

# Guía práctica para entender el "Copago Cero" que anunció el gobierno

**A partir de septiembre**, todas las personas que pertenecen a Fonasa y acceden a la modalidad de atención institucional (red pública) pagarán cero peso, según lo que indicó el Presidente Boric en el anuncio. Pero ¿qué alcance tiene esta medida? ¿A quiénes beneficiará? Acá se lo explicamos.

## *Ignacia Canales*

"Hoy día estamos acá para cumplir un compromiso que definimos en nuestro programa, que ratificamos en la cuenta pública del primero de junio, y que es un avance histórico en materia de salud", sostuvo el Presidente Gabriel Boric este miércoles al anunciar el "Copago Cero" para personas que pertenecen al Fondo Nacional de Salud (Fonasa) en sus tramos C y D, tal como lo había adelantado La Tercera.

El objetivo de las autoridades es que el Estado pague el 100% de las prestaciones, beneficiando así a los casi seis millones de personas que se encuentran en estos tramos, abriendo así el camino hacia un fondo universal de salud.

"Han sido muchas generaciones de chilenos y chilenas los que han soñado con lo que estamos avanzando (...): que sea un sistema de salud público, gratuito para todas y todos los usuarios de Fonasa, un sistema que funcione en base a ciudadanos, en base a las necesidades de las personas y no al tamaño de la billetera", expresó Boric.

### ¿A quiénes va dirigido?

La nueva medida que entra en vigencia en septiembre va dirigida a dos grupos que suman más de cinco millones de personas. De ellas, un 54% son hombres y un 46%, mujeres, todos menores de 60 años.

El primer grupo beneficiado son los que integran el tramo C, quienes reciben un ingreso imponible mensual mayor a \$ 380.000 y menor o igual a \$ 554.800. De acuerdo a los datos de las autoridades, son 2.054.476 personas y más de un millón son titulares.

El segundo grupo son aquellos que pertenecen al tramo D, que tienen un ingreso imponible mensual mayor a \$ 554.800. En este segmento hay 3.334.431 personas y más de 2,5 millones son titulares.

Las personas mayores de 60 años que pertenecen a estos tramos ya contaban con este beneficio, así como todos los beneficiarios de los tramos A y B. Es decir, desde septiembre los 15 millones de beneficiarios Fonasa -casi el 80% de la población chilena- no tendrán que pagar si se realiza las prestaciones a través de la Modalidad de Atención institucional, la que se otorgan en los establecimientos públicos que conforman la red asistencial.

Peró un gran porcentaje de este grupo recurre a la red privada. Según datos de la Superintendencia de Salud de 2020, de los 12 millones de potenciales pacientes Fonasa, casi seis millones (50%) utilizaron la red privada.

### ¿Qué atenciones cubre?

La ministra de Salud, María Begoña Yarza, celebró la medida, destacando que esta medida "no tiene ninguna excepción" en cuanto a las prestaciones.

De acuerdo a la cartera sanitaria, ninguna persona, en ninguna situación, deberá pagar. Es decir, tanto las atenciones hospitalarias (generales, odontológicas, de salud mental) como las de la Ley de Urgencia o algún programa especial (cirugía bariátrica o fertilización in vitro) en la red pública tendrán siempre costo cero.

Además, los medicamentos y las prótesis también tendrán costo cero, mientras que estén incorporados en los tratamientos indicados por los médicos de la red pública.

Actualmente, y hasta dos meses más, las personas del tramo C, deben pagar el 10% de estas prestaciones, pues Fonasa bonificaba el otro 90%. Entonces, si una persona de este grupo -menor a 60 años- accede a un tratamiento de cáncer que cuesta \$ 12.829.220, Fonasa cubre 10.900.020 y deberá copagar \$ 1.929.200. Pero, a partir de septiembre esa persona no pagará por su atención de salud.

Mientras que las personas que pertenecen al tramo D deben aportar con un 20% del total, pues el Estado se hace cargo del 80% restante. Por ejemplo, si una usuaria en este tramo se opera una histerectomía radical benigna, debe pagar \$ 253.935, pues Fonasa pagará \$ 1.385.415. Pero en dos meses más, ese beneficiario no tendrá que costear la intervención, pues la institución estatal pagará 1.639.350 pesos, es decir, el 100% de la prestación.



En ese sentido, desde el Minsal destacan que la gratuidad facilita que la gente vaya al doctor, que se atiendan oportunamente implica que no enfermen más gravemente, lo que significa menos licencias médicas, licencias médicas más cortas, lo que ahorra a la larga costos al sistema.

### ¿Cuál es el gasto?

El Fondo Nacional de Salud se hace cargo del pago de todas las atenciones médicas de las personas de los tramos A y B, así como también de las personas mayores de 60 años de los tramos C y D. Incluir al resto de las personas que se atienden en el sistema público, implica un gasto fiscal de aproximadamente 21 mil millones de pesos al año, según lo que indica la autoridad.

No obstante, esa cifra sería menor pues muchos pacientes recurren al sistema privado, mediante la libre elección. Ahí el copago es mayor, pero se evitan la mayoría de las veces las listas de espera o el retraso en las atenciones. Por ejemplo, una consulta de dermatología en una clínica privada cues-

ta cerca de 25.000 pesos y el copago Fonasa alcanza un poco más de 14.000 pesos.

En el sistema público, la misma consulta cuesta \$ 7.510, el copago para una persona Fonasa C es de \$ 750, y para el D es de \$ 1.500.

### ¿Se congestionará el sistema público de salud?

Actualmente, uno de los problemas más graves en el sistema de salud son las listas de espera, pues son las más abultadas del último tiempo. Al 31 de marzo de 2022, las garantías GES retrasadas marcaron 62.848. Las cirugías también anotaron un récord, con 330 mil registros para un total de 293 mil pacientes, con un promedio de espera de 603 días, cerca de 20 meses.

En ese escenario, el ministerio explica que la nueva medida no tendría impacto en las listas de espera: "El acceso al sistema de salud está organizado y jerarquizado, garantizando que lleguen a los hospitales sólo aquellos que lo necesitan. La puerta de entrada es la Atención Primaria, por lo tanto, acceden a los hospitales quienes lo requieren".

También destacan que, desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales, ya está en marcha un plan de reducción de listas de espera que contempla tres estrategias: la extensión horaria de pabellones para que funcionen los fines de semana; recuperar infraestructura no utilizada; y trabajar en la colaboración público-privada para aumentar la solución quirúrgica. Estas estrategias permitirán reducir los tiempos de espera por una atención de salud, problema que se vio agudizado durante la pandemia por Covid-19.

### ¿Cómo afecta la libre elección?

Según las cifras de la cartera sanitaria, anualmente se realizan alrededor de 110 millones de atenciones al año, 30 millones son producidas por el sector privado y 80 millones por el sector público.

El Minsal consigna que "es efectivo que los tramos C y D usen dicha modalidad, pero menos de un tercio de ellas usan solo la libre elección. La gran mayoría utiliza la modalidad de atención institucional, por lo que es innegable el impacto positivo de esta medida". ●