

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
SERIE FINANCIAMIENTO DEL DESARROLLO

56

**LAS INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL
(ISAPRES) EN CHILE**

**Ricardo Bitrán
Francisco Xavier Almarza**



NACIONES UNIDAS

**PROYECTO CONJUNTO CEPAL/GTZ
"REFORMAS FINANCIERAS AL SECTOR SALUD EN
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE"
UNIDAD DE FINANCIAMIENTO, D.C.I.T.F.**

SERIE FINANCIAMIENTO DEL DESARROLLO

**LAS INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL
(ISAPRES) EN CHILE**

**Ricardo Bitrán
Francisco Xavier Almarza**



NACIONES UNIDAS

**COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
PROYECTO CONJUNTO CEPAL/GTZ
"REFORMAS FINANCIERAS AL SECTOR SALUD EN
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE"
UNIDAD DE FINANCIAMIENTO, D.C.I.T.F.**

Santiago de Chile, julio de 1997

LC/L.1038
Julio de 1997

Este trabajo fue preparado por los señores Ricardo Bitrán y Francisco Xavier Almarza, consultores de la Unidad de Financiamiento de la División de Comercio Internacional, Transporte y Financiamiento de la CEPAL, dentro del marco del Proyecto Conjunto CEPAL/GTZ "Reformas Financieras al Sector Salud en América Latina y el Caribe". La edición técnica estuvo a cargo del señor Daniel Titelman, Experto en políticas monetarias y financieras de la Unidad de Financiamiento.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

ÍNDICE

RESUMEN	7
SÍNTESIS Y CONCLUSIONES	9
1.- ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	15
2.- EL SISTEMA DE SALUD EN CHILE	19
3.- EL SISTEMA ISAPRE	23
3.1.- Génesis	23
3.2.- Caracterización de las Isapres	24
3.2.1.- El contrato de salud	24
3.2.2.- Evolución de las Isapres	26
3.2.3.- Número y tipos de Isapres y participación de mercado	27
3.3.- Caracterización de la población Isapre	28
3.3.1.- Sexo y edad de los beneficiarios	28
3.3.2.- Ingresos de los cotizantes	30
3.4.- Provisión de los servicios médicos	33
3.5.- Estructura de ingresos y costos de las Isapres	35
4.- RIESGO MORAL	37
5.- SELECCIÓN ADVERSA	39
5.1.- Mecanismos de selección usados por las Isapres	39
5.2.- Selección de afiliados	41
6.- OTROS PROBLEMAS DE INFORMACIÓN	43
6.1.- Problemas de Información Isapre-cotizante	43
6.2.- Problemas de Información médico-Isapre	44
6.3.- Problemas de Información médico-cotizante	46
7.- GASTO MÉDICO EN ISAPRES E INVERSIÓN PRIVADA EN INFRAESTRUCTURA MÉDICA	49
7.1.- Gasto médico en Isapres	49
7.2.- Inversión privada en infraestructura	51
8.- RENTABILIDAD DE LAS ISAPRES Y COMPETENCIA	53
8.1.- Retorno sobre patrimonio y sobre ingresos de explotación	53
8.2.- Rentabilidad según tamaño	55
8.2.1.- Competencia en ISAPRES	59
9.- SATISFACCIÓN DE LOS CONSUMIDORES	61
9.1.- Grado de Satisfacción	61
9.2.- Satisfacción e Ingreso	62

9.3.- Comparación entre sistemas	63
9.4.- Satisfacción y cobertura	64
9.5.- Otros temas.	66
9.6.- Conclusiones	66
10.- CONSUMO DE ATENCIONES COSTO-EFECTIVAS	67
11.- FINANCIAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS	69
11.1.- Cobertura de catástrofes de salud	70
11.2.- Incentivos e interacción en seguros de salud públicos y privados	72
11.3.- Conclusiones.....	73
12.- FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN LA TERCERA EDAD	75
12.1.- El envejecimiento de la población	75
12.2.- Financiamiento de la salud en la tercera edad.....	76
12.3.- Financiamiento de la salud de las personas de la tercera edad con bajos ingresos.....	77
12.4.- Financiamiento de la salud de las personas de la tercera edad en Isapres	77
13.- CONCLUSIONES	81
13.1.- Evolución del número de Isapres y de su cobertura.....	81
13.2.- Evolución de la población beneficiaria.....	81
13.3.- Estructura de ingresos y gastos de las Isapres.....	82
13.4.- Rentabilidad de las Isapres.....	82
13.5.- Inversión privada en salud.....	82
13.6.- Satisfacción de los beneficiarios.....	83
13.7.- Equidad en el sector salud y acceso a las Isapres	83
13.8.- Evolución futura del mercado de las Isapres.....	84
13.9.- Problemas de información en el mercado de las Isapres	85
13.10.- Incentivos a la contención de costos en el sistema Isapre	85
13.11.- Movilidad y eficiencia en el mercado de las Isapres.....	86
13.12.- Continuidad de la cobertura en la tercera edad.....	87
13.13.- Naturaleza y continuidad de la cobertura para enfermedades catastróficas.....	88
13.14.- El reaseguro implícito del FONASA y sus consecuencias sobre el sistema Isapre	88
BIBLIOGRAFÍA.....	89
TABLAS	
Tabla 1.1 Organización del documento	17
Tabla 2.1 Indicadores económicos, demográficos y de salud en Chile y otros Países de Latinoamérica	21
Tabla 3.1 Cotizantes cargas y beneficiarios por sexo: números y porcentajes.....	28
Tabla 3.2 Número de prestaciones médicas anuales por beneficiario, Isapres abiertas, 1985-1995.....	34
Tabla 3.3 Número de prestaciones médicas anuales por beneficiario, FONASA, 1993-1995	35
Tabla 6.1 Distribución porcentual y número de días por licencia en Isapres abiertas, 1995.....	46
Tabla 7.1 Ingreso y costo de explotación en Isapres abiertas, 1985, 1990 y 1995 (millones de pesos de diciembre de 1995)	49

Tabla 7.2	Ingreso y costo de explotación y utilidad operacional por beneficiario, Isapres abiertas, 1984-1995 (pesos de diciembre de 1995).....	50
Tabla 7.3	Comparación gastos médicos FONASA e Isapres abiertas, 1995 (millones de pesos de 1995)	51
Tabla 7.4	Número de camas hospitalarias públicas y privadas en Chile, 1981-1992	52
Tabla 8.1	Tamaño y rentabilidad de las Isapres abiertas, 1995.....	56
Tabla 8.2	Indicadores de desempeño y características de Isapres abiertas grandes, medianas y pequeñas y de Isapres cerradas, 1995, (miles de pesos de diciembre de 1995)	57
Tabla 8.3	Año de entrada de las Isapres abiertas, por grupo	58
Tabla 11.1	Copagos para infarto y hemodiálisis para distintos planes: selección de valores extremos.....	71
Tabla 12.1	Proyecciones poblacionales para Chile; grupo etéreo adulto (en miles)	76
Tabla 12.2	Tabla de factores relativos de una Isapre, 1995.....	77
Tabla 12.3	Caída en el ingreso disponible por beneficiario ISAPRE al llegar a la tercera edad, neto de costos de salud.....	78
FIGURAS		
Figura 2.1	Organización y financiamiento del sistema de salud en Chile	19
Figura 3.1	Beneficiarios de Isapres como porcentaje de la población total.....	26
Figura 3.2	Distribución de la cotización obligatoria entre Isapres, 1995	27
Figura 3.3	Evolución del número de Isapres abiertas y cerradas, 1981-1995.....	28
Figura 3.4	Porcentaje de hombres en cada grupo etéreo.....	29
Figura 3.5	Distribución porcentual por edades para los cotizantes, cargas y Beneficiarios (1995).....	29
Figura 3.6	Distribución de los cotizantes de acuerdo al ingreso imponible	30
Figura 3.7	Evolución de la renta imponible real promedio	31
Figura 3.8	Ingreso y Participación porcentual de los Sistema Previsionales de Salud.....	32
Figura 3.9	Diferencia en la participación porcentual de los beneficiarios de ISAPRE 1987-1994	32
Figura 3.10	Diferencia en la participación porcentual de los beneficiarios de ISAPRE en los períodos 1987-1990, 1990-1992, 1992-1994.....	33
Figura 3.11	Ingresos de explotación por beneficiario y gasto en prestaciones por beneficiario en Isapres abiertas, 1995.....	36
Figura 3.12	Estructura de ingresos y gastos de explotación, Isapres abiertas, 1995	36
Figura 5.1	Distribución de la población nacional y de Isapres, 1995	42
Figura 6.1	Porcentaje de partos con cesárea en Isapres, 1995	45
Figura 6.2	Tasa de uso de licencias tramitadas por cada 100 cotizantes, por Tramo de edad en 1994.....	47
Figura 7.1	Indicadores financieros operacionales por beneficiario, Isapres abiertas, 1984-1995.....	50
Figura 8.1	Índices de rentabilidad sobre patrimonio y rentabilidad sobre ingresos de explotación, Isapres abiertas, 1984-1995.....	54
Figura 8.2	Rentabilidad anual sobre patrimonio, Isapres abiertas y otros sectores, 1995-96	55
Figura 8.3	Gastos de administración y ventas como porcentaje de los Gastos totales y del gasto por beneficiario.....	58
Figura 9.1	Actitudes positivas hacia propia Isapre	62
Figura 9.2	Evaluación alta a Isapre según grupo socioeconómico	63
Figura 9.3	Porcentaje de afiliados a Isapres que se siente "insuficientemente cubierto".....	65

RESUMEN

Desde la adopción de la ley que dio vida a las Isapres en 1981, estas instituciones han crecido y evolucionado, cambiando en forma importante la organización, provisión y financiamiento del mercado de la salud en Chile. Hoy las Isapres otorgan cobertura de salud a más de un cuarto de la población nacional. Con su creación, el mercado de la salud ha pasado a ser uno mixto, diferente a su perfil histórico, con una participación creciente del sector privado en el financiamiento de la infraestructura médica y en el pago y otorgamiento de atenciones.

Las Isapres han recibido elogios y críticas. A veces, tanto éstos como aquellas se han basado en fundamentos técnicos, pero, lamentablemente, con frecuencia la discusión también ha sido guiada por argumentos ideológicos. Cuán positiva o negativa sea la evaluación de las Isapres depende del prisma con que se las mire. Quien las evalúa bajo la premisa que estas instituciones debieran contribuir a resolver todos los problemas del sector de la salud en Chile arribará a conclusiones muy diferentes de quien las analiza desde el ángulo de que ellas debieran satisfacer la demanda por seguros de salud de una parte de la población.

El propósito de este documento es presentar un análisis técnico de las Isapres en cuyo mercado se presentan todos los problemas y peculiaridades inherentes de la economía de la salud. Estudiar un mercado tan complejo como el de las Isapres es un desafío mayor, exacerbado en parte por la disponibilidad de información todavía incipiente, no obstante los loables y promisorios esfuerzos de modernización y automatización desplegados por la Superintendencia de Isapres.

Este estudio pretende definir problemas económicos relevantes, aportar la información disponible y, donde es posible, emitir una opinión sobre los tópicos analizados. En aquellos casos en que la información es insuficiente para ofrecer un análisis conclusivo, se esbozan los requerimientos futuros de datos y de análisis para avanzar en la investigación de los aspectos abordados.

SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

Chile posee un sistema de salud peculiar. Todo trabajador dependiente debe cotizar el 7% de su sueldo imponible para la previsión en salud, pero puede escoger el destino de dichos fondos entre el sistema público (Fondo Nacional de Salud –FONASA), y el sistema privado (Instituciones de Salud Previsional –Isapres). Las Isapres fueron creadas a contar de 1981 como entidades que ofrecen seguros de salud a quienes escogen voluntariamente afiliarse a ellas.

Las Isapres han recibido elogios y críticas. A veces, tanto éstos como aquellas se han basado en fundamentos técnicos pero, lamentablemente, con frecuencia la discusión ha sido guiada por argumentos ideológicos. Cuán favorable o negativa sea la evaluación de las Isapres depende del prisma con que se las mire. Quien las evalúa bajo la premisa que estas instituciones debieran contribuir a resolver todos los problemas del sector salud en Chile arribará a conclusiones muy diferentes de quien las analiza desde el ángulo de que ellas debieran satisfacer la demanda por seguros de salud de una parte de la población.

El propósito de este documento es presentar un análisis técnico de las Isapres desde la perspectiva del economista. Se pretende aportar información que permita enriquecer el análisis para personas en Chile interesadas en el tema, y para individuos fuera de Chile curiosos por obtener mayor información sobre las Isapres con el propósito de evaluar sus propias iniciativas de reforma.

A fines de 1995, estas empresas otorgaban cobertura a un cuarto de la población del país. Puesto que la facultad de pertenecer a una Isapre depende del nivel del ingreso de la persona, se observa que quienes están en las Isapres pertenecen predominantemente a los grupos de ingresos medios, medios altos y altos. No obstante, habiéndose limitado el crecimiento de las Isapres en los estratos medios y altos, la expansión reciente de la afiliación se ha dirigido progresivamente hacia los grupos de ingresos más bajos. Ello ha sido facilitado por un subsidio público a la afiliación que beneficia a aproximadamente un millón de personas.

El análisis efectuado sugiere que las Isapres han tenido un impacto positivo y sustancial sobre la inversión y actividad privada en salud. Además, es evidente que las Isapres constituyen una opción válida y beneficiosa para los 3,7 millones de chilenos que voluntariamente han decidido pertenecer a ellas, en lugar de optar por el FONASA o, en el caso de los independientes, de adquirir otros tipos de seguros privados de salud.

La mayoría de los afiliados al sistema Isapre está al menos razonablemente satisfecha con el sistema. Sin embargo, a medida que se desciende en la escala socioeconómica, disminuye la proporción de beneficiarios satisfechos. La gran parte de los afiliados se siente al menos adecuadamente cubierta, aunque queda una cuarta parte que se siente insuficientemente cubierta. La cobertura es una preocupación importante en los beneficiarios Isapre, aumentando la percepción de cobertura con el precio de la prima. Los afiliados a Isapre están más satisfechos con su sistema que los afiliados a FONASA. Es mayor el porcentaje de afiliados a Isapre que reporta una actitud positiva hacia su sistema que lo equivalente en FONASA. Asimismo, una menor parte de los afiliados a Isapre desea cambiarse a FONASA que lo contrario; entre los afiliados al FONASA, la razón más frecuente para no cambiarse a una Isapre es la falta de ingreso.

El crecimiento de la cobertura de las Isapres fue exponencial en los primeros años; sin embargo, a contar de 1995 éste se ha estancado. Se atribuye este último fenómeno en parte a una percepción de incertidumbre política sobre el futuro por parte de las Isapres, como también a una saturación en su capacidad de crecimiento dadas las actuales condiciones del mercado. Se infiere que un mayor crecimiento será posible sólo en la medida en que se remueva la falta de definición oficial sobre el futuro de las Isapres o se adopten cambios substanciales de política. Ejemplos de cambios que favorecerían el crecimiento de las Isapres son el otorgarles mayor acceso a la infraestructura pública de salud, o mayores subsidios públicos a la afiliación. La reciente decisión gubernamental de discontinuar dicho subsidio restringe las posibilidades de crecimiento del sistema Isapre.

Así como se ha estabilizado el tamaño de la población beneficiaria de las Isapres, también lo ha hecho el número de estas entidades. Existen en la actualidad 21 Isapres abiertas, de las cuales 19 son con fines de lucro.¹ El mercado presenta un grado importante de concentración: las tres Isapres de mayor tamaño –Consalud, Cruz Blanca y Banmédica– capturan casi el 55% del mercado, medido según el volumen monetario de las cotizaciones obligatorias de salud.

La población cotizante de las Isapres, como también la beneficiaria de éstas, es más joven y con menor participación de las mujeres que la población del país. Con respecto a lo primero, las Isapres poseen una mayor representatividad de hombres y mujeres jóvenes entre 20 y 39 años en relación a la población nacional, y una menor representatividad de la población mayor de 50 y, particularmente, de aquella mayor de 60 años. Además, como consecuencia de la selección de afiliados –debido a requerimientos legales respecto a cobertura mínima de pre-existencias médicas, a primas crecientes con la edad y ocasionalmente al deterioro en la capacidad de pago de quienes experimentan problemas médicos catastróficos– se presume que la población beneficiaria de las Isapres es más sana que la población general del país. Sin embargo, estos autores no dispusieron de información apropiada para explorar esta hipótesis.

Las Isapres han conservado constante en términos reales el valor de los beneficios de salud que otorgan a su población cubierta, y han logrado aumentar la proporción de las cotizaciones destinadas a beneficios directos (atenciones de salud y licencias médicas) a cotizantes y dependientes. Un análisis comparativo de estadísticas de uso de servicios médicos revela que existen diferencias importantes entre las Isapres y el FONASA, aunque no a nivel de las consultas curativas ambulatorias. El FONASA provee un 43% más de intervenciones quirúrgicas por beneficiario que las Isapres y más de tres veces el número de días cama per cápita. Una posible explicación para estas diferencias sería el distinto perfil de salud de los beneficiarios de ambos sistemas, aunque otras causas podrían también ser responsables de estos contrastes.

Luego de grandes fluctuaciones en su rentabilidad media, en los últimos cuatro años las Isapres abiertas han experimentado tasas de rentabilidad anual sobre el patrimonio del orden del 25%, con una utilidad sobre los ingresos de explotación cercana al 5%. La rentabilidad patrimonial media de las Isapres abiertas supera a aquellas de otros sectores de la economía. La rentabilidad promedio de las Isapres abiertas oculta importantes diferencias en rentabilidad individual. Aquellas Isapres de mayor tamaño, que también son las de mayor vida en el mercado (en promedio 14 años), presentaron en 1995 altas tasas de rentabilidad patrimonial –en algunos casos superiores al 66%. En contraste, la mayoría de las Isapres de tamaño medio a pequeño, con ingresos anuales y vida media en el mercado menores, arrojaron pérdidas importantes relativas al patrimonio en 1995. Se concluye que el mercado de las Isapres es competitivo; que hay numerosas empresas que efectúan esfuerzos importantes por penetrar el mercado a costa de pérdidas significativas

¹ Es “abierta” toda Isapre que ofrecen sus planes de salud a la población general. Las Isapres “cerradas” restringen sus servicios a grupos específicos de población, como por ejemplo los empleados de una empresa. Este documento se interesa principalmente en las Isapres abiertas.

en el intento; y que aquellas que ingresaron al mercado más tempranamente y lograron permanecer en él, han logrado establecer una posición aparentemente sólida y rentable.

El debate público sobre las Isapres se ha centrado en cuatro temas: (1) la capacidad financiera de las personas que envejecen de permanecer en el sistema Isapre; (2) la cobertura que las Isapres otorgan para las enfermedades catastróficas; (3) la canalización de subsidios públicos hacia las Isapres; (4) problemas de información en el sistema Isapre.

Al primero de estos temas se lo ha denominado el problema del "financiamiento de la salud en la tercera edad". El problema surge por cuanto al entrar en la tercera edad (65 años), los individuos simultáneamente ven reducidos sus ingresos, experimentan mayor siniestralidad médica, dejan de percibir el subsidio público a la afiliación a Isapres y enfrentan aumentos considerables en las primas Isapre.

Un análisis prospectivo efectuado por la Universidad de Chile concluye que bajo ciertos supuestos muchos de los actuales cotizantes no tendrían problemas en financiar sus primas Isapre en la tercera edad. Tendrían dificultades en hacerlo, sin embargo, las personas que hoy son jóvenes, con menores ingresos y menores niveles de educación. El estudio demostró que la viabilidad de permanencia en Isapres en la tercera edad depende en parte de la alta rentabilidad histórica de las AFPs, las cuales muy difícilmente se reproducirán en el futuro. Además, la proyección de un nivel de rentabilidad real anual promedio de un 5%-6% de los fondos de las AFPs en las próximas décadas, si bien muy inferior al histórico, es cuestionable. Finalmente, el estudio se concentró en proyectar a través de las décadas venideras la viabilidad de permanencia de quienes hoy están en Isapres y no entran aún en la tercera edad. Los supuestos tras las proyecciones, y la sensibilidad de las mismas frente a cambios en los principales parámetros del ejercicio, sugieren que los resultados del estudio debieran ser ponderados con cautela.

Se recomienda el desarrollo de análisis complementarios al estudio descrito, basados en antecedentes empíricos, de lo que hoy está sucediendo con los afiliados a Isapres que entran a la tercera edad. ¿Cuántos de ellos permanecen en las Isapres? ¿Cuántos lo hacen enfrentando gastos médicos por concepto de afiliación y pagos no reembolsables a proveedores médicos que superan el 30% de sus ingresos per cápita, neto de gastos en salud? ¿Cuántos se retiran del sistema Isapre y retornan al FONASA, y cuáles son las principales causas tras dicho cambio? La respuesta a estas preguntas, con datos reales de las Isapres, permitirá arrojar mayor luz sobre el debate.

En relación al segundo de los tópicos antes enumerados, el financiamiento de las enfermedades catastróficas, un análisis efectuado por la Universidad Católica concluye que sólo una fracción pequeña de los cotizantes en Isapres abiertas incurre en gastos catastróficos. Además, en muchos casos dichos pagos se deben a una mala selección de proveedor, es decir uno mal cubierto por el plan Isapre del beneficiario. El estudio concluye, sin embargo, que la probabilidad de incurrir en catástrofe financiera médica es mayor en los beneficiarios de más bajos ingresos. Ello no es de sorprender, por cuanto la cobertura que pueden ofrecer las Isapres a personas que pagan bajas primas es evidentemente acotada. La naturaleza competitiva del sistema Isapre, y su propio esquema de funcionamiento, propende a que exista una redistribución muy limitada o nula de recursos desde suscriptores de altos ingresos que efectúan aportes elevados a las Isapres hacia los de menores recursos que contribuyen montos modestos.

El estudio de la Universidad Católica propone un esquema de seguros de corto plazo que permitiría financiar los gastos catastróficos de salud y además, financiar el mayor costo actuarial de quienes sufren de problemas catastróficos. Esto último otorgaría mayor movilidad entre Isapres a quienes experimentan problemas catastróficos, fomentando aún más la competencia en el sistema. Adicionalmente, la solución propuesta constituiría una opción atractiva al actual sistema de exclusión de pre-existencias médicas que contempla la ley.

Con respecto al tema de los subsidios públicos al sector Isapre conviene distinguir entre dos tipos de subsidios posibles: (1) el Subsidio del 2% de Cotización Adicional,

definido en la ley 18.566, para la afiliación a Isapres de personas de bajos ingresos (en vías a ser discontinuado) y (2) subsidios indirectos por uso de servicios públicos de salud por parte de los beneficiarios de Isapres. La existencia del primer subsidio no reviste ambigüedad, por cuanto está gobernado por una ley y opera desde 1990. La conveniencia fiscal del subsidio es materia de estudio. Ella debiera resultar de una comparación entre los recursos que el fisco destina para el subsidio (la suma de los 2% pagados), y los que destinaría por concepto de financiamiento de atenciones de salud en el FONASA para aquellas personas que, al no existir el subsidio a la afiliación, se encontrarían adscritas al FONASA y no a Isapres.

En relación al segundo posible subsidio –la fuga de recursos públicos por la vía de atenciones de salud a beneficiarios de Isapres–, la evidencia sugiere que, de existir hoy, estos subsidios serían modestos y con una tendencia a la disminución. Un estudio reciente sobre contribuciones y aportes de usuarios del sistema público de salud (Bitrán y otros 1996) revela que en 1992 los particulares que hicieron uso del sistema público de salud efectuaron aportes al sistema público por concepto de pagos de bolsillo iguales a la mitad de los beneficios recibidos. Los beneficios netos derivados por los particulares, cercanos a \$11.000 millones (moneda de diciembre de 1995), habrían equivalido a menos del 5% de los aportes totales al sistema público de salud. Considerando que muchos de los particulares usuarios del sector público no eran beneficiarios de Isapres, se concluye que la fuga de recursos públicos hacia el sector Isapre sería muy acotada. Este resultado debe ser interpretado con cautela puesto que se presume que la información obtenida por el estudio no habría permitido identificar a posibles beneficiarios de Isapres que ocultarían tal condición al solicitar atenciones en el sector público. Sin embargo, desde 1992 los establecimientos públicos, en particular los hospitales del SNSS, efectúan esfuerzos progresivos y cuentan con instrumentos (por ejemplo una cinta magnética de afiliados a Isapres) e incentivos para identificar a pacientes que poseen cobertura Isapre y así recaudar mayores recursos propios.

En lo que respecta a los problemas de información en el sistema Isapre, se concluye que estos son importantes y con efectos perversos sobre la eficiencia. La abundancia de planes y falta de información sobre las condiciones del contrato en el momento de la afiliación a Isapres es uno de ellos y constituye una asimetría de información entre Isapre y cotizante. La sobre-prestación de atenciones médicas es otra dificultad que resulta de asimetrías de información entre prestador por una lado, y el paciente y la Isapre por el otro. Tanto las Superintendencia de Isapres como las propias Isapres efectúan esfuerzos de educación para acotar alguno de estos problemas de información, aunque algunos de ellos persisten y requerirán de iniciativas suplementarias.

Dos tópicos finales de central importancia, pero que han recibido menor atención en el debate público, son: (1) la falta de integración vertical en las Isapres; y (2) la tal vez excesiva movilidad de los beneficiarios. Ambos fenómenos se traducen en pérdidas substanciales de eficiencia. No está claro por qué las Isapres en su mayoría –con la excepción de Consalud– siguen organizadas esencialmente como entidades intermediarias financieras, en lugar de integrar operativa y financieramente las funciones de aseguramiento y provisión. La falta de competencia en el mercado de los proveedores puede ser una explicación para ello. En cualquier caso, la falta de integración está acompañada de un sistema predominante de pago a proveedores por acto médico, el cual tiene conocidos efectos inflacionarios en el gasto en salud.

La movilidad entre Isapres que la nueva ley establece para los afiliados es un arma de doble filo que favorece la competencia entre Isapres pero que también promueve la ineficiencia del sistema. La nueva ley le atribuye un carácter permanente al contrato de salud por el lado de la Isapre. Ello busca proteger al afiliado, impidiendo que la Isapre pueda caducar el contrato arbitrariamente. Por otro lado, la ley le permite al asegurado desafiarse de la Isapre luego de completado el primer año con ella. La movilidad que la ley le otorga al afiliado genera incentivos para que la Isapre enfrente una presión competitiva

permanente, a contar del primer año, que la lleva a mantener o mejorar sus beneficios, o a disminuir sus precios, y así conservar a sus afiliados. Este es un efecto positivo de la nueva ley.

La facultad de cambiarse de Isapre también tiene consecuencias negativas sobre la eficiencia, puesto que al confrontar el riesgo permanente de perder a sus beneficiarios, las Isapres cuentan con pocos incentivos para invertir en la salud de sus asegurados. En efecto, por lo general las Isapres abiertas no poseen programas de salud preventiva, como por ejemplo los controles preventivos anuales y la promoción de hábitos saludables. Por lo demás, en la mayoría sino en todas las Isapres abiertas, se observan bajas tasas de utilización de los controles preventivos anuales que la ley establece como un derecho de los beneficiarios.

La Isapre Consalud parece ser una excepción a esta regla, por cuanto estaría desarrollando estrategias para conservar a sus beneficiarios en el largo plazo mediante incentivos económicos, invirtiendo en su salud a través del tiempo. La falta de iniciativas en este ámbito, sin embargo, puede responder al hecho que el mercado de las Isapres aún es inmaduro, y que continuará evolucionando. Esta hipótesis se apoya en parte en el hecho que la ley de Isapres ha seguido cambiando hasta hace poco tiempo. Es de esperar, por lo tanto, que como Consalud, las otras Isapres también generen soluciones tendientes a retener a sus afiliados a través del tiempo, con ganancias de eficiencia para ambas partes. La escasez de soluciones espontáneas también lleva a ponderar las virtudes de la ley de Isapres en esta materia.

Finalmente, es importante mencionar que las Isapres han evolucionado en forma positiva y se han adaptado a cambios importantes en su marco regulatorio y en las condiciones del mercado. Estas entidades son aún relativamente nuevas y no debiera desestimarse su capacidad de innovar y resolver desafíos. La Autoridad dispone de numerosos estudios y recomendaciones que le permitirían continuar perfeccionando el marco regulatorio del sistema Isapre. Sin embargo, el mayor desafío para la Autoridad es lograr limar la fricción generada en el sector salud por el funcionamiento de dos sistemas distintos de salud –uno público y otro privado– que operan sobre lógicas diferentes, y que por ello resultan en pérdidas de equidad y eficiencia.

1. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Desde la adopción de la ley que dio vida a las Isapres en 1981, estas instituciones han crecido y evolucionado, cambiando en forma importante la organización, la provisión y el financiamiento del mercado de la salud en Chile. Hoy las Isapres otorgan cobertura de salud a más de un cuarto de la población nacional. Con su creación, el mercado de la salud ha pasado a ser uno mixto, diferente a su perfil histórico, con una participación creciente del sector privado en el financiamiento de la infraestructura médica y en el pago y otorgamiento de atenciones.

Las Isapres han recibido elogios y críticas. A veces, tanto éstos como aquellas se han basado en fundamentos técnicos, pero, lamentablemente, con frecuencia la discusión también ha sido guiada por argumentos ideológicos. Cuán favorable o negativa sea la evaluación de las Isapres depende del prisma con que se las mire. Quien las evalúa bajo la premisa que estas instituciones debieran contribuir a resolver todos los problemas del sector de la salud en Chile arribará a conclusiones muy diferentes de quien las analiza desde el ángulo de que ellas debieran satisfacer la demanda por seguros de salud de una parte de la población.

El propósito de este documento es presentar un análisis técnico de las Isapres desde la perspectiva del economista. Se pretende aportar información que permita enriquecer el análisis para personas en Chile, interesadas en el tema, y para individuos fuera de Chile, curiosos por obtener mayor información sobre las Isapres con el propósito de evaluar sus propias iniciativas de reforma.

En el mercado de las Isapres se presentan todos los problemas y peculiaridades inherentes de la economía de la salud. El economista mira a las Isapres desde los ángulos de la eficiencia y la equidad. Se pregunta: ¿En qué medida las Isapres han contribuido a mejorar la eficiencia en el sector salud en Chile? ¿En qué grado la existencia de estas instituciones ha afectado la equidad del sector? Estas dos dimensiones de todo sistema económico son evidentemente muy amplias. Dentro de cada una de ellas se plantean preguntas más precisas. Por ejemplo, en lo relativo a la eficiencia, el economista se interesa en saber, entre otras cosas, lo siguiente:

- ¿En qué medida las Isapres han contribuido a estimular la competencia entre proveedores y entre aseguradores, presionando así a la baja a los precios de las atenciones de salud y mejorando la calidad de los servicios?
- ¿En qué grado el desarrollo de estas instituciones ha afectado la disponibilidad de recursos y servicios, las opciones de los consumidores, y la satisfacción de éstos?
- ¿Cuál ha sido la contribución de las Isapres a la salud de los chilenos, y a qué costo?
- ¿Qué mecanismos usan las Isapres para protegerse del riesgo moral y de la selección adversa, y cuál ha sido el resultado de ellos?²
- ¿Qué problemas de información existen en el mercado de las Isapres y qué mecanismos han surgido para superarlos? De haber problemas, en qué medida ellos

² Ver definiciones de estos dos términos en los capítulos 4 y 5, respectivamente.

constituyen fallas de mercado que interfieren con la eficiencia del sistema de las Isapres?

- ¿Qué impacto ha tenido el sistema Isapre sobre la eficiencia del sector público de la salud?

En lo referente a la equidad, el economista formula las siguientes interrogantes:

- ¿Quiénes pueden acceder al sistema Isapre y quiénes encuentran dificultades en hacerlo? De haberlas, cuáles son las barreras a la entrada?
- ¿Existen diferencias en el acceso a un nivel mínimo aceptable de servicios de calidad entre las personas que están en Isapres y quienes están fuera de ellas?
- ¿Existen subsidios cruzados desde el sector público de la salud hacia el sector de las Isapres, o en el sentido opuesto, y cuál sería su magnitud?
- ¿Se presta el sistema Isapre para una redistribución regresiva de recursos entre sus beneficiarios?

Estudiar un mercado tan complejo como el de las Isapres es un desafío mayor, exacerbado en parte por la disponibilidad de una información todavía incipiente, no obstante los loables y promisorios esfuerzos de modernización y automatización desplegados por la Superintendencia de Isapres. Dos estudios efectuados durante el año 1995, sobre dos aspectos críticos del sistema Isapre, consumieron grandes recursos, tanto financieros como humanos.³ Desarrollar análisis fiables sobre el tema requiere de un esfuerzo significativo y permanente.

Considerando los recursos relativamente modestos destinados a la producción de este documento, se prefirió otorgarle al lector una visión amplia de las Isapres con un tratamiento inicial de los temas, en lugar de un análisis en profundidad de un número menor de tópicos. Para ello, donde fue posible se incorporó al análisis datos provenientes de otros estudios o de fuentes secundarias. Se hizo, sin embargo, un esfuerzo por obtener información de fuentes directas, incluyendo a numerosas entrevistas con la Autoridad y con representantes de Isapres y gremios profesionales.

Este estudio pretende definir problemas económicos relevantes, aportar la información disponible y, donde es posible, emitir una opinión sobre los tópicos analizados. En aquellos casos en que la información disponible es insuficiente para ofrecer un análisis conclusivo, se esbozan los requerimientos futuros de datos y de análisis para avanzar en la investigación de los aspectos abordados.

³ Fisher *et al.* 1995a y Díaz *et al.* 1995, respectivamente

El documento está organizado en los siguientes capítulos:

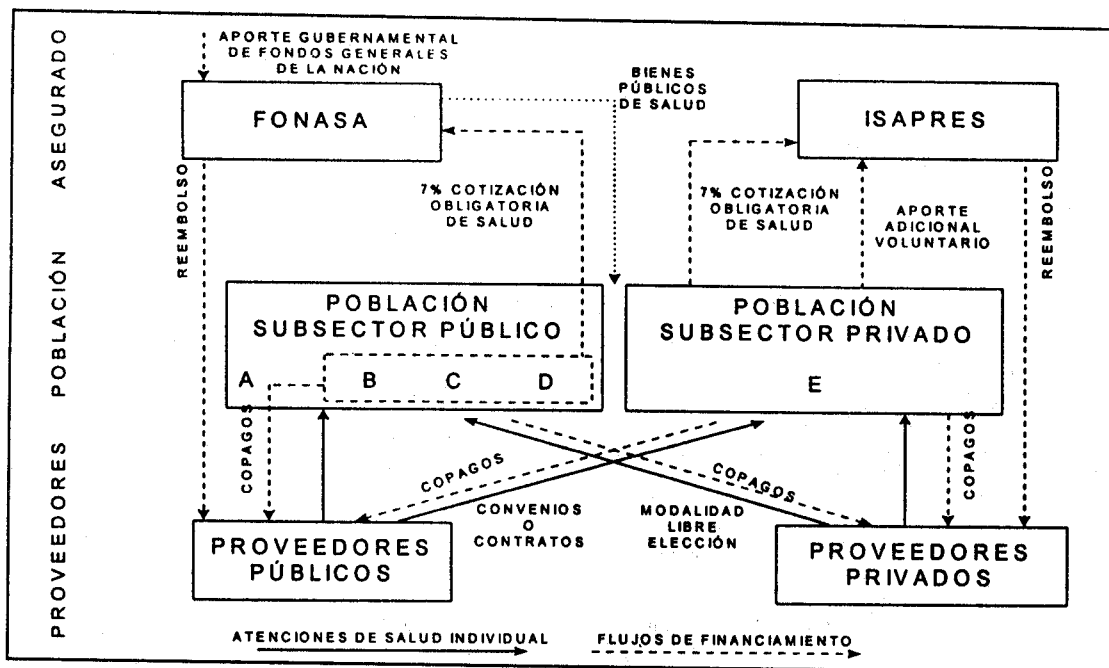
Tabla 1.1
Organización del documento

CAPÍTULO	TÍTULO	CONTENIDO
Capítulo 2	EL SISTEMA DE SALUD EN CHILE	Breve reseña de la organización y funcionamiento del mercado de la salud en Chile
Capítulo 3	EL SISTEMA ISAPRE	Génesis y evolución de las Isapres
Capítulo 4	RIESGO MORAL	Mecanismos usados por las Isapres para limitar el riesgo moral
Capítulo 5	SELECCIÓN ADVERSA	Mecanismos adoptados por las Isapres para limitar la selección adversa
Capítulo 6	OTROS PROBLEMAS DE INFORMACIÓN	Tópicos de información en el mercado de las Isapres
Capítulo 7	GASTO MÉDICO EN ISAPRES E INVERSIÓN PRIVADA EN INFRAESTRUCTURA MÉDICA	Análisis de tendencia del gasto en salud de las Isapres y de la inversión privada en infraestructura
Capítulo 8	RENTABILIDAD EN ISAPRES Y COMPETENCIA	Grado de competencia entre las distintas Isapres y análisis de rentabilidad
Capítulo 9	SATISFACCIÓN DE LOS CONSUMIDORES	Grado de satisfacción de los beneficiarios del sistema Isapre
Capítulo 10	CONSUMO DE ATENCIONES COSTO -EFECTIVAS	Naturaleza de las atenciones financiadas por las Isapres
Capítulo 11	FINANCIAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS	Capacidad del sistema Isapre para financiar enfermedades llamadas catastróficas
Capítulo 12	FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN LA TERCERA EDAD	Consideraciones sobre la capacidad de las Isapres para afiliar y mantener a personas de la tercera edad

2. EL SISTEMA DE SALUD EN CHILE

Chile posee un sistema mixto de financiamiento de la salud, con un seguro público y con aseguradores privados (ver Figura 2.1). El primero es administrado por el FONASA mientras que los seguros privados están compuestos esencialmente por entidades aseguradoras llamadas Isapres, creadas a contar de 1981. En 1994 FONASA estimaba un total aproximado de 8.600.000 beneficiarios (62% de la población nacional), incluyendo a aproximadamente 3,6 millones de indigentes y 5 millones de cotizantes y sus cargas (FONASA 1995). A fines de 1994 las Isapres cubrían a poco más de un cuarto de la población del país, o 3,7 millones de personas (Superintendencia de Isapres 1994). El 12% restante de la población incluye a personas que adhieren a sistemas de menor cobertura –incluyéndose entre ellos a entidades de las Fuerzas Armadas, a universidades y a otros seguros privados– y a personas sin seguro de salud.

Figura 2.1
Organización y financiamiento del sistema de la salud en Chile⁴



Fuente: Bitrán 1996^a

⁴ Se excluye de la figura al 12% de la población nacional cubierta por otros sistemas de seguros o de bienestar médicos, como las Mutuales de Seguridad y las Fuerzas Armadas.

La ley chilena requiere que los trabajadores dependientes que cotizan en un sistema previsional aporten el 7% de su renta imponible (con un tope mensual de 60 Unidades de Fomento⁵) a su sistema de salud, pudiendo ellos escoger entre el FONASA o una Isapre. Para el FONASA, la suma de estos aportes constituye una fuente importante (34,8% en 1993), pero no exclusiva, de financiamiento. La principal otra fuente de fondos es el aporte del Estado proveniente de fondos generales de la nación (46,3% en ese año). Las Isapre se financian principalmente a partir de la cotización de salud de sus afiliados. En 1994 el gasto público en salud fue de aproximadamente \$570.000 millones, o \$66.270 por beneficiario del sistema público⁶ (ambas cifras en moneda de Diciembre de 1994), habiendo aumentado esta última cifra, en términos reales, en un 78% entre 1990 y 1994 (FONASA 1995). En 1994 las Isapres abiertas gastaron un promedio de \$97.830 (misma moneda) por beneficiario, cifra que en términos reales se mantuvo constante entre 1990 y 1994 (Superintendencia de Isapres 1994).⁷

Los beneficiarios indigentes del FONASA que reciben atención médica en el sistema público de salud obtienen atención gratuita. Además, los cotizantes y sus cargas pueden optar por obtener atención médica ambulatoria general y de especialidad con un proveedor privado mediante la Modalidad de Libre Elección del FONASA, para lo cual deben efectuar un copago en función de su ingreso. Los beneficiarios cotizantes del FONASA de mayor ingreso también deben efectuar un copago por su atención en establecimientos del sistema público (ver más abajo). Los beneficiarios de las Isapres generalmente están sujetos a copagos, deducibles y máximos. Desafortunadamente, no existen estimaciones del gasto de bolsillo de las personas en atenciones de salud. Puesto que la posibilidad de afiliación a una Isapre depende en gran parte del ingreso del individuo —el 7% de su ingreso debe ser lo suficientemente elevado para aspirar a comprar un plan de salud con una Isapre— los afiliados a estas instituciones pertenecen predominantemente a grupos de ingresos más altos que los beneficiarios del FONASA. En 1990, el 73% de los afiliados a Isapres pertenecían a los dos quintiles de ingreso más elevados, mientras que el 55% de los afiliados al FONASA pertenecían a los dos quintiles más bajos de ingreso.

La provisión de la salud también es mixta en Chile. El sistema público está constituido principalmente por los Servicios de Salud —que a lo largo del país totalizan 27 y ofrecen atención secundaria y terciaria— y por los consultorios primarios de salud administrados por las municipalidades. En su conjunto, los Servicios constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Las Isapres otorgan atención de salud a sus beneficiarios principalmente a través de proveedores privados.

En 1992 el país contaba con 42.900 camas hospitalarias, de las cuales un 75% pertenecía al sector público. En la actualidad, se estima que el SNSS emplea a 65.000 funcionarios mientras que el sistema de consultorios municipales da trabajo a otros 16.500. No existen estimaciones del número de personas que trabajan en la provisión privada de servicios de salud. El volumen de atenciones curativas y preventivas otorgadas a través del SNSS y en los consultorios municipales revela la importancia del sector público en la provisión. En 1992, éste capturaba alrededor del 75% de los controles preventivos de la madre y el niño ocurridos en el país; el 40% de los partos; el 80% de las hospitalizaciones; y el 84% de las urgencias (Araiz y Puentes).

⁵ El valor de una Unidad de Fomento (U.F.) a mediados de Enero de 1996 era de aproximadamente \$12.500, o US\$31 a la tasa de cambio de 1US\$ = \$405. El tope mensual imponible era de \$750.000 (US\$1,852), cuyo 7% para salud era de \$52.500 (US\$129).

⁶ Son beneficiarios del sistema público las personas clasificadas como indigentes (grupo A en la Figura 2.1), los afiliados cotizantes del FONASA (Grupos B, C, y D) y las cargas familiares de estas personas.

⁷ Son Isapres abiertas aquellas que ofrecen sus planes de salud a la población en general. Las Isapres cerradas restringen sus servicios a grupos específicos de población, como por ejemplo los empleados de alguna empresa de gran tamaño. En 1994, las Isapres cerradas gastaban por beneficiario aproximadamente el doble que las abiertas.

Chile enfrenta una situación de salud compleja debido a la coexistencia de problemas de salud ligados al subdesarrollo, a estilos de vida poco saludables y al envejecimiento de la población (Ministerio de Salud 1994). Sin embargo, como se aprecia en la Tabla 2.1, el país exhibe buenos indicadores globales de salud en relación con las demás naciones de Latinoamérica, aún cuando existen inequidades en salud como resultado de desigualdades sociales, económicas y en el acceso a los servicios médicos (Araiz y Puentes). Un diagnóstico de salud efectuado en 1992 revela importantes diferencias regionales en mortalidad y en disponibilidad de recursos médicos (Ministerio de Salud 1995). Estudios anteriores también identificaban dichas brechas (Sistemas Integrales 1992).

Tabla 2.1 Indicadores económicos, demográficos y de salud en Chile y otros países de Latinoamérica

	ARGENTINA	MÉXICO	CHILE	BRASIL	VENEZUELA	PERÚ	COLOMBIA
Indicadores demográficos							
Población en 1993 (millones)	33.8	90.0	13.8	156.5	20.9	22.9	35.7
Tasa anual de crecimiento de la población (%)							
1970-1980	1.6	2.9	1.6	2.4	3.4	2.7	2.2
1990-2000	1.0	1.9	1.3	1.4	2.2	1.8	1.4
Tasa de fertilidad (niños por mujer)							
1970	3.1	6.5	4.0	4.9	5.3	6.0	5.3
1993	2.7	3.1	2.5	2.8	3.2	3.3	2.6
Indicadores de salud							
Esperanza de vida al nacer (años)							
1960	67	56	55	52	67	N.D.	58
1993	72	71	74	67	72	66	70
Tasa de mortalidad infantil (por 1,000 nacidos vivos)							
1970	52	72	78	95	53	108	74
1993	24	35	16	57	23	63	36
Años de vida perdida por 1,000 habitantes, 1990	12	17	13	26	13	N.D.	11
Prevalencia de la desnutrición (menores de 5 años), 1991 (%)	N.D.	14	2	13	5	N.D.	12
Niños con bajo peso al nacer, 1990 (%)	N.D.	5	7	15	N.D.	N.D.	17
Indicadores de cobertura de servicios de salud							
Tasa de cobertura vacuna triple DPT, 1990-91 (%)	84	64	91	75	54	71	84
Tasa de cobertura vacuna sarampión, 1990-91 (%)	99	78	93	83	54	59	75
Partos asistidos en 1985 (%)	N.D.	N.D.	97	73	82	N.D.	51
Recursos médicos							
Doctores por cada 1,000 habitantes (1988-1992)	2.99	0.54	0.46	1.46	1.55	1.03	0.87
Relación enfermera a doctor (1988-1992)	0.2	2.5	0.8	0.1	0.5	0.9	0.6
Camas hospitalarias por cada 1,000 habitantes (1985-1990)	4.8	1.3	3.3	3.5	2.9	1.5	1.5
Ingreso nacional y gasto en salud							
PGB per capita 1993 (US\$)	7,220	3,610	3,170	2,930	2,840	1,490	1,400
Gasto total en salud per cápita en 1990 (US\$)	138	89	100	132	89	N.D.	50
Gasto total en salud como porcentaje del PIB en 1990	4.2	3.2	4.7	4.2	3.2	N.D.	4.0
Gasto público en salud per cápita en 1990 (US\$)	82	45	72	88	49	N.D.	23
Gasto público en salud como porcentaje del PIB en 1990	2.5	1.6	3.4	2.8	2.0	N.D.	1.8
Gasto privado en salud en 1990 (US\$)	56	45	28	44	40	N.D.	27
Flujos de asistencia externa para salud como porcentaje del gasto total en salud en 1990	0.2	0.9	0.7	0.4	0.1	N.D.	1.6

Fuente : Bitrán 1996^a, elaborado en base a datos de Banco Mundial 1994 y 1995.
N.D. : No disponible.

3. EL SISTEMA ISAPRE

Este capítulo explica la génesis de las Isapres y caracteriza a estas instituciones desde el punto de vista del seguro de salud que ofrecen, y de la evolución de su número y afiliación a través del tiempo.

3.1 Génesis

A comienzos de la década del 70, Chile presentaba una economía cerrada, protegida y con una amplia participación del Estado. A partir de 1974 se comenzó a gestar una transformación estructural del modelo de desarrollo económico pasando progresivamente a una economía abierta y con participación preponderante de la iniciativa privada.

En este nuevo esquema el papel del Estado pasó a ser principalmente normativo y regulador, con un rol subsidiario que propendió a limitar su participación a aquellas actividades que, por consideraciones económicas o de seguridad de la nación, no pueden o no deben ser desarrolladas por el sector privado.

Con anterioridad a la reforma, en salud el Estado ejercía múltiples roles: un rol regulador y normativo y un rol activo como asegurador y prestador de servicios de salud. En cuanto al seguro de salud, el Estado tenía el monopolio en la captación y administración de recursos previsionales de la salud; en lo relativo al rol de prestador, tenía una infraestructura propia que reunía a más del 90% de las camas hospitalarias del país, concentrando igual parte de los egresos hospitalarios. Además, el sector público otorgaba más del 75% de las atenciones ambulatorias. En este contexto el sector privado tenía una participación marginal como proveedor, con seguros de salud casi inexistentes.

Si bien el Estado mantuvo su rol de asegurador con el llamado “seguro público de salud”, y de prestador a través del SNSS, la reforma del sector salud fomentó una creciente privatización de sus acciones y estimuló, además, la actividad privada en un ambiente de competencia.

Con la reforma el Estado perdió la exclusividad sobre la administración de las cotizaciones para los beneficios previsionales y de salud; si bien ambas siguen siendo obligatorias para todos los trabajadores dependientes, bajo el nuevo régimen previsional el trabajador pudo escoger las instituciones donde confiar sus contribuciones. Las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), creadas en 1980, son instituciones privadas que captan y manejan las cotizaciones destinadas a la jubilación mediante un sistema de capitalización individual. El trabajador puede escoger entre distintas AFP de acuerdo a la que ofrezca mayor rentabilidad a sus fondos. Las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), también privadas, fueron creadas por ley en 1981. A partir de ese momento algunos trabajadores –aquellos cuyos ingresos se los permitían– pudieron ejercer la opción de destinar su cotización obligatoria al sistema público (FONASA) o a alguna de las muchas Isapres.

Con el pasar de los años tanto el gobierno como las propias Isapres, vieron la necesidad de una crear una autoridad que rigiese el funcionamiento de estas instituciones para corregir algunas imperfecciones del sistema. Hasta 1990, era el FONASA quien

desempeñaba dicho rol, además de administrar el seguro público de salud. No obstante, en ese año se creó la Superintendencia de Isapres cuyas funciones son fiscalizar, actuar como árbitro en las disputas entre afiliados e Isapres y generar información para favorecer la transparencia de ese mercado.

3.2 Caracterización de las Isapres

Esta sección describe el contrato de salud que establecen las Isapres con sus afiliados, y luego presenta la evolución del número de Isapres en el mercado y de su afiliación.

3.2.1 El contrato de salud

Características del contrato

Las Isapres son empresas que ofrecen *seguros de salud* mediante un *contrato* pactado entre éstas y el *afiliado*⁸. El contrato puede otorgar cobertura a sólo un individuo (es decir el afiliado), o bien al grupo familiar (el afiliado más su cónyuge, hijos y otras cargas familiares legales o no legales). Por *beneficiario* del seguro se entiende tanto el afiliado como sus cargas incluidas en el contrato.

Puede optar al sistema Isapre todo trabajador dependiente, es decir aquel que está sujeto a una relación contractual con un empleador, el cual por ley debe retener el 7% del sueldo imponible del trabajador. Dicho monto es canalizado por el empleador directa y automáticamente hacia el FONASA (el seguro público de salud) o, en caso de así solicitarlo el trabajador, hacia una Isapre de su elección. También pueden optar voluntariamente a las Isapres los trabajadores independientes.

Así como la ley establece un monto mínimo de cotización —el 7% antes mencionado— también establece un máximo legal. Éste último ha sido fijado en 4.2 Unidades de Fomento mensuales (aproximadamente US\$ 133), lo cual, como se explicó anteriormente, equivale al 7% del sueldo tope imponible legal de 60 U.F. (US\$ 1,900 por mes). No obstante ese máximo legal para la cotización obligatoria, el *precio* del contrato Isapre no tiene limitaciones legales: el cotizante y la Isapre pueden pactar voluntariamente el precio de la prima por encima de las 4.2 U.F.⁹

Para permitir la incorporación al sistema Isapre de cotizantes de menores ingresos o con muchas cargas, desde 1986 el Estado provee de un subsidio mensual de hasta 1 U.F. para el cotizante y de 0,5 U.F. por cada una de sus cargas (Jara y Vergara 1996). Este subsidio tiene un tope del 2% de su sueldo imponible y, además, la cotización total (es decir el 7% más el subsidio) no puede exceder las 4,2 U.F. por grupo familiar.

La Isapre tiene la facultad de revisar anualmente los contratos de salud, readecuar sus precios, las prestaciones convenidas y el monto de sus beneficios para todos los afiliados que tengan un tipo de contrato, o *plan de salud*. Sin embargo, las Isapres tienen prohibido hacer cambios a subgrupos de afiliados dentro de un mismo plan. La ley establece que en caso que el afiliado no acepte los cambios al contrato, la Isapre debe ofrecerle planes alternativos en condiciones “equivalentes”, pudiendo el afiliado aceptar

⁸ Por afiliado se entiende quien efectúa su cotización a la Isapre. En este documento se usará indistintamente las expresiones afiliado y cotizante en el ámbito de las Isapres.

⁹ A primera vista esto último podría dar lugar a una asimetría entre el seguro público de salud y las ISAPRE: el primero no puede aspirar más que a la cotización legal del 7% con su tope, mientras que las ISAPRE pueden recaudar por encima del tope. En la práctica esta asimetría no se hace efectiva por cuanto la mayoría, sino la totalidad, de los trabajadores que perciben sueldos iguales o superiores a 60 U.F. mensuales, por decisión individual pertenecen a ISAPRE. El FONASA, sin embargo, no persigue el objetivo de competir como asegurador con las ISAPRE.

alguna de las opciones o desafilarse. Si el afiliado estima que este nuevo ofrecimiento no reúne las condiciones de equivalencia antes mencionadas, podrá recurrir a la Superintendencia de Isapres, la que resolverá como árbitro arbitrador dichas diferencias.

La ley permite que el afiliado se pueda cambiar de Isapre en cualquier momento una vez transcurrido un año de permanencia; sin embargo el contrato es de duración indefinida para la Isapre la cual puede deshauciarlo solamente ante incumplimiento de las obligaciones contractuales del afiliado (por ejemplo el no pago oportuno de la prima mensual o la violación de los términos del contrato por parte del asegurado), o por mutuo acuerdo entre Isapre y afiliado. La nueva Ley de Isapres contempla la posibilidad de pactar planes de salud por un tiempo definido, removiendo el derecho a desahucio por parte del afiliado, aún cuando el contrato es de duración indefinida para la Isapre.¹⁰

Los contratos deben incluir información suficiente sobre todas las variables relevantes en el seguro de salud que están determinadas por la ley.

Servicios ofrecidos y coberturas

Se obliga a las Isapres a incluir en sus planes de salud todas aquellas prestaciones otorgadas por el FONASA; ello representa una lista de por lo menos 2.000 tipos distintos de atenciones, desde la consulta curativa ambulatoria, hasta procedimientos complejos de atención terciaria. De acuerdo a esta restricción, lo que distingue a un plan de salud de otro es la inclusión de prestaciones suplementarias a las requeridas por FONASA y el nivel de cobertura financiera de las atenciones. Por ley existe un mínimo de cobertura, sin embargo, igual al 25% de la cobertura general¹¹. Además, el seguro debe tener efecto inmediato prohibiéndose los períodos de espera para todas las enfermedades excepto las preexistentes (ver discusión de ellas en Capítulo 5).

Por otra parte, el afiliado tiene derecho a algunas prestaciones gratuitas ambulatorias que tienen relación con la prevención y promoción de la salud. Estas consisten en (1) un examen de salud preventivo anual; (2) control del embarazo y puerperio para la mujer; y (3) control de salud del recién nacido hasta los seis años de edad.

La Ley exige también otras coberturas obligatorias a las Isapre; éstas son conocidas como *subsídios por incapacidad laboral o atenciones pecuniarias*. Primeramente, la Isapre debe pagar el sueldo de sus afiliados, con un tope mensual de 60 U.F., mientras éstos gocen de un permiso o licencia médica debido a un problema de salud. Este beneficio se conoce con el nombre de *licencia curativa*, y tiene por objetivo asegurarle un nivel mínimo de ingreso al afiliado mientras permanece incapacitado para trabajar. El costo del subsidio es financiado por las Isapres con fondos propios.

En segundo lugar, las Isapres también otorgan a sus afiliadas el *Subsidio Maternal* y el *Subsidio Por Enfermedad del Niño Menor de Un Año*. El primero consiste en pagar a la mujer embarazada su sueldo mensual, con un tope de 60 U.F., durante los tres últimos meses de su embarazo y durante los tres primeros meses después del parto.¹² El segundo también le permite a la madre gozar de un sueldo (con la misma cota superior) para cuidar a un hijo menor de un año que se encuentra enfermo. Estos dos últimos subsidios son entregados por las Isapres, pero su financiamiento es de origen público y proviene de fondos generales de la nación. La justificación de estos dos subsidios responde

¹⁰ Asociación de ISAPRES A.G. 1996.

¹¹ Se excluye la cirugía plástica para embellecimiento, hospitalización para reposo y atención particular de enfermería, prestaciones para curar enfermedades producto de la guerra o actos delictuales del afiliado, las preexistencias (ver Capítulo 5) y las cubiertas por otras leyes.

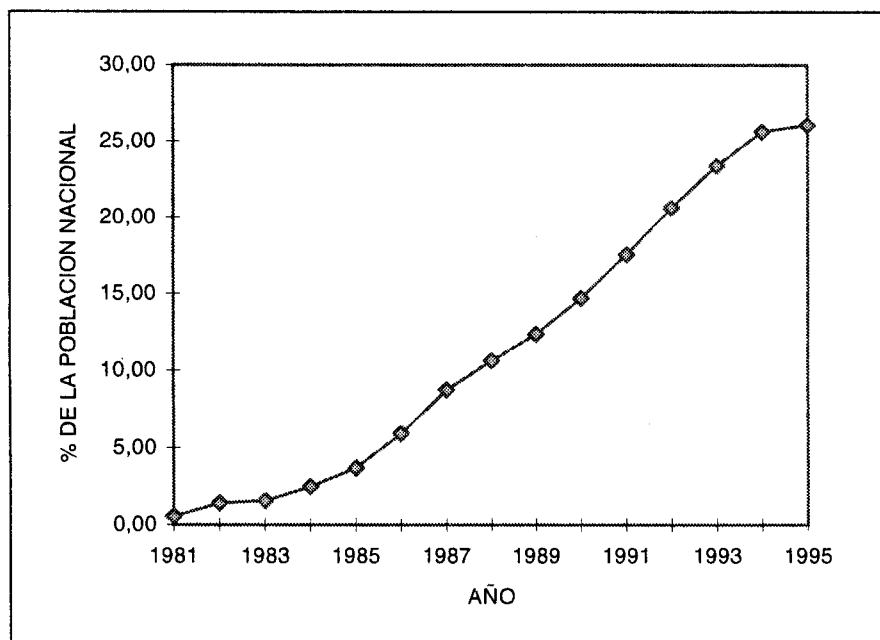
¹² Si el parto se posterga más allá del período pronosticado por el médico éste emite una licencia prenatal suplementaria y la Isapre debe pagar un sueldo proporcional a este tiempo.

principalmente a consideraciones de equidad entre hombres y mujeres en el mercado del trabajo, aunque también se puede argumentar que estos subsidios conllevan externalidades positivas sobre la salud del niño (Bitrán *et al.* 1996b).

3.2.2. Evolución de las Isapres

El sistema Isapre ha experimentado altas tasas anuales de crecimiento de la afiliación desde su inicio en 1981 –tasas superiores al crecimiento de la población general. Éstas han disminuido en años recientes, sin embargo, hasta el punto en que en la actualidad se estima que el crecimiento del sistema es nulo. En diciembre de 1995 las Isapres contaban con 1.615.046 cotizantes, los cuales tenían 2.092.459 cargas, para totalizar una población beneficiaria de 3.707.505 personas, o un cuarto de la población nacional (Figura 3.1).

Figura 3.1
Beneficiarios de Isapres como porcentaje de la población nacional



Fuente: Superintendencia de ISAPRE 1996^a.

El estancamiento en el crecimiento del sistema plantea importantes desafíos a las Isapres y marca una nueva etapa en la vida de estas instituciones. La realidad actual exige que para crecer cada Isapre debe tratar de atraer afiliados desde otras Isapres, aumentando la competencia y posiblemente también los gastos de administración y ventas. Otra posibilidad, para la cual las Isapres parecieran estar preparándose, es lograr ofrecer planes de salud a precios más módicos, de modo de poder continuar con su expansión hacia las poblaciones de menores ingresos.¹³

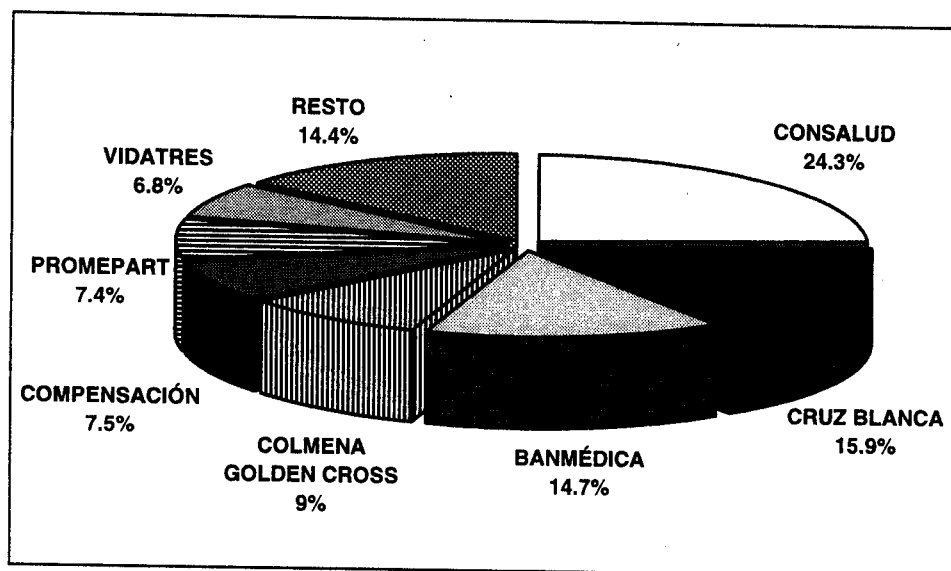
¹³ En entrevistas con los autores, los ejecutivos de algunas Isapres indicaron estar estudiando estrategias para expandir su cobertura hacia sectores de ingresos más bajos, aunque no revelaron el contenido de dichas estrategias.

3.2.3. Número y tipos de Isapres y participación de mercado

Las Isapres se dividen en abiertas y cerradas. Estas últimas pertenecen generalmente a empresas y son una forma de bienestar social a sus trabajadores por lo que no tienen fines de lucro; en 1995 representaron un 6,6% de las cotizaciones obligatorias y no más de un 4,0% de los cotizantes.

Las Isapres abiertas son aquellas que ofrecen sus servicios a la población general. Éstas son empresas con fines de lucro, a excepción de Consalud y Promepart. A fines de 1995 las abiertas totalizaban 21, de las cuales 3 concentraban más del 50% del mercado (medido en ingresos por cotización) y 7 cubrían a más del 95% de la cotización obligatoria y el 83% del total de las cotizaciones. La participación de mercado de las Isapres cambia al usar distintas medidas: número de cotizantes, número de beneficiarios o los ingresos por la cotización legal obligatoria o por contribuciones totales de los afiliados. La Figura 3.2 presenta la participación de mercado de las Isapres abiertas en 1995, usando como medida la proporción de la masa de cotizaciones legales.

Figura 3.2
Distribución de la cotización obligatoria entre Isapres, 1995

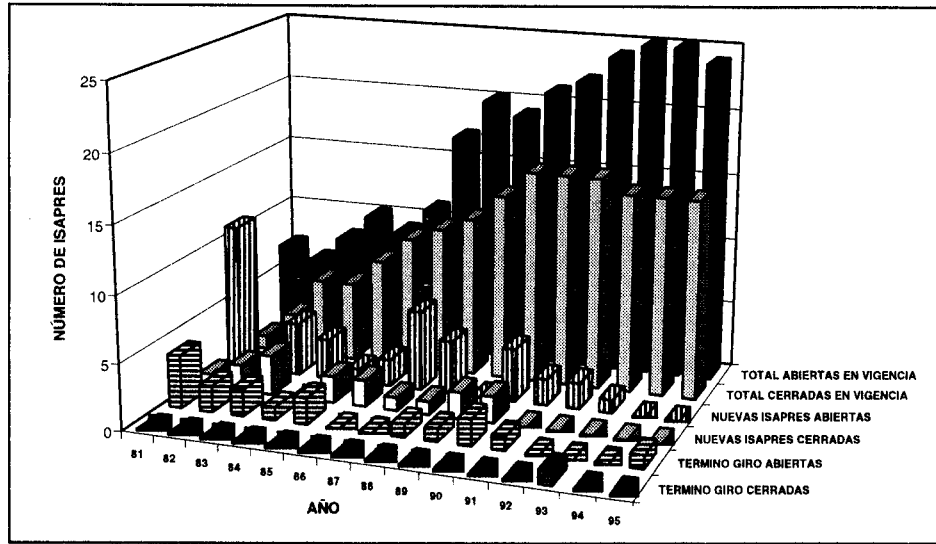


Fuente: Superintendencia de ISAPRE 1996^a.

Así como se ha estabilizado el volumen de afiliados en años recientes, también lo ha hecho el número de Isapres en el mercado. Como se aprecia en la Figura 3.3, en los últimos tres años sólo ha habido cambios marginales en el número total de Isapres abiertas y cerradas. A diferencia de lo observado en los años siguientes a la creación de las Isapres, cuando surgían y desaparecían varias instituciones abiertas y cerradas por año, en períodos recientes ello ha ocurrido con poca frecuencia, observándose un mercado maduro en lo relativo a su tamaño.

Como se indicó más arriba, el estancamiento en afiliación y número de Isapres observado recientemente posiblemente señala el término de una etapa en el desarrollo de la industria de estas entidades en Chile. Muy probablemente, una expansión significativa de estas instituciones ocurrirá sólo en la medida en que se produzca un cambio estructural en el sistema de salud chileno.

Figura 3.3
Evolución del número de Isapres abiertas y cerradas, 1981-1995



Fuente: Superintendencia de Isapres 1996^a.

3.3 Caracterización de la población Isapre

3.3.1 Sexo y edad de los beneficiarios

Los hombres constituyen aproximadamente dos tercios de los cotizantes y la mujeres un tercio, situación que se invierte en las cargas; por ello, hombres y mujeres están igualmente representados a nivel de los beneficiarios (ver Tabla 3.1).

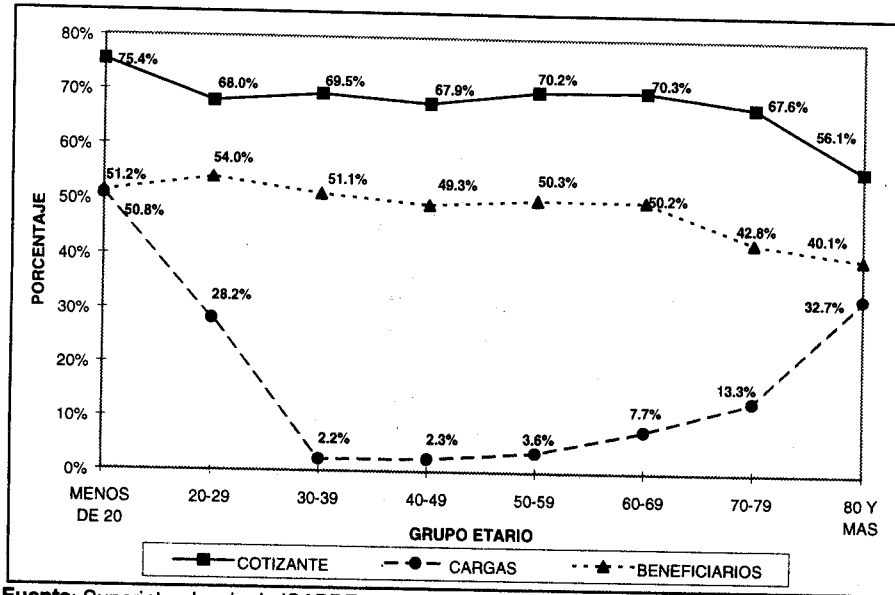
Tabla 3.1
Cotizantes cargas y beneficiarios por sexo: números y porcentajes, 1995

	PERSONAS			PORCENTAJES		
	COTIZANTES	CARGAS	BENEFICIARIOS	COTIZANTES	CARGAS	BENEFICIARIOS
Hombres	1.135.561	798411	1.933.972	68,9	37,8	51,5
Mujeres	513.664	1316013	1.822.837	31,1	62,2	48,5
Total	1.649.225	2.114.424	3.756.809	100,0	100,0	100,0

Fuente: Superintendencia de Isapres 1996^a.

La Figura 3.4 muestra el porcentaje de hombres en cada grupo. La mayoría de los cotizantes son hombres, siendo esta representación mayor entre los más jóvenes, lo que concuerda con su participación en el mercado del trabajo. Respecto a las cargas, en menores de 20 años hay igual porcentaje en ambos sexos lo que concuerda con la distribución de los hijos en las familias. Para edades mayores el porcentaje cae dramáticamente; esto se debe a que los hijos se incorporan al mercado del trabajo y dejan de ser cargas, mientras que las esposas son la carga principal del cotizante varón. El porcentaje de hombres aumenta progresivamente desde esa edad en adelante.

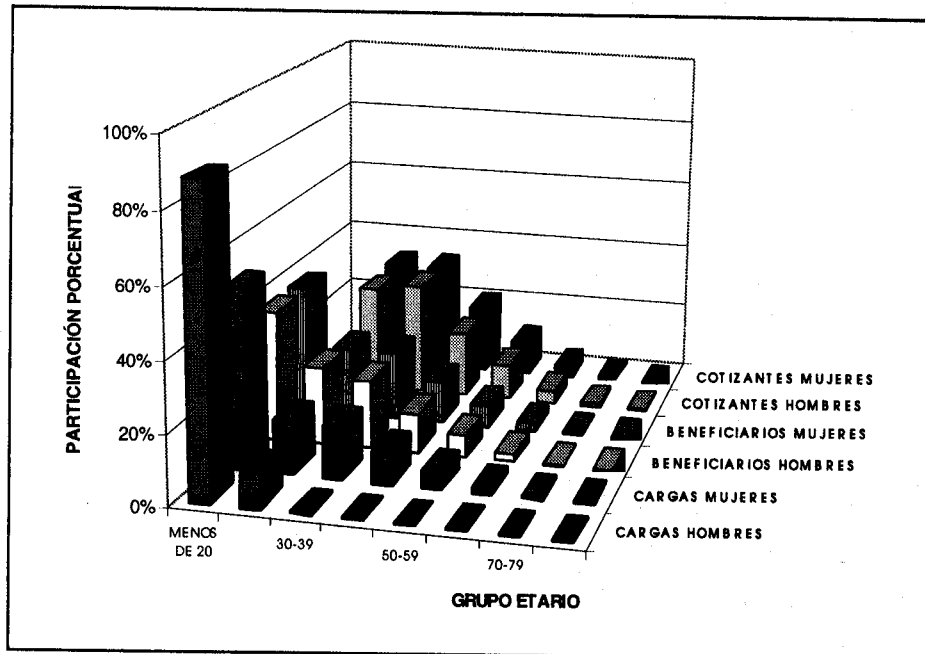
Figura 3.4
Porcentaje de hombres en cada grupo etáreo



Fuente: Superintendencia de ISAPRE 1996b.

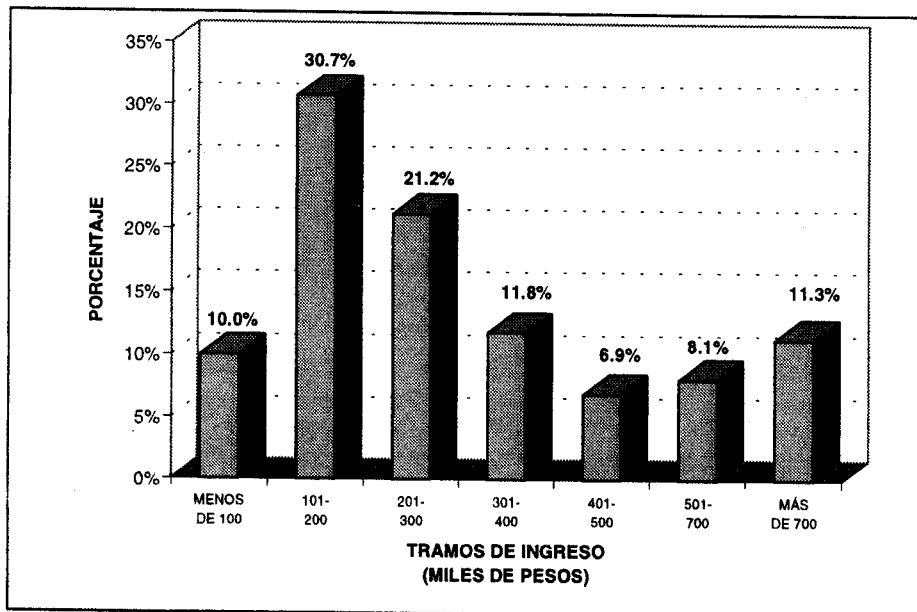
Los menores a 20 años de nivel socioeconómico alto por lo general son estudiantes que no han ingresado al mercado laboral, permaneciendo como cargas de sus padres. Esta situación se hace menos frecuente en los tramos etarios más altos. (Figura 3.5). De esta forma los menores de 20 años tienen gran participación en las cargas y baja participación en los cotizantes.

Figura 3.5
Distribución porcentual por edades para los cotizantes, cargas y beneficiarios (1995)



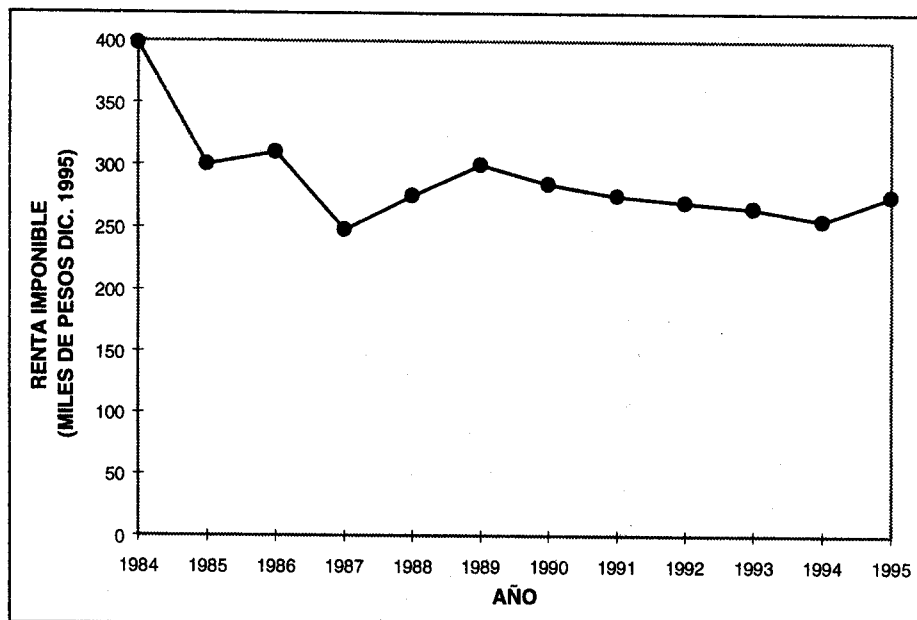
Fuente: Superintendencia de Isapres 1996^a.

Figura 3.6
Distribución de los cotizantes de acuerdo al ingreso imponible



Fuente: Superintendencia de ISAPRE 1996^a.

Figura 3.7
Evolución de la renta imponible real promedio



Fuente: Superintendencia de ISAPRE 1996^a [Series Estadísticas].

3.3.2. Ingresos de los cotizantes

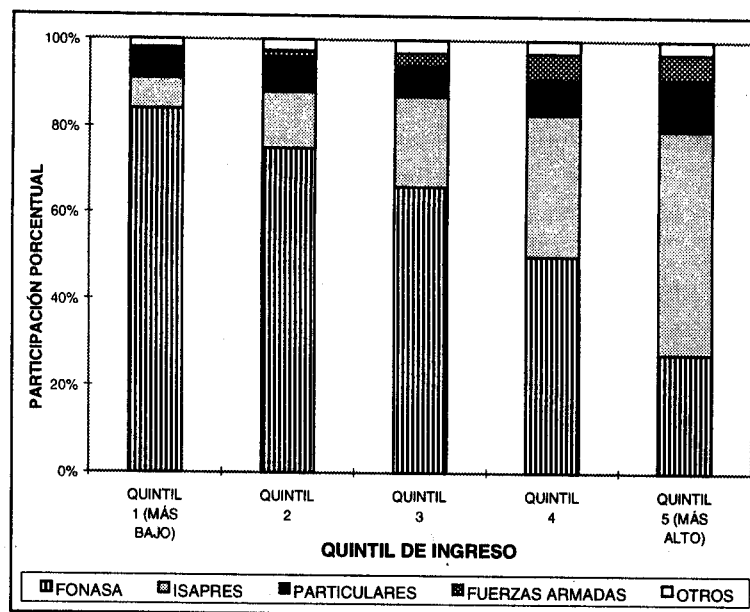
La distribución del ingreso imponible de los cotizantes alcanza un máximo en el rango de 245.000 a 366.000 pesos, donde se ubica casi el 16% de los cotizantes (Figura 3.6). Alrededor de éste, el ingreso se distribuye asimétricamente teniendo mayor participación los ingresos superiores -asimetría semejante a la distribución del ingreso nacional.

La renta imponible promedio de los cotizantes ha disminuido en términos reales en el período 1984-1995 (Figura 3.7). Esto se debe a dos causas: la primera es que en un comienzo las Isapres focalizaron sus esfuerzos de captación hacia el sector de personas de ingresos más altos. Segundo, el subsidio estatal para promover la afiliación a Isapres de personas de menores ingresos se implantó en 1990, fecha a partir de la cual se acentúa la caída del ingreso medio real.

En la Figura 3.8 se muestra la participación porcentual de los distintos tipos de previsión en salud según quintil de ingreso. A mayor ingreso es menor el porcentaje de personas adscritas al sistema público de salud, aumentando los adscritos a las Isapres. También tienen un leve crecimiento los adscritos a las Fuerzas Armadas (FFAA) y los que no pertenecen a ningún sistema (particulares).

Si bien el salario promedio de los cotizantes Isapre ha ido disminuyendo, la mayoría de los beneficiarios que ingresan pertenecen a los tres últimos quintiles de ingreso¹⁴. Para el período 1990 -1994 la mayor cantidad de ingresados está en el 2º quintil seguido por el 3º y por el 1º. Como los quintiles no tienen la misma cantidad de personas se evalúa el cambio en la participación que tienen los beneficiarios de FONASA en el propio quintil. En la Figura 3.9 se muestra este cambio para el período 1987-1990 y se ve que la mayor diferencia porcentual la tiene el segundo quintil seguido del primero y por el tercer quintil.

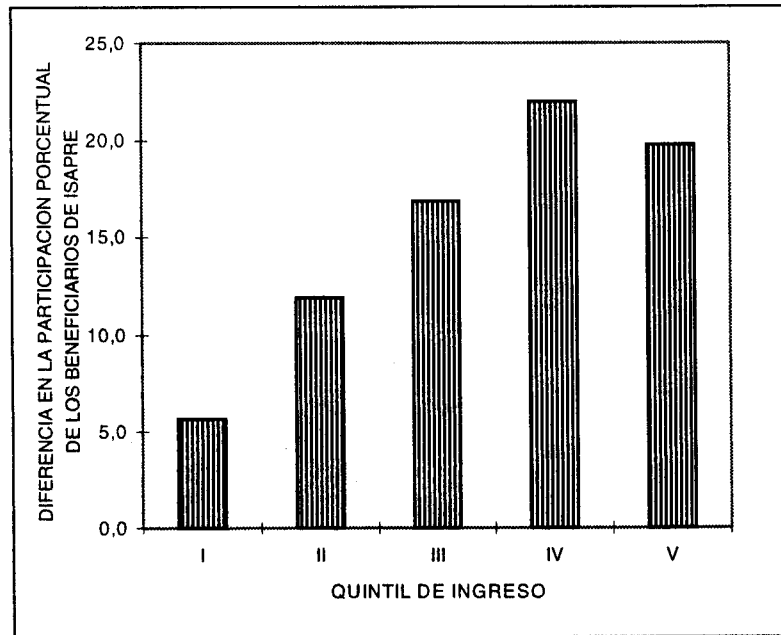
Figura 3.8
Ingreso y participación porcentual de los sistemas previsionales de salud



Fuente: Encuesta CASEN 1994

¹⁴ Los quintiles de ingreso se ordenan desde los menores a mayores ingresos, estando los más pobres en el primer quintil y los más ricos en el quinto quintil.

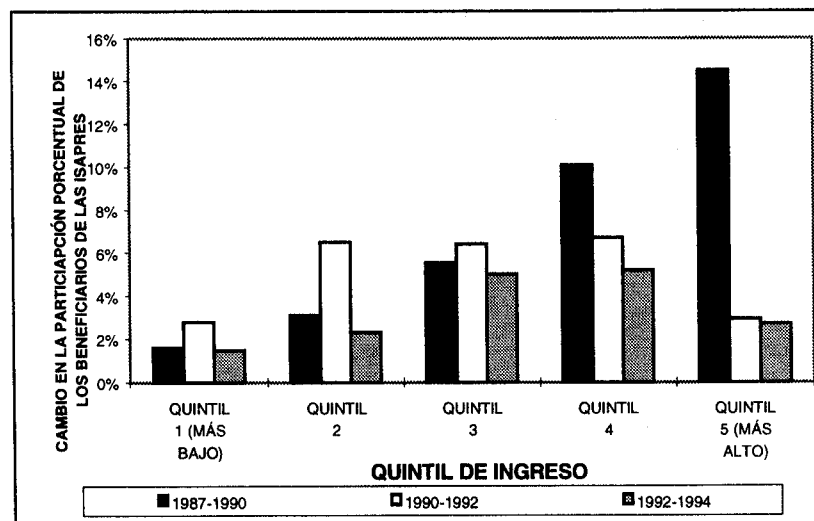
Figura 3.9
Diferencia en la participación porcentual de los beneficiarios de Isapres 1987-1994



Fuente: Ministerio de Planificación y Cooperación 1992, 1996(b)

Al analizar estas diferencias por sub-períodos se ve que entre 1987 y 1990 el quintil donde los beneficiarios de ISAPRE aumentaron más su participación fue el primero. En los dos períodos subsiguientes el aumento de participación mayor es en los quintiles 3º y 4º (también el mayor aumento de beneficiarios netos). Esto muestra que el sistema ISAPRE cambió su crecimiento hacia los quintiles 2º y 3º principalmente.

Figura 3.10
Diferencia en la participación porcentual de los beneficiarios de Isapres en los períodos 1987-1990, 1990-1992, 1992-1994



Fuente: Ministerio de Planificación y Cooperación 1992, 1996^a y 1996b.

3.4 Provisión de servicios médicos

Las cifras de consumo de servicios médicos de las Isapres muestran una evolución a través del tiempo, cuya significancia varía según el tipo de prestación médica. La Tabla 3.2 presenta, para los años impares, el número de prestaciones médicas otorgadas por las Isapres en los últimos diez años. Puesto que el número de beneficiarios del sistema Isapre evolucionó en forma importante durante ese período, las cifras de utilización presentadas han sido expresadas por beneficiario.

Tabla 3.2
Número de prestaciones médicas anuales por beneficiario,
Isapres abiertas, 1985-1995

PRESTACIONES	1985	1987	1989	1991	1993	1995
Consultas médicas	3.62	3.48	3.76	3.40	3.43	3.11
Exámenes de laboratorio	1.94	1.80	2.11	2.43	2.51	2.63
Exámenes radiológicos	0.51	0.62	0.56	0.58	0.58	0.60
Procedimientos apoyo clínico	1.12	0.95	1.43	1.57	1.58	1.68
Intervenciones quirúrgicas	0.51	0.68	0.09	0.08	0.07	0.07
Días cama	0.27	0.32	0.39	0.32	0.26	0.25
Partos vaginales	0.02	0.02	0.01	0.01	0.01	0.01
Partos cesáreas	0.02	0.01	0.02	0.02	0.01	0.01
Otras prestaciones	0.35	0.57	0.24	1.00	1.04	1.06

Fuente: Superintendencia de ISAPRE 1996^a.

Como se puede apreciar, el número de consultas médicas por beneficiario ha excedido las tres unidades anuales, con una aparente tendencia leve hacia la disminución en años recientes, aproximándose a las 3 visitas. Lo contrario se observa para los exámenes de laboratorio, los exámenes radiológicos (aunque en menor medida) y los procedimientos de apoyo clínico. Para estos tres tipos de prestaciones, la tendencia ha sido hacia el alza.

El número de intervenciones quirúrgicas ha experimentado cambios dramáticos, desde cifras muy elevadas en 1985 y 1987, años en que más de la mitad de los beneficiarios se habría sometido a una intervención quirúrgica, hasta 0,07 intervenciones anuales en 1993 y 1995. El número de días camas alcanzó un máximo de 0,39 en 1989, para luego disminuir progresivamente hasta 0,25 en 1995. Esta cifra indica que en ese último año, en promedio uno de cada cuatro beneficiarios de las Isapres pasaba un día hospitalizado. La evolución de los días cama no ha seguido a aquella de las intervenciones quirúrgicas. Esto sugiere que la alta variación que se observa para estas últimas puede deberse a un problema de clasificación –por ejemplo, es posible que hasta 1989 se incluía en la categoría de las intervenciones quirúrgicas a aquellas que se efectuaban en forma ambulatoria, y que luego ello habría cambiado, reportándose en este ítem sólo las operaciones que requieren de hospitalización. Las tasas de partos en general han disminuido para estabilizarse en un promedio de 0,02 por persona al año. Por otra parte, el número de las otras prestaciones casi se ha triplicado en ese decenio, desde 0,35 en 1985, hasta 1,06 en 1995.

Es interesante comparar las estadísticas de prestaciones de las Isapres con aquellas del FONASA, contenidas en la Tabla 3.3. Las primeras tres columnas de la tabla muestran la utilización por beneficiario por la vía de la Modalidad Libre Elección del FONASA (es

decir, con proveedores privados o en el pensionado de hospitales públicos, ver nota a la Tabla 3.3). El denominador usado para derivar la utilización per cápita es el número de beneficiarios FONASA que tienen derecho a acceder a esa modalidad. Las tres columnas siguientes muestran las prestaciones totales otorgadas por la Modalidad Institucional (es decir, en establecimientos públicos), usando como denominador a los beneficiarios indigentes del FONASA, quienes no tienen derecho a la Modalidad Libre Elección. Finalmente, las tres últimas columnas de la tabla combinan las cifras de utilización de ambas modalidades, dividiéndolas por el número total de beneficiarios del FONASA. Esta última información es la más susceptible de ser comparada con las estadísticas provenientes de las Isapres.

Se observa que el FONASA otorga prácticamente el mismo número de consultas médicas a sus beneficiarios que las Isapres –un poco más de 3 consultas anuales en promedio por persona. Por otra parte, el FONASA brinda más exámenes de laboratorio que las Isapres, pero menos exámenes radiológicos. También provee un mayor número de intervenciones quirúrgicas anuales por beneficiario –un 43% más– y más de tres veces el número de días cama. Estas dos últimas diferencias sustanciales en las estadísticas de utilización sugieren en parte diferencias importantes en las características de las poblaciones beneficiarias de ambos sistemas. Se debe aclarar, sin embargo, que pueden existir muchas otras razones que expliquen las diferencias en las cifras de utilización, además de la hipótesis anterior.

Tabla 3.3
Número de prestaciones médicas anuales por beneficiario, FONASA,
1993-1995¹⁵

PRESTACIONES	MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN			MODALIDAD INSTITUCIONAL			AMBAS MODALIDADES		
	1993	1994	1995	1993	1994	1995	1993	1994	1995
Consultas médicas	N.D.	1.01	1.04	2.45	2.51	2.50	N.D.	3.08	3.09
Exámenes de laboratorio	N.D.	0.91	0.98	2.75	3.02	3.21	N.D.	3.54	3.77
Exámenes radiológicos	N.D.	0.17	0.19	0.26	0.28	0.30	N.D.	0.38	0.41
Procedimientos apoyo clínico	N.D.	0.64	0.69	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Intervenciones quirúrgicas	N.D.	0.02	0.02	0.09	0.09	0.09	N.D.	0.10	0.10
Días cama	N.D.	0.13	0.12	0.80	0.79	0.77	N.D.	0.87	0.84

Fuente: Elaborado por los autores en base a FONASA 1995 y FONASA 1996.

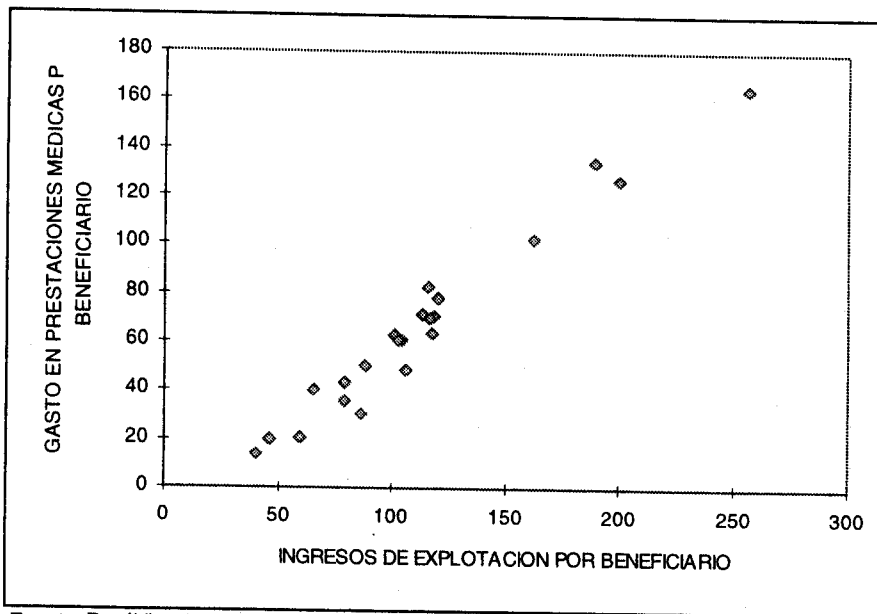
N.D. No disponible

3.5 Estructura de ingresos y costos de las Isapres

Las Isapres abiertas han cubierto un espectro amplio del mercado, ubicándose en distintos nichos según el precio de sus primas, determinado por la capacidad de pago de sus afiliados. Este fenómeno se ilustra en La Figura 3.11, donde cada punto representa la equivalencia entre los ingresos y gastos de explotación de cada una de las Isapres abiertas en 1995.

¹⁵ En 1995, el número total de beneficiarios del FONASA era de 8.467.867 personas, de las cuales 4,803,134 eran beneficiarios de los grupos B, C y D, con acceso a la Modalidad Libre Elección del FONASA –la cual permite a estas personas a acceder a proveedores privados mediante un copago– y 3.663.733 eran beneficiarios indigentes, sin acceso a esa modalidad.

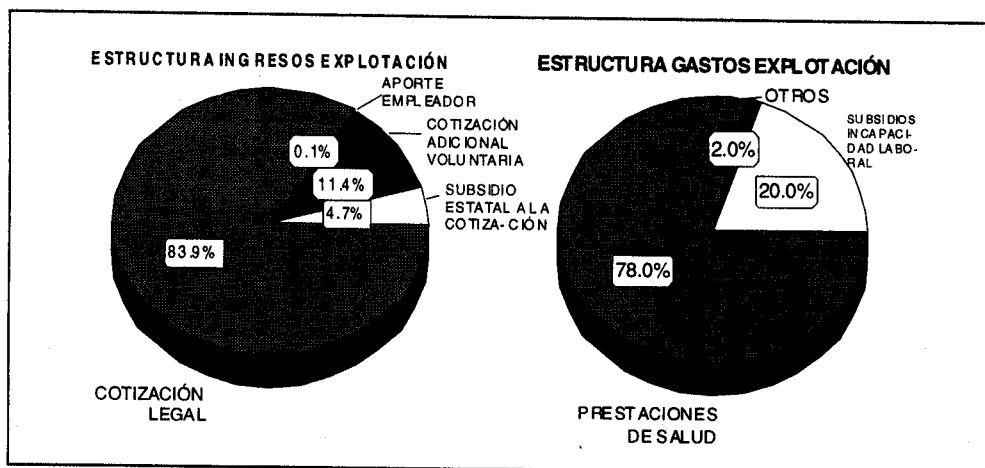
Figura 3.11
Ingresos de explotación y gasto en prestaciones por beneficiario
Isapres abiertas, 1995



Fuente: República de Chile, Superintendencia de Isapres, 1996.

En la Figura 3.12 se muestra que los ingresos de las Isapres consisten principalmente en la cotización obligatoria, seguida de la cotización adicional voluntaria y del subsidio estatal a la cotización. El aporte adicional de los empleadores es porcentualmente muy bajo.

Figura 3.12
Estructura de ingresos y gastos de explotación, Isapres abiertas, 1995



Fuente: Superintendencia de Isapres, 1996^a.

4. RIESGO MORAL

El *riesgo moral* se define como la propensión que tienen las personas aseguradas a reducir sus acciones orientadas a prevenir el evento asegurado y por lo tanto aumentar las probabilidades de ocurrencia de dicho evento. Quienes adquieren seguros contra robo, por ejemplo, pueden disminuir la cautela con que cuidan de sus bienes, al igual que quienes aseguran su vehículo contra accidentes o su casa contra incendios. En el mercado de los seguros de salud, quienes están asegurados pueden descuidar su salud o bien pueden ser menos conservadores en el momento de decidir qué servicios de salud consumir.

El riesgo moral es un reflejo de la curva de demanda de las personas: al reducir el seguro el costo de la siniestralidad para las personas (es decir el pago de bolsillo que éstas deben efectuar al ocurrir el evento), ellas pueden demandar más servicios de salud que si no tuvieran un seguro, o pueden descuidar su salud al saber que los eventuales gastos asociados a su descuido serán menores que si no estuvieran asegurados.

Para protegerse del riesgo moral, los aseguradores establecen copagos, de modo que en caso de ocurrir el siniestro o demandarse el servicio, el asegurado debe incurrir un pago de su bolsillo. Debido al riesgo moral, mientras menor es el copago que el seguro le exige al asegurado, mayor es el valor de la prima, y viceversa.

Las Isapres hacen uso extenso de los copagos para moderar la demanda por atenciones médicas de sus beneficiarios, aún cuando algunas ofrecen planes voluntarios suplementarios orientados a reducir a un mínimo o completamente los copagos de las personas.

En realidad las Isapres disponen de tres instrumentos para atenuar el riesgo moral: los límites, los copagos y los deducibles.

- *Límites.* Éstos pueden ser en número de prestaciones¹⁶ o en monto. Hay una tendencia cada vez mayor en las Isapres a descansar en este tipo de medida y menos en copagos.¹⁷
- *Copagos.* Éstos representan la proporción del precio de la prestación médica que debe asumir el cotizante. Como se indicó anteriormente, la ley establece un límite inferior al coseguro (el porcentaje del valor de la prestación que es de responsabilidad de la Isapre), de modo que el copago no puede ser superior al 75% del valor de la prestación. Un estudio que abarca el 75% de los cotizantes de las Isapres abiertas¹⁸ mostró que el 97,5% de los cotizantes tenían un copago anual promedio de 32%; además, éstos correspondían a copagos de menos de \$500.000. Para el 2,5% restante de los cotizantes, los copagos fueron mayores llegando a un 47% para aquellos gastos mayores o iguales a 5 millones de pesos (aproximadamente US\$ 12.500, ver Capítulo 11).

¹⁶ La reforma a la ley de 1995 prohíbe contratos con límite por número de prestaciones.

¹⁷ Comunicación oral del depto. de estudios de la Superintendencia de ISAPRES

¹⁸ Díaz C. *et al.* 1995

- *Deducibles.* Estos consisten en que el afiliado paga el total de los gastos médicos que incurre hasta un cierto monto, llamado deducible. Si los gastos exceden el deducible, la Isapre paga el total de la diferencia entre aquellos y el deducible. Están orientados a disminuir los gastos administrativos debido a eventos de poco monto. El único deducible que se permite tanto en el FONASA como en el sistema Isapre es en el pago de las licencias médicas por enfermedad. Los primeros dos días de licencia no se pagan.

La demanda por seguros de salud surge del deseo de las personas –la gran mayoría de las cuales son aversas al riesgo– de eliminar la probabilidad de catástrofe financiera en caso que ocurra un siniestro de salud de alto costo en relación al ingreso o patrimonio familiar. Por este motivo uno esperaría que la demanda por seguros de salud consistiese principalmente en una demanda por cobertura de eventos de baja probabilidad de ocurrencia y de alto costo de tratamiento. Ello no es el caso, sin embargo. Muchos planes de salud ofrecidos por las Isapres emplean límites y copagos que en esencia no eliminan la posibilidad de catástrofe financiera para el asegurado. Estos planes, en cambio, reducen el gasto de bolsillo del asegurado para eventos de salud más frecuentes y fáciles de anticipar (por ejemplo gripes) y con un menor costo.

Es muy probable que si se removiera la obligatoriedad de la cotización para salud, aún cuando se conservase la obligatoriedad de poseer un seguro de salud, muchas personas elegirían adquirir seguros para catástrofes solamente, dejando sin asegurar los problemas frecuentes y de bajo costo, o asegurándolos solamente en forma parcial. El que el grado de aseguramiento sea limitado para algunas personas en el sistema Isapre, entonces, responde a la obligatoriedad de la cotización. Esta práctica es reforzada por el hecho que existe un sector público que finalmente está dispuesto a acoger a quienes son incapaces de cubrir de su bolsillo el costo de sus problemas catastróficos de salud.

5. SELECCIÓN ADVERSA

En el ámbito del mercado de los seguros en general, se entiende *por selección adversa* a aquel fenómeno en virtud del cual quienes anticipan hacer un mayor uso de los servicios cubiertos por el seguro tienen una mayor propensión a asegurarse. En el mercado de los seguros de salud, quienes esperan hacer mayor uso de las atenciones de salud ofrecidas por el seguro –por ejemplo mujeres embarazadas o que planean quedar embarazadas, o individuos enfermos o con antecedentes familiares de ciertas enfermedades– tienen una mayor tendencia a comprar el seguro que un individuo promedio.

La selección adversa es motivada por una falla de información en el mercado de los seguros: los individuos que buscan asegurarse poseen mejor información sobre su estado actual y esperado de salud que la empresa aseguradora. Las empresas aseguradoras de salud disponen de algunos mecanismos que les permiten reducir –pero no totalmente eliminar– la selección adversa. Estos incluyen (1) la suscripción de grupos grandes de personas, donde por la ley de los grandes números el riesgo individual se reparte entre muchos y el *pool* de individuos presenta un riesgo médico agregado no diferente al de la población general; (2) la adopción de exclusiones, a través de las cuales quedan fuera del seguro ciertos problemas de salud, como enfermedades preexistentes o de alto costo; y (3) someter a los postulantes al seguro a exámenes médicos y a un análisis de su historial clínico para identificar a quienes presentan riesgos elevados.

Debido a la selección adversa, los seguros vendidos a individuos son generalmente más caros que aquellos vendidos a grupos. Esto sucede porque el asegurador invierte más recursos en evaluar el riesgo del individuo (por ejemplo haciendo exámenes médicos), y porque se protege contra la posibilidad de no haber detectado problemas médicos cobrando una prima más elevada que a los individuos pertenecientes a un grupo.

Los conceptos expuestos en los párrafos anteriores establecen bases conceptuales simples para analizar el problema de la selección adversa en el mercado de las Isapres. Con la información disponible sobre las Isapres, sin embargo, no es posible determinar si la selección adversa es un problema mayor, aunque hay evidencias aisladas que sugieren que ello sería el caso. Por ejemplo, se ha reportado que algunos médicos especialistas recomiendan a sus pacientes que se afilien a aquellas Isapres que ofrecen mejor cobertura para los problemas del paciente.¹⁹

Un tema directamente relacionado con la selección adversa es la situación contraria, donde el seguro de salud conoce el riesgo del afiliado y discrimina entre afiliados, excluyendo o subiéndole la prima a los más riesgosos. Este tema es discutido en la Sección 5.2.

5.1. Mecanismos de selección usados por las Isapres

Para protegerse contra los riesgos que resultan de la selección adversa las Isapres disponen de diversas herramientas, a saber:

¹⁹ Fisher 1995 (b).

- *Contratos colectivos.* La Isapre negocia con un grupo de trabajadores pertenecientes a una empresa, en lugar de hacerlo individualmente con cada trabajador. En la actualidad se estima que 35-40% de los cotizantes de Isapres abiertas pertenecen a planes colectivos.²⁰
- *Enfermedades preexistentes.* La ley establece un período de espera de hasta 18 meses donde pueden haber restricciones a la cobertura para las preexistencias declaradas. Después de este período, las prestaciones asociadas a las enfermedades preexistentes tienen el mismo régimen que el resto. En el caso de no declaración de la preexistencia, la nueva ley establece un plazo de cinco años después del cual, si la enfermedad no se ha manifestado, todo tratamiento posterior del problema debe estar cubierto por la Isapre. La única forma en que la institución puede negarse a tratar esta enfermedad después del período quinquenal es demostrando que el problema requirió de tratamiento en ese lapso y que el afiliado ocultó ese hecho a fin de favorecerse del período de gracia. En el caso de embarazo la ley consigna que la cobertura es proporcional al tiempo que precede el nacimiento. En general, cuando se trata de enfermedades agudas no declaradas de bajo costo, las Isapres no terminan el contrato de las personas que no declaran sus preexistencias, aún cuando tienen la facultad legal para hacerlo. Sin embargo, cuando se trata de enfermedades crónicas de alto costo, como el cáncer, las Isapres en ocasiones expulsan a estos afiliados.²¹
- *Examen médico a postulantes.* Esta estrategia permitiría que la Isapre discriminara entre enfermos y sanos. Sin embargo no se da entre las Isapres, supuestamente porque según estas mismas entidades los exámenes no constituyen una estrategia costo-efectiva. Además, los vendedores no tienen ningún incentivo para detectar preexistencias toda vez que la modalidad general entre las Isapres es compensar a los vendedores en función de sus nuevas afiliaciones.
- *Identificación de hábitos poco saludables.* Las Isapres no despliegan ningún esfuerzo por identificar hábitos que inciden negativamente sobre la salud de sus potenciales o actuales beneficiarios, como el tabaquismo, la obesidad, el alcoholismo y la vida excesivamente sedentaria. El no uso de esta herramienta resulta en la existencia de subsidios cruzados desde los cotizantes con hábitos sanos hacia el resto.
- *Períodos de espera.* Éstos establecen una menor cobertura por parte de la Isapre para ciertos diagnósticos o prestaciones durante un período de tiempo limitado posterior a la afiliación de un nuevo individuo. Esta práctica reduce la selección adversa para enfermedades agudas en aquellos casos en que el paciente, con el propósito de obtener un financiamiento de las prestaciones asociadas a su diagnóstico, se inscribe en una Isapre durante el curso de su enfermedad. Un ejemplo de este tipo de diagnóstico es el embarazo. Cabe notar que los períodos de espera están prohibidos por ley en Isapres, excepto para las enfermedades preexistentes y el embarazo.
- *Exclusión de enfermedades.* Como se explicó en el Capítulo 3 son muy pocas las condiciones donde la ley permite excluir la atención. De éstas las enfermedades preexistentes son las más relevantes.

Se podría concebir un segundo tipo de herramientas, todas financieras, orientadas a hacer que el asegurado asumiese los gastos de las prestaciones de algunas de sus enfermedades preexistentes, ya sea parcial o totalmente. Dichas herramientas podrían incluir los límites, copagos y deducibles (ver capítulo anterior). Estos mecanismos, sin embargo, no serían prácticos para las Isapres. En efecto, si bien limitarían el riesgo financiero de esas entidades, al ser esas instituciones incapaces de distinguir entre postulantes “buenos” (i.e., con bajo gasto esperado) y “malos” (alto gasto esperado), la

²⁰ Comunicación oral del Departamento de Estudios de la Superintendencia de Isapres.

²¹ Idem.

adopción de esas políticas también haría menos atractivos los planes de las Isapres para los postulantes "buenos", reduciendo el tamaño del mercado para las Isapres y su rentabilidad.

5.2. Selección de afiliados

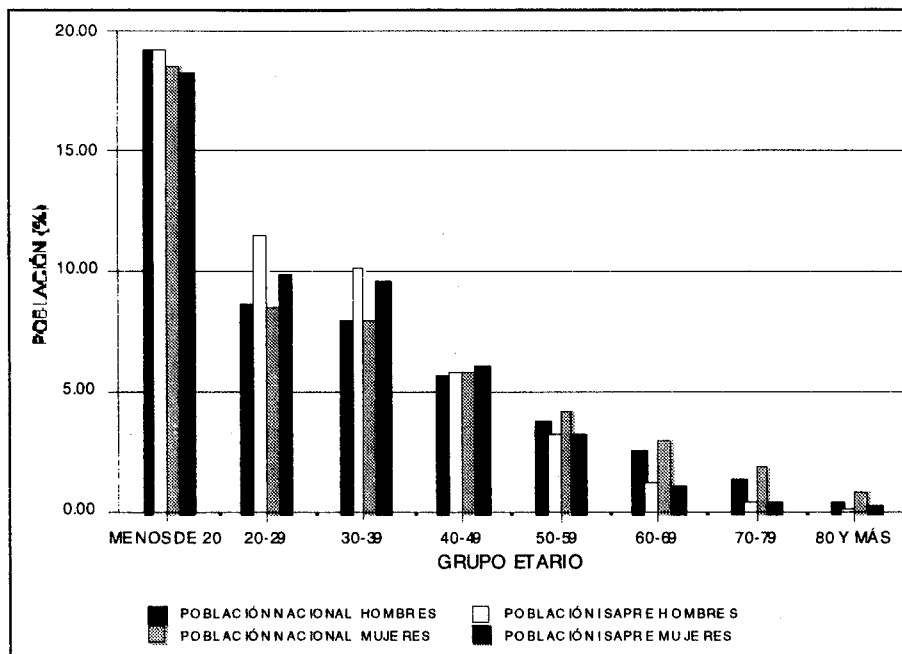
Al conocer el seguro de salud el riesgo médico de un asegurado, puede subir su prima o bien no admitirlo. Sin embargo, para limitar la potencial discriminación arbitraria, la Ley de Isapres establece que éstas sólo pueden fijar primas diferenciadas sobre la base de sexo y edad, y no pueden terminar unilateralmente el contrato de un cotizante. Sin embargo persiste la posibilidad de que la Isapre ejerza discriminación no aceptando la incorporación de ciertos beneficiarios –quienes anticipan son riesgosos–, por cuanto la ley no obliga a las Isapres a aceptar a todos quienes postulan a ellas.

Con el pasar del tiempo, mediante un análisis de la siniestralidad de cada uno de sus beneficiarios, y de grupos de ellos, las Isapres pueden lograr establecer el riesgo de su cartera de asegurados. Esta información les puede permitir rediseñar sus planes a través del tiempo (esto sólo puede ser hecho una vez en el año), con el propósito de ir limitando la siniestralidad de su cartera. La ley supuestamente protege a los beneficiarios a quienes se les cambia el plan, dándoles el derecho de protestar cuando consideran que el plan alternativo que les ofrece la Isapre es inferior al anterior. No obstante, no hay datos que permitan evaluar la frecuencia con que las Isapres cambian de planes a sus grupos menos rentables, ni sobre el número de instancias en que los asegurados sujetos a esta práctica recurren a la Superintendencia de Isapres para reclamar.

Se conciben otras circunstancias que pueden resultar en la selección de afiliados por parte de las Isapres. Por ejemplo, se sabe que muchos cotizantes abandonan su Isapre involuntariamente al dejar de pagar las cotizaciones por cesantía. Si estas personas tienen un historial médico significativo, y además conocido por la Isapre, al querer ingresar nuevamente a una Isapre su condición médica puede ser considerada como una preexistencia. O bien la Isapre puede protegerse ejerciendo su derecho a rechazar al postulante, dejándolo incorporarse a planes de menor cobertura o cobrándole primas más elevadas. De esta forma algunos afiliados quedarán mal asegurados o no podrán continuar en el sistema Isapre. Así, aún cuando las Isapres no puedan expulsar a los afiliados con mayor riesgo de enfermar, ellas disponen de algunos mecanismos que les permiten excluir a las personas más riesgosas. Se presume que con frecuencia estas situaciones resultan en que quienes en algún momento estuvieron en una Isapre, deban abandonar el sistema privado e incorporarse al FONASA.

Desgraciadamente, a la fecha no se ha realizado ningún estudio de los afiliados que han pasado desde el sistema Isapre al FONASA, y de las razones tras ese cambio, por lo que no se ha evaluado la magnitud del traspaso de riesgosos desde el sector privado hacia el sector público. La información de la Figura 5.1 ilustra las diferencias en la distribución etárea entre la población nacional y la población beneficiaria de las Isapres in 1995. Se observa cómo las Isapres favorecen la incorporación de hombres y mujeres jóvenes entre 20 y 39 años en desmedro de la población mayor de 50 años, y particularmente de aquella mayor de 60.

Figura 5.1
Distribución de la población nacional y de Isapres, 1995



Fuentes: Elaborado por los autores en base a INE 1992 y Superintendencia de Isapres 1996^a

6. OTROS PROBLEMAS DE INFORMACIÓN

Para que un mercado sea eficiente se requiere que tanto oferentes como demandantes estén bien informados sobre las características y los precios de los productos transados. Cuando uno de los agentes –oferente o demandante– posee información incompleta, o cuando existen asimetrías de información entre agentes, entonces el mercado no logra un equilibrio eficiente.

En el capítulo anterior se discutió la selección adversa, que constituye un importante problema de información en el mercado de las Isapres. Existen otros problemas de semejante naturaleza en este mercado, sin embargo, originando las siguientes situaciones de asimetrías de información: (1) Asimetría de información Isapre-cotizante, donde la Isapre tiene mayor información que el cotizante; (2) Asimetría de Información médico-Isapre, donde aquél posee mayor información que la institución; y (3) Asimetría de información médico-beneficiario donde el primero tiene mayor información que el segundo. A estos temas se refieren las primeras tres secciones de este capítulo.

6.1. Problemas de Información Isapre-cotizante

Para el cotizante es difícil comparar los seguros ofrecidos por las Isapres dada la heterogeneidad de ellos: en la actualidad coexisten en el mercado más de 8.000 planes distintos vigentes. La mayoría de ellos son planes que fueron vendidos en el pasado, puesto que en la actualidad sólo se ofrecen aproximadamente 1.000 planes diferentes.²² Este número es aún mayor si se suman los planes colectivos. Esta diversidad se debe en gran parte a que los planes de Isapres se compran esencialmente mediante el pago de una prima establecida como un porcentaje del ingreso de las personas. Puesto que los ingresos, y el 7% de ellos, constituyen una variable continua (hasta el tope legal mensual de 60 U.F.), no es sorprendente observar que el mercado ofrece una gran multiplicidad de planes para ajustarse a ese espectro continuo de ingresos. Otra fuente de variación en el número de planes es que en ciudades de tamaño intermedio los médicos especialistas crean una suerte de cartel para negociar mayores tarifas con las Isapres. Esto hace que esas entidades a veces adopten la estrategia de diseñar planes locales a través de sus sedes regionales.

La gran variedad de planes es sin duda un factor que introduce confusión por el lado de la demanda en el mercado de las Isapres. En efecto, puesto que no existe un plan referencial que todas las Isapres deban ofrecer, y al existir un gran número de variables que determinan un plan de salud, los consumidores enfrentan una decisión compleja al tener que escoger su plan dentro de un abanico tan amplio de opciones.

Información anecdótica sugiere que muchos afiliados no tienen un buen conocimiento de su plan de salud, por lo que recién se informan de la verdadera naturaleza de su cobertura en el momento en que ocurre un siniestro médico y descubren la magnitud del reembolso a que tienen derecho y el monto de su gasto de bolsillo.

En general, pareciera que las Isapres tienden a ofrecer mayor cobertura para las prestaciones ambulatorias que son más frecuentes y de menor costo unitario, otorgando

²² Comunicación oral del Departamento de Estudios de la Superintendencia de ISAPRES.

una menor cobertura para eventos hospitalarios de mayor complejidad.²³ Esto es consistente con una estrategia comercial de las Isapre para disminuir los eventuales cambios de Isapre de beneficiarios en desacuerdo con el plan de salud - conocido por el afiliado en el momento del episodio de enfermedad. Los beneficiarios tienen conciencia de sus gastos de salud más frecuentes como la consulta médica y otras prestaciones ambulatorias, lo que crearía incentivos para que la Isapre cubra ampliamente estos eventos en orden a atraer nuevos afiliados.

La diversidad de planes constituye entonces un primer problema de información. Un segundo problema, aunque no totalmente independiente del primero, es la dificultad que enfrenta el cotizante para determinar la verdadera cobertura financiera de su plan. En efecto, la mayoría de las Isapres abiertas poseen aranceles propios para cada una de los varios miles de prestaciones médicas que cubren. Incluso los cotizantes más educados y con mayor capacidad para evaluar la cobertura de su Isapre, encuentran dificultades en determinar el monto que les reembolsaría la Isapre para un problema de salud de mediana a alta complejidad que requiera de hospitalización e intervenciones quirúrgicas. Según la Superintendencia de Isapres, la tendencia actual es que esas instituciones están progresivamente expresando sus aranceles en Unidades de Fomento, unidad públicamente conocida y que se presenta a diario en la prensa. Sin embargo, ello contribuiría sólo marginalmente a solucionar el problema, puesto que permanecerían la heterogeneidad de prestaciones médicas y los niveles variables de reembolso.

Para corregir estos problemas la Superintendencia de Isapres ha realizado esfuerzos tendientes a lograr que los afiliados conozcan sus derechos, y se informen para elegir el plan de salud. Estos consisten en campañas en los medios de comunicación cuyo efecto ha sido evaluado mediante encuestas. Las Isapres, por su parte, sostienen que ofrecen el servicio a sus beneficiarios para decidir cuál es el mejor recinto hospitalario para tratar sus problemas médicos dado el plan de salud que posee cada uno.

6.2. Problemas de información médico-Isapre

El médico es quién hace el diagnóstico y determina el tratamiento que realiza él mismo, otro profesional de la salud, o el propio paciente. Para el que paga el tratamiento, sea el paciente o la Isapre, verificar el diagnóstico y lo adecuado del tratamiento tiene un costo adicional, ya sea en honorarios de un segundo especialista, en el tiempo del paciente o en gastos administrativos adicionales para el seguro. Estos costos de información pueden ser mayores que los beneficios económicos de evitar tratamientos considerados innecesarios. En algunos casos, como en el de las urgencias, donde el diagnóstico y tratamiento deben hacerse en el momento y muchas veces en horarios no hábiles, se hace muy difícil o imposible el control mediante una segunda opinión.

Los médicos tienen los siguientes incentivos para "sobre-prescribir" prestaciones: (1) económicos: mientras más prestaciones otorgue el médico recibe mayores ingresos; (2) comodidad y seguridad: por ejemplo con un mayor número de exámenes de laboratorio es más segura y descansada la labor del médico aunque éstos no tengan un alto rendimiento diagnóstico; se sustituye labor médica por otras prestaciones; y (3) bienestar del paciente.

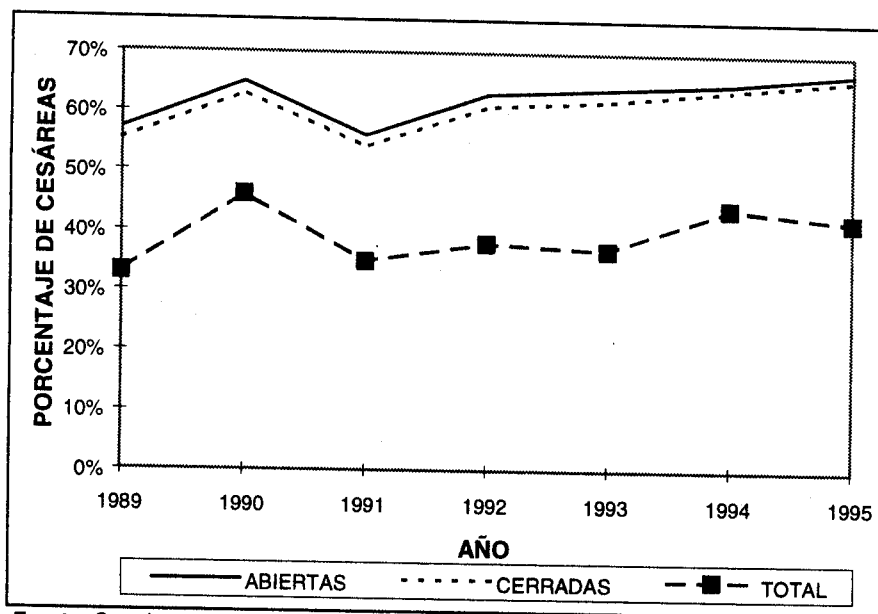
Las estadísticas de prestaciones médicas por beneficiarios presentadas en el Capítulo 3 permiten evaluar, aunque en forma no concluyente, la posible validez de estas hipótesis. En las Isapres abiertas, durante el período 1985-1995 los exámenes de laboratorio han experimentado un alza sostenida desde 1,94 a 2,63 anualmente por beneficiario, mientras que los procedimientos de apoyo clínico han subido de 1,12 a 1,68.

²³ Comunicación oral del Departamento de Medicina Libre Elección y Aranceles del Colegio Médico. En algunos casos las ISAPRE tienen copagos menores a FONASA.

Cesáreas

Los médicos reciben mayores honorarios por la cirugía de cesárea que por el parto normal. En las Isapres abiertas los partos por cesárea representan un elevado porcentaje de los partos totales (60%), siendo esta cifra igual a 68% en FONASA Modalidad Libre Elección. Sin embargo en FONASA atención cerrada, donde el médico recibe un salario fijo, este porcentaje cae a 38%.²⁴ En las Isapres cerradas la cifra es de un 43% –menor que en las abiertas. Estas cifras son el resultado de un aumento progresivo a través de los años como lo muestra la Figura 6.1.

Figura 6.1
Porcentaje de partos con cesárea en Isapres 1995



Fuente : Superintendencia de Isapres 1996a.

Licencias médicas

Como se explicó en el Capítulo 3, la Isapre debe pagar un sueldo al cotizante mientras no trabaje debido a enfermedad, embarazo e enfermedad de niño menor de un año. Las licencias pueden ser rechazadas por la Isapre o el empleador o modificadas por la Isapre; en ambos casos el cotizante puede reclamar a la Superintendencia de Isapres.

El médico no percibe mayores ingresos por emitir una licencia, pero tampoco enfrenta costos por licencia emitida. Al mismo tiempo existe la propensión de los beneficiarios de cambiarse de médico cuando éste es percibido como muy reticente a emitir licencias. Por lo tanto existen los incentivos para que el paciente presione al médico pidiéndole mayor cantidad de licencias. Si a esto se agrega el hecho que la licencias las paga la Isapre, disminuyen los incentivos para restringir las licencias.

Del total de licencias otorgadas, la mayoría son curativas (Tabla 6.1), seguidas por las licencias maternas y del hijo menor de una año. Sin embargo, el número de días pagado por licencia es mayor en las licencias maternas por lo que aumenta su representación en el número de días de licencia y en el costo del pago por licencia.

²⁴ Este último dato es del período Febrero-Junio de 1996, mientras los otros datos son de 1995.

Tabla 6.1
Distribución porcentual y número de días por licencia en Isapres abiertas, 1995

TIPO DE LICENCIA	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL EN LAS DISTINTAS LICENCIAS			NÚMERO DE DÍAS DE PAGO POR LICENCIA
	NÚMERO DE LICENCIAS	NÚMERO DE DÍAS DE LICENCIA	COSTO TOTAL DEL PAGO POR LICENCIA	
Curativas	82,27	63,77	69,94	7,20
Maternales	10,81	31,79	25,87	27,31
Enfermedad hijo menor de 1 año	6,92	4,43	4,19	7,30

Fuente: Superintendencia de Isapres, 1996^a.

La Superintendencia de Isapres realizó un estudio sobre las licencias médicas otorgadas por las Isapres.²⁵ En éste se encontró que el 91% de las licencias son autorizadas sin modificación y el 9% restante se divide en un 6% de licencias autorizadas con modificación y un 3% rechazadas.

En 1994 la tasa de uso de licencias cada 100 cotizantes fue el doble en mujeres que en hombres -90% y 43% respectivamente. Si se excluyen aquellas que corresponden a licencias prenatales suplementarias, que afectan sólo a las mujeres, disminuye la tasa a 79% pero persiste una gran diferencia entre ambos sexos. Esta mayor morbilidad no se explica por edades diferentes dado que los cotizantes de ambos sexos tienen la misma distribución etárea. Esta situación, más el hecho que muchas mujeres que trabajan son dueñas de hogar, sugiere que las licencias pueden ser inducidas debido a necesidades del hogar.

Las licencias tramitadas aumentan con la edad, lo que es esperable dado la mejor salud de los jóvenes (Figura 6.2); tienen una subida rápida hasta el tramo 25-29 años para después subir muy lentamente. Después de la edad de jubilación (60-65 años) cae bruscamente a los niveles más bajos de todos los grupos.

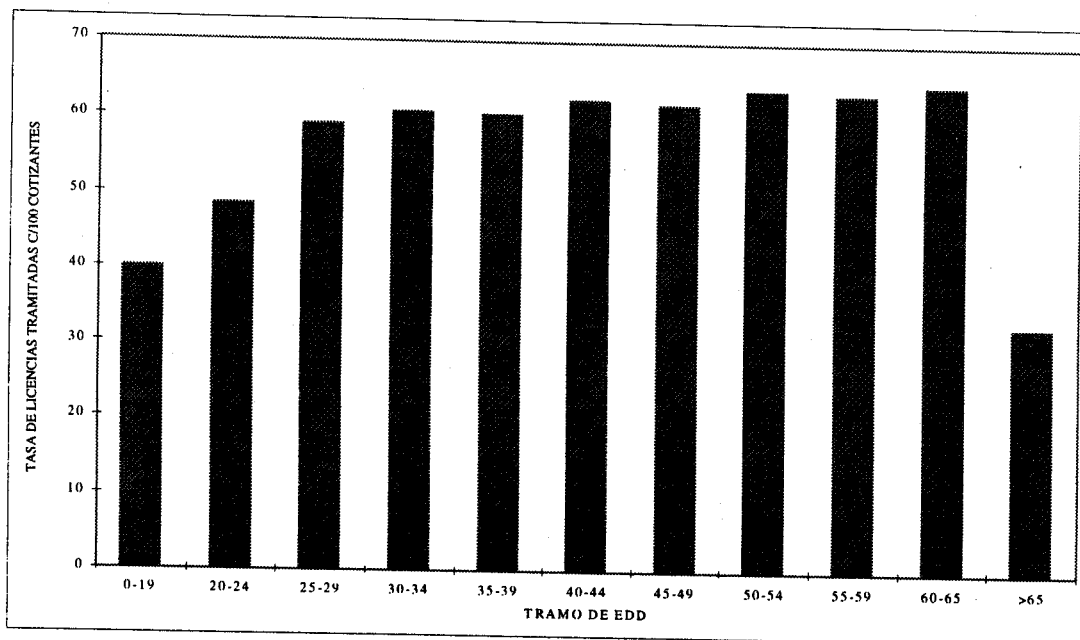
La mayor parte de las licencias se debe a diagnósticos agudos, de corta duración. Entre estas una gran proporción corresponde a diagnósticos difíciles de comprobar como lumbagos y diarreas. Estos diagnósticos son muy frecuentes pero no siempre ameritan la suspensión del trabajo, lo que abre un espacio a la emisión de licencias no siempre justificadas.

6.3 Problemas de Información médico-cotizante

Estos son comunes a todo el área de la salud. En la sección anterior se mencionaron los tres incentivos que los médicos tienen para aumentar el número de prestaciones. De éstos solamente el tercero trata del bienestar del paciente, mientras los dos primeros se refieren al bienestar del médico: económico, mayor comodidad y seguridad en su trabajo. En todo caso el paciente es libre de cambiarse de médico o no seguir sus prescripciones; sin embargo existe asimetría de información que dificulta al paciente saber cuán justificada es cada prestación. Por tanto el médico hace que el paciente tenga mayor cantidad de prestaciones, fenómeno que se conoce como la "inducción de la demanda por la oferta".

²⁵ Superintendencia de Isapres 1995. El estudio se hizo con 9 Isapres que representan el 91% del total de cotizantes de Isapres abiertas.

Figura 6.2
Tasa de uso de licencias tramitadas por cada 100 cotizantes
por tramo de edad en 1994



Fuente: Superintendencia de Isapres 1995.

En la sección pasada se trataron dos situaciones especiales: En el caso de las cesáreas, el médico tiene incentivos para realizar mayor cantidad debido a que le da más comodidad y a que recibe mayor ingreso por ella, este aumento de ingreso es financiado en parte por la Isapre pero también en parte por el paciente. Por tanto el médico no solamente estaría usando su ventaja de información frente a las Isapres sino también frente a los pacientes. Respecto a las licencias médicas, éstas generalmente son solicitadas por el paciente y no constituyen una prestación por lo cual el médico recibe mayor ingreso, por lo que no habría un uso de la asimetría de información médico-paciente.

El aumento de prestaciones no tan necesarias, de parte de los médicos encarece los costos de atención y termina encareciendo el costo del seguro.

Los seguros de salud pueden tener diversos mecanismos para disminuir la inducción de prestaciones de parte de los médicos y así poder contener los costos. Un mecanismo importante es el diseñado por la Isapre Consalud, donde los médicos participan de las utilidades de cada sucursal. Otro mecanismo es adoptar sistemas alternativos al pago por acto, para reembolsar a proveedores. Por ejemplo, pagar no por acto médico sino por problema resuelto (como los DRGs americanos). O bien, contratar a los profesionales de la salud asalariados. El sistema Isapres muestra experiencias limitadas e incipientes en esta materia.

7. GASTO MÉDICO EN ISAPRES E INVERSIÓN PRIVADA EN INFRAESTRUCTURA MÉDICA

7.1 Gasto médico en Isapres

A medida que ha aumentado la población beneficiaria de las Isapres, también lo han hecho sus ingresos y gastos operacionales. En 1985, a sólo 4 años de su creación, las Isapres percibían ingresos de explotación de \$39.000 millones (moneda de diciembre de 1995, Tabla 7.1); en 1990 éstos habían aumentado a \$193.000 millones, para pasar luego a \$419.000 millones en 1995.

**Tabla 7. Error! Unknown switch argument.
Ingreso y costo de explotación en Isapres abiertas, 1985, 1990 y 1995
(millones de pesos de diciembre de 1995)**

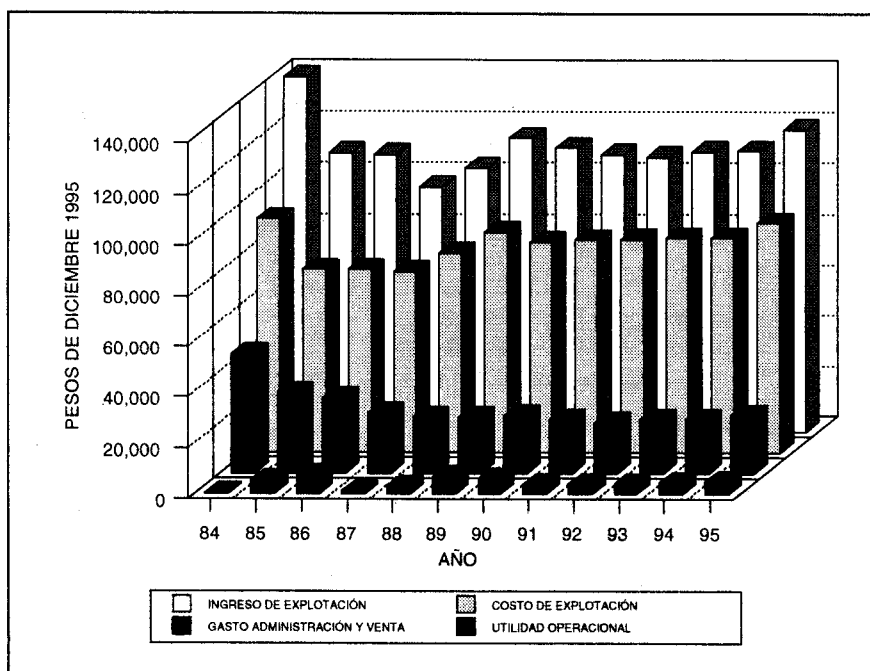
CUENTAS	1985	1990	1995
Ingreso explotación	38.996	193.170	418.981
Costo explotación	25.722	143.444	319.687
Costo explotación sobre ingreso explotación	65.96%	74.26%	76.30%
Gastos médicos y licencias curativas	23.184	130.557	299.508
Gastos médicos y licencias curativas sobre ingreso explotación	59.45%	67.59%	71.48%

Fuente: Superintendencia de Isapres 1996^a

El costo de explotación de las Isapres ha aumentado como porcentaje del ingreso de explotación, situándose en un 76.3% en 1995. Asimismo, los gastos en atenciones médicas a los beneficiarios y en licencias curativas han aumentado progresivamente desde un 59.5% en 1985 hasta un 71.5% en 1995. Estas cifras sugieren que las Isapres han ido aumentando la proporción de sus ingresos destinada al financiamiento de beneficios de su población adscrita, un tendencia que claramente debiera beneficiar a ésta.

Es importante estudiar la evolución de ingresos y gastos de explotación reales (es decir en moneda del mismo año) de las Isapres cuando éstos son expresados por beneficiario. Esta información se presenta en la Figura 7.1. Se observa que en general ingresos y gastos reales por beneficiario han mostrado una gran estabilidad a través de los años, especialmente entre 1989 y 1994. Los gastos de administración y ventas también han mostrado bastante estabilidad en años recientes. La utilidad operacional de las Isapres abiertas, sin embargo, ha sido una variable más volátil. De este modo, en 1991 las Isapres abiertas hicieron una utilidad operacional de \$3.993 por beneficiario (casi diez dólares), en circunstancia que el año anterior habían ganado \$6.037, o US\$15. No obstante, desde 1991 estas Isapres han mostrado un alza sostenida en su utilidad operacional, para llegar a \$5.146. En el capítulo siguiente se explora en mayor detalle el índice de rentabilidad de las Isapres abiertas.

Figura 7.1
Indicadores financieros operacionales por beneficiario,
Isapres abiertas, 1984-1995



Fuente: Superintendencia de Isapres 1996^a.

Tabla 7.2
Ingreso y costo de explotación y utilidad operacional por beneficiario,
Isapres abiertas, 1984-1995
(pesos de diciembre de 1995)

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Ingreso de explotación	139,712	109,737	109,257	96,655	104,092	115,819	111,913	109,233	108,258	110,156	110,560	118,912
Costo de explotación	92,225	72,383	72,322	71,633	78,833	87,045	83,104	84,051	84,158	84,840	84,869	90,731
Gasto administración y venta	46,885	31,816	29,651	23,862	21,981	21,850	22,772	21,190	19,994	21,037	20,975	23,035
Utilidad operacional	602	5,538	7,283	1,160	3,278	6,923	6,037	3,993	4,106	4,280	4,716	5,146

Fuente: Superintendencia de Isapres 1996^a.

Las Isapres cubren a una población beneficiaria diferente a la del FONASA. En particular, la población de las Isapres es más joven, con mayores ingresos, y muy probablemente más sana. Es útil, sin embargo, comparar el gasto médico de ambos sistemas. De acuerdo a la información expuesta en la Tabla 7.3, el gasto total del FONASA en atenciones médicas (excluidas las licencias médicas) en 1995 era de \$415.433 millones, para una población beneficiaria de casi 8.700.000 personas. Las Isapres abiertas, por su parte, gastaron ese año \$238.140 millones en una población adscrita de poco más de 3.500.000 personas. El gasto per cápita de las Isapres, de \$66.542, superaba a aquel del FONASA (\$49.059) en un 36%.

Si se consideran las estadísticas de utilización de FONASA y de las Isapres abiertas presentadas en el Capítulo 3, donde se establecía que FONASA otorgaba un número mayor

de prestaciones per cápita que las Isapres, particularmente en atenciones hospitalarias y que requerirían de cirugía, queda de manifiesto que las Isapres otorgan atenciones de un costo unitario significativamente superior al del FONASA. Estas diferencias se podrían explicar a través de las siguientes hipótesis: Las Isapres abiertas otorgan una atención de mejor calidad (por ser más costosa) que el FONASA; o bien otorgan una atención más oportuna; o bien otorgan mejores servicios de hotelería en hospitales; o una combinación de las anteriores.

Tabla 7.3
Comparación gastos médicos FONASA e Isapres abiertas, 1995
(millones de pesos de 1995)

FONASA		ISAPRES ABIERTAS	
Atención primaria	39,365	Bonificaciones	238,031
Atención secundaria	54,244	Consultas y exámenes	117,714
Atención terciaria	249,476	Programas médicos	109,024
Modalidad Libre Elección	72,348	Dental	5,214
		Otras bonificaciones	6,079
		Prestaciones directas	109
Total	415,433	Total	238,140
Número de beneficiarios	8,667,867	Número de beneficiarios	3.578,797
Gasto medio per cápita (\$)	49,059	Gasto medio per cápita (\$)	66,542

Fuente: FONASA 1996 y Superintendencia de Isapres 1996^a.

7.2. Inversión privada en infraestructura

No fue posible obtener información sobre la magnitud de la inversión privada en infraestructura médica ni sobre su evolución a través del tiempo. Se presume que la creación de las Isapres permitió la canalización de un monto importante y creciente de recursos hacia el sector privado de la provisión de servicios de salud. En efecto, con anterioridad a la creación de estas aseguradoras, la cotización obligatoria de salud de todos los trabajadores dependientes tenía como destino el sistema público. Al surgir las Isapres hubo dos efectos importantes: primero, las personas con ingreso suficientemente elevado pudieron escoger el destino de sus cotizaciones, decidiendo muchas de ellas afiliarse a una Isapre; segundo, la cotización pasó de un 4% a un 7% a los pocos años de creadas las Isapres, lo que aumentó aún más el volumen de recursos canalizados por ley hacia el sector privado. Las restricciones al uso del sistema público por parte de las Isapres, combinada con las preferencias de los primeros suscriptores por acceder a prestadores privados de salud, ejercieron presión para el desarrollo de la infraestructura privada.

Como se muestra en la Tabla 7.4, el número de camas hospitalarias del sector privado en el país prácticamente casi se triplicó entre 1981 y 1992. De este modo, las camas hospitalarias públicas, que en 1981 representaban un 90% de la oferta nacional, disminuyeron ligeramente en ese decenio y, puesto que al mismo tiempo aumentó la oferta de camas privadas, pasaron a constituir sólo el 75% en 1992. Estas cifras confirman la hipótesis sobre el efecto positivo que han tenido las Isapres sobre la inversión privada en salud.

Tabla 7.4
Número de camas hospitalarias públicas y privadas en
Chile, 1981-1992

AÑO	SECTOR PÚBLICO	SECTOR PRIVADO
1981	33,692	3,855
1982	33,904	4,350
1983	33,794	4,989
1984	33,642	7,458
1985	33,435	8,789
1986	33,103	9,185
1987	32,594	9,233
1988	32,850	10,199
1989	32,818	10,366
1990	32,515	10,499
1991	32,295	10,600
1992	32,279	10,600

Fuente: Ministerio de Salud 1994.

La falta de información sobre otra inversión privada en salud impide un análisis más detallado, aunque se sabe que también ha habido un aumento significativo en el número de clínicas y centros ambulatorios privados. Además, la información disponible sugiere que los profesionales de la salud que trabajan en el sector público (en jornada completa o parcial) destinan una parte importante de su tiempo a la práctica privada, en la mayoría de los casos a través de un financiamiento preponderante de las Isapres.

8. RENTABILIDAD DE LAS ISAPRES Y COMPETENCIA

Este capítulo ofrece una breve discusión sobre la rentabilidad de las Isapres abiertas y la competencia en su mercado. Por ser las Isapres cerradas entidades sin fines de lucro y con una misión diferente a las abiertas, se excluye a las primeras del análisis.

La rentabilidad de las Isapres abiertas ha sido motivo de debate. Hay quienes sostienen que éstas obtienen rentabilidades “excesivas” y que una mayor regulación debiera acotar sus beneficios. Las Isapres, por su parte, arguyen que su tasa de rentabilidad es “normal en un sector de gran complejidad y riesgo como lo son los seguros de salud”²⁶.

Con el propósito de examinar la rentabilidad de las Isapres se utilizan aquí dos indicadores financieros. El primero es la tasa de retorno sobre el patrimonio, y se define como el cociente entre la utilidad después de impuestos y el patrimonio contable. Este indicador establece la rentabilidad anual del capital comprometido por los inversionistas en el negocio. En este sentido, es un indicador poderoso por cuanto dice cuán bueno es invertir capital en una Isapre.²⁷ El segundo indicador es la utilidad sobre el ingreso de explotación, igual a la utilidad después de impuestos dividida por los ingresos de explotación.²⁸ Este segundo indicador no refleja la rentabilidad del capital invertido en el negocio, sin embargo. De hecho, empresas con bajo retorno anual sobre los ingresos pueden obtener una alta rentabilidad sobre el capital invertido, o patrimonio, mientras que lo opuesto también puede suceder. Además de este análisis de indicadores, se examina la rentabilidad de las Isapres en relación a su tamaño, medido por el volumen de cotizaciones captadas.

8.1. Retorno sobre patrimonio y sobre ingresos de explotación

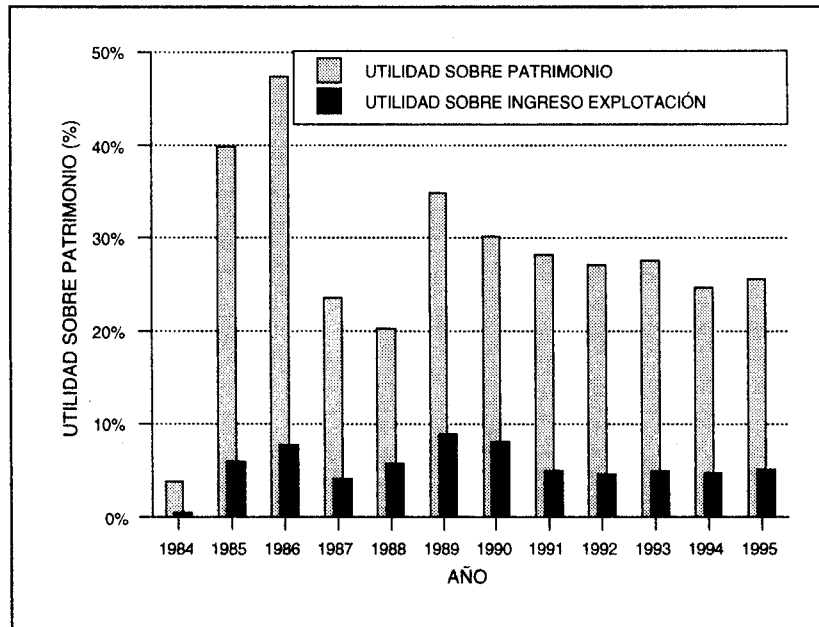
La Figura 8.1 presenta las series *utilidad sobre patrimonio* y *utilidad sobre ingresos de explotación* para las Isapres abiertas en el período 1984-1995. Se observa que en los últimos 7 años el índice *utilidad sobre patrimonio* ha venido disminuyendo y estabilizándose en niveles cercanos al 25%. Los índices de rentabilidad sobre los ingresos de explotación han sido más estables, alcanzando niveles cercanos al 5%.

²⁶ Asociación de ISAPRES A.G. 1996 “*Informe Anual 1996*”.

²⁷ La rentabilidad patrimonial contable se basa en el valor libro del patrimonio empresarial. Una rentabilidad patrimonial contable alta señala que el negocio ha sido bueno para los inversionistas. Pero como el valor patrimonial de mercado de la empresa es típicamente superior al contable —especialmente en Chile en los años recientes— una alta rentabilidad contable sobre patrimonio no necesariamente indica que invertir en ese negocio hoy es rentable. Ello depende de la relación entre el valor de mercado de la empresa (por ejemplo sus acciones transadas en bolsa, en el caso de las sociedades anónimas abiertas) y sus flujos esperados.

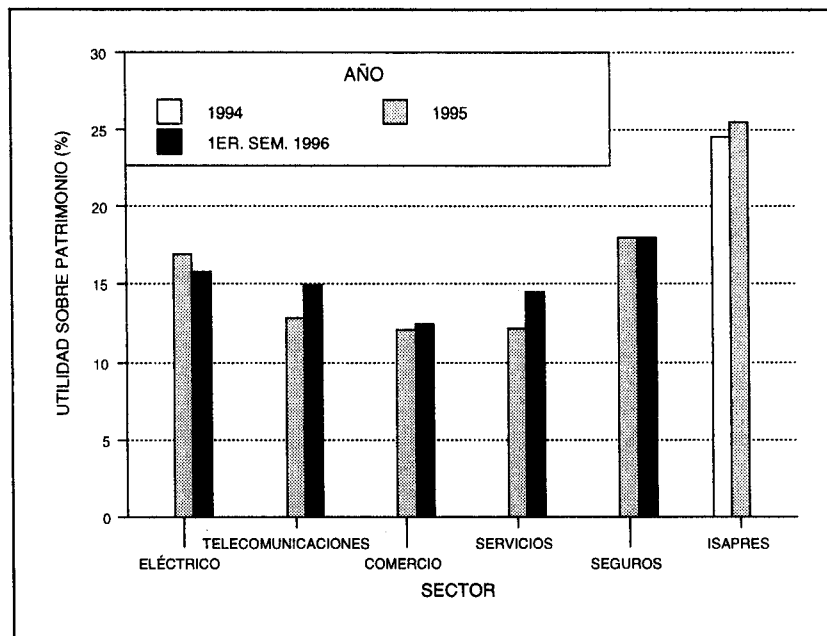
²⁸ Dichos ingresos incluyen la cotización legal; la cotización adicional voluntaria efectuada por el afiliado; la cotización por concepto de la Ley 18.566; y el aporte de los empleadores.

Figura 8.1
Índices de rentabilidad sobre patrimonio y rentabilidad sobre ingresos de explotación, Isapres abiertas, 1984-1995



Fuente: Superintendencia de Isapres, 1996².

Figura 8.2
Rentabilidad anual sobre patrimonio, Isapres abiertas y otros sectores, 1995-96



Fuentes: Superintendencia de Isapres, 1996²; Revista *Estrategia* 1996, para los otros sectores.

Para evaluar la magnitud de los resultados anteriores es necesario comparar dicha rentabilidad con la de empresas en otros sectores de la economía. La Figura 8.2 compara la rentabilidad sobre patrimonio de las Isapres abiertas en los años 1994 y 1995 con aquella de otros sectores de la economía en los años 1995 y primer semestre de 1996. Se puede observar que las Isapres abiertas obtuvieron en 1994 y 1995 rentabilidades del orden del 25%, cifras superiores a aquellas de los otros sectores considerados. Cabe notar que el indicador usa como valor patrimonial el valor contable de las empresas, no su valor de mercado. Los fuertes aumentos reales experimentados por las acciones de las sociedades abiertas en años recientes se traducen en que el valor contable patrimonial es generalmente muy inferior al valor económico dado por el precio bursátil de las acciones. Esto, no obstante, no invalida el análisis, puesto que todos los sectores de la economía –y no sólo las Isapres– se han visto afectados por este fenómeno.

Una segunda observación es que existe gran heterogeneidad en la rentabilidad sobre patrimonio de las diferentes Isapres abiertas, como queda de manifiesto al examinar la Tabla 8.1. En efecto, las Isapres grandes, la mayoría de las cuales ingresaron al mercado tempranamente, obtuvieron en 1995 elevados retornos sobre el patrimonio contable, llegando éstos hasta el 88.4% para el caso de Banmédica y 76.7% para Vida Tres. Una excepción a esta regla es Consalud, empresa sin fines de lucro, que en 1995 obtuvo una rentabilidad patrimonial de tan sólo un 4.6%. Las Isapres medianas y pequeñas, por otra parte, obtuvieron rentabilidades más bajas o negativas.

8.2. Rentabilidad según tamaño

Es razonable presumir que el tamaño de una Isapre, dado por el volumen de recursos captados por concepto de aportes de los asegurados y sus empleadores, debiera influir en la rentabilidad.

Elo por diversas razones; en primer lugar, es posible que existan economías de escala en la operación de las Isapres. Ellas pueden deberse, por ejemplo, a una mayor capacidad por parte de las Isapres grandes a obtener contratos favorables con proveedores médicos, debido al volumen de beneficiarios que manejan. Segundo, se presume que ciertos costos fijos pueden incidir en menor medida en los costos unitarios cuando se alcanzan mayores volúmenes de operación. Tercero, el tamaño está correlacionado con el tiempo de vida de la Isapre. Son grandes aquellas Isapres que han existido durante más tiempo en el mercado, afianzando una reputación, acumulando experiencia y capturando clientes de mayores ingresos.

En la Tabla 8.1 se presenta información financiera para las Isapres abiertas ordenadas de acuerdo a tamaño, medido por los ingresos de explotación. La información expuesta incluye la rentabilidad sobre los excedentes de explotación y la rentabilidad sobre el patrimonio. Se puede observar que las ocho Isapres más grandes tienen rentabilidad positiva, las seis más pequeñas rentabilidad negativa y de las siete Isapres restantes, de tamaño intermedio, algunas tienen rentabilidad positiva y otras negativa. En el análisis que sigue se agrupan a las Isapres en estas tres categorías; se las llamará Isapres grandes, medianas y pequeñas, respectivamente.

La rentabilidad negativa en las pequeñas y positiva en las más grandes sugiere que las economías de escala juegan un papel importante en las Isapres. El hecho que algunas Isapres intermedias tengan rentabilidad positiva sugiere que pueden existir además otros factores que inciden en la misma rentabilidad.

Tabla 8.1
Tamaño y rentabilidad de las Isapres abiertas, 1995

NÚMERO	ISAPRE	INGRESOS DE EXPLOTACIÓN (\$ MILLONES)	MARGINACIÓN PORCENTUAL SOBRE LOS EXCEDENTES DE EXPLOTACIÓN	MARGINACIÓN PORCENTUAL SOBRE EL PATRIMONIO
1	Consalud	91.711	2,0	4,6
2	Banmédica	66.249	5,9	88,4
3	Cruz Blanca	65.414	6,9	35,0
4	Colmena G.C.	42.640	6,0	59,1
5	Vida Tres	35.064	6,3	76,7
6	Promapart	30.221	9,3	22,2
7	Compensación	28.163	5,1	66,4
8	Cigna Salud	12.824	1,0	14,6
	<i>Subtotal</i>	<i>372.286</i>	<i>5,2</i>	<i>24,2</i>
9	Mas Vida	12.320	-1,3	-11,1
10	Aetna Salud	10.711	-8,8	-197,5
11	Unimed	8.925	2,2	55,4
12	Normédica	6.770	0,1	1,7
13	Isamédica	1.713	1,2	5,2
14	Sfera S.A.	1.492	-3,2	-32,7
15	Master Salud	1.454	11,1	45,7
	<i>Subtotal</i>	<i>43.385</i>	<i>-1,7</i>	<i>-22,1</i>
16	Vida Plena	1.209	-15,3	-544,1
17	Génesis	821	-22,8	-102,7
18	Galénica	462	-5,8	-71,1
19	Umbral	375	-5,1	-135,7
20	Ismed	184	-3,3	-24,0
21	Naturmed	169	-121,9	-298,6
	<i>Subtotal</i>	<i>3.220</i>	<i>-19,6</i>	<i>-174,0</i>
	TOTAL	418.891	4,3	21,4

Fuente: Superintendencia de Isapres, 1996c.

En la Tabla 8.2 se efectúa un análisis de indicadores por grupos. Los ingresos de explotación por cotizante o beneficiario son mayores en las Isapres grandes, indicando que el cotizante promedio de éstas tiene mayores ingresos que el de los otros dos grupos. El gasto en atenciones al beneficiario (costos de explotación) es menor en las Isapres

pequeñas; sin embargo éstas no logran con ello llegar a un margen igual al de las más grandes. Generalmente, las Isapres pequeñas incurren en mayores gastos de administración y ventas por beneficiario, como reflejo de su esfuerzo intenso por penetrar el mercado y crecer.²⁹ Esto resulta en una marginación final negativa para un porcentaje importante de estas empresas y resultados negativos para todo el grupo.

Tabla 8.2
Indicadores de desempeño y características de Isapres abiertas grandes, medianas y pequeñas y de Isapres cerradas, 1995 (miles de pesos de diciembre 1995)

GRUPO	ISAPRES ABIERTAS				ISAPRES CERRADAS	TOTAL
	GRANDES	MEDIANAS	PEQUEÑAS	TOTAL		
Número de Empresas	8	7	6	21	13	34
Ingresos de explotación (por beneficiario)						
Por Cotizante	268	242	185	264	617	277
Por Beneficiario	118	112	96	117	207	121
Costos de explotación (por beneficiario)						
Prestaciones de Salud	70,4	66,2	59,3	69,9	136,6	73,1
Subsidios Incapacidad Laboral	17,8	17,5	15,6	17,8	29,2	18,3
Otros Costos	1,8	0,8	0,0	1,7	15,6	2,4
Total	90,1	84,4	74,9	89,3	181,4	93,8
Marginación (% sobre ingresos de explotación)	23,6	24,8	22,1	23,7	12,5	22,4
Gastos administración, ventas (por beneficiario.)						
Publicidad	0,71	0,68	0,21	0,70	0,47	0,69
Remuneración Personal	8,01	10,97	16,85	8,41	19,64	8,96
Comisiones de Ventas	4,54	8,21	6,63	4,95	0,36	4,73
Otros Gastos	8,36	9,97	16,40	8,61	17,21	9,03
Total	21,62	29,83	40,10	22,68	37,67	23,41
Marginación final (% sobre ingresos de explotación)	5,2	-1,7	-19,6	4,3	-5,6	-1,3
Empresas con margen negativo (en %)	0	43	100	43	69	53
Cargas por Cotizante	1,3	1,2	0,9	1,3	3,0	2,3

Fuente: Elaboración propia en base a Superintendencia de Isapres 1996b.

Al observar la fecha de apertura de las Isapres abiertas³⁰, se ve que las grandes han entrado al comienzo 1981-1986, las pequeñas han entrado al final 1987-1993, teniendo las medianas un rango de entrada intermedio (Tabla 8.3).

²⁹ Cabe notar que las empresas más pequeñas tienen menos cargas por cotizante, lo que podría explicar en parte el aumento de los costos administrativos al tener éstas que manejar una mayor cantidad de contratos por beneficiario.

³⁰ Algunas Isapres comenzaron a operar jurídicamente después debido a que cambiaron de nombre por cambio de dueño o su cartera fué traspasada a otra institución. Para este análisis se considera el año en que comenzó en negocio con la cartera de clientes.

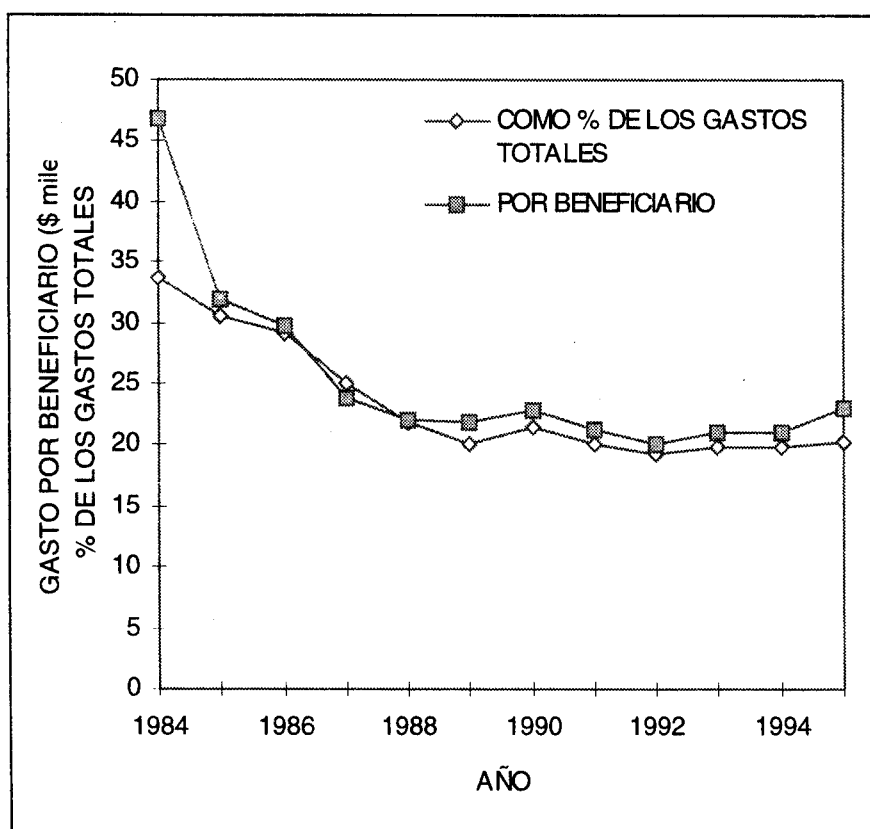
Tabla 8.3
Año de entrada de las Isapres abiertas, por grupo

	GRANDES	MEDIANAS	PEQUEÑAS
Rango	1981-1986	1984-1992	1987-1993
Promedio	1982	1987	1990

Fuente: Superintendencia de Isapres, 1996^a.

En la Figura 8.3 se aprecia dicha disminución hasta en año 1989, período en que ingresa al mercado un nuevo grupo de Isapres pequeñas.

Figura 8.3
Gastos de administración y ventas como porcentaje de los gastos totales y del gasto por beneficiario



Fuente: Elaboración propia en base a Superintendencia de Isapres, 1996^a.

En resumen, hay dos posibles efectos actuando a favor de las empresas grandes. El primero son las economías de escala al haber costos fijos administrativos. El segundo consiste en que estas empresa tienen una cartera de clientes con mayores ingresos por cotizante y beneficiario, y con mayor cantidad de cargas por beneficiario, lo que probablemente ayuda a reducir los costos administrativos. Como las Isapres grandes entraron al mercado más tempranamente, lograron capturar a los cotizantes de mayores ingresos quienes constituyen el mercado más atractivo. Al Ingresar las Isapres pequeñas,

el mercado de los ingresos altos estaba ya ocupado y el sistema crecía hacia las personas de menores ingresos.

8.2.1. Competencia en ISAPRES

Debido a las imperfecciones del mercado Isapre es razonable preguntarse cuán competitivo es ese mercado. Como se vio en la sección anterior es posible que hayan economías de escala en el sistema Isapre pero éstas existirían hasta un cierto volumen de operaciones, a partir del cual todas las Isapres tienen rentabilidad positiva sin verse una correlación clara entre rentabilidad y tamaño a partir de allí. De existir las economías de escala, ellas permiten al menos 8 Isapres grandes funcionando en el mercado –número suficientemente elevado como para que exista competencia y para que sea difícil la colusión.

Por otra parte en un mercado competitivo está abierta la posibilidad de que algunas firmas cierren. Este es el caso del mercado de las Isapres en el cual 14 firmas han cerrado de un total de 33 empresas funcionando.³¹ Las empresas que han cesado de operar consisten en 5 cierres legales –la autoridad los cierra por no cumplir con los requisitos– y 9 cierres voluntarios.

Finalmente, los gastos de administración y ventas constituyen un 20,2% de los costos totales. De éstos, la cuarta parte se destina a publicidad y comisiones por ventas. Este gasto representa en parte el costo de atraer afiliados por parte de la Isapre, lo que sugiere que existe competencia entre esas instituciones.

El mercado Isapre no es homogéneo y tiene distintos segmentos. Los segmentos más atractivos del mercado son los de personas jóvenes o personas con ingresos elevados. Respecto a los cotizantes de mayores ingresos, se presume que ellos presentan la ventaja de menores costos administrativos por afiliado y menores quejas por mejor cobertura (ver Capítulo 11). Las Isapres grandes ya tienen copado este segmento; de hecho, la Isapre más grande es la que tiene mayor cantidad de cotizantes con ingresos altos.³²

Los jóvenes constituyen un mercado atractivo debido a su menor morbilidad. Por ello, un buen plan de salud para los jóvenes tiene un valor que puede ser inferior a la cotización (7% de su ingreso) en los de altos ingresos. La nueva ley permite que la parte de la cotización –excedente– se acumule en un fondo que lo podrá usar para mantener una buena cobertura cuando tenga mayor edad y sea más caro su seguro de salud. Como los jóvenes son un mercado atractivo para las Isapres, ha habido competencia por su afiliación lo que es consistente con el hecho que la población de beneficiarios del sistema Isapre sea más joven que la población general (ver capítulo 13 sobre la tercera edad).

³¹ Ha habido 35 empresas inscritas de estas 2 no comenzaron a operar.

³² Comunicación oral del gerente general de CONSALUD.

9. SATISFACCIÓN DE LOS CONSUMIDORES

En un mercado competitivo, donde los consumidores toman libremente sus decisiones de compra, evaluar la satisfacción que los individuos derivan de su consumo es una preocupación individual y no social. En el mercado de la salud en Chile, en cambio, evaluar la satisfacción de los consumidores con su sistema de salud es una preocupación social, por cuanto en Chile, como en todo otro país, el mercado de la salud, como el de los seguros de salud, es imperfecto. Además, por ser considerada la salud un bien meritorio, es obligatorio para los trabajadores dependientes poseer un seguro de salud -sea éste el FONASA o una Isapre- pagando para ello el 7% de su sueldo imponible. El mercado de los seguros de salud en Chile constituye una situación excepcional dentro de una economía de mercado donde el consumidor elige libre y soberanamente en qué bienes y servicios gastar su presupuesto.

La forma más directa de evaluar la satisfacción de los consumidores es mediante encuestas a usuarios. Se dispone de cuatro encuestas de satisfacción de los consumidores con su seguro de salud, realizadas en 1993, 1994, 1995 y 1996.³³ Por simplicidad, en este capítulo nos referiremos a cada encuesta según el año en que fue efectuada. Con la excepción de la Encuesta 96, que se hizo para los niveles socioeconómicos medio y alto, las otras tres encuestas cubrieron todos los niveles socioeconómicos. El trabajo de todas estas encuestas fue confiado a la empresa ADIMARK, líder en el rubro, por distintas instituciones.

Las cuatro encuestas no son del todo comparables puesto que cubrieron a distintas poblaciones y usaron diferentes instrumentos. Solamente se compara la Encuesta 95 con una encuesta similar realizada en 1994 no disponible. En las secciones siguientes de este capítulo se resumen los principales resultados de estas encuestas en lo relativo a los siguientes aspectos: el grado de satisfacción de los asegurados; su satisfacción según su nivel de ingreso; comparación entre FONASA y las Isapres; satisfacción con el nivel de cobertura; y otros aspectos.

9.1 Grado de Satisfacción

Según la Encuesta 95 el sistema Isapre cuenta con un apoyo razonable por parte de sus beneficiarios. A éstos se les pidió que calificaran con notas escolares a su Isapre. Estas notas van de un 1 (mínimo) a un 7 (máximo), donde un 4 es la nota mínima aprobatoria. La mayoría (los dos tercios) de los afiliados a Isapres evaluó a su institución con notas entre 5 y 7.

En la misma encuesta se preguntó a los afiliados sobre su actitud hacia las Isapres, incluyendo su voluntad de recomendar la afiliación. Una mayoría de los beneficiarios

³³ Centro de Estudios Públicos 1993; Centro de Estudios Públicos 1995; ADIMARK 1995; ADIMARK 1996.

(58,4%) reportó actitudes positivas, mientras que una minoría (18,9%) presentó actitudes negativas; el cuarto restante reportó actitudes neutras.³⁴

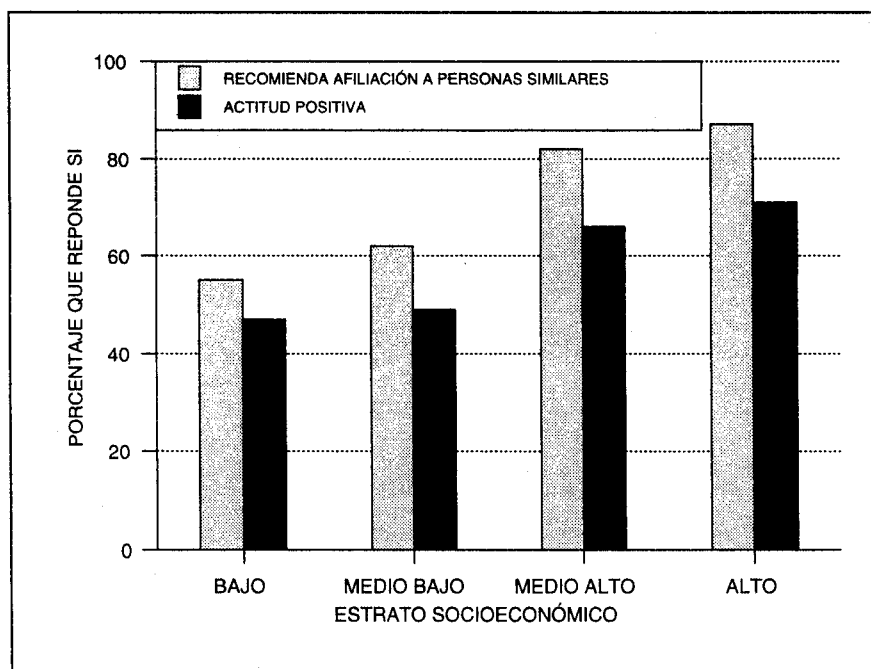
A continuación se le preguntó a lo encuestados por las razones que los llevaban a recomendar o no recomendar la afiliación a una Isapre. La mitad (48%) de quienes recomendaron la afiliación dio como razón su percepción que su Isapre es la mejor opción disponible.

Al preguntarse a los afiliados si recomendarían a personas similares a su situación afiliarse a las Isapres, un 72% dio una respuesta afirmativa, lo que hace subir a 58,4% el porcentaje de afiliados que recomienda la afiliación a una Isapre.

9.2 Satisfacción e Ingreso

El grado de satisfacción con la Isapre aumenta con el nivel de ingreso, como se ilustra en la Figura 9.1

Figura 9.1
Actitudes positivas hacia propia Isapre

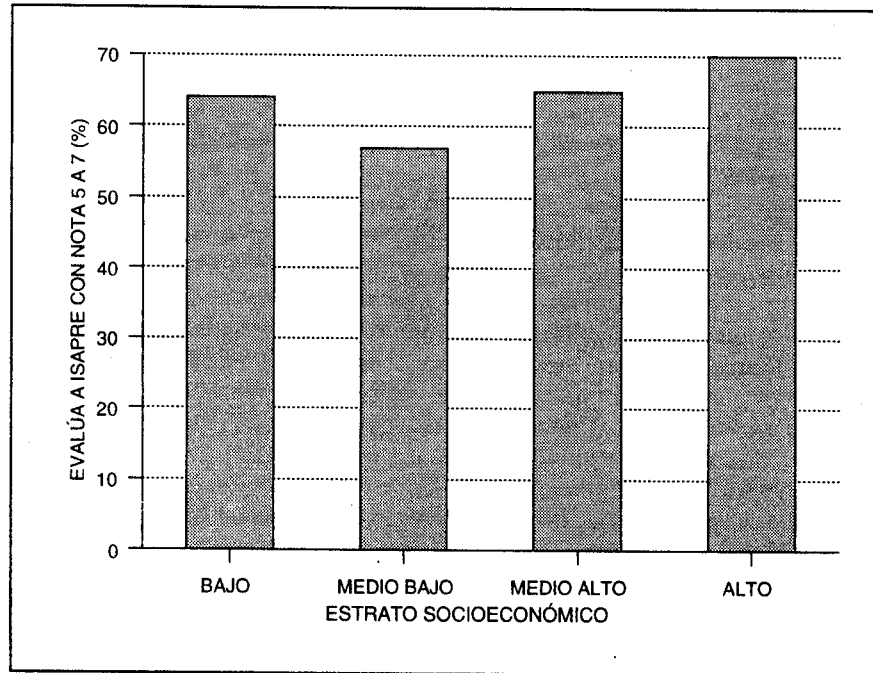


Fuente: ADIMARK 1995 "Estudio ISAPRE" Para Superintendencia de Isapres.

Asimismo, el porcentaje de personas que asigna buenas notas al sistema Isapre pareciera aumentar con su nivel socioeconómico, aunque se observa un repunte en el estrato medio bajo (Figura 9.2). En la Encuesta 96, realizada recientemente en sectores medios y altos, también se observa un aumento de la actitud positiva hacia las Isapres al aumentar el ingreso de las personas.

³⁴ El porcentaje de afiliados con actitud positiva ha aumentado entre 1994 y 1995, disminuyendo el porcentaje con actitud negativa.

Figura 9.2
Evaluación alta a Isapre según grupo socioeconómico



Fuente: ADIMARK 1995 "Estudio ISAPRE" Para Superintendencia de Isapres.

Cabe notar que las encuestas 93-95 son más representativas de la población general que del grupo de los beneficiarios de Isapres, teniendo estos últimos mayor representatividad en los niveles socioeconómicos altos. Como los niveles de ingreso más bajo evalúan peor a las Isapres, esto crea un sesgo hacia abajo en el promedio debido a que están sobre-representados en la población de beneficiarios. Lo anterior sugiere que la evaluación de las Isapres por parte de sus beneficiarios es más positiva aún, que lo que muestran las cifras presentadas más arriba.

9.3. Comparación entre sistemas

En la Encuesta 93 se preguntó a la población general cuál sistema preferiría –el FONASA o las Isapres– suponiendo que ambos costaran lo mismo. Entre los afiliados a Isapres un 80% respondió que prefería su propio sistema, mientras que un 15% preferiría el FONASA. Entre los afiliados a FONASA, en cambio, un 48% prefería ese sistema mientras que un 30% preferiría una Isapre. La misma pregunta fue repetida en la Encuesta 95. Un 68% de los afiliados a Isapre prefería el sistema privado mientras que un 23% se inclinaba por el sistema público. Por otra parte, un 66% de los afiliados al sistema público favorecía su propio sistema y un 29% valoraba más el sistema Isapre. A quienes estuvieron en FONASA en el pasado pero en el momento de la encuesta pertenecían a una Isapre, se les preguntó si estaban satisfechos con el cambio. Un 59% respondió afirmativamente y un 29% negativamente. Llama la atención que existan personas adscritas a Isapres que estén insatisfechas con el cambio en circunstancias que podrían revertir su decisión y retornar al FONASA.

En la Encuesta 93 también se pidió a quienes pertenecían al FONASA (el 73% de la población encuestada) que enunciaran las razones por las que no estaban afiliados a una Isapre. La principal razón fue preferir el servicio de FONASA (30%), seguida por "falta de información para tomar una buena decisión" (24%) e imposibilidad de pertenecer a una

Isapre debido a ingresos insuficientes (18%). La preferencia por el FONASA disminuye con el nivel socioeconómico de las personas; así, prefieren el FONASA un 34% de las personas en el nivel socioeconómico bajo, un 27% del nivel medio y un 3% del nivel alto.

La Encuesta 94 ofrece información sobre las razones por las que personas que prefieren las Isapres no se han cambiado a ellas. La respuesta más frecuente es la falta de ingresos (66%), seguida de falta de información para tomar una buena decisión (34%) y por seguridad ante eventual desempleo (34%).³⁵

La Encuesta 94 también indagó en la población general sobre el sistema de su preferencia suponiendo que FONASA e Isapres costaran lo mismo. La encuesta provee esta información por nivel socioeconómico pero no por tipo de previsión. La mayor preferencia fue FONASA Modalidad Libre Elección para todos los niveles, y la segunda fueron las Isapres, siendo esta última mayor en el nivel alto (32%) que en el medio (19%) y bajo (11%).

En la Encuesta 95, realizada en sectores medios y altos, se preguntó a los afiliados a Isapres y al FONASA sobre su actitud hacia su propio seguro. Un mayor porcentaje de personas tiene una actitud positiva entre los afiliados a Isapres (59%) que entre aquellos adscritos a FONASA (45%), mientras que la actitud negativa es mayor en los afiliados a FONASA (23%) que en los pertenecientes a una Isapre (18%). La respuesta desagregada por nivel de ingreso arroja como resultado que mientras más elevado es el ingreso mayor es la proporción de personas con una actitud positiva hacia las Isapres y con una actitud negativa hacia el sistema público.

En resumen, el porcentaje de afiliados que prefiere a las Isapres por sobre el FONASA aumenta con el ingreso. Es mayor la proporción de afiliados a FONASA que prefiere las Isapres que lo contrario. Quienes querrían cambiarse a una ISAPRE y no lo hacen tienen como principal razón la falta de ingresos.

9. 4. Satisfacción y cobertura

La cobertura del seguro de salud se refiere a los tipos de atenciones de salud incluidas en la prima y el porcentaje del valor de dichas atenciones que financia el seguro. En el caso de FONASA, existe una vasta lista de servicios ofrecidos a los beneficiarios, desde la consulta primaria hasta las atenciones terciarias de alta complejidad. Sin embargo, las restricciones presupuestarias del sector público se traducen en que, para racionar recursos, existen colas para ciertas atenciones, se limita la elección de proveedor (éste debe pertenecer al sector público excepto en la Modalidad Libre Elección) y existen copagos. Como se indicó anteriormente, las Isapres deben por ley incluir en sus primas las mismas atenciones que el FONASA, pero están facultadas para limitar la elección de proveedor y pueden disminuir su cobertura financiera de las atenciones hasta un 25% de la cobertura normal del plan.

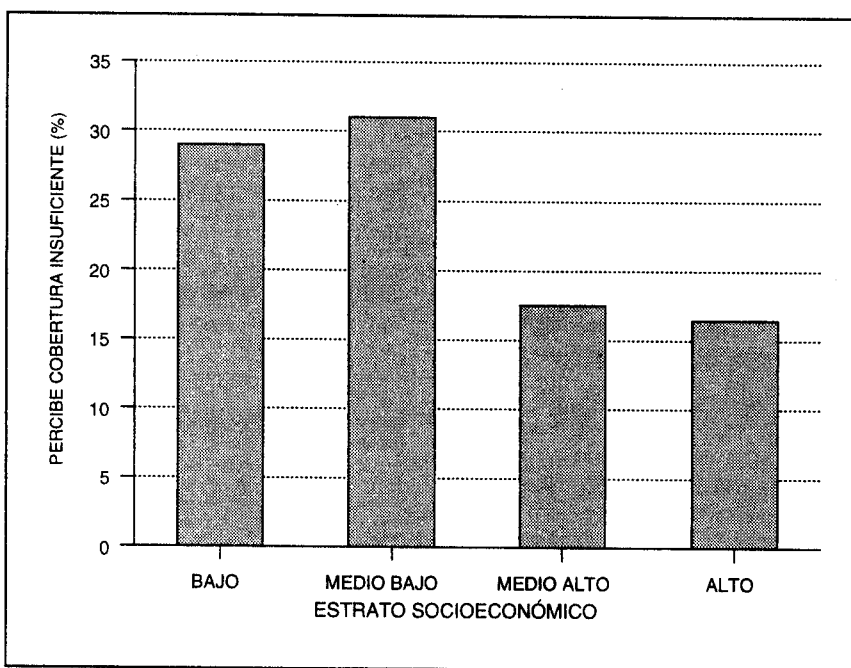
En la Encuesta 95, las tres cuartas partes de los afiliados a Isapres respondieron que se sentían al menos razonablemente cubiertos; es importante observar que una cuarta parte no se sentía suficientemente cubierta.

En la misma encuesta se preguntó a las personas por las razones que tenían para estar satisfechos o insatisfechos con el sistema Isapre, además de las razones que llevarían a las personas a recomendar o no recomendar a otros una Isapre. La principal razón (un quinto de las respuestas) para no recomendar una Isapre se refiere a la poca cobertura, mientras que la principal razón para recomendar una Isapre se refiere a los planes [*].

³⁵ Al perder su empleo, el individuo adscrito a FONASA mantiene sus beneficios de salud durante [*]. Al ocurrir lo mismo a un afiliado a una Isapre, ésta tiene el derecho legal de caducar el contrato apenas el cotizante deja de pagar su prima. El desempleo, por lo tanto, con la posible consecuencia de incapacidad de pagar la prima a la Isapre, constituye una amenaza para la continuidad del individuo en el sistema Isapre. [*]

En la Encuesta 95 también se indagó sobre lo que las personas percibían como debilidades del sistema Isapre. La respuesta más frecuente (17%) se refería a la cobertura. Si a esto se agregan las respuestas que aluden a beneficios insuficientes, se obtiene una suma de 23%. Se preguntó también sobre los aspectos que el encuestado desearía ver modificados en el sistema Isapre. Las dos respuestas más frecuentes fueron la cobertura (27%) y los beneficios (9%)[*]. La percepción de cobertura insuficiente aumenta a medida que disminuye el nivel socioeconómico del afiliado a Isapre, como se ilustra en la Figura 9.3.

Figura 9.3
Porcentaje de afiliados a Isapres que se siente
“insuficientemente cubierto”



Fuente: ADIMARK 1995 "Estudio ISAPRE" para Superintendencia de Isapres.

El mismo fenómeno se observó en la Encuesta 96, donde se preguntó acerca de cuán cubiertos se sentían los beneficiarios de Isapres frente a la ocurrencia de un problema grave de salud: la proporción de personas que se sentían cubiertas aumentaba con el ingreso de las mismas.

Las respuestas de la Encuesta 95 sobre cobertura están desagregadas por ISAPRE³⁶ a la que pertenece el afiliado. La proporción de individuos que percibe tener cobertura insuficiente aumenta en Isapres con menor ingreso de explotación por beneficiario, y es inversamente proporcional al costo del seguro promedio -excedentes de explotación- por beneficiario.³⁷ Del mismo modo, hay una relación positiva entre el precio promedio del seguro y el porcentaje de encuestados que pone notas altas a su Isapre. Todo esto sugiere que, en líneas generales, los beneficiarios de Isapres poseen una adecuada percepción del grado de aseguramiento que les otorga su institución.

³⁶ Se dan respuestas sobre 6 Isapres que representan un 81% de los cotizantes y un 81% de los beneficiarios.

³⁷ El aporte son los ingresos de explotación que incluyen el 7% obligatorio, el subsidio del 2% que da el Estado y otros aportes.

Finalmente, en la Encuesta 96 se preguntó a los beneficiarios de los sistemas público y privado sobre su percepción de cobertura. Se siente protegido el 62% de los afiliados al sistema Isapre y el 53% de los pertenecientes a sistema FONASA.

9.5. Otros temas

Los beneficiarios de Isapres tienden a evaluar mejor a su propia institución que al sistema Isapre en general. La falta de información y la calidad de las misma figuran entre las principales debilidades del sistema Isapre entre sus beneficiarios. Además, uno de cada ocho beneficiarios de las Isapres critica que estas instituciones tengan fines de lucro.

9.6. Conclusiones

La mayoría de los afiliados al sistema Isapre está al menos razonablemente satisfecha con el sistema. Sin embargo, a medida que se desciende en la escala socioeconómica, disminuye la proporción de beneficiarios satisfechos.

Respecto a la cobertura, la mayoría de los afiliados se siente al menos razonablemente cubierta, aunque llama la atención que quede una cuarta parte que se siente insuficientemente cubierta. La cobertura es una preocupación importante en los beneficiarios Isapre. La percepción de cobertura aumenta con el precio de la prima.

Los afiliados a Isapre están más satisfechos con su sistema que los afiliados a FONASA. Es mayor el porcentaje de afiliados a Isapre que reporta una actitud positiva hacia su sistema que lo equivalente en FONASA. Asimismo, una menor parte de los afiliados a Isapre desea cambiarse a FONASA que viceversa; entre los afiliados al FONASA, la razón más frecuente para no cambiarse a una Isapre es la falta de ingreso.

10. CONSUMO DE ATENCIONES COSTO-EFECTIVAS

El grado de consumo de acciones de bajo costo y alto rendimiento en salud es un reflejo directo de la eficiencia en el gasto en salud. Esta sección presenta una breve discusión sobre el consumo de atenciones costo-efectivas dentro del sistema Isapre.

Chile tiene un perfil epidemiológico de transición donde el cáncer y las enfermedades cardiovasculares han desplazado a las enfermedades infectocontagiosas como primeras causas de muerte. Para las enfermedades infectocontagiosas existen medidas de prevención destacándose una alta cobertura de las inmunizaciones (ver Tabla 2.1). La falta de agua potable y otros problemas higiénicos existen en un bajo porcentaje de la población asociada a la pobreza. Por esto es esperable que la población Isapre con mayor ingreso que la población nacional tenga un estándar higiénico adecuado.

Para bajar la mortalidad en el país se necesitan acciones de salud que prevengan las enfermedades cardiovasculares y los cánceres o que hagan un diagnóstico precoz de estos últimos. El tabaco aumenta fuertemente la incidencia de ambas enfermedades por lo que las acciones tendientes a que las personas no adquieran el hábito o abandonen el cigarrillo están entre las medidas más costo-efectivas³⁸ y entre las pocas disponibles para prevenir los cánceres. En cuanto a la prevención de enfermedades cardiovasculares, además de medidas antitabáquicas, se requiere de promoción de vida sana, dietas saludables, con tratamiento y prevención de la obesidad, y el tratamiento y control adecuado de diabéticos e hipertensos.

Los cánceres y enfermedades cardiovasculares tienen mayor impacto en mayores de 40 años. Por lo que a partir de esa edad se manifiestan los efectos de la prevención que se haya hecho y se continúe realizando. Una vez que se manifiestan, estas enfermedades tienen las más altas probabilidades de convertirse en catástrofe financiera para el cotizante, definida como la iliquidez del grupo familiar ante un aumento en el gasto de salud (ver Capítulo 0). Dependiendo de la definición de catástrofe estas enfermedades capturan entre un 22% a 37% del total de todas las catástrofes, cifras que aumentan si se les agrega la mortalidad por diabetes, que es una enfermedad tratable y asociada a los problemas cardiovasculares. Como estas enfermedades se manifiestan en los adultos mayores, tienen gran peso en la tercera edad.³⁹

Desde el comienzo las Isapres se han concentrado en el mercado de los más jóvenes, que es más atractivo, los cuales tienen baja incidencia de cánceres y enfermedades cardiovasculares. Las Isapres no tiene incentivos para destinar recursos a la prevención de estas enfermedades en sus beneficiarios debido a que los afiliados pueden cambiarse de Isapre, llevándose consigo la inversión en capital humano. Además, la prevención de estas enfermedades no tienen retornos inmediatos sino de largo plazo.

Lo anterior es consistente con el bajo porcentaje de los beneficiarios de Isapres abiertas que se someten al examen preventivo anual. Los beneficiarios tienen derecho a un

³⁸ ILADES / Georgetown University 1993.

³⁹ Los problemas de los beneficiarios de la tercera edad pertenecientes al sistema ISAPRE se analizan en el Capítulo 12.

examen de medicina preventiva gratuito; sin embargo no se obliga a los pacientes a realizarlo. En el lapso de 7 años comprendido entre 1988 y 1995, el número de beneficiarios que se sometió a exámenes preventivos en las Isapres abiertas equivale a sólo un 23% de los que ingresaron al sistema en el período.

Siendo el tabaco la causa evitable más importante para el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, las primas no reflejan el riesgo diferente habiendo subsidios cruzados entre fumadores y no fumadores y creando incentivos perversos toda vez que los fumadores no enfrentan los costos de salud directos derivados de sus acciones. Si se extiende la posibilidad de discriminar por tabaquismo en las primas, además de edad y sexo, habría incentivos para la prevención de la salud.

El mercado puede crear soluciones alternativas. Sin embargo, la Isapre Consalud manifiesta estar estudiando un esquema de incentivos para premiar al beneficiario que se queda en la Isapre y cumple con las medidas de prevención y promoción. El incentivo se hace mediante un pago actual de parte del cotizante que la Isapre guardaría como provisión para pagar el aumento de su prima al tener mayor edad el afiliado. Si el beneficiario coopera con todas las medidas de prevención de su salud, la ISAPRE baja sus primas en el futuro, dado que es menos riesgoso y hay un capital provisto. Pero si no cumple con las medidas de prevención las primas son más altas y pierde el capital ahorrado. Así, también, si se traslada a otra Isapre. Sin embargo los actuales esquemas de impuestos a esta provisión de capital son la principal barrera que impide el desarrollo de estos incentivos, por lo que también se requieren modificaciones legales para su implementación.

11. FINANCIAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

Las catástrofe financiera en salud se refiere a eventos de enfermedad que provocan gastos efectivos por prestaciones de salud que ponen a la familia en situación de insolvencia. Para un asegurado, la catástrofe dependerá de la magnitud del gasto en salud que enfrenta y de la posibilidad de pago. La magnitud del gasto depende a su vez de : (1) la enfermedad que sufre y el costo de la tecnología médica disponible para su tratamiento; y (2) la cantidad de ese gasto que cubre el seguro de salud. A su vez, la posibilidad de pago depende del ingreso y patrimonio del núcleo familiar y de la capacidad de endeudarse.

Por lo tanto se pueden establecer las siguientes definiciones de catástrofe:⁴⁰

1. Eventos de alto costo unitario: Incluye eventos de baja probabilidad que requieren de prestaciones médicas de alto costo unitario asociadas generalmente a procedimientos sofisticados.
2. Altos gastos periódicos de salud: Es más comprensiva que la anterior porque incluye además eventos de bajo costo pero de alta prevalencia.
3. Altos gastos periódicos relativos al ingreso familiar: Es la que refleja mejor la catástrofe, en el sentido de insolvencia del grupo familiar. Sin embargo, es difícil disponer de la información requerida, lo que limita su aplicación.

Estas definiciones no son del todo equivalentes. Para evaluar la prevalencia empírica de esta fenómeno, en un estudio sobre catástrofes (Díaz *et al.* 1996) se vio que el gasto total en los eventos que son comunes a las tres definiciones representa alrededor de un 60% de los gastos catastróficos para cada una de ellas.⁴¹

Una forma alternativa de trabajar con catástrofes es concentrarse en diagnósticos de alto costo. Sin embargo casi cualquier enfermedad puede derivar en una catástrofe en la medida que se presenten complicaciones (por ejemplo septicemia después de un embarazo). En el mismo estudio se encontró que los diagnósticos de alto costo son más específicos en términos de tener asociados un grupo de prestaciones por lo que los seguros pueden confeccionar programas médicos detallados. La mayoría de los eventos catastróficos se concentra en un grupo pequeño de diagnósticos;⁴² sin embargo, una parte de estos eventos queda fuera de esta lista, lo que limita este instrumento.

Para los asegurados en Isapres la catástrofe muchas veces implica no poder continuar con su tratamiento en el sistema por lo que será derivado al FONASA. Esta interacción con el sector público donde existe un segundo seguro, crea problemas de eficiencia y equidad.

⁴⁰ Díaz *et al.* 1995.

⁴¹ Idem. Se tomó una muestra de las Isapres abiertas igual al 86% de los cotizantes, para el cálculo del ingreso, y una submuestra del 76% de los cotizantes para los valores facturados y los copagos. Para los diagnósticos se tomó otra submuestra que cubre el 25% de los cotizantes.

⁴² Idem.

En este capítulo se verá la magnitud de las catástrofes, la relación con el sector público y los incentivos que se generan.

11.1 Cobertura de catástrofes de salud

Incidencia de catástrofes y grado de cobertura

Se han hecho estimaciones del grado de cobertura de los beneficiarios de Isapres para catástrofes. La más relevante y completa es el estudio de Díaz *et al.* Para establecer los valores que determinan el umbral considerado catastrófico estos autores consideraron tres variables: (1) el ingresos límite del primer cuartil y el ingreso mediano; (2) el préstamo máximo que pueden obtener los cotizantes con dichas rentas; y (3) los copagos promedio.

El copago alcanzó un 40% en promedio para valores facturados anuales (VFA) mayores o iguales a \$500.000. El préstamo máximo de consumo que otorgan las instituciones financieras a personas naturales sin garantías reales, es de 3 veces el ingreso mensual. Con estos datos se definió un valor máximo que puede pagar un cotizante determinado por el copago, y el préstamo que permite financiarlo. Este máximo es de \$1.014.000 para el cotizante del primer cuartil y de \$1.640.000 para el cotizante cuyo ingreso está en la mediana. Por esto se analizaron tres alternativas de catástrofe: \$1.000.000, \$1.500.000 y \$2.000.000, usándose en algunos cálculos \$500.000 para alcanzar a los más pobres del primer cuartil.

Los autores concluyeron que las catástrofes son de baja frecuencia en el sistema Isapre, por cuanto sólo un 2,5% de los cotizantes de las Isapres abiertas tuvo un copago acumulado anual de 2,5 veces el ingreso del cotizante mediano (\$500.000 pesos). Sin embargo, un cálculo simple muestra que en diez años el 25% de los cotizantes tendrían catástrofes.⁴³

La cobertura para eventos de un valor facturado menor a \$500.000 alcanza a 68%. Sin embargo, al aumentar el gasto la cobertura empeora progresivamente reduciéndose a 55% para valores de 5 o más millones. La cobertura disminuye además con el ingreso, teniendo una diferencia de alrededor de 12% entre el primer y el quinto quintil de ingreso. Esta menor cobertura potencia la posibilidad de catástrofes financieras para las personas de ingresos menores.

Planes para Cubrir Catástrofes

Como se explicó en un capítulo anterior, las Isapres ofrecen una vasta gama de planes a sus afiliados. La Superintendencia de Isapres realizó un estudio en 1993 donde se seleccionaron dos patologías: enfermedad renal con tratamiento permanente de hemodiálisis e infarto al miocardio con by-pass. Se escogieron dos tipos de planes: uno "top" para personas de alto ingreso, valorizando las prestaciones de salud con precios de una clínica privada para este segmento; y otro "mínimo" valorizando la atención con precios del hospital público para particulares. En la Tabla 11.1 se ilustran los valores extremos. Por ejemplo, para el infarto los copagos variaban entre \$290.000 y \$3.900.000 para el plan top, y \$190.000 y \$960.000 para el mínimo.

⁴³ No es necesariamente así. Dado que hay pacientes más riesgosos es probable que las catástrofes se concentren en algunos pacientes, teniendo un % menor de la población catástrofes.

Tabla 11.1
Copagos para infarto y hemodiálisis para distintos planes:
selección de valores extremos

	TIPO DE PLAN				
	VALORES EXTREMOS	PLAN TOP		PLAN MÍNIMO	
		COPAGO COMO %	COPAGO (MILES)	COPAGO COMO %	COPAGO (MILES)
Infarto	Mínimo	48,3%	3.903	56,5%	955
	Máximo	3,6%	289	11,4%	192
Hemodiálisis	Máximo	43,4%	246	23,4%	57
	Mínimo	10,0%	56	10,0%	24

Fuente: Elaborado en base a datos de Díaz *et al.*, 1995.

En los dos últimos años ha habido un aumento en la oferta de seguros catastróficos voluntarios en el mercado chileno, con esquemas muy diversos. Además de las Isapres, se han incorporado en este rubro las compañías de seguros de vida. Sin embargo estos seguros tienen dos tipos de limitaciones. La primera es que el alcance del seguro está restringido. Algunos no cubren determinadas enfermedades o prestaciones, otros excluyen a las personas de la tercera edad, y casi todos tienen un tope máximo para el valor reembolsable. La otra limitación es muchos de estos seguros son ofrecidos por Isapres y cubren a un porcentaje bajo de los beneficiarios.

En resumen el sistema de seguros de salud no ha desarrollado seguros para catástrofes con la suficiente extensión poblacional y cobertura. Los menos cubiertos en términos absolutos son las personas de menores ingresos. Ello constituye un problema por cuanto son estos individuos quienes tienen menos recursos para afrontar los copagos. Es probable que este problema se agrave a medida que aumente la cobertura poblacional del sistema Isapre, considerando que su crecimiento potencial está orientado principalmente a grupos de menores ingresos.

Incentivos en la creación de seguros para catástrofes

Como se expone en la sección anterior el sistema Isapre no ha desarrollado suficientemente los seguros catastróficos. Ante esto hay dos primeras posibles explicaciones: La primera es que es una industria naciente por lo que la generación de alternativas es un problema de tiempo. Otra explicación es suponer que los individuos son miopes e irracionales en sus conductas intertemporales.

El seguro FONASA⁴⁴

Casi los dos tercios de la población nacional está asegurada con el FONASA, que tiene las siguientes características:

1. El costo del seguro no está relacionado con el riesgo. En el caso de los cotizantes el costo es proporcional al ingreso (7%) y en el de los indigentes éste es gratuito. Por lo tanto, el precio de la prima es independiente de los factores que aumenten el gasto esperado de los asegurados: el estado de salud del enfermo, el sexo y edad, y el número de cargas. Esto genera importantes subsidios cruzados entre cotizantes.
2. El copago depende del tipo de atención. Para la atención cerrada no tiene relación con el costo sino que el usuario paga de su bolsillo de acuerdo a su ingreso. Además, existe un crédito para solucionar el problema de iliquidez de la gente que no puede pagar el copago. Sin embargo, dicho crédito tiene dos problemas principales: el

⁴⁴ En la sección 10 hay una descripción del seguro FONASA.

primero es que resulta difícil obligar a los familiares del enfermo a contraer una deuda cuando ellos saben que el enfermo de todas maneras recibirá atención médica. Dada la garantía constitucional de acceso libre a la salud, el Estado no puede negar atención y además este derecho ha penetrado profundamente la cultura de la población y especialmente de los trabajadores de la salud, por lo que exigir a ultranza firma de documentos o negar atención se hace muy difícil. Para la atención abierta, el paciente paga de acuerdo a un arancel.

3. Respecto a la cobertura el seguro es total, no tienen exclusiones ni períodos de espera. Sin embargo para la atención cerrada está sujeto a colas y listas de espera. Además, la atención cerrada si bien es técnicamente adecuada, tiene estándares de hotelería y otros comodidades inferiores a la atención privada.
4. FONASA siempre aceptará a un cotizante que venga de otro tipo de previsión. Más aún, las cotizaciones que no se destinen expresamente para una Isapre van por defecto a FONASA.

Debido a estas características no parece adecuado entender al sistema FONASA como un seguro de salud. Es más apropiado definirlo como un fondo estatal de salud financiado en parte con un impuesto al trabajo. Este fondo financia la atención cerrada y abierta de aquellos que no tienen otra previsión y está abierto a la incorporación de cualquiera que desee trasladarse a él.

11.2 Incentivos e interacción en seguros de salud públicos y privados

En la práctica en Chile existe una garantía estatal implícita semi-gratuita para la atención de salud. Esta garantía es consistente con el sistema de salud desarrollado en Chile durante algunas décadas, el cual tiene un fuerte predominio estatal en la previsión de salud, financiándose con un sistema de reparto. Sin embargo al aparecer las Isapres, se generan incentivos para usar de esta garantía en un sentido distinto y con distintos efectos distributivos que los que tenía originalmente.

El trabajador por cuenta propia que no recibe salario, puede libremente decidir si cotizará o no.⁴⁵ Por lo tanto se le generan los siguientes incentivos: no cotizar mientras está sano. Si necesita atención de salud, cotiza como voluntario y se puede incorporar al sistema estatal, pagando la prima de un mes. De esta forma obtiene una cobertura de al menos un 50% del precio de atención que ya tiene subsidios importantes. Esto es especialmente válido para los de ingreso menor cuyo único seguro factible es el estatal.

En el caso del cotizante (trabajador con sueldo), está obligado a comprar un seguro de salud. En este caso hay incentivos para tomar seguros de salud que complementen al seguro estatal implícito en la siguiente forma:

1. Dar alta cobertura para atenciones donde es baja la probabilidad de obtener atención oportuna, o haya altos costos en tiempo debido a colas, molestias por horarios inoportunos, etc.; derivados de las restricciones de los servicios públicos.
2. Dar baja cobertura a los gastos asociados a eventos catastróficos cuando los precios en FONASA sean bajos (lo que generalmente ocurre) y el beneficiario considere mayor el beneficio actual del ahorro en prima que el costo (probable) en colas, peor hotelería, etc.

Para el caso de enfermedades de largo plazo o que llevan a enfermedades crónicas del cotizante el problema se agrava. Al dejar de trabajar por enfermedad deja de cotizar en la ISAPRE por lo que terminaría siendo excluido del sistema.

⁴⁵ 20 % de la fuerza de trabajo

En el caso de las enfermedades agudas, principalmente las urgencias, no hay tiempo para planificar el financiamiento de la atención, y ésta se da de todas maneras. Así el estado no puede rechazar cubrir los gastos de afiliados a ISAPRE calificados como urgentes. Las ISAPREs tienen incentivos para dar baja cobertura ya sea en términos de porcentaje de copago o en topes anuales. Hay dos hechos que atenúan estos incentivos: El primero es que los afiliados no están bien informados que su cobertura de urgencia es baja y recurren a centros privados por error⁴⁶. El segundo hecho es que muchos cotizantes de mayores ingresos prefieren los hospitales privados debido a que hay mejor hotelería.

11.3 Conclusiones

Aunque las catástrofes afectan a un bajo porcentaje de beneficiarios Isapre anualmente, en el transcurso de varios años pueden afectar a un grupo importante. El problema se genera con la interacción de el sistema estatal debido a que funciona como “segundo seguro” o “seguro de último recurso” para los afiliados de las Isapres en caso de catástrofe.

Díaz *et al.* proponen dos tipos de medidas para abordar el problema del financiamiento de las enfermedades catastróficas. Primeramente, proponen la adopción de dos seguros de corto plazo. Un primer seguro (Seguro A) permitiría financiar los gastos médicos acaecidos durante los primeros 12 o 24 meses desde la firma del contrato. Un segundo seguro (Seguro B) financiaría el valor presente esperado de los incrementos de primas causados por la declaración de problemas de salud de largo plazo en algunos asegurados. Los fondos recaudados mediante el Seguro B permitirían financiar las primas del Seguro A para aquellas personas a las que se les declare un problema de salud de largo plazo.

En segundo lugar, los autores proponen una reforma del sistema FONASA, tendiente a remover o atenuar su calidad de “seguro de último recurso”. Los cambios propuestos para FONASA son consistentes con el esquema de seguros descrito en el párrafo anterior. En el nuevo esquema, FONASA aseguraría a las personas en función de su riesgo actuarial. Quienes saliesen del sistema Isapre contarían con los recursos suficientes, obtenidos a través del Seguro B, para financiar su prima en FONASA.

⁴⁶ Las Isapres tienen dificultades en hacer una campaña de información al respecto por que sería una prueba flagrante de este abuso en un ambiente donde enfrentan la hostilidad de algunos sectores y el control de parte de la superintendencia.

12. FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN LA TERCERA EDAD

12.1 El envejecimiento de la población

En años recientes, tanto en Chile como en el resto del mundo en desarrollo, se ha acrecentado el debate relativo al financiamiento de la salud de las personas en la *tercera edad*.⁴⁷ El origen de esta discusión se basa en parte en el hecho que Chile, al igual que otras naciones de la región y del mundo con semejante grado de desarrollo económico, enfrenta una *transición demográfica*. En virtud de ella, una proporción creciente de la población nacional se sitúa en tramos de edad más elevados, disminuyendo el ángulo de la pirámide poblacional, en lo que se denomina un envejecimiento de la población.

La transición demográfica es el resultado de mejores estándares de vida, de una reducción en las tasas de fertilidad, de la adopción de hábitos más saludables, y del desarrollo y acceso a tecnologías médicas que permiten prolongar la esperanza de vida de las personas.

Generalmente coexiste con la transición demográfica una transición epidemiológica, el fenómeno a través del cual disminuyen la mortalidad y morbilidad como consecuencia de enfermedades infecciosas y transmisibles y aumentan como resultado de enfermedades crónicas, degenerativas y accidentes (Jamison *et al.* 1993 y Banco Mundial 1995).

El resultado combinado de estos dos fenómenos –una población más longeva con problemas de salud predominantemente crónicos y de tratamiento caro– puede incidir en forma importante sobre el gasto en salud de la nación. Si a ésto se agrega la mayor disponibilidad de tecnologías de alto costo y sofisticadas para prolongar la vida, y las presiones sociales y morales para poner dichas tecnologías al alcance de la población en general, el problema del aumento del gasto médico se compone aún más.

El Banco Mundial proyecta que la población nacional mayor de 60 años pasará de 1,126,000 en 1990 (representando el 12.5% de la población entre 15 y 59 años) a 3.872.000 en el año 2030 (o el 24.6% de aquellos en el tramo 15-59, ver Tabla 12.2). Cómo financiar la salud de ese grupo significativo de personas en los años venideros será un desafío creciente para la nación en general y también para el sistema Isapre.

⁴⁷ Según la definición operativa de tercera edad adoptada en Chile, pertenecen a ella todos aquellos individuos hombres y mujeres mayores de 65 años.

Tabla 12.1
Proyecciones poblacionales para Chile: grupo etáreo adulto
(en miles)

ANO	15-59 AÑOS (PERSONAS)	60+ AÑOS (PERSONAS)	60+ AÑOS (COMO % DE POBLACIÓN 15-59 AÑOS)	HOMBRES 15-59 AÑOS (%)	MUJERES 15-59 AÑOS (%)	HOMBRES 60+ AÑOS (%)	MUJERES 60+ AÑOS (%)
1990	7,853	1,126	12.5	49.7	50.3	42.0	58.0
2010	10,671	2,030	16.0	49.9	50.1	43.4	56.6
2030	11,873	3,872	24.6	49.9	50.1	44.7	55.3

Fuente: Banco Mundial 1995. [Chile: The Adult Health Policy Change].

12.2 Financiamiento de la salud en la tercera edad

El estudio del financiamiento de la salud en la tercera edad se descompone en dos partes. Primero, es necesario resolver el problema del financiamiento para las personas que hoy están en el sistema público de salud (FONASA). Segundo, se debe resolver el problema de las personas en tercera edad pertenecientes al sistema Isapre. El primer problema es de carácter público y por lo tanto recae sobre el Gobierno de Chile. El segundo problema es de tipo privado y corresponde a las Isapres resolverlo.

No obstante, los problemas no son independientes. Las soluciones que genere el gobierno para financiar la salud en la tercera edad de los beneficiarios del sistema público influirán en la propensión que dichas personas tengan a afiliarse a una Isapre. De este modo, por ejemplo, si el sistema público ofreciere una cobertura generosa y a bajo costo directo para los beneficiarios, dichos individuos tendrían menores incentivos para subscribirse al sistema Isapre que si dicha política no se adoptara. Por otra parte, si las soluciones ofrecidas por las Isapres a los individuos en la tercera edad son excesivamente caras para aquellos, entonces no sólo se hará difícil su incorporación a las Isapres sino que también se hará más probable su abandono del sistema privado y su incorporación al sistema público.

Actualmente, la captación y mantención de personas en la tercera edad presentan desafíos importantes a las Isapres. Primas muy elevadas restringen el acceso a dichas personas. Primas modestas compensadas internamente por subsidios cruzados provenientes de afiliados más jóvenes encarecen la prima de estos últimos, restringiendo su acceso al sistema y afectando negativamente los prospectos de rentabilidad de las Isapres. Primas modestas –iguales o inferiores al costo actuarial de la atención prometida en el contrato– para las personas de la tercera edad, también inciden negativamente en la rentabilidad de las Isapres y pueden ser financieramente no viables para éstas.

Progresivamente las Isapres han ido adaptando su estrategia relativa a la incorporación y mantención de personas en la tercera edad. Las Isapres abiertas, recurriendo a lo que la ley establece, fijan sus tarifas según la edad y el sexo de los afiliados –las únicas dos características sobre las cuales las Isapres pueden legalmente discriminar entre afiliados. Por ejemplo, según la información de la Tabla 12.2, proveniente de una Isapre, una persona de 60-65 años debe cotizar dos veces más que un hombre de 18-34 años. Un individuo mayor de 75 años debe cotizar 4.5 veces más que quien pertenece al tramo 18-34 años.

Tabla 12.2
Tabla de factores relativos de una Isapre, 1995

TRAMO DE EDAD	COTIZANTES		CÓNYUGE		BENEFICARIOS CARGAS LEGALES	BENEFICARIOS CARGAS NO LEGALES
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES		
0-17	0.5	0.5	0.9	1.4	0.4	0.8
18-34	1.0	2.1	0.9	1.5	0.7	1.5
35-44	1.1	1.9	1.0	1.2	1.2	1.5
45-59	1.4	1.9	1.3	1.4	1.4	1.5
60-65	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.4
66-74	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.6
75-más	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	5.3

Fuente: Banco Mundial 1995.

12.3 Financiamiento de la salud de las personas de la tercera edad con bajos ingresos

Como se mencionó en capítulos precedentes, las Isapres han ido generando otras soluciones para atraer y mantener a personas en la tercera edad. Sin embargo, el problema de financiar la salud de las personas mayores no tiene soluciones sencillas en Chile ni en ningún otro país.

Volviendo al primero de los problemas señalados más arriba, no es razonable esperar que las Isapres —empresas privadas con fines de lucro— resuelvan el problema del “stock” de personas de la tercera edad con bajos ingresos que hoy se encuentran en el FONASA. Cualquier solución tendiente a incorporar progresivamente en el tiempo a personas mayores a las Isapres debiera también estar acompañada por la aceptación que quienes hoy son mayores y pobres deberán permanecer dentro del régimen de reparto público de salud. Tampoco es razonable esperar que en el futuro personas pobres de la tercera edad se incorporen a las Isapres con sus propios medios, aunque sí es posible concebir un esquema en el cual dichas personas sí lo hicieran a condición que recibiesen un subsidio estatal, complementario a su propios aportes. Desde la perspectiva de las finanzas públicas, dicha política sólo tendría sentido si dicho subsidio fuese inferior o igual al costo que debiera incurrir el sistema público si mantuviese a aquellas personas en el FONASA. O también tendría sentido si a un costo algo superior, el subsidio permitiese que en las Isapres las personas de la tercera edad obtuviesen una mejor atención. Evaluar la factibilidad de estos dos escenarios, sin embargo, va más allá de los objetivos de esta investigación.

12.4 Financiamiento de la salud de las personas de la tercera edad en Isapres

Con respecto al segundo problema enunciado más arriba —la factibilidad de permanencia en Isapres de sus actuales afiliados que están entrando o que pertenecen a la tercera edad—, cabe preguntarse sobre su capacidad de continuar pagando sus cotizaciones y sus copagos y, por lo tanto, de permanecer en la Isapre con el correr de los años. Para dar respuesta a esta pregunta, no hay buenos sustitutos para la información empírica. Desgraciadamente, estos autores no pudieron obtener información sobre el número de personas en la tercera edad, o cercanos a ella, que ha debido retirarse del sistema Isapre por insolvencia. Se recuerda al lector que las Isapres poseen el recurso legal de cambiar anualmente sus planes de salud para grupos de individuos, aún cuando también se otorga al beneficiario el derecho a apelar a

la Superintendencia de Isapres cuando el nuevo plan alternativo que la ISAPRE le ofrece no le resulta satisfactorio. Basándose en el número más bien modesto de quejas de usuarios presentadas a la Superintendencia y suponiendo que la mayoría de las personas de la tercera edad conoce sus derechos, se concluiría que no son muchas las personas mayores que deben abandonar el sistema Isapre. No obstante, es importante evaluar esta hipótesis con datos empíricos.

Un estudio reciente (Fisher *et al.* 1995) también arroja luces sobre un aspecto central del segundo problema –la factibilidad de que actuales afiliados a Isapres, que aún no ingresan a la tercera edad, puedan permanecer en el sistema cuando envejecan. Para ello los autores efectuaron una proyección de los gastos médicos de las personas al incorporarse a la tercera edad, y compararon dichos gastos con sus ingresos proyectados. El gasto médico proyectado incluye los desembolsos efectivamente efectuados por las personas por concepto de atención de salud: ellos comprenden las cotizaciones a la Isapre más los copagos a los proveedores médicos, los costos del subsidio de incapacidad laboral, los gastos de comercialización y las utilidades de las Isapres. Se definió que existe un problema de financiamiento de la salud en la tercer edad si el beneficiario debe incurrir gastos médicos que reduzcan su ingreso per cápita, netos de gastos de salud, en más de un 30% al llegar a esa etapa.

Las proyecciones de gastos de salud consideraron un aumento real de los costos médicos de un 2% anual. Las proyecciones de ingresos de las personas consideraron distintos escenarios relativos a la rentabilidad real de los fondos de pensiones (entre 5% y 6%), la cual determina en parte importante de los ingresos de las personas al jubilar. También se supuso aumentos de productividad de un 2% anual. Los principales resultados de las proyecciones de Fisher *et al.* se resumen a continuación:

Tabla 12.3
Caída en el ingreso disponible por beneficiario ISAPRE
al llegar a la tercera edad, neto de costos de salud

EDAD ACTUAL	ESCENARIO (SEGÚN RENTABILIDAD REAL DE FONDOS DE PENSIONES)		
	PESIMISTA	INTERMEDIO	OPTIMISTA
23	42%	33%	15%
35	20%	11%	-9%
45	10%	5%	-9%
55	18%	16%	7%

Fuente: Fisher et al. 1995.

De acuerdo a los resultados del estudio, tendría dificultades en permanecer en el sistema Isapre en los escenarios pesimista e intermedio el cotizante promedio que hoy tiene 23 años. Los demás no las tendrían. Para interpretar estos resultados es importante considerar lo siguiente:⁴⁸

- El gasto familiar total en salud aumenta relativamente poco en la tercera edad. Ello se debe en parte a que las Isapres no necesitan pagar el subsidio por incapacidad laboral en la tercera edad, por lo que las cotizaciones aumentan menos que los gastos facturados en salud. Además, el aumento en los gastos facturados de cada uno de los beneficiarios de más de 65 años se ve compensado por el hecho que la familia es más pequeña cuando el jefe del hogar alcanza la tercera edad.
- Las pensiones que recibirán los afiliados de 35 años y más se verán favorecidas por las altas rentabilidades que ha tenido el sistema previsional privado en los últimos

⁴⁸ Los siguientes tres párrafos son casi literales de Fisher et al. 1995, pp. ii-iii.

años [*] y por los bonos de reconocimiento por contribuciones al sistema previsional antiguo. En este sentido, estas generaciones se han beneficiado de una coyuntura no permanente, pero que afecta significativamente [y en forma favorable] los resultados del estudio.

Los autores observan, además, que si bien el afiliado *promedio* de 35 años y más, no enfrentaría un problema de financiamiento de la salud al llegar a la tercera edad, sí podrían tenerlo los afiliados con ingresos inferiores al promedio. Se determinó que los problemas se concentran en los afiliados con menor educación y más jóvenes. También tendrían problemas los afiliados de mayor edad que pertenecen al sistema previsional antiguo. En particular las familias cuyo jefe de hogar tiene 23 años y menos de 10 años de educación, así como las familias con jefe de hogar de 35 años y 8 años de educación deberían destinar más del 30% de su ingreso disponible en la tercera edad para acceder a un plan de cobertura mínima aceptable en esa etapa de la vida.

13. CONCLUSIONES

13.1. Evolución del número de Isapres y de su cobertura

En sus 15 años de existencia, las Isapres han experimentado elevadas tasas anuales de crecimiento de la cobertura, las cuales les han permitido llegar a cubrir, mediante sus seguros de salud, a un cuarto de la población del país. A contar de 1995, sin embargo, esta tendencia ha desaparecido, observándose en la actualidad un crecimiento nulo en la población beneficiaria, como también en el número de Isapres abiertas. Existen en la actualidad 21 de esas entidades, de las cuales 19 son con fines de lucro. El mercado de las Isapres abiertas presenta un grado importante de concentración: las tres entidades de mayor tamaño – Consalud, Cruz Blanca y Banmédica– capturan casi el 55% del mercado, medido según el volumen monetario de las cotizaciones obligatorias de salud.

13.2 . Evolución de la población beneficiaria

La población beneficiaria de las Isapres es más joven y con menor representación de las mujeres que la población del país. Esas instituciones favorecen la incorporación de hombres y mujeres jóvenes entre 20 y 39 años en desmedro de la población mayor de 50 y, particularmente, de aquella mayor de 60. Además, como consecuencia de la selección de afiliados –debido a restricciones legales a la cobertura de preexistencias médicas, a primas crecientes con la edad y ocasionalmente al deterioro en la capacidad de pago de quienes experimentan problemas médicos catastróficos– se presume que la población beneficiaria de las Isapres es más sana que la población general del país. Sin embargo, estos autores no dispusieron de información apropiada para explorar esta hipótesis.

Un análisis comparativo de estadísticas de uso de servicios médicos revela que existen diferencias importantes entre las Isapres y el FONASA, aunque no a nivel de las consultas curativas ambulatorias. El FONASA provee un 43% más de intervenciones quirúrgicas por beneficiario que las Isapres y más de tres veces el número de días cama. Una posible explicación para estas diferencias sería el distinto perfil de salud de los beneficiarios de ambos sistemas, aunque otras causas podrían también ser responsables de estos contrastes.

La afiliación a una Isapre está determinada por los ingresos del trabajador dependiente. De este modo, en 1994 sólo el 6,5% de los hogares del país pertenecientes al quintil de menores ingresos tenía a uno o más miembros afiliados a una Isapre; este porcentaje aumentaba progresivamente hasta llegar a un 51,6% en los hogares del quintil de ingresos más altos. Habiéndose limitado el crecimiento de la afiliación en el mercado de las personas de altos ingresos, a contar de 1989 las Isapres han comenzado a expandir su afiliación hacia personas de menores recursos, proceso favorecido en parte por el otorgamiento de un subsidio público a la afiliación. Desde aquel año y hasta 1994, la renta imponible real promedio de los cotizantes a Isapres disminuyó desde \$320.000 hasta \$260.000 (en pesos de diciembre de 1995).

13.3 . Estructura de ingresos y gastos de las Isapres

En 1995, la cotización legal obligatoria constituía el 84% de los ingresos de explotación de las Isapres. Las otras fuentes de ingresos operacionales eran las cotizaciones adicionales voluntarias (11,4%), el subsidio estatal a la afiliación (4,7%) y el aporte del empleador (0,1%). Ese año, el 59,7% de los ingresos operacionales se destinó al financiamiento de prestaciones de salud, un 19,4% a gastos de administración y ventas, un 15,2% al pago de subsidios de incapacidad laboral (licencias de medicina curativa), y un 1,5% a otros gastos. La utilidad representó el 4,3% restante de los ingresos operacionales. Las remuneraciones del personal y otros gastos juntos contribuyeron (en partes iguales) a las tres cuartas partes de los gastos de administración y ventas. Las comisiones de ventas representaron un poco más de un quinto de los gastos de administración y ventas, mientras que la publicidad representó un 3,1% de ellos.

13.4. Rentabilidad de las Isapres

Así como se ha atenuado el crecimiento del sistema Isapre, también pareciera haberlo hecho su rentabilidad media. Luego de fluctuaciones importantes en rentabilidad, en los últimos cuatro años las Isapres abiertas han experimentado tasas de rentabilidad anual sobre el patrimonio del orden de 25%, con una utilidad sobre los ingresos de explotación cercana al 5%. La rentabilidad patrimonial media de las Isapres abiertas supera a aquellas de otros sectores de la economía. Por ejemplo, en 1995-96, las empresas de seguros obtuvieron una utilidad sobre patrimonio del orden del 18%, el sector eléctrico del 16%, el sector servicios del 13% y el comercio de un 12%.

La rentabilidad promedio de las Isapres abiertas oculta importantes diferencias en rentabilidad individual. Aquellas Isapres de mayor tamaño (que también son las de mayor vida en el mercado –en promedio 14 años) presentaron en 1995 altas tasas de rentabilidad patrimonial. Banmédica, por ejemplo, obtuvo una utilidad sobre patrimonio de un 88,4%, seguida por Vida Tres (76,7%) y Compensación (66,4%). En contraste, la mayoría de las Isapres de tamaño medio a pequeño –con ingresos anuales de explotación inferiores a 12.300 millones en 1995 y vida media en el mercado de 7 a 9 años– arrojaron pérdidas importantes relativas al patrimonio en 1995, en particular las más pequeñas. Se concluye que el mercado de las Isapres es competitivo; que hay numerosas empresas que efectúan esfuerzos importantes por penetrar el mercado a costa de pérdidas significativas en el intento; y que aquellas que ingresaron al mercado más tempranamente y lograron permanecer en él, han logrado establecer una posición aparentemente sólida y de alta rentabilidad.

13.5. Inversión privada en salud

Aún cuando hay poca información cualitativa disponible sobre la magnitud de la oferta privada de servicios de salud, hay evidencia de que el crecimiento de las Isapres, al permitir una mayor canalización de recursos privados al financiamiento de las atenciones de salud, ha fomentado el desarrollo del sector privado de la provisión. Con anterioridad a la creación de estas instituciones (en 1981), el sector privado reunía sólo 3.855 camas en clínicas, o el 10% de la oferta nacional; el sector público, en cambio, poseía un 90% de las camas hospitalarias del país, o casi 33.700 unidades. En los quince años siguientes, el número de camas hospitalarias del sector público disminuyó a 32.300 unidades, mientras que aquellas en el sector privado se más que duplicaron, llegando a ser 10.600 en 1995. La participación del sector privado en la oferta de camas hospitalarias pasó de un 10% a un 25%.

13.6. Satisfacción de los beneficiarios

La mayoría de los afiliados al sistema Isapre está al menos razonablemente satisfecha con el sistema. Sin embargo, a medida que se desciende en la escala socioeconómica, disminuye la proporción de beneficiarios satisfechos. Respecto a la cobertura, la mayoría de los afiliados se siente al menos razonablemente cubierta, aunque llama la atención que quede una cuarta parte que se siente insuficientemente cubierta. La cobertura es una preocupación importante en los beneficiarios Isapre. La percepción de cobertura aumenta con el precio de la prima. Los afiliados a Isapre están más satisfechos con su sistema que los afiliados a FONASA. Es mayor el porcentaje de afiliados a Isapre que reporta con actitud positiva hacia su sistema que lo equivalente en FONASA. Asimismo, una menor parte de los afiliados a Isapre desea cambiarse a FONASA que viceversa; entre los afiliados al FONASA, la razón más frecuente para no cambiarse a una Isapre es la falta de ingreso.

13.7. Equidad en el sector salud y acceso a las Isapres

El sector de la salud chileno presenta una segregación entre quienes son beneficiarios del FONASA y quienes pertenecen a las Isapres. Esta diferencia ha sido caricaturizada por algunos como “una salud para los ricos y otra para los pobres”. En 1995, las Isapres abiertas incurrieron un gasto medio en atenciones de salud a sus beneficiarios de \$66.542 (US\$ 162), mientras que el FONASA gastó \$49.059 (US\$ 120). Esta diferencia en gasto medio se torna aún más importante al considerar las diferencias en las características de la población beneficiaria (de mayor edad en el FONASA y presumiblemente con peor estado de salud) y en las tasas de utilización de servicios en los subsistemas público y privado.

El que el nivel de provisión o el gasto en atenciones difiera entre los subsectores público y privado señala la presencia de una desigualdad en el acceso a los servicios de salud, aunque no es evidente que ello también revela la existencia de inequidad. La inequidad existe cuando un grupo de la población no puede acceder a un nivel mínimo socialmente aceptable de servicios. Pueden coexistir en un sistema de salud desigualdad y equidad, donde parte de la desigualdad –aquella por encima del nivel mínimo aceptable– es inocua desde el punto de vista de la equidad.⁴⁹

Las iniciativas de reforma del sistema de seguridad social en salud, actualmente en estudio a nivel del gobierno, reflejan el sentir de un sector que considera que el nivel de servicio a que pueden acceder hoy los beneficiarios del FONASA está por debajo de un mínimo aceptable. Aún cuando la generación de opciones de reforma se encuentra a un nivel incipiente, se prevé que los cambios –de haberlos– apuntarán a un sistema en que se mejore el nivel de beneficios de salud de quienes hoy son beneficiarios del sistema público.

Cómo se financiará un mayor nivel de beneficios es una pregunta abierta, como también si es que se buscará retornar a un esquema en el cual parte de la cotización obligatoria de salud se use para repartir el riesgo entre los beneficiarios de los seguros (públicos o privados), y parte para redistribuir ingreso. Lo primero es propio de todo sistema de seguro, y sucede hoy al interior del FONASA y de cada Isapre. Lo segundo, en cambio –un sistema de reparto sobre la base de la cotización legal de salud, como el que existía con anterioridad a la creación de las Isapres–, hoy sólo prevalece en el FONASA. La viabilidad política de retornar a dicho sistema a nivel del país es, al menos, dudosa.

⁴⁹ Musgrove, 1992.

13.8. Evolución futura del mercado de las Isapres

Como se indicó más arriba, desde 1995 se ha observado un estancamiento en la afiliación a Isapres y en el número de estas entidades. Ello posiblemente señala el término de una etapa en el desarrollo de esta industria en Chile. Muy probablemente, una expansión significativa de estas instituciones ocurrirá sólo en la medida en que se produzca un cambio estructural en el sistema de salud chileno.

Los principios fundamentales del modelo de libre mercado y de economía abierta adoptados durante el gobierno de Pinochet han contado con un apoyo político mayoritario en el país desde el retorno de la democracia en Chile, en 1989. Sin embargo, existen ciertos sectores que han cuestionado algunos aspectos de las políticas económicas y sociales en vigencia. Han criticado, por ejemplo, el sistema de Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), las políticas que rigen el mercado del trabajo, y el sistema Isapre. El impacto positivo sobre el ahorro interno asociado a las AFP, sin embargo, junto con el apoyo incondicional de que gozan por parte de la oposición al gobierno, hace improbable la adopción de políticas orientadas a cambiar la esencia de estas instituciones. Con respecto a las reglas del mercado del trabajo, la probabilidad política de que éstas sean modificadas son más altas. Finalmente, en lo relativo a las Isapres, el debate sugiere que estas instituciones enfrentan las mayores chances de verse sometidas a cambios significativos en las reglas del juego, como resultado de anunciados cambios estructurales en el sector de la salud en Chile.

En efecto, como se indicó más arriba, el actual gobierno de Frei Ruiz-Tagle ha anunciado planes para reformar el sector de la salud nacional, con el propósito de imprimirle una mayor equidad y eficiencia. La reacción de las Isapres frente a estas anticipadas reformas ha sido cautelosa. A principios de 1995, la Isapre Consalud (la más grande de las abiertas) anunció un congelamiento de sus planes de inversión en infraestructura médica, el cual totalizaba 30 millones de dólares en un horizonte de tres años. Consalud justificó su decisión en la incertidumbre política sobre el futuro del mercado de las Isapres. El prospecto de una reforma, de naturaleza aún desconocida, también habría inhibido los planes de desarrollo de otras Isapres.

En estas circunstancias, no es del todo sorprendente que el número de Isapres en el mercado, como también el volumen de beneficiarios del sistema, haya cesado de crecer, aunque se presume que la incertidumbre política es sólo una de muchas causas. Los temores de las Isapres –fundados en lo que ellas perciben como un clima de incertidumbre o falta de definición política–, junto con su asociada reticencia a invertir en infraestructura, ha llevado a estas instituciones a expresar su deseo de que el gobierno les permita hacer un mayor uso de la infraestructura hospitalaria pública de salud, para así aumentar sus opciones de provisión (sin necesidad de una inversión adicional y percibida por ellas como riesgosa), y su mercado hacia los sectores de menores ingresos.

Resta por ver cuál será la reforma propuesta y su viabilidad política. Una vez despejada esta incógnita se verá en qué medida las Isapres pueden continuar con su desarrollo dentro del país.

Vale mencionar que mientras en Chile las Isapres enfrentan incertidumbre, fuera del país han surgido opciones atractivas de inversión para estas empresas. Es así que varias Isapres abiertas han desarrollado negocios en otros países de América Latina.

Es importante aclarar, sin embargo, que no es razonable atribuir completamente el estancamiento en el crecimiento de las Isapres al clima de incertidumbre política que ellas perciben. El crecimiento bajo a nulo puede deberse también en parte a la saturación del mercado de suscriptores potenciales –personas con ingresos suficientes para financiar las primas de las Isapres y con interés en adquirir dicha cobertura. De ser cierta esta hipótesis, y en la ausencia de cambios estructurales en el sistema de salud, el mayor crecimiento de las Isapres será lento y seguirá el crecimiento vegetativo de la población y la evolución del ingreso de las personas en el país. Además, un mayor crecimiento será posible en la

medida que las Isapres logren establecer arreglos con proveedores que les permitan ofrecer planes de cobertura aceptable a precios más reducidos, para así continuar con su penetración en el mercado de las personas con ingresos medios y medios bajos.

13.9. Problemas de información en el mercado de las Isapres

Persisten importantes problemas de información en el mercado de las Isapres. Un primer problema surge de la abundancia de planes de salud en oferta, dificultando el proceso de selección por parte de los suscriptores potenciales y haciendo menos transparente la competencia entre Isapres. Un segundo problema se deriva de asimetrías de información entre las Isapres y sus proveedores médicos, lo cual limita la capacidad de control de éstas sobre las acciones de aquellos. La excesiva provisión de cesáreas es una manifestación de esta dificultad. Tercero, también existen problemas de información entre los proveedores médicos y los beneficiarios de Isapres. Existen incentivos de distinta índole para que los primeros sobre-provean atención, teniendo los pacientes información precaria para poder juzgar cuán apropiadas son dichas prescripciones. Cuarto, los beneficiarios de Isapres con frecuencia incurrir en gastos excesivos de su bolsillo al escoger a proveedores médicos caros o mal cubiertos por sus Isapres. Finalmente, la selección adversa continúa siendo un problema en el mercado de las Isapres, no obstante las protecciones que dispone la nueva ley para esas instituciones, al establecer un período de carencia de 5 años para las condiciones preexistentes.

En tres de los cinco problemas anteriores se observan avances positivos en el mercado. La Superintendencia de Isapres está participando en una campaña de educación a suscriptores potenciales, en particular a empresas interesadas en negociar seguros colectivos con Isapres. Dicha iniciativa consiste en otorgar información a la empresa que facilite su proceso de selección de Isapre y plan, y que le permita maximizar el nivel de beneficios médicos que ésta puede obtener a cambio de sus recursos para la afiliación. La Superintendencia y las Isapres, por su parte, también están proveyendo información a beneficiarios para educarlos a escoger proveedores que estén bien cubiertos por los respectivos planes de salud, minimizando así sus gastos de bolsillo por concepto de atenciones médicas. Finalmente, el crecimiento en la afiliación colectiva es un proceso que permitirá limitar aún más el problema de la selección adversa.

Los problemas de la oferta de un número excesivo de planes de salud difíciles de comparar y de la sobre-provisión de atenciones persisten en el mercado. La adopción de un "plan básico de salud", o de "planes referenciales", que debieran ser ofrecidos por todas las Isapres, es una posible solución actualmente en debate en el ámbito público y académico. El objetivo de estas ideas sería establecer algunos productos homogéneos en el mercado, para hacer más transparente la información a los suscriptores y así promover mayores niveles de competencia por afiliados entre Isapres.

El problema de sobre-provisión de atenciones persiste, y será de difícil solución en la medida que las Isapres continúen organizadas principalmente como intermediarios financieros, sin integrarse productiva y financieramente con los proveedores.

13.10. Incentivos a la contención de costos en el sistema Isapre

Se presume que uno de los mayores problemas que enfrentan las Isapres hoy, y el mercado de la salud en Chile, es la explosión de los precios de los insumos y del volumen de las prestaciones médicas, ambas causas de una explosión en el gasto en salud. Este problema se atribuye a múltiples factores, como el progreso tecnológico, el poder monopólico de algunos proveedores médicos y la falta de integración vertical de las Isapres y su modalidad de reembolso a proveedores. Con respecto a esta última posible causa, vale notar que la

experiencia internacional establece claramente que el sistema de pago a proveedores por acto médico —el método de reembolso más común entre las Isapres— es altamente inflacionario.

La información disponible, sin embargo, impide un análisis científico de la evolución de los precios de las prestaciones de salud en el país. No existe, por ejemplo, un índice de precios del sector salud, como lo hay en otros países. Tampoco pudieron estos autores obtener información sobre series históricas de precios pagados por las Isapres y sus beneficiarios a médicos y clínicas. Por otra parte, las Isapres han conservado constante, en términos reales, el gasto medio por afiliado en los últimos años. Si bien no hay evidencia de que ello se haya logrado en desmedro de la calidad o cantidad de atención a los beneficiarios, es aparente que las Isapres han logrado reducir el número de intervenciones quirúrgicas por beneficiario. El ahorro por el lado de la cirugía podría estar ayudando a compensar posibles mayores gastos en procedimientos diagnósticos y de apoyo clínico. Tampoco ha sido posible estudiar la evolución del gasto de bolsillo de los beneficiarios de Isapres en prestaciones médicas. Un mayor gasto de bolsillo de los mismos sería consistente con un aumento de precios en el mercado y una estrategia de las Isapres orientada a limitar sus reembolsos a proveedores mediante sus aranceles internos.

En definitiva, la información disponible para los autores no permite aseverar que existe una explosión de costos en el sector salud inducida por la forma de operar de las Isapres. Existen razones, sin embargo, para presumir que ello podría ser el caso. Estudiar la evolución de los precios de las prestaciones en el mercado de la salud es una prioridad, como lo es también evaluar las relaciones contractuales entre Isapres y proveedores, las implicaciones de las mismas sobre la eficiencia del mercado de la salud, y las razones por las cuales las Isapres, a diferencia de las HMOs americanas, no han adoptado esquemas de integración de las funciones de provisión y aseguramiento.

13.11. Movilidad y eficiencia en el mercado de las Isapres

La movilidad entre Isapres que la nueva ley establece para los afiliados es un arma de doble filo que favorece la competencia entre Isapres pero que también promueve la ineficiencia del sistema. La nueva ley le atribuye un carácter permanente al contrato de salud por el lado de la Isapre. Ello busca proteger al afiliado, impidiendo que la Isapre pueda caducar el contrato arbitrariamente. Por otro lado, la ley le permite al asegurado desafilarse de la Isapre luego de completado el primer año con ella. La movilidad que la ley le otorga al afiliado genera incentivos para que la Isapre enfrente una presión competitiva permanente, a contar del primer año, que la lleva a mantener o mejorar sus beneficios, o a disminuir sus precios, y así conservar a sus afiliados. Este es un efecto positivo de la nueva ley.

La facultad de cambiarse de Isapre también tiene consecuencias negativas sobre la eficiencia, puesto que al confrontar el riesgo permanente de perder a sus beneficiarios, las Isapres cuentan con pocos incentivos para invertir en la salud de sus asegurados. En efecto, por lo general las Isapres abiertas no poseen programas de salud preventiva, como por ejemplo los controles preventivos anuales y la promoción de hábitos saludables. Por lo demás, en la mayoría sino en todas las Isapres abiertas, se observan bajas tasas de utilización de los controles preventivos anuales que la ley establece como un derecho de los beneficiarios.

La Isapre Consalud parece ser una excepción a esta regla, por cuanto estaría desarrollando estrategias para conservar a sus beneficiarios en el largo plazo mediante incentivos económicos, invirtiendo en su salud a través del tiempo. La falta de iniciativas en este ámbito, sin embargo, puede responder al hecho que el mercado de las Isapres aún es inmaduro, y que continuará evolucionando. Esta hipótesis se apoya en parte en el hecho que la ley de Isapres ha seguido evolucionando hasta hace poco tiempo. Es de esperar, por lo tanto, que como Consalud, las otras Isapres también generen soluciones tendientes a retener a sus afiliados a través del tiempo, con ganancias de eficiencia para ambas partes.

La escasez de soluciones espontáneas, también lleva a cuestionar las virtudes de la ley de Isapres en esta materia, y la necesidad de introducir nuevos cambios que promuevan una mayor permanencia de afiliados.

13.12. Continuidad de la cobertura en la tercera edad

Uno de los temas más discutidos en el ámbito de las Isapres ha sido la continuidad y magnitud de la cobertura que éstas otorgan frente al envejecimiento de sus afiliados y la ocurrencia de enfermedades catastróficas de los mismos. En el caso del envejecimiento, o “problema de la tercera edad”, la Superintendencia de Isapres comisionó un estudio sobre la materia a la Universidad de Chile. Dicho estudio estuvo motivado por las siguientes circunstancias: (1) al envejecer las personas, su estado de salud se deteriora, aumentando su consumo y gasto médico; (2) al cumplir los 65 años de edad, los cotizantes hombres jubilan, por lo que típicamente dejan de percibir un sueldo y comienzan a percibir una jubilación, generalmente inferior al mismo; (3) al jubilar, las personas dejan de percibir el subsidio público a la afiliación a Isapres; y (4) al cumplir los 65 años, las Isapres aumentan substancialmente y en forma discontinua las primas a las personas, a veces en porcentajes que exceden el 50%. Estos cuatro factores combinados dificultan la permanencia de las personas de la tercera edad en las Isapres.

El estudio de la Universidad de Chile exploró la factibilidad financiera de permanencia de las personas de la tercera edad en Isapres. Bajo ciertos supuestos, tendrían problemas en permanecer en Isapres las personas jóvenes, con menores ingresos y menores niveles de educación. El estudio demostró que la viabilidad de permanencia en Isapres en la tercera edad depende en parte de las altas rentabilidades históricas de las AFPs, las cuales muy difícilmente se reproducirán en el futuro. Además, la proyección de un nivel de rentabilidad real anual promedio de un 5%-6% de los fondos de las AFPs en las próximas décadas es cuestionable. Finalmente, el estudio se concentró en proyectar a través de las décadas venideras la viabilidad de permanencia de quienes hoy están en Isapres y no entran aún en la tercera edad. Los supuestos tras las proyecciones, y la sensibilidad de las mismas frente a cambios en los principales parámetros del ejercicio, sugieren que los resultados del estudio, si bien importantes y sólidos, debieran ser ponderados con cautela.

Un análisis complementario al de la Universidad de Chile, hoy no viable debido a limitaciones en las bases de datos disponibles, sería estudiar empíricamente qué está sucediendo con lo actuales afiliados a Isapres que entran a la tercera edad y que envejecen. ¿Cuántos de ellos permanecen en las Isapres? ¿Cuántos lo hacen enfrentando gastos médicos por concepto de afiliación y pagos no reembolsables a proveedores médicos que superan el 30% de sus ingreso per cápita, neto de gastos en salud?⁵⁰ ¿Cuántos se retiran del sistema Isapre y retornan al FONASA, y cuáles son las principales causas tras dicho cambio? La respuesta a estas preguntas, con datos reales de las Isapres, permitirá arrojar luz sobre el debate.

En resumen, aclarar el rol de las Isapres en el financiamiento de la salud en la tercera edad es una prioridad, considerando el actual envejecimiento de la población chilena. Se han propuesto diversas soluciones al problema y el mercado pareciera estar innovando en esta materia, pero las soluciones parecen ser pocas y en algunos casos insuficientes. Los esfuerzos analíticos públicos a la fecha han sido pocos pero válidos. Sin embargo, resta analizar información empírica sobre el destino de los actuales beneficiarios de Isapres que entran en la tercera edad o que ya están en ella. Avanzar en la generación de posibles soluciones, incluyendo nuevos cambios a la ley de Isapres, el otorgamiento de subsidios

⁵⁰ El estudio de la Universidad de Chile estableció que existía un problema de financiamiento en la tercera edad si el afiliado debía incurrir gastos médicos que reducían su ingreso per cápita, neto de gastos en salud, en más de un 30% al llegar a esa etapa de la vida.

públicos a la afiliación a Isapres de personas en la tercera edad y otras opciones son temas prioritarios.

13.13. Naturaleza y continuidad de la cobertura para enfermedades catastróficas

Un tema prominente en el debate sobre las Isapres ha sido la cobertura que ellas otorgan para las enfermedades catastróficas, y la capacidad de las personas que experimentan dichos problemas para permanecer en el sistema Isapre. Un estudio de la Universidad Católica, también comisionado por la Superintendencia de Isapres, abordó este tópico. Concluyó que las catástrofes afectan a un porcentaje bajo de beneficiarios, y que en muchos casos ello sucede por una mala selección de proveedor, en el sentido de escoger a uno que goza de baja cobertura financiera por parte de la Isapre.

Dicho estudio propone un atractivo esquema de seguros de corto plazo que permitirían financiar los gastos catastróficos y además financiar el mayor costo actuarial futuro de quienes sufren de problemas catastróficos de salud. Esto último le otorgaría mayor movilidad entre Isapres a quienes experimentan problemas catastróficos. La solución propuesta sería una opción al actual sistema de exclusión de preexistencias médicas que contempla la ley.

13.14. El reaseguro implícito del FONASA y sus consecuencias sobre el sistema Isapre

Uno de los principales problemas del sistema de salud chileno es la existencia de dos tipos de seguros, el público y el privado, que operan sobre lógicas distintas. Por una parte el FONASA es en la práctica una suerte de seguro implícito para todos los chilenos y opera según un esquema de reparto de riesgo y de ingreso. Por otra parte, las Isapres son seguros privados con repartición de riesgo entre sanos y enfermos pero, en principio, sin redistribución de ingreso.

Algunos de los incentivos que genera este sistema mixto son perversos. Por ejemplo, las personas jóvenes y sanas con capacidad de pago escogen a las Isapres por proveer éstas mejor cobertura y beneficios que el FONASA para las atenciones ambulatorias. La existencia del FONASA como seguro de último recurso remueve gran parte del incentivo de las personas a contribuir mayores recursos a las Isapres para protegerse de eventos catastróficos y de los mayores gastos de la tercera edad. Las Isapres, por su parte, tienen libertad de aumentar sus primas prácticamente sin restricciones.⁵¹

La Autoridad dispone de numerosos estudio y recomendaciones que le permitirían continuar perfeccionando el marco regulatorio del sistema Isapre. Sin embargo, su mayor desafío es lograr limar la fricción generadas en el sector salud por el funcionamiento de dos sistemas distintos de salud –uno público y otro privado– que operan sobre lógicas diferentes, y que por ello resultan en pérdidas de equidad y eficiencia.

⁵¹ Siempre y cuando el cambio sea para un plan de salud y todos sus beneficiarios, y no sólo para un individuo.

BIBLIOGRAFÍA

- ADIMARK 1995 "Estudio ISAPRE" Para Superintendencia de Isapre.
- ADIMARK 1996 "Presentación Estudio -Imagen de los Sistemas de Salud- " Realizado para la Asociación de ISAPRES A.G.
- Araiz Sonia, y Germán Puentes. Sin fecha. "Algunos indicadores de la situación de salud". MIDEPLAN.
- Asociación de ISAPRES A.G. 1995. "Informe Anual 1994".
- Asociación de ISAPRES A.G. 1996 "Informe Anual 1996".
- Asociación de ISAPRES de Chile 1993. "Presentación Memoria Anual 1994 y Resultados del Sistema al Primer Semestre de 1993".
- Asociación de ISAPRES. 1990. "Desarrollo del Sistema de Salud Previsional en Chile".
- Asociación de ISAPRES. 1994 A.G. "Análisis de los Subsidios que Eventualmente Afectan al Sistema ISAPRE".
- Bitrán, R. 1996. *Public Hospitals in Chile: Prospects for Autonomy*. Bitrán y Asociados. Documento Preparado para el Banco Mundial.
- Bitrán, R., J. Muñoz, M. Navarrete, P. Aguad y G. Uvilla. 1996. *Estudio Equidad en el Financiamiento del Seguro Público de Salud*. Volúmenes 1-3. Documento preparado para el Ministerio de Salud y el Fondo Nacional de Salud. GESS, Bitrán y Asociados y Sistemas Integrales.
- Caviedes R. "Desarrollo del Sistema Privado de Salud, ISAPRE" Administración en Salud N°17.
- Centro de Estudios Públicos 1993 "Estudio Social y de Opinión Pública N° 20 Julio 1993"
- Centro de Estudios Públicos 1995 "Estudio Nacional de Opinión Pública N° 1 Tercera Serie Noviembre - Diciembre 1994"
- CIEDESS: Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social "Atención por el Sistema ISAPRE del Adulto Mayor que se Acoge a Jubilación" Trabajo de investigación preparado para la Asociación Gremial de Isapres. Abril 1992.
- Díaz C., Gazitúa R, Torche A., Valdés S.. 1995. "Cobertura Catastrófica para los Cotizantes del Sistema ISAPRE" Instituto de Economía Pontificia Universidad Católica de Chile. Diciembre.
- Fisher R. Mizala A. Romaguera P. 1995. "Proyecto: Alternativas de Solución para el Financiamiento de la Salud en la Tercera Edad en el Sistema ISAPRE" Diciembre.
- Fisher R. Romaguera P. 1995 "Análisis del Rol de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional" Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas, Departamento de Ingeniería Industrial. Serie Documentos de Trabajo.
- FONASA (Fondo Nacional de Salud) 1995 "Boletín Estadístico FONASA 1993-1994"
- FONASA (Fondo Nacional de Salud) 1995 "Boletín Estadístico FONASA 1994-1995"
- FONASA. 1995. *Boletín Estadístico 1993-1994*. Unidad de Comunicación y Relaciones Públicas: Santiago, Chile.
- ILADES / Georgetown University 1993 "Análisis Costo Efectividad de Programas de Atención Primaria y Estudio de Esquemas de Financiamiento"
- Instituto Nacional de Estadísticas. "Chile Estimaciones y Proyecciones de Población por Sexo y Edad. Total País: 1950-2050."

- Jara, O. y C. Vergara. 1996. *Estudio Subsidio del 2% de la Cotización Adicional de la Ley 18.556*. Documento preparado para el Centro de Estudios Públicos.
- Libertad y Desarrollo, 1994 "¿Subsidio Estatal a las ISAPRES?" N°34
- Ministerio de Planificación y Cooperación 1992 "Población, Educación, Vivienda, Salud, Empleo y Pobreza CASEN 1990"
- Ministerio de Planificación y Cooperación 1996 "Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, CASEN 1992. Modulo Salud" División de Planificación, Estudios e Inversión. Departamento de Planificación y Estudios Sociales.
- Ministerio de Planificación y Cooperación 1996 "Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, CASEN 1994. Modulo Salud" División de Planificación, Estudios e Inversión. Departamento de Planificación y Estudios Sociales.
- Ministerio de Salud. 1994. *Balance del Sector Público de Salud 1993*. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud. 1995. *Situación de la Salud en Chile 1994*. Santiago, Chile.
- Phelps, C. 1992. "Health Economics". HarperCollins Publishers Inc.
- Ramírez R.1992. "Prestaciones de Salud" Administración en Salud N°17
- República de Chile, Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, 1995. "Desarrollo del Sistema ISAPRE 1990-1994".
- República de Chile, Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, 1995.
- República de Chile, Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, 1991. "Boletín Estadístico del Sistema Isapre. Año 1990".
- República de Chile, Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, 1992. "Boletín Estadístico del Sistema Isapre. Año 1991".
- República de Chile, Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, 1993. "Boletín Estadístico del Sistema Isapre. Año 1992".
- República de Chile, Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, 1994. "Boletín Estadístico Trimestral del Sistema Isapre. Año 1993".
- República de Chile, Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, 1995. "Boletín Estadístico Período Enero-Diciembre 1994".
- República de Chile, Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, 1995 "Serie Estadística Sistema ISAPRE 1981-1994".
- República de Chile, Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, Departamento de Estudios 1995 "Comportamiento de las Licencias por Enfermedad Común o Curativa en Sistema de ISAPRE Abiertas". Serie de Estudios Técnicos.
- República de Chile, Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, 1996. "Boletín Estadístico Período Enero-Diciembre 1995".
- República de Chile, Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, 1996. "Serie Estadística Sistema ISAPRE 1981-1995".
- República de Chile, Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, 1996. "Texto Actualizado de la Ley N°18.933".
- República de Chile, Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional,. 1992. "El Sector Privado en el Sistema de Salud Chileno".
- Revista, Salud en Cifras, 1991 "Estadísticas del Sistema Isapres" Administración en Salud N°15
- Sánchez H. Cerón Y. "Principales Aspectos del Sistema de Salud Chileno"
- Sistemas Integrales. 1992. *La Salud en Chile 1992. Informe Nacional del Diagnóstico de Salud*. Programa MINSAL BID. Serie Herramientas de Trabajo. Ministerio de Salud, Santiago, Chile.
- Solimano G, Tellez A., Vergara M. "Propuestas para el Rediseño del Sistema de Salud: Cuatro Temas Básicos" Corporación de Salud y Políticas Sociales.
- Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, 1993 "El Sistema de Instituciones de Salud Previsional Evolución y Comportamiento:1990-1992". Doc.
- Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, 1994 "Fortalezas y Debilidades del Sistema ISAPRE". Doc.

- Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, 1995 *"Sistema de Salud Previsional en Chile"*. Doc.
- Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, 1995 *"Sistema Previsional de Salud Chileno Comparación FONASA- ISAPRE"*. Doc.
- Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, Departamento de Estudios. 1994. *"Evaluación de Resultados Sistema ISAPRE Año 1993"*. Serie Informes de Coyuntura.
- Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, Departamento de Estudios 1994 *"Tratamiento del Sistema ISAPRE Para Beneficiarios que Padecen Enfermedades Catastróficas"*. Documento Interno. Zambrano P y G. Sanhueza.
- Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional. *Serie Estadísticas Sistema ISAPRE, 1981 -1994*. Santiago de Chile.

Serie Financiamiento del Desarrollo **

- | No. | Título |
|-----|--|
| 1 | "Regulación y supervisión de la banca en la experiencia de liberalización financiera en Chile (1974-1988)" (LC/L.522), noviembre de 1989 |
| 2 | "Ahorro e inversión bajo restricción externa y focal. El caso de Chile 1982-1987" (LC/L.526), diciembre de 1989 |
| 3 | "Los determinantes del ahorro en México" (LC/L.549), febrero de 1990 |
| 4 | "Ahorro y sistemas financieros: experiencia de América Latina. Resumen y conclusiones" (LC/L.553), abril de 1990 |
| 5 | "La cooperación regional en los campos financiero y monetario" (LC/L.603), noviembre de 1990 |
| 6 | "Regulación del sistema financiero y reforma del sistema de pasivos: experiencias de América Latina" (LC/L.609), enero de 1991 |
| 7 | "El leasing como instrumento para facilitar el financiamiento de la inversión en la pequeña y mediana empresa de América Latina" (LC/L.652), noviembre de 1991 |
| 8 | "Regulación y supervisión de la banca e instituciones financieras" (LC/L.655), noviembre de 1991 |
| 9 | "Sistemas de pensiones de América Latina. Diagnóstico y alternativas de reforma" (LC/L.656), noviembre de 1991 |
| 10 | "¿Existe aún una crisis de deuda latinoamericana?" (LC/L.664), diciembre de 1991 |
| 11 | "La influencia de las variables financieras sobre las exportaciones bajo un régimen de racionamiento de crédito: una aproximación teórica y su aplicación al caso chileno" (LC/L.721), noviembre de 1992 |
| 12 | "Las monedas comunes y la creación de liquidez regional" (LC/L.724), diciembre de 1992 |
| 13 | "Análisis estadístico de los determinantes del ahorro en países de América Latina. Recomendaciones de política" (LC/L.755), junio de 1993 |
| 14 | "Regulación, supervisión y desarrollo del mercado de valores" (LC/L.768), julio de 1993 |

** El lector interesado en números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Financiamiento de la División de Comercio Internacional, Transporte y Financiamiento, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago de Chile.

- 15 "Empresas de menor tamaño relativo: algunas características del caso brasileño" (LC/L.833), mayo de 1994
- 16 "El acceso de las pequeñas y medianas empresas al financiamiento y el programa nacional de apoyo a la PYME del Gobierno chileno: balance preliminar de una experiencia" (LC/L.834), mayo de 1994
- 17 "La experiencia en el financiamiento de la pequeña y mediana empresa en Costa Rica" (LC/L.835), mayo de 1994
- 18 "Acceso a los mercados internacionales de capital y desarrollo de instrumentos financieros: el caso de México" (LC/L.843), junio de 1994
- 19 "Fondos de pensiones y desarrollo del mercado de capitales en Chile: 1980-1993" (LC/L.839), mayo de 1994
- 20 "Situación y perspectivas de desarrollo del mercado de valores del Ecuador" (LC/L.830), junio de 1994
- 21 "Integración de las bolsas de valores en Centroamérica" (LC/L.856), agosto de 1994
- 22 "La reanudación de las corrientes privadas de capital hacia América Latina: el papel de los inversionistas norteamericanos" (LC/L.853), agosto de 1994
- 23 "Movimientos de capitales, estrategia exportadora y estabilidad macroeconómica en Chile" (LC/L.854), agosto de 1994
- 24 "Corrientes de fondos privados europeos hacia América Latina: hechos y planteamientos" (LC/L.855), agosto de 1994
- 25 "El movimiento de capitales en la Argentina" (LC/L.857), agosto de 1994
- 26 "Repunte de los flujos de capital y el desarrollo: implicaciones para las políticas económicas" (LC/L.859), agosto de 1994
- 27 "Flujos de capital: el caso de México" (LC/L.861), agosto de 1994
- 28 "El financiamiento latinoamericano en los mercados de capital de Japón" (LC/L.862), agosto de 1994
- 29 "Reforma a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe" (LC/L.879), febrero de 1995
- 30 "Acumulación de reservas internacionales: sus causas efectos en el caso de Colombia" (LC/L.901), julio de 1995
- 31 "Financiamiento de las unidades económicas de pequeña escala en Ecuador" (LC/L.903), septiembre de 1995

- 32 "Acceso de la pequeña y microempresa al sistema financiero en Bolivia: situación actual y perspectivas" (LC/L.907), septiembre de 1995
- 33 "Private international capital flows to Brazil" (LC/L.909), octubre de 1995
- 34 "Políticas de financiamiento de las empresas de menor tamaño: experiencias recientes en América Latina" (LC/L.911), octubre de 1995
- 35 "Flujos financieros internacionales privados de capital a Costa Rica" (LC/L.914), octubre de 1995
- 36 "Distribución del ingreso, asignación de recursos y shocks macroeconómicos. Un modelo de equilibrio general computado para la Argentina en 1993" (LC/L.940), mayo de 1996
- 37 "Operación de conglomerados financieros en Chile: una propuesta" (LC/L.949), julio de 1996
- 38 "Efectos de los shocks macroeconómicos y de las políticas de ajuste sobre la distribución del ingreso en Colombia" (LC/L.965), agosto de 1996
- 39 "Nota sobre el aumento del ahorro nacional en Chile, 1980-1994" (LC/L.984), octubre de 1996
- 40 "Flujos de capital externo en América Latina y el Caribe: experiencias y políticas en los noventa" (LC/L.1002), abril de 1997
- 41 "Surgimiento y desarrollo de los grupos financieros en México" (LC/L.1003), abril de 1997
- 42 "Costa Rica: una revisión de las políticas de vivienda aplicadas a partir de 1986" (LC/L.1004), junio de 1997
- 43 "Choques, respuestas de política económica e distribución de renta no Brasil" (LC/L.1005), junio de 1997
- 44 "Distribución del ingreso, shocks y políticas macroeconómicas" (LC/L.1006), mayo de 1997
- 45 "Pension reforms in Central and Eastern Europe: necessity, approaches and open questions" (LC/L.1007), abril de 1997
- 46 "Financiamiento de la vivienda de estratos de ingresos medios y bajos: la experiencia chilena" (LC/L.1008), mayo de 1997
- 47 "La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada" (LC/L.1009), mayo de 1997
- 48 "On economic benefits and fiscal requirements of moving from unfunded to funded pensions" (LC/L.1012), junio de 1997

- 49 "Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno" (LC/L.1030), julio de 1997
- 50 "La competencia manejada y reformas para el sector salud de Chile" (LC/L.1031), julio de 1997
- 51 "Mecanismos de pago/contratación del regimen contributivo dentro del marco de seguridad social en Colombia" (LC/L.1032), julio de 1997
- 52 "A comparative study of health care policy in United States and Canada: what policymakers in Latin America might and might not learn from their neighbors to the North" (LC/L.1033), julio de 1997
- 53 "Reforma al sector salud en Argentina" (LC/L.1035), julio de 1997
- 54 "Hacia una mayor equidad en la salud: el caso de Chile" (LC/L.1036), julio de 1997
- 55 "El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia" (LC/L.1037), julio de 1997
- 56 "Las instituciones de salud previsional (ISAPRES) en Chile" (LC/L.1038), julio de 1997