

SECCIÓN DE OBRAS DE ECONOMÍA CONTEMPORÁNEA

ENSAYOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

LOS CASOS DE ESTADOS UNIDOS - CANADÁ
ARGENTINA - CHILE - COLOMBIA

VOLUMEN II

Primera edición, Chile, 2000

Título original:

Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud.

Los casos de Estados Unidos - Canadá - Argentina - Chile - Colombia

© Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Naciones Unidas

© Fondo de Cultura Económica

Av. Picacho Ajusco 227; Colonia Bosques del Pedregal; 14200 México, D.F.

© Fondo de Cultura Económica Chile S.A.

Paseo Bulnes 152, Santiago, Chile

Registro de propiedad intelectual N° 114.526

I.S.B.N.: 956-289-018-X (Volumen II)

I.S.B.N.: 956-289-016-3 (Obra completa)

Ilustración de la portada: Juan Cristián Peña Camarda

Composición y diagramación: Gloria Barrios

Impreso en Salesianos S.A.

Impreso en Chile

DANIEL TITELMAN / ANDRAS UTHOFF
COMPILADORES

ENSAYOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

LOS CASOS DE
ESTADOS UNIDOS - CANADÁ
ARGENTINA - CHILE - COLOMBIA

VOLUMEN II



FONDO DE CULTURA ECONÓMICA
MÉXICO - ARGENTINA - BRASIL - COLOMBIA - CHILE - ESPAÑA
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA - GUATEMALA - PERÚ - VENEZUELA



COMISIÓN ECONÓMICA PARA
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL)

LAS INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL (ISAPRES) EN CHILE

Ricardo Bitrán
Francisco Xavier Almarza

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 en 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 estos 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 evalúe bajo la premisa de que estas instituciones debieran contribuir a resolver todos los problemas del sector salud en Chile, arribará a conclusiones muy diferentes de quien las analiza sobre la base 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 el ángulo del economista. Se pretende aportar información que permita enriquecer el análisis de las personas en Chile interesadas en el tema, y fuera de Chile de quienes deseen 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 de 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 de las isapres, 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. Gran parte de los afiliados se sienten al menos adecuadamente cubiertos, pero queda una cuarta parte de ellos que se sienten insuficientemente cubiertos. La cobertura es una preocupación importante de los beneficiarios de estas instituciones, aumentando la percepción de mayor cobertura con el precio de la prima. Los afiliados a isapres están más satisfechos con su sistema que los afiliados al FONASA. Es mayor el porcentaje de afiliados a isapres que reporta una actitud positiva hacia su sistema, que su equivalente en el FONASA. Asimismo, una menor parte de los afiliados a isapres desea cambiarse al FONASA que lo contrario; entre los afiliados al FONASA, la razón más frecuente para no cambiarse a una isapre es la insuficiencia 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 el fenómeno a una percepción de incertidumbre política sobre el futuro por parte de las isapres, como también a una saturación de su capacidad de crecimiento dadas las actuales condiciones del mercado. Se infiere que un mayor crecimiento será posible solo en la medida en que se subsane la falta de definición oficial sobre el futuro de las isapres, o se adopten cambios sustanciales 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 de isapres.

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— cubren 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 estas, es más joven y con menor participación de mujeres que la población del país. Con respecto a lo primero, las isapres poseen una mayor representación de hombres y mujeres jóvenes de entre 20 y 39 años que la población nacional, y una menor representación de personas mayores de 50 años y, particularmente, de mayores de 60 años. Además, como consecuencia de la selección de afiliados —debido a restricciones en la cobertura de enfermedades preexistentes, a primas crecientes con la edad, y ocasionalmente al deterioro de 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 cifras reales el valor de los beneficios de salud que otorgan a sus afiliados, y han logrado aumentar la proporción de las cotizaciones destinada a servicios directos (atenciones de salud y licencias médicas) de cotizantes y beneficiarios. Un análisis comparativo de estadísticas de uso de servicios médicos revela que existen diferencias importantes entre las isapres y el FONASA, aunque no en 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.

1. Es "abierta" toda isapre que ofrece 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 una empresa. Este documento trata principalmente de las isapres abiertas.

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 las de otros sectores de la economía. La rentabilidad promedio de las isapres abiertas oculta importantes diferencias de rentabilidad individual. Aquellas isapres de mayor tamaño, que también son las de mayor vida en el mercado (en promedio, catorce años), presentaron en 1995 altas tasas de rentabilidad patrimonial —en algunos casos superiores al 66%. En contraste, la mayoría de las isapres de tamaño mediano a pequeño, con menores ingresos anuales y vida media en el mercado, arrojaron pérdidas importantes respecto de su patrimonio, en 1995. Se concluye que el mercado de las isapres es competitivo; que hay numerosas empresas que efectúan ingentes esfuerzos 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 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 de isapres; 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.

Al primero de estos temas se lo conoce como el problema del "financiamiento de la salud en la tercera edad". El problema surge debido a que al entrar en la tercera edad (65 años), los individuos simultáneamente ven reducidos sus ingresos, experimentan una mayor siniestralidad médica, dejan de percibir el subsidio público a la afiliación al sistema, y enfrentan aumentos considerables en las primas de la 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 las primas de su 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 permanencia en las isapres en la tercera edad depende en parte de la alta rentabilidad histórica de las administradoras de fondos de pensiones (AFP), la que muy difícilmente se reproducirá en el futuro. Además, la proyección de un nivel de rentabilidad real anual

promedio de un 5% o 6% de los fondos de las AFP 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 posibilidad 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 por concepto de afiliación y pagos no reembolsables a proveedores médicos que superan el 30% de sus ingresos? ¿Cuántos se retiran del sistema de las isapres, y retornan al FONASA, y cuáles son las principales causas de dicho cambio? La respuesta a estas preguntas, con datos reales de las isapres, permitirá arrojar mayor luz sobre el debate.

En relación con el segundo de los temas antes enumerados, el financiamiento de las enfermedades catastróficas, un análisis efectuado por la Pontificia Universidad Católica concluye que solo una fracción pequeña de los cotizantes en isapres abiertas incurre en gastos catastróficos. Además, en muchos casos dichos gastos se deben a una mala selección del proveedor, es decir un gasto mal cubierto por el plan de la isapre del beneficiario. El estudio concluye, no obstante, que la probabilidad de incurrir en una 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 limitada. La naturaleza competitiva del sistema y su propio esquema de funcionamiento, propenden a que exista una redistribución muy reducida o nula de recursos desde suscriptores de altos ingresos que efectúan aportes elevados a las isapres hacia los de menores recursos que contribuyen con montos modestos.

El estudio de la Pontificia 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 les daría mayor movilidad entre las isapres a quienes experimentan problemas catastróficos, fomentando aún más la competencia en el sistema. Adicionalmente, la solución

propuesta constituiría una opción atractiva frente al actual sistema de exclusión de preexistencias médicas que contempla la ley.

Con respecto al tema de los subsidios públicos al sector de isapres 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 de ser discontinuado), y 2) subsidios indirectos por el uso de servicios públicos de salud por parte de los beneficiarios de isapres. La existencia del primer subsidio no presenta 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 de la afiliación, se encontrarían adscritas al FONASA y no a isapres.

Con 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 los 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 de tal uso por los particulares, cercanos a 11 mil millones de pesos (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 de las isapres sería muy reducida. Este resultado debe interpretarse 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 Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNS), efectúan esfuerzos progresivos y cuentan con instrumentos (por ejemplo, un registro computacional de afiliados a isapres) e incentivos para identificar a pacientes que poseen cobertura de isapres y así recaudar mayores recursos propios.

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

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

La posibilidad de cambiarse de isapre que la nueva ley establece para los afiliados es un arma de doble filo: favorece la competencia entre las isapres, pero también promueve la ineficiencia del sistema. La nueva ley le atribuye un carácter permanente al contrato de salud por el lado de las isapres. Ello busca proteger al afiliado, impidiendo que las isapres puedan caducar el contrato arbitrariamente. Por otra parte, la ley le permite al asegurado desafiliarse de las isapres luego de completado el primer año con ella. La movilidad que la ley le otorga al afiliado genera incentivos que hacen que la isapre enfrente una presión competitiva permanente, a contar del primer año, llevándola a mantener o mejorar sus beneficios, o a disminuir sus precios, para así conservar sus afiliados. Este es un efecto positivo de la nueva ley.

La facultad de cambiarse de isapres tiene también consecuencias negativas sobre la eficiencia, puesto que al confrontar el riesgo permanente de perder afiliados, 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 afiliados en el largo plazo mediante incentivos económicos, invirtiendo en su salud a través del tiempo. La falta de iniciativas de este género, puede obedecer a que el mercado de las isapres aún es inmaduro, y continuará evolucionando. Esta hipótesis, en parte, se apoya en el hecho de que la ley de isapres ha seguido cambiando hasta hace poco tiempo. Es de esperar, por lo tanto, que 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 lleva a ponderar con cautela 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 de isapres. Sin embargo, el mayor desafío para la autoridad es lograr limar la fricción generada en el sector por el funcionamiento de dos sistemas distintos de salud —uno público y otro privado— que operan con lógicas diferentes, y que por lo mismo resultan en pérdidas de equidad y eficiencia.

I. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Desde la vigencia 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 estos 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 evalúe bajo la premisa de que estas instituciones debieran contribuir a resolver todos los problemas del sector salud en Chile, arribará a conclusiones muy diferentes de quien las analiza partiendo de la base 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 el ángulo del economista. Se pretende aportar información que permita enriquecer el análisis en Chile de las personas, interesadas en el tema, y fuera de Chile de quienes deseen 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 propios de la economía de la salud. El economista mira las isapres desde los ángulos de la eficiencia y la equidad. Se pregunta: ¿En qué medida las isapres han ayudado 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. Y en el ámbito 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 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 estos?
- ¿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 subjetivo y de la selección adversa, y cuáles han sido los resultados?²
- ¿Qué problemas de información existen en el mercado de las isapres y qué recursos han surgido para superarlos? De haber problemas, ¿en qué medida ellos constituyen fallas del mercado que interfieren con la eficiencia del sistema de las isapres?
- ¿Qué impacto ha tenido el sistema de isapres 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 de isapres 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 de isapres para una redistribución regresiva de los recursos entre sus beneficiarios?

Estudiar un mercado tan complejo como el de las isapres es un desafío mayor, exacerbado en parte por la disponibilidad todavía incipiente de información, 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 de isapres, 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 trabajo, se prefirió otorgarle al lector una visión amplia de las isapres con un tratamiento inicial de los diversos temas, en

2. Ver definiciones de estos dos términos en las secciones 4 y 5, respectivamente.

3. Fisher Mizala y Romaguera (1995) y Díaz y otros (1995), respectivamente.

lugar de un análisis en profundidad de solo algunos de ellos. Con dicho objeto, donde fue posible se incorporaron al análisis datos provenientes de otros estudios o de fuentes secundarias. Se hizo, empero, un esfuerzo por obtener información de fuentes directas, incluyendo numerosas entrevistas con la autoridad y con representantes de isapres y de gremios profesionales.

Este estudio pretende definir problemas económicos relevantes, aportar la información disponible y emitir una opinión sobre los temas analizados, cuando el caso lo permita. Si 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.

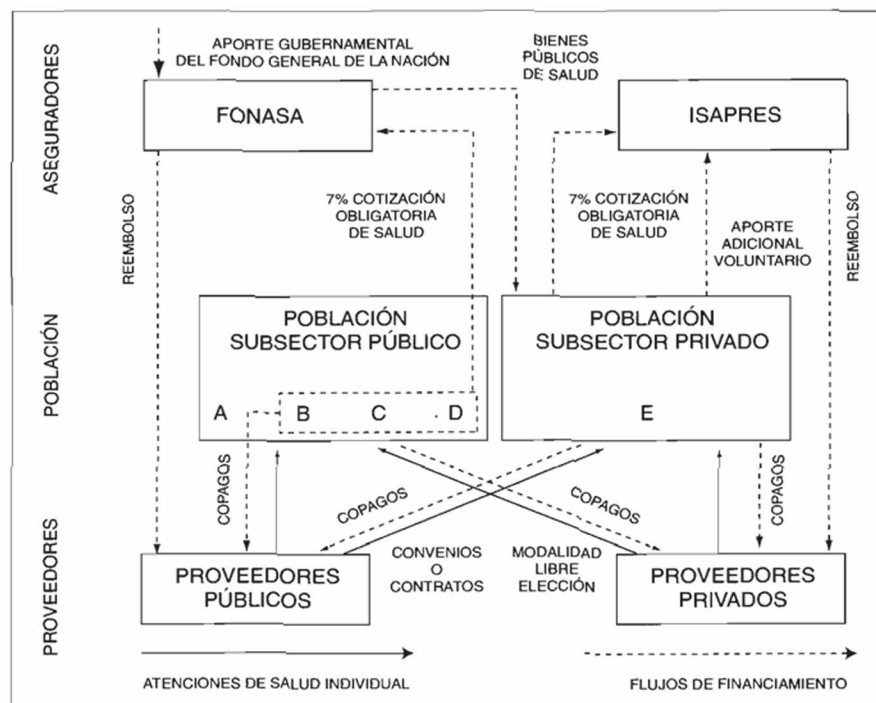
II. EL SISTEMA DE SALUD EN CHILE

Chile posee un sistema mixto de financiamiento de la salud, a través de un seguro público y de seguros privados (ver gráfico 1). El primero es administrado por el Fondo Nacional de Salud, mientras que los seguros privados se concentran esencialmente en las instituciones de salud previsional, entidades aseguradoras creadas a contar de 1981. En 1994, el FONASA estimaba tener un total aproximado de 8 600 000 beneficiarios (62% de la población nacional), que incluía unos 3.6 millones de indigentes y 5 millones de cotizantes y sus cargas (FONASA, 1995; FONASA, 1996). Por su parte, a fines de 1994 las isapres cubrían poco más de un cuarto de la población del país, o 3.7 millones de personas (Superintendencia de instituciones de salud previsional, 1995a). El 12% restante corresponde a personas adheridas a sistemas de menor cobertura —entidades previsionales de las fuerzas armadas, de universidades y otros seguros privados— y a personas sin seguro alguno de salud.

La ley chilena dispone 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 Fomento (UF))⁴ a su sistema de

4. El valor de una UF a mediados de enero de 1996 era de aproximadamente 12 500 pesos, o 31 dólares a la tasa de cambio de 405 pesos por dólar. El tope mensual imponible era, entonces, de 750 000 pesos (1 852 dólares), cuyo 7% para salud era de 52 500 pesos (129 dólares).

GRÁFICO 1
ORGANIZACIÓN Y FINANCIAMIENTO DEL
SISTEMA DE LA SALUD EN CHILE ^a



Fuente: R. Bitrán y otros, Estudio "Equidad en el financiamiento del seguro público de salud", vols. 1-3, documento preparado para el Ministerio de Salud Pública y el Fondo Nacional de Salud por el Programa de Gestión y Economía de Sistemas de Salud de la Escuela de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile (GESS), Bitrán y Asociados y Sistemas Integrales, Santiago de Chile, 1996.

^a Se excluye del gráfico 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.

salud, pudiendo ellos escoger entre el FONASA o una isapre. Para el FONASA, la suma de estos aportes constituye una fuente importante (34.8% del total en 1993), pero no exclusiva, de financiamiento. La principal fuente de fondos es el aporte del Estado, proveniente de fondos generales de la nación (46.3% en ese año). Las isapres se financian principalmente en base a la cotización de salud de sus afiliados. En 1994 el

gasto público en salud fue de aproximadamente 570 000 millones de pesos, o 66 270 pesos por beneficiario del sistema público⁵ (moneda de diciembre de 1994), habiendo aumentado esta última cifra, en valores reales, en un 78% entre 1990 y 1994 (FONASA, 1995). En 1994 las isapres abiertas gastaron un promedio de 97 830 pesos (misma moneda) por beneficiario, cifra que en valores reales se mantuvo constante entre 1990 y 1994 (Superintendencia de isapres, 1996b).⁶

Los beneficiarios indigentes del FONASA que reciben atención médica en el sistema público de salud obtienen esta atención en forma gratuita. Además, los cotizantes del FONASA y sus cargas pueden optar por obtener atención médica ambulatoria general y especializada 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, y cargos 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 como para alcanzar a financiar un plan de salud en una isapre—, los afiliados a estas instituciones pertenecen mayoritariamente 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 servicios de 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 públicos constituyen

5. Son beneficiarios del sistema público las personas clasificadas como indigentes (grupo A en el gráfico 1), los afiliados cotizantes del FONASA (grupos B, C, y D), y las cargas familiares de estas personas.

6. 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.

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, este atendía 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, 1992).

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 Pública, 1994). Sin embargo, como se aprecia en el cuadro 1, el país exhibe buenos indicadores globales de salud en relación con las demás naciones de Latinoamérica, aun cuando existen inequidades como resultado de desigualdades sociales, económicas y en el acceso a los servicios médicos (Araiz y Puentes, 1992). Un diagnóstico de salud efectuado en 1992 revela importantes diferencias regionales en mortalidad y en disponibilidad de recursos médicos (Ministerio de Salud Pública, 1995). Estudios anteriores también acusaban dichas diferencias (Sistemas Integrales, 1992).

CUADRO 1
INDICADORES DEMOGRÁFICOS Y ECONÓMICOS DE LA SALUD,
EN CHILE Y OTROS PAÍSES DE LATINOAMÉRICA

	ARGENTINA	MÉXICO	CHILE	BRASIL	VENEZUELA	PERÚ	COLOMBIA
<i>Indicadores demográficos</i>							
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
<i>Indicadores de salud</i>							
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 mil nacidos vivos)							
1970	52	72	78	95	53	108	74
1993	24	35	16	57	23	63	36
Años de vida perdida por mil 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
<i>Indicadores de cobertura de servicios de salud (%)</i>							
Vacuna triple DPT*, 1990-1991	84	64	91	75	54	71	84
Vacuna del sarampión, 1990-1991	99	78	93	83	54	59	75
Partos asistidos, 1985	n.d.	n.d.	97	73	82	n.d.	51

(Continuación Cuadro 1)

	ARGENTINA	MÉXICO	CHILE	BRASIL	VENEZUELA	PERÚ	COLOMBIA
<i>Recursos médicos</i>							
Médicos por cada mil habitantes, 1988-1992	3.0	0.5	0.5	1.5	1.6	1.0	0.9
Relación enfermera/médico, 1988-1992	0.2	2.5	0.8	0.1	0.5	0.9	0.6
Camas hospitalarias por cada mil habitantes (1985-1990)	4.8	1.3	3.3	3.5	2.9	1.5	1.5
<i>Ingreso nacional y gasto en salud</i>							
PIB per cápita 1993 (dólares)	7 220	3 610	3 170	2 930	2 840	1 490	1 400
Gasto total en salud per cápita en 1990 (dólares)	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 (dólares)	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 (dólares)	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: Elaborado por los autores sobre la base de Banco Mundial, *Informe sobre el desarrollo mundial*, ediciones 1994 y 1995.

n.d.: No disponible.

(*) DPT: difteria, pertussis (tos convulsiva), tétanos.

III. EL SISTEMA DE ISAPRES

Esta sección explica la génesis de las isapres y caracteriza 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.

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 Estado pasó a ser principalmente un ente normativo y regulador, con un papel 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, el Estado cumplía múltiples funciones en la salud: tenía a su cargo la normativa y regulación del sector, y desempeñaba un papel activo como asegurador y prestador de servicios de salud. En cuanto al seguro de salud, el Estado tenía el monopolio de la captación y administración de los recursos previsionales para la salud; en lo relativo a su papel como prestador de servicios, tenía una infraestructura propia con más del 90% de las camas hospitalarias del país, concentrando igual proporción de los egresos hospitalarios. Además, el sector público proporcionaba 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 papel 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 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 y buscar a la que ofrezca mayor rentabilidad a sus fondos. Las instituciones de salud previsional, también privadas, fueron creadas por ley en 1981. A partir de ese momento algunos trabajadores —aquellos cuyos ingresos se lo 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 crear una autoridad que rigiese el funcionamiento de estas instituciones para corregir algunas imperfecciones del sistema. Hasta 1990 era el FONASA quien desempeñaba dicho papel, además de administrar el seguro público de salud. No obstante, ese año se creó la Superintendencia de instituciones de salud previsional, cuyas funciones son fiscalizar, actuar como árbitro en las disputas entre afiliados e isapres, y generar información para favorecer la transparencia de ese mercado.

2. CARACTERIZACIÓN DE LAS ISAPRES

Este apartado 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.

a) El contrato de salud

Características del contrato

Las isapres son empresas que ofrecen seguros de salud mediante un contrato pactado entre estas y el afiliado.⁷ El contrato puede otorgar cobertura a solo un individuo (es decir el afiliado), o bien al grupo familiar

7. Por afiliado se entiende quien efectúa su cotización a la isapre. En este trabajo se usará indistintamente las expresiones afiliado y cotizante en el ámbito de las isapres.

(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 de isapres, todo trabajador dependiente, es decir aquel que está sujeto a una relación contractual con un empleador, el que 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 solicitarlo así 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. Este último ha sido fijado en 4.2 UF mensuales (aproximadamente 133 dólares), lo cual, como se explicó anteriormente, equivale al 7% del sueldo tope imponible legal de 60 UF (1 900 dólares por mes). No obstante existir ese máximo legal para la cotización obligatoria, el precio del contrato con las isapres no tiene limitaciones legales: el cotizante y la isapre pueden pactar voluntariamente el precio de la prima por encima de las 4.2 UF.⁸

Para permitir la incorporación al sistema de isapres, de cotizantes de menores ingresos o con muchas cargas, desde 1986 el Estado provee de un subsidio mensual de hasta 1 UF para el cotizante y de 0.5 UF 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 UF 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 de que el afiliado no acepte los cambios al contrato, la isapre debe ofrecerle planes alternativos en condiciones “equivalentes”, pudiendo

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

el afiliado aceptar alguna de las opciones o desafiliarse. 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 isapres en cualquier momento, una vez transcurrido un año de permanencia; sin embargo, el contrato es de duración indefinida para la isapre la cual puede desahuciarlo 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 la isapre y el afiliado. La nueva ley de isapres contempla la posibilidad para el afiliado de pactar planes de salud por un tiempo definido, eliminando en ese lapso su derecho a desahucio, aun cuando para la isapre el contrato sigue siendo de duración indefinida para la isapre (Asociación de Isapres, A.G., 1996).

Los contratos deben incluir información suficiente sobre todas las variables relevantes del 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 dos mil tipos distintos de atenciones, desde la consulta curativa ambulatoria hasta procedimientos complejos de atención terciaria. Como efecto de esta imposición, lo que distingue un plan de salud de otro es la inclusión de prestaciones suplementarias a las requeridas por el FONASA y el nivel de cobertura financiera de las atenciones. Por ley existe, sin embargo, un mínimo de cobertura, igual al 25% de la cobertura general.⁹ Además, el seguro debe tener efecto inmediato prohibiéndose los períodos de espera para todas las enfermedades, excepto las preexistentes (ver discusión de ellas en la sección V).

9. Se excluyen la cirugía plástica para embellecimiento, hospitalización para reposo y atención particular de enfermería, prestaciones para curar enfermedades producto de la guerra o de actos delictuales del afiliado, las afecciones preexistentes (ver sección V) y las cubiertas por otras leyes.

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 de 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 isapres; estas son conocidas como *subsídios por incapacidad laboral* o *atenciones pecuniarias*. En primer término, la isapre debe pagar el sueldo de sus afiliados, con un tope mensual de 60 UF, mientras estos 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 objeto 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 término, 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 UF, durante los tres últimos meses de su embarazo y durante los tres primeros meses después del parto.¹⁰ El segundo le permite también a la madre gozar de un sueldo (con el mismo tope), 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 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 respecto a la salud del niño (Bitrán y otros, 1996).

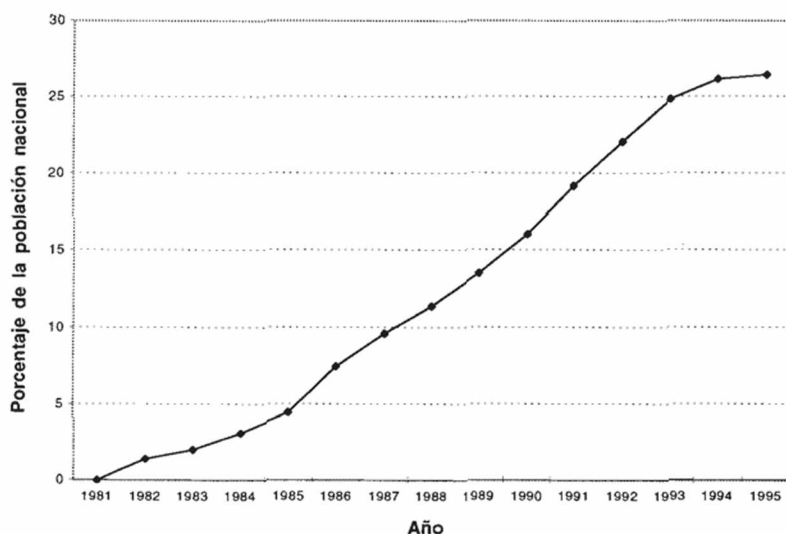
b) Evolución de las isapres

El sistema de isapres ha experimentado altas tasas anuales de crecimiento de la afiliación desde su inicio en 1981 —tasas superiores al crecimiento de la población general. Empero, éstas han disminuido en los años

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

recientes hasta el punto de 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, totalizando una población beneficiaria de 3 707 505 personas, o un cuarto de la población nacional.

GRÁFICO 2
BENEFICIARIOS DE ISAPRES COMO PORCENTAJE
DE LA POBLACIÓN NACIONAL



Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Serie estadística sistema ISAPRE, 1981-1995", Santiago de Chile, 1996.

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 expandirse hacia poblaciones de menores ingresos.¹¹

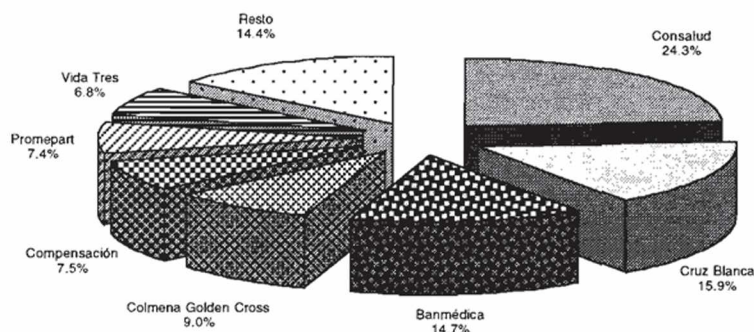
c) Número y tipos de isapres, y participación de mercado

Las isapres se dividen en abiertas y cerradas. Estas últimas pertenecen generalmente a empresas y son una forma de bienestar social de 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% de los cotizantes.

Las isapres abiertas son aquellas que ofrecen sus servicios a la población general. Estas son empresas con fines de lucro, a excepción de Consalud y Promepart. A fines de 1995 las isapres abiertas totalizaban 21, de las cuales 3 concentraban más del 50% del mercado (medido en ingresos por cotización) y 7 captaban 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. El gráfico 3 presenta la participación de mercado de las isapres abiertas en 1995, usando como medida la proporción de la masa de cotizaciones legales.

11. 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.

GRÁFICO 3
DISTRIBUCIÓN DE LA COTIZACIÓN OBLIGATORIA ENTRE ISAPRES.
AÑO 1995

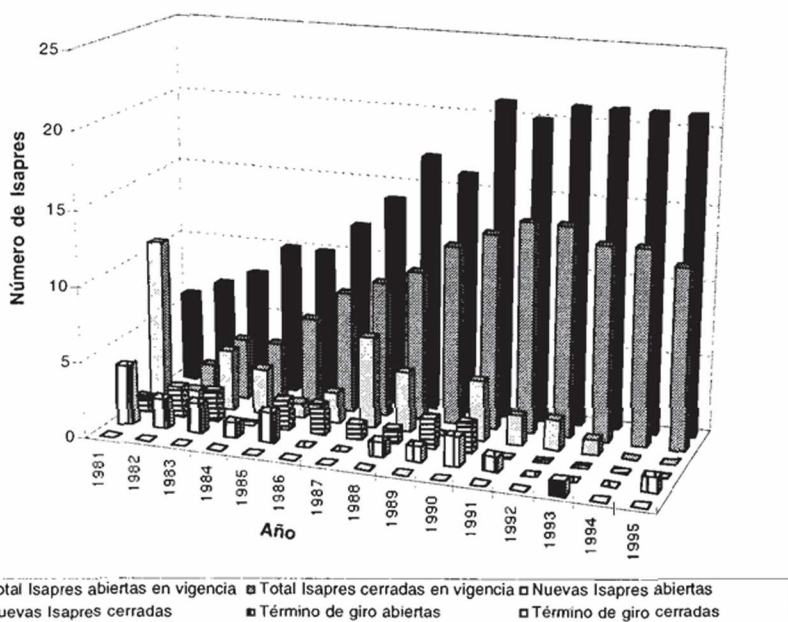


Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsional, "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1995", Santiago de Chile, 1996.

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 el gráfico 4, en los últimos tres años solo 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 de la afiliación y el número de isapres, observado recientemente, posiblemente señala el término de una etapa en el desarrollo de la explotación de estas entidades en Chile. Muy probablemente, una expansión significativa de estas instituciones ocurrirá solo en la medida en que se produzca un cambio estructural en el sistema de salud chileno.

GRÁFICO 4
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE ISAPRES ABIERTAS Y CERRADAS.
AÑOS 1981-1995



Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Serie estadística sistema ISAPRE, 1981-1995", Santiago de Chile, 1996.

3. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA DE ISAPRES

a) 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 cuadro 2).

CUADRO 2
COTIZANTES, CARGAS Y BENEFICIARIOS POR SEXO. AÑO 1995
(En número y porcentaje)

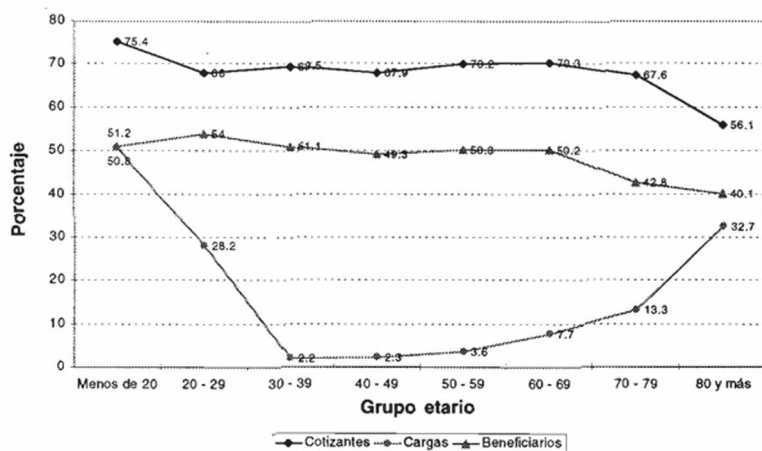
	Personas			Porcentajes		
	Cotizantes	Cargas	Beneficiarios	Cotizantes	Cargas	Beneficiarios
Hombres	1 135 561	798 411	1 933 972	68.9	37.8	51.5
Mujeres	513 664	1 316 013	1 822 837	31.1	62.2	48.5
Total	1 649 225	2 114 424	3 756 809	100.0	100.0	100.0

Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsional, "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1995", Santiago de Chile, 1996.

El gráfico 5 muestra el porcentaje de hombres en cada grupo de edad. 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 de las cargas, entre los menores de 20 años hay igual porcentaje en ambos sexos, lo que concuerda con la distribución de los hijos en las familias. En edades mayores el porcentaje cae drásticamente; 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 cargas aumenta progresivamente desde su nivel más bajo (en menores de 40) en adelante.

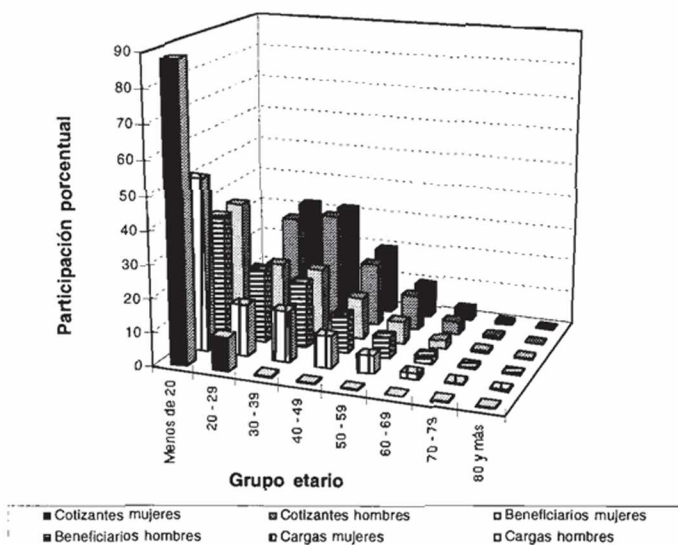
Los menores de 20 años de nivel socioeconómico alto, por lo general son estudiantes que no han ingresado al mercado laboral permaneciendo como cargas de sus padres. Esta situación se hace menos frecuente en los tramos etarios más altos (ver gráfico 6). De esta forma, los menores de 20 años tienen gran participación en las cargas y baja participación en los cotizantes.

GRÁFICO 5
PORCENTAJE DE HOMBRES EN CADA GRUPO ETARIO
AÑO 1995



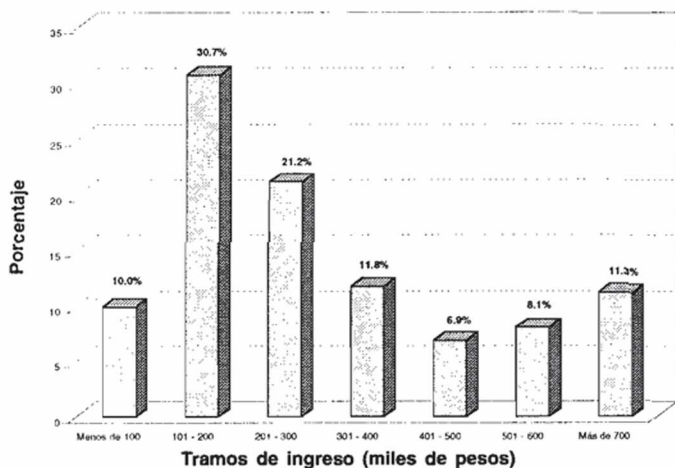
Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1995", Santiago de Chile, 1996.

GRÁFICO 6
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR EDADES DE COTIZANTES,
CARGAS Y BENEFICIARIOS. AÑO 1995



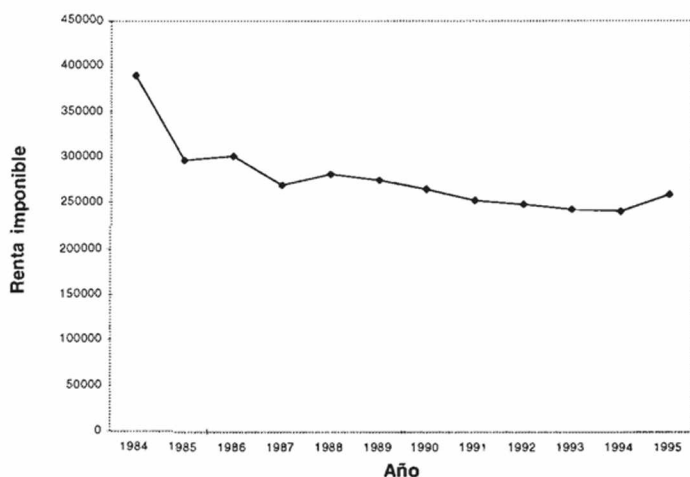
Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1995", Santiago de Chile, 1996.

GRÁFICO 7
DISTRIBUCIÓN DE LOS COTIZANTES DE ACUERDO
AL INGRESO IMPONIBLE. AÑO 1995



Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1995", Santiago de Chile, 1996.

GRÁFICO 8
EVOLUCIÓN DE LA RENTA IMPONIBLE REAL PROMEDIO
(Pesos de diciembre 1995)



Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Serie estadística sistema ISAPRE, 1981-1995", Santiago de Chile, 1996.

b) 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 (ver gráfico 7). Alrededor de este, 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 valores reales en el período 1984-1995 (ver gráfico 8). Esto se debe a dos causas: la primera es que en un comienzo las isapres centraron sus esfuerzos de captación en el sector de personas de ingresos más altos; la segunda, la implantación del subsidio estatal para promover la afiliación a las isapres de las personas de menores ingresos en 1990, fecha a partir de la cual se acentúa la caída del ingreso medio real.

En la gráfico 9 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 y los que no pertenecen a ningún sistema (particulares).

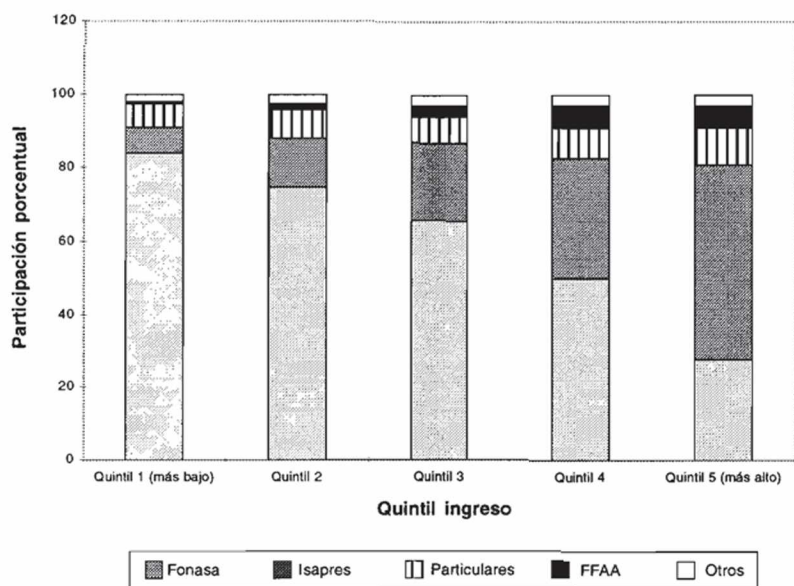
Si bien el salario promedio de los cotizantes de isapres ha ido disminuyendo, la mayoría de los beneficiarios que ingresan pertenecen a los tres últimos quintiles de ingreso.¹²

El gráfico 10 presenta un cambio en la participación porcentual de los beneficiarios de isapres según quintiles de ingreso en los períodos 1987-1990, 1990-1992 y 1992-1994. En el primer período, el aumento en la participación de los quintiles fue mayor mientras mayor era el quintil. Así, por ejemplo, mientras que los beneficiarios del quintil 1 (el más bajo) aumentaron su presencia en sólo un 2%, aquellos pertenecientes al quintil 5 (más alto) lo hicieron en casi un 15%. Esta situación cambió en el segundo período. Entre 1990 y 1992 los quintiles 2, 3 y 4 aumentaron su participación en forma semejante —aproximadamente en un 6%— mientras que los quintiles 1 y 5 lo hicieron en un porcentaje cercano al

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

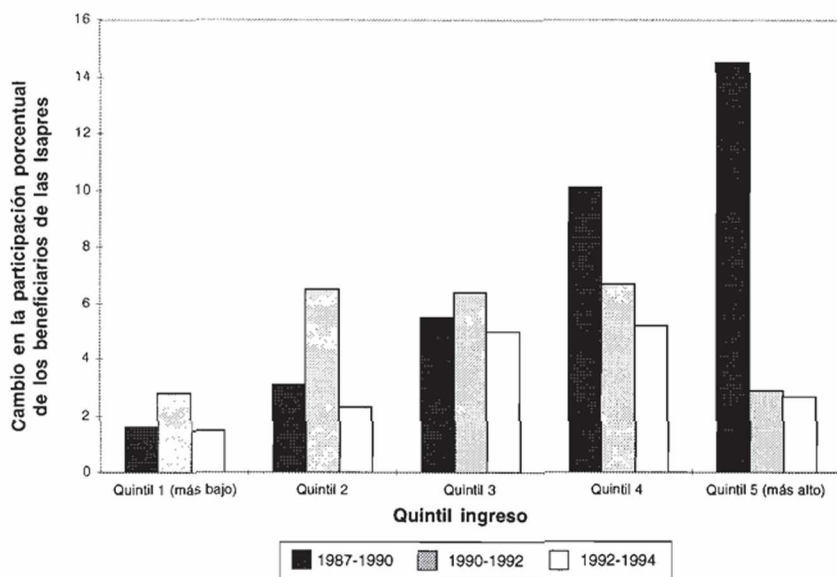
3%, En el período más reciente, 1992-1994, fueron los quintiles 3 y 4 los que mostraron el mayor crecimiento porcentual, con un aumento en la participación de sus respectivas poblaciones del orden del 5%; el crecimiento de los quintiles 1, 2 y 5 fue inferior a 3%. En resumen, hasta 1990 el crecimiento de las isapres prevenía principalmente de la entrada al sistema de personas de ingreso altos y medios. A contar de ese año, esta situación se modificó, puesto que el mayor crecimiento se produjo en los quintiles medio bajo, medio y medio alto.

GRÁFICO 9
INGRESO Y PARTICIPACIÓN PORCENTUAL DE LOS SISTEMAS
PREVISIONALES DE SALUD. AÑO 1994



Fuente: MIDEPLAN (Ministerio de Planificación y Cooperación), *Encuesta de caracterización socioeconómica nacional, CASEN 1994. Módulo salud*, Santiago de Chile, División de Planificación, Estudios e Inversión, Departamento de Planificación y Estudios Sociales, 1996.

GRÁFICO 10
 DIFERENCIA EN LA PARTICIPACIÓN PORCENTUAL DE LOS
 BENEFICIARIOS DE ISAPRES EN LOS PERÍODOS
 1987-1990, 1990-1992, 1992-1994



Fuente: MIDEPLAN (Ministerio de Planificación y Cooperación): *Población, educación, vivienda, salud, empleo y pobreza*, CASEN 1990, Santiago de Chile, 1992; *Encuesta de caracterización socioeconómica nacional*, CASEN 1992. Módulo Salud, Santiago de Chile, División de Planificación, Estudios e Inversión, Departamento de Planificación y Estudios Sociales, 1996; *id.* Encuesta CASEN 1994, 1996.

4. PROVISIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

Las cifras de consumo de servicios médicos de las isapres muestran una evolución a través del tiempo, cuya importancia varía según el tipo de prestación médica. El cuadro 3 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 se incrementó en forma importante durante ese período, las cifras de utilización aparecen expresadas por beneficiario.

CUADRO 3
NÚMERO DE PRESTACIONES MÉDICAS ANUALES EN LAS ISAPRES
ABIERTAS POR BENEFICIARIO. AÑOS 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 de 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 por cesárea	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 instituciones de salud previsional, "Serie estadística sistema ISAPRE, 1981-1995", Santiago de Chile, 1996.

Como se puede apreciar, el número de consultas médicas por beneficiario ha excedido las tres unidades anuales, con una aparente y leve tendencia hacia la disminución en años recientes, acercándose a las tres visitas. Lo contrario se observa en 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 al aumento.

El número de intervenciones quirúrgicas ha experimentado cambios drásticos, 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/cama alcanzó un máximo de 0.39 en 1989, para luego disminuir progresivamente hasta 0.25 en 1995. Esta última cifra indica que en ese año, en promedio, uno de cada cuatro beneficiarios de las isapres pasaba un día hospitalizado. La evolución de los días/cama no ha seguido la misma de las intervenciones quirúrgicas. Esto sugiere que la alta variación que se observa en estas últimas puede deberse a un problema de clasificación —por ejemplo, es posible que hasta 1989 se incluyera en

la categoría de las intervenciones quirúrgicas aquellas que se efectuaban en forma ambulatoria, y que luego ello habría cambiado, registrándose en este ítem solo 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 las del FONASA, contenidas en el cuadro 4. Las primeras tres columnas muestran la utilización por beneficiario vía modalidad de libre elección del FONASA, es decir, con proveedores privados o en el pensionado de hospitales públicos (ver nota del cuadro 3). El denominador usado para derivar la utilización per cápita es el número de beneficiarios del FONASA que tienen derecho a acceder a esa modalidad. Las tres columnas siguientes muestran las prestaciones totales otorgadas vía modalidad institucional (es decir, en establecimientos públicos), usando como denominador a los beneficiarios indigentes del FONASA, quienes no tienen derecho a la modalidad de libre elección. Finalmente, las tres últimas columnas del cuadro 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 tres 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. Pero se debe aclarar que pueden existir muchas otras razones que expliquen las diferencias en las cifras de utilización, además de la hipótesis anterior.

CUADRO 4
NÚMERO DE PRESTACIONES MÉDICAS ANUALES
DEL FONASA POR BENEFICIARIO.
AÑOS 1993-1995^a

PRESTACIONES	MODALIDAD DE 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
Proc. 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 sobre la base de FONASA (Fondo Nacional de Salud): "Boletín estadístico FONASA 1993-1994", Santiago de Chile, 1995; "Boletín estadístico FONASA 1994-1995", Santiago de Chile, 1996.

^a 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 de libre elección —la cual permite a estas personas acceder a proveedores privados mediante un copago— y 3 663 733 eran beneficiarios indigentes, sin acceso a esa modalidad.

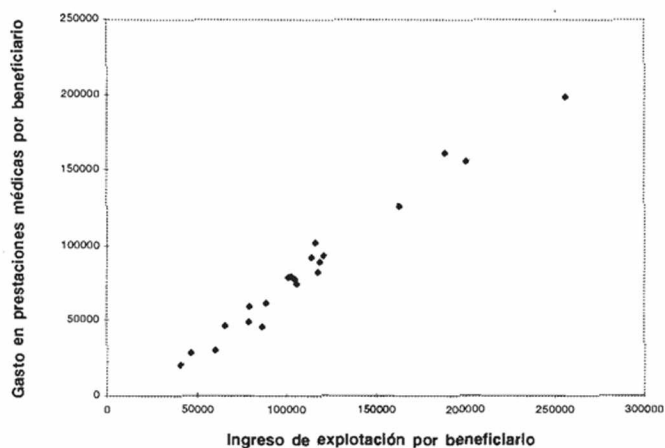
n.d.: No disponible.

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 el gráfico 11 donde cada punto representa la equivalencia entre los ingresos y gastos de explotación de cada una de las isapres abiertas, en 1995.

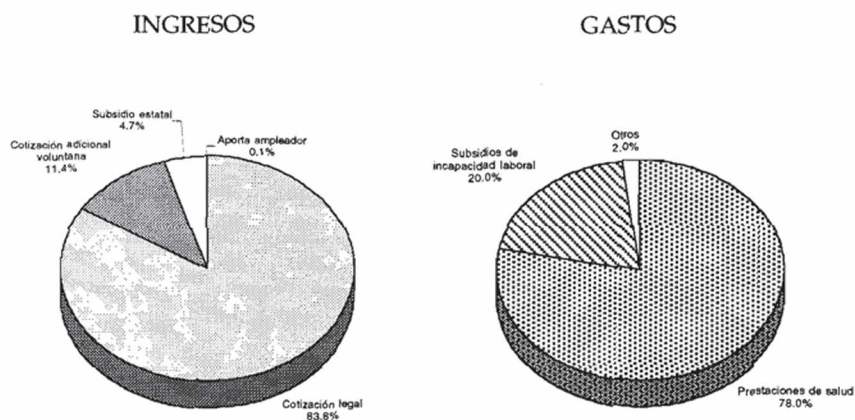
En el gráfico 12 se muestra que los ingresos de las isapres consisten principalmente en la cotización obligatoria, seguida de la cotización adicional voluntaria y del subsidio estatal a la cotización. El aporte adicional de los empleadores es porcentualmente muy bajo.

GRÁFICO 11
INGRESOS DE EXPLOTACIÓN Y GASTO EN PRESTACIONES EN ISAPRES ABIERTAS, POR BENEFICIARIO. AÑO 1995



Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1995", Santiago de Chile, 1996.

GRÁFICO 12
ESTRUCTURA DE INGRESOS Y GASTOS DE EXPLOTACIÓN
DE LAS ISAPRES ABIERTAS. AÑO 1995



Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1995", Santiago de Chile, 1996.

IV. RIESGO SUBJETIVO

El *riesgo subjetivo* (moral hazard) se define como la propensión que tienen las personas aseguradas a reducir sus acciones orientadas a prevenir el evento asegurado, y por lo tanto a aumentar las probabilidades de ocurrencia de dicho evento. Al adquirir un seguro contra robo, por ejemplo, las personas 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 subjetivo se refleja en la curva de demanda de las personas: al reducirse el costo de la siniestralidad para las personas (es decir el pago de bolsillo que estas 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 imputables a su descuido serán menores que si no estuvieran aseguradas.

Para protegerse del riesgo subjetivo los aseguradores establecen copagos, de modo que en caso de ocurrir el siniestro o demandarse el servicio, el asegurado debe incurrir en un pago de su bolsillo. Debido al riesgo subjetivo, 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, aun 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 subjetivo: los límites, los copagos y los cargos deducibles.

- *Límites.* Estos pueden ser en el número de prestaciones¹³ o en el monto. Hay una tendencia cada vez mayor en las isapres a descansar en este tipo de medidas y menos en copagos.¹⁴

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

14. Comunicación oral del Departamento de Estudios de la Superintendencia de isapres.

- *Copagos.* Los copagos representan la proporción del precio de la prestación médica que debe asumir el cotizante. Como se indicó anteriormente, la ley establece un límite mínimo al coseguro (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 a tres cuartos de los cotizantes de las isapres abiertas (Díaz y otros, 1995) mostró que el 97.5% de los cotizantes tenían un copago anual promedio de 32%; además, estos correspondían a copagos de menos de 500 000 pesos. Para el 2.5% restante los copagos fueron mayores, llegando a un 47% en aquellos gastos iguales o superiores a 5 millones de pesos —aproximadamente 12 500 dólares (ver sección XI).
- *Cargos deducibles.* Convencionalmente, el afiliado paga el total de los gastos médicos en 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 monto deducible. Este mecanismo busca disminuir los gastos administrativos frente a eventos de menor cuantía. El único cargo deducible que se permite tanto en el FONASA como en el sistema de isapres, afecta el pago de las licencias médicas por enfermedad. Los primeros dos días de licencia no se pagan al asegurado.

La demanda por seguros de salud surge del deseo de las personas —la gran mayoría de las cuales son contrarias al riesgo— de eliminar la probabilidad de catástrofe financiera, en caso de que ocurra un siniestro de salud de alto costo para el ingreso o patrimonio familiar. Por lo mismo, uno esperaría que la demanda por seguros de salud fuese principalmente por la cobertura de eventos de baja probabilidad de ocurrencia y de alto costo de tratamiento. Ello no es así, sin embargo. Muchos planes de salud ofrecidos por las isapres aplican 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 de un menor costo.

Es muy probable que si se cancelara la obligatoriedad de la cotización para salud, aun 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 de isapres, responde, entonces, a la obligatoriedad de la cotización. Esta práctica es reforzada por el hecho de 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.

V. SELECCIÓN ADVERSA

En el ámbito del mercado de los seguros en general, se entiende *por selección adversa* aquel fenómeno en virtud del cual quienes prevén hacer un mayor uso de los servicios cubiertos por el seguro manifiestan 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 corriente.

La selección adversa es motivada por un desajuste de información en el mercado de los seguros: los individuos que buscan asegurarse poseen mejor información sobre su estado actual y esperable de salud que la empresa aseguradora. Las empresas aseguradoras de salud disponen de algunos mecanismos que les permiten reducir —pero no eliminar totalmente— la selección adversa. Estos incluyen: 1) la suscripción de grupos numerosos de personas, donde por la ley de los grandes números el riesgo individual se reparte entre muchos y la mancomunidad de estas personas presenta un riesgo médico agregado no diferente al de la población general; 2) la fijación de exclusiones a través de las cuales quedan fuera del seguro ciertos problemas de salud, como enfermedades preexistentes o de alto costo, y 3) el sometimiento de 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 avances 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 existente sobre estas instituciones, sin embargo, no es posible determinar si la selección adversa es un problema mayor, aunque hay evidencias aisladas que así lo sugieren. 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 (Fisher y Romaguera, 1995).

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 más adelante.

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:

- *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 entre un 35% y un 40% de los cotizantes de isapres abiertas pertenecen a planes colectivos.¹⁵
- *Enfermedades preexistentes.* La ley establece un período de espera de hasta 18 meses en el que pueden haber restricciones a la cobertura de las afecciones preexistentes declaradas. Después de este período, las prestaciones vinculadas a las enfermedades preexistentes tienen el mismo régimen que el resto. En el caso de no declaración de la preexistencia de algún mal, 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 ser cubierto por la isapre.

15. Comunicación oral del Departamento de Estudios de la Superintendencia de isapres.

La única forma en que la institución puede negarse a tratar esta enfermedad después del período quinquenal señalado, es demostrando que el problema requirió de tratamiento en ese lapso y que el afiliado ocultó el 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 su preexistencia, aun cuando tienen la facultad legal para hacerlo. No obstante, cuando se trata de enfermedades crónicas de alto costo, como el cáncer, las isapres en ocasiones expulsan a estos afiliados.¹⁶

- *Examen médico a postulantes.* Esta estrategia permitiría que la isapre discriminara entre enfermos y sanos. Sin embargo ello no se da entre las isapres, supuestamente porque según estas mismas entidades los exámenes no constituyen una estrategia costo eficiente. Además, los vendedores no tienen ningún incentivo para detectar males preexistentes toda vez que la modalidad general entre las isapres es compensar a los vendedores en función de sus nuevas afiliaciones.
- *Reconocimiento de hábitos poco saludables.* Las isapres no despliegan ningún esfuerzo por reconocer y señalar los 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.* Estos establecen una menor cobertura por parte de la isapre de ciertos diagnósticos o prestaciones durante un período de tiempo limitado, a contar de 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 ligadas a su diagnóstico, se inscribe en una isapre durante el curso de su enfermedad. Un ejemplo de este tipo es el embarazo. Cabe hacer notar que los períodos de espera están prohibidos por ley en las isapres, excepto para las enfermedades preexistentes y el embarazo.

16. Íd nota anterior.

- *Exclusión de enfermedades.* Como se explicó en la sección III son muy pocas las situaciones en que la ley permite excluir la atención. De estas, las enfermedades preexistentes son las más relevantes.

Se podría concebir un segundo tipo de herramientas, todas financieras, destinadas 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 cargos deducibles (ver sección anterior). Pero estos mecanismos no serían prácticos para las isapres. En efecto, si bien limitarían el riesgo financiero de esas entidades, al ser incapaces de distinguir entre postulantes "buenos" (con bajo gasto esperado) y "malos" (con alto gasto esperado), la 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.

2. SELECCIÓN DE AFILIADOS

Al conocer la isapre el riesgo médico de un asegurado, puede subir su prima o bien no admitirlo. No obstante, para prevenir la discriminación arbitraria, la ley de isapres establece que estas solo 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 discrimine no aceptando la incorporación de ciertos beneficiarios —a los que prevé como 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 solo puede ser hecho una vez en el año), con el propósito de ir limitando la siniestralidad de su clientela. La ley supuestamente protege a los beneficiarios a quienes se les cambia el plan, dándoles el derecho de protestar si consideran que el plan alternativo ofrecido por la isapre es inferior al anterior. Pero al respecto 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 denuncias que los afectados por esta práctica elevan a la superintendencia respectiva para reclamar.

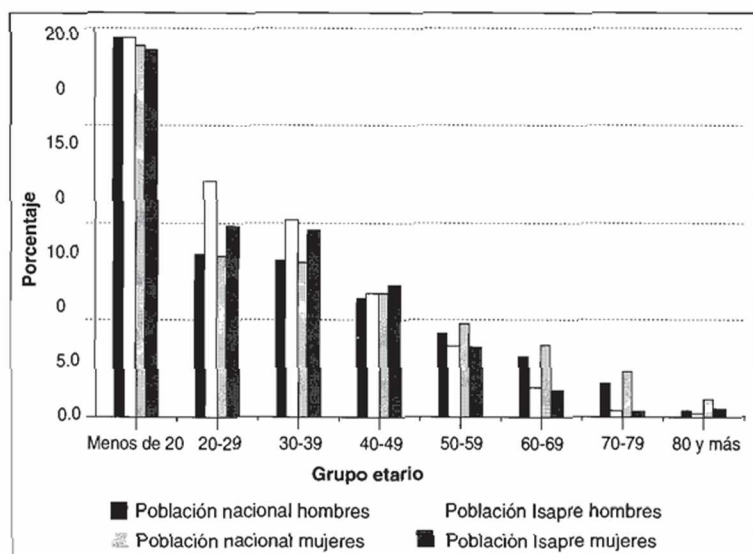
Se dan otras circunstancias que pueden derivar en la selección de afiliados por parte de las isapres. Por ejemplo, se sabe que muchos cotizantes abandonan involuntariamente su isapre al dejar de pagar las cotizaciones por cesantía. Si estas personas tienen un historial médico significativo, y además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

Desgraciadamente, a la fecha no se ha realizado ningún estudio sobre los afiliados que han pasado desde el sistema de isapres al FONASA, y de las razones de ese cambio, por lo que no existe una evaluación de la magnitud del traspaso de asegurados riesgosos desde el sector privado hacia el sector público. La información del gráfico 13 ilustra las diferencias en la distribución por edades entre la población nacional y la población beneficiaria de las isapres, en 1995. Se observa cómo las isapres favorecen la incorporación de hombres y mujeres jóvenes de entre 20 y 39 años en desmedro de la población mayor de 50 años, y particularmente de aquella mayor de 60.

VI. OTROS PROBLEMAS DE INFORMACIÓN

Para que un mercado sea eficiente se requiere que tanto los oferentes como los 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 los agentes, entonces el mercado no logra un equilibrio eficiente.

GRÁFICO 13
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN NACIONAL Y DE ISAPRES. AÑO 1995
SEGÚN GRUPO ETARIO
(En porcentaje)



Fuente: Elaborado por los autores sobre la base de INE/CELADE (Instituto Nacional de Estadísticas/Centro Latinoamericano de Demografía), Chile. Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad. Total país: 1950-2050 (LC/DEM/R.217). Serie OI, N° 97, Santiago de Chile, 1995; Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1995", Santiago de Chile, 1996.

En la sección anterior se discutió la selección adversa, que constituye un importante problema de información en el mercado de las isapres. Existen además otros problemas de naturaleza semejante que originan 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 aquel 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 los primeros tres apartados de esta sección.

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 mil planes distintos vigentes. La mayoría de ellos son planes que fueron vendidos en el pasado, puesto que en la actualidad solo se ofrecen aproximadamente mil planes diferentes.¹⁷ Este número es aún mayor si se suman los planes colectivos. Esta diversidad se debe en gran parte a que los planes de las isapres se compran principalmente 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 UF), no es sorprendente que el mercado ofrezca una gran multiplicidad de planes para ajustarse a ese espectro continuo de ingresos. Otra causa de variación en el número de planes es que en ciudades de tamaño intermedio los médicos especialistas crean una suerte de cartel para negociar mejores 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 desde el punto de vista de la demanda introduce confusión en el mercado de las isapres. En efecto, puesto que no existe un plan referencial que todas las isapres deban ofrecer, y al haber 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.

Cierta información episódica 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 el monto del reembolso a que tienen derecho y la cuantía 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 una menor cobertura para eventos

17. Comunicación oral del Departamento de Estudios de la Superintendencia de isapres.

hospitalarios de mayor complejidad.¹⁸ Esto es concordante con una estrategia comercial de las isapres para disminuir los eventuales cambios de isapres 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 con miras 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 uno 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 por 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 UF, unidad públicamente conocida y que se presenta a diario en la prensa. Sin embargo, ello contribuiría solo 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 información a sus beneficiarios para decidir cuál es el mejor recinto hospitalario donde tratar sus problemas médicos, dado el plan de salud que posee cada uno.

18. Comunicación oral del Departamento de medicina de libre elección y aranceles del Colegio Médico. En algunos casos las isapres tienen copagos menores que el FONASA.

2. PROBLEMAS DE INFORMACIÓN MÉDICO/ISAPRES

El médico es quien 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 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 "sobreprescribir" prestaciones: 1) interés económico: mientras más prestaciones otorgue el médico mayores ingresos recibe; 2) comodidad y seguridad: por ejemplo, con un mayor número de exámenes de laboratorio es más segura y descansada la labor del médico, aunque estos no tengan un alto rendimiento de diagnóstico; se sustituye la labor médica por otras prestaciones, y 3) bienestar del paciente.

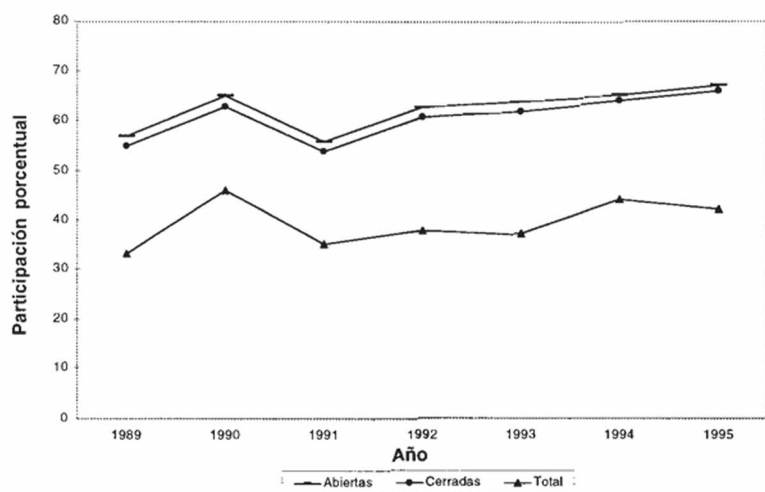
Las estadísticas de prestaciones médicas por beneficiario presentadas en la sección III permiten evaluar, aunque no en forma concluyente, la posible validez de estas hipótesis. En las isapres abiertas, durante el período 1985-1995 los exámenes de laboratorio han experimentado un aumento sostenido, desde 1.94 a 2.63 por beneficiario al año, mientras que los procedimientos de apoyo clínico han subido de 1.12 a 1.68.

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 el FONASA en su modalidad de libre elección. Sin embargo en la modalidad de atención cerrada de FONASA, donde el médico recibe

un salario fijo, este porcentaje cae a 38%.¹⁹ 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 el gráfico 14.

GRÁFICO 14
PORCENTAJE DE PARTOS CON CESÁREA EN ISAPRES. AÑO 1995



Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1995", Santiago de Chile, 1996.

Licencias médicas

Como se explicó anteriormente, la isapre debe pagar un sueldo al cotizante mientras no trabaje debido a enfermedad, embarazo o enfermedad de niño menor de un año. Las licencias pueden ser rechazadas por la isapre o el empleador, o modificadas por la isapre; en cualquiera de estos casos el cotizante puede reclamar a la Superintendencia de isapres.

19. Este último dato es del período febrero-junio de 1996, los otros datos son de 1995.

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 este es percibido como muy reticente a emitir licencias. Por lo tanto, existen incentivos para que el paciente presione al médico pidiéndole mayor cantidad de licencias. Si a esto se agrega el hecho de que las licencias las paga la isapre, disminuyen los incentivos para restringir las licencias.

Del total de licencias otorgadas, la mayoría son curativas (ver cuadro 5), seguidas por las licencias maternales y por enfermedad del hijo menor de un año. Sin embargo, el número de días pagados por licencia es mayor en las licencias maternales, por lo que aumenta su representación en el número de días de licencia y en el costo del pago por licencia.

CUADRO 5
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL Y NÚMERO DE DÍAS POR LICENCIA
EN ISAPRES ABIERTAS. AÑO 1995

Tipo de Licencia	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL			
	Total de licencias	Total de días de licencia	Costo total del pago por licencia	Promedio de días de pago por licencia
Curativas	82.3	63.8	69.9	7.2
Maternales	10.8	31.8	25.9	27.3
Enfermedad de hijo menor de 1 año	6.9	4.4	4.2	7.3

Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1995", Santiago de Chile, 1996.

La Superintendencia de isapres realizó un estudio sobre las licencias médicas otorgadas por las isapres (Superintendencia de instituciones de salud previsual, 1995c).²⁰ En este 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.

20. El estudio se hizo con 9 isapres que representan el 91% del total de cotizantes de isapres abiertas.

En 1994 la tasa de uso de licencias por cada cien 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 solo 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 ya que los cotizantes de ambos sexos tienen la misma distribución etarea. Tal situación, y el hecho de que muchas mujeres que trabajan son dueñas de hogar, sugiere que las licencias pueden ser a veces generadas por necesidades del hogar.

Las licencias tramitadas aumentan con la edad, lo que es esperable dada a mejor salud de los jóvenes (ver gráfico 15); tienen una subida rápida hasta el tramo de 25-29 años, para después crecer muy lentamente. Después de la edad de jubilación (60-65 años) caen bruscamente al nivel más bajo de todos los grupos.

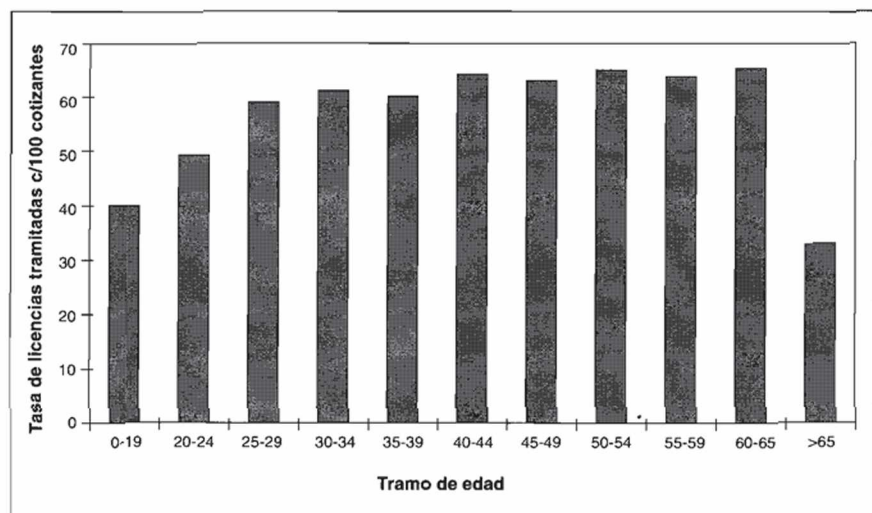
La mayor parte de las licencias se debe a diagnósticos de dolencias agudas, de corta duración. Entre estas una gran proporción corresponde a diagnósticos difíciles de comprobar, como lumbagos y diarreas. Estos diagnósticos son muy frecuentes pero no siempre ameritan la suspensión del trabajo, lo que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

3. PROBLEMAS DE INFORMACIÓN MÉDICO/COTIZANTE

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

Más arriba se trataron dos situaciones especiales. En el caso de las operaciones cesáreas, el médico tiene incentivos para realizar una mayor cantidad de ellas, debido a que le significan más comodidad y mayores

GRÁFICO 15
 PORCENTAJE DE USO DE LICENCIAS TRAMITADAS,
 POR TRAMO DE EDAD, EN 1994



Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Comportamiento de las licencias por enfermedad común o curativa en sistema de ISAPRE abiertas", Serie de estudios técnicos, Departamento de Estudios, Santiago de Chile, 1995.

ingresos. Este aumento de ingreso es financiado en parte por la isapre, pero también por el paciente. De modo que el médico no solamente estaría usando su ventaja de información frente a las isapres sino también frente a los pacientes. Y respecto a las licencias médicas, estas generalmente son solicitadas por el paciente y no constituyen una prestación por la cual el médico reciba un mayor ingreso, por lo que no habría un uso de la asimetría de información médico/paciente.

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

Los seguros de salud disponen de diversos mecanismos para disminuir la inducción al uso de prestaciones por 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 médico, para reembolsar a los prestadores de servicios. Por

ejemplo, pagar no por acto médico sino por problema resuelto (como los DRG americanos).²¹ O bien, contratar a los profesionales de la salud como asalariados. El sistema de isapres muestra experiencias limitadas e incipientes en esta materia.

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

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 solo cuatro años de su creación, las isapres percibían ingresos de explotación por 39 mil millones de pesos (moneda de diciembre de 1995); en 1990 estos habían aumentado a 193 mil millones, para pasar luego a 419 mil millones, en 1995.

CUADRO 6
INGRESO Y COSTO DE EXPLOTACIÓN EN ISAPRES ABIERTAS:
1985, 1990 Y 1995
(En millones de pesos de 1995)

CUENTAS	1985	1990	1995
Ingreso de explotación	38 996	193 170	418 981
Costo de explotación	25 722	143 444	319 687
Costo de explotación sobre ingreso de explotación (porcentaje)	66.0	74.4	76.3
Gastos médicos y licencias curativas	23 184	130 557	299 508
Gastos médicos y licencias curativas sobre ingreso de explotación (porcentaje)	59.5	67.6	71.5

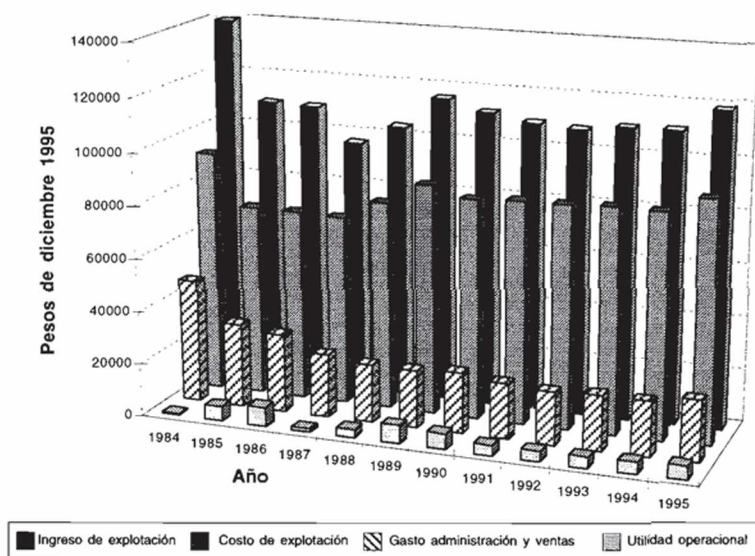
Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsional, "Serie estadística sistema ISAPRE, 1981-1995", Santiago de Chile, 1996.

21. DRG (*diagnostic related group*): diagnóstico por grupo de afinidad. Es una forma de categorización que determina un costo total promedio para un problema específico de salud, como valor de reembolso.

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, una tendencia que claramente debiera beneficiar a esta.

Es importante estudiar la evolución de los ingresos y gastos de explotación reales (es decir en moneda del mismo año) de las isapres cuando estos son expresados por beneficiario. Esta información se presenta en el gráfico 16. 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

GRÁFICO 16
INDICADORES FINANCIEROS OPERACIONALES DE LAS ISAPRES
ABIERTAS POR BENEFICIARIO. AÑOS 1984-1995



Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Serie estadística sistema ISAPRE, 1981-1995", Santiago de Chile, 1996.

CUADRO 7
 INGRESO, COSTO DE EXPLOTACIÓN Y UTILIDAD OPERACIONAL DE LAS ISAPRES
 ABIERTAS, POR BENEFICIARIO. AÑOS 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
Gastos de administración y ventas	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 instituciones de salud previsual, "Serie estadística sistema ISAPRE, 1981-1995", Santiago de Chile, 1996.

también han mostrado bastante estabilidad en los 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 pesos por beneficiario (casi diez dólares), en circunstancia que el año anterior habían ganado 6 037 pesos, o 15 dólares. No obstante, desde 1991 estas isapres han mostrado un alza sostenida en su utilidad operacional, para llegar a 5 146 pesos. En la sección siguiente se explorará con mayor detalle el índice de rentabilidad de las isapres abiertas.

Las isapres cubren 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 el cuadro 8, el gasto total del FONASA en atenciones médicas (excluidas las licencias médicas) en 1995 era de 415 433 millones de pesos, para una población beneficiaria de casi 8 700 000 personas. Las

CUADRO 8
COMPARACIÓN DE GASTOS MÉDICOS DEL FONASA E ISAPRES
ABIERTAS. AÑO 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 de 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 (pesos)	49 059	Gasto medio per cápita (pesos)	66 542

Fuente: Fondo Nacional de Salud (FONASA), "Boletín estadístico FONASA 1994-1995", Santiago de Chile, 1996; Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1995", Santiago de Chile, 1996.

isapres abiertas, por su parte, gastaron ese año 238 140 millones de pesos en una población adscrita de poco más de 3 500 000 personas. El gasto per cápita de las isapres, de 66 542 pesos, superaba a aquel del FONASA (49 059 pesos) en un 36%.

Si se consideran las estadísticas de utilización de FONASA y de las isapres abiertas presentadas en la sección III, donde se establecía que FONASA otorgaba un número mayor de prestaciones per cápita que las isapres, particularmente en atenciones hospitalarias e intervenciones 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: a) las isapres abiertas otorgan una atención de mejor calidad (por ser más costosa) que el FONASA; b) entregan una atención más oportuna; c) otorgan mejores servicios de hotelería en hospitales, o d) una combinación de las anteriores.

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 el cuadro 9, 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 solo el 75% en 1992. Estas cifras confirman la hipótesis del efecto positivo que han tenido las isapres sobre la inversión privada en salud.

CUADRO 9
NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS PÚBLICAS Y PRIVADAS
EN CHILE. AÑOS 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 Pública, "Balance del sector público de salud 1993", Santiago de Chile, 1994.

La falta de información sobre cualquier otra inversión privada en salud impide un análisis más detallado, aunque se sabe que 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 con un financiamiento preponderante de las isapres.

VIII. RENTABILIDAD DE LAS ISAPRES Y COMPETENCIA

Esta sección ofrece un breve análisis de la rentabilidad de las isapres abiertas y de la competencia en su mercado. Por ser las isapres cerradas entidades sin fines de lucro y con una misión diferente a las abiertas, se las excluye de dicho análisis.

La rentabilidad de las isapres abiertas ha sido motivo de debate. Hay quienes sostienen que estas obtienen rentabilidades "excesivas" y que una mayor regulación debiera limitar 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" (Asociación de Isapres AG, 1996).

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 qué tan bueno es invertir capital en una isapre.²² El segundo indicador es la utilidad sobre el ingreso de explotación, o sea la utilidad después de impuestos dividida por los ingresos de explotación.²³ Sin embargo, este segundo indicador no refleja la rentabilidad del capital invertido en el negocio. 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 con su tamaño, medida por el volumen de cotizaciones captadas.

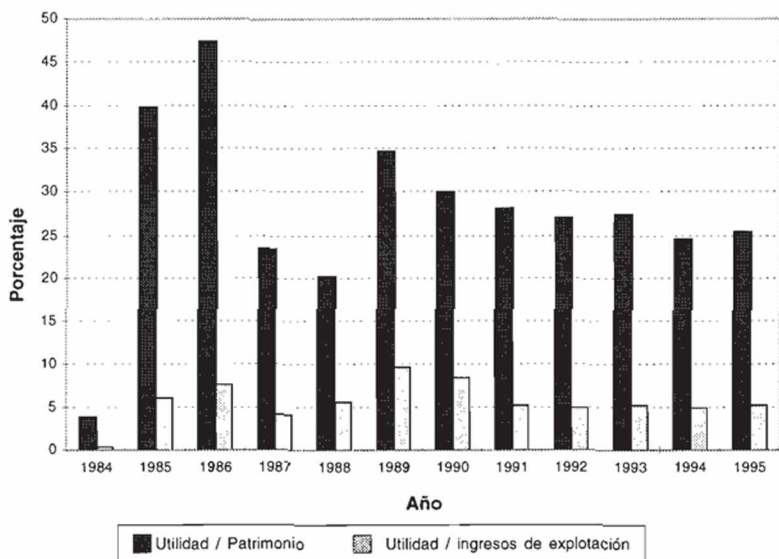
22. La rentabilidad patrimonial contable se basa en el valor de libro del patrimonio empresarial. Una rentabilidad patrimonial contable alta señala que el negocio ha sido bueno para los inversionistas. Pero como el valor patrimonial de mercado de la empresa es típicamente superior al contable —especialmente en Chile en los años recientes—, una alta rentabilidad contable sobre patrimonio no necesariamente indica que invertir en ese negocio es rentable hoy. 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.

23. 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.

1. RETORNO SOBRE EL PATRIMONIO Y SOBRE INGRESOS DE EXPLOTACIÓN

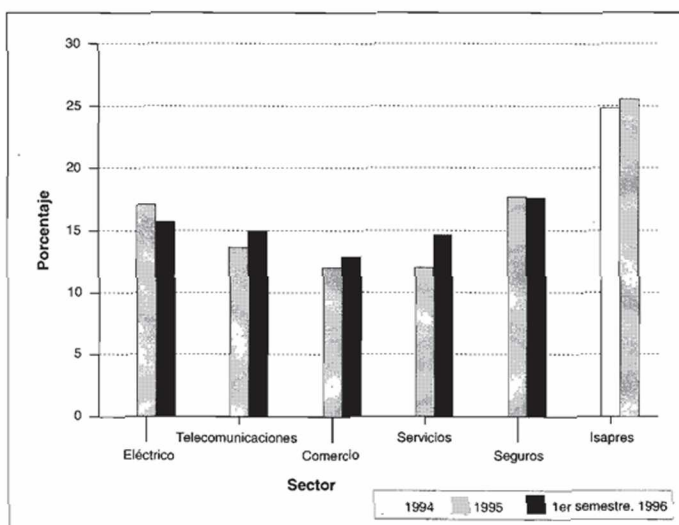
El gráfico 17 presenta las series de *utilidad sobre el patrimonio* y *utilidad sobre el ingreso de explotación* de las isapres abiertas, durante el período 1984-1995. Se observa que en los últimos siete años el índice de *utilidad sobre el patrimonio* ha venido disminuyendo y estabilizándose en niveles cercanos al 25%. Los índices de *rentabilidad sobre los ingresos de explotación* han sido más estables, alcanzando niveles cercanos al 5%.

GRÁFICO 17
ÍNDICES DE RENTABILIDAD SOBRE EL PATRIMONIO Y RENTABILIDAD
SOBRE EL INGRESO DE EXPLOTACIÓN, DE LAS ISAPRES ABIERTAS.
PERÍODO 1984-1995
(Porcentaje)



Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Serie estadística sistema ISAPRE, 1981-1995", Santiago de Chile, 1996.

GRÁFICO 18
 RENTABILIDAD ANUAL SOBRE EL PATRIMONIO DE LAS
 ISAPRES ABIERTAS Y OTROS SECTORES. AÑOS 1995-1996
 (Porcentaje)



Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Serie estadística sistema ISAPRE 1981-1995", Santiago de Chile, 1996; Estrategia, 1996, varios números, para los otros sectores.

Para evaluar la magnitud de los resultados anteriores es necesario comparar dicha rentabilidad con la de empresas de otros sectores de la economía. El gráfico 18 compara la rentabilidad sobre el 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 hacer 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 solo las isapres— se han visto afectados por este fenómeno.

Una segunda observación es que la rentabilidad sobre el patrimonio de las diferentes isapres abiertas es muy heterogénea, como queda de manifiesto al examinar el cuadro 10. En efecto, las isapres grandes, la mayoría de las cuales ingresaron al mercado tempranamente, obtuvieron en 1995 elevados retornos sobre el patrimonio contable, llegando estos hasta el 88.4% en el caso de Banmédica, y 76.7% en Vida Tres. Una excepción a esta regla es Consalud, empresa sin fines de lucro, que en 1995 obtuvo una rentabilidad patrimonial de tan solo un 4.6%. Las isapres medianas y pequeñas, por otra parte, obtuvieron rentabilidades más bajas o negativas.

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. Ello por diversas razones: primero, porque es posible que existan economías de escala en la operación de las isapres (originadas, por ejemplo, en una mayor capacidad de las isapres grandes para obtener contratos favorables con proveedores médicos, debido al volumen de beneficiarios que manejan); segundo, porque se presume que ciertos costos fijos pueden incidir en menor medida en los costos unitarios cuando se alcanzan mayores volúmenes de operación, y tercero, porque el tamaño está vinculado con el tiempo de vida de las isapres; luego son grandes aquellas isapres que han existido durante más tiempo en el mercado, afianzando una reputación, acumulando experiencia y capturando clientes de mayores ingresos, lo que mejora su rentabilidad potencial.

En el cuadro 10 se presenta información financiera de las isapres abiertas ordenadas de acuerdo a tamaño, medido este por los ingresos de explotación. La información 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 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 de que algunas isapres intermedias tengan rentabilidad positiva, sugiere que pueden existir otros factores que también inciden en la rentabilidad.

CUADRO 10
TAMAÑO Y RENTABILIDAD DE LAS ISAPRES ABIERTAS. AÑO 1995

Nº de orden	Isapres	Ingresos de explotación (Millones de pesos)	Rentabilidad porcentual sobre los excedentes de explotación	Rentabilidad 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	Promepart	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>	372 286	5.2	24.2
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>	43 385	-1.7	-22.1
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>	3 220	-19.6	-174.0
	TOTAL	418 891	4.3	21.4

Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1995", Santiago de Chile, 1996.

En el cuadro 11 se efectúa un análisis de indicadores por grupo. Los ingresos de explotación por cotizante o beneficiario son mayores en las isapres grandes, indicando que el cotizante promedio de estas 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, estas no logran con ello llegar a un margen de utilidad igual al de las más grandes. Generalmente, las isapres pequeñas incurren en mayores gastos de administración y ventas por beneficiario, como reflejo de su intenso esfuerzo por penetrar el mercado y crecer.²⁴ Esto resulta en una rentabilidad final negativa en un porcentaje importante de estas empresas, y en resultados negativos para todo el grupo.

Al observar la fecha de apertura de las isapres abiertas,²⁵ se ve que las grandes entraron al comienzo, entre 1981 y 1986; las pequeñas al final, entre 1987 y 1993, y las medianas en un rango de años intermedio.

En el gráfico 19 se aprecia la disminución de los gastos de administración y ventas como porcentaje de los gastos totales y del gasto por beneficiario hasta el año 1989, período en que ingresa al mercado un nuevo grupo de isapres pequeñas.

En el gráfico 19 se aprecia la evolución del gasto de administración y ventas de las isapres abiertas en el período 1984-1994. Este gasto anual ha sido expresado por beneficiario (pesos de diciembre de 1997) y también como porcentaje de los gastos sociales. Se aprecia que ambos indicadores han disminuido en valor desde los primeros años de funcionamiento de las isapres. Así, el gasto en administración y ventas pareciera haberse estabilizado en cifras cercanas a los 25 000 pesos por beneficiario y por año y en un porcentaje cercano al 25% de los gastos totales de operación.

24. Cabe señalar que las empresas más pequeñas tienen menos cargas por cotizante, lo que podría explicar en parte el aumento de sus costos administrativos. Esto se debe a que la tramitación y el mantenimiento de un contrato isapre presenta un costo administrativo para el empleador. Este costo es "fijo" en el sentido que el nivel de esfuerzo que requiere es independiente del número de cargas del empleado afiliado a isapre. Por lo tanto, si este costo se expresa por beneficiario (trabajador afiliado más sus respectivas cargas), entonces el costo unitario resultante es mayor mientras menos cargas tenga el trabajador.

25. Algunas isapres comenzaron a operar jurídicamente en años posteriores, debido a que cambiaron de nombre por transferencia de propiedad o porque su cartera de afiliados fue traspasada a otra institución. Para este análisis se considera el año en que comenzó a operar con la cartera de clientes.

CUADRO 11
INDICADORES DE DESEMPEÑO Y CARACTERÍSTICAS DE LAS ISAPRES
ABIERTAS GRANDES, MEDIANAS Y PEQUEÑAS, Y DE LAS ISAPRES
CERRADAS. AÑO 1995
(Miles de pesos de 1995)

	GRUPO ISAPRES ABIERTAS				ISAPRES CERRADAS	TOTAL ^a
	Grandes	Medianas	Pequeñas	Total ^a		
Número de empresas	8	7	6	21	13	34
<i>Ingresos de explotación (por beneficiario)</i>						
Por cotizante	268	242	185	264	617	277
Por beneficiario	118	112	96	117	207	121
<i>Costos de explotación (por beneficiario)</i>						
Prestaciones de salud	70.4	66.2	59.3	69.9	136.6	73.1
Subsidios por 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
<i>Rentabilidad (porcentaje sobre los Ingresos de explotación)</i>						
	23.6	24.8	22.1	23.7	12.5	22.4
<i>Gastos de administración y ventas (por beneficiario)</i>						
Publicidad	0.7	0.7	0.2	0.7	0.5	0.7
Remuneración de personal	8.0	11.0	16.9	8.4	19.6	9.0
Comisiones de ventas	4.5	8.2	6.6	5.0	0.4	4.7
Otros gastos	8.4	10.0	16.4	8.6	17.2	9.0
Total	21.6	29.8	40.1	22.7	37.7	23.4
<i>Rentabilidad final (porcentaje sobre ingresos de explotación)</i>						
	5.2	-1.7	-19.6	4.3	-5.6	-1.3
<i>Empresas con margen negativo (en porcentaje)</i>						
	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 instituciones de salud previsual, "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1995", Santiago de Chile, 1996.

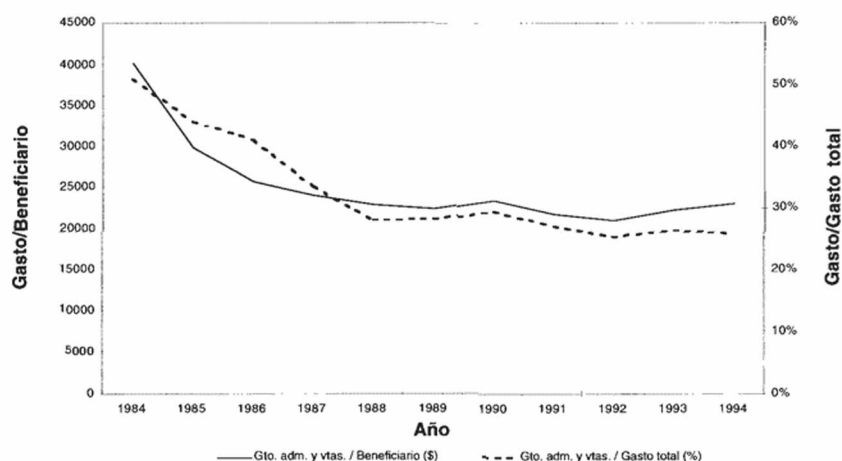
^a Promedios ponderados por la masa de población beneficiaria de cada grupo de isapres.

CUADRO 12
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 instituciones de salud previsual, "Serie estadística sistema ISAPRE, 1981-1995", Santiago de Chile, 1996.

GRÁFICO 19
GASTOS DE ADMINISTRACIÓN Y VENTAS POR BENEFICIARIO Y COMO
PORCENTAJE DE LOS GASTOS TOTALES.
PERÍODO 1984-1994
(Pesos de diciembre de 1997)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Serie estadística sistema ISAPRE, 1981-1995", Santiago de Chile, 1996.

En resumen, hay dos posibles factores actuando en favor de las empresas grandes. El primero son las economías de escala, al haber costos fijos administrativos. El segundo radica en que estas empresas 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, los que constituyen el mercado más atractivo. Al incorporarse las isapres pequeñas, el mercado de los ingresos altos estaba ya ocupado y el sistema crecía hacia las personas de menores ingresos.

Competencia en las isapres

Debido a las imperfecciones del mercado de las isapres es razonable preguntarse qué tan competitivo es ese mercado. Como se vio en el apartado anterior es posible que hayan economías de escala en el sistema de las isapres, pero estas 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 estarían permitiendo la existencia de al menos ocho grandes isapres 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 siempre está abierta la posibilidad de que algunas firmas cierren. Este es el caso del mercado de las isapres, donde han cerrado 14 firmas de un total de 33 empresas que había funcionando.²⁶ Las empresas que han cesado de operar corresponden a cinco cierres legales —la autoridad las cierra por no cumplir con los requisitos— y nueve cierres voluntarios.

Finalmente, los gastos de administración y ventas constituyen un 20.2% del gasto total. De ellos, la cuarta parte se destina a publicidad y comisiones de ventas. Este gasto representa para la isapre parte del costo de atraer afiliados, lo que indica que existe competencia entre esas instituciones.

26. Hubo en total 35 empresas inscritas; de estas, dos no comenzaron a operar.

El mercado de las isapres no es homogéneo y consta de distintos segmentos. Los segmentos más atractivos del mercado son aquellos constituidos por 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 menos reclamos de una mejor cobertura (véase sección IX). Las isapres grandes ya tienen copado este segmento; de hecho, la isapre más grande es la que tiene mayor cantidad de cotizantes de altos ingresos.²⁷

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 excedente de la cotización se acumule en un fondo que el asegurado 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 se refleja en el hecho de que la población de beneficiarios del sistema de isapres sea más joven que la población general (véase sección XIII sobre la tercera edad).

IX. SATISFACCIÓN DE LOS CONSUMIDORES

En un mercado competitivo donde los consumidores toman libremente sus decisiones de compra, evaluar la satisfacción que estos obtienen de su consumo es una preocupación individual y no social. En cambio, evaluar la satisfacción de los consumidores con su sistema de salud es una preocupación social, por cuanto en Chile, como en cualquier otro país, el mercado de la salud, y en particular el de los seguros de salud, es imperfecto. Además, por ser considerada la salud un bien preferente, es obligatorio para los trabajadores dependientes poseer un seguro de salud —sea este 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.

27. Comunicación oral del gerente general de Consalud.

La forma más directa de evaluar la satisfacción de los consumidores es mediante encuestas a los usuarios. Se dispone de cuatro encuestas de satisfacción de los consumidores con su seguro de salud, realizadas en 1993, 1994, 1995 y 1996 (CEP, 1993; CEP, 1995; Adimark, 1995; Adimark, 1996). Por simplicidad, en esta sección 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 realización de estas encuestas fue confiado a la empresa ADIMARK por distintas instituciones.

Las cuatro encuestas no son del todo comparables, puesto que cubrieron a distintas poblaciones y se usaron diferentes instrumentos. Solamente podría compararse la Encuesta 95 con una encuesta similar realizada en 1994, no disponible. En los apartados siguientes se resumen los principales resultados de estas encuestas en lo relativo a: a) grado de satisfacción de los asegurados; b) satisfacción según su nivel de ingreso; c) comparación entre el FONASA y las isapres; d) satisfacción con el nivel de cobertura, y e) otros aspectos.

1. GRADO DE SATISFACCIÓN

Según la Encuesta 95 el sistema de isapres cuenta con un apoyo razonable por parte de sus beneficiarios. A estos se les pidió que calificaran con notas escolares a su isapres. 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 (58.4%) reportó actitudes positivas, mientras que una minoría (18.9%) manifestó actitudes negativas; el cuarto restante registró actitudes neutras.²⁸

A continuación se le preguntó a los encuestados por las razones que los llevaban a recomendar o no recomendar la afiliación a una isapre. La

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

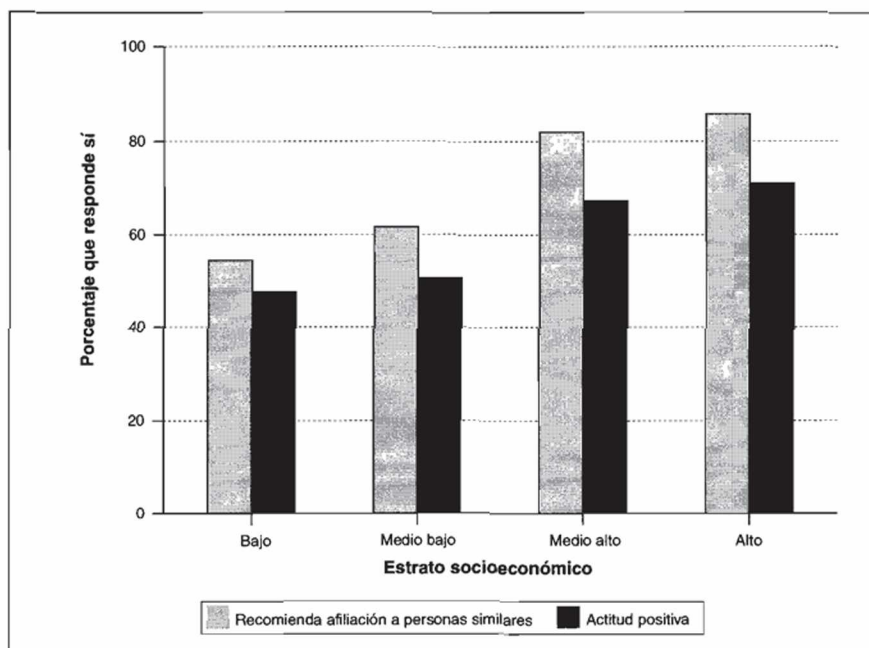
mitad (48%) de quienes recomendaron la afiliación dio como motivo su percepción de que su isapre es la mejor opción disponible.

Al preguntársele a los afiliados si recomendarían a personas de su misma condición 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.

2. SATISFACCIÓN E INGRESO

El grado de satisfacción con la isapre aumenta con el nivel de ingreso, como se ilustra en el gráfico 20.

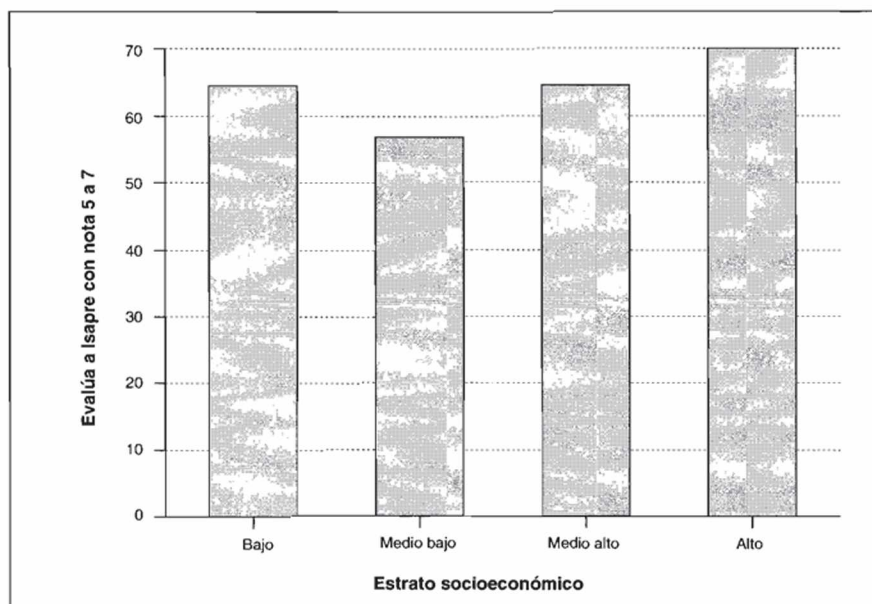
GRÁFICO 20
ACTITUDES POSITIVAS HACIA LA PROPIA ISAPRE



Fuente: ADIMARK, "Estudio isapre", realizado para la Superintendencia de isapres, Santiago de Chile, 1995.

Asimismo, el porcentaje de personas que asigna buenas notas al sistema de isapres, pareciera aumentar con su nivel socioeconómico, aunque se observa un repunte en el estrato medio bajo (gráfico 21). 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.

GRÁFICO 21
EVALUACIÓN ALTA DE ISAPRES SEGÚN GRUPO SOCIOECONÓMICO
(Porcentaje)



Fuente: ADIMARK, "Estudio isapre", realizado para la Superintendencia de isapres, Santiago de Chile, 1995.

Cabe hacer notar que las encuestas 93 y 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 la población de niveles de ingreso más bajo evalúan peor a las isapres, esto crea un sesgo hacia abajo en el promedio debido a su sobrerrepresentación en el universo de beneficiarios. Lo anterior sugiere que la evaluación de las isapres por parte de sus beneficiarios es aún más positiva que lo que muestran las cifras presentadas más arriba.

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 al 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 isapres preferían el sistema privado, mientras que un 23% se inclinaban por el sistema público. Por otra parte, un 66% de los afiliados al sistema público favorecían su propio sistema y un 29% valoraban más el sistema de isapres. A quienes estuvieron en el 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 del 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 según sube el nivel socioeconómico de las personas; así, prefieren el FONASA un 34% de las personas del nivel socioeconómico bajo, un 27% del nivel medio, y un 3% del nivel alto.

La Encuesta 94 ofrece información sobre las razones por las cuales personas que prefieren las isapres no se han cambiado a ellas. La respuesta más frecuente es la falta de ingresos (66%), seguida por falta de información para tomar una buena decisión (34%) y por seguridad ante eventual desempleo (34%).²⁹

La Encuesta 94 también indagó en la población general sobre el sistema de su preferencia suponiendo que el FONASA y las isapres costaran lo mismo. La encuesta provee esta información por nivel socioeconómico pero no por tipo de previsión del encuestado. La mayor preferencia fue para el FONASA en su modalidad de libre elección, para todos los niveles; la preferencia por las isapres fue 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 al FONASA (45%), mientras que la actitud negativa es mayor en los afiliados al FONASA (23%) que en los pertenecientes a una isapre (18%). La respuesta, desagregada por nivel de ingreso, arroja como resultado que mientras más alto es el ingreso mayor es la proporción de personas con una actitud positiva hacia las isapres y 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 al FONASA que prefiere las isapres, que lo contrario. Quienes querían cambiarse a una isapre y no lo hacen tienen como principal razón la falta de ingresos.

29. Al perder su empleo, el individuo adscrito al FONASA mantiene sus beneficios de salud durante un mes. Este período se puede extender indefinidamente si el individuo solicita y obtiene en un municipio un subsidio de cesantía. Al ocurrir lo mismo a un afiliado a una isapre, esta 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 de isapres.

4. SATISFACCIÓN Y COBERTURA

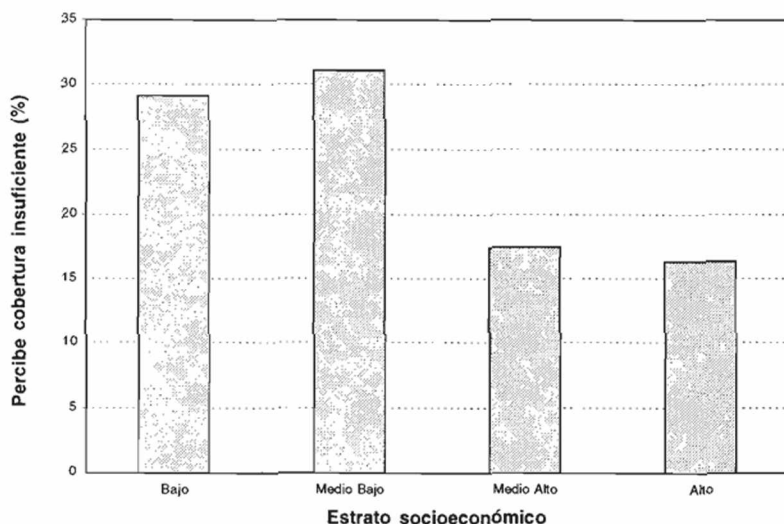
La cobertura del seguro de salud se refiere a los tipos de atenciones de salud incluidas en la prima y al porcentaje del valor de dichas atenciones que financia el seguro. En el caso del FONASA, existe una amplia lista de servicios ofrecidos a los beneficiarios, desde la consulta primaria hasta las atenciones terciarias de alta complejidad. Sin embargo, las restricciones presupuestarias del sector público se traducen en que, por racionamiento de los recursos, hay colas para ciertas atenciones, se limita la elección de proveedor (este debe pertenecer al sector público, excepto en la modalidad de 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 satisfechas o insatisfechas con el sistema de isapres, y además por las razones que las llevarían 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.

En la Encuesta 95 también se indagó sobre lo que las personas percibían como debilidades del sistema de isapres. La respuesta más frecuente (17%) aludía a la cobertura. Si a esto se agregan las respuestas que señalan beneficios insuficientes, se obtiene una suma de 23%. Se preguntó también sobre los aspectos que el encuestado desearía ver modificados en el sistema de isapres. 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 socio-económico del afiliado a una isapre, como se ilustra en el gráfico 22.

GRÁFICO 22
PORCENTAJE DE AFILIADOS A ISAPRES QUE SE SIENTEN
"INSUFICIENTEMENTE CUBIERTOS"



Fuente: ADIMARK, "Estudio isapre", realizado para la Superintendencia de isapres, Santiago de Chile, 1995.

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 isapre³⁰ a la que pertenece el afiliado. La proporción de individuos que percibe tener cobertura insuficiente aumenta en las isapres con menor ingreso de explotación por beneficiario,³¹ y es inversamente proporcional al costo del seguro promedio por beneficiario. Del mismo modo, hay una relación positiva entre el precio promedio del seguro y el porcentaje de encuestados que ponen notas altas a su isapre. Todo esto

30. Se dan respuestas sobre seis isapres que representan un 81% de los cotizantes y un 81% de los beneficiarios.

31. Los ingresos de explotación incluyen el 7% obligatorio, el subsidio del 2% que da el Estado, y otros aportes.

indica que, en líneas generales, los beneficiarios de isapres poseen una adecuada percepción del grado de aseguramiento que les otorga su institución.

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

5. OTROS ASPECTOS

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

6. CONCLUSIONES

La mayoría de los afiliados al sistema de isapres están al menos razonablemente satisfechos 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 sienten al menos razonablemente cubiertos, aunque llama la atención que haya una cuarta parte que se sienten insuficientemente cubiertos. La cobertura es una preocupación importante en los beneficiarios de isapres. La percepción de cobertura aumenta con el precio de la prima.

Los afiliados a isapres están más satisfechos con su sistema que los afiliados al FONASA. Es mayor el porcentaje de afiliados a isapres que reportan una actitud positiva hacia su sistema que su equivalente en el FONASA. Asimismo, una menor parte de los afiliados a isapres desean cambiarse al FONASA que viceversa; y entre los afiliados al FONASA, la razón más frecuente para no cambiarse a una isapre es la insuficiencia de ingreso.

X. ACCIONES DE ALTO RENDIMIENTO EN SALUD

El grado de implementación de acciones de salud de bajo costo y alto rendimiento (*cost-effective*) es un reflejo directo de la eficiencia del gasto en salud. Esta sección presenta una breve reseña del empleo de acciones de máximo rendimiento en relación con su costo dentro del sistema de isapres.

Chile tiene un perfil epidemiológico de transición, donde el cáncer y las enfermedades cardiovasculares han desplazado a las enfermedades infectocontagiosas como primera causa de muerte. Para las enfermedades infectocontagiosas existen medidas de prevención, destacándose en este sentido una alta cobertura de las inmunizaciones (ver cuadro 1). La falta de agua potable y otros problemas higiénicos están circunscritos a un bajo porcentaje de la población en condiciones de pobreza. Por esto es esperable que la población de las isapres 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 se cuentan entre las medidas de mayor eficiencia por costo (ILADES/Georgetown University, 1993), y entre las pocas disponibles para prevenir los cánceres. En cuanto a la prevención de enfermedades cardiovasculares, además de medidas antitabaquismo se requieren acciones de promoción de la 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 los 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 una catástrofe financiera para el cotizante, definida esta como la iliquidez del grupo familiar ante un aumento en el gasto de salud. Dependiendo de dicha variable de catástrofe estas enfermedades constituyen entre un 22% y un 37% del total de

las catástrofes posibles, cifras que aumentan si se les agrega la mortalidad por diabetes, que es una enfermedad tratable y vinculada a los problemas cardiovasculares. Como estas enfermedades se manifiestan en los adultos mayores, tienen gran peso en la tercera edad.³²

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

Lo anterior es coherente con el bajo porcentaje de los beneficiarios de isapres abiertas que se someten al examen preventivo anual. Los beneficiarios tienen derecho a un examen de medicina preventiva gratuito; sin embargo, no se obliga a los pacientes a realizarlo. En el lapso de siete años comprendido entre 1988 y 1995, el número de beneficiarios que se sometió a exámenes preventivos en las isapres abiertas equivale a solo un 23% de los que ingresaron al sistema en el período.

Aunque el tabaco es la causa evitable más importante frente al cáncer y las enfermedades cardiovasculares, las primas no reflejan un riesgo diferente entre fumadores y no fumadores, dándose así subsidios cruzados y generándose 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 en las primas —además de por edad y sexo— por tabaquismo, habría incentivos para la prevención de la salud.

El mercado puede crear soluciones alternativas. 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 adicional del cotizante que la isapre guardaría como provisión para cubrir el aumento de su prima al tener mayor edad. Si el beneficiario coopera con todas las medidas de prevención de su salud, la isapre le baja sus primas

32. Los problemas de los beneficiarios de la tercera edad pertenecientes al sistema de isapres se analizan en la sección XII.

en el futuro, dado que es un asegurado menos riesgoso y existe una provisión de capital. Pero si no cumple con las medidas de prevención las primas son más altas y pierde el capital ahorrado. Lo mismo ocurre si se traslada a otra isapre. No obstante, el régimen actual de impuestos sobre este tipo de provisión de capital es la principal barrera que impide el desarrollo de tales incentivos, por lo que también se requieren modificaciones legales para hacerlos viables.

XI. FINANCIAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

La 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) el monto 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 (Díaz y otros, 1995):

1. *Eventos de alto costo unitario*: Incluye eventos de baja probabilidad que requieren de prestaciones médicas de alto costo unitario ligadas generalmente a sofisticados procedimientos terapéuticos.
2. *Altos gastos periódicos de salud*: Es una definición más amplia que la anterior, porque incluye además eventos de bajo costo pero de alta frecuencia.
3. *Altos gastos periódicos afectando el 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 necesaria, lo que limita su aplicación.

Estas definiciones no son del todo equivalentes. Para evaluar la prevalencia empírica de este fenómeno, en un estudio sobre catástrofes (Díaz y otros, 1995) 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.³³

Una forma alternativa de trabajar con catástrofes es concentrarse en los 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 por implicar determinados grupos de prestaciones, permitiendo la confección de programas médicos detallados. La mayoría de los eventos catastróficos se concentra en un pequeño grupo de diagnósticos (*op. cit.*); con todo, una parte de estos eventos queda fuera de esta lista, lo que limita este instrumento.

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

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

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 y otros (1995). Para establecer los valores que determinan el límite considerado catastrófico estos autores consideraron tres variables: 1) el ingreso tope del primer cuartil y el ingreso mediano; 2) el préstamo máximo que pueden obtener los cotizantes con dichas rentas, y 3) los copagos promedio.

33. 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.

El copago alcanzó un 40% en promedio para valores facturados anuales (VFA) mayores o iguales a 500 000 pesos. El préstamo máximo de consumo que otorgan las instituciones financieras a personas naturales sin garantías reales, es de tres 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 pesos para el cotizante del primer cuartil y de 1 640 000 pesos para el cotizante de ingreso medio. Se analizaron, entonces, tres alternativas de catástrofe: 1 000 000, 1 500 000 y 2 000 000 de pesos, usándose en algunos cálculos 500 000 pesos para alcanzar a los más pobres del primer cuartil.

Los autores concluyeron que las catástrofes son de baja frecuencia en el sistema de isapres, por cuanto solo 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.³⁴

La cobertura para eventos de un valor facturado menor de 500 000 pesos alcanza a un 68%. Pero, al aumentar el gasto la cobertura empeora progresivamente reduciéndose a 55% para montos de 5 o más millones de pesos. 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 una sección anterior, las isapres ofrecen una vasta variedad de planes a sus afiliados. La Superintendencia de isapres realizó un estudio en 1993 donde se seleccionaron dos cuadros clínicos: enfermedad renal con tratamiento permanente de hemodiálisis, e infarto al miocardio con *bypass*. Se escogieron dos tipos de planes: uno "máximo" para personas de altos ingresos, valorizando las prestaciones de salud con precios de una clínica privada para este segmento; y otro

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

"mínimo", valorizando la atención con precios del hospital público para particulares. En el cuadro 13 se ilustran los valores extremos. Por ejemplo, para el infarto los copagos variaban entre 290 000 y 3 900 000 pesos para el plan máximo, y entre 190 000 y 960 000 pesos para el mínimo.

CUADRO 13
COPAGOS POR INFARTOS Y HEMODIÁLISIS EN DISTINTOS PLANES:
SELECCIÓN DE VALORES EXTREMOS

	Valores extremos	TIPO DE PLAN			
		PLAN MÁXIMO		PLAN MÍNIMO	
		Copago (como porcentaje)	Copago (en miles de pesos)	Copago (como porcentaje)	Copago (en miles de pesos)
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 y otros, "Cobertura catastrófica para los cotizantes del sistema ISAPRE", Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, diciembre de 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. No obstante, 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 que muchos de estos seguros son ofrecidos por las isapres y cubren un porcentaje bajo de los beneficiarios.

En resumen, el sistema de seguros de salud no ha desarrollado seguros para catástrofes con la suficiente alcance poblacional y de 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. Y es probable que este problema se agrave a medida que aumente la cobertura poblacional del sistema de isapres, 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 el apartado anterior, el sistema de isapres no ha desarrollado suficientemente los seguros catastróficos. Para ello hay dos posibles explicaciones. La primera dice que es una industria naciente por lo que la generación de alternativas es un problema de tiempo. La otra explicación sería suponer que los individuos son miopes e irracionales en sus conductas intertemporales.

FONASA como seguro de salud

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

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 este es gratuito. Por lo tanto, el precio de la prima es independiente de los factores que aumentan el gasto posible de esperar de los asegurados: el estado de salud del enfermo, el sexo y edad, y el número de cargas. Esto genera importantes subsidios cruzados entre los cotizantes.
2. El copago depende del tipo de atención. Para los efectos de la atención cerrada esto no tiene relación con el costo, ya que el usuario paga de su bolsillo de acuerdo a su ingreso. Además, existe un crédito para solucionar los casos de iliquidez de la gente que no puede pagar el copago. Sin embargo, dicho crédito tiene dos problemas básicos: primero, 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 libre acceso a la salud, el Estado no puede negar la atención. Y segundo, dado que este derecho ha penetrado profundamente la cultura de la población y especialmente de los trabajadores de la salud, exigir a ultranza la firma de documentos o negar la atención se hace muy difícil. En cuanto a la atención abierta, el paciente paga de acuerdo a un arancel.

3. Respecto a la cobertura el seguro es total, no tiene exclusiones ni períodos de espera. Con todo, 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 otras comodidades inferiores a los de la atención privada.
4. El 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 el sistema del FONASA como un seguro de salud. Es más apropiado definirlo como un fondo estatal de salud financiado en parte con un impuesto sobre los salarios. Este fondo financia la atención cerrada y la de aquellos que no tienen otra previsión, y está abierto a la incorporación de cualquiera que desee trasladarse a él.

2. INCENTIVOS E INTERACCIÓN EN LOS SEGUROS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS

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

El trabajador por cuenta propia que no recibe un salario, puede libremente decidir si cotizará o no para la previsión de salud.³⁵ Por lo

35. 20% de la fuerza de trabajo.

tanto se le genera el incentivo de 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, el que ya tiene subsidios importantes. Esto es especialmente válido para quienes tienen un ingreso menor y cuyo único seguro factible es el estatal.

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

1. Dar alta cobertura para atenciones donde es baja la probabilidad de obtener una atención oportuna, o haya altos costos de tiempo debido a colas, molestias por horarios inoportunos, y otros problemas derivados de las restricciones de los servicios públicos.
2. Dar baja cobertura a los gastos vinculados a eventos catastróficos cuando los precios del 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, y demás.

Cuando se trata 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.

En cuanto a las enfermedades agudas, principalmente las urgencias, no hay tiempo para planificar el financiamiento de la atención, y esta se da de todas maneras. Así, el Estado no puede rechazar cubrir los gastos de afiliados a isapres calificados de casos urgentes. Las isapres tienen incentivos para dar baja cobertura, ya sea en porcentaje de copagos o en topes anuales. Hay dos hechos que atenúan estos incentivos: el primero es que los afiliados no están bien informados de que su cobertura de urgencia es baja y recurren a centros privados, por error;³⁶ el segundo es que muchos cotizantes de mayores ingresos prefieren los hospitales privados debido a que hay mejor hotelería.

36. Las isapres tienen dificultades para hacer una campaña de información al respecto porque 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 de isapres.

3. CONCLUSIONES

Aunque las catástrofes afectan a un bajo porcentaje de beneficiarios de isapres anualmente, en el transcurso de varios años pueden afectar a un grupo importante. El problema se genera con la interacción con el sistema estatal, debido a que este funciona como "segundo seguro" o "seguro de último recurso" para los afiliados de las isapres, frente a situaciones catastróficas.

Díaz y otros (1995), proponen dos tipos de medidas para abordar el problema del financiamiento de las enfermedades catastróficas: 1) la adopción de dos seguros de corto plazo. Un primer seguro (seguro A) permitiría financiar los gastos médicos ocurridos durante los primeros 12 ó 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 por parte de 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; y 2) los autores proponen una reforma del sistema de FONASA, tendiente a suprimir o atenuar su calidad de "seguro de último recurso". Los cambios propuestos para el FONASA son coincidentes con el esquema de seguros recién descrito. En el nuevo esquema, el FONASA aseguraría a las personas en función de su riesgo actuarial. Quienes abandonaran el sistema de isapres contarían con los recursos suficientes, obtenidos a través del seguro B, para financiar su prima en el FONASA.

XII. FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN LA TERCERA EDAD

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.³⁷ El origen de esta discusión se basa en parte en el hecho de que Chile, al igual que otras naciones de la región y del mundo con un grado de desarrollo económico semejante, 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 de 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, fenómeno en el cual la mortalidad y morbilidad debidas a enfermedades infecciosas y transmisibles disminuyen, y en cambio aumentan como resultado de enfermedades crónicas y degenerativas y de accidentes (Banco Mundial, 1993).

El resultado combinado de estos dos fenómenos —una población más longeva, pero 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 esto se agrega la mayor disponibilidad de sofisticadas tecnologías de alto costo 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 complica 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

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

mayor de 15 años) a 3 872 000 en el año 2030 (representando el 24.6% de la misma población; ver cuadro 14). 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 de isapres.

CUADRO 14
PROYECCIONES POBLACIONALES PARA CHILE:
GRUPO ETARIO ADULTO

Año	15-59 años	60+ años	60+ años	Hombres 15-59 años	Mujeres 15-59 años	Hombres 60+ años	Mujeres 60+ años
	(miles de personas)		(porcentaje sobre pobla- ción de 15-59 años)	(porcentaje sobre población total)			
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, "Chile. The adult health policy change", Serie de estudios del Banco Mundial sobre países, Washington, D.C., 1995.

2. FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN LA TERCERA EDAD

El estudio del financiamiento de la salud en la tercera edad se divide 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 de la tercera edad pertenecientes al sistema de isapres. 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 adscribirse al sistema de isapres que si dicha política no se adoptara. Por otra parte, si las soluciones ofrecidas por las isapres a las personas de la tercera edad son excesivamente caras para ellas, entonces no solo 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 de la tercera edad significan desafíos importantes para las isapres. Primas muy elevadas restringen el acceso a dichas personas. Primas moderadas que se compensan internamente con subsidios cruzados de afiliados más jóvenes encarecen la prima de estos últimos, restringiendo su acceso al sistema y afectando negativamente las expectativas de rentabilidad de las isapres. Igualmente, primas moderadas para las personas de la tercera edad —iguales o inferiores al costo actuarial de la atención prometida en el contrato— por sí mismas inciden también 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 de 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 del cuadro 15 —proveniente de una isapre—, una persona de 60 a 65 años debe cotizar dos veces más que un hombre de 18 a 34 años. Un individuo mayor de 75 años debe cotizar 4.5 veces más que quien pertenece al tramo 18-34 años.

CUADRO 15
TABLA DE FACTORES RELATIVOS DE UNA ISAPRE. AÑO 1995

Tramo de edad	COTIZANTES		CÓNYUGE		Beneficiarios cargas legales	Beneficiarios 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, "Chile. The adult health policy change", Serie de estudios del Banco Mundial sobre países, Washington, D.C., 1995.

3. FINANCIAMIENTO DE LA SALUD DE LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD CON BAJOS INGRESOS

Como se mencionó antes, las isapres han ido generando otras soluciones para atraer y mantener a personas de 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 a la dificultad anteriormente mencionada, no es razonable esperar que las isapres —empresas privadas con fines de lucro— resuelvan el problema del segmento 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 implicar la aceptación de 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 pudieran

hacerlo a condición de que recibiesen un subsidio estatal complementario de su propios aportes. Desde el punto de vista de las finanzas públicas, tal política tendría sentido solamente si dicho subsidio fuese inferior o igual al costo en que debiera incurrir el sistema público para mantener a aquellas personas en el FONASA. O si, a un costo algo superior, el subsidio permitiera que las personas de la tercera edad obtuviesen en las isapres una mejor atención. Pero evaluar la factibilidad de estos dos escenarios va más allá de los objetivos de esta investigación.

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 las isapres de sus actuales afiliados que están entrando o que pertenecen ya 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 de la información empírica. Desgraciadamente, estos autores no pudieron obtener información sobre el número de personas de la tercera edad, o cerca de ella, que han debido retirarse del sistema de isapres, por insolvencia. Se recuerda al lector que las isapres poseen el recurso legal de cambiar anualmente sus planes de salud para grupos de individuos, si bien al mismo tiempo se otorga al beneficiario el derecho a apelar a la Superintendencia de isapres cuando el nuevo plan alternativo que la institución le ofrece no le resulta satisfactorio. Basándose en el número más bien pequeño 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 de isapres. Sin embargo, es importante evaluar esta hipótesis con datos empíricos.

Un estudio reciente (Fisher, Mizala y Romaguera, 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 envejezcan. 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 efectivos de 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 tercera edad, si el beneficiario debe incurrir en gastos médicos que reduzcan su ingreso per cápita 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 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, Mizala y Romaguera, se resumen a continuación:

CUADRO 16
CAÍDA EN EL INGRESO DISPONIBLE AL LLEGAR A LA TERCERA EDAD,
POR BENEFICIARIO DE ISAPRES
(Porcentaje)

Edad actual	ESCENARIO (Según rentabilidad real de los fondos de pensiones)		
	Pesimista	Intermedio	Optimista
23	42	33	15
35	20	11	-9
45	10	5	-9
55	18	16	7

Fuente: Fisher, Mizala y Romaguera, "Proyecto: Alternativas de Solución para el Financiamiento de la Salud en la Tercera Edad en el Sistema ISAPRE", documento preparado para la Superintendencia de isapres, Santiago de Chile, 1995.

De acuerdo a los resultados del estudio, en los escenarios pesimista e intermedio el cotizante promedio que hoy tiene 23 años tendría dificultades en permanecer en el sistema de isapres. Los demás no las tendrían. Para interpretar estos resultados es importante considerar lo siguiente:³⁸

- 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 de los gastos facturados de cada uno de los beneficiarios de más de 65 años se ve compensado por el hecho de 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 años y por los bonos de reconocimiento por contribuciones al sistema previsional antiguo. En este sentido, estas generaciones se han beneficiado de una coyuntura circunstancial, 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 y las familias con un 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.

38. Los siguientes tres párrafos son casi literales de Fisher, Mizala y Romaguera, 1995.

XIII. CONCLUSIONES

1. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE ISAPRES Y DE SU COBERTURA

En sus quince años de existencia, las isapres han experimentado elevadas tasas anuales de crecimiento de la cobertura que les han permitido llegar a cubrir, mediante sus seguros de salud, a un cuarto de la población del país. Sin embargo, desde 1995, esta tendencia ha desaparecido, llegándose a un crecimiento nulo de 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— cubren casi el 55% del mercado, medido según el volumen monetario de las cotizaciones obligatorias de salud.

2. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA

La población beneficiaria de las isapres es más joven y con menor representación de mujeres que la población del país. Esas instituciones favorecen la incorporación de hombres y mujeres jóvenes de 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 —causada por las restricciones (legales) a la cobertura de preexistencias médicas, las primas crecientes con la edad, y ocasionalmente el 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. No obstante, estos autores no dispusieron de información apropiada para explorar esta hipótesis.

Un análisis comparativo de estadísticas del uso de servicios médicos revela que existen diferencias importantes entre las isapres y el FONASA, aunque no en el caso 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 solo 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 pesos hasta 260 000 (pesos de diciembre de 1995).

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. En administración y ventas, las remuneraciones del personal y otros gastos juntos contribuyeron (en partes iguales) a las tres cuartas partes de los gastos del rubro. Las comisiones de ventas representaron un poco más de un quinto, mientras que la publicidad representó un 3.1% de ellos.

4. RENTABILIDAD DE LAS ISAPRES

Así como se ha aminorado el crecimiento del sistema de isapres, 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 del 25%, con una utilidad sobre los ingresos de explotación cercana al 5%. La rentabilidad patrimonial media de las isapres abiertas supera a aquella de otros sectores de la economía. Por ejemplo, en el período 1995-1996, las empresas de seguros obtuvieron una utilidad sobre el 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 antigüedad en el mercado (en promedio 14 años)— presentaron en 1995 altas tasas de rentabilidad patrimonial. Banmédica, por ejemplo, obtuvo una utilidad sobre el 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 ese año pérdidas importantes relativas al patrimonio, 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.

5. INVERSIÓN PRIVADA EN SALUD

Aun cuando hay poca información cuantitativa 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 de la provisión del sector privado. Con anterioridad a la creación de estas instituciones (en 1981), el sector privado reunía solo 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, casi 33 700 unidades. En los quince años siguientes, el número de camas hospitalarias del sector público disminuyó a 32 300 unidades, mientras

que las del sector privado más que se 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%.

6. SATISFACCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

La mayoría de los afiliados al sistema de isapres 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 de salud, 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 de salud es una preocupación importante de los beneficiarios de isapres. La percepción de cobertura aumenta con el precio de la prima. Los afiliados a isapres están más satisfechos con su sistema que los afiliados al FONASA. Es mayor el porcentaje de afiliados a isapres que reporta una actitud positiva hacia su sistema que su equivalente en el FONASA. Asimismo, una menor proporción de los afiliados a isapres desea cambiarse al FONASA que viceversa; entre los afiliados al FONASA, la razón más frecuente para no cambiarse a una isapre es la falta de ingreso.

7. EQUIDAD EN EL SECTOR SALUD Y ACCESO A LAS ISAPRES

El sector de la salud en Chile 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 tuvieron un gasto medio en atenciones de salud por beneficiario de 66 542 pesos (162 dólares), mientras que el FONASA gastó 49 059 pesos (120 dólares). Esta diferencia en el gasto medio se torna aún más importante al considerar las características distintas de la población beneficiaria (de mayor edad en el FONASA, y presumiblemente con peor estado de salud), y de las tasas de utilización de servicios en los sistemas público y privado de salud.

Que el nivel de provisión o el gasto en atenciones difiera entre los sectores público y privado, señala la presencia de una desigualdad en el

acceso a los servicios de salud, aunque no indica que ello también revele 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— sea inocua desde el punto de vista de la equidad (Musgrove, 1996).

Las iniciativas de reforma del sistema de seguridad social en salud, actualmente en estudio en el 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. Aun cuando la generación de opciones de reforma se encuentra en un estado incipiente, se prevé que los cambios —de haberlos— apuntarán a un sistema en que se mejore el nivel de beneficios de salud de los actuales beneficiarios del sistema público. Cómo se financiará un mayor nivel de beneficios es una pregunta abierta, como también si se buscará volver 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 el ingreso. Lo primero es propio de todo sistema de seguro, y ocurre 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 solo prevalece en el FONASA. La posibilidad política del país de retornar a dicho sistema es, al menos, dudosa.

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 solo 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 militar de Pinochet, han contado con un apoyo político mayoritario en el país desde el retorno de la democracia en Chile, en 1990. Sin embargo, hay sectores que han

cuestionado algunos aspectos de las políticas económicas y sociales en vigencia. Han criticado, por ejemplo, el sistema de las administradoras de fondos de pensiones, las políticas que rigen el mercado del trabajo, y el sistema de isapres. Empero, el impacto positivo sobre el ahorro interno que se vincula a las AFP, junto con el apoyo incondicional de que gozan entre la oposición al gobierno, hacen 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 estas se modifiquen son más altas. Finalmente, en lo relativo a las isapres, el debate sugiere que estas instituciones enfrentan las mayores posibilidades de verse sometidas a cambios significativos en las reglas de juego, como consecuencia de anunciados cambios estructurales en el sector de la salud en Chile.

En efecto, como se indicó anteriormente, el actual gobierno del presidente 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 eventuales 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. La perspectiva 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 hayan dejado de crecer, aunque se presume que la incertidumbre política es solo 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 consiguiente 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, percibida por ellas como riesgosa), y su mercado entre los sectores de menores ingresos.

Falta saber 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.

Cabe 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, con todo, 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 sin cambios estructurales en el sistema de salud, el mayor crecimiento de las isapres será lento en tanto que 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 en que las isapres logren establecer acuerdos 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.

9. PROBLEMAS DE INFORMACIÓN EN EL MERCADO DE LAS ISAPRES

Persisten importantes problemas de información en el mercado de las isapres. El primero 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. Otro problema se deriva de las asimetrías de información entre las isapres y sus proveedores médicos, lo cual limita la capacidad de control de estas sobre las acciones de aquellos. La excesiva provisión de operaciones cesáreas es una manifestación de esta dificultad. También se dan problemas de información entre los proveedores médicos y los beneficiarios de isapres. Existen diversos incentivos para que los primeros “sobrepromuevan” atención, teniendo los pacientes una precaria información para poder juzgar cuán apropiadas son tales prescripciones médicas. Por otro lado, los beneficiarios de isapres con frecuencia incurren en gastos excesivos de su bolsillo al escoger a proveedores médicos caros o mal cubiertos por sus isapres. Y por último, la selección adversa continúa siendo un problema en el mercado de las isapres, a pesar de las protecciones que

dispone la nueva ley para esas instituciones, al establecer un período de carencia de cinco años para las condiciones patológicas preexistentes.

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

La oferta de un número excesivo de planes de salud difíciles de comparar y la sobreprovisión de atenciones, son problemas que 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 *solución posible actualmente en debate en el ámbito público y académico*. El objetivo de esta propuesta sería establecer algunos productos homogéneos en el mercado, para hacer más transparente la información a los suscriptores y promover así mayores niveles de competencia entre las isapres.

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

10. INCENTIVOS PARA LA CONTENCIÓN DE COSTOS EN EL SISTEMA DE ISAPRES

Se presume que uno de los mayores problemas que enfrentan hoy las isapres —y el mercado de la salud en Chile— es el desorbitado aumento de los precios de los insumos y del volumen de las prestaciones médicas, causas ambas de una explosión en el gasto de salud. Este problema se

atribuye a múltiples factores, como el progreso tecnológico, el poder monopólico de algunos proveedores médicos, la falta de integración vertical de las isapres, y su modalidad de reembolso a los proveedores. Con respecto a esta última posible causa, valga 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.

Con todo, la información disponible 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 valores reales, el gasto medio por afiliado en los últimos años. Si bien no hay evidencia de que ello se haya hecho en desmedro de la calidad o cantidad de atención a los beneficiarios, está a la vista que las isapres han logrado reducir el número de intervenciones quirúrgicas por beneficiario. Este ahorro en 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 se correspondería 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 provocada por la forma de operar de las isapres. Pero existen razones para presumir que ello podría ser el caso. Estudiar la evolución de los precios de las prestaciones en el mercado de la salud es prioritario, como lo es también evaluar las relaciones contractuales entre las isapres y los 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 sociedades de seguro médico (HMO) americanas, no han adoptado esquemas de integración de las funciones de provisión y aseguramiento.

11. MOVILIDAD Y EFICIENCIA EN EL MERCADO DE LAS ISAPRES

La movilidad en el mercado de las isapres —que la nueva ley establece para los afiliados— es un arma de doble filo, que favorece la competencia entre las isapres pero que también promueve la ineficiencia del sistema. La nueva ley le atribuye un carácter permanente al contrato de salud en lo que respecta a 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 desafiliarse de la isapre luego de completado el primer año con ella. La movilidad que la ley le otorga al afiliado genera incentivos que hacen que la isapre enfrente una presión competitiva permanente, a contar del primer año, lo que la lleva a mantener o mejorar sus beneficios, o a disminuir sus precios, para así conservar a sus afiliados. Este es un efecto positivo de la nueva ley.

La facultad de cambiarse de isapres también tiene consecuencias negativas sobre la eficiencia, puesto que al encarar 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 puede responder al hecho de que el mercado de las isapres aún es inmaduro y está en evolución. Desde luego, la ley de isapres ha seguido evolucionando hasta hace poco tiempo. Es de esperar, por lo tanto, que al igual que 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, lleva también 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.

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 estas 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 encargó un estudio sobre la materia a la Universidad de Chile. Dicho estudio estuvo motivado por los siguientes hechos: 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 en isapres; y 4) al cumplir los 65 años, las isapres aumentan sustancialmente 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 las isapres. Bajo ciertos supuestos, tendrían problemas en permanecer en las isapres las personas jóvenes, con menores ingresos y menores niveles de educación. El estudio demostró que la posibilidad de permanencia en isapres de las personas de la tercera edad depende en parte de las altas rentabilidades históricas de las AFP, las cuales muy difícilmente se reproducirán en el futuro. Además, la proyección de un nivel de rentabilidad real anual promedio de un 5% o 6% de los fondos de las AFP en las próximas décadas, es cuestionable. Para terminar, el estudio se concentró en proyectar a través de las décadas venideras la posibilidad 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, pero inviable actualmente debido a limitaciones de las bases de datos disponibles,

pasaría por estudiar empíricamente qué está sucediendo con los 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 por concepto de afiliación y pagos médicos no reembolsables que superan el 30% de su ingreso?³⁹ ¿Cuántos se retiran del sistema de isapres, y retornan al FONASA, y cuáles son las principales causas de dicho cambio? La respuesta a estas preguntas, con datos reales de las isapres, permitirá arrojar luz sobre el debate.

En resumen, aclarar el papel 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. No obstante falta 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 públicos a la afiliación en isapres de personas de la tercera edad, y otras opciones, son hoy temas prioritarios.

13. NATURALEZA Y CONTINUIDAD DE LA COBERTURA PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

Un tema relevante 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 de isapres. Un estudio de la Pontificia Universidad Católica, también encargado por la Superintendencia de isapres, abordó este tema. 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 con baja cobertura financiera por parte de la isapre.

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

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 en el mercado de isapres a quienes experimentan problemas catastróficos. La solución propuesta sería una alternativa al actual sistema de exclusión de preexistencias médicas que contempla la ley.

14. *EL REASEGURO IMPLÍCITO DEL FONASA Y SUS CONSECUENCIAS SOBRE EL SISTEMA DE ISAPRES*

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 con 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 estas mejor cobertura y beneficios que el FONASA para las atenciones ambulatorias. La existencia del FONASA como seguro de último recurso quita gran parte del incentivo de las personas a contribuir con mayores recursos a las isapres para protegerse de eventos catastróficos y de los mayores gastos de la tercera edad. Las isapres, a su vez, tienen libertad para aumentar sus primas prácticamente sin restricciones.⁴⁰

La autoridad dispone de numerosos estudios y recomendaciones que le permitirían continuar perfeccionando el marco regulatorio del sistema de isapres. Sin embargo, su mayor desafío 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 en base a lógicas diferentes, y que por ello resultan en pérdidas de equidad y eficiencia.

40. Siempre y cuando el aumento sea para un plan de salud y todos sus beneficiarios, y no solo para un individuo.

BIBLIOGRAFÍA

- ADIMARK (1996), "Presentación del estudio 'Imagen de los sistemas de salud'", realizado para la Asociación de Isapres, A.G., Santiago de Chile.
- (1995), "Estudio ISAPRE", realizado para la Superintendencia de Isapres, Santiago de Chile.
- Araiz, Sonia y Germán Puentes (1992), "Algunos indicadores de la situación de salud", *Población, educación, vivienda, salud, empleo y pobreza*, Santiago de Chile, Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN).
- Asociación de Isapres, A.G. (1996), *Informe anual*, 1996, Santiago de Chile.
- (1995), *Informe anual*, 1994, Santiago de Chile.
- (1994), "Análisis de los subsidios que eventualmente afectan al sistema ISAPRE", Santiago de Chile.
- (1993), "Presentación de la memoria anual 1994 y resultados del sistema al primer semestre de 1993", Santiago de Chile.
- (1990), "Desarrollo del sistema de salud previsional en Chile", Santiago de Chile.
- Banco Mundial (1995), "Chile. The Adult Health Policy Change", Serie de estudios del Banco Mundial sobre países, Washington, D.C.
- (1993), *Invertir en salud. Informe sobre el desarrollo mundial*, 1993, Washington, D.C.
- Bitrán, R. (1996), "Public Hospitals in Chile: Prospects for Autonomy", Bitrán y Asociados, documento preparado para el Banco Mundial, Washington, D.C.
- Bitrán, R. y otros (1996), Estudio "Equidad en el financiamiento del seguro público de salud", vols. 1-3, documento preparado para el Ministerio de Salud Pública y el Fondo Nacional de Salud por el Programa de Gestión y Economía de Sistemas de Salud de la Escuela de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile (GESS), Bitrán y Asociados y Sistemas Integrales, Santiago de Chile.
- Caviedes, R. (s/f), "Desarrollo del sistema privado de salud, ISAPRE", *Administración en salud*, N° 17, Santiago de Chile.
- CEP (Centro de Estudios Públicos) (1995), "Estudio nacional de opinión pública", N° 1, tercera serie, Santiago de Chile, noviembre-diciembre de 1994.
- (1993), Estudio social y de opinión pública, N° 20, Santiago de Chile, julio.
- CIEDESS (Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social) (1992), "Atención por el sistema ISAPRE del adulto mayor que se acoge a jubilación", trabajo de investigación preparado para la Asociación Gremial de Isapres, Santiago de Chile, abril.

- Díaz, C. y otros (1995), "Cobertura catastrófica para los cotizantes del sistema ISAPRE", Santiago de Chile, Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile, diciembre.
- Fisher, R., A. Mizala y P. Romaguera (1995), "Proyecto 'Alternativas de Solución para el Financiamiento de la Salud en la Tercera Edad en el Sistema ISAPRE'", documento preparado para la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, Santiago de Chile, diciembre.
- Fisher, R. y P. Romaguera (1995), "Análisis del rol de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional", serie Documentos de trabajo, Santiago de Chile, Departamento de Ingeniería Industrial, Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas, Universidad de Chile.
- FONASA (Fondo Nacional de Salud) (1996), "Boletín estadístico FONASA 1994-1995", Santiago de Chile.
- (1995), "Boletín estadístico FONASA 1993-1994", Santiago de Chile.
- ILADES (Instituto Latinoamericano de Doctrinas y Estudios Sociales)/Georgetown University (1993), "Análisis costo efectividad de programas de atención primaria y estudio de esquemas de financiamiento", Santiago de Chile.
- INE/CELADE (Instituto Nacional de Estadísticas/Centro Latinoamericano de Demografía) (1995), Chile. Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad. Total país: 1950-2050 (LC/DEM/R.217), serie OI, N° 97, Santiago de Chile.
- Instituto Libertad y Desarrollo (1994), "¿Subsidio estatal a las ISAPRES?", N° 34, Santiago de Chile.
- 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, Santiago de Chile.
- MIDEPLAN (Ministerio de Planificación y Cooperación) (1996a), *Encuesta de caracterización socioeconómica nacional, CASEN 1994. Módulo salud*, Santiago de Chile, División de Planificación, Estudios e Inversión, Departamento de Planificación y Estudios Sociales.
- (1996b), *Encuesta de caracterización socioeconómica nacional, CASEN 1992. Módulo salud*, Santiago de Chile, División de Planificación, Estudios e Inversión, Departamento de Planificación y Estudios Sociales.
- (1992), *Población, educación, vivienda, salud, empleo y pobreza CASEN 1990*, Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud Pública (1995), "Situación de la salud en Chile 1994", Santiago de Chile.
- (1994), "Balance del sector público de salud 1993", Santiago de Chile.
- Musgrove, P. (1996), "Measurements of equity in health", *World Health Statistics Quarterly*, N° 29.

- Phelps, C. (1992), *Health Economics*, Nueva York, Harper Collins Publishers Inc.
- Sánchez, H. e Y. Cerón (s/f), "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, Santiago de Chile, Ministerio de Salud Pública.
- Solimano, G., A. Tellez y M. Vergara (1993), *Propuestas para el rediseño del sistema de salud: cuatro temas básicos*, Santiago de Chile, Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS).
- Superintendencia de instituciones de salud previsual (1996a), "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1995", Santiago de Chile.
- (1996b), "Serie estadística sistema ISAPRE, 1981-1995", Santiago de Chile.
- (1996c), "Texto actualizado de la Ley N° 18.933", Santiago de Chile.
- (1995a), "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1994", Santiago de Chile.
- (1995b), "Serie estadística sistema ISAPRE, 1981-1994", Santiago de Chile.
- (1995c), "Comportamiento de las licencias por enfermedad común o curativa en sistema de ISAPRE abiertas", Serie de estudios técnicos, Departamento de Estudios, Santiago de Chile.
- (1995d), "Desarrollo del sistema ISAPRE, 1990-1994", Santiago de Chile.
- (1995e), "Sistema de salud previsual en Chile", Santiago de Chile.
- (1995f), "Sistema previsual de salud chileno. Comparación FONASA-ISAPRE", Santiago de Chile.
- (1994a), "Boletín estadístico trimestral del sistema ISAPRE. Año 1993", Santiago de Chile.
- (1994b), "Fortalezas y debilidades del sistema ISAPRE", Santiago de Chile.
- (1994c), "Evaluación de resultados sistema ISAPRE, año 1993", serie Informes de coyuntura, Santiago de Chile, Departamento de Estudios.
- (1994d), "Tratamiento del sistema ISAPRE para beneficiarios que padecen enfermedades catastróficas", P. Zambrano y G. Sanhueza, Departamento de Estudios, documento interno, Santiago de Chile.
- (1993a), "Boletín estadístico del sistema ISAPRE, año 1992", Santiago de Chile.
- (1993b), "El sistema de Instituciones de Salud Previsual. Evolución y comportamiento: 1990-1992", Santiago de Chile.
- (1992a), "Boletín estadístico del sistema ISAPRE, año 1991", Santiago de Chile.
- (1992b), "El sector privado en el sistema de salud chileno", Santiago de Chile.
- (1991), "Boletín estadístico del sistema ISAPRE, año 1990", Santiago de Chile.

- (s/f), "Series estadísticas sistema ISAPRE, 1981-1994", Santiago de Chile.
- Ramírez, R. (1992), "Prestaciones de salud", *Administración en salud*, N° 17.
- Revista Salud en Cifras (1991), "Estadísticas del sistema Isapres", *Administración en salud*, N° 15.