

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

54

**HACIA UNA MAYOR EQUIDAD EN LA SALUD:
EL CASO DE LAS ISAPRES**

Uri Wainer K.



NACIONES UNIDAS

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

SERIE FINANCIAMIENTO DEL DESARROLLO

**HACIA UNA MAYOR EQUIDAD EN LA SALUD:
EL CASO DE LAS ISAPRES**

Uri Wainer K.



NACIONES UNIDAS

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

Santiago de Chile, julio de 1997

LC/L.1036
Julio de 1997

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

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

ÍNDICE

RESUMEN ..	5
I. INTRODUCCIÓN	7
II. EL PROBLEMA DE LA EQUIDAD EN LA SALUD	11
III. EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD: DE LA SALUD PÚBLICA A UN SISTEMA MIXTO	15
1. La Salud Pública ..	15
2. El sistema mixto ..	17
a) Beneficios para la recuperación de la salud.....	20
b) Subsidios por incapacidad laboral temporal.	20
c) Beneficios de la medicina preventiva.	21
3. Los Subsidios Cruzados.....	26
IV. ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS Y TERCERA EDAD.....	29
1. Enfermedades Catastróficas.....	29
2. Tercera Edad	32
V. CONCLUSIONES	37
BIBLIOGRAFÍA	43

RESUMEN

La salud ha sido considerada tradicionalmente como bien público, básicamente debido a que produce externalidades, normalmente no incorporadas plenamente a los precios que estos bienes alcanzan en el mercado. En la mayoría de los países, ha existido una tradición de "Estado Benefactor", en términos que ha sido función del Estado proporcionar la salud en forma prácticamente gratuita a los usuarios.

El incremento de los costos de la salud, atribuido a diferentes causas, como por ejemplo, el desarrollo tecnológico, alzas en los precios cuando no hay algún tipo de restricción a la demanda, o de control de costos, ha llevado a que en la mayoría de los países el sector salud este en crisis, debido fundamentalmente a la incapacidad del Estado de financiar una provisión de servicios con implicancias financieras crecientes.

El presente trabajo analiza el problema de la equidad en el sistema de salud chileno en el contexto del subsistema de salud denominado Isapre. Se analizarán los problemas de equidad relacionados con las enfermedades catastróficas y la tercera edad, en términos si este subsistema, en pleno funcionamiento, presenta problemas y cuales podrían ser las posibles soluciones, dentro de la actual legislación, o bien, con el mínimo de modificaciones, a fin de hacer políticamente viable dichas soluciones.

El trabajo se inicia con una breve discusión del problema de la equidad en la salud, para luego examinar la evolución del sistema de salud chileno enfatizando el paso de un sistema de salud público a un sistema mixto. Finalmente, se discute las medidas que actualmente se están implementado dentro del subsistema Isapre para hacer frente a los problemas de enfermedades catastróficas y de tercera edad. En su última parte, el trabajo presenta una serie de conclusiones sobre la el problema de la equidad en el subsistema Isapre.

I.INTRODUCCIÓN

La salud ha sido considerada tradicionalmente como bien público, básicamente debido a que produce externalidades, normalmente no incorporadas plenamente a los precios que estos bienes alcanzan en el mercado. En este sentido, el problema se semeja a la educación, congestión vehicular, contaminación, etc., en las cuales el Estado no es ajeno a su solución, sino que por el contrario, le corresponde un importante rol, ya sea en la provisión de estos bienes o en su regulación, o bien, en una solución mixta, que en definitiva signifique salud pública, coexistiendo con un sistema de salud privada y, además, todo esto regulado por el Estado. La combinación exacta dependerá en cada país, tanto de aspectos culturales, como del nivel de desarrollo y distribución del ingreso.

En la mayoría de los países, ha existido una tradición de "Estado Benefactor", en términos que ha sido función del Estado proporcionar la salud en forma prácticamente gratuita a los usuarios. Por otra parte, éstos últimos tienen una percepción de su creciente deterioro en el tiempo. Igual situación se ha producido con las pensiones, motivo por el cual llevó a ambos sistemas a una crisis en numerosos países, incluyendo Chile.

El incremento de los costos de la salud, atribuido a diferentes causas, como por ejemplo, el desarrollo tecnológico, alzas en los precios cuando no hay algún tipo de restricción a la demanda, o de control de costos, ha llevado a que en la mayoría de los países el sector salud este en crisis, debido fundamentalmente a la incapacidad del Estado de financiar una provisión de servicios con implicancias financieras crecientes, ya sea por un aumento en los costos, así como del incremento de la esperanza media de vida de la población, producto precisamente de algunas mejoras en las condiciones de salubridad, las que han permitido prácticamente erradicar algunas enfermedades que en cierta forma podrían ser consideradas como epidemias, con el resultado de una alta tasa de mortalidad (cólera, tifus, tuberculosis, etc.). En igual categoría se podría señalar a las vacunaciones gratuitas masivas, en especial de niños, a fin de prevenir enfermedades infantiles (tos convulsiva, sarampión, etc.).

La crisis del "Estado Benefactor" en relación al sector salud, tanto en países desarrollados como en proceso de desarrollo, hace necesario replantear el problema, en términos realistas, eliminado todo signo ideológico que lleve a soluciones extremas, ya sea en el sentido que toda la provisión de servicios de salud deba ser pública, o bien, privada.

En este caso, por presentar estos bienes externalidades, las soluciones neoliberales o de planificación centralizada no responden a los requerimientos de la población, ni a la modernidad, cualquiera que sea su definición.

En el contexto anteriormente señalado, es necesario buscar una alianza inteligente entre la planificación y el sector privado, en la cual la “gran política de salud” sea diseñada por el Estado, pero permitiendo el máximo espacio posible a las fuerzas de mercado. No es fácil encontrar la respuesta que deje satisfechos a todos los sectores y en la actualidad, a nivel mundial, se están buscando y experimentando soluciones a este difícil problema, que permita compatibilizar el Estado con el mercado.

El presente trabajo no pretende dar una respuesta a todos los planteamientos anteriores, sino que se refiere a un aspecto parcial del problema, en especial, referido al caso chileno. Se trata de analizar el problema de la equidad en el contexto del subsistema de salud denominado ISAPRE. Se analizarán los problemas de equidad relacionados con las enfermedades catastróficas y la tercera edad, en términos si este subsistema, en pleno funcionamiento, presenta problemas y cuales podrían ser las posibles soluciones, dentro de la actual legislación, o bien, con el mínimo de modificaciones, a fin de hacer políticamente viable dichas soluciones.

El enfoque global de la política de salud implica liberar recursos de aquel sector de la población, que por su nivel de ingreso esté en condiciones de pagar por los servicios de salud que demanda, de modo de focalizar los recursos públicos en el otro sector, de menores ingresos. Es decir, en su concepción más amplia, el sistema de salud en Chile es equitativo.

Sin embargo, hay en la actualidad un amplio debate, ya que el subsistema ISAPRE que atiende aproximadamente al 26% de la población, consume el 45% del gasto total en salud, lo que significa que este sector de la población, tiene un gasto per capita en salud muy superior a aquellos que se atienden con la cobertura pública.

Lo anterior no tiene nada de extraño, ya que en una economía social de mercado siempre habrá un sector de mayores ingresos, capaz de demandar más bienes que los sectores de ingresos más reducidos. Por lo tanto, el problema radica en el nivel del gasto público asignado al sector salud, ya que normalmente este monto será siempre inferior a las aspiraciones de la comunidad y el hecho de que un porcentaje de la población no requiere del gasto público para financiar su demanda, facilita la focalización en sectores de menores ingresos.

Finalmente, es necesario mencionar que la salud es un bien de características muy especiales, que lo diferencia de todo otro tipo de bienes, incluyendo aquellos que producen externalidades. Entre estas características relacionadas con este sector, vale la pena destacar las siguientes:

1. La mayoría de las personas no se preocupa de estudiar o analizar su mejor plan de salud en relación a sus condiciones particulares y capacidad financiera, especialmente cuando están sanas.
2. En países en proceso de desarrollo hay poca cultura por la medicina preventiva, no obstante de estar incorporada a los planes de salud.
3. El paciente generalmente no pregunta o cuestiona al médico que lo está atendiendo. Normalmente sigue sus instrucciones o consejos sin consultar por alternativas. Por ejemplo, someterse a una intervención quirúrgica en una clínica determinada, o bien, hacerse exámenes en un laboratorio específico, porque dichos establecimientos “son buenos”.

4. A los médicos se les asigna un status especial dentro de la sociedad, muy por encima de otros profesionales. En el extremo se podría afirmar que están por sobre el bien y el mal.

Esta característica cultural lleva al caso que, salvo en países desarrollados, prácticamente no hay juicios contra ellos por sus intervenciones profesionales erradas. Además, son un gremio solidario, siendo muy raras las críticas entre estos profesionales en relación a sus actuaciones.

II. EL PROBLEMA DE LA EQUIDAD EN LA SALUD

Seguramente uno de los temas más complejos de abordar en economía, es el problema de la equidad, por corresponder a un aspecto normativo, con claras derivaciones ideológicas.

En términos abstractos y globales es fácil llegar a acuerdos sobre equidad. Sin embargo, al concretarse el problema surgen las discrepancias y más aún en términos de políticas que se requiere aplicar para solucionarlos. Por ejemplo, en la actualidad existe en Chile un consenso respecto a que la actual distribución del ingreso no es buena. Sin embargo, este acuerdo se reduce al calificar si dicha distribución es mala o muy mala. El acuerdo es aún menor, en relación a las políticas que se debe implementar para mejorar dicha distribución, dependiendo en definitiva de la posición ideológica que respalda al ejecutor de tales políticas.

La equidad referida a la salud se puede abordar desde dos ángulos ideológicos diferentes. En un extremo se sitúa una posición que puede ser considerada como socialista y en otro extremo una neoliberal.

La posición socialista más extrema postula una perfecta igualdad en la disponibilidad y uso de recursos de salud, lo que implica que cada ciudadano tiene derecho a una determinada provisión máxima de servicios, independientemente de su nivel de ingreso. En este caso teórico, el oferente de los servicios lo constituye un conjunto de instituciones públicas y en casos especiales, se podría aceptar una combinación entre servicios públicos y privados, en la cual el beneficiario podría escoger prestadores.

En el otro extremo se sitúa la concepción neoliberal, la cual señala que las personas pueden disponer de todos aquellos servicios de salud que puedan sufragar. Es decir, la demanda por salud está directamente asociada al nivel de ingreso de las personas.

Desde un punto de vista democrático, la mayoría seguramente optaría por la primera alternativa, si los servicios fueran de la calidad y cantidad que la población considere adecuados y satisfactorios.

Sin embargo, en una aproximación realista, los recursos públicos que la comunidad decide y postula destinar democráticamente a la salud, deben competir con otros fines (educación, justicia, defensa, etc.), por lo que siempre la calidad y cantidad de estos bienes serán inferiores a las aspiraciones de la sociedad en este campo.

La segunda alternativa en su concepción moderna, es claramente poco democrática, ya que en la actualidad se le asigna al estado la provisión directa o indirecta de ciertos servicios básicos, independientemente del ingreso de los receptores. Tal es el caso de a lo menos, educación y salud.

En esta última concepción, los segmentos de la población en extrema pobreza estarían prácticamente impedidos de acceder a la salud. Por lo tanto, esta alternativa esta prácticamente descartada, ya que la salud no es un bien más dentro del mercado, sino que por las externalidades que produce, no siempre incorporadas a los precios, requiere normalmente de algún tipo de presencia o intervención del Estado.

En el caso de la salud, resulta natural que la solución socialmente deseable, sea una combinación de las dos alternativas extremas.

El Estado debe garantizar una provisión mínima de servicios de salud a la población, a la vez que permitir que las personas que puedan financiar servicios de salud sobre el mínimo garantizado, puedan hacerlo, en las cantidades que ellas estimen adecuadas.

En términos prácticos, la decisión respecto al nivel mínimo de servicios de salud que debe proveer el Estado, es una decisión eminentemente política, que la comunidad debe alcanzar en función de su cultura y grado y nivel de desarrollo.

De esta manera, la provisión mínima de servicios de salud, por razones obvias, es superior, por ejemplo, en Suecia que en Chile, y a su vez, en nuestro país esta provisión es superior a la de Sudán.

Al respecto es necesario hacer dos acotaciones. La provisión de servicios de salud mínimos no necesariamente deben ser prestados por instituciones públicas. Al tratarse de subsidios que se otorgan, perfectamente puede darse a las personas o usuarios la opción de usarlos para elegir el mejor servicio que ellas consideren conveniente, ya sea este público o privado.

La segunda acotación se refiere al caso de las personas cuyo nivel de ingreso les permite financiar servicios de salud de mayor cobertura que la mínima. En este caso, pueden plantearse dos alternativas. La primera es que el Estado subsidie por igual a toda la población, o bien, que a estas personas se las margine total o parcialmente del financiamiento público, permitiendo de esta manera una mejor focalización del gasto público en salud, en aquellos sectores de menores ingresos, tesis mayoritariamente aceptada y promovida fundamentalmente por el Banco Mundial.

Estando las personas obligadas por ley a cotizar un porcentaje de su sueldo imponible para destinarlos a financiar servicios de salud, los siniestros en esta área (enfermedades) no se distribuyen uniformemente entre la población que esta obligada a cotizar. Es decir, cada cotizante demanda en un cierto período de tiempo cantidades diferentes de este bien (salud).

Por lo tanto, la equidad puede ser considerada desde dos puntos de vista:

1. Distributiva del ingreso, ya que si bien todos cotizan igual porcentaje del ingreso, las personas de mayor remuneración contribuyen con un monto mayor, ayudando a financiar a los cotizantes de menor renta imponible, por cuanto todos los afiliados pueden acceder a los mismos servicios o beneficios.
2. Distributiva entre grupos etarios de la población. Si el monto absoluto de la cotización fuese igual para cada miembro de una comunidad, es posible identificar dos aspectos de la equidad.
 - a. Equidad horizontal. Se produce dentro de un rango de edad de la población. Los cotizantes sanos o que demandan menos salud ayudan o subvencionan a aquellos que demandan más servicios de salud. Por ejemplo, que sufren enfermedades catastróficas o prestaciones de mayor valor.

- b. Equidad vertical o generacional. Esta situación se produce al comparar la población por grupos de edad. Al constituir el grupo de mayor edad (tercera edad), un segmento de la población sujeto a mayores demandas por servicios de salud, que grupos de menor edad, los segmentos de la población más joven pueden subsidiar a los de mayor edad.

Estas dos aproximaciones a la equidad se producen simultáneamente en la salud pública e ISAPRES cerradas, que son fundamentalmente solidarias, mientras que la equidad distributiva entre grupos etarios se acerca al caso de las ISAPRES abiertas, en las cuales todos aquellos que cotizan por un mismo monto, participan en un mismo plan. Por este motivo, dentro de este esquema se requiere analizar la equidad horizontal y vertical, verificar en que grado se produce y qué medidas se podrían tomar para incrementarla, en situaciones límites.

Al examinar el problema de la equidad en la salud referido al subsistema ISAPRE, se tiene que por definición y por la legislación existente, esta institución es inequitativa en términos de equidad distributiva de ingreso, ya que la cobertura de servicios es directamente proporcional al monto de la cotización, lo que no guarda relación directa con las necesidades de las personas. Por otra parte, este subsistema, por lo menos en esta etapa, atiende fundamentalmente a sectores de mayores ingresos, lo que reduce notablemente el problema de la equidad distributiva del ingreso.

Por lo tanto, se puede dar el caso de personas que, pudiendo financiar planes normales en las ISAPRES, presenten alguna situación extrema o no común, que no sea cubierta por estos planes en ISAPRES abiertas, o bien, personas que con el incremento natural de la edad, se le incrementa la cotización más allá de sus posibilidades financieras. Las situaciones extremas, que han originado preocupación pública, se refieren a las enfermedades catastróficas y a la tercera edad, a la vez que le crean una mala imagen pública a estas instituciones, como lo muestran algunas encuestas.

III. EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD: DE LA SALUD PÚBLICA A UN SISTEMA MIXTO

1. La Salud Pública

Hasta fines de la década de los 70 la salud en Chile era fundamentalmente pública, en la cual el financiamiento y los servicios eran administrados por el Ministerio de Salud, básicamente mediante una infraestructura médica hospitalaria y ambulatoria, que cubría cerca del 90% de las camas disponibles, con sus respectivas prestaciones médicas. Asimismo, aproximadamente 3 de cada 4 atenciones médicas ambulatorias eran efectuadas a través de la infraestructura del Estado.

Por lo tanto, el sector privado estaba circunscrito a otorgar servicios a aquellas personas no adscritas a ningún régimen previsional y que tenían la capacidad económica para financiar totalmente tales prestaciones médicas y al sistema de Libre Elección del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), siendo esta última la única opción de libre elección del sistema de salud pública.

La readecuación del sistema de salud a los lineamientos de política económica del gobierno militar establecido en 1973 fue relativamente lenta.

En 1975 se definen las funciones del Ministerio de Salud, con el fin de racionalizarlo. Sin embargo, el Servicio Nacional de Salud, como organismo ejecutor de la salud pública, no se ve afectado.

El Decreto Ley N° 2575 (D.O. 15.05.79) hace extensivas algunas prestaciones de salud (ley N° 16.781) a los beneficiarios del Servicio Nacional de Salud, como forma de generalizar el principio de libre elección.

Mediante la dictación del Decreto Ley N° 2763 (D.O. 03.08.79) se sancionó la reestructuración del Ministerio de Salud.

Las principales modificaciones fueron:

- El Ministerio quedó a cargo de la fijación de normas, formulación de planes y programas generales del Sistema Nacional de Servicios de Salud y la supervisión, control y evaluación del cumplimiento de planes y políticas.
- La función ejecutora o proveedora de salud queda en manos de los Servicios de Salud, para lo cual se crean 27 unidades distribuidas en todas las regiones, funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio, dependientes del Ministerio de Salud. Para 1995 contaban con aproximadamente 66.000 funcionarios.

Como ejecutores de servicios de salud, son los continuadores del Servicio Nacional de Salud y el Servicio Médico Nacional de Empleados y son los responsables en ejecutar las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de los enfermos.

El financiamiento de los servicios de salud se originaba fundamentalmente en los aportes del Fondo Nacional de Salud y las tarifas por los servicios prestados.

Por otra parte, estos servicios estaban facultados para celebrar contratos, previo visto bueno del Ministerio de Salud, con instituciones privadas que tomaran a su cargo algunas acciones de salud, las cuales serían pagadas con fondos presupuestarios.

La función financiera de la salud quedó radicada en el Fondo Nacional de Salud, (FONASA), organismo descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, cuyo financiamiento proviene fundamentalmente de aportes de la ley de presupuesto y recursos resultantes de la cotización previsional obligatoria del 7%.

El objetivo de esta institución fue la de financiar total o parcialmente las prestaciones de salud, a través del sistema o entidades que no son del sistema, mediante mecanismos que permitan ejercer la libertad de elegir por parte del usuario.

Además, FONASA financia las acciones de salud y las inversiones del Sistema y colabora con el Ministerio de Salud en la compatibilización y consolidación de los presupuestos de los servicios de salud y otros organismos dependientes del Ministerio, con el presupuesto global de salud. Además, esta reestructuración creó las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, lo que permitió mejorar notablemente la descentralización en este sector y el Instituto de Salud Pública (ISP) y la Central de Abastecimiento. (CENABAST).

No obstante la reestructuración del Ministerio, en este periodo se coexistió con un sistema previsional sin modificaciones, en el cual el imponente de las cajas de previsión se relacionaba con los Servicios de Salud, a través de éstas cajas.

Por otra parte, hay algunas instituciones y empresas del Estado que no forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud, aunque cuentan con financiamiento estatal, pero tienen autonomía administrativa y de gestión, como por ejemplo, la Penitenciaría, las Fuerzas Armadas y de Orden, la Empresa Nacional del Petróleo y la Universidad de Chile.

El Fondo Nacional de Salud concentró los fondos de la salud, tanto los originados por los beneficiarios como el aporte fiscal. A su vez, estos recursos se canalizaron principalmente a los Servicios de Salud (organismos ejecutores estatales) y en mucho menos grado al sector privado, mediante la venta de bonos y programas de atención médica. Asimismo, se permitió firmar convenios entre los servicios de salud y establecimientos privados que actuaban como ejecutores de acciones específicas que se le encomendaban.

Sin embargo, a pesar de la dictación de los Decretos Leyes N° 3500 (D.O. 12.11.80) y 3501 (D.O. 18.11.80) de la reforma previsional, que modificó completamente el sistema previsional, permitiendo cuentas individuales, administradas por instituciones privadas especialmente creadas para dicha finalidad, las cotizaciones destinadas a la salud deberían ser enteradas en el Fondo Nacional de Salud, en una primera etapa.

Posteriormente, mediante la dictación del Decreto Ley N° 3626 (D.O. 21.02.81), se permitió a los trabajadores aportar la cotización de salud a instituciones, diferentes a las públicas, a fin de que les otorguen las prestaciones y beneficios de salud. Dichas instituciones deberían estar registradas en el Fondo Nacional de Salud.

La reglamentación del Decreto Ley N° 3626, se realiza mediante la dictación del Decreto con Fuerza de Ley N° 3 del Ministerio de Salud (D.O. 19.05.81), que fijó normas para el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud, por parte de las denominadas Instituciones de la Salud Previsional (ISAPRE).

Estas instituciones eran fiscalizadas por el Fondo Nacional de Salud y no podían celebrar convenios con los Servicios de Salud.

Las ISAPRES, de acuerdo a la ley, sustituían las prestaciones y beneficios proporcionadas por los Servicios de Salud y el Fondo Nacional de Salud.

Los trabajadores que optaron por este sistema, hacían directamente su aporte o cotización a alguna ISAPRE.

De esta manera, con el Decreto con Fuerza de Ley N°3, nacía la salud privada en Chile como alternativa a la salud pública, por parte de quienes estaban obligadas a cotizar por ley este servicio, ampliando el concepto de libre elección. Es decir, las ISAPRES son consideradas como una parte integrante del sistema legal obligatorio de la salud.

La obligatoriedad de la cotización se basa con el supuesto que no todas las personas son previsoras, aún respecto a su salud y la de su grupo familiar y el Estado obliga a todas las personas a efectuar provisiones para cubrir riesgos (básicamente salud y vejez), que de otra manera deberían ser financiados por toda la comunidad.

2. El sistema mixto

El desarrollo en las ISAPRES desde su creación, ha sido creciente en el tiempo, ya que se trataba de una experiencia nueva en el país, lo cual significó constantes modificaciones que permitían solucionar algunos problemas, a la vez que perfilar más nítidamente otros, que aparentemente no tenían solución dentro del esquema, ya que el cambio de un sistema público a uno privado, además implicó el cambio de un sistema de salud solidario a uno individual.

En el caso del sistema previsional, el cambio ha sido menos conflictivo, ya que el Estado, en su rol subsidiario, garantiza pensiones mínimas al momento de jubilar.

En el caso de la salud, la percepción de los cambios y sus implicancias ha sido más compleja y el rol subsidiario del Estado, más difícil de definir, ya que hay problemas que se pueden presentar aún antes de los de la edad de jubilar (65 años).

La primera etapa de las ISAPRES, se puede decir que culminó con la promulgación de la Ley N°18.933 (D.O. 09.03.90), la que derogó el Decreto con Fuerza de Ley N°3 (D.O. 19.05.81) del Ministerio de Salud, introduciendo importantes modificaciones, tanto al control de las ISAPRES, así como a los contratos entre estas instituciones y los usuarios o cotizantes.

No obstante las modificaciones ocurridas entre 1981 y 1990, la más importante ocurrió con la dictación de la Ley N° 18.469 (D.O. 23.11.85) sobre prestaciones médicas, que se aplicó a partir del 01.01.86. En este cuerpo legal se estableció un sistema único de cotizaciones obligatorias de salud y un mecanismo redistributivo para prestaciones otorgadas a través del sistema público. Esto permitió integrar armónicamente a las ISAPRES, al sistema de salud.

El número de ISAPRES con registros vigentes entre fines de 1981 y fines de 1990 se incrementó de 8 a 35, pasando los cotizantes de aproximadamente 26.000 a casi 900.000 para dichos años y los beneficiarios del sistema de 62.000 a 2.100.000.

Si bien la legislación en la primera etapa no diferenció estas instituciones, en la práctica y desde el comienzo, se crearon dos tipos de ISAPRES.

Las primeras, denominadas ISAPRES abiertas, están orientadas a cualquier empresa o cotizante que tenga interés en afiliarse a alguna de ellas. En cambio, las segundas se denominaron cerradas, y normalmente están ligadas por propiedad y finalidad a una empresa o grupo de empresas y tienen como único mercado a los

cotizantes de esta (s) empresa (s). Normalmente los beneficios otorgados se financian con la cotización legal (7% de la renta imponible) y con aportes directos del empleador. Usualmente se ofrece un sólo plan al cotizante, independientemente del monto de la prima legal. Es decir, estas instituciones pueden ser consideradas solidarias, no presentado, desde un punto de vista teórico, problemas de equidad.

Cotizantes del Subsistema ISAPRES
(a diciembre de cada año)

ISAPRE	1981	1982	1984	1986	1988	1990
Abiertas	26.415	57.745	110.513	295.760	515.737	798.687
Cerradas	-	9.095	21.047	40.656	51.901	64.575
Total	26.415	66.480	131.560	336.325	567.638	863.262

Fuente: Superintendencia de ISAPRE

Beneficiarios Vigentes del Subsistema ISAPRES
(a diciembre de cada año)

ISAPRE	1981	1982	1984	1986	1988	1990
Abiertas	61.659	125.986	279.364	776.652	1.279.378	1.900.255
Cerradas	-	38.321	85.896	144.642	170.797	208.053
Total	61.659	164.307	365.260	921.294	1.450.175	2.108.308

Fuente: Superintendencia de ISAPRE

En especial, se destaca el crecimiento de las ISAPRES abiertas en relación a las cerradas, ya que, por ejemplo, entre 1984 y 1990 el número de beneficiarios de las primeras crecieron casi seis veces, mientras que para el caso de las cerradas fue de sólo poco más del doble.

Por otra parte, de acuerdo a la información disponible, en este período se produjo una disminución constante en la renta imponible real mensual de los cotizantes en ISAPRES abiertas. Para el periodo 1984-1990 dicha renta se redujo en un 28%, mientras que en el caso de las cerradas, la renta media prácticamente se ha mantenido constante. Esta continua disminución de la renta media imponible, permitió en gran medida el incremento en el número de cotizantes.

**Renta imponible mensual por cotizante
(en pesos de diciembre de 1995)**

ISAPRE	1984	1986	1988	1990
Abiertas	391.417	302.369	282.783	279.559
Cerradas	437.965	444.709	403.254	445.340
Total	400.096	322.226	294.271	292.944

Fuente: Superintendencia de ISAPRE

Desde un punto de vista geográfico, la Región Metropolitana significó aproximadamente el 60%, tanto del número de cotizantes como en el monto de las cotizaciones.

En el primer período las ISAPRES cumplieron fundamentalmente un rol financiero, ya que se organizan con sistemas basados principalmente en reembolsos de gastos médicos.

Esta situación se debe a que la legislación permite que las ISAPRES otorguen las prestaciones de salud en forma directa, si es que cuentan con la infraestructura respectiva, o bien, que concurren con su financiamiento.

La demanda de los beneficiarios sobre la infraestructura médica ambulatoria y hospitalaria llevó a una mayor ocupación de la capacidad instalada, para pasar posteriormente a desarrollar proyectos de inversión. A modo de ejemplo, se puede mencionar que el número de camas privadas pasó de 3.500 en 1981 a 11.600 en la actualidad.

Cabe destacar que en este periodo, la cotización obligatoria para la salud se incrementó del 4% de renta imponible a un 7%. Sin embargo, se trata de porcentajes mínimos, pudiendo el trabajador cotizar un porcentaje superior, a fin de optar a un plan de salud que le otorgue mayores beneficios.

Las sucesivas modificaciones en la tasa de cotización se debió al reconocimiento, por parte de la autoridad, que la cotización inicial era claramente insuficiente para el financiamiento del costo de los beneficios.

Adicionalmente, se incrementó la cotización de salud a los jubilados, también a un 7%, para estimular que al menos parte de este sector poblacional, permanezca en alguna ISAPRE.

En el primer período de funcionamiento del nuevo sistema de salud, la principal característica de los contratos entre la ISAPRE y el trabajador era su duración mínima, de un año calendario, no pudiendo la ISAPRE desahuciarlo dentro de este período. En cambio, el trabajador tenía la facultad de cambiarse de institución con una periodicidad que no podía ser inferior a un mes.

Estas características le dieron el sistema una gran inestabilidad. Las ISAPRES podían en forma discrecional no renovar los contratos de salud a cotizantes que por el aumento de la edad constituían cada año un riesgo mayor y a aquellas personas que habían sufrido enfermedades catastróficas ("caras" en términos de la relación costo/cotización pactada para la ISAPRE, cuando era mayor que 1)

En esta etapa, dadas las características de los contratos (en especial en el caso de las ISAPRES abiertas) estas instituciones de salud, aparentemente en lugar de utilizar el concepto teórico de "seguro", se tendió a utilizar el concepto de cuenta corriente individual, de manera muy semejante a las AFP. Es decir, aquel cotizante que en un

período de tiempo (1 año) originaba un monto negativo era un "mal cliente" para la ISAPRE y esta última podía proceder a no renovar el contrato a su vencimiento.

Adicionalmente, los cotizantes se cambiaban frecuentemente de ISAPRE, seguramente atraídos por "mejores ofertas" de la competencia, dada la escasa cultura en materia de seguros, a todos los niveles en el país.

La situación de inestabilidad se tradujo a lo menos en dos hechos. En primer lugar las ISAPRES no tenían ningún tipo de incentivos para "invertir" en salud o medicina preventiva, dada la rotación de afiliados. Para la primera etapa de las ISAPRES, se estimó que estas instituciones renovaban el total de sus afiliados en un periodo que oscilaba entre los 2,5 y 5 años.¹

Adicionalmente, la discrecionalidad de las ISAPRES para no renovar contratos de los trabajadores con problemas, creó una desconfianza de los usuarios en relación al sistema, en términos que discriminaba en contra de los enfermos y los viejos y en especial, contra los viejos enfermos.

Como resultado de todo lo anterior, las ISAPRES tendieron a privilegiar la medicina ambulatoria, en términos de otorgar mejores beneficios a los cotizantes, en lugar de privilegiar la cobertura de gastos de hospitalización.

Los malos clientes eran marginados de las ISAPRES y los buenos clientes, normalmente personas jóvenes, eran disputados por estas empresas, ofreciéndoles el máximo de beneficios en aquellos servicios que este segmento era más propenso a demandar, que era precisamente la medicina ambulatoria.

En cuanto a los beneficios otorgados por las ISAPRES, se pueden establecer tres categorías:

a) *Beneficios para la recuperación de la salud*

Se estableció la más absoluta libertad en los contratos para fijar el nivel de beneficios sin determinar un mínimo en cuanto a tipo y número de prestaciones a cubrir y el financiamiento a otorgar.

Con el objeto de evitar posibles excesos por parte de los usuarios, las ISAPRES determinaron algunas exclusiones (cirugía estética, psicólogos, etc.) y periodos de carencia (periodos de tiempo en que algunas prestaciones como ser partos, algunos tipos de cirugía, etc. no son cubiertos por la ISAPRE, o bien, lo son con beneficios inferiores a los contratos).

b) *Subsidios por incapacidad laboral temporal*

Se estableció claramente que las ISAPRES debían financiar los costos que demandan los subsidios por incapacidad laboral temporal, en un 100% de la renta imponible, durante la ausencia laboral por enfermedad. Por este concepto el gasto pasó de 23% a del costo total de explotación en 1984, a un 21% en 1990. Es decir, este beneficio representa una proporción importante del costo de los beneficios, no obstante su disminución porcentual.

Adicionalmente, en este período el subsidio maternal (pre y post natal). pasó a ser financiado con recursos del sector salud.

¹ Sánchez R., Héctor "Análisis del Subsistema ISAPRES, Documento de Trabajo N°18/88, CPU, Octubre 1988.

Esta medida eliminó en forma importante la barrera al ingreso a las ISAPRES, de las mujeres en edad fértil, a la vez que disminuyó el costo del subsidio por este concepto.

Esta medida, de toda justicia, permitió eliminar la discriminación del sistema en contra de las mujeres, a la vez que reconocer, que al menos parte del costo de maternidad debe ser asumido y financiado por toda la comunidad.

c) Beneficios de la medicina preventiva

La Ley N° 18.469 (D.O. 23.11.85) introdujo importantes cambios en esta área. La obligatoriedad a las ISAPRES de ofrecer exámenes de control de embarazo, a las mujeres afiliadas y el control del niño sano hasta los 6 años. Adicionalmente, si algún afiliado presentaba alguna enfermedad acogida a la medicina preventiva, esta debería ser cubierta por la ISAPRE.

Por otra parte, todos los beneficios contratados por el cotizante se hacen extensivos a las cargas legales y a aquellas que reconozcan las ISAPRES.

Como se señaló anteriormente, en la primera etapa el organismo fiscalizador de las ISAPRES era el Fondo Nacional de Salud, quién disponía como garantía del cumplimiento de los compromisos de las ISAPRES, el depósito de un mes de cotizaciones que cada una de estas instituciones debería mantener en el sistema financiero a nombre de FONASA, con el objeto de cubrir los compromisos contractuales de las ISAPRES, que estas no pueden o consideran que no deben cubrir.

La segunda etapa o período de las ISAPRES se puede considerar que comienza con la dictación de la Ley N°18.933 (D.O. 09.03.90), la cual deroga el DFL N°3 del Ministerio de Salud (D.O. 19.05.81) y sus posteriores modificaciones y complementaciones, destacándose en especial la Ley N°19.831 (D.O. 17.05.95).

Mediante la legislación anteriormente señalada se trató de corregir algunos de los principales problemas detectados a lo largo del primer decenio de funcionamiento de las ISAPRES, así como recoger algunas inquietudes planteadas por los propios usuarios.

En esencia, la nueva legislación creó la Superintendencia de Instituciones de Salud, organismo con personalidad jurídica y patrimonio propio, como la institución encargada de la supervigilancia y control de las ISAPRES, debido a la necesidad de contar con un organismo especializado y específico en lugar del Fondo Nacional de Salud. La Superintendencia verifica el cumplimiento de las obligaciones legales y de los contratos de salud imponen a las ISAPRES.

El número de ISAPRES con registros vigentes entre 1990 y 1995, se redujo de 35 instituciones a 34, como resultado del incremento de las ISAPRES abiertas de 20 a 21, y la disminución de las cerradas de 15 a 13.

Sin embargo, el número de cotizantes del subsistema ISAPRE, así como de los beneficiarios, casi se duplicó en este período.

**Cotizantes del Subsistema ISAPRE
(a diciembre de cada año)**

ISAPRE	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Abiertas	798.687	1.004.611	1.197	1.409.301	1.529.892	1.587.089
Cerradas	64.575	66.202	66.313	65.410	62.859	62.163
Total	863.762	1.070.813	1.264.148	1.474.711	1.592.751	1.649.225

Fuente: Superintendencia de ISAPRE

Beneficiarios del Subsistema ISAPRE
(a diciembre de cada año)

ISAPRE	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Abiertas	1.900.255	2.352.804	2.794.218	3.229.572	3.479.350	3.578.797
Cerradas	208.053	213.340	205.845	201.971	190.524	184.852
Total	2.108.308	2.566.144	3.000.063	3.431.543	3.669.874	3.763.649

Fuente: Superintendencia de ISAPRE

Por otra parte, vale la pena señalar que las ISAPRES cerradas muestran claramente una declinación, tanto en el número de cotizantes, como en el de beneficiarios. Una línea interesante de investigación sería analizar las causas de esta tendencia, ya que en este tipo de instituciones, generalmente sin fines de lucro, se da con mayor fuerza la equidad distributiva del ingreso. Una posible explicación es que la equidad distributiva del ingreso no se da en forma voluntaria, sino compulsiva, lo que ha llevado a marginar a las personas de menores recursos en este tipo de instituciones, ya que la renta imponible mensual de los cotizantes muestra un constante incremento.²

La renta imponible promedio mensual continuó mostrando una disminución para las ISAPRES abiertas, salvo el último año, ya que en el caso de las cerradas, se da la situación inversa.

Renta imponible mensual por cotizante
(en pesos de diciembre de 1995)

ISAPRE	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Abiertas	279.559	267.497	261.564	254.772	249.975	269.268
Cerradas	445.340	454.488	466.496	473.193	471.529	481.362
Total	292.944	280.183	273.232	265.237	259.165	277.334

Fuente: Superintendencia de ISAPRE

No obstante la reducción de la renta imponible mensual por cotizante, la información disponible por tramo de renta muestra una significativa tendencia, en términos que hay una clara reducción en el número de cotizantes en rentas más bajas, mientras que los cotizantes de rentas más altas muestran un importante incremento.

² Un argumento semejante, aplicado para los sistemas de reparto se encuentra en página 17 del Informe Anual 1966 de la Asociación de ISAPRES AG.

**Cotizantes dependientes del Subsistema ISAPRE Abiertas
por tramo de Renta Imponible Mensual
(a diciembre de cada año)**

Renta 1/	1993	1994	1995
Hasta 150	448.301	399.741	317.026
Más de 150	872.477	1.032.084	1.182.648
Total	1.320.778	1.431.825	1.499.674

Fuente: Elaborado en base a información de la Superintendencia de ISAPRES.

1/ Los tramos de renta están expresados en miles de pesos nominales de diciembre de cada año.

Las cifras anteriores permiten inferir que el subsistema ISAPRE con sus actuales características, presenta una solución fundamentalmente a los problemas de la salud de sectores de ingresos medios y altos.

Adicionalmente, al comparar por tramo de renta los trabajadores que cotizan en ISAPRES con los afiliados a AFP, se puede deducir que en las actuales condiciones la tasa de expansión de las ISAPRES tiende a moderarse y a acercarse a una tasa de crecimiento vegetativo de la población más la del incremento del ingreso real de las personas.

Trabajadores que cotizan en ISAPRE y AFP en 1994

Renta en miles de pesos	Afiliados AFP	Afiliados ISAPRE	Afiliados AFP que no cotizan en ISAPRE	% AFP que no está afiliado a ISAPRE
Menos de 150	1.526.997	405.111	1.121.886	73%
de 150 a 200	265.964	188.456	77.508	29%
de 200 a 250	162.502	134.844	27.658	17%
de 250 a 300	1107.377	96.913	10.646	10%
de 300 a 350	73.690	71.522	2.168	3%
más de 350	299.736	589.323	---	---
Total	2.436.266	1.486.169	1.239.684	51%

Fuente: Elaborado en base a información publicada en Informe Anual 1994 de la Asociación de ISAPRES AG.

En este período, la Región Metropolitana continuó representando el 60% total tanto en el número de cotizantes como en el monto de las cotizaciones.

Otra característica de esta segunda etapa es que continuó el descenso de costo de los subsidios por incapacidad laboral en relación al costo total de explotación de un 21% en 1990 a un 19% en 1995.

Sin embargo, las principales modificaciones en este segundo período se refieren a los contratos de salud previsional, y están contenidos en la Ley N° 19.381.

En esencia, los contratos de salud es la forma jurídica que adopta y regula la relación entre el cotizante y la ISAPRE.³

Las modificaciones pretendieron solucionar las principales críticas a los contratos que se generaron en el período anterior. De esta manera, se estableció que los

³ Párrafos 3° y 4° del Título II de la Ley N° 18.933

contratos eran de duración indefinida, sólo pudiendo la ISAPRE ponerle término por mutuo acuerdo entre las partes o por incumplimiento de las obligaciones contractuales del afiliado.

Por otra parte, el cotizante puede una vez transcurrido un año de vigencia de los beneficios contractuales, desahuciar el contrato en cualquier momento. Además, se contempla la posibilidad de pactar contratos de salud por un plazo fijo, durante el cual el afiliado no puede ponerle término.

En relación a las ISAPRES, éstas quedaban facultadas para que en el mes de suscripción del contrato de salud, pudieran revisar dicho contrato, adecuando sus precios, prestaciones convenidas y la naturaleza y monto de los beneficios, a condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan, excepto en lo que se refiere a las condiciones particulares pactadas con cada uno de ellos al momento de su incorporación.

Las revisiones no pueden tener en consideración el estado de salud del afiliado y beneficiarios. Estas condiciones generales deben ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes del respectivo plan.

En caso que el cotizante no acepte las nuevas condiciones la ISAPRE deberá ofrecerle otros planes de salud alternativos, en condiciones equivalentes, pudiendo el afiliado aceptar alguno de ellos o desafiliarse.

Si el afiliado estimare que los planes ofrecidos no reúnen las condiciones de equivalencia, podrá recurrir ante la Superintendencia de ISAPRES, la que resolverá como arbitro arbitrador.

No obstante la libertad de las ISAPRES para adecuar el precio y su obligación de no discriminar, el nuevo valor que se cobre al momento de la renovación, deberá mantener la relación de precios por sexo y edad que hubiere sido establecida en el contrato original, usando como base de cálculo la edad del beneficiario a esa época, con la lista de precios vigentes en la ISAPRE para el plan en que actualmente se encuentre.

La nueva legislación indica que en los contratos de salud las partes podrán convenir libremente el otorgamiento, forma, modalidad y condiciones de las prestaciones y beneficios de salud, debiendo estipular a lo menos los siguientes elementos:

1. Prestaciones y beneficios pactados incluyendo porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán.
2. Forma en que se modificarán las cotizaciones y aportes, prestaciones y beneficios por incorporación o retiro de beneficiarios legales del grupo familiar.
3. Mecanismo para el otorgamiento de prestaciones mínimas a que está obligada la ISAPRE para los beneficiarios.
4. Precio del plan y unidad en que se pactará, indicándose que el precio sólo podrá ser modificado una vez cumplidos los respectivos períodos anuales. Asimismo, deberá indicarse el arancel o catálogo valorizado de prestaciones, con sus topes, el que debe incorporar, a lo menos, las prestaciones contenidas en el arancel FONASA.
5. Montos máximos de los beneficios para cada beneficiario, o para algunas prestaciones.
6. Restricciones a la cobertura, solamente referidas a enfermedades preexistentes declaradas, por un plazo máximo de 18 meses. Sobre esta materia, no podrán suscribirse contratos en que se pacten beneficios respecto de algunas prestaciones, por valores inferiores al 25% de cobertura de esa misma prestación en el plan general convenido.

7. Estipulación precisa de las exclusiones, si las hubiere, las que sólo se pueden referir a: cirugía plástica para embellecimiento, atención particular de enfermería, hospitalización con fines de reposo, prestaciones de salud a consecuencia de actos de guerra o actos calificados como delito por la ley, cuando el beneficiario resulte criminalmente responsable, prestaciones cubiertas por otras leyes hasta el monto cubierto, enfermedades preexistentes no declaradas y prestaciones no contempladas en el arancel FONASA. Sin embargo, transcurrido el plazo de cinco años, las enfermedades preexistentes no declaradas deberán ser cubiertas por la ISAPRE, en los mismos términos que el resto de las prestaciones originadas por enfermedades no preexistentes, a no ser que la ISAPRE probare que esta enfermedad requirió de atención médica durante los antedichos cinco años y el cotizante la ocultó con el objeto de favorecerse con esta disposición legal.

Finalmente, la Ley N° 19.381 reconoció un nuevo concepto que es el excedente de cotización, que se produce cuando el monto de la cotización que ingresa a la ISAPRE, es superior al precio del plan convenido. La ley reconoce que esta diferencia o excedente es de propiedad del afiliado y especifica claramente su uso.

De acuerdo a como lo señala la ley, las ISAPRES pueden otorgar directamente las prestaciones que demandan sus cotizantes, en la medida en que cuenten con infraestructura hospitalaria propia, o bien, concurrir al financiamiento de los gastos médicos que incurre el beneficiario.

De esta manera, es posible identificar tres modalidades o planes, bajo las cuales las ISAPRES entregan sus beneficios:

1. Reembolso de gastos médicos en un sistema de libre elección. En este caso, el cotizante cancela directamente la prestación médica recibida y posteriormente con la boleta o factura, solicita en la ISAPRE el reembolso de un porcentaje de dicho gasto, normalmente con un tope o límite máximo.
En este sistema la ISAPRE no tiene ningún tipo de control sobre los costos y o los precios cobrados, los que han mostrado importantes incrementos reales, de modo que a mayor precio cobrado, el porcentaje de reembolso es menor, debido a la existencia de montos máximos de devoluciones.
Este tipo de planes es el que origina mayores problemas y reclamos. En este caso, al no tener las ISAPRES ningún control sobre los precios por los servicios prestados, la prima o cotización debería ser creciente en el tiempo o bien mantener el tope máximo fijo, lo que para los cotizantes significa que las ISAPRES les financian cada vez un porcentaje menor de sus gastos, lo que origina una fuente de críticas a estas instituciones.
Lo anterior significa que este problema no tiene solución para los planes de libre elección absoluta, ya que para mantener los beneficios, la cotización debería incrementarse de acuerdo al aumento de precio en el mercado de los servicios de salud demandados.
2. Bonos valorizados o precios fijos pactados mediante convenios entre ISAPRES e instituciones de salud.
En esta modalidad, la ISAPRE firma un convenio con una o más instituciones de salud, laboratorios o médicos, fijando de antemano el valor de las prestaciones.
En términos prácticos, el beneficiario concurre a la ISAPRE para adquirir el bono valorizado o bien, cancela directamente la prestación y posteriormente solicita el reembolso a la ISAPRE.

En este tipo de planes en los cuales los cotizantes están “atados” a ciertas clínicas, laboratorios o médicos, éstos reciben las prestaciones sin costo o cancelando un pequeño porcentaje del valor del mismo.

Al tener la ISAPRE un control respecto a los costos, estos planes son de precio relativamente inferior a los de libre elección absoluta.

3. Atención al beneficiario en infraestructura propia

En este sistema, la ISAPRE, a través de infraestructura médica ambulatoria y hospitalaria, de su propiedad, otorga las prestaciones médicas requeridas por los cotizantes, de acuerdo a un arancel definido. Normalmente, el beneficiario no requiere cancelar por los servicios, o bien lo hace en un porcentaje bajo del valor de la prestación.

Sin embargo, en la práctica, estas modalidades se combinan, ya que una persona puede estar en un plan de libre elección con topes máximos por prestación médica y al mismo tiempo la ISAPRE, a través de infraestructura propia o mediante convenios, puede ofrecer prestaciones de acuerdo a un arancel compatible con los topes máximos de dicho plan, a las cuales puede acceder el cotizante.

3. Los Subsidios Cruzados

Al estar constituido el sistema de salud en Chile por un subsistema público y uno privado, es necesario explicitar los subsidios o transferencias que un subsistema le otorga al otro, con el objeto de analizar sus efectos sobre la equidad.

En primer lugar, se destacan las transferencias determinadas por ley y cuyos efectos sobre la equidad son discutibles.

- 1.-Licencias materiales (pre y post-natal) y licencias por enfermedad del hijo. A partir de 1988 son financiados por el Fondo Único de Prestaciones Familiares. En este caso, se trata del reconocimiento explícito que al menos parte del costo de la maternidad y cuidado de infantes, debe ser asumido por la sociedad en su conjunto, a fin de disminuir la discriminación por género.
2. Cotización adicional legal del 2% de la Ley N°18.566, que para 1995 alcanzó a \$20.391 millones, lo que representa el 4% del total de los ingresos de explotación de las ISAPRES.

Esta transferencia se considera una ayuda para que cotizantes legales de la salud, puedan acceder al subsistema de ISAPRE, ya que de otra manera estarían en FONASA.

Adicionalmente a estas transferencias, determinadas por ley, existen otros tipos de transferencias, que se producen al margen de la legalidad.

1. Transferencias de FONASA a las ISAPRES, por subfacturación a estas últimas instituciones, cuando algún cotizante de éstas es atendido en el subsistema público de salud, sin una adecuada identificación, motivo por el cual no se procede al cobro a la respectiva ISAPRE.

En esta materia, FONASA inició una campaña contra los subsidios cruzados. De esta manera, desde el 01.08.95 todas las tesorerías de FONASA cuentan con un

programa computacional que les permite bloquear la entrega de credenciales, la venta de bonos de atención y la valorización de programas, a los cotizantes de las ISAPRES. En la actualidad se está trabajando en la instalación de estos programas en los hospitales. Se estima que el gasto que asume el Estado por esta subfacturación a las ISAPRES, es del orden de los 12.000 millones a los 15.000 millones de pesos anuales.⁴

Resulta indudable que este tipo de subsidios no es compatible con ningún criterio de equidad definido. Lo anterior debido a que la política global de salud implica que el sector de la población de mayores ingresos y que por lo tanto está en condiciones de financiar servicios de salud de una cobertura mayor a la mínima, no requieren del gasto público en salud, permitiendo de esta manera una focalización en sectores de menores ingresos.

2. Transferencias de las ISAPRES a FONASA, que se producen cuando una persona, que sin tener calidad de cotizante o beneficiario de una ISAPRE, obtiene beneficios como si lo fuera, mediante simulación o engaño. Para prevenir este fraude, se tipificó una figura delictiva especial para sancionar a estas personas, como asimismo al afiliado que obtuviere mayores beneficios que los que le correspondiere.

La eliminación de los dos tipo de subsidios cruzados, anteriormente descritos, mediante mejoras a los sistemas administrativos que permitan una adecuada identificación del cotizante, es altamente probable que produzca dos efectos. Por una parte, un incremento en los costos de explotación del subsistema ISAPRE, aunque en magnitudes no significativas (de orden del 4%) y por otra parte, los usuarios de las facilidades médicas de FONASA, pero afiliados a ISAPRES, al verificar que se les comienza a imputar los pagos por las prestaciones de salud recibidas, decida, trasladarse al subsistema FONASA por resultarles más económico. Esto debería ocurrir especialmente para los afiliados de menores ingresos, lo que reforzaría la tendencia señalada en la página 25, por cuanto los beneficios de los planes de menor valor pueden resultar inferiores a las de FONASA, especialmente para enfermedades que se pudiesen considerar catastróficas para afiliados de menores ingresos. Por otra parte, un mejor control de las ISAPRES a los beneficiarios legales, debe producir una reducción en los costos de explotación, en un porcentaje no determinado.

⁴ Esta cifra fue tomada de la intervención del Senador Mariano Ruiz-Esquide, en la 23ª Sesión Ordinaria del Senado, del 31 de Julio de 1996.

IV. ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS Y TERCERA EDAD

1. Enfermedades Catastróficas

Enfermedades catastróficas son aquellas en que los gastos reales efectuados por una familia en salud, la ponen en una situación de insolvencia.

Esta definición puede dar origen a tres interpretaciones diferentes:

- a) Prestaciones médicas de un alto costo unitario. Por ejemplo, una operación al cerebro.
- b) Alto gasto en salud en un período determinado de tiempo. Por ejemplo, un tratamiento periódico.
- c) Alto gasto en salud en un período determinado de tiempo, pero referido al ingreso familiar. Es decir, considera la capacidad de pago en la unidad familiar. En términos prácticos, significa que una enfermedad puede resultar catastrófica para una familia (o afiliado), pero no para otra.

Desde el punto de vista de la equidad distributiva del ingreso, la tercera definición es la que mejor se ajusta a este concepto. Sin embargo, es la que presenta mayores problemas en su implementación, ya que requiere de la medición periódica del ingreso familiar y de los gastos en salud, con las dificultades que estas mediciones conllevan.

Cada una de las tres definiciones anteriormente señaladas origina teóricamente diferentes tipos de seguros para solucionarlos, con ventajas y desventajas para cada uno de ellos, pero no existe una solución que sea óptima simultáneamente a las tres definiciones.⁵

En todo caso, al estar referido al problema de las catástrofes en salud a los afiliados a ISAPRES, el gasto que origina esta situación comprende sólo el copago que debe hacer el beneficiario y que depende del plan a que esté acogido el cotizante.

Algunos estudios realizados permiten inferir que estas situaciones son de baja ocurrencia. No obstante, causan preocupación a los afiliados a ISAPRES como lo demuestran las encuestas.

Un estudio realizado para las ISAPRES abiertas para el año 1994, concluyó que el 2,5% de los cotizantes realizó un copago acumulado anual, de a lo menos \$ 500.000, que equivale prácticamente al doble de la renta imponible para dicho año.⁶

⁵ Un examen completo de este tema se encuentra en el Informe Final del estudio sobre Cobertura Catastrófica para los Cotizantes del Sistema de ISAPRE, elaborado por el Instituto de Economía de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Diciembre de 1995.

⁶ Instituto de Economía de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Op.cit.

El estudio señalado, también indica que la cobertura efectiva de que disponen los afiliados a ISAPRES abiertas, varía en forma inversa al monto del gasto. Así por ejemplo, mientras que los cotizantes que efectuaron gastos anuales inferiores a \$ 500 mil, realizaron copagos que alcanzaron al 32% del gasto, el copago para los cotizantes que registraron gastos por \$ 5 millones o más anualmente, sólo alcanzó al 47%. Es decir, el cotizante ante un gasto en salud de \$ 5 millones, tuvo que cancelar \$2,35 millones.

Por otra parte, la Asociación de ISAPRES AG realizó para 1995 estudios para dos instituciones. El primero referido a ISAPRE BANMEDICA, indicaba que de una muestra de 50.000 programas pagados, el 0,4% implicaba copagos superiores al 20% de la renta anual del afiliado. El segundo estudio, realizado por ISAPRE CONSALUD, concluyó que de 376.746 casos analizados, el 0,7% registró copagos por un monto superior al 25% de la renta anual del afiliado.

La Superintendencia de ISAPRE realizó en 1993 un estudio para analizar el porcentaje de copagos para planes equivalentes en las seis principales ISAPRES. Para dicho efecto se consideraron dos enfermedades catastróficas: infarto al miocardio con cirugía de by pass y enfermedad renal crónica con tratamiento de Hemodiálisis. Para el análisis, se consideraron dos planes. El primero, para afiliados jóvenes de altos ingresos, con una cotización de 4,2 UF y el segundo, un plan mínimo para cotizantes de ingresos relativamente bajos (renta imponible de \$ 129.000).

Para el fin anteriormente señalado, se estandarizaron las prestaciones y se valorizaron a precios de mercado, con valores de la Clínica Alemana para plan de cotizantes de altos ingresos y con valores del hospital público para particulares y el arancel FONASA para el plan mínimo.

Para el caso de infarto al miocardio se desprende que los porcentajes de bonificación para el plan máximo oscilan entre un 52% y un 96%, para un valor facturado de prácticamente \$ 8 millones. Es decir, el cotizante de la ISAPRE debe cancelar por concepto de copago, un monto que oscila entre casi \$300 mil y \$ 3,9 millones, dependiendo de la institución específica.

Infarto al Miocardio

ISAPRE	Plan Máximo Valor Facturado \$ 8.681.483		Plan Mínimo Valor Facturado \$ 1.691.481	
	Porcentaje Bonificación	Copago (En Miles de \$)	Porcentaje Bonificación	Copago (En Miles de \$)
Cruz Blanca	96	289	64	614
Colmena	80	1.608	89	193
Banmédica	69	2.547	66	575
Consalud	64	2.936	44	955
Compensación	57	3.458	48	882
Promepart	52	3.904	56	753

Fuente: Departamento de Estudio, Superintendencia de ISAPRE, 1993.

Para el plan mínimo, el porcentaje de bonificación varió más que el caso anterior, ya que fue entre un 44% y un 89% para un valor facturado de \$1,7 millones. Vale decir, fluctuó entre casi \$ 200 mil y \$ 1 millón.

Para la Hemodiálisis, en el caso del plan máximo, el porcentaje de bonificación osciló entre un 57% y un 90% y para el plan mínimo, entre un 77% y un 90%.

Hemodiálisis

ISAPRE	Plan Máximo Valor Facturado \$ 567.739		Plan Mínimo Valor Facturado \$ 246.871	
	Porcentaje Bonificación	Copago (en miles de \$)	Porcentaje Bonificación	Copago (en miles de \$)
Colmena	90	57	77	58
Banmédica	80	114	80	49
Cruz Blanca	80	114	80	49
Consalud	77	132	87	33
Compensación	70	171	80	50
Promepart	57	247	90	25

Fuente: Departamento de Estudios, Superintendencia de ISAPRES.

Para Consalud y Compensación, el valor facturado utilizado fue de \$246.871, que corresponde a FONASA Nivel II.

De los antecedentes anteriormente expuestos, se deduce que los copagos se pueden traducir en una catástrofe financiera, debido tanto a una mala cobertura del plan escogido, como a la inadecuada elección de la clínica y hospital que escogió el afiliado. Es decir, un error del beneficiario en la elección del plan o clínica puede transformar una prestación normal en una catástrofe financiera para la familia del beneficiario. De aquí nace la necesidad de una adecuada y oportuna información al usuario.

Esta situación se puede ilustrar, adicionalmente, por la diferencia de precios que se da entre diferentes clínicas para prestaciones similares, tarifas que el usuario normalmente no conoce al requerir su uso. Así por ejemplo, el costo de un día cama puede fluctuar entre los \$ 50 mil y los \$ 158 mil, dependiendo de la clínica.

Tarifas de Cama (en pesos de 1995)

Nombre de la Clínica	Día Cama		UTI Adulto	Día Cama Maternidad	
	Individual	Doble		Individual	Doble
Alemana	115.667	83.227	188.563	83.227	115.677
Central	49.125	33.077	---	33.077	49.125
Cordillera	54.788	46.550	---	36.025	42.413
Dávila	58.900	39.600	119.000	37.300	54.000
Grecia	---	---	---	22.499	32.529
Indisa	88.300	---	176.100	---	86.200
Las Condes	158.047	---	262.419	---	158.047
Santa María	106.800	---	187.200	---	79.900
Clínica U. Católica	70.400	---	143.800	---	49.300
Del Profesor	49.800	36.900	149.800	36.900	49.800

Fuente: Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile. Op.Cit.

Frente a esta realidad, en el curso de los dos últimos años, se han comenzado a ofrecer en el mercado diferentes seguros, tanto por ISAPRES como por compañías de seguros, para hacer frente a catástrofes de salud. En general, se trata de seguros restrictivos en cuanto a edad, enfermedades que cubren y monto. Sin embargo, hay que destacar que se tratan de seguros adicionales a la cotización legal y que por lo tanto, estarían fundamentalmente al alcance de personas de mayores ingresos con un fuerte sentido de la previsión en salud, hipótesis no comprobada, ya que la realidad demostraría más bien lo contrario.⁷

Por otra parte, el escaso desarrollo de los seguros que permitan cubrir enfermedades catastróficas no puede sólo ser atribuida a la imprevisión de los cotizantes, que no muestran interés en estas coberturas adicionales, sino que por el contrario, puede ser una respuesta perfectamente racional de los afiliados ante las actuales características del subsistema FONASA, al cual pueden acceder prácticamente sin limitaciones. Esta situación, a su vez, genera incentivos para que las ISAPRES privilegien planes de salud con bajas coberturas para enfermedades catastróficas, enfatizando básicamente prestaciones ambulatorias.

2. Tercera Edad

Conjuntamente con las enfermedades catastróficas, el tema de los planes de salud para la tercera edad, es la otra fuente de crítica al subsistema de las ISAPRES, por la creencia generalizada que el cotizante al entrar a la edad pasiva, verá incrementado el costo de los planes de salud, más allá de sus posibilidades financieras.

La preocupación es legítima, ya que el afiliado al entrar a la tercera edad, se le pueden presentar simultáneamente los siguientes problemas: incremento de la prima o cotización, disminución de sus ingresos (jubilación) y aumento de sus gastos en salud, por mayor número de enfermedades y una más alta probabilidad de sufrir enfermedades catastróficas.

Desde el punto de vista financiero de las ISAPRES, se produce simultáneamente dos situaciones que operan con signo contrario. Por una parte un mayor costo de explotación en Bonificaciones y Prestaciones Directas y por otra, la eliminación de los Subsidios por Incapacidad Laboral.⁸, que obviamente no los perciben los jubilados.

Con el objeto de verificar si las críticas tienen algún fundamento en la realidad, la Superintendencia de ISAPRE, en virtud de sus funciones legales, encargó al Departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile⁹ un estudio destinado a analizar el problema.

El criterio seguido por el mencionado estudio para determinar si existe problema de financiamiento de la cotización de los planes de salud para la tercera edad, fue que

⁷ Un interesante desarrollo del problema de la imprevisión para el caso chileno se encuentra en Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile, Op. Cit., Cap.7.

⁸ Cabe recordar que este ítem de costo representa casi el 20% del costo total de la explotación de las ISAPRES.

⁹ Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile, Proyecto: Alternativas de solución para el financiamiento de la salud en la tercera edad en el sistema ISAPRE, Diciembre 1995

el ingreso de los afiliados, neto de costos de salud (cotización más copagos y gastos en fármacos) sufre una caída de a lo menos 30% al entrar a la edad pasiva.

Las principales conclusiones que se pueden extraer del estudio fueron:

- a) El gasto facturado en prestaciones de salud efectuado por hogares cuyo jefe de familia tiene 60 años y más, es un 112% superior al del tramo 45-59 años, al incrementarse el gasto en salud por beneficiario de \$109 mil a \$ 232 mil anuales.
- b) El mayor gasto se origina por un aumento de 30% en el precio promedio de las prestaciones y de un incremento de 63% en la frecuencia de uso de las prestaciones de salud.
- c) Para proyectar los ingresos de los cotizantes, se utilizó un modelo de capital humano.¹⁰
- d) La caída en el ingreso neto por beneficiario se analizó para tres escenarios, en los cuales variaba la rentabilidad de los fondos de pensiones (5%, 5,5% y 6%). Adicionalmente, se contempló una tasa de crecimiento anual en los costos de salud de un 2% por sobre el IPC y de la productividad en 2%.

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

Edad Actual	Escenario		
	Pesimista	Intermedio	Optimista
23	42%	33%	15%
35	20%	11%	- 9%
45	10%	5%	- 9%
55	18%	16%	7%

Fuente: Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile, Op.Cit.

- e) Del cuadro anterior se desprende que se le presentarán problemas al financiamiento de los gastos en salud al alcanzar la tercera edad, los cotizantes más jóvenes (de 23 años) y solamente en el caso que la rentabilidad futura de los fondos previsionales fuera inferior al 6% anual en términos reales, ya que en este caso la caída del ingreso disponible sería superior al 30% (42% y 33% respectivamente para rentabilidades de 5% y 5,5%). Especialmente grave es la situación cuando el jefe de familia tiene además, menos de 10 años en educación.
Para el caso que el jefe de familia tenga 35 años de edad y 8 años de educación, deberá destinar más de un 20% de su ingreso disponible en la tercera edad para cotizar un plan de cobertura mínima.
- f) Estos resultados se deben a que el gasto familiar total en salud aumenta poco en la tercera edad, ya que la ISAPRE no requiere cancelar el subsidio por incapacidad laboral, por lo que las cotizaciones deben aumentar menos que los gastos facturados en salud, y que los gastos facturados a los mayores de 65 años se

¹⁰ Para una mayor explicación, consultar Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile, Op.cit. Anexo A.

compensan por el hecho que la familia se reduce cuando el jefe de hogar alcanza la tercera edad. También se debe destacar que las pensiones que recibirán los afiliados de más de 35 años se han visto beneficiados por las altas tasas de rentabilidad del sistema previsional privado, que son poco probables que se repitan en el futuro.

- g) Por otra parte, también es posible concluir que no es de esperar que en el futuro próximo se produzca un éxodo masivo de personas en la tercera edad, de ISAPRES a FONASA, con los costos que esta situación implicaría para el sistema estatal de salud.
- h) La existencia de un problema de financiamiento de la salud para afiliados jóvenes y de poca educación al llegar a la tercera edad depende de proyecciones a muy largo plazo, generalmente sujetas a amplios rangos de error, motivo por el cual se considera necesario repetir el estudio en el futuro, para analizar, en especial, el comportamiento de este grupo etario que podría ser el más vulnerable.

El mencionado estudio propone diferentes alternativas para solucionar el problema, pero para mantener la naturaleza no solidaria de las ISAPRES se inclina por que los afiliados aporten a un fondo individual complementario a la cuenta de la AFP, un 1% de su renta. Este fondo permitiría comprar una renta vitalicia equivalente al alza esperada en el costo de los planes de salud.

La propuesta anterior implica en términos prácticos incrementar la cotización de salud a un 8% o bien, reducir la cotización destinada a pagar planes antes de jubilar a un 6% de la renta. Es indudable que esta situación podría no afectar en forma significativa a los segmentos de mayores ingresos.

Una alternativa a este verdadero "ahorro forzoso", es al ahorro voluntario mediante incentivos tributarios contenidos en la política fiscal.¹¹ Este caso, al igual que para el ahorro forzoso, se trataría de una solución para los grupos de mayores ingresos, los que podrían generar el ahorro requerido.

Al observar la evolución del número de afiliados de la tercera edad a las ISAPRES, se puede concluir que si bien se ha incrementado en forma importante en los últimos años, el porcentaje que este grupo etario presenta en relación al total de cotizantes del subsistema, aún está por debajo del promedio nacional.

Evolución Tercera Edad

Año	Afiliados 3era. Edad a ISAPRE	Porcentaje Respecto Total Afiliados	Porcentaje Población 3era. Edad Respecto Total Población
1990	82.797	3,2%	8,9%
1991	83.567	2,5%	9,0%
1992	91.288	2,3%	9,1%
1993	105.947	2,3%	9,1%
1994	114.498	2,4%	9,2%
1995	120.964	3,2%	9,3%

Fuente: Asociación de ISAPRES A.G.

¹¹ Cristián Aedo, Adulto Mayor y enfermedades catastróficas, El Mercurio, 13.07.96, pág.D-3

Si bien el trabajo anteriormente reseñado trató de eliminar el sesgo por edad, en el futuro se requiere observar cuidadosamente el comportamiento de los supuestos de las proyecciones, dado el cambio en la composición por edades que es posible esperar en las ISAPRES.

El mencionado estudio de la Universidad de Chile, también analiza el incremento de las cotizaciones que enfrenta el afiliado al alcanzar a la tercera edad y su comparación con los gastos reales facturados en salud, por distintos tramos de edad de los afiliados a las ISAPRES. Con el objeto de hacer comparable la información, se trabaja con precios relativos. Por ejemplo, para la ISAPRE A se presenta un plan que tiene un valor de 100 para el tramo de 18 a 24 años y de 450 para el tramo de 75 y más años. Esta situación puede ser comparada con los gastos facturados en salud, los que indican que para el tramo de 18 a 24 años el cotizante origina un gasto de 100, mientras que esta misma persona al llegar al tramo de 75 y más años, su gasto se incrementa a 342.

**Factores de precios relativos por edad y gasto facturado
promedio por beneficiario**

Tramo de Edad	ISAPRE A	ISAPRE B	ISAPRE C	Gasto Facturado en Salud
0-1	0,5	0,50	1,0	1,35
1-17	0,5	1,00	1,0	0,50
18-24	1,0	1,00	1,0	1,00
25-32	1,0	1,00	1,0	1,00
32-34	1,0	1,00	1,0	1,00
35-39	1,0	1,00	1,0	1,00
40-44	1,1	1,00	1,0	1,00
45-50	1,4	1,12	1,0	1,61
51-55	1,4	1,20	1,0	1,61
56-58	1,4	1,57	1,5	1,61
59-60	1,4	3,50	1,5	1,61
61-64	2,0	3,50	1,5	3,42
66-74	3,0	5,10	2,5	3,42
75 y más	4,5	5,10	2,5	3,42

Fuente: Departamento Ingeniería Industrial, Universidad de Chile, Op.Cit. pág.19

Del cuadro se puede deducir que las ISAPRES A y B discriminan contra la tercera edad (o bien sus costos son superiores al promedio), mientras que la ISAPRE C, muestra un plan para la tercera edad con los costos compatibles con los gastos reales.

La situación anteriormente reseñada, también puede ser contrastada con la cotización promedio por afiliado para cada tramo de edad.

**Cotización Promedio Mensual
ISAPRE abierta por tramo de edad**

Edad	18 - 44	45 - 59	60 y más	Total
No. de Cotizantes	254.175	31.947	4.722	293.451
Cotización promedio (en pesos)	20.905	28.731	33.157	22.937

Fuente: Elaborado en base a información de la Superintendencia de ISAPRES.

En este caso, las cotizaciones por tramo de edad se incrementan menos que el gasto real facturado en salud. Lo anterior se puede deber a alguna de las tres causas siguientes o a una combinación de ellas: las ISAPRES no deben efectuar pagos para cubrir el subsidio por incapacidad laboral a partir de la edad pasiva (que alcanzan a casi un 20% del costo total de explotación), el número de cargas por cotizantes decrece a partir de los 45 años y que algunos cotizantes, al llegar a la edad pasiva, se cambian a planes de menor valor.

Por otra parte, la Asociación de ISAPRES publicó cifras prácticamente un año después de las del estudio realizado por la Universidad de Chile, que muestran que los factores de precios relativos de los planes de salud por grupos etarios, experimentan incrementos menores a los indicados en dicho estudio.

Planes Comparativos por ISAPRE Factores de Precio Relativo

Edad	ISAPRE 1	ISAPRE 2	ISAPRE 3	ISAPRE 4	ISAPRE 5	ISAPRE 6	ISAPRE 7
> 35 años	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
> 49 años	1,20	1,5	0,88	0,94	0,82	1,10	1,04
> 52 años	1,01	0,89	0,76	1,00	0,69	0,88	0,76
> 56 años	1,01	1,11	0,65	0,91	0,77	0,78	1,12
> 60 años	1,90	1,53	1,47	1,15	0,77	0,97	1,61
> 70 años	3,03	1,94	1,47	1,82	1,28	1,62	1,61
> 80 años	3,27	2,25	1,47	1,82	1,28	1,62	1,61

Fuente: Asociación de ISAPRES.A.G.

La explicación se puede deber a la crítica pública a esta situación, así como a un mayor conocimiento que ha tenido el subsistema ISAPRE de la evolución de los gastos médicos facturados por tramo de edad, que al no conocerlos, los pueden haber llevado a adoptar criterios conservadores que les permitieran cubrir con creces los posibles incrementos en los gastos en salud, pero que han ido modificando, al tener información empírica del comportamiento de los gastos facturados.

V. CONCLUSIONES

Las ISAPRES, como instituciones aseguradoras, se basan en la dispersión del riesgo de gasto asociado a cada plan individual de salud, entre todos los afiliados a dicho plan. De esta manera, se calcula el comportamiento del gasto en salud asociado a un grupo significativo de beneficiarios, a fin de definir las características de los planes de salud, de acuerdo a las particularidades de cada grupo de cotizantes.

Mejorar la equidad distributiva del subsistema en relación a enfermedades catastróficas y tercera edad no es fácil, sin rediseñar todo el sistema de salud, ya que las ISAPRES, por definición, están basadas en un sistema de seguros en lugar de previsión o solidario, como podría ser el caso de FONASA.

La esencia de un seguro es el riesgo y por lo tanto no es factible asegurar a personas con riesgo cierto o certeza, cuando por ejemplo, tienen una enfermedad grave. Por lo tanto, las propuestas, en cierta forma, avanzan para que las ISAPRES sean un sistema mixto, que permita solucionar los principales problemas no enteramente resueltos a la fecha .

En todo caso, dadas las características y la evolución que ha tenido el subsistema ISAPRE desde sus comienzos, con la actual legislación presenta básicamente una solución al problema de la salud de los grupos de ingresos medios y altos, habiendo alcanzado un número de cotizantes que debería estabilizarse en el tiempo, con sólo un incremento equivalente al crecimiento vegetativo de la población más el aumento de su ingreso real.

Para el caso de las ISAPRES cerradas, dado que normalmente ofrecen un solo plan, independientemente de la cotización, no se produce discriminación contra los afiliados de mayor edad o que puedan sufrir algún tipo de enfermedad catastrófica.

En este caso, de requerirse algún ajuste debido a un incremento en los costos de explotación, la solución pasa por una reducción de los beneficios¹², a fin de equilibrar los costos con los ingresos, ya que la otra alternativa sería la de incrementar el porcentaje de la cotización, por sobre la legal, con el objeto de mantener los beneficios. Por lo tanto, en este tipo de instituciones no se presentan problemas de equidad distributiva que afecten a algún grupo específico de sus cotizantes.

En cambio, para las ISAPRES abiertas, se considera que la compensación entre sanos y enfermos, para un mismo plan puede no ser suficiente. Esta situación se puede dar tanto dentro de un grupo de la misma edad (equidad vertical), o bien, entre grupos de menor edad con grupos de mayor edad (equidad horizontal).

¹² Dependiendo del tratamiento de las enfermedades catastróficas, un reaseguro, como se plantea más adelante en estas conclusiones, podría ayudar a solucionar este problema.

Por lo tanto, se requiere crear o incentivar las condiciones para que se produzca un mayor grado de equidad distributiva inter e intra grupos etarios.

Esta mayor equidad se puede alcanzar de dos maneras:

- a) Esperar que el mercado automáticamente se ajuste, creando los mecanismos y herramientas para responder a las necesidades de los cotizantes, que es la forma normal como funciona una economía social de mercado.

En la práctica, tanto las ISAPRES como las compañías de seguros han comenzado a ofrecer productos destinados a solucionar estos casos conflictivos, aunque en esta primera etapa con cobertura limitada (monto y edad).

El problema de adoptar esta vía de solución, es que la variable de ajuste es el tiempo y es altamente probable que la solución requiera de un período demasiado largo, lo cual es socialmente inaceptable, a la vez que pueda llevar a cuestionar ante la opinión pública la validez misma de las ISAPRES, no obstante de constituir la respuesta al problema de la salud de un grupo significativo de la población.

Adicionalmente, es necesario destacar que estos instrumentos tienen un costo que se debe sumar a la cotización legal, lo cual podría inducir a los cotizantes de menores ingresos a emigrar a FONASA, con el objeto de lograr una cobertura mayor con sólo el 7% de la cotización.

- b) Fortalecer el rol regulador del Estado en salud, restringiendo o acotando algunos parámetros relacionados con los planes de salud que ofrecen las ISAPRES; con el objeto de incentivarlos o dirigirlos a ofrecer planes más equitativos desde el punto de vista distributivo del ingreso.

Al respecto, cabe destacar que este subsistema de salud goza de la más amplia libertad, en especial, referida a los planes ofrecidos y por lo tanto, a los beneficios pactados.

Mayores grados de equidad implican restricciones a la libertad que hoy tienen las ISAPRES. Es decir, existe un "trade off" entre libertad y equidad distributiva que es necesario asumir. La mayor equidad distributiva no se logra de manera voluntaria, sino que en forma compulsiva. Por lo tanto, el problema implica la introducción de un mínimo de restricciones o regulaciones a la libertad, que permitan avanzar en la solución de los problemas públicamente más notorios, reconociendo que en la actualidad ningún país ha alcanzado una respuesta óptima frente a estos problemas.

Adicionalmente, una mayor equidad distributiva también implica la imposición de algún tipo de restricciones a los cotizantes, en términos de su movilidad o trasladado entre los subsistemas ISAPRE y FONASA, de modo de evitar el cambio continuo entre ambos, por parte de los afiliados, a fin de ir aprovechando sólo los beneficios de cada uno de ellos. En otras palabras, se debe imponer algunas barreras de libre tránsito de los usuarios entre FONASA e ISAPRES, ya que de otra manera no existen soluciones, aún aquellas que puedan ser consideradas como imperfectas.

Dadas las actuales características del subsistema ISAPRE, que básicamente presenta una respuesta al problema de salud de grupos de mayores ingresos y a fin de solucionar algunos de los problemas pendientes, referidos a la equidad distributiva, se plantea a continuación un conjunto de medidas legales y reglamentarias que, de aplicarse, mejorarían notablemente la equidad entre los afiliados a este tipo de instituciones, eliminando de esta manera una fuente importante de críticas. Estas

medidas apuntan a solucionar el problema de las enfermedades catastróficas y de la tercera edad.

Por otra parte, se estima que estas medidas son políticamente viables, ya que mantienen la esencia de estas instituciones, mejorando el servicio a sus beneficiarios, a la vez que no ponen en peligro la factibilidad financiera de las ISAPRES.

Al respecto, cabe mencionar que teóricamente existen otras alternativas, pero éstas pasan por la reformulación total del sistema de salud, incluyendo FONASA, por las distorsiones que produce.

Las medidas propuestas conforman un conjunto armónico, aunque es posible implementar una o más de ellas, pero con un efecto menor en la equidad distributiva entre grupos etarios de los afiliados a ISAPRES.

1. Fomentar, mediante incentivos legales o de otra índole, que los planes que ofrecen las ISAPRES privilegien a las prestaciones hospitalarias en lugar de las ambulatorias, por cuanto las primeras generalmente implican mayores costos para los usuarios. Por ejemplo, reducir o limitar los porcentajes de reembolso de las prestaciones ambulatorias, unido a una mejor cobertura por enfermedades que produzcan un mayor daño financiero.
Inclusive, en un extremo se puede llegar a plantear regulaciones para que todas las ISAPRES tengan que ofrecer uno o más planes de iguales características (homogeneización de planes), a fin de facilitar la comparación entre los usuarios.
Esta restricción a la libertad se puede aminorar permitiendo que las ISAPRES puedan ofrecer adicionalmente a estos planes obligatorios, los planes que ellas estimen más convenientes a las necesidades del mercado y en especial a los nichos a los cuales deseen llegar.
2. Incentivar la oferta de planes de salud que contemplen montos mínimos anuales en gastos médicos incurridos por los cotizantes, por sobre los cuales las ISAPRES comienzan a efectuar copagos.
Por ejemplo, se establece que el cotizante puede recurrir a la ISAPRE solicitando copagos, después de acumular gastos reales en salud que superen a los \$100.000 en un año calendario.
En esta forma es posible que los excedentes que generen estos planes, al no proceder la ISAPRE a efectuar copagos por gastos en salud hasta alcanzar dicho mínimo predeterminado, permitan mejorar las coberturas para enfermedades catastróficas y reducir el costo de los planes para la tercera edad.
3. Mejorar la reglamentación para que las ISAPRES informen en forma periódica a sus cotizantes respecto de los hospitales o clínicas más adecuadas a sus planes de salud en casos de hospitalización, incluyendo ejemplos de algunas prestaciones más frecuentes, indicando el monto asumido por la ISAPRE (copago) y lo que debe financiar el cotizante, destacando que la utilización de otras instituciones de salud podría transformar una prestación hospitalaria normal en una enfermedad catastrófica, como está ocurriendo con cierta frecuencia en la actualidad, de acuerdo a los estudios efectuados.
De igual forma, se debe mejorar la información respecto a los laboratorios y médicos con los cuales se tienen convenios, destacando los montos que debe cancelar el afiliado.

4. En relación a la tercera edad, por causas normales las ISAPRES deben afrontar un mayor costo de explotación, debido a un aumento en la frecuencia del uso de prestaciones ambulatorias y hospitalarias. Sin embargo, este grupo etario, al jubilar deja de ocasionar gastos por concepto de subsidio por incapacidad laboral, monto que alcanza a cerca de un 20% del total de gastos de explotación.

No obstante que los dos fenómenos anteriores deberían tender a anularse, la cotización para los afiliados se ve fuertemente incrementado a partir de los 65 años. En este caso, se requeriría aumentar la equidad distributiva vertical entre generaciones, de modo que el o los grupos de menor edad subsidien a los grupos de mayor edad.

Entre las fórmulas para reducir el problema, se pueden señalar:

a) Que los planes ofrecidos por las ISAPRES contemplen un número reducido de grupos etarios para efectos de la cotización del afiliado. Por ejemplo, se podría plantear que cada plan sólo diferencie a dos grupos, uno hasta los 55 años y otro a partir de los 56 años de edad. Es decir, cada plan originaría sólo dos montos de cotización, dependiendo de la edad del afiliado. Inclusive, se podría plantear que cada plan origine solamente una cotización, independiente de la edad del afiliado.

b) Determinar el incremento máximo en el monto de la cotización, para un mismo plan, entre el grupo etario de menor edad y el de la tercera edad. Por ejemplo, que el monto de la cotización para el grupo de más de 65 años no puede ser superior al 150% del costo del mismo plan para el grupo de 20 a 25 años.

Adicionalmente, se puede buscar una solución intermedia.

En relación a esta propuesta, vale la pena mencionar que para implementarla se debe requerir de una permanencia mínima de tiempo del cotizante en la ISAPRE o en el subsistema, ya que de otra manera se puede prestar a abusos en la medida de que grupos significativos de la población al llegar a la tercera edad decidieran traspasar su afiliación de FONASA a una ISAPRE para poder utilizar este subsidio de las generaciones más jóvenes. Es decir, las transferencias de recursos generacionales deben referirse siempre al mismo universo, ya que de otra manera es inviable financieramente.

Además, para evitar que los afiliados más jóvenes puedan ser atraídos por otras ISAPRES con tarifas más bajas, todos los planes de las ISAPRES deberían tener las mismas características en términos del incremento máximo para un mismo plan, entre los diferentes grupos etarios.

5. En relación a las enfermedades catastróficas, dado su escaso ocurrencia, se considera adecuado crear una institución de reaseguro, que podría ser sin fines de lucro, de propiedad de las ISAPRES.

Esto implicaría bajos costos de administración y no requeriría de estructura de ventas, ya que los clientes serían las propias ISAPRES, las que tendrían que asegurar a todos sus afiliados pagando una cierta prima mensual.

Sin embargo, para evitar un mal uso o abuso por parte de los beneficiarios, que por ejemplo, ante una enfermedad grave se podrían hospitalizar en una "clínica cara" en relación a su plan de salud, de manera que en forma prácticamente automática una

enfermedad normal se transformaría en una enfermedad catastrófica, el reaseguro debería estar relacionado con el costo de la clínica u hospital referido a su plan. Por lo tanto, en caso de utilizar una clínica más cara, la diferencia no estaría cubierta por este reaseguro.

Adicionalmente a la limitación planteada, el reaseguro podría cubrir, por ejemplo, el 90% de los copagos realizados durante un año calendario, con un mínimo deducible para el período de \$300.000 y un máximo de \$40.000.000.

6. A fin de poder controlar en alguna forma el costo de explotación de las ISAPRES, se podría legislar en términos de incentivar a estas instituciones a realizar inversiones en centros hospitalarios propios que permitan, ya sea las hospitalizaciones o las atenciones ambulatorias a sus afiliados. Esto se podría lograr, por ejemplo, permitiendo que parte de las garantías que las ISAPRES deben mantener depositadas en el sistema financiero a nombre de la Superintendencia de ISAPRES, puedan ser reemplazadas por acciones de estos centros hospitalarios, cuando se trate de sociedades anónimas abiertas.
7. Un caso especial presentan los afiliados de bajos ingresos, ya que mediante la Ley N° 18.566 se les otorga un subsidio que los incentiva a afiliarse a alguna ISAPRE. Sin embargo, al jubilar estos cotizantes pierden el subsidio, lo que unido a un alza de la prima o cotización y un menor ingreso, los motiva a emigrar a FONASA. En este caso, la solución pasa por los extremos. Una posibilidad es eliminar el subsidio, de modo que el cotizante decida qué subsistema se adecua mejor a su realidad financiera. La otra alternativa es que el Estado subsidie el 2% una vez alcanzada la tercera edad. La segunda alternativa recibe la crítica de que la focalización de gasto público en este caso, no corresponde precisamente a los segmentos de menores recursos.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación de Isapres A.G., "Informe Anual 1994".
- Asociación de Isapres A.G., "Visión Sinóptica Sistema Isapre", 1995.
- Asociación de Isapres A.G., "Informe Anual 1996".
- Barahona Victor y Olivares Julio, "¿ Isapres o Fonasa ?", Diario El Mercurio, 12 de Septiembre de 1996, pg. D-1.
- Camino Cristobal, "Flexibilizar la Cotización de Salud", Diario El Mercurio, 21 de Abril de 1996, pg. A-2.
- CEPAL, "Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe", LG/G 1813 (SES.25/18), 14 de Marzo de 1994.
- Díaz C.A., Gacitúa R., Torche A. y Valdés S., "Cobertura Catastrófica para los Cotizantes del Sistema ISAPRE, Informe Final", Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile, Diciembre 1995.
- Due, John, "Análisis Económico de los Impuestos", Editorial El Ateneo, 1961.
- Entrevista a Rafael Caviedes, Presidente de la Asociación de ISAPRES, Suplemento Estrategia, 25 de Abril de 1996.
- Entrevista a María Elena Etcheverry, Superintendente de ISAPRE, Diario El Mercurio, 17 de Marzo de 1996, pg. D-1.
- Entrevista a María Elena Etcheverry, Superintendente de ISAPRE, Suplemento Estrategia, 25 de Abril de 1996.
- Entrevista a Favio Valdés, Director de Cruz Blanca, Diario El Mercurio, 17 de Marzo de 1996, pg. D-1.
- Fischer R., Mizala A. y Romagera P., "Proyecto Alternativo de Solución para el Financiamiento de la Salud en la Tercera Edad en el Sistema ISAPRE", Centro de Economía Aplicada, Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile, Diciembre 1995.
- Goic Alejandro, "Atención de la Salud en Chile", Editor Foro Panel "La Salud en el Proceso de Desarrollo Chileno", 17 al 20 de Octubre de 1995.
- Inter-american Development Bank, "Social Security Systems in Latin America", Edited by Francisco E. Barreto de Olivera, IPEA, Brasil. Washington DC, 1994.
- Jimenez de la Jara Jorge, "Costos, Mercados y Medicina", Diario El Mercurio, 29 de Septiembre de 1996, pg. A-2.
- Labadie G., Ramos A. y Sánchez D., "Instituciones de Asistencia Médica Colectiva en Uruguay: Regulación y Desempeño", CEPAL, Serie Políticas Sociales N° 6, Santiago de Chile 1994.

- Massad Carlos, "Principios Orientadores para la Reforma de la Salud", C.P.U., Serie Documentos de Trabajo N° 15/95, Agosto 1995.
- Miranda E., "Cobertura, Eficiencia y Equidad en el Área de la Salud en América Latina. Problema y Propuestas de Solución", CEPAL, Serie de Políticas Sociales N° 5, 1994.
- Miranda E., "Un Análisis de la Propuesta de Modificación a la Ley de Isapres, (Ley 18933)", CEP, Documento de Trabajo N° 194, Abril 1993.
- Sánchez Hector, "Análisis Subsistema Isapres", C.P.U., Documento de Trabajo N°18/88, Octubre 1988.
- Sojo Ana, "Reformas de Gestión en la Salud Pública en Chile", Ponencia presentada al Seminario organizado por DANE, sobre Indicadores Sociales y de Gestión, Bogotá, Octubre 1995.
- Solimano Giorgio, "Isapres y Tercera Edad", Diario La Época, 9 de Abril de 1996, pg. 8.
- Wiesner Eduardo, "Fiscal Decentralization and Social Spending in Latin America: The Search for Efficiency and Equity", Inter-american Development Bank, Working Paper N° 199, November 1994.

Serie Financiamiento del Desarrollo **

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

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

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

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

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