran junto a las consultas generales. Por lo mismo, no es seguro que haya disminuido el contacto con estas últimas prestaciones.

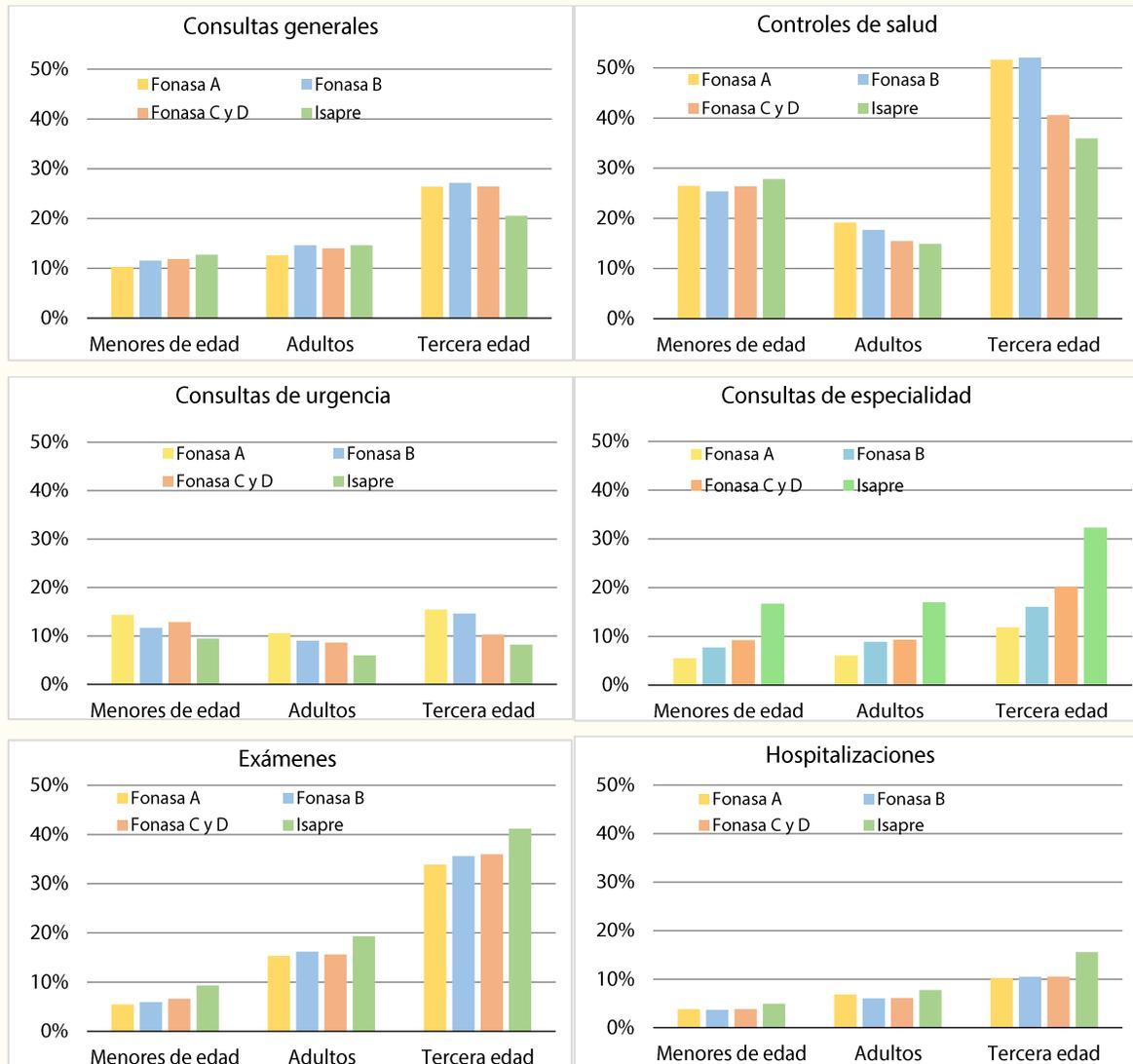
tiempo" (CNP 2020, P.8) y que la mayoría "son explicados por la baja capacidad de resolución del sistema (...) Estos pacientes fueron monitoreados en edad infantil pero no como adultos, y reaparecen luego como pacientes crónicos" (página 20). Por lo tanto, este mayor uso de las consultas de urgencia por parte de los grupos A y B podría responder tanto a la dificultad en el acceso, como a la falta de atención preventiva y a una baja capacidad resolutive.

**Consultas de especialidad.** Las consultas de especialidad son usadas por un porcentaje de usuarios de Isapre que casi triplica al correspondiente al grupo A de Fonasa, para todos los tramos etarios, al igual que en años anteriores (Henríquez y Velasco 2015). Posiblemente se relaciona con las ya mencionadas restricciones de la MAI, que son mayores para los afiliados al grupo A de Fonasa y con el mayor déficit de especialistas del sector estatal (Comisión Nacional de Productividad 2020).

**Exámenes y hospitalizaciones.** Los exámenes de laboratorio y de rayos X y las hospitalizaciones difieren de las otras consultas, puesto que ambos requieren (en la mayoría de los casos) haber tenido previamente una consulta. Ello puede explicar su comportamiento similar al de las consultas de especialidad (mayor proporción de personas en Isapres se realiza al menos un examen o se hospitaliza). De todas maneras, no hay diferencias significativas en la proporción que usa estos servicios entre los afiliados a Fonasa, con excepción de los adultos en las hospitalizaciones, donde los usuarios de Fonasa del grupo A las usan en mayor proporción que sus pares del asegurador estatal.

Tanto en el caso de las consultas de especialidad como de los exámenes y hospitalizaciones, se esperaría un resultado contrario, puesto que quienes pertenecen a los grupos A y B de Fonasa tienen un estado de salud más deteriorado, por lo que existe un déficit en el acceso para dichos grupos que responde a otras razones.

Figura 2. Porcentaje de usuarios que tuvo contacto con cada tipo de servicio por tramo etario, tipo de asegurador y grupo de Fonasa, 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta CASEN 2017.

## 2. Frecuencia de uso

En la figura 3 se presenta el promedio de veces que los usuarios hicieron uso de cada servicio, considerando solamente a quienes tuvieron contacto con la atención. Esto permite evaluar las diferencias en la intensidad con que los usan quienes acceden a estos servicios. En general, al igual que Henríquez y Velasco (2015), se encuentra que las diferencias entre los grupos en cuestión (usuarios de Fonasa de los grupos A, B, C o D y usuarios de Isapres) son menos pronunciadas que en el nivel de contacto y entre tramos etarios, indicando que las dificultades están más bien asociadas al acceso.

**Consultas generales y controles de salud.** Prácticamente no existen diferencias significativas entre los grupos estudiados. Asimismo, la frecuencia de uso de consultas generales no habría cambiado desde 2013, comparando con Henríquez y Velasco (2015), a pesar del aumento de la prevalencia de estas enfermedades crónicas que aumentan la demanda por consultas y controles<sup>22</sup>.

**Consultas de urgencia.** Solo hay diferencias significativas entre los adultos, donde quienes integran los grupos A y B de Fonasa acuden con mayor frecuencia que los de los grupos C y D, y estos, a su vez, que los afiliados a Isapres. Al revisar la evolución (Henríquez y Velasco 2015) se evidencia un aumento en la frecuencia de uso de consultas de urgencia para los usuarios del grupo A y B de Fonasa (que pasan de 1,7 y 1,6 consultas promedio en 2013, respectivamente, a 1,9 en 2017) y de Isapres (de 1,4 a 1,6).

**Consultas de especialidad.** A pesar de las grandes diferencias encontradas en el contacto entre grupos y edad, la frecuencia de uso es menos desigual, lo que apunta a que el problema es más bien de acceso y que, una vez logrado el contacto la atención es similar, al menos en cuanto a su extensión. En efecto, no existe una tendencia clara que permita afirmar que uno de los grupos estudiados utiliza significativamente más o menos las consultas de especialidad, ya que ello depende del tramo etario. Entre los menores de edad, los usuarios del grupo A del asegurador estatal presentan una mayor frecuencia de uso. Entre adultos no hay diferencias significativas, pero entre personas de tercera edad, los afiliados a Isapre acuden a más consultas en promedio. Estas diferencias no tienen una explicación simple o intuitiva, por lo que deben ser estudiadas en mayor profundidad. Una alternativa, en el caso de los adultos mayores, se relaciona con las mayores dificultades para acudir de quienes pertenecen a los grupos A y B debido a la mayor proporción de dependientes y menor apoyo con que cuentan quienes integran dichos grupos (tabla 2). Ello, considerando que las consultas de especialidad se otorgan en una menor cantidad de centros de salud, generalmente más alejados que los consultorios donde se proveen las consultas generales y controles.

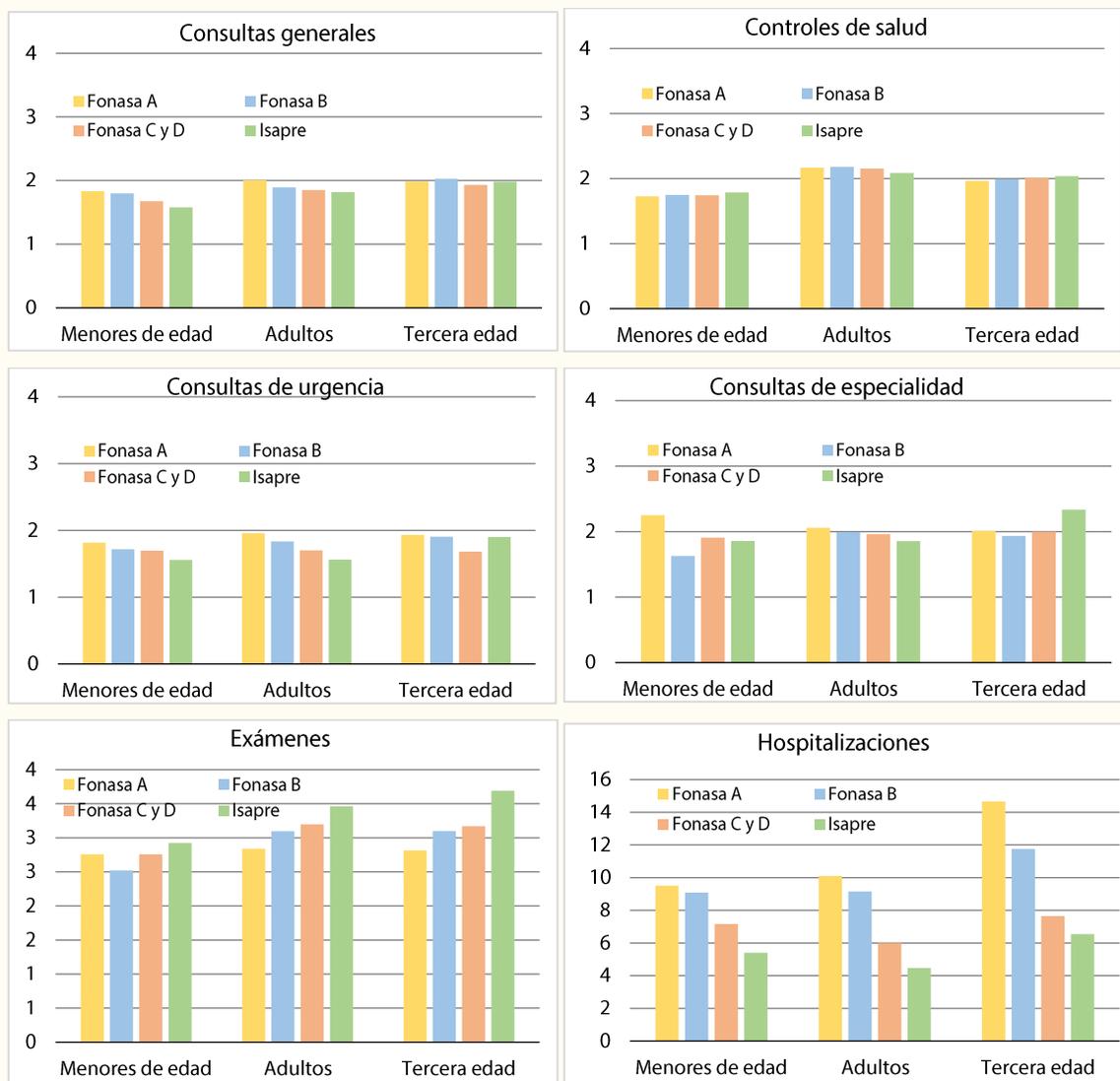
**Exámenes de laboratorio y de rayos x.** Entre los adultos y las personas de tercera edad, se da que la frecuencia de uso crece con el grupo de Fonasa y es mayor para los usuarios de Isapres. Entre los adultos mayores, los usuarios del grupo A tienen un uso significativamente menor, en línea con la tesis de que podría existir una deficiencia en la prevención y detección de enfermedades asociada al nivel socioeconómico y grupo de Fonasa que

---

<sup>22</sup> Así lo demuestran las encuestas nacionales de salud de los años 2009-2010 y 2016-2017. Resultados disponibles en [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17\\_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf)

puede influir en la sobreutilización de las urgencias. A su vez, los hallazgos pueden responder al menor acceso a especialistas en Fonasa, especialmente en los grupos A y B, ya que los exámenes deben ser solicitados por un profesional de la salud. Asimismo, podría deberse a un déficit en la oferta, ya que no todos los centros de salud cuentan con el equipamiento (y su mantenimiento) y personal para operarlo. La espera por toma de exámenes no se registra públicamente, por lo que sería importante conocer este dato. Finalmente, también podría ocurrir que los prestadores privados soliciten un número innecesario (excesivo) de exámenes.

Figura 3. Frecuencia de uso de cada tipo de atención entre quienes tuvieron contacto con cada uno, por tramo de edad, tipo de asegurador y grupo de Fonasa, 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta CASEN 2017.

**Hospitalizaciones.** En general, los afiliados al grupo A de Fonasa, seguidos de aquellos del grupo B, tienen estadías más largas, y los usuarios de Isapres más cortas. Para estos últimos, al comparar con los datos reportados por Henríquez y Velasco en 2015, las estadías se han acortado, desde 6,1 a 4,9 entre 1992 y 2017. Existe evidencia de que esta mayor estadía en los grupos A y B responde a que sus usuarios se atienden en mayor proporción en prestadores estatales (tabla 5). Según el trabajo de la Comisión Nacional de Productividad (2020), los prestadores estatales analizados presentan estadías más largas para una misma atención hospitalaria e igual complejidad respecto del promedio nacional, con una sobre estancia<sup>23</sup> de 1,6 millones de días camas. Por tanto, junto con el hecho de que los grupos A y B presentan peor estado de salud, la mayor estadía responde a un uso ineficiente de las instalaciones estatales.

Tabla 5. Proporción de cada grupo que se atiende en un establecimiento estatal, según tipo de atención, 2017

Proporción que acude a un establecimiento estatal (% del total del grupo)	Grupos Fonasa			Isapre
	A	B	C y D	
Consulta general	89	73	54	6
Control de salud	81	73	61	5
Consulta de urgencia	96	91	85	16
Consulta de especialidad	80	53	34	3
Exámenes de laboratorio y de rayos X	90	78	56	4
Hospitalización	91	78	66	7

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta CASEN 2017.

### 3. Otras explicaciones para la falta de acceso

El porcentaje de usuarios de los grupos A y B de Fonasa que reportó haberse atendido producto de una enfermedad es de 93,1 y 93,6%, respectivamente, proporciones menores que para los integrantes de los grupos C y D de Fonasa (94,9%) y para los afiliados a alguna Isapre (95,6%). Por lo tanto, hay un grupo que reporta enfermedad y no se atiende, por lo que en esta subsección se busca profundizar en las razones. En la tabla 6 se aprecia que la principal causa es que no lo consideraron necesario y no hicieron nada, más frecuente entre los usuarios de Isapres y, en segundo lugar, que no lo consideraron necesario y que

<sup>23</sup> Medida como el exceso de días de hospitalización de un paciente sobre la mediana que existe para pacientes con el mismo diagnóstico y severidad a nivel nacional.

tomaron remedios caseros, con mayor frecuencia entre los usuarios de Fonasa A. En tercer lugar, se encuentra que decidieron tomar sus medicamentos habituales.

Las demás razones que aparecen son: “pidió hora, pero no la obtuvo”, “pensó en consultar, pero le cuesta mucho llegar al lugar de atención” y “pensó en consultar, pero no tuvo tiempo”, las que afectan en mayor medida a los usuarios de Fonasa y salvo por el no contar con tiempo, a quienes pertenecen a los grupos A y B. Si bien son números bajos en proporción<sup>24</sup>, es relevante tomar en consideración estas razones, las que podrían relacionarse con dificultades en el transporte al lugar de atención (por ejemplo, en zonas rurales) o por una mayor dependencia funcional, aspectos que se dan en mayor medida entre los afiliados a los grupos A y B de Fonasa (tabla 2).

Tabla 6. Razones por las que una persona no se atendió a pesar de haber reportado enfermedad o accidente, según tipo de asegurador y grupo de Fonasa, 2017

Razones para no atenderse (% del total del grupo)	Grupos Fonasa			Isapre
	A	B	C y D	
No lo consideró necesario, así que no hizo nada	40	38	44	55
No lo consideró necesario así que tomó remedios caseros	26	20	17	12
Decidió tomar sus medicamentos habituales (% del total del grupo)	8	10	13	11
Pidió hora, pero no la obtuvo	4	4	2	1
Pensó en consultar, pero le cuesta mucho llegar al lugar de atención	3	2	0	0
Pensó en consultar, pero no tuvo tiempo	3	6	5	0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta CASEN 2017.

En la tabla 7 se analizan las dificultades que enfrentan las personas que efectivamente llegaron a atenderse, encontrándose que los integrantes de los grupos A y B son quienes más problemas en la atención registran, principalmente, para ser atendido en el establecimiento (demoras en la atención y cambios de hora, entre otros). Ello es mencionado por un 22 y 18% de los usuarios de los tramos A y B de Fonasa, respectivamente, como el principal problema en la atención. En segundo lugar, está la dificultad para conseguir

<sup>24</sup> Según las estimaciones de la encuesta CASEN 2017, aproximadamente 6.000 personas habrían pedido hora pero no la obtuvieron, 3.200 habrían pensado en consultar pero se les hace difícil llegar al lugar de atención, y 7.700 habrían pensado en ir pero no tenían el tiempo.

hora (17 y 14%, respectivamente). Esto refuerza los hallazgos previos respecto de las mayores dificultades que enfrentan quienes pertenecen a los grupos A y B de Fonasa, que son justamente quienes más lo necesitan.

Tabla 7. Reporte de problemas en la atención, según tipo de asegurador y grupo de Fonasa, 2017

Problemas en la atención (% del total del grupo)	Grupos Fonasa			Isapre
	A	B	C y D	
Ser atendido en el establecimiento (demora en la atención, cambios de hora, etc.)	22	18	16	6
Conseguir una cita/atención	17	14	12	5
Entrega de medicamentos en el establecimiento de salud o acceso a ellos por su costo	10	8	7	5
Llegar a la consulta, hospital, consultorio, etcétera	9	9	5	3
Pagar la atención debido al costo	6	5	6	5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta CASEN 2017.

## IV. Resumen, discusión y recomendaciones

En este trabajo se busca explorar en más detalle las carencias en el acceso y uso de los afiliados de los grupos A y B de Fonasa, quienes, según la evidencia, tienen menor acceso a la atención en salud y esta última es, además, de menor calidad; y con base en los hallazgos poder desarrollar recomendaciones que permitan abordar sus problemas. Para ello se detallan las características demográficas y socioeconómicas de quienes pertenecen a estos grupos en relación con el resto de la población y la relación de dichas variables con el estado de salud. Además, siguiendo a Henríquez y Velasco (2015) se revisa el reporte de contacto y frecuencia de uso de los usuarios de los grupos A y B de Fonasa y, adicionalmente, las razones de la falta de acceso y dificultades en la atención, para una serie de servicios provistos por el esquema de salud en Chile (consultas, exámenes, hospitalizaciones).

Se encuentra, en primer lugar, que los integrantes del grupo A de Fonasa tienen más presencia de menores de edad y de mujeres, y menos escolaridad e ingresos en promedio que el resto. Presentan asimismo posiciones laborales más vulnerables, un capital social menor que el resto y un estado de salud autopercibido peor que el de los otros grupos entre adultos y personas de tercera edad. Los afiliados al grupo B de Fonasa, aunque no tienen los índices de pobreza del grupo A y cuentan con niveles de capital social más altos, tienen más presencia de adultos mayores, quienes necesitan más atenciones médicas y un

peor estado de salud en general; se componen en mayor medida de mujeres y presentan niveles de escolaridad, ingresos y estado de salud autopercibido inferiores que los integrantes de los grupos C y D de Fonasa y de Isapres, así como la mayor prevalencia de enfermedades crónicas entre adultos mayores. En general, casi todas las variables estudiadas que afectan en mayor medida a los usuarios de los grupos A y B de Fonasa (como un menor ingreso y escolaridad) se relacionan con un peor estado de salud, lo que es también reportado por los propios encuestados.

Lo anterior indica que su demanda por servicios de salud debiera ser mayor que la de los demás usuarios de Fonasa y de isapres. No obstante, un segundo hallazgo de este trabajo es que el acceso de los miembros de los grupos A y B a servicios de especialidad, exámenes y hospitalizaciones es inferior que el del resto de la población. Dicho déficit es relevante y preocupante, puesto que retarda el diagnóstico de enfermedades que, de no tratarse oportunamente, pueden empeorar la salud, afectando la calidad y duración de la vida. En particular, la menor accesibilidad a exámenes puede derivar de la falta de acceso a especialistas, quienes solicitan dichos tamizajes, pero también de un déficit de equipamiento y de personal para realizarlos. En esta línea se recomienda, en primer lugar, reportar junto con los retrasos en cirugías, consultas GES y no GES, las esperas por exámenes. En segundo lugar, definir y utilizar estándares nacionales de priorización de los pacientes con base en criterios clínicos y determinantes sociales de la salud —como redes de apoyo, necesidades especiales— (Bastías *et al.* 2020, Comisión de Expertos para las Reformas de las Isapre y de Fonasa 2020, Comisión para una reforma integral de Fonasa 2020, Comisión Nacional de Productividad 2020). Ello permite organizar la atención, evaluando el tipo de prestación de salud requerido y los posibles canales de atención. En 2017 se generó un informe donde se establecen criterios de priorización para la atención de problemas de salud no GES (Ministerio de Salud 2017), que debiera ser considerado. Ello es especialmente importante en este momento, ya que permite poner el foco en la mantención de los servicios esenciales de salud durante la pandemia (Colegio Médico de Chile 2020). Por otra parte, también se recomienda cumplir con la norma que regula actualmente a la autoridad sanitaria<sup>25</sup>, la que establece que esta debe generar estándares para las prestaciones sin GES, lo que no ha sido realizado hasta la fecha.

En tercer lugar, se encuentra que los grupos A y B acceden en mayor medida a controles de salud y consultas de urgencia, lo que podría indicar que la capacidad resolutoria de la atención primaria es insuficiente. En ello pueden tener responsabilidad varios factores, como el mecanismo de pago per cápita, puesto que no promueve la resolutoria, sino que más bien las derivaciones a la atención de mayor complejidad (consultas de especialidad); pero también la falta de coordinación y una inadecuada institucionalidad de los prestadores estatales de salud, que no logra una fluida comunicación entre los diferentes niveles de atención de salud ni que

---

<sup>25</sup> DFL N°1 de 2005, del Ministerio de Salud.

se otorgue atención continua e integral a los usuarios (CEP-ESP 2017). Bastías *et al.* (2020) recomiendan entender “el viaje del paciente” (servicios y procedimientos de salud, incluyendo relaciones y percepciones de los pacientes), para identificar los problemas que dificultan su flujo a través del proceso de atención y así adecuarlo y mejorarlo, eliminando tareas innecesarias y cuellos de botella. Para esto se propone fortalecer los canales de comunicación e información entre quienes realizan la referencia y contrarreferencia del paciente, mediante la telemedicina y la información en línea, implementar protocolos para las interconsultas; gestionar oportunamente la toma de exámenes para mejorar la resolutiveidad de las consultas, por ejemplo, mediante el uso de “gestores de caso” —que coordinen que el paciente cuente con los exámenes previo a la atención y hagan seguimiento luego de ser dado de alta—; y usar la tecnología para realizar diagnósticos previos, actualizar la información de contacto y hacer seguimiento a los pacientes.

Respecto del mayor uso de las consultas de urgencia por parte de los usuarios de Fonasa A y B (reportado previamente), este responde, por una parte, a la falta de acceso a consultas de especialidad, hospitalizaciones y exámenes. Ello, tanto porque la atención de urgencia es una vía de acceso rápida a aquellos servicios con más espera, como porque la falta de acceso y demora en exámenes, cirugías y consultas de especialidad pueden agravar el estado de salud, llevando a las personas a requerir atención de urgencia. Y, por otra parte, a un déficit en la prevención y en el seguimiento y control de los pacientes. La atención primaria tiene un rol preponderante en la prevención, detección y tratamiento precoz de enfermedades, no obstante, tanto la institucionalidad asociada a la red estatal de salud, como los mecanismos de pago usados, juegan en contra de una mayor resolutiveidad. En este ámbito, el trabajo del Centro de Estudios Públicos y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile en 2017 (CEP-ESP 2017) recomiendan reorganizar las funciones y roles en la atención primaria, delegando tareas según competencias en los equipos. Por ejemplo, se menciona que los enfermeros de práctica avanzada (con la supervisión apropiada) tomen algunas de las tareas de baja complejidad en lugar de los doctores, liberándoles horas para atender problemas más complejos.

Un cuarto hallazgo es que entre quienes reportaron una enfermedad, el porcentaje de personas que se atiende es menor para quienes integran los grupos A y B de Fonasa. Entre las causas principales se encuentra que no lo consideraron necesario, lo que podría responder a una subvaloración por parte de los integrantes de dichos grupos de la salud, ya sea por desconocimiento o porque le otorgan una menor importancia que a otros aspectos. Pero también, quienes pertenecen a los grupos A y B reportan en mayor medida haber pedido hora y no haberla obtenido, que se les hace difícil llegar al lugar de atención o que no tienen el tiempo. Ello se condice con el reporte de problemas de quienes sí acudieron al sistema de salud. También dichos grupos tienen más dificultades a la hora de atenderse,

sobre todo para conseguir una cita y al momento de ser atendidos, por demoras en el establecimiento. Esto, además de ser una consecuencia de la falta de personal de la salud, responde también a déficits administrativos de los establecimientos de salud y de Fonasa y a la falta de mecanismos que acerquen y faciliten la atención en salud a las personas.

La pandemia ha acelerado el desarrollo del agendamiento y atención en línea, el despacho de medicamentos al hogar y lugar de trabajo, lo que debe profundizarse. Se debe concluir el proceso de digitalización de la información e implementar la ficha clínica en línea, para facilitar la continuidad, eficiencia y efectividad de la atención. Bastías *et al.* (2020), proponen la creación de una autoridad a cargo de una estrategia digital en salud, cuya gobernanza sea independiente del gobierno de turno para que sea estable y autónoma. También plantean la necesidad de que los pacientes tengan completo acceso a su información clínica, tal como lo establece la norma;<sup>26</sup> de dotar del equipamiento e infraestructura necesarios para la atención a distancia —lo que requiere identificar los pacientes y patologías idóneas— y para la emisión de recetas y licencias médicas electrónicas; y de actualizar la normativa y mejorar los protocolos de la atención remota (Colegio Médico de Chile 2020).

Un último hallazgo, evidenciado previamente, es que las diferencias en la frecuencia de uso entre grupos de Fonasa y asegurador en salud son menores que las encontradas en acceso, lo que releva que existen importantes desigualdades para ser atendido.

Solo se encuentran diferencias para los días de hospitalización, ya que quienes integran los grupos A y B (sobre todo los primeros) tienen estadías mucho más largas en promedio que el resto. Si bien ello puede responder en parte a que el estado de salud de los integrantes de dichos grupos es peor y, por tanto, requieren más tiempo de cuidado, también se debe a que se atienden en prestadores estatales, cuyas estancias son más largas que el promedio nacional para pacientes con el mismo diagnóstico y severidad. Para mejorar la eficiencia de los hospitales estatales, la Comisión Nacional de Productividad (2020) recomienda estandarizar procesos clínicos, usar incentivos monetarios adecuados para el personal sanitario y nuevos mecanismos de pago y gestión, como el método de Grupos Relacionados de Diagnóstico, que permite una gestión integrada del sistema, la entrega de recursos acorde con el diagnóstico y complejidad del paciente y fomenta la solución de los problemas de salud, la productividad, la eficiencia y la disminución de listas de espera, además de ser una herramienta útil para la gestión clínica.

Para que las recomendaciones mencionadas se lleven a la práctica, es relevante que el marco en el que se desenvuelven los prestadores y su institucionalidad promuevan estos cambios. Por ejemplo, si bien se requiere mejorar el sistema de rendición de cuentas sobre

---

<sup>26</sup> Ley 20.584 de 2012, del Ministerio de Salud.

tiempos de espera, exigiendo más a los informes trimestrales del Ministerio de Salud (Bastías *et al.* 2020), el que este último sea el dueño y administrador de los hospitales obstaculiza la transparencia y rendición de cuentas, como es planteado por Vergara (2015), CEP-ESP (2017) e Imaginación (2020). Estos trabajos proponen crear un organismo técnico e independiente de la autoridad sanitaria, que esté a cargo de dichos establecimientos y de la coordinación con la atención primaria; y avanzar en otorgar más atribuciones a los hospitales y centros de salud para que transiten hacia su conversión en corporaciones/empresas públicas.

Finalmente, y considerando que Fonasa es el asegurador de los grupos estudiados, recae especialmente en dicha entidad la responsabilidad de otorgar acceso expedito a la atención a sus usuarios. No obstante, como lo han relevado varios trabajos (Arredondo *et al.* 2017, CEP-ESP 2017, Comisión para una reforma integral de Fonasa 2020), Fonasa no cuenta con las atribuciones ni con una gobernanza que le permitan hacerse cargo de ello. Actualmente, existe en el Congreso Nacional un proyecto de ley que busca justamente modificar dichos aspectos<sup>27</sup>, que será perfeccionado con base en las propuestas de la Comisión de Expertos para las Reformas de las Isapre y de Fonasa, convocada por el Ministro de Salud en 2020. A su vez, dicho documento hace suyas las propuestas de la Comisión para una Reforma Integral de Fonasa, coordinada por el Centro de Estudios Públicos en 2019 y 2020 e integrada por un grupo transversal de académicos y expertos. En este último trabajo, se plantea transformar el rol de Fonasa desde una “caja pagadora” a un verdadero asegurador, que garantice la entrega de los beneficios a sus asegurados, mediante su independización del gobierno de turno; un nuevo gobierno corporativo que incorpore una visión técnica, de largo plazo y con foco en el usuario y la participación; así como nuevas atribuciones que le permitan determinar las mejores estrategias de entrega del plan de salud, incluyendo métodos de pago, posibilidad de sancionar y de exigir la entrega de soluciones de salud integrales y de manera coordinada a los prestadores.

## Referencias

- Agampodi, T. C., S. B. Agampodi, N. Glozier & S. Siribaddana. 2015. “Measurement of Social Capital in Relation to Health in Low and Middle Income Countries (LMIC): A Systematic Review.” *Social Science & Medicine* 128:95-104.
- Arredondo A., Bertoglia M. P., Inostroza M. *et al.* 2017. “Construcción política del sistema de salud chileno: La importancia de la estrategia y la transición”. M. Inostroza y H. Sánchez (eds.). Santiago: Instituto de Salud Pública. Universidad Nacional Andrés Bello.
- Bastías, G., P. Bedregal, J.C. Ferrer *et al.* 2020. “Propuestas para desconfinar la espera en la salud pública”. *Temas de la Agenda Pública* 132. Centro de Políticas Públicas UC. Noviembre.

---

<sup>27</sup> Boletín N° 13.863-11.

- Bruzzo, S. & J. Henríquez. 2017. "Desigualdades en salud entre mapuches y no mapuches: ¿Mito o realidad?". En Aninat, I., Figueroa, H. & González, R. (ed.), *El pueblo mapuche en el siglo XXI, Propuestas para un nuevo entendimiento entre culturas en Chile* (pp. 435-476). Centro de Estudios Públicos. CEP-ESP. 2017. "Propuesta de modernización de los prestadores de servicios de salud estatales". Centro de Estudios Públicos y Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.
- Cid, C. 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.
- Colegio Médico de Chile. 2020. "El impacto de COVID19 en el sistema de salud y propuestas para la reactivación. Grupo de reactivación sanitaria". 19 de agosto.
- Colegio Médico & Universidad de Chile. 2020. "¿Cuál ha sido el impacto de la pandemia en el acceso a atenciones de salud? Un análisis para la adaptación de nuestro sistema de salud". *Monitoreo Nacional de Prácticas y Síntomas COVID-19. MOVID-19*. 5 de octubre. <https://www.movid19.cl/>.
- Comisión de Expertos para las Reformas de las Isapre y de Fonasa. 2020. "Informe Final de Acuerdos Comisión de Expertos para las Reformas de las Isapre y del Fonasa". Ministerio de Salud. Diciembre, Ministerio de Salud.
- Comisión Nacional de Productividad. 2020. "Uso Eficiente de Quirófanos Electivos y Gestión de Lista de Espera Quirúrgica no ges". Noviembre.
- Comisión para una reforma integral de Fonasa. 2020. "Propuestas para una reforma integral del Fondo Nacional de Salud". A. Benítez y C. Velasco (eds.). Colección Centro de Estudios Públicos.
- Eide, E. & M. Showalter. 2011. "Estimating the relation between health and education: What do we know and what do we need to know?". *Economics of Education Review* 30: 778-791.
- González, R., A. Fuentes & E. Muñoz. 2020. "On Social Capital and Health: The Moderating Role of Income Inequality in Comparative Perspective". *International Journal of Sociology* vol. 50, issue 1.
- Groot, W. & H. van den Brink. 2006. "What does education do to our health?". En *Measuring the Effects of Education on Health and Civic Engagement: Proceedings of the Copenhagen Symposium*. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos y Centro para la educación e innovación educacional, CERI.
- Henríquez, J. & C. Velasco. 2015. "Las desigualdades en la atención médica en los últimos 20 años". *Propuestas de Política Pública*. Centro de Estudios Públicos.
- Idler, E. L., & Y. Benyamini. 1997. "Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies". *Journal of Health and Social Behavior* 38(1): 21-37.
- Imaginacion. 2020. "Propuesta para la Provisión Pública de Servicios de Salud".
- Jylhä, M. 2009. "What Is Self-Rated Health and Why Does It Predict Mortality? Towards a Unified Conceptual Model". *Social Science & Medicine* 69(3): 307-16.
- Kivimäki M., J. Vahtera, M. Virtanen *et al.* 2003. "Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality". *American Journal of Epidemiology* 158: 663-668.
- Marmot, M., S. Friel, R. Bell *et al.* 2008. "Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health". *The Lancet* 372: 1661-1669. Commission on Social Determinants of Health.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. 2017. "Manual del investigador, encuesta CASEN 2017. Gobierno de Chile.

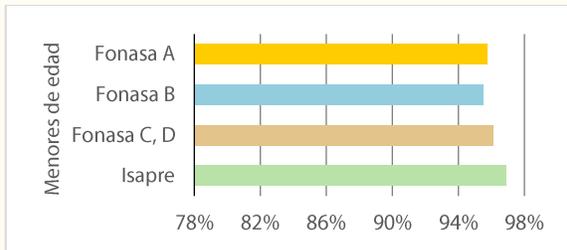
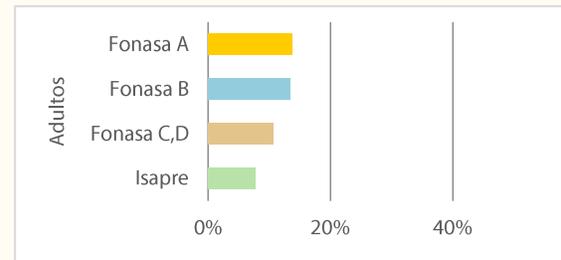
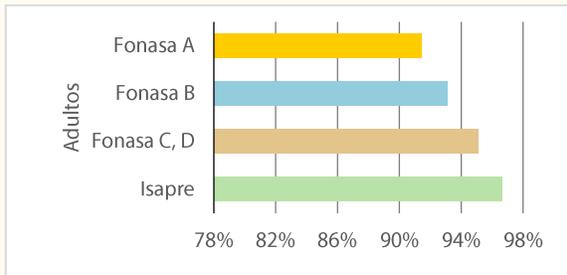
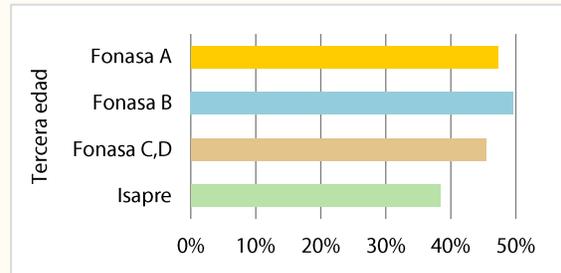
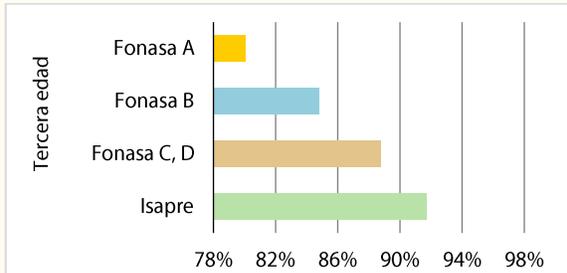
- Ministerio de Salud. 2017. "Modelo de priorización lista de espera no GES con enfoque de riesgo y tiempos razonables de espera". División de Planificación Sanitaria. Santiago.
- Ministerio de Salud. 2020. "Glosa 06. Lista de Espera No GES y Garantías de Oportunidad GES Retrasadas". Ministerio de Salud. Octubre.
- Moore, S. & I. Kawachi. 2017. "Twenty Years of Social Capital and Health Research: A Glossary." *Journal of Epidemiology & Community Health* 71(5).
- Pacheco, J., F. Crispi, T. Alfaro et al. 2020. "Gender disparities in access to care for time-sensitive conditions during COVID-19 pandemic in Chile". *medRxiv* preprint, 11 de septiembre. <https://doi.org/10.1101/2020.09.11.20192880>;
- Pedrero, M. & A. Oyarce. 2009. "Una metodología innovadora para la caracterización de la situación de salud de las poblaciones indígenas en Chile: limitaciones y potencialidades". *Notas de población* 89: 119-146. CEPAL.
- Sapelli, C. & B. Vial. 1998. "Utilización de prestaciones de salud en Chile: ¿es diferente entre grupos de ingreso?". *Cuadernos de Economía* 35: 343-382.
- Sapelli, C. & B. Vial. 2003. "Self-selection and moral hazard in Chilean health insurance". *Journal of Health Economics* 22: 459-476.
- Superintendencia de Salud. 2018. "Estudio de opinión sobre el Sistema de Salud 2017. Beneficiarios del Fonasa y de Isapres abiertas". Elaborado por Universidad de Concepción.
- Vergara, M. 2015. "Propuesta de reformas a los prestadores públicos de servicios médicos en Chile: fortaleciendo la opción pública". *Revista Médica de Chile* vol. 143 No. 2 Santiago.

## Anexo

Figura A1: Estado de salud autopercebido "aprobado" y reporte de enfermedad crónica, por tramo etario, tipo de asegurador y grupo de Fonasa, 2017

Panel A: estado de salud autopercebido "aprobado"

Panel B: Reporte de enfermedades crónicas\*



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta CASEN 2017.

Nota: No se grafica la prevalencia de enfermedades crónicas entre los menores de edad, porque los índices son cercanos a cero y no hay diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos.