

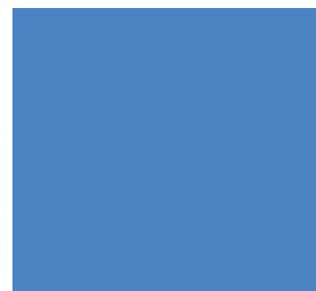
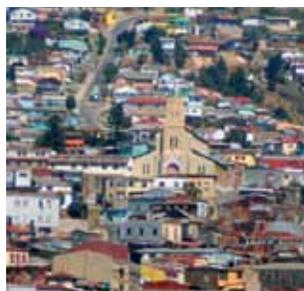
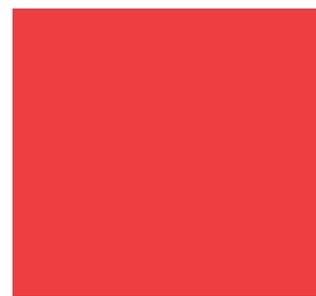


CENTRO DE  
POLÍTICAS  
PÚBLICAS UC

TEMAS DE LA AGENDA PÚBLICA

# Problemas y desafíos del seguro de salud y su financiamiento en Chile: el cuestionamiento a las ISAPRE y la solución funcional

**CAMILO CID PEDRAZA**  
Escuela de Medicina



# Problemas y desafíos del seguro de salud y su financiamiento en Chile: el cuestionamiento a las ISAPRE y la solución funcional\*

CAMILO CID PEDRAZA  
Escuela de Medicina

## Introducción

El sistema de seguridad social en salud en Chile está compuesto por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), con una prima de seguridad social obligatoria del 7% del salario, que opera con un tope de 4,62UF mensuales por trabajador, para cubrirlo a él y a su familia. No obstante lo anterior, en el sistema de ISAPRE la prima está asociada a riesgos y a la cantidad de beneficiarios del plan contratado; de esta manera, el 7% señalado opera como un piso para el precio de la prima, ya que se complementa con una llamada “prima voluntaria” que permite ajustarla al costo esperado. De hecho, la prima total en ISAPRE alcanza, en promedio, al 10% de los ingresos de los cotizantes (Superintendencia de Salud 2009).

Además, el país financia acceso a la salud de los más pobres en FONASA, con recursos provenientes de impuestos generales. En efecto, cerca de 4,5 millones de personas, esto es el 35,7% de los beneficiarios del FONASA, están en esta condición; el resto, que completa el total de 12,7 millones de personas que están en FONASA, son los cotizantes y sus dependientes (5,2 millones). En las ISAPRE, en tanto, los cotizantes, poco más de 1,4 millones de personas y sus dependientes (poco menos de 1,4 millones), suman 2,8 millones de personas.<sup>1</sup>

Los parámetros en que se desenvuelve la provisión y el acceso a la atención de salud en el sector privado de las ISAPRE corresponden a los de un ambiente usual de mercado con acceso a la provisión a través de las clínicas y hospitales privados, mientras que el sistema público opera poblacional y territorialmente, en un ambiente público organizado en redes jerarquizadas como típicamente los hacen los Sistemas Nacionales de Salud en el mundo.<sup>2</sup> Las relaciones entre ambos mundos son relativamente menores y se producen principalmente a través del sector prestador con la Modalidad de Libre Elección (MLE) del FONASA.<sup>3</sup>

Este arreglo institucional y financiero híbrido del sistema de seguridad social de la salud, ha generado grandes desigualdades en el acceso a la salud y en su calidad, que han redundado finalmente en la mantención o el aumento de las desigualdades en los niveles de salud de la población, lo cual ha sido constatado continuamente por diversos autores al menos desde 1999 (Vega *et al.* 2003; Jadue *et al.* 2004; MINSAL 2004; MINSAL-UCUAH 2011).

Las desigualdades en el financiamiento pueden contrastarse fácilmente: del 7,5% del PIB que se gastaba en salud en el año 2008 (OMS 2011), 6,9% del PIB se gastaba entre beneficiarios ISAPRE y FONASA<sup>4</sup>, desa-

\* Una versión preliminar de este documento fue presentada en una mesa de discusión organizada por el Centro de Políticas Públicas UC realizada el 14 de diciembre de 2011. En la ocasión, comentaron el artículo Manuel Inostroza, académico del Instituto Salud y Futuro de la Universidad Andrés Bello y Ernesto Miranda, asesor en la Subsecretaría de Salud. Se agradece la participación de los comentaristas así como del público asistente, cuyos comentarios y observaciones aportaron a esta versión definitiva.

1 Datos para el año 2010 provenientes de FONASA y la Superintendencia de Salud ([www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl) y [www.supersalud.gob.cl](http://www.supersalud.gob.cl)).

2 También existe un sistema especial para las Fuerzas Armadas que se financia vía impuestos generales y cotizaciones, seguros complementarios privados, las Mutuales, conforme a la ley 16.744 para atención de salud laboral, y las Cajas de Compensación, que también gastan en salud.

3 También con la ley de urgencia, bonos específicos (AUGE), acceso a pensionados de hospitales públicos.

4 La diferencia con el 7,5% se debe principalmente a los gastos en salud de FF.AA., Mutuales y Cajas de Compensación. Recientemente se han conocido las cifras de cuentas nacionales de 2009, no obstante, ocupamos mayoritariamente las cifras 2008 porque existe más desagregación en estudios específicos para ese año.

gregado en el 2,4% del PIB gastado por los beneficiarios privados y el 4,5% del PIB los beneficiarios del aseguramiento público (Cid 2011a). Es decir, si consideramos solo la población ISAPRE y FONASA, el 19% de los ciudadanos usaba el 2,4% del PIB en gastos en salud, mientras que el 81% restante utilizaba solo el 4,5% del PIB. Lo anterior resulta en que los montos per cápita de gasto de unos y otros beneficiarios son comparables a las de dos tipos distintos de países. De hecho, el gasto per cápita en ISAPRE está más próximo al de España o el Reino Unido que al de cualquier país Latinoamericano,<sup>5</sup> mientras el gasto per cápita de FONASA está por debajo del promedio de estos últimos países<sup>6</sup>.

Aunque el financiamiento de la salud en Chile como porcentaje del PIB ha crecido en los últimos años alcanzando el 8,3% en 2009 (OMS 2011), nuestro país se encuentra en el grupo de naciones con menor gasto en salud de los miembros de la OECD, con una composición público-privada muy distinta al resto de los países debido a una predominancia del gasto privado por sobre el público. El gasto público sobre el PIB alcanzó el 3,2% en 2008, equivalente al 44% del total, mientras la OMS ha recomendado a países como Chile estar por encima del 4 a 5% del PIB en este indicador (OMS 2010). Por otra parte, el gasto de bolsillo, el tipo de financiamiento de la salud menos eficiente y menos equitativo, ocupaba un 38 a 40% del financiamiento total en Chile en 2008 (Cid 2011a), y aunque habría disminuido en 2009 a 34%, según la OECD pone a Chile fuera de los parámetros de los países de esta organización en que este tipo de gasto es menor al 10% (OECD 2011b. OMS 2010 sugiere tope de 15-20% al respecto). Este nivel de gasto de bolsillo cuestiona la universalidad del sistema chileno, ya que un componente vital de ella es que la cobertura de inscritos sea acompañada por protección frente a las catástrofes financieras en salud. En Chile, con datos del INE 2007 para la Región Metropolitana, se ha estimado que cerca del 3,6% de los hogares pueden encontrarse en esta situación de catástrofe financiera considerando un umbral de gasto anual de 30% de la renta familiar (Cid y Prieto 2011).

Si el sistema ISAPRE forma parte del conjunto de la seguridad social de salud que administra una buena parte de la cotización legal obligatoria de seguridad social disponible –cerca del 40% dado que la cotización per

cápita es más de 5 veces la de FONASA–, entonces no son concebibles estas desigualdades, ya que resulta ser la seguridad social de salud la que genera una distribución financiera per cápita de casi tres veces más para un tipo de población respecto de otra, y lo que lo hace más grave, para una población que necesita relativamente menos recursos que la otra.

En este contexto, el sistema ISAPRE ha sufrido cuestionamientos cíclicos a lo largo de sus 30 años de existencia, ante lo cual se han intentado cambios o adecuaciones parciales reflejadas en la ley. No obstante, hasta ahora no se había cuestionado que se hiciera tarificación por riesgos en un sistema de seguridad social de salud y nunca antes se cuestionó, por lo tanto, el problema de la permisividad institucionalizada frente a la selección de riesgos, fuente de la discriminación en salud.

En este trabajo se pretende analizar el problema del aseguramiento y financiamiento de la salud en Chile y señalar posibles salidas a la luz de la experiencia internacional, teniendo en cuenta las propuestas conocidas solicitadas por el gobierno a comisiones de expertos. Se considera que el problema es de carácter general, por lo que el análisis está organizado tomando en cuenta al sistema ISAPRE, al sistema público y a la interacción del conjunto. Después de esta sección introductoria, en el apartado 2 se explica cuáles son los aspectos que hacen el fondo del problema del aseguramiento a partir de la teoría económica en salud y se muestra cómo se expresa la selección y la discriminación por riesgos en el caso chileno. En el punto 3 se describe la experiencia internacional, en cuanto a regulación de situaciones parecidas, que ya hacen parte del aprendizaje teórico de la disciplina. En el punto 4 se precisa la actual coyuntura, en la cual se conocen varias propuestas solicitadas por el gobierno y se profundiza en aquella que ha llegado a ser proyecto de ley, intentando señalar los aspectos generales de una solución funcional para el caso chileno. Finalmente, se ofrecen comentarios finales en el punto 5.

## **Antecedentes del problema del seguro de salud y su financiamiento**

### **Algunos aspectos conceptuales: el problema de fondo**

El concepto de aseguramiento de la salud es de suma relevancia para la política sanitaria de cualquier país, ya

<sup>5</sup> Comparaciones en base a datos OMS y OECD.

<sup>6</sup> Comparación con datos OMS y CEPAL para el año 2008.

que, principalmente posibilita que los individuos repartan el riesgo derivado de los gastos en salud que puedan necesitar, mientras que también les proporciona acceso organizado a provisión de los servicios de salud<sup>7</sup>. La necesidad de repartir el riesgo individual es una consecuencia directa de una de las características propias del mercado de servicios de salud, esto es, que la necesidad de servicios y su demanda es generalmente incierta, lo que dificulta su predicción. En cambio, a nivel agregado sí se puede conocer la cantidad de servicios que tendrán que ser provistos para una población con un nivel de error aceptable. Entonces, el seguro de salud, independientemente de si es único o múltiple, público o privado, es capaz de absorber los riesgos individuales de todos sus asegurados y convertirlos en un único riesgo poblacional. Allí radica su esencia y lo que lo hace conveniente para la sociedad, ya que permite planificar y organizar mejor la asignación de los recursos de todos.

Los individuos, por su parte, en modelos sanitarios de seguridad social, podrán estar dispuestos a pagar una prima de seguro por evitar el riesgo de la necesidad de servicios sanitarios cuyos costos les son desconocidos. Los seguros de salud, sean públicos o privados, serán capaces de obtener equilibrio financiero o ganancias (cuando son privados) a pesar de responsabilizarse de las pérdidas concurridas aseguradas por los individuos, mediante la fijación de la prima, aprovechando la distinta disposición hacia el riesgo de cada individuo que por lo general se caracteriza por su aversión al riesgo, frente a la de la seguro de salud que será neutral al riesgo poblacional. Sin embargo, en el desarrollo de este proceso resulta de máxima importancia la información de que disponen tanto los seguros de salud como las personas. El problema es que esta información normalmente es asimétrica, hecho que es el fundamento de la necesidad de regulación (Rothschild y Stiglitz 1996).

En efecto, la teoría económica aplicada a los seguros de salud señala, por una parte, que un individuo puede manejar más información sobre su estado de salud que la aseguradora (selección adversa), mientras que la aseguradora puede conocer mejor los detalles de la calidad y costos del servicio que va a prestar. Esta diferencia en la información provoca distintos incentivos problemáticos en la oferta y en la demanda de seguros de salud (Newhouse 1996). Uno de los primeros temas desarrollados por la disciplina de la economía de la salud fue el

efecto del riesgo moral. Este conocido problema consiste en la falta de incentivos a la eficiencia que tiene un individuo que posee un seguro completo que lo exime de cualquier responsabilidad sobre los gastos que su demanda supone, por lo que podría demandar atenciones de salud por encima de lo necesario (Arrow 1963) o ser inducido a ello en el caso de riesgo moral del proveedor (Ibern *et al.* 2009).

Por otra parte, también existen problemas de incentivos en la oferta de seguros de salud debidos a la mejor información de que dispone el seguro acerca de la calidad y los costos de la atención. Estos son incentivos a ahorrar en la atención de salud reduciendo o evitando el gasto, lo que constituye el problema de la selección de riesgos. Frente a la incertidumbre sobre el gasto necesario, el seguro tendrá incentivos para evitar ese riesgo y seleccionar a aquellos pacientes que espera le proporcionen beneficios y evitar a otros pacientes que pudieran proporcionarle pérdidas, generando la selección de riesgos. Además, considerando la relación seguro-proveedor, si el seguro paga la totalidad de los gastos incurridos, el proveedor no soportará ningún riesgo, y, por tanto, no tendrá incentivos para seleccionar pacientes, pero tampoco para reducir los costos y ser eficiente (Newhouse 1996). Así, en un mercado de seguros de salud en competencia y sin regulación, la prima de seguro va a depender de las características individuales de los asegurados (Ellis 1996) y será alta para aquellas personas que se espera gasten más, típicamente enfermos crónicos, familias numerosas, niños pequeños, mujeres en edad fértil, adultos mayores y pobres.

El problema de información e incentivos perversos a la selección se agrava cuando un individuo sufre una condición crónica. El seguro, en este caso, puede anticipar con exactitud el gasto sanitario asociado al cuidado del enfermo crónico y la fijación de la prima va a corresponder al riesgo individual del enfermo, con lo que es significativamente más grande que si el riesgo absorbido fuera el poblacional. De esta forma, el seguro de salud se enfrenta solo a riesgos poblacionales mientras que fuerza a los individuos a pagar primas ajustadas a los riesgos individuales. Este es un problema vinculado a la selección de riesgos y a la contratación individual de seguros privados (Ibern *et al.* 2009). Otro factor relevante será que una proporción importante de individuos no podrá cambiar de seguro hacia otro por barreras al

<sup>7</sup> Este punto se basa en la argumentación de Ibern *et al.* (2009) respecto del mercado del aseguramiento de la salud en general y sus problemas.

acceso por selección de riesgos. Estas dificultades, en el caso chileno, provocan la llamada “cautividad” de estos beneficiarios, que debe ser solucionada mediante una regulación apropiada que aporte los máximos incentivos a la eficiencia.

Finalmente, una forma básica de regular los problemas del aseguramiento en salud es establecer un seguro obligatorio con una prima única proporcional a las rentas de manera que se incentive el aporte de acuerdo a ingresos (independientemente de los riesgos) y la eficiencia del *pool*<sup>8</sup>, al estar todos incorporados. Esa es la línea que se encuentra en casi todos los sistemas de seguridad social de salud y en Chile parcialmente, ya que si bien existe un 7% de contribución obligatoria y obligación de estar asegurado para los trabajadores formales, no existe un único *pool* de riesgos. Claramente, esto no ha sido suficiente para controlar las dificultades del esquema chileno.

#### **Las consecuencias concretas en el caso de Chile**

Muchos de los conceptos mencionados anteriormente son familiares porque en Chile ocurren las fallas de los seguros descritas, que tienen efectos generales en un sistema de seguridad social de salud con seguro obligatorio público y privado, por lo tanto múltiple y en un ambiente de competencia relativa. En términos técnicos y desde una óptica de seguridad social, la base fundamental del sistema creado en 1981 podría resumirse en que los ciudadanos tienen la opción de elegir aseguradora y cuando aportan sus cotizaciones a una ISAPRE están saliéndose del *pool* de riesgos conjuntos y solidarios de toda la sociedad y entrando en un *pool* de una aseguradora que se encuentra en competencia con otras ISAPRE. En este contexto se compite por seleccionar riesgos en vez de competir por generar mayor valor en salud (Ibern *et al.* 2009). Las implicaciones teóricas y prácticas del *trade-off* entre eficiencia y selección son conocidas (van de Ven *et al.* 2000). El resultado es que

habrá personas que no pueden escoger aseguradora o encontrar proveedor ante una necesidad de salud y terminarán siendo cautivos de una ISAPRE o expulsados del sistema. Cuanto más compleja su situación de salud, mayor puede ser la dificultad para satisfacer sus necesidades a un costo razonable.

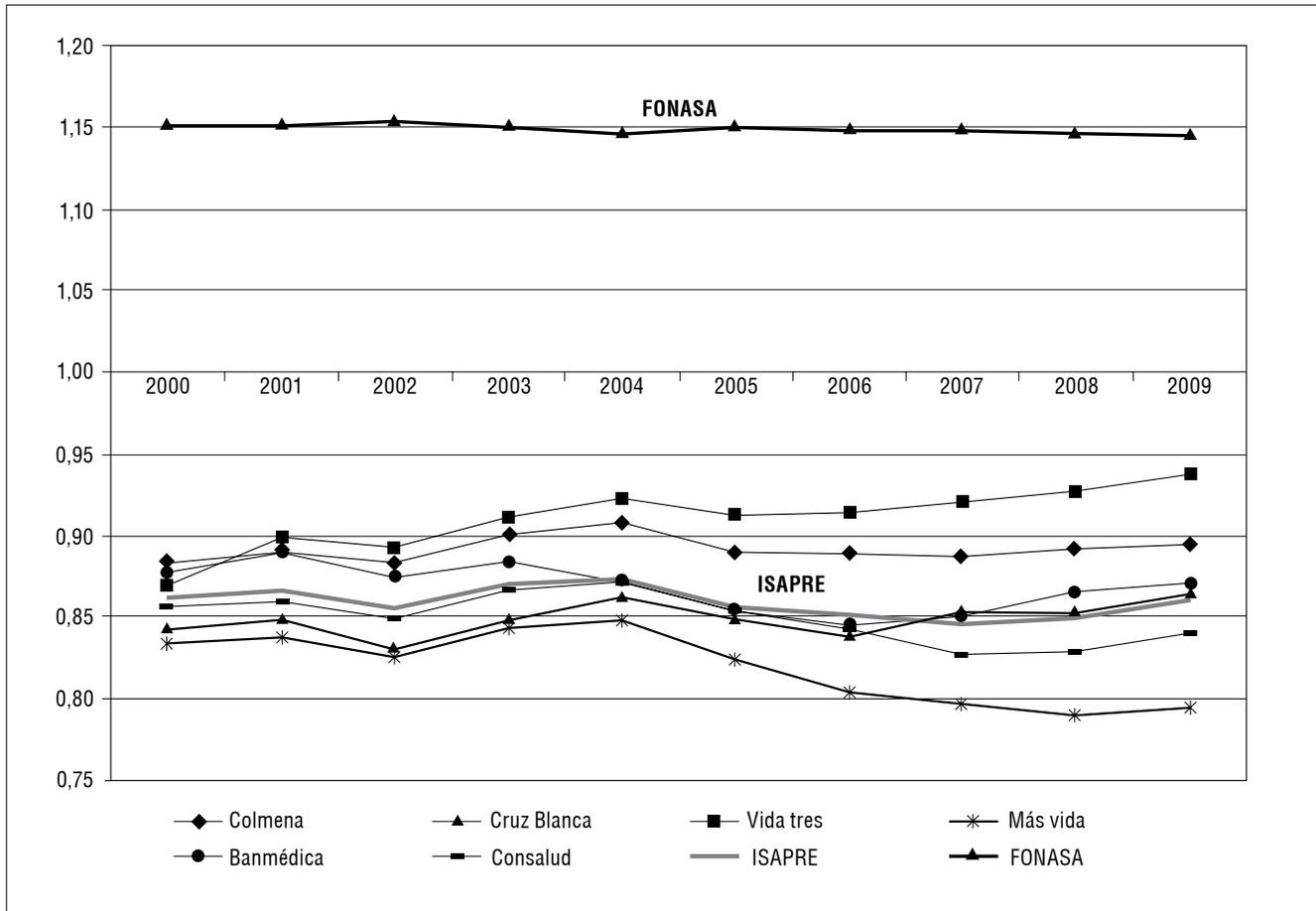
Por otra parte, la eficiencia del conjunto del gasto en salud y del gasto privado en particular también se pone en duda por operar con un gasto de bolsillo cercano al 45% del total del gasto (Cid 2011a). Los usuarios de ISAPRE pagan caro por un sistema poco eficiente socialmente y de baja cobertura financiera, dado que deben hacer importantes desembolsos directos en copagos y gastos en medicamentos al momento de atenderse. En definitiva, en su mayoría, los beneficiarios de ISAPRE presentan altos niveles de desprotección financiera. Cid y Prieto (2011) muestran que justamente son los quintiles cuarto y quinto, generalmente los que están en ISAPRE, los hogares que presentan mayor probabilidad de caer en gasto catastrófico en salud.

#### **• Competencia relativa en riesgos**

Fruto de la competencia generalizada en riesgos, en el sistema de seguridad social de salud chileno se aprecia una diferenciación de riesgos entre sistemas FONASA e ISAPRE cercana al 33% en promedio en 10 años, al considerar sexo, edad y los diagnósticos clínicos pasados a nivel individual, en un modelo de estimación de riesgos (Cid 2011b). También se aprecia una diferenciación de riesgos entre las propias ISAPRE. La figura 1 muestra el aumento de la brecha de riesgos ISAPRE - FONASA a partir de 2004, la evolución de los riesgos de las ISAPRE y el aumento de las brechas entre ellas desde ese año. Esto es, mientras las cartaras de beneficiarios de ISAPRE y FONASA consolidan sus diferencias en riesgos, las ISAPRE tienden también a consolidar sus posiciones, diferenciándose unas de otras significativamente.

8 El “*pool* de riesgos” se refiere a la agrupación de los riesgos en un fondo. En este caso, se trata de riesgos de pérdida financiera frente a eventos de enfermedad. De esta forma, el *pool* es el fondo que mancomuna los riesgos para disminuir la incertidumbre en el gasto. Mientras más grande sea este fondo, menor será la varianza o la incertidumbre del gasto.

Figura 1 | Evolución de los riesgos en el sistema de seguridad social de salud en Chile 2000-2009  
(costo esperado medio=1)



Fuente: Cid 2011b hasta 2006. Actualizado hasta el año 2009 para el presente trabajo

Los cálculos corresponden a la aplicación de costos esperados promedio a nivel hospitalario ajustados por sexo y edad, que fueron estimados en base a aranceles públicos. Para incorporar los diagnósticos en el ajuste en la serie completa se utiliza la relación encontrada por el autor para el año 2001 (Cid 2011b). La diferencial encontrada implica que, suponiendo el mismo vector de precios de atenciones en todo el sistema (para aislar el efecto de costos diferenciales en la provisión pública y privada), *ex ante* una persona de FONASA (la promedio) se sabe gastará entre un 30% a 35% más que una persona ISAPRE (la promedio).

A esta evidencia de competencia en riesgos habría que agregar otros elementos como la existencia actual de más de 50 mil planes de salud. Hace algunos años, los planes eran cerca de 40 mil (2008-2009) y el aumento

en el último año fue de 11,8%. Cerca 13 mil de estos planes son los que se comercializan (Superintendencia de Salud 2011a) y el 40,4% de estos planes tienen solo un cotizante. Estos hechos muestran el esfuerzo por identificar riesgos para seleccionar. Por otra parte, los gastos de administración alcanzan el 17% promedio anual desde la creación del sistema hasta 2010, lo que contrasta con lo usual para sistemas de seguridad social, que no supera el 5%, lo que, en alguna medida, también es reflejo del mismo esfuerzo.

#### • Cautivos y preexistencias

La apuesta principal del sistema ISAPRE, desde sus comienzos, fue potenciar la libertad de elección. No obstante, tal precepto constitucional se ve cuestionado por la evidencia.

La movilidad de los usuarios entre los seguros, que podría ser indicación de una sana competencia, ha sido leve (menor al 4% según Cid 2011b<sup>9</sup>) y el fenómeno de la cautividad es muy relevante. De hecho, los cautivos son al menos el 35% de los beneficiarios del sistema ISAPRE<sup>10</sup> (Superintendencia de Salud 2009). Estas personas, si lo quisieran, no podrían cambiarse de ISAPRE porque ninguna otra estaría disponible para recibirlos y entonces están obligadas a aceptar las adecuaciones de precios o beneficios que puede hacer unilateralmente la ISAPRE, o irse del sistema hacia FONASA. Muchos de estos cautivos lo son por edad (33,7%), visto que las ISAPRE suelen evitar afiliaciones de personas mayores de 65 años, pero son más los que son cautivos porque presentan una enfermedad (43,5%) que las ISAPRE consideran preexistentes y no aceptables. Por último, hay un porcentaje menor que tiene ambas características, es decir, son adultos mayores enfermos (22,8%).

• **Los precios de las primas de las ISAPRE**

Los precios de las primas del sistema privado de salud son altos, crecientes y diferenciados según riesgo, y han generado una rentabilidad promedio de 31,2% anual (utilidad sobre capital y reservas) en los últimos 20 años, sin pérdidas y claramente por encima de las rentas normales en Chile. En el último período registrado (primer semestre 2011), la rentabilidad llegaba a un 36% con un margen operacional neto de 6,1%. Este último indicador muestra un promedio de 3,6% en los últimos 20 años.

Ha habido cierta controversia respecto del indicador que se utiliza para medir la rentabilidad del sistema. Lo cierto es que la rentabilidad de una industria mide el

costo de oportunidad del capital utilizado en la construcción de sus activos, pues esos fondos podrían haberse ocupado en otras industrias, y esto se mide con la utilidad sobre el capital y reservas. Dicho esto, otras formas de medir la rentabilidad es hacerlo sobre los activos, en cuyo caso también se muestran altas, con un promedio de 9,7% en los últimos 20 años. El mismo indicador en los bancos que operan en Chile bordeó el 1,5% el año 2010 y el indicador anterior, que considera el capital y reservas como denominador llegó al 17,7% en la banca chilena (América Economía 2011). Valdés y Marinovic (2005), para el sistema de AFP, propusieron medir la utilidad sobre el activo operacional con un rezago en este último, lo que les arrojó una rentabilidad media 1993-2003 de 18% en esa industria. Al replicar esta metodología para el sistema ISAPRE, la rentabilidad anota un promedio entre 1991 y 2008 de 17,1%. Las ganancias son sobre normales y si esto es así, y de acuerdo a la teoría microeconómica, la hipótesis lógica es que, en espejo, se han generando pérdidas del excedente del consumidor, es decir, empeorado la situación de bienestar de los consumidores de las ISAPRE.

No obstante, si se observa la figura 2, a excepción del año 2005, los precios de las primas base no parecen tener una relación con la rentabilidad, y si fuera posible establecer alguna, aparece una contra-intuitiva, esto es, que a alzas de precios menores, mayores son las ganancias. Véase por ejemplo el año 2006 en la figura 2. Pero la situación parece recuperar lógica si consideramos un desfase de un año. Esto tiene cierta racionalidad dado que el anuncio de alza de precios de un año culmina su aplicación al año siguiente en la totalidad del sistema.

Tabla 1 | **Cautivos estimados en el sistema ISAPRE**

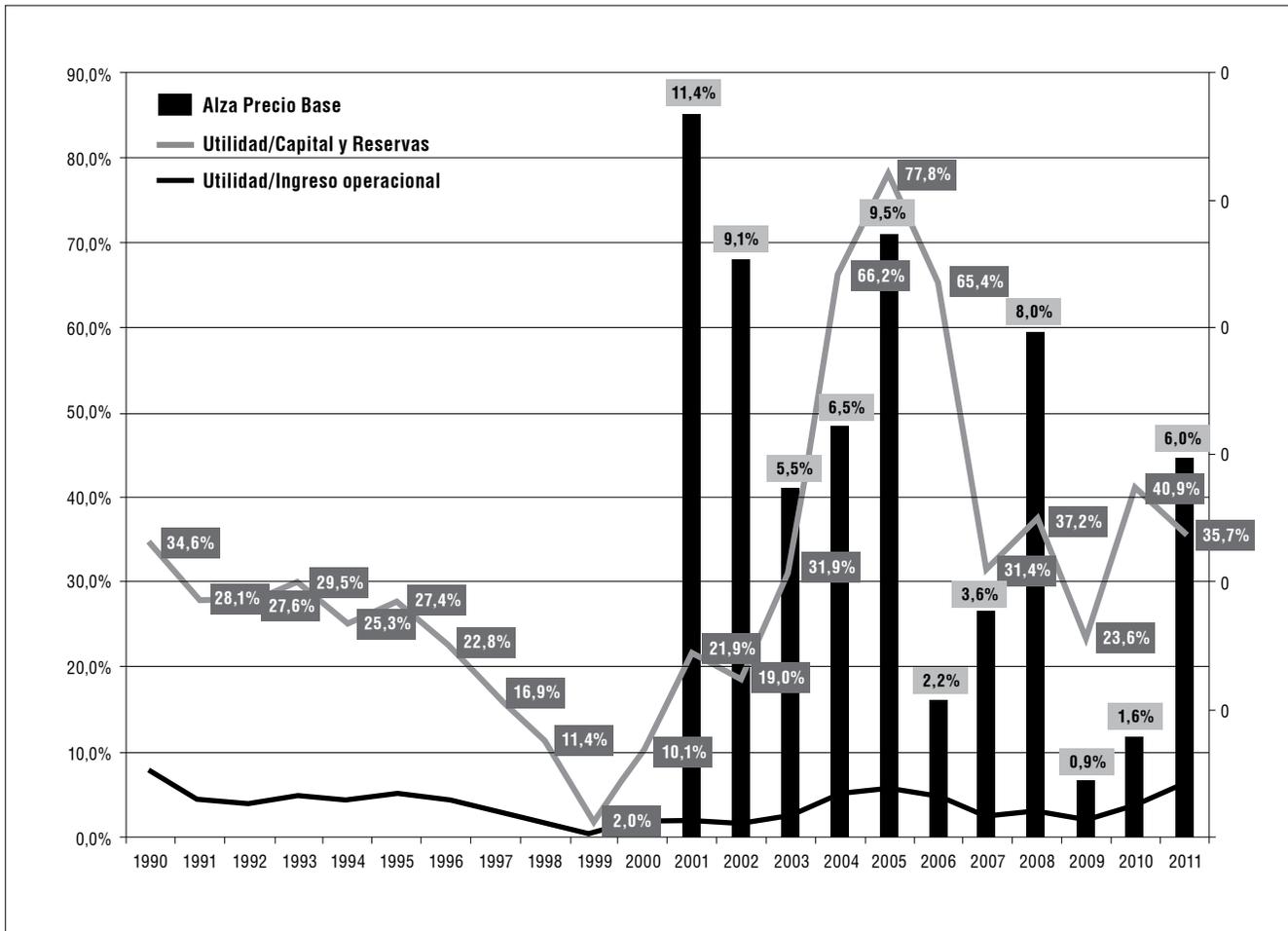
Razón de cautividad	Beneficiarios cautivos	Porcentaje del total
Cautivos generados solo por vejez	327.792	33,7%
Cautivos generados solo por enfermedad	42.257	43,5%
Cautivos generados por presencia conjunta de vejez y enfermedad	221.751	22,8%
<b>Total</b>	<b>972.800</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Basado en Superintendencia de Salud (2009)

9 Para efectos comparativos, en los países europeos con seguridad social de salud la movilidad es mucho mayor, por ejemplo, en Holanda fue cercana al 20 a 30% después de la reforma de 2006.

10 Debe tenerse en cuenta que estos son cálculos conservadores, pues se han realizado exclusivamente con los registros de los cautivos que han reclamado por tal condición en la Superintendencia de Salud.

Figura 2 | Evolución de las alzas de precios base de las primas y de la rentabilidad (utilidad/capital y reservas) en el sistema ISAPRE 2001-2011



Fuente: Elaboración propia con datos de la Superintendencia de Salud

Por otra parte, llama la atención que no es en el período de mayor cobertura en beneficiarios (1993-1999) en que el sistema tuvo mayores ganancias. Más bien parece ser que el sistema se adecuó a la disminución de beneficiarios.

Una hipótesis podría ser que las importantes alzas de precios bases ocurridas entre los años 2001 y 2005 parecen haber permitido a las ISAPRE recuperar ganancias a partir de 2002, alcanzando un período dorado de rentabilidades por encima del 65% entre 2004 y 2006. La caída en el aumento de precios de 2006 y 2007 parece no haber impedido mantener altas rentabilidades. Por otra parte, el alza de 2008 podría haber sido suficiente para mantener una rentabilidad cercana al 30% a 40% a pesar de las menores alzas de 2009 y 2010.

De la misma manera, el alza de 2011, podría permitir mantener elevadas rentabilidades al menos en 2012.

No solo los precios base son importantes, lo son también los precios totales, es decir, la consideración de los factores de riesgo y otras componentes del precio como las Garantías Explícitas en Salud (GES), que explicaron gran parte de las ganancias del primer semestre de este año, dado que si se sobreestima en relación al uso, se produce una siniestralidad muy baja de este componente cuyos excedentes van a ganancias.

#### • Acceso desigual a la salud

Los indicadores globales de salud según sistema de aseguramiento, nivel educacional, ingreso, lugar de residencia, entre otros, muestran en Chile diferencias impor-

tantes. Esto sucede en parte como expresión del acceso diferenciado existente al sistema de salud.

La tasa de utilización de prestaciones en ISAPRE es 4 veces la de un beneficiario del FONASA (en la MLE). Las tasas de consultas médicas, sobre todo las de especialidades, incluyendo las dentales, los exámenes clínicos, tanto de laboratorio como de imágenes, son el doble en el sector ISAPRE respecto del sector público. Por otra parte, los procedimientos clínicos en ISAPRE son el triple que en FONASA y las intervenciones quirúrgicas más del doble, al igual que las estadías hospitalarias.

Como no existe un *pool* único para el financiamiento, la solidaridad del sistema ocurre solo en FONASA, es decir, entre los más pobres y más propensos a enfermar. Los más ricos y más sanos quedan fuera del arreglo financiero de seguridad social y no aportan en su interior<sup>11</sup>. FONASA, que cuenta con una cartera de beneficiarios más riesgosa, debe recibir y hacerse cargo financieramente y de forma permanente de los no seleccionados o eliminados del sistema ISAPRE, que son los que se enfermaron o se van a enfermar, los adultos mayores, las mujeres, todos grupos que se espera gasten relativamente más recursos en salud. Cuando estos grupos llegan a FONASA, se produce además un problema de equidad, ya que las ISAPRE nunca aportaron por ellos al *pool* público, y en el fondo público disminuirán los recursos disponibles para el conjunto, si es que los nuevos beneficiarios, por edad avanzada, enfermedades y baja de ingresos (pensionados<sup>12</sup>), gastan más de lo que aporten.

En suma, los problemas relativos a riesgos desiguales, cautivos y precios, así como aquellos que se derivan de dificultades de acceso, tienen una base importante en los problemas de selección de riesgos. Existen cautivos en la medida en que hay un potencial para la selección de riesgos. Es precisamente la existencia de la selección de riesgos la que limita las posibilidades de elección y acceso a la población. Por consiguiente, cualquier cambio regulatorio necesita afrontar este problema. La cuestión de las alzas de precios de primas es la consecuencia y no la causa que limita la capacidad de acceso. Los diferenciales de precios surgen de la tarificación en función del riesgo (con tablas de factores o no), por tanto, si se atenúa la selección de riesgos, el problema de precios debe tender a desaparecer.

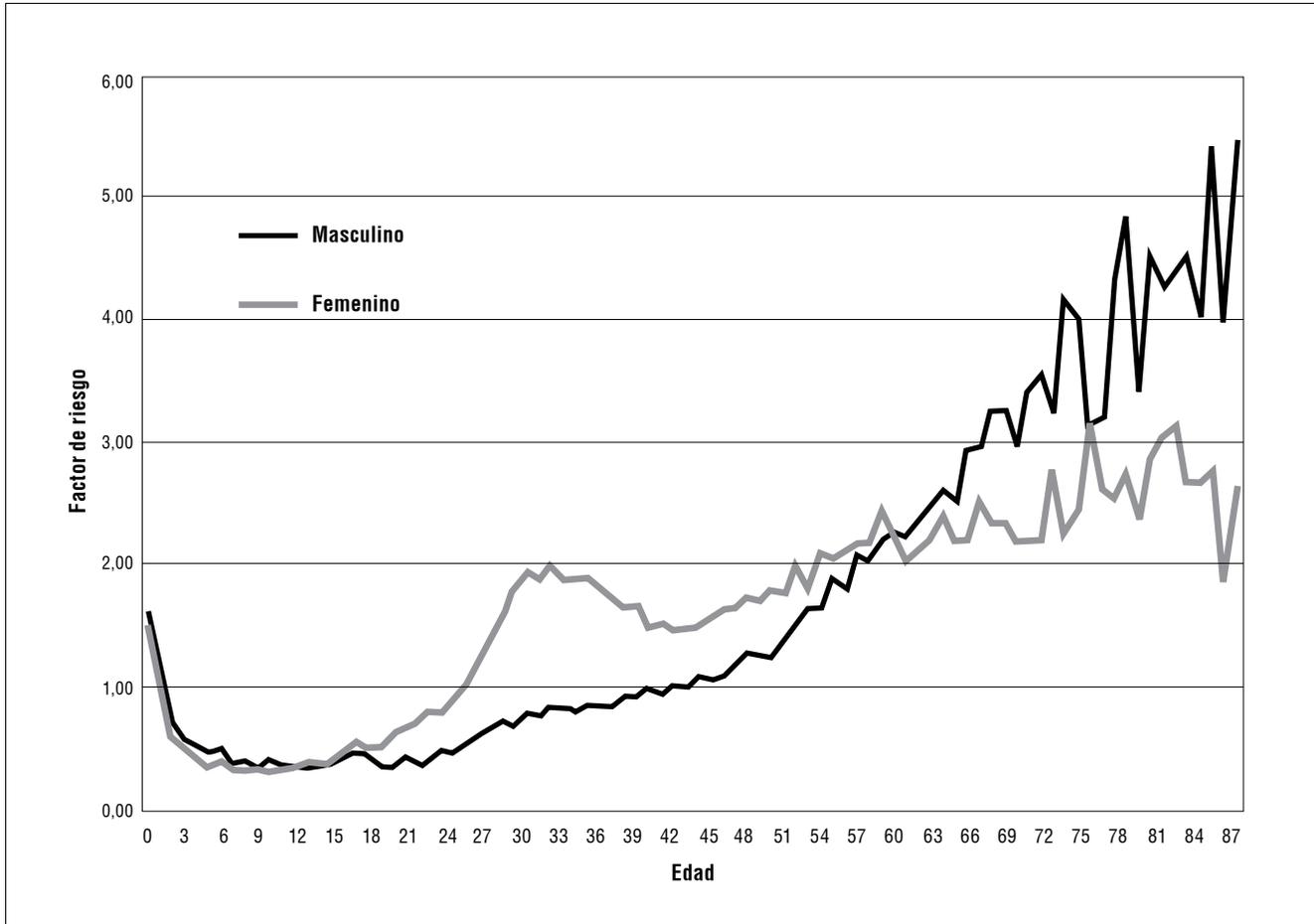
### **Regulación de la tarificación de primas en ISAPRE**

Los primeros indicios de rechazo social al uso de la discriminación para tarificar las primas de las ISAPRE ocurrieron justamente en el acto de su legalización a través de la incorporación explícita de las tablas de factores de riesgo por sexo y edad en la ley en el año 1995. En ese acto, se reconoció en forma expresa lo que venía efectuándose de manera implícita por parte de las ISAPRE al usar las tablas de factores sin que el público las conociera, pasando su uso a ser de público conocimiento y requisito al momento de contratar. En ese instante, se pensó que transparentar la situación era mejor y, probablemente, suficiente para mitigar el problema. En efecto, parecía natural que se reconociera en los precios de las

11 Salvo a través de los impuestos generales igual que toda la población.

12 De hecho el 30% de los cotizantes de FONASA son pensionados mientras en ISAPRE son solo el 6%.

Figura 3 | Factores de riesgo cotizantes ISAPRE 2010 (Costo esperado promedio=1)



Fuente: Elaboración propia con datos la Superintendencia de Salud

primas de ISAPRE los gastos diferenciales que efectivamente se pueden encontrar como hecho estilizado en cualquier población general, como en el caso de las ISAPRE en la figura 3.

Pero los problemas continuaron y la reforma de salud del año 2005 hizo explícito otros aspectos que no eran abiertamente conocidos. Desde ese momento, en la ley se señaló que el precio final de la prima de un plan de salud en ISAPRE debía estar compuesto por el precio base más el efecto sobre él del factor de riesgo individual (el precio final es la sumatoria de los precios de cada beneficiario del plan). Además, se incorporó el precio único por ISAPRE para el AUGE, determinado libremente por cada una de ellas y tarifado aparte, lo mismo que los beneficios adicionales de los planes.

Por otra parte, respecto de las tablas de factores de

riesgos que habían proliferado de tal modo que en los planes podía diferenciarse cerca de 10 mil de ellas (Superintendencia de Salud 2009), la ley en ese momento pasó a permitir que se comercializaran solo hasta dos tablas de factores de riesgo por ISAPRE cuya estructura sería fijada por la Superintendencia, y obligó a tener solo una tabla por plan. No obstante, esto último no fue un cambio retroactivo y solo empezó a operar para los contratos nuevos desde julio de 2005. Esto significa que en la actualidad aún siguen existiendo casi las mismas 10 mil tablas que antes, pero cerca de 14 son las que se comercializan.

Además, con la reforma se especificó una banda de precios para el alza del precio base de las primas que tenía por objeto evitar la excesiva variabilidad en el reajuste de precio de los planes y paliar con ello la discriminación.

Lo que se intentó regular, en este caso, no era el nivel de los precios sino la dispersión de los mismos. Había un reconocimiento implícito de que la dispersión que se observaba era reflejo del perfeccionamiento de la selección de riesgos; aparentemente no se creía que el aumento del nivel absoluto de los precios fuera un problema. En base a lo anterior, la regulación actual consiste en que los 31 de marzo de cada año, las ISAPRE informan un precio, y sobre aquel, todos los planes deben reajustarse en un  $\pm 30\%$  como máximo y el promedio ponderado de todos los reajustes debe llegar al valor central que informan. Este amplio margen de banda eliminó algunos comportamientos extremos, pero no terminó con la existencia de una dispersión importante ni tampoco evitó que los precios puedan subir lo que se quiera siempre que el conjunto de ellos se mantenga dentro de la banda en cada ISAPRE. Así las cosas, los precios base siguieron subiendo a voluntad de la industria.

### **La experiencia internacional: cómo han enfrentado el problema otros países**

#### **El modelo regulatorio utilizado**

Varios países han transitado desde seguros de salud desregulados a sistemas de seguridad social regulados, como son los casos de Holanda, Alemania, Bélgica, Suiza e Israel a partir de los noventa (van de Ver *et al.* 2001). Más tarde, emulando estas experiencias, se han incorporado a estos modelos países de Europa Central como República Checa y Eslovaquia (Banco Mundial 2009).

En estos países, para combatir la selección de riesgos, la discriminación y hacer más eficientes los sistemas de salud, se desarrollaron sistemas de ajuste o ecuilibración de riesgos entre los seguros de salud. En distintos niveles de velocidad e intensidad, los países fueron incorporando regulaciones. Algunas de estas medidas fueron: afiliación abierta periódica, garantía de renovación de contratos, beneficios estandarizados, restricciones a beneficios suplementarios, primas comunitarias para fondos de alto riesgo, transparencia de información y divulgación de información sobre satisfacción de los usuarios y ajuste de riesgo global, usando variables para ajustar que van desde la edad, factores demográficos, condiciones crónicas y diagnósticos, en términos prospectivos y retrospectivos (van de Ven *et al.* 2006).

Los sistemas de ajuste de riesgos usados se basan en tres componentes: la prima, la contribución solidaria y la prima subsidiada por el fondo. La prima corresponde a la contribución de seguridad social obligatoria dirigida

a los seguros o cajas, generalmente asociada al ingreso. Su pago es usualmente compartido entre empleadores, el trabajador y el Estado. La contribución solidaria son los recursos que se solidarizan y por lo tanto, van dirigidos al fondo de compensación de riesgos. Cuando los sistemas son internos, las personas solo pagan una prima al seguro e internamente éste entrega parte o toda la prima al fondo de compensación, como es en los casos de Alemania y Suiza. Cuando son sistemas externos, existen dos primas separadas, una que va al fondo y otra hacia los seguros, como en los casos de Holanda, Bélgica e Israel. Luego, está la llamada prima subsidiada, que consiste en las cápitales ajustadas por riesgos que paga el fondo central a los seguros después del ajuste por riesgo. Este es el dinero con que en definitiva cuentan los seguros para financiar la salud de sus poblaciones (ver figura 4).

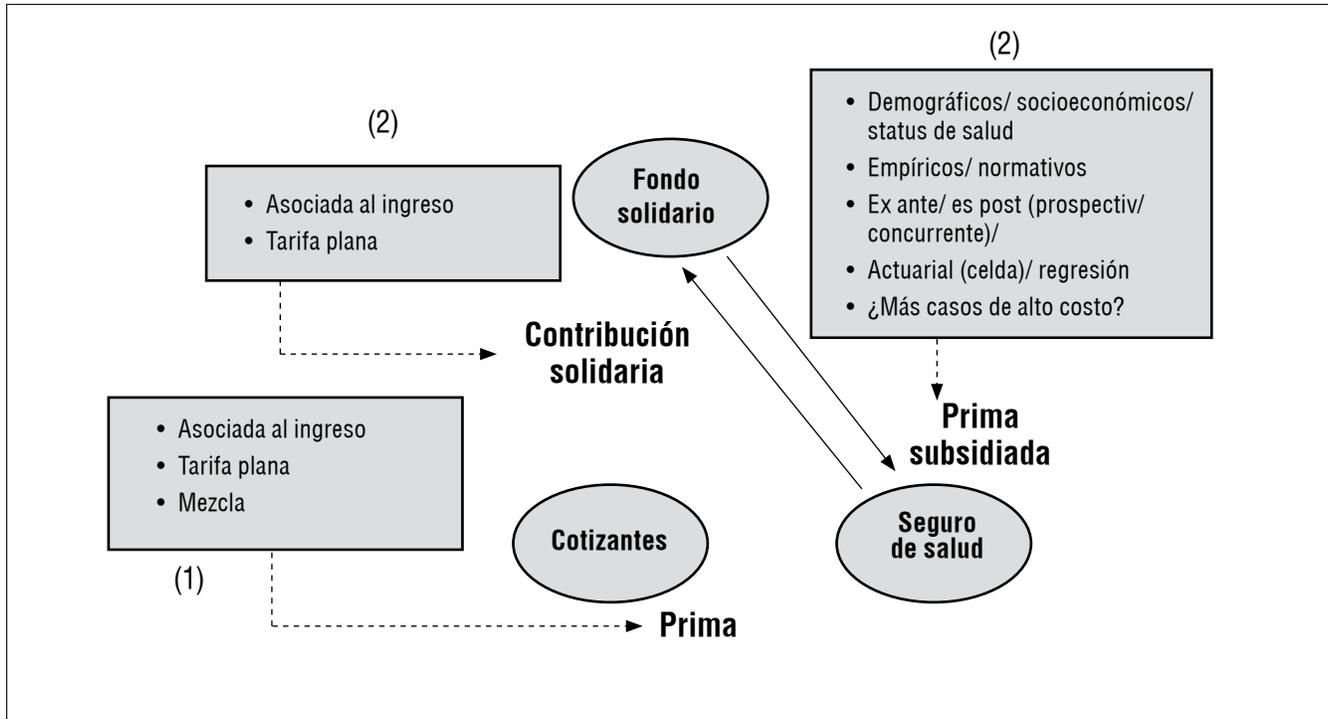
#### **Experiencia internacional**

En Alemania, Bélgica, Holanda, Suiza e Israel, a fines de los ochenta y antes de la regulación (sistema de ajuste de riesgo), la responsabilidad financiera de los seguros era variada: en Bélgica y Holanda, era inexistente y en Alemania, Israel y Suiza, ya era alta (van de Ven *et al.* 2000). Esto, dadas las diferencias en que el Estado concurría con los gastos de los seguros, ya que la responsabilidad financiera se define como el grado en que cada peso gastado por el fondo de enfermedad queda registrado en sus propios estados financieros (y no en los del gobierno o en los de las familias). Esto supone que a mayor responsabilidad financiera, mayores incentivos a ser eficientes para los seguros y viceversa.

La movilidad de las personas entre fondos de enfermedad es entendida en estos países como una muestra de la calidad de la competencia entre seguros y también era limitada en algunos casos. En Alemania, solo el 60% de las personas se podía cambiar de seguro y en Holanda nadie podía hacerlo ya que los seguros se establecían por ramas o sectores de la economía, por grandes empresas o regiones del país, limitando el ingreso a quienes pertenecían a ellas. En cambio, en Bélgica y Suiza ya existía la afiliación abierta y había libertad de cambio de seguro; en Israel también, pero sin afiliación abierta, es decir, en este último país los seguros podían rechazar solicitudes de afiliación sin tener que esgrimir algún motivo.

Las primas que se pagaban a los seguros de salud en ese entonces eran relacionadas con el ingreso de las personas, con diferencias que consistían en que algunas primas eran universales y únicas (como en Bélgica y Ho-

Figura 4 | Sistema de regulación por fondos de ajuste de riesgos



Fuente: Elaboración propia, adaptado de Cid (2011b)

landa) y otras, diferenciadas según el seguro (como en Alemania e Israel). Todo el esquema de aseguramiento contaba con importantes problemas de selección de riesgo, en particular, en Alemania, Suiza e Israel, y cuando no había problemas de selección como en los casos de Holanda y Bélgica, se debía a que los seguros no eran responsables financieramente de los gastos (el gobierno estaba siempre para pagar), lo cual no era deseable y era igualmente ineficiente.

La racionalidad para empezar las reformas en los noventa fue aumentar la movilidad de las personas en la elección de seguros para estimular mayor competencia entre ellos y lograr mayor eficiencia y contención de costos. Por eso, se incorporó fuertemente la afiliación abierta, de modo que las personas efectivamente pudiesen elegir la caja de enfermedad en que querían estar. En Alemania, desde 1996, el 95% de las personas ya podía acceder a la afiliación abierta, en Israel el 100% desde 1995, en Holanda desde 1992 y en Suiza desde 1996. La excepción fue Bélgica, donde se siguió permitiendo la negación de afiliación por parte del seguro. Al mismo tiempo, los gobiernos comenzaron a aumentar paulatinamente la responsabilidad financiera de los seguros, en

Bélgica (desde 1995) y Holanda (desde 1993) para estimular la eficiencia y la contención de costos. También se incorporó decididamente el sistema de ajuste de riesgos, la más importante de las medidas y que completaba el círculo junto con las anteriores. El ajuste de riesgo se incorporó en 1995 en Bélgica e Israel, en 1994 en Alemania, en 1991 Holanda y en 1993 en Suiza, siendo su objetivo en todos los casos prevenir o reducir la selección de riesgos y hacer más justa la distribución de los recursos para la salud entre los seguros.

En este período, las coberturas de beneficios del aseguramiento pasaron a ser únicas, universales y amplias, definidas prácticamente por excepción de algunas restricciones asociadas a cuidados en el hogar, cuidado dental, fisioterapia y licencias médicas, y las exclusiones típicamente referidas a tratamientos estéticos no asociados a necesidades de salud.

Al aplicar los fondos de ajuste de riesgos para distribuir recursos de la seguridad social, estos países usaron distintos modelos y variables para ajustar, teniendo todos en común la edad. Bélgica incorporó edad y género, urbanización, discapacidad, ingreso, tipo de empleo y mortalidad. Alemania incorporó edad y género, disca-

pacidad, licencias médicas e ingreso; Holanda empezó el ajuste con edad y género, urbanización, licencias y corrección por costos históricos; Suiza con edad, género y región; e Israel solo con edad, desarrollando inicialmente estos casos modelos de ajuste de riesgo actuariales o llamados “de celdas”.

La mayoría de los modelos fueron prospectivos, es decir, calculaban los ajustes con información del pasado para pagar en el período corriente, pero Alemania y Suiza tenían sistemas retrospectivos, es decir, pagaban en base a los eventos ocurridos durante el año actual. No obstante, hoy los modelos son principalmente prospectivos con ajustes retrospectivos, es decir, se estiman y pagan en base a información del pasado (prospectivo) pero al final del período corriente se hacen ajustes en base a los eventos efectivamente ocurridos (componente retrospectivo).

La forma de las primas que se pagan a las cajas no va-

rió sustancialmente después de incorporado el ajuste de riesgos, manteniéndose asociadas a ingresos, aunque ahora destinadas al fondo de ajuste, sumándose al esquema primas comunitarias planas para los seguros en los casos de Holanda, Suiza y Bélgica. A su vez, se crearon sistemas obligatorios de riesgo compartido entre los seguros para los casos catastróficos o de gastos extremadamente altos en Bélgica, Israel, Holanda y Alemania.

No obstante lo anterior, en la mayoría de los casos, aunque de manera mucho más tenue, los problemas de selección persistían en 2006 (van de Ven *et al.* 2007) y se declaraba la necesidad de seguir desarrollando los modelos de ajuste para combatirlos. Lo anterior indica que estos son modelos en constante cambio con herramientas dinámicas pero firmes en los principios, por lo que todos los agentes tienen mayor certeza. Este cambio constante no provoca un problema de incertidumbre

Tabla 2 | Evolución de los cambios en cinco países

Aspecto	Bélgica	Alemania	Israel	Holanda	Suiza
<b>Responsabilidad financiera de un seguro a fines de los 80 y luego en 2000</b>	Cero / baja	Alta	Alta	Cero/ Moderada	Alta
<b>Primas a fines de los 80</b>	Asociada a ingreso, uniforme para todos los seguros	Asociada al ingreso distinta por seguro	Asociada al ingreso, distinta por seguro	Asociada a ingreso, uniforme para todos los seguros	Asociada a ingreso y riesgo
<b>Primas después de introducir ajuste (2000)</b>	Ídem más prima comunitaria plana por seguro	Ídem	Ídem	Ídem más prima comunitaria plana por seguro (50% y 50%)	Prima comunitaria plana por seguro y región
<b>Afiliación abierta</b>	No	Sí, 95% desde 1996	Sí, desde 1995	Sí, desde 1992	Sí, desde 1992
<b>Año de implementación del ajuste de riesgo</b>	1995	1994	1995	1991	1993
<b>Ajustadores (año 2000)</b>	Edad/género, urbanización, discapacidad, ingreso, tipo de empleo, mortalidad	Edad/género, discapacidad, licencias médicas, ingreso	Edad	Edad/género, urbanización, discapacidad, costos históricos	Edad/género, región
<b>Nuevos ajustadores (año 2006)</b>	Diagnósticos de invalidez, elegibilidad de excepción social, enfermedades crónicas	Registro en programa de cuidados administrados (crónicas)		Recetas farmacéuticas (RxGroups)* y Diagnósticos (DxCG)**	

Fuente: elaboración propia en base a van de Ven *et al.* (2001 y 2007)

\* Rx Groups: Modelo de recetas farmacéuticas de DxCG \*\* DxCG: Diagnostic Cost Groups

porque no se refiere a cambios a las reglas del juego, sino justamente a su persistencia.

Las conclusiones que se pueden resumir de esta experiencia dicen relación con que los países incorporaron medidas básicas y modelos de ajuste de riesgos simples al comienzo, acompañados de principios como la afiliación abierta, la movilidad y la responsabilidad financiera. Los diseños incorporaron contribuciones solidarias asociadas a rentas, planes amplios equivalentes y copagos homogéneos, nulos o bajos, ajuste de riesgo actuarial demográfico y fondos de riesgo compartido para los gastos catastróficos. Posteriormente, avanzaron hacia modelos más sofisticados de predicción de los gastos. Finalmente, iniciadas las reformas, estas entran en un período de ajuste casi permanente de las herramientas y de consolidación de los principios que las guían.

### **El caso chileno: la propuesta de solución conocida y la solución funcional**

#### **La situación actual**

En agosto de 2010, a raíz de una serie de denuncias de usuarios de ISAPRE y fallos consecuentes, el Tribunal Constitucional (TC) evacuó un fallo en que señalaba que las ISAPRE forman parte de la seguridad social de salud y por lo tanto, deben estar sujetas a los deberes constitucionales de ella. En consecuencia, declaró inconstitucional los numerales 1, 2, 3 y 4 del artículo 199 del DFL N°1 de 2005 (artículo 33 de la Ley de ISAPRE) del Ministerio de Salud, relativos a las tablas de factores de riesgo, lo que ha sido interpretado por los actores relevantes como el fin de las tablas de factores para efectos de tarificación de primas. Este fallo se ajusta al hecho de que no existiría racionalidad constitucional en el ajuste de precios con tablas de factores de riesgo, ya que esto vulneraría las garantías constitucionales de acceso a la atención de la salud. En la justicia ordinaria también se venía produciendo un aumento explosivo de los recursos en contra de alzas de precios de planes de modo que se habían triplicando entre 2007 y 2009 (Comisión Presidencial 2010).

En la práctica, esta resolución ha implicado que actualmente las tablas no se usen para tarificar los ajustes anuales por cambio de tramos de edad que están congelados por solicitud de la Superintendencia de salud. De este modo, desde julio de 2011, los planes de salud de las ISAPRE se reajustan solo por el precio base y el precio AUGE, lo que en todo caso no significa que estas tarifas no estén asociadas a riesgos.

Frente a esta situación, el gobierno convocó a una comisión de expertos dirigida por el Dr. Juan Pablo Illanes que propuso dos alternativas de solución, una de mayoría (de miembros de la comisión) y otra de minoría. La solución de mayoría planteó el paso de las ISAPRE a componerse como empresas de la seguridad social, de manera que comenzara a operar un fondo compensatorio entre ellas y la sección de cotizantes de FONASA, que también adquiriría más o menos las mismas cualidades que estas empresas. La postura de minoría insistía en el *status quo*, incorporando cuentas de ahorro individuales para los eventos futuros de salud para mitigar el problema de los riesgos (Comisión Presidencial 2010).

Posteriormente, el gobierno envió la llamada “Ley Corta II” al Congreso, que proponía una tabla de factores de riesgo “aplanada”, esto es, que básicamente ampliaba los rangos de edad para usar el promedio entre tramos para proteger a los grupos discriminados. Además, proponía la generación de un IPC de salud como manera de quitarle arbitrariedad a las ISAPRE para fijar los precios al calcular anualmente las alzas, y un comité de expertos que establecería el rango referencial de alzas del precio base. La propuesta fue ampliamente cuestionada básicamente porque mantenía el criterio cuestionado por el TC, esto es, los factores de riesgo para tarificar. Recientemente, este proyecto fue retirado con la presentación de un nuevo proyecto de ley relativo al Plan Garantizado de Salud (PGS). En efecto, otra comisión convocada por el Gobierno (casi con los mismos miembros que la anterior) ha propuesto una solución derivada de la propuesta de mayoría de la primera Comisión, aunque solo para las ISAPRE, esto es, un PGS y un fondo de compensación de riesgos para los recursos del PGS, solo entre ISAPRE. Además, el proyecto de ley rescata la propuesta de IPC de la ley corta.

#### **El impacto de la eliminación de las tablas de factores y el *status quo***

A esta altura, cabe preguntarse cuál es el impacto inmediato que tendrá la eliminación de las tablas de factores, a objeto de situar el problema en su justa dimensión. Como se sabe, en el sistema ISAPRE, cuando se trata del precio de un plan, un porcentaje de la prima total corresponde al precio base y otro porcentaje al componente factor de riesgo. Usando datos de la Superintendencia de Salud, hemos determinado que el porcentaje de impacto del factor de riesgo en la prima, en promedio, podría llegar al 15% del total y que el efecto de congelar los factores de riesgo, de modo que todos los beneficiarios quedaran en los actuales sin volver a cambiar, no supe-

raría anualmente el 2,6% de los ingresos operacionales del sistema.<sup>13</sup>

Lo anterior está indicando que las ISAPRE ya tienen un precio medio de sus primas bases suficientemente alto como para mitigar el efecto de una eliminación de la TF. El efecto real sería lento y de mediano - largo plazo. Claramente, el problema para el sistema es más respecto del contenido del fallo del TC y de incertidumbre en el largo plazo que del impacto financiero predecible y de corto plazo. De hecho, en el primer período de ocurrencia de la congelación de factores, el año 2011, con un alza de precios base de 5,5%, las ISAPRE ya cubrieron con creces la posible caída de los ingresos (al menos la calculada por nosotros).

No obstante lo anterior, resulta claro que en el contexto de no reaccionar y no hacer nada, el sistema se encontraría cuestionado en el largo plazo, porque en la medida en que se defiendan alzando los precios, mayor será la brecha entre los gastos de los jóvenes (sanos, sin cargas y de altos ingresos) y lo que pagan en primas. Lo lógico es esperar que ellos, en algún momento (probablemente dependiendo de las alternativas que se desarrollen y de FONASA), decidirán retirarse del sistema, dejando al interior una carrea más riesgosa por el hecho de su propio retiro y la permanencia relativa superior de personas de edad mayor. Esto derivaría en un efecto recurrente exponencial en cuanto a alzas, retiros y riesgos, que provocaría la inviabilidad del sistema.

### **La propuesta de la Comisión de Plan Garantizado de Salud (PGS)**

La propuesta de la Comisión Presidencial o Comisión Illanes, como ha sido conocida, consistía en establecer un fondo de compensación para un plan AUGE ampliado, entre las nuevas entidades de la seguridad social que pasarían a ser las ISAPRE y el FONASA, pero este último solo en su segmento de cotizantes. Las personas sin ingreso del FONASA, no entraban en este arreglo de seguridad social, aunque sí en el de financiamiento.

La propuesta de PGS parece surgir de la propuesta de mayoría de la anterior, circunscribiendo la acción del modelo solo al mundo ISAPRE, por lo que resulta ser la aceptación de la minoría a condición de excluir a los beneficiarios de FONASA.

En este caso, el PGS sería por tarifas planas que determinarían cada ISAPRE, descontaría del 7% de la cotización obligatoria y contendría un listado de prestaciones que corresponde a aquellas que forman parte del Arancel de la MLE del FONASA, lo que quiere decir que incorpora las GES (incluyendo lo preventivo) más el resto de las prestaciones que se otorgan en el sistema público, lo cual comprende también la cobertura adicional para enfermedades catastróficas (CAEC). Es decir, el plan se compone de los mismos beneficios que el sistema otorga en el presente<sup>14</sup>, con excepción del subsidio por incapacidad laboral, que se excluye, y que se financiaría aparte con un porcentaje de la renta igual para todas las personas por ISAPRE que se deduciría del 7%<sup>15</sup>. El plan fue valorado de acuerdo a las frecuencias de uso de prestaciones del sistema ISAPRE y a los precios de los proveedores privados más baratos. Se establecería entonces un fondo de compensación de riesgos para los recursos de este PGS ajustado por sexo y edad.

Una comparación de la propuesta con las experiencias internacionales que hemos revisado aquí nos ayudará a caracterizarla en siete puntos:

Primero, la afiliación abierta que se propone en el PGS, es cerrada para FONASA y abierta solo entre ISAPRE, sin existir una razón de política pública que justifique esta medida, resultando ser una política altamente discriminatoria. Es preciso advertir que de llevarse a cabo, esto puede culminar en la consolidación del sistema segmentado de salud, ya que las aseguradoras privadas podrán fijar las normas que impidan el acceso de personas nuevas y/o provenientes del FONASA y de aquellas que ya hayan sido expulsadas y que soliciten volver a alguna ISAPRE. FONASA continuará con afiliación abierta hacia las ISAPRE y las ISAPRE consolidarán su afiliación cerrada frente a FONASA.

13 Los ingresos operacionales son primas (obligatorias y voluntarias), las que están compuestas básicamente por precios base más precio por factor de riesgo. La estimación se refiere a cuánto del aumento de los ingresos proviene de alzas de planes y cuánto de factores de riesgo. Se obtuvo cruzando la base de datos de planes de salud con la base de datos de cotizantes (bases de datos de la Superintendencia de Salud) de tal forma de conocer las porciones de precio base y precio atribuible a factores.

14 Cabe señalar que en la actualidad, el problema de cobertura de una u otra prestación no se refiere a ausencia de ella en los listados de los planes privados o en el plan MAI o MLE públicos, sino a la ausencia o baja cobertura financiera. Nominalmente, todas las prestaciones posibles suelen estar presentes en los planes privados, pero su cobertura real, la financiera, depende del plan. En FONASA depende de la calidad de beneficiario de que se trate, ya que los copagos están estandarizados según renta y son menores cuando se accede al sistema público.

15 La propuesta sobre las licencias médicas merece una reflexión aparte y no nos referimos a ella en este texto.

Segundo, mientras que la cuestión principal consiste en llevar los recursos de los que dispone el país para su gasto sanitario a ser manejados bajo una sola mano o pagador único, de modo que se aprovechen de la mejor manera posible las ganancias de eficiencia y equidad de la existencia de un solo *pool* de riesgos, la propuesta PGS propone consolidar un *pool* de ISAPRE separado del de FONASA.

En tercer lugar, la propuesta desaprovecha y desconoce que la prima de seguridad social proporcional al ingreso en Chile tendría un efecto solidario automático, a diferencia de la prima fija o plana, al financiar un fondo compensatorio con ella. Por otra parte, la existencia de una prima plana impone el problema de saber si los cotizantes estarán por encima o por debajo de ella con su 7%. Por eso, la comisión describió y trató de proyectar cada uno de los dos casos, proponiendo la posibilidad de ahorros para quienes estén por encima o demanda de seguro complementario en la misma u en otra ISAPRE, y en la necesidad de esfuerzo adicional a los que estén por debajo o su salida del sistema hacia el FONASA. Finalmente, la argumentación a favor de la prima plana tiende a desacreditar la prima del 7%, porque la descontextualiza y aleja de los beneficios de seguridad social.

En cuarto término, los copagos propuestos son variados, por lo que es necesario tener claro que habrá tan-

tos planes como sistemas de copago existan. Si existen distintos tipos de cobertura financiera para distintos tipos de problemas de salud, no habrá en la práctica un solo plan equivalente para todos. Por otra parte, una reforma a esta altura debería considerar el diagnóstico del gasto en Chile y su alto componente de bolsillo, moderar los copagos y recuperar el concepto de copago como inhibidor del riesgo moral y no como financiamiento adicional.

Quinto, el modelo PGS admite la existencia de complementos, por sobre la prima PGS, administrados por las propias ISAPRE, lo que deja abierta la puerta para la selección.

Sexto, si el precio estimado del plan son \$17.000 per cápita (la comisión se movía entre \$15.000 y \$20.000) y el gasto medio en ISAPRE es de \$35.000, es posible preguntarse dónde y cómo se espera se haga el ajuste. Es un plan con menos prestaciones, es un plan con menos cobertura o se está apostando al ajuste de las ISAPRE y los proveedores. No es posible responder con la información disponible, pero sí es posible decir que no debería tratarse de un plan reducido, porque se ha afirmado que el PGS correspondería a un plan amplio.

Séptimo, para estimar las cápitas ajustadas por riesgo, el PGS utilizaría solo edad y sexo como variables de ajust-

Tabla 3 | **Diferencias entre lo recomendable y la propuesta de PGS**

Aspecto	Recomendable	Propuesta
<i>Pool</i> de riesgos	Un solo fondo de riesgos nacional	Se generarían dos fondos: uno FONASA y otro de las ISAPRE
Contribución al <i>pool</i> o fondo de ajuste de riesgos	Prima solidaria universal proporcional al ingreso	Prima plana regresiva en ISAPRE que se independiza del precio del plan por ISAPRE
Coberturas en beneficios y protección financiera/Copagos	Copagos moderados, homogéneos asociados a rentas con mecanismo para máximos de copagos anuales	Copago fijo, alto y heterogéneo según segmento del plan, con máximos de co-pagos anuales y CAEC
Planes complementarios	Planes complementarios separados del plan de seguridad social	Mezclas de planes: PGS y complementarios administrados por las ISAPRE
Contención de costos	Desarrollo de modelos de pago mixtos a proveedores	No mencionado
Ajustadores de riesgo	Socio-demográficos y más importante: morbilidad	Comenzar solo con sexo y edad
Movilidad	Afiliación abierta periódica general	Abierta solo entre ISAPRE. Cerrada para FONASA

Fuente: Elaboración propia

te. Sin embargo, es conocido en la literatura que estas variables no llegan a predecir más del 2% o 3% de la varianza de los gastos individuales (Newhouse 1996), y que existen mecanismos factibles que pueden operar mucho mejor en la predicción de los costos esperados. De hecho, con datos chilenos, Cid (2011b) muestra que el nivel de predicción de un modelo de ajuste de riesgos que usa solo sexo y edad alcanza el 2,6%, en cambio uno que incorpora los diagnósticos llega al 36,1%.

En resumen, la propuesta contribuye a hacer aún más estancos los sistemas, generando un “muro” entre ambos, ya que la afiliación abierta solo operaría entre ISAPRE; cuando la persona viene de fuera (porque es nuevo) o del FONASA las preexistencias y exámenes de salud permanecerían. Por lo demás, esto no parece socialmente presentable.

Respecto del IPC de salud que se propone, conviene advertir que si bien es apropiado que se mida el aumento de los gastos en salud, usarlo para el objetivo de controlarlos carece de lógica; más bien otorgaría una señal de alza cierta al sistema y todos igualarían al menos esa señal produciendo un espiral inflacionario. Por otra parte, es conocido en economía de la salud, que el control de costos en la atención de salud pasa por fomentar que se compartan los riesgos a través de sistemas de pagos mixtos inteligentes (Ortún *et al.* 2002), cuestión pendiente en el sistema de salud chileno.

### La solución funcional

La regulación actual del sistema de salud en Chile establece que a nivel global existen dos *pools* de riesgos distintos, uno para FONASA y otro para las ISAPRE y a su vez, en las ISAPRE se estructura internamente un *pool* dentro de cada una de ellas. Existen entonces al menos 8 fondos de riesgo en Chile (FONASA y 7 ISAPRE abiertas). A su vez, las propuestas para una mejor regulación necesitan basarse en las formas eficientes de atenuar la selección de riesgos y tener en cuenta que en la medida en que la concentración del gasto en salud es muy elevada en una proporción limitada de población, es necesario establecer mecanismos que generen una compensación equitativa de los riesgos que se asumen por parte de cada entidad de aseguramiento. De no ser así, resultará siempre más rentable para los seguros competir por seleccionar los mejores riesgos que por conseguir una mayor eficiencia.

A través del texto hemos venido insinuando una salida; ahora especificaremos las características centrales de lo

que llamamos una solución funcional. La solución que se puede montar sobre la base de los principios de la seguridad social de salud (de allí la denominación de funcional), es la existencia de un fondo o *pool* de riesgos único nacional, que permita la compensación de riesgos al conjunto de la aseguradora pública (FONASA) y las privadas (ISAPRE). Esta salida representaría un cambio sustancial. Como hemos visto, países como Holanda y Alemania, entre otros, han evolucionado hacia sistemas de este tipo, que descartan el sistema de múltiples *pools* de riesgo, pero al mismo tiempo admiten elección de aseguradora. El fondo y pagador único debería ser independiente de las aseguradoras y de un monto significativo para afrontar la realidad de la concentración del gasto. Esto significa que el fondo se constituye con el 7% de primas de seguridad social que en su conjunto financiarían un grupo amplio de prestaciones de salud para toda la población.

Nuevamente siguiendo la experiencia internacional, lo ideal es que el fondo sea administrado por una entidad estatal y que cuente con las atribuciones necesarias para reunir y redistribuir dineros, así como con la capacidad técnica e imparcialidad adecuada para manejar este *pool*.

Para el financiamiento del riesgo de enfermar, el fondo necesitaría distribuirse poblacionalmente ajustando según el riesgo de cada aseguradora. Los ciudadanos mantendrían el derecho a la elección y al mismo tiempo la solidaridad se establecería de forma real con un solo fondo. El financiamiento a través de este único fondo de riesgos presenta la ventaja de que los aportes a él se establecerían en función de la cotización legal, según renta, mientras que la asignación de recursos se establecería según necesidad, esto es, según el riesgo de padecer determinada enfermedad. La creación del fondo es el primer paso para mitigar la selección de riesgos en ISAPRE y crear un sistema de salud más equitativo en el financiamiento y el acceso a los servicios de salud en Chile.

A lo anterior debería sumarse la puesta en práctica de varios principios relevantes. El primero sería el de la obligatoriedad de aceptación de afiliación por parte de la aseguradora de todos los asegurados que le solicitan ingreso (afiliación abierta) en el conjunto del sistema, esto en ISAPRE y FONASA y entre ellos. Este entorno de acceso obligatorio evita la existencia de declaraciones de salud o períodos de carencia que puedan condicionar el acceso, eliminando automáticamente el tema de las preexistencias. En segundo lugar, para que el proce-

so de elección de asegurador se realice con el nivel de competencia adecuado, la oferta de servicios debe ser equiparable. Es decir, si existen diferencias en cobertura de prestaciones o cobertura financiera, el hecho puede conllevar un tipo de competencia por la selección en lugar de una competencia por conseguir mayor eficiencia y calidad en salud. Es por ello que la oferta de servicios en la medida en que se establece en el marco de una cotización obligatoria legal requeriría corresponderse con un conjunto amplio de prestaciones equivalentes para todo el sistema de salud. Sumado a un conjunto de prestaciones equivalentes, las condiciones de acceso en términos de copagos requerirían ser equivalentes. Los copagos deberían ser un incentivo para atenuar la demanda innecesaria y no una vía de financiamiento adicional. Por ello, cabe pensar en un sistema homogéneo de copagos, esto quiere decir que los copagos requieren un tope anual acumulado según renta, y a su vez determinar cuáles copagos no resultan apropiados para aquellos servicios que aportan mayor valor en términos preventivos y de atención urgente. En efecto, solo definiendo un conjunto de beneficios único junto con un sistema de copagos homogéneo es que se puede hablar de la existencia de un solo plan universal de salud en el contexto de la seguridad social. El sistema sería homogéneo para todos los ciudadanos y a su vez, preservaría los incentivos de forma más adecuada, ya que además sería equitativo en cuanto aquellos con mayor necesidad no necesariamente deberían afrontar mayores copagos, mientras que aquellos con mayor capacidad asumirían hasta un valor absoluto anual mayor.

En definitiva, la solución funcional se trata de entender que las ISAPRE pertenecen a un sistema de seguridad social obligatorio de salud y la libertad de elección debe funcionar admitiendo que la primera prioridad es que el sistema permita transferir recursos entre sanos y enfermos, entre generaciones, entre sexos y entre distintas rentas, de manera que los riesgos de enfermar se compensen a lo largo de la vida, entre individuos que eligen distintos seguros y tienen riesgos distintos, mediante un fondo único de compensación de riesgos de toda la población, ya que de no existir este fondo único, se seguirá impulsando a competir en selección de riesgos.

Luego, existen algunos aspectos complementarios que habría que definir. Partimos del supuesto de que la mancomunación del 7% (y el aporte fiscal) debe alcanzar para entregar los beneficios definidos a todos. No obstante, pudiera existir la posibilidad de que aquellos que quieren, en base a calidad, demandar beneficios en el

sector privado, lo hagan pagando primas comunitarias planas diferenciales a estas entidades. Esto implicaría que pasar de FONASA a una entidad privada tendría un costo de oportunidad equivalente a tal tasa. Ello daría posibilidad de expresión a alguna porción de los adicionales que hoy se pagan en las ISAPRE.

Las personas contratarían un asegurador, el que a su vez estaría asociado con una (y solo una) red de atención, de manera que al contratar un seguro sepan que están postulando a atenderse en una red de proveedores conocida y de una de calidad determinada. No obstante, la promoción de integración sanitaria para lograr mayor eficiencia no implica integración de la propiedad. Por el contrario, algunos países también impiden este hecho para evitar prácticas monopólicas sobre los precios e ineficiencias (van de Ven *et al.* 2000). Por otra parte, el esquema de elección de seguro y a través de él de una red de provisión, elimina y hace superflua la discusión sobre la portabilidad. Lo natural es que la red pública de salud sea la red del FONASA y que las personas subsidiadas por el Estado se atiendan allí; y al revés, que la red pública esté asociada a su financiador. La separación de funciones es equivalente en este contexto público al concepto señalado previamente acerca de la necesidad de que el aseguramiento y la provisión sean manejados por entidades diferentes.

Por último, para predecir los pagos que efectuará el pagador único de la seguridad social, que sería el fondo de ajuste de riesgos, se necesita incluir más variables que las demográficas como sexo y edad, siendo la más recomendada la morbilidad (Ellis 2008) que, como hemos visto, es posible (Cid 2011b, Superintendencia de Salud 2009).

### **Comentarios finales**

En Chile estamos en presencia de un sistema de seguridad social de salud segmentado en riesgos e ingresos, ineficiente e inequitativo que después de 30 años se muestra agotado. En este sistema, los problemas de un componente son problemas del conjunto. En el sistema ISAPRE se observa lo que predice la teoría en cuanto al *trade-off* entre selección y eficiencia. Los problemas de los precios de las primas privadas, su nivel, crecimiento y diferencial, los factores de riesgo, cautivos, ganancias sobrenormales, etc., son manifestaciones del problema de incentivos al desarrollo de la selección de riesgos. No obstante, los factores de riesgo de las tablas son una parte del problema y su eliminación no es dramática para la

industria porque las ISAPRE han venido trabajando con un promedio muy alto de los precios base respecto del precio total de las primas, incorporando de esta forma, en buena medida, el riesgo al precio basal. No obstante, si no se hace nada, la viabilidad del sistema en el largo plazo se encuentra cuestionada.

La propuesta de PGS es parcial, imprecisa y puede terminar en la consolidación del sistema segmentado. Por otra parte, no incorpora ideas clave de la experiencia internacional en el ajuste de riesgos y, lo más importante, no considera al conjunto de la seguridad social de salud. Una solución al sistema de seguridad social no puede afectar solo a una parte de él, sino que debe referirse al conjunto del sistema y de la población.

La solución funcional es una salida natural al problema e implica la evolución hacia un solo *pool* de riesgos y pagador único, que solidarice lo que siempre debió ser solidarizado, esto es el 7% de las cotizaciones obligatorias de seguridad social, y pague cápitas ajustadas por riesgo a los aseguradores para financiar un conjunto amplio de beneficios de salud, igual para todos y con copagos moderados y homogéneos, donde el Estado fija las reglas de seguridad social y los actores dispuestos a participar se someten a ellas.

## Referencias

- América Economía**, 2011. Las Mayores Empresas de Chile 2010. Disponible en: <http://rankings.americaeconomia.com/2011/500-chile/> [revisado en diciembre de 2011]
- Arrow, K.J.**, 1963. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, 53: 941-973.
- Cid, C. y Prieto, L.**, 2011 (aprobado para publicación, en revisión editorial). El gasto de bolsillo: el caso de Chile 1997 y 2007. *Revista Panamericana de Salud Pública OPS-OMS*.
- Cid, C.**, 2011a. Financiamiento agregado de la salud en Chile: año 2008. *Cuadernos Médico Sociales*, 51 (3): 143-150.
- Cid, C.**, 2011b. *Diagnoses-based Risk Adjusted Capitation Payments for Improving Solidarity and Efficiency in the Chilean Health Care System: Evaluation and Comparison with a Demographic Model*. Tesis doctoral. Department of Economics-Institute for Health Care Management, Universität Duisburg-Essen, Campus Essen, Alemania. Disponible en: <http://duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlets/DocumentServlet?id=25690>
- Comisión Presidencial de Salud** (Comisión Illanes), 2010. *Informe Comisión Presidencial de Salud*. Disponible en <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/96c1350fbf1a856ce04001011f015405.pdf>
- Comisión de Expertos para el Plan Garantizado de Salud**, 2011. *Informe Comisión: Evaluar la factibilidad de crear un Plan Garantizado de Salud (PGS) al interior del sub-sistema ISAPRE*.
- Culter, D.M. y Reber, S.J.**, 1998. Paying for Health Insurance: The Trade-Off between Competition and Adverse Selection. *Quarterly Journal of Economics*, 113 (2): 433-466.
- Ellis, R., Pope, G., Iezzoni, L., Ayanian, J., Bates, D., Burstin, H. y Ash, A.**, 1996. Diagnoses Based Risk Adjustment for Medicare Capitation Payments. *Health Care Financing Review*, 17 (3): 101-128.
- Ellis, R.**, 2008. Risk Adjustment in health care markets: concepts and applications. En: Lu, M. y Jonsson, E., eds. *Financing Health Care. New Ideas for a Changing Society*. Weinheim: WILEY-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA.
- Ibern, P., García-Goñi, M., Ellis, R., Zwiefel, P., Pacheco, J.F. y Padrón, N.**, 2009. *Propuestas de regulación al problema de los precios, planes, cautivos en ISAPRE y su relación con el Fondo de Compensación solidario*. Informe preparado por SANIGEST Solutions para la Superintendencia de Salud de Chile. Disponible en [www.supersalud.gov.cl](http://www.supersalud.gov.cl)
- Jadue, L., Delgado, I., Sandoval, H., Cabezas, L. y Vega, J.**, 2004. Análisis del nuevo módulo de salud de la encuesta CASEN 2000. *Revista Médica de Chile*, 132 (6): 750-760.
- Ministerio de Salud**, 2004. *Resultados I Encuesta de Salud, Chile 2003*.
- Ministerio de Salud - Pontificia Universidad Católica de Chile - Universidad Alberto Hurtado**, 2011. *Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010*.
- Newhouse, J.P.**, 1996. Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection. *Journal of Economic Literature*, 34: 1236-1263.
- Organización Mundial de la Salud (OMS)**, 2010. *La Financiación de los Sistemas de Salud: El camino hacia la cobertura universal. Informe sobre la salud en el mundo*. Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS)**, 2011. *Estadísticas sanitarias mundiales*. Francia: OMS.
- OECD**, 2011a: Base de datos de la OCDE sobre la salud 2011: Chile en comparación. En <http://www.oecd.org/dataoecd/26/22/48406824.pdf>

- OECD**, 2011b. *Health at a Glance 2011. OECD Indicators*. OECD publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en)
- Ortún, V. y López-Casasnovas, G.**, 2002. Financiación capitativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias. *Serie Documentos de Trabajo de la Fundación BBVA - Universidad Pompeu Fabra* 3.
- Rothschild, M. y Stiglitz, J.**, 1996. Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information. *The Quarterly Journal of Economics*, 90 (4): 629-649.
- Sapelli, C. y Torche, A.**, 1997. ¿FONASA para pobres, ISAPRE para Ricos? Un estudio de los determinantes de la elección entre seguro público y privado. *Documento de trabajo* 183, Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Superintendencia de Salud**, 2009. *Magnitud y características de la cautividad en el sistema ISAPRE*. Biblioteca digital. [www.supersalud.gob.cl](http://www.supersalud.gob.cl)
- Superintendencia de Salud**, 2011a. *Informe de planes 2011*. Biblioteca Digital. [www.supersalud.gob.cl](http://www.supersalud.gob.cl).
- Superintendencia de salud**, 2011b. *Análisis Banda de Precios Base: Proceso de Adecuación de Contratos Julio 2011 – Junio 2012*. Biblioteca Digital. [www.supersalud.gob.cl](http://www.supersalud.gob.cl).
- Valdes, S. y Marinovic, I.**, 2005. Contabilidad regulatoria: Las AFP Chilenas, 1993-2003. *Documento de Trabajo* 279, Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- van de Ven, W.P.M.M., Beck, K., Buchner, F., Chernichovsky, D., Gardiol, L., Holly, A., Lamers, L.M., Schokkaert, E., Shmueli, A., Spycher, S., Van de Voorde, C., van Vliet, R.C.J.A., Wasem, J., Zmora, I.**, 2003. Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries. *Health Policy*, 65 (3): 75-98.
- van de Ven, W.P.M.M., Beck, K., Van de Voorde, C., Wasem, J., Zmora, I.**, 2007. Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later. *Health Policy*, 83 (2-3): 162-179.
- Vega, J., Bedregal, P., Jadue, L. y Delgado, I.**, 2003. Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. *Revista Médica de Chile*, 131 (6): 669-678.
- Vega, J.**, 2001. Enfermo de Pobre. Las inequidades sociales y la salud en Chile. *Revista Universitaria*, 73.



PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CHILE



CENTRO DE  
**POLÍTICAS  
PÚBLICAS UC**

[www.politicaspUBLICAS.uc.cl](http://www.politicaspUBLICAS.uc.cl)  
[politicaspUBLICAS@uc.cl](mailto:politicaspUBLICAS@uc.cl)

**SEDE CASA CENTRAL**

Av. Libertador Bernardo O'Higgins 324, piso 3, Santiago.  
Teléfono (56-2) 354 6637.

**SEDE LO CONTADOR**

El Comendador 1916, Providencia.  
Teléfono (56-2) 354 5658.

**CENTRO DE POLÍTICAS PÚBLICAS UC**

- Facultad de Arquitectura, Diseño y Estudios Urbanos • Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas
- Facultad de Ciencias Sociales • Facultad de Derecho • Facultad de Educación
- Facultad de Historia, Geografía y Ciencia Política • Facultad de Ingeniería • Facultad de Medicina