

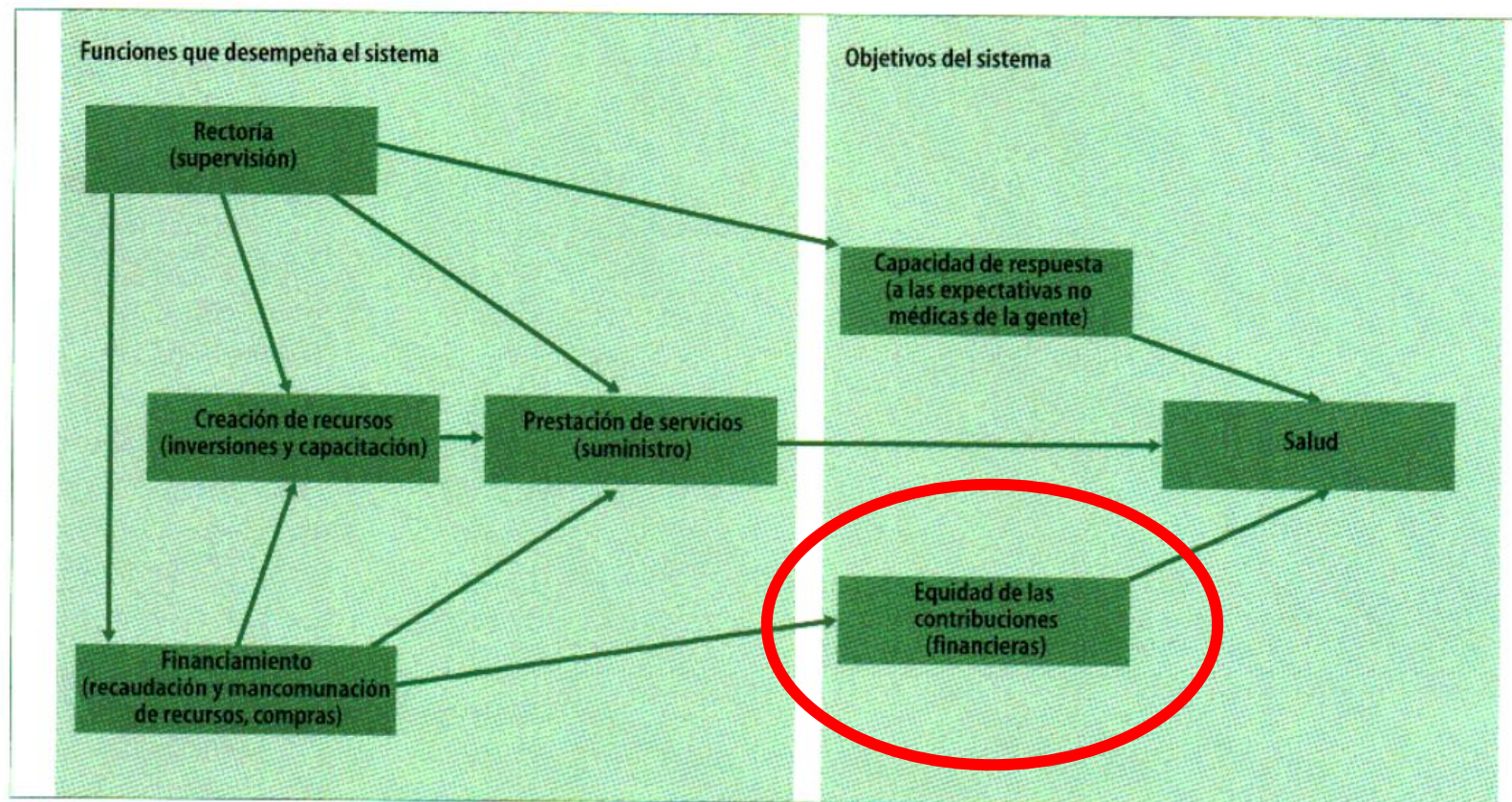
# Gasto de Bolsillo: a dos décadas del AUGE

Lorena Hoffmeister, PhD

Académica Instituto de Salud Pública  
Facultad de Medicina  
Universidad Andrés Bello

# Dos décadas atrás...

Figura 2.1 Relaciones entre las funciones y los objetivos de un sistema de salud



- **Protección financiera ante la mala salud**
- **Sistema de salud sostenible**

Fuente: OMS. Informe sobre la salud en el mundo, 2000.

# Dos décadas atrás...

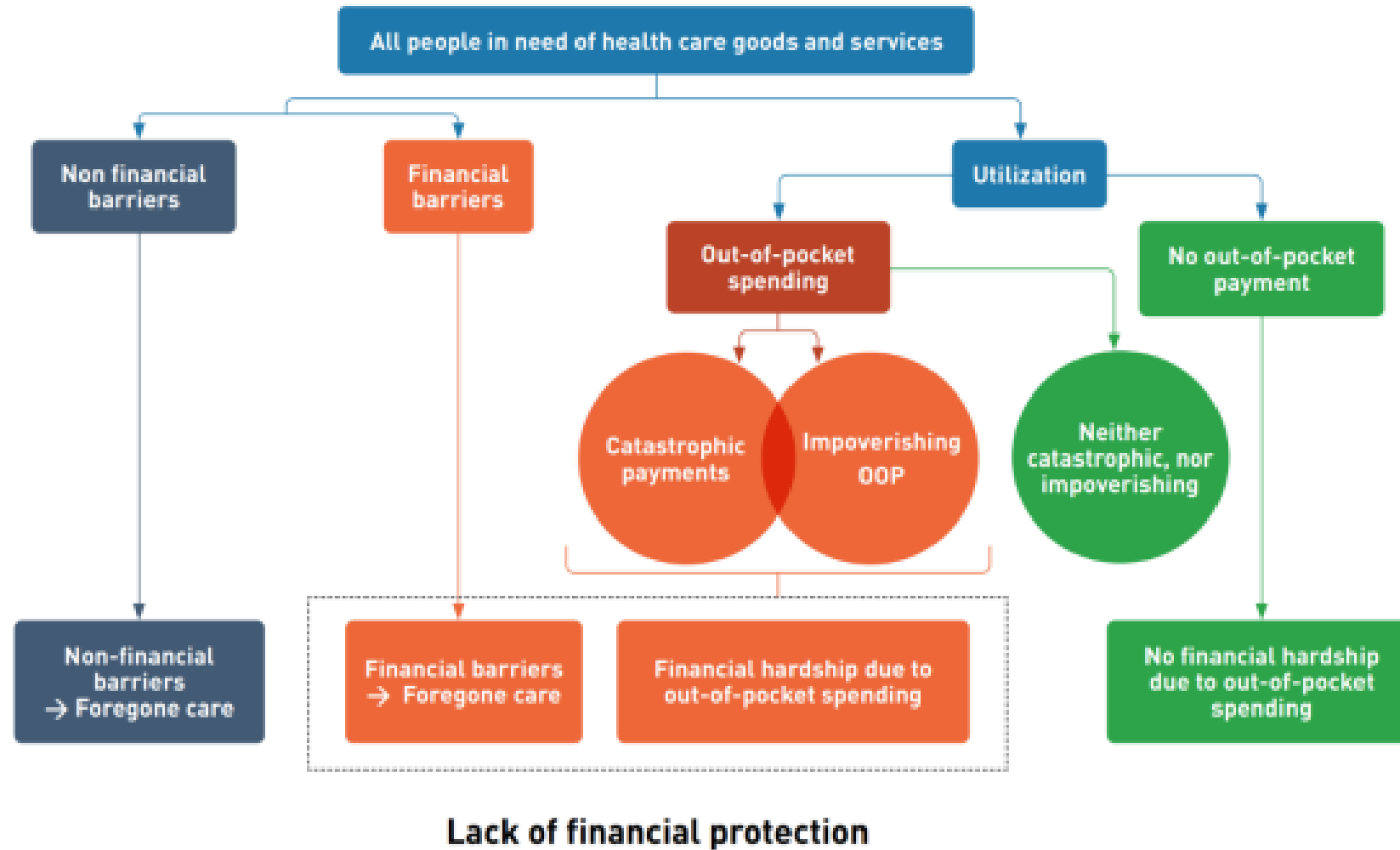
- Pagos que se realizan al **momento de utilizar** alguna prestación de salud, es decir, cuando se necesitan.
- Proviene del **bolsillo** de las personas, de lo que puede “echar mano”.
- Incluyen los pagos de bienes y servicios que se financian completamente al momento de utilizar.
- Incluyen los co-pagos, todos los desembolsos que realizan las personas luego que opera la cobertura de seguros de salud obligatorios y voluntarios.

*En un contexto de aumento del gasto de salud y con sistemas de salud débiles, en especial, en países con alta desigualdad, se requiere monitorizar, limitar y orientar el gasto de bolsillo.*

# ¿Qué intervenciones disminuyen Gasto de Bolsillo?

- Ampliar cobertura de afiliados mediante seguridad social con aseguramiento obligatorio
- Regulación de la prescripción de medicamentos (plazo receta, prescribir genérico)
- Control de precios de medicamentos
- Compra centralizada de medicamentos e insumos
- Eliminar pagos directos y co-pagos en ámbitos específicos: anticoncepción, salud materna, screening
- Priorizar financiamiento público sin copagos de atenciones a grupos específicos
- Planes de aseguramiento para cobertura de trabajadores post-retiro con contribución del empleador
- Integrar atención de salud oral / salud mental a esquemas de seguros
- Potenciar atención primaria (cuidado cerca del hogar)
- Referir a pacientes a ayudas/programas sociales
- Implementar seguros catastróficos
- Rediseño de planes de salud existentes
- Rediseñar atenciones de salud (intervenciones cortas), telemedicina.
- Sistemas de transporte de pacientes
- Guías clínicas
- Mejora de mecanismos de pagos (GRDs)

## Esquema de la protección financiera en salud



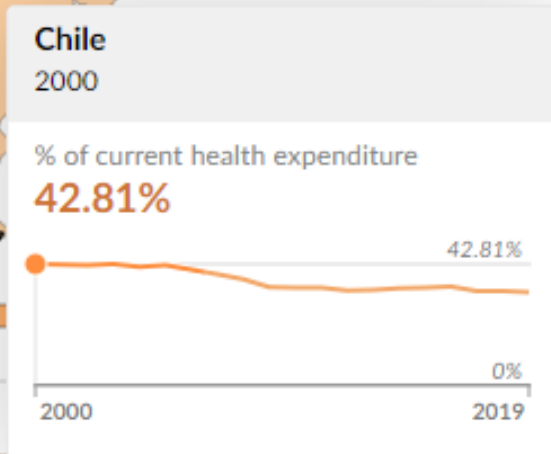
# Share of out-of-pocket expenditure on healthcare, 2000

Out-of-pocket expenditure on healthcare as percent of total current healthcare expenditure.

Our World  
in Data

Table Map Chart

South America



Data source: World Health Organization (via World Bank) - [Learn more about this data](#)

Note: 'Out-of-pocket' refers to direct outlays made by households to healthcare providers.

OurWorldInData.org/financing-healthcare | CC BY



# ¿A qué se asocia al GB y cómo el AUGE contribuye a controlarlo...?

## Al momento de utilizar

Vinculan la utilización a la capacidad de pago y no a la necesidad como probabilidad de beneficiarse de acciones de salud.

Menor uso para salud preventiva.

**AUGE:** acceso con GB limitado a prestaciones específicas, reducen dependencia a \$ al momento de necesitar la atención. Incluye control de FR y tamizajes, pero ppalmente curativo.

## Del tamaño del bolsillo

No se puede acceder si no hay liquidez: no todos los hogares están en las mismas condiciones. Tienen más GB hogares más ricos, lo que no gastan se van quedando atrás en acceso.

Si aumenta la renta de los hogares tiende a aumentar el gasto privado en salud.

**AUGE:** acceso sin GB o acotado y segmentado por proxy NSE. Topes máximos, cobertura de medicamentos ambulatorios. Ampliación de copago cero.

## Bs y ss sin cobertura

Dependen de millones de decisiones atomizadas, muy vinculado a la industria de salud en particular la farmacéutica o a otros.

También dependen del grado de cobertura de los seguros y de lo entregado como bien público.

Operan como priorización implícita.

**AUGE:** aumento de cobertura en patologías relevante en salud poblacional con tratamientos costo-efectivos y que son importantes en el GB (salud mental, salud bucal, medicamentos ambulatorios), instrumentos para orientar qué servicios se incluyen (guías clínicas, protocolos)

## Co-pagos

Dependen de los esquemas de seguros obligatorios y voluntarios.

Se concibe como fuente de financiamiento, limitar riesgo moral, o estrategia para orientar al sistema.

**AUGE:** cobertura y copagos parte de modelo de priorización explícita para orientar la utilización a ttos con necesidad clara

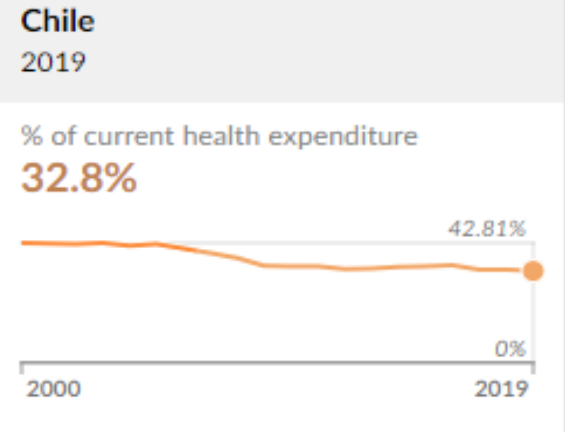
2000



2019

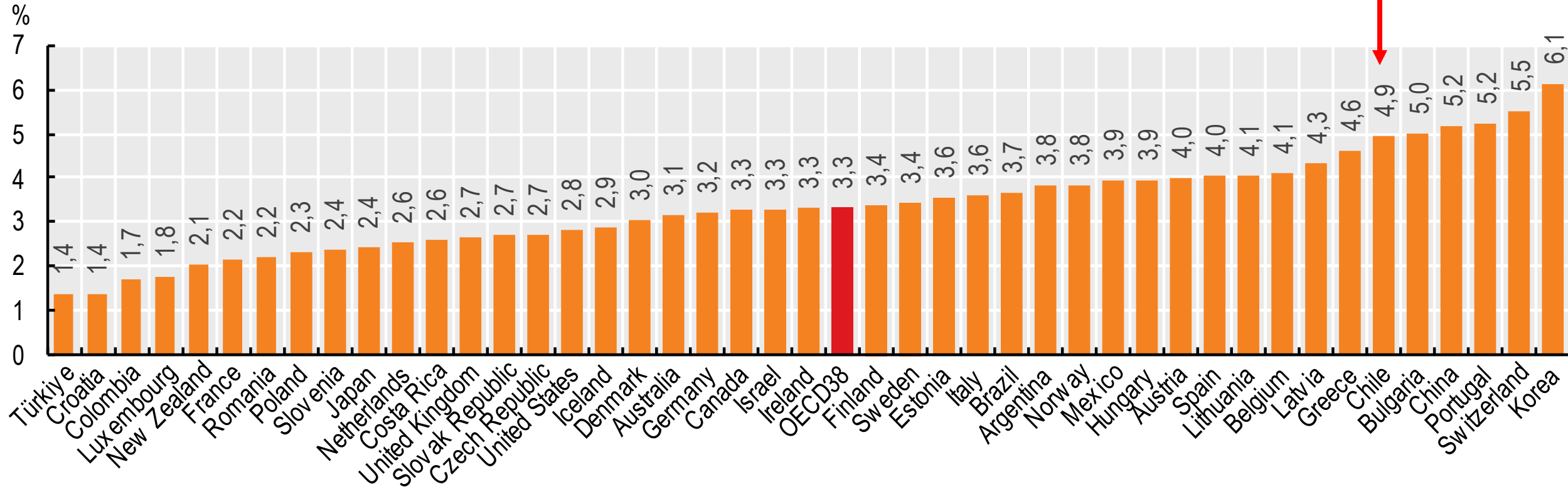


% ha bajado, pero es alto comparado con el promedio OCDE en torno al 20%





# Gasto de bolsillo como porcentaje del consumo del hogar



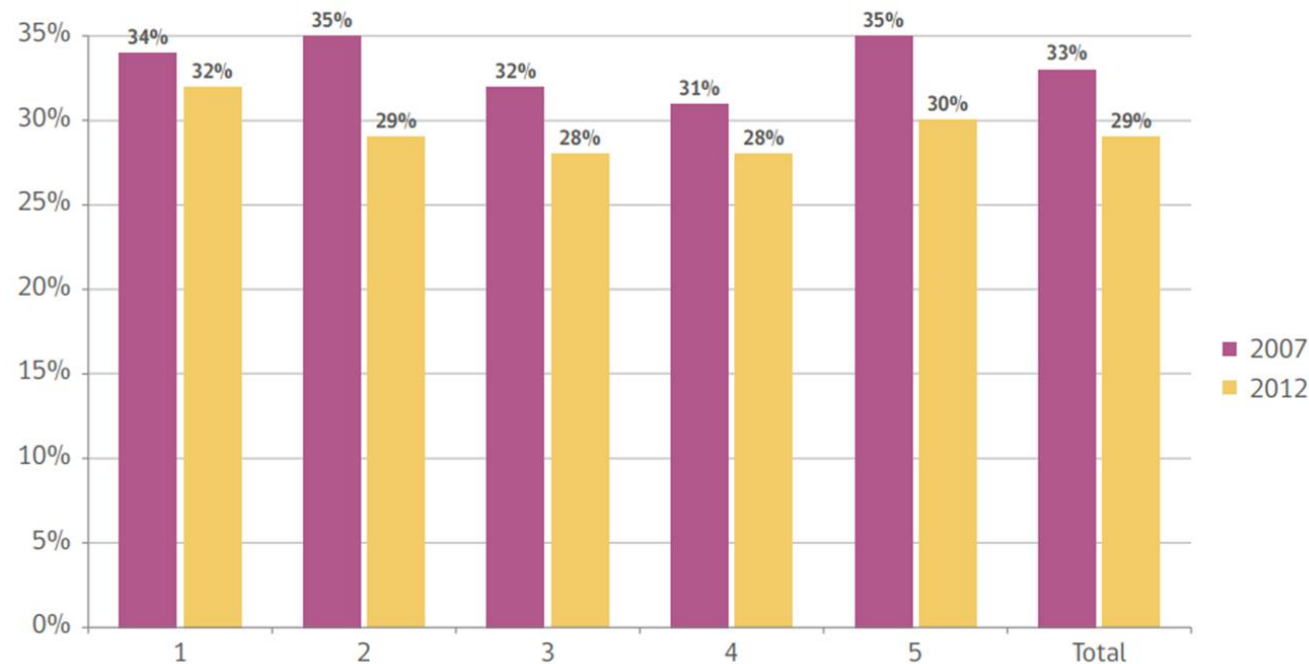
# Gasto de bolsillo, Encuesta de Pptos Familiares

Año medición	% GB sobre gasto total hogar
1997	4,3%
2007	4,4%
2012	5,0%
2016	6,2%
2021-2022	?

Fuente, Oyarte, 2017; Benítez, 2018.

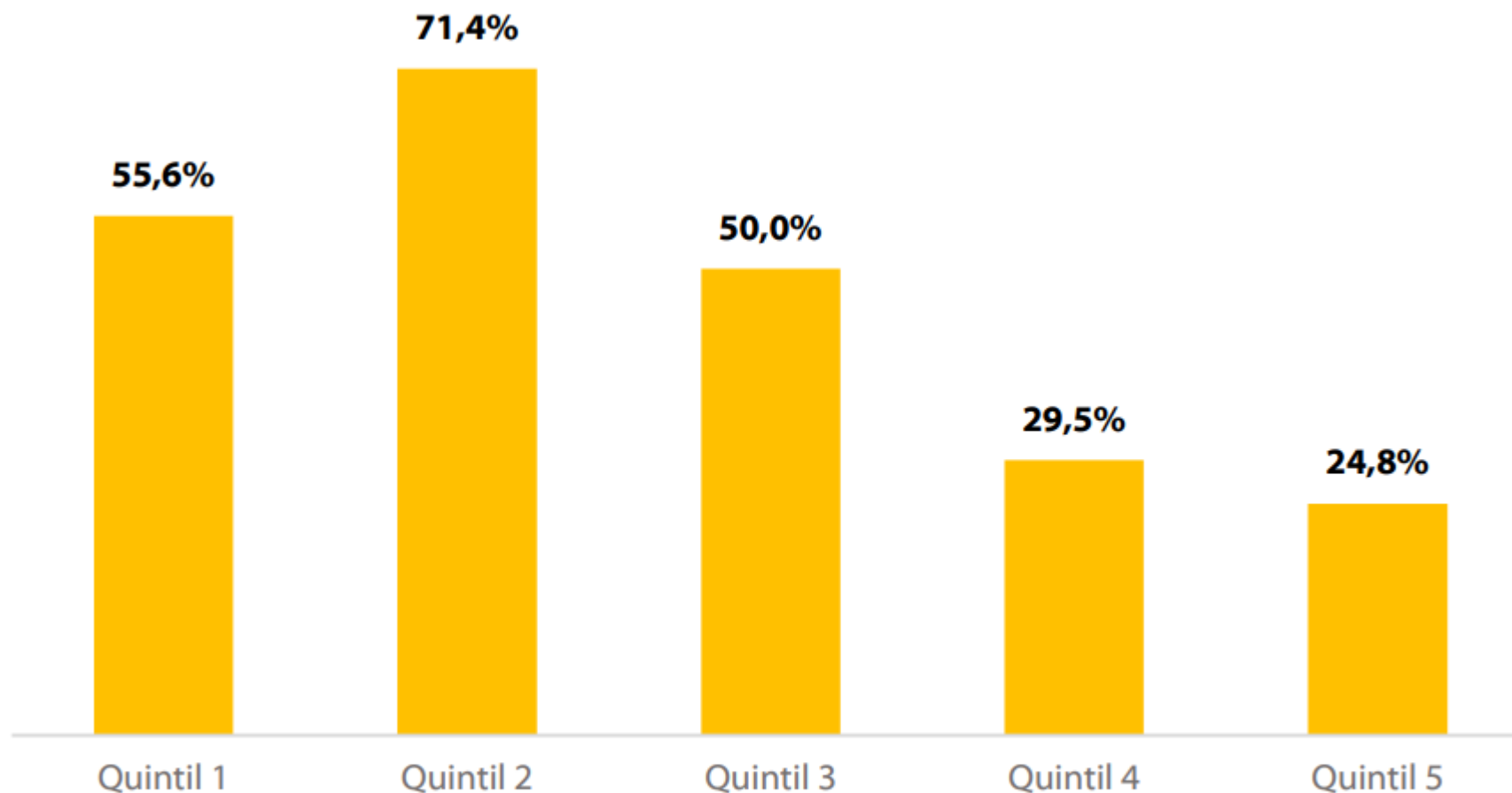
*2012 a 2017: gasto aumento más en hogares de menores ingresos*

Gráfico G: Gasto en productos farmacéuticos como porcentaje del gasto total en salud de los hogares según quintil de ingreso per cápita, 2007 y 2012, Nacional



Arpón, et al. Estudio del gasto catastrófico y del gasto de bolsillo en salud para el período 2007-2012. Ministerio de Salud, Agosto 2015.

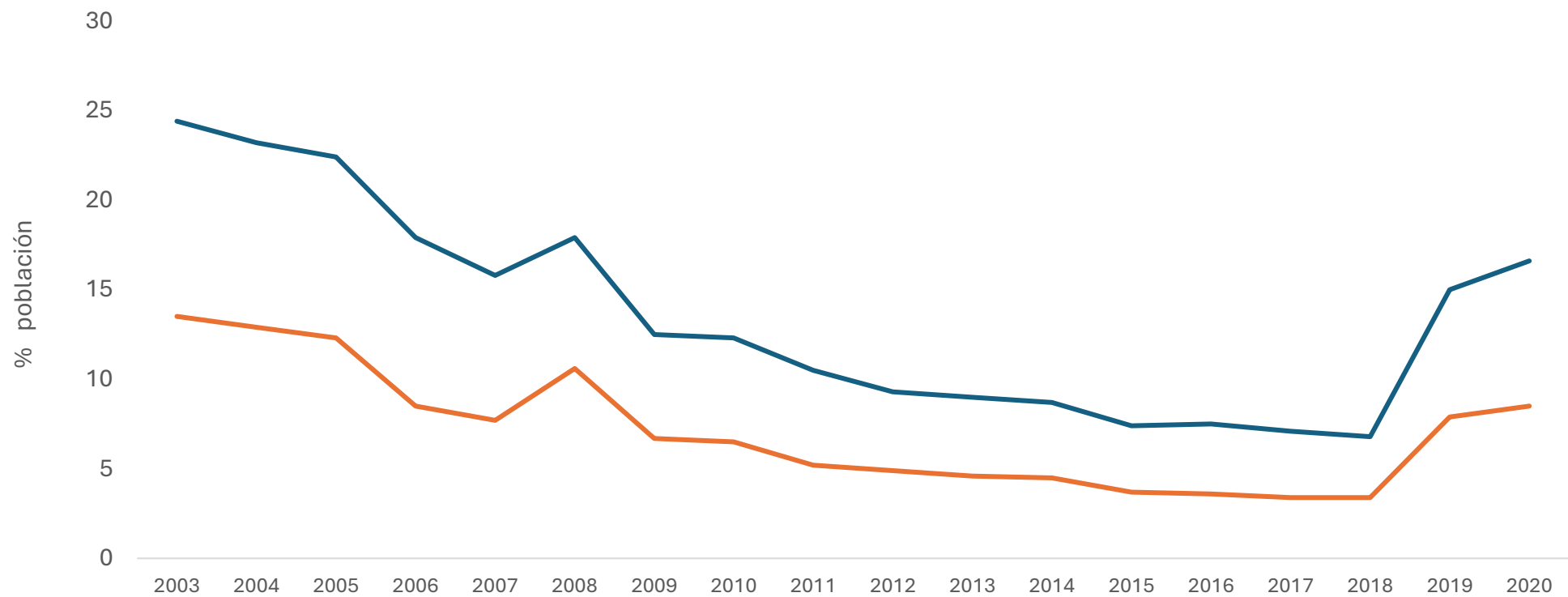
**GRÁFICO 1:** Porcentaje de aumento del gasto en medicamentos por persona en los hogares que destinan recursos a salud entre EPF VII y EPF VIII, según quintil de ingreso



*Fuente:* Elaboración propia en base a VII y VIII Encuesta de Presupuestos Familiares, Instituto Nacional de Estadísticas (2013, 2017)

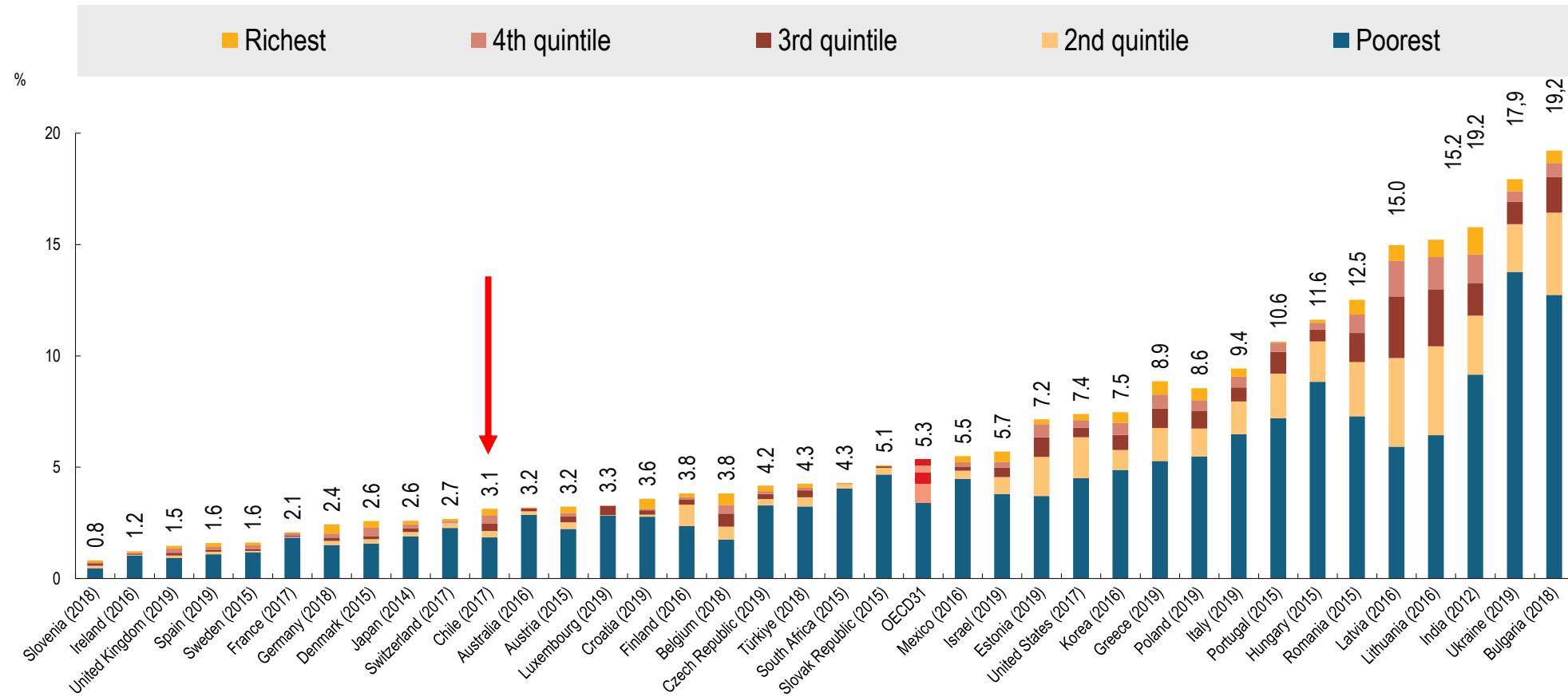
- Solo incluyendo los hogares con GB en salud, hogares más pobres tienen una mayor proporción de gasto en medicamentos (Cid, 2012; ISP, 2015).
- EPF 2016 con respecto a 2012: hogares más pobres aumentan más su gasto en medicamentos, es más alto en quintiles de menores ingresos, (Benítez, 2018).
- Nos faltan actualizar datos con la EPF 2021-2022!!

Riesgo de gasto catastrófico y de empobrecimiento,  
Serie Banco Mundial



- Risk of catastrophic expenditure for surgical care (% of people at risk)
- Risk of impoverishing expenditure for surgical care (% of people at risk)

# Porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud por quintil

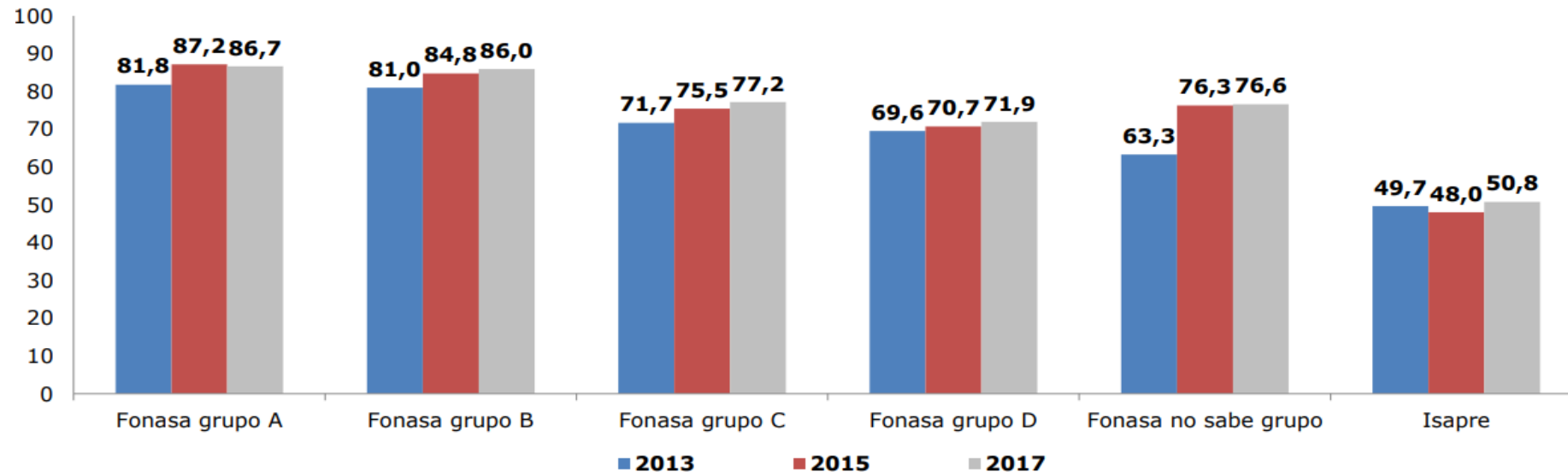


Source: WHO Regional Office for Europe, 2023 (countries in Europe); European Observatory on Health Systems and Policies, 2021 (countries outside Europe).

# ¿Qué tanto se utiliza el AUGE? ¿Quiénes lo están usando más...?

- CASEN, 19% declara tener alguna patología bajo tratamiento AUGE últimos 12 meses (2013, 2015, 2017)

(Porcentaje, población afiliada a Isapre o Fonasa en tratamiento por alguna condición de salud consultada por sistema de salud)



\* Al 95% de confianza, NO se encuentran diferencias significativas entre las estimaciones 2015 y 2017 por sistema previsual de salud

\* Al 95% de confianza, las diferencias entre sistemas previsionales de salud SON significativas en 2017, con excepción de la diferencias entre personas afiliadas a Fonasa A y Fonasa B; y entre afiliados a Fonasa C y a Fonasa no sabe grupo.

\*\* Sólo se consideran afiliados a Fonasa e Isapre

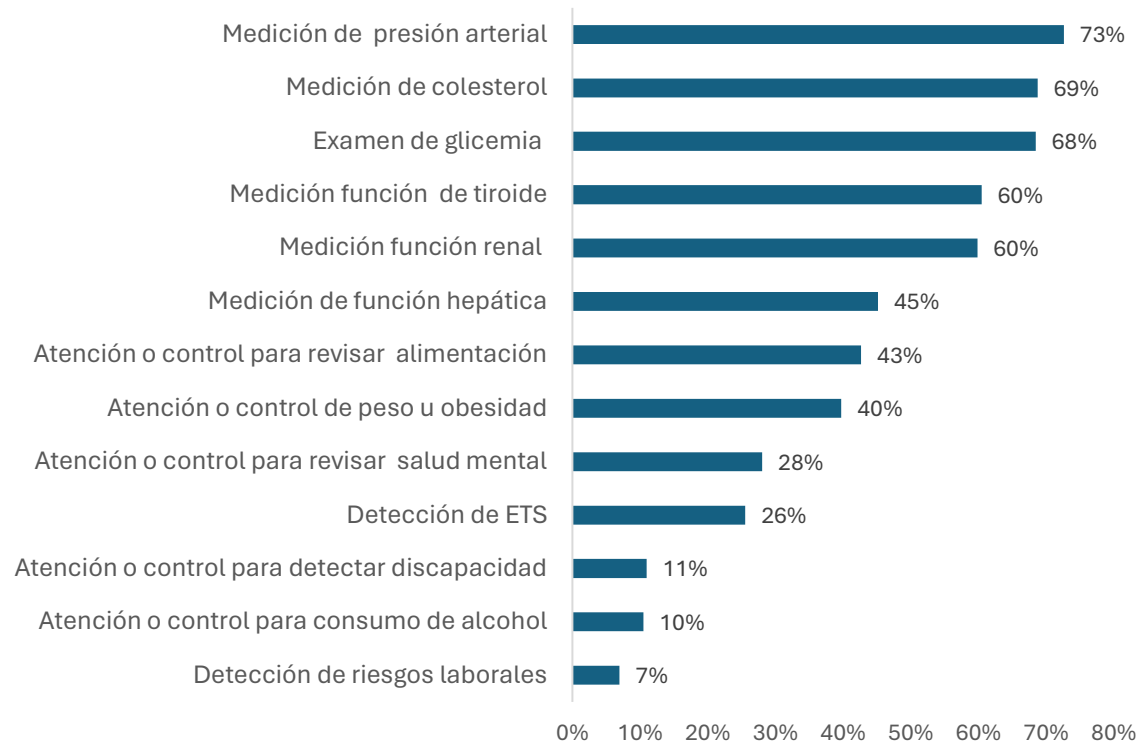
# ¿Qué tanto se utiliza el AUGGE? ¿Quiénes lo están usando más...?

- Tasa de uso GES entre afiliados FONASA e Isapres, casos GES por población asegurada (Fuente: Superintendencia de Salud)
- Julio 2021 a junio 2022, en promedio 9 usuarios GES de FONASA por cada afiliado de Isapres, alta variabilidad por patología.

## TASAS DE USO CASOS GES

N°	PROBLEMA DE SALUD	Julio 2021 - Junio 2022		
		AÑO GES		
		FONASA	ISAPRE	Razón Fonasa / Isapre
3	Cáncer Cérvicouterino	18.600	335	55,5
18	VIH/SIDA	1.214	29	41,2
46	Urgencias odontológicas ambulatorias	1.481	43	34,5
65	Displasia luxante de caderas	54.108	2.077	26,0
50	Trauma ocular grave	84	4	19,0
20	Neumonía Comunitaria de Manejo Ambulatorio	555	32	17,6
64	Prevención secundaria insuficiencia renal crónica terminal	215	17	12,4
27	Cáncer gástrico	109	9	12,0
36	Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más	2.887	267	10,8
49	Atención de urgencia del traumatismo craneo encefálico moderado o grave	117	11	10,2
5	Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	565	60	9,3
87	Rehabilitación SARS COV-2			52,5
85	Enfermedad de alzheimer y otras demencias	182	24	7,4
31	Retinopatía diabética	151	25	6,1
41	Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada	1.891	391	4,8
11	Cataratas	405	95	4,3
57	Retinopatía del prematuro(**)	1.047	252	4,1
29	Vicios de refracción en personas de 65 años y más	9.594	2.490	3,9
70	Cáncer Colorectal en personas de 15 años y más	121	33	3,7
37	Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más	228	64	3,6
9	Disrafias Espinales	532	150	3,6
24	Prematurez (Prevención de Parto Prematuro)(**)	288	87	3,3
7	Diabetes Mellitus Tipo 2	1.033	373	2,8
59	Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro (**)	822	299	2,7
81	Cáncer de pulmón	35	15	2,3
30	Estrabismo en menores de 9 años	440	192	2,3
1	Insuficiencia Renal Crónica Terminal	38	17	2,3
38	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio	97	44	2,2
32	Desprendimiento de retina reumatógeno no traumático	16	7	2,2

# Uso GES en prevención y gasto de bolsillo, La Pintana



## Establecimiento último control preventivo

	Total	Mujeres	Hombres
	%	%	%
Consultorio o CESFAM	84%	87%	72%
Servicio de Urgencia (SAPU- SAR- urgencia hospital)	4%	3%	10%
Centro médico privado	9%	8%	14%
Clínica u hospital privado	3%	3%	4%
Atención en domicilio	0%	0%	
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

**5% pagó la atención/exámenes!**

**Las personas no saben que es parte del GES**



# Algunas conclusiones...

- El AUGE reúne muchos elementos que contribuyen a controlar el gasto de bolsillo y ha tenido una lógica incrementalista y se ha ido complementando con otras PPs y ámbitos de reforma y con cambios recientes en co-pago CERO o en estrategias de compra (ley CENABAST) o de universalización de la atención primaria.
- Se requiere monitorización más intensa de cómo están operando los esquemas de co-pago y de los gastos menos visibles que son complementarios a lo ya incluido en las canastas, que limitan acceso o la continuidad de la atención en grupos vulnerables frente a pérdidas imprevistas de ingresos.
- Hogares de ingresos más bajos están aumentando más el GB que los más ricos, esta tendencia puede asociarse a mejora de capacidad de compra con mayor posibilidad de acceder a servicios de salud, o por el contrario tener un efecto muy regresivo.
- Intensificar acciones de GB en medicamentos y en uso de tecnologías y procedimientos ambulatorios.
- Ámbitos de GB que con alta probabilidad debiesen cubrirse con seguros ya existentes, como el laboral, sobre todo con daño post-retiro asociado a enfermedades profesionales (ley 16.744) cuya carga está siendo cubierto de manera muy parcial por sistema de salud ocupacional.

# Referencias bibliográficas

- Koch KJ, Cid Pedraza C, Schmid A. Out-of-pocket expenditure and financial protection in the Chilean health care system—A systematic review. *Health Policy*. 2017;121(5):481-494. doi:10.1016/j.healthpol.2017.02.013
- Jalali FS, Bikineh P, Delavari S. Strategies for reducing out of pocket payments in the health system: a scoping review. *Cost Eff Resour Alloc CE*. 2021;19(1):47. doi:10.1186/s12962-021-00301-8
- Benítez A, Hernando A, Velasco C. Encuesta de Presupuestos Familiares y gasto en salud: una primera mirada.
- Villalobos Dintrans P. Out-of-pocket health expenditure differences in Chile: Insurance performance or selection? *Health Policy Amst Neth*. 2018;122(2):184-191. doi:10.1016/j.healthpol.2017.11.007
- Castillo-Laborde C, Villalobos Dintrans P. [Describing out-of-pocket health payments in Chile: a look at two health care systems]. *Rev Med Chil*. 2013;141(11):1456-1463. doi:10.4067/S0034-98872013001100013
- Cid Pedraza C, Prieto Toledo L. [Out-of-pocket health spending: the case of Chile, 1997 and 2007]. *Rev Panam Salud Publica Pan Am J Public Health*. 2012;31(4):310-316. doi:10.1590/s1020-49892012000400007
- Oyarte M, Espinoza M, Balmaceda C, Villegas R, Cabieses B, Díaz J. Gasto de Bolsillo en Salud y Medicamentos en Chile: Análisis Comparativo de los Periodos 1997, 2007, y 2012. *Value Health Reg Issues*. 2018;17:202-209. doi:10.1016/j.vhri.2018.09.006
- Arpón, et al. Estudio del gasto catastrófico y del gasto de bolsillo en salud para el período 2007-2012. Ministerio de Salud, Agosto 2015.
- Hoffmeister L, Sandaña C, Vidal C, Rajs D. Carga de enfermedad y carga atribuible de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales seleccionadas. Fondo de Investigación SUSES, 2018.