

ANÁLISIS ECONÓMICO DEL SISTEMA DE SEGUROS DE SALUD EN CHILE

RONALD D. FISCHER

Centro de Economía Aplicada, Universidad de Chile

PABLO SERRA

Centro de Economía Aplicada, Universidad de Chile

Abstract

Chile's private health insurance system has expanded rapidly since its inception in 1981, now covering 28% of the population. The natural evolution of the system has solved some of its original problems. Nevertheless, the following serious difficulties remain: the tendency to raise the costs of health services; the poor coverage of catastrophic illness and the loss of freedom of choice for affiliates as they age or when they acquire a chronic disease. These problems originate in informational asymmetries between affiliates, doctors and insurance companies; the coexistence with a public system having totally different characteristics; and errors in the design of the system. This paper describes a coherent set of proposals that solve the main problems of the system.

I. Introducción

El propósito de este trabajo es realizar un análisis económico del sistema privado de seguros de salud en Chile. Este tipo de estudios es complejo, ya que se deben incorporar tanto los aspectos netamente económicos como los de equidad y ética que subyacen el tema y que a menudo se contraponen a los aspectos de eficiencia que son usuales en el análisis económico. En particular, existe una opinión generalizada que considera a la salud como un derecho universal. En la práctica, las restricciones de recursos hacen que este derecho esté severamente limitado y distribuido en forma desigual. La situación en Chile no es distinta.

En 1981 se promulgó la Ley que creó los sistemas público y privado de seguros de salud en Chile. La ley establece que los trabajadores dependientes deben cotizar un 7% de su salario imponible (*gross income*) en uno de los dos sistemas—público o privado—de financiamiento de la salud.¹ El sistema público es administrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), dependencia del Ministerio de Salud, y el privado por instituciones de giro exclusivo denominadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). El sistema ISAPRE considera la posibilidad de instituciones abiertas y cerradas: Las ISAPRES abiertas reciben afiliados de cualquier procedencia. Por su parte, las cerradas prestan servicios únicamente a trabajadores de una determinada empresa o institución. Los trabajadores pueden elegir entre 22 ISAPRES abiertas (tres de ellas acumulan el 54% del total de afiliados).²

Existen importantes diferencias entre ambos sistemas. En el sistema privado la cobertura del seguro médico depende de la cotización del afiliado y del número, edad y sexo de los beneficiarios del seguro. En el caso de los cotizantes que se incorporan al sistema, también influyen los riesgos de salud del grupo familiar. Los afiliados pueden mejorar la cobertura de su plan al contribuir por sobre su cotización legal mínima de un 7%. En el sistema público, los beneficios están correlacionados negativamente con el ingreso del afiliado: los afiliados de mayores ingresos (y que por lo tanto contribuyen más al sistema) reciben bonificaciones menores por sus tratamientos médicos. Es decir, el sistema público es de carácter solidario y tiene grandes incentivos a la subdeclaración de salarios, al contrario del sistema privado.

El sistema privado financia un 45% del gasto nacional en salud, pese a que sus beneficiarios sólo representan alrededor del 28% de la población.³ Esta situación se explica porque el ingreso de los afiliados al sistema privado es tres veces mayor que el de los afiliados del sistema público. Los afiliados al sistema privado no tienen una distribución etaria representativa de la población general, siendo más jóvenes que el promedio. En efecto, mientras en 1995 el 65,8% de los afiliados tenía menos de 39 años, sólo un 4,5% tenía más de 60 años. El sistema público concentra al 98% de los jubilados. Esta situación está evolucionando ya que tanto la proporción de personas mayores como la de personas con bajos ingresos afiliadas al sistema ISAPRE está aumentando.

En sus 15 años de funcionamiento el sistema ISAPRE ha sufrido cambios, ya sea producto de su propia evolución o de modificaciones legales, lo que ha permitido eliminar algunos de sus problemas originales. A pesar de ello, el sistema de previsión privada de salud enfrenta críticas provenientes de sus usuarios y del Colegio Médico, de las cuales se han hecho eco autoridades y legisladores. Encuestas de opinión recientes exhiben una mejora en la percepción del sistema. La insatisfacción con el sistema ISAPRE (nota igual o inferior a 4) es de un 20,8% entre sus afiliados, mientras que un 32,8% de los afiliados a FONASA están descontentos.⁴ Estos resultados representan un cambio importante respecto a 1994. Una encuesta en noviembre-diciembre de ese año reveló que un 45% de los beneficiarios del sistema ISAPRE está insatisfecho o muy insatisfecho con el sistema (la cifra era un 55% en el caso del FONASA, Horvitz (1995)). La misma

encuesta de opinión mostraba que un 36% de los beneficiarios de ISAPRE percibe que su cobertura es insuficiente o se siente totalmente descubierto por el plan, percepción que no está alejada de la realidad pues un estudio reciente (Díaz, Gacitúa, Torche y Valdés (1995)) mostró que la cobertura de enfermedades catastróficas es deficiente. Una explicación plausible para el cambio en la percepción entre 1994 y 1996 pueden ser las molestias que sufrieron los usuarios debido a las múltiples huelgas en el sistema público durante 1996, además de las diferencias en la composición de la muestra utilizada en las dos encuestas.⁵

En respuesta a las críticas, la Asociación de ISAPRES, agrupación gremial de las ISAPRES, resalta las principales virtudes del sistema privado: la libertad de elección y la mejor atención que reciben los beneficiarios. La asociación argumenta que el bajo índice de reclamos ante el ente regulador—especialmente reclamos aceptados—indica satisfacción con el sistema. Durante 1995 hubo sólo 651 reclamaciones, de las cuales un 59% se fallaron a favor del afiliado. Sin embargo, el proceso de ingreso de los reclamos es engorroso y requiere una gran cantidad de material corroboratorio, razón por la que muchos afiliados que se sienten perjudicados desisten de reclamar. Prueba de ello es que durante 1995 el número de quejas telefónicas informales fue superior a 20.000.

El sistema de ISAPRES sufre problemas que son intrínsecos a los seguros privados de salud. La mayor parte de estos problemas están asociados a asimetrías de información entre los distintos agentes que participan en el mercado: médicos e ISAPRES, ISAPRES y afiliados y, por último, afiliados y médicos. El hecho de que los gastos en salud crezcan más rápidamente que la economía se deriva en gran parte de estas asimetrías de información.⁶ Estos problemas son similares a los que ha experimentado la salud en los EE.UU, donde el sistema privado de seguros de salud opera sobre bases parecidas a las ISAPRES.

Otros problemas se derivan directamente de errores de diseño del sistema, los cuales crean incentivos perversos. El principal de éstos es la obligación que tienen los trabajadores independientes de destinar un porcentaje fijo de su ingreso al seguro de salud. Los problemas de diseño son, en teoría, relativamente fáciles de resolver, pero las distorsiones que han introducido al sistema han creado incentivos para mantenerlos, lo que dificulta la introducción de cambios que harían más eficiente y más equitativo al sistema privado de financiamiento de la salud.

La interacción de dos sistemas, el público y el privado, con funcionamientos totalmente disímiles, es otra fuente de problemas. Aquí la cuestión principal consiste en que las ISAPRES crean planes de buena atención ambulatoria pero con una baja cobertura para las enfermedades catastróficas. Estos planes están dirigidos a cotizantes de bajos ingresos, los que confían en acceder al sistema estatal en el caso de enfermedades graves.⁷ Otro problema relevante es que aquellos afiliados que representan un alto riesgo de salud y que no son aceptados por las ISAPRES terminan en el sistema público. Esto último es particularmente inequitativo ya que un cotizante proveniente del sistema privado no ha sido solidario con el sistema público, pero recibe un subsidio de éste cuando se ve forzado a abandonar el sistema privado.

Los expertos han llamado la atención sobre otro problema del sistema ISAPRE:

la pérdida de la libertad de afiliación que van sufriendo los cotizantes a medida que envejecen. En efecto, con el paso de los años las personas van adquiriendo enfermedades de carácter crónico, por lo que no son aceptadas por otras ISAPRES si desean cambiarse, quedando cautivas en su ISAPRE original. Este es un problema importante pues la libre afiliación es una de las características más valoradas por los afiliados, además de ser uno de los principales argumentos a favor del sistema.

La próxima sección realiza un diagnóstico del sistema de salud en Chile, indicando sus *fortalezas* y sus *debilidades*. En las dos secciones subsiguientes se realiza un análisis económico con el objeto de indicar los orígenes de los problemas del sistema, lo que permite que en la quinta sección se propongan cambios de forma de reducir o eliminar estos problemas. Finalmente, se presentan las conclusiones.

II. Descripción del Sistema de Salud Chileno

2.1 Los sistemas de salud

Esta sección comienza por describir los distintos tipos de sistemas de salud con el fin de poner el sistema chileno en contexto.⁸ Los sistemas de salud pueden ser clasificados, de acuerdo a su forma de financiamiento, en públicos, de seguridad social y privados. En el primer caso, el financiamiento proviene de los fondos generales de la nación. En los sistemas privados la salud es financiada por los usuarios, ya sea directamente o través de seguros privados. En el caso de la Seguridad Social, el financiamiento proviene de los descuentos obligatorios (por planilla) de los salarios brutos de los trabajadores. A continuación se indican las principales características de los distintos modelos:

Principalmente privado. En este modelo el seguro de salud para los trabajadores y sus beneficiarios es privado, aunque para algunas situaciones específicas existe un seguro estatal. La mayor parte de la atención médica es ofrecida por hospitales y doctores en forma privada. EE.UU. es un ejemplo de este modelo.

Principalmente público. En este esquema la atención médica es financiada principalmente por vía de impuestos generales. Los servicios pueden ser provistos por hospitales públicos y doctores empleados por el sector público. También es posible encontrar doctores independientes trabajando -vía convenio- con el sector público. Este modelo fue común en muchos países siguiendo el ejemplo del NHS del Reino Unido. En otros casos los proveedores de servicios son privados. Por ejemplo, en Canadá existen proveedores tanto públicos como privados.

Seguridad Social. La principal fuente de financiamiento son los propios usuarios, aunque normalmente el Estado subsidia las primas o las prestaciones de las personas de menores ingresos. Hsiao distingue aquel caso en que existe un solo plan estandarizado manejado por el Estado, como ocurre en España, de aquellos en que los usuarios pueden elegir entre distintos planes públicos y privados, como es el caso de Alemania, Francia y Japón.

El sistema de salud chileno es una combinación de un sistema de seguros privados de salud y un sistema público financiado por deducciones de salarios y financiamiento público. Por lo tanto, comparte los defectos y ventajas de ambos, aunque la interacción entre los dos sistemas de salud provoca complicaciones adicionales. Antes de analizar el caso chileno, es conveniente estudiar los problemas de los sistemas de tipo seguridad social y privados en otros países.

Uno de los principales problemas que enfrentan los sistemas de salud privados es el escalamiento de costos. En los EE.UU., los gastos reales en salud han crecido a una tasa de 4,5% entre 1960 y 1990, la cual es mucho mayor que el crecimiento del producto. De acuerdo a datos de la Organización de Países Desarrollados (OCDE), en 1992 los EE.UU. destinaron un 14% del producto a gastos en salud, siendo la cifra más alta entre todos los países de la OCDE (Abel-Smith, 1995). Esto ha causado un aumento en las primas de los seguros médicos o, alternativamente, una disminución de los beneficios que éstos otorgan. La fuerte alza en los costos de los seguros, junto con la paulatina desaparición de los empleos de por vida, explica el hecho de que una fracción creciente de la población no cuente con ningún tipo de seguro de salud, lo que a su vez ha obligado al gobierno a incurrir en mayores desembolsos como asegurador *of last resort*.

Una combinación de factores explica el alza sostenida en los costos de salud en los EE.UU.⁹ El primero de ellos es la forma en que se pagan los servicios de salud: retrospectivamente, en función del costo incurrido en las prestaciones asociadas a un tratamiento. El segundo es el hecho de que los prestadores de servicios (oferentes) son a la vez quienes determinan cuándo éstos son necesarios. También existe un problema de riesgo moral generado por el hecho de que los agentes pagan directamente sólo una fracción del costo de la atención. Según Cutler (1996), estos aspectos pueden explicar hasta un 50% del alza en los costos de salud. El uso generalizado de tecnologías médicas sofisticadas cuyos beneficios son marginales explica el otro 50% del alza en los costos de salud.

Otro gran inconveniente del sistema de los EE.UU. es que dificulta la movilidad laboral de las personas, porque normalmente los seguros médicos son planes grupales que incluyen a todos los trabajadores de una institución. Un empleado que desea cambiar de trabajo puede tener problemas para acceder a otro seguro de salud si tiene una enfermedad preexistente que genera fuertes costos de atención de salud. En este caso, el seguro puede ser muy caro o la nueva empresa puede preferir no emplearlo para no elevar los costos de su seguro colectivo de salud. Además, la movilidad se ve reducida por los períodos de carencia. Por ejemplo, en el caso de embarazo el período de carencia es nueve meses, por lo que una cotizante embarazada (o un cotizante con una beneficiaria embarazada) tendrá serias dificultades para cambiar de trabajo ya que perderá la cobertura de su seguro médico.

El sistema inglés hasta 1991 era un caso extremo de sistema público. La salud se organizaba en torno al National Health System (NHS), el cual era financiado por el Estado. A través de una distribución presupuestaria se asignaban los recursos financieros a los distintos prestadores para el pago de las atenciones que realizan a la población.¹⁰ Uno de los problemas que se presentaban en este esquema

es el racionamiento en la atención de salud, el cual se refleja en los largos tiempos de espera que sufren sus beneficiarios y las constantes prestaciones por aumentar los presupuestos asignados a los distintos hospitales.

El funcionamiento de un Sistema de Seguridad Social de Salud depende mucho de la forma que se entreguen los servicios. Por ejemplo, en el caso de que exista un único proveedor público, el funcionamiento no difiere del caso de un sistema público. Por el contrario, si cada usuario contrata un seguro con un asegurador privado de su elección, entonces el sistema no difiere sustancialmente de uno privado.

También es importante recordar que muchas veces coexisten dos o más sistemas. Por ejemplo, en América Latina es común que exista un sistema de salud público financiado ya sea con impuestos a los salarios o impuestos generales, abierto a la mayor parte de los ciudadanos. Simultáneamente, las personas de mayores ingresos recurren a proveedores privados, financiando directamente las prestaciones o a través de seguros de salud privados, ya que el sistema público no satisface sus necesidades.

III. Descripción del Sistema Privado de Salud en Chile

En esta sección se realiza una descripción somera del estado actual del sistema ISAPRE en Chile.

3.1 El marco legal

Hasta el año 1981 el sistema previsional de salud en Chile estaba en manos del Estado, el cual era financiado por descuentos por planilla y aportes del Estado.¹¹ Este operaba a través del Servicio Nacional de Salud y el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA). Los adscritos al SERMENA tenían la posibilidad de libre elección entre prestadores privados de atenciones ambulatorias y de exámenes de laboratorio. En 1981, el gobierno introdujo un nuevo sistema de financiamiento de la salud en el cual todos los trabajadores dependientes debían cotizar un mínimo de un 7% de su salario imponible, el cual puede ser des- tinado tanto al sistema privado como al sistema público de salud.¹²

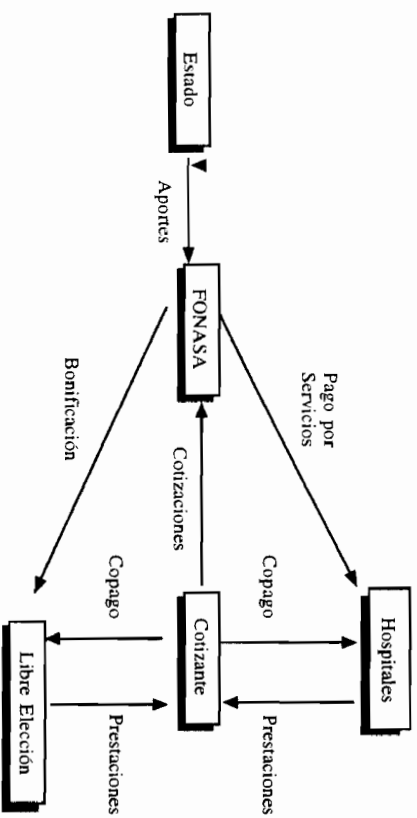
En FONASA los beneficios que reciben los beneficiarios dependen negativamente del ingreso del afiliado. Los afiliados con más altos ingresos, y que por lo tanto aportan más al sistema, reciben beneficios menores. Los cotizantes de FONASA pueden optar entre la modalidad institucional, en la que los beneficiarios son atendidos en instituciones públicas,¹³ y la modalidad de libre elección, en la que cotizantes activos y sus cargas familiares eligen a los médicos y las instituciones privadas o públicas que desean utilizar y que estén adscritas a uno de los tres niveles de pago ofrecidos por FONASA. Es decir, el valor de las prestaciones es determinado por FONASA.

La categoría institucional es el *safety net* de salud en Chile, incluyendo entre sus beneficiarios a los cesantes e indigentes. Debido a restricciones presupuestarias, la calidad de la atención es baja y existen listas de espera para múltiples

tipos de intervenciones. La Figura 1 muestra un diagrama de la estructura de relaciones en el sistema público de salud. En ambas modalidades: institucional y libre elección, los cotizantes pagan la diferencia entre el costo de la atención y la bonificación que reciben de FONASA. La atención es gratuita para los afiliados de menores ingresos y para los indigentes. Esta situación introduce enormes incentivos para subdeclarar ingresos. Un encuesta entre afiliados de FONASA reveló que un 36% de ellos dijeron conocer de cerca casos de personas que se atendieron como indigentes sin serlo (Horwitz, 1995). Debido a que FONASA atiende gratuitamente a los indigentes y desempleados, quienes no aportan al sistema, FONASA recibe aportes del Estado. Un 40% de su financiamiento proviene del Estado, otro 40% es financiado por las cotizaciones de los trabajadores activos, un 16% proviene de copagos por prestaciones médicas y servicios y, el 7% restante proviene de otras fuentes.¹⁴

FIGURA 1

SISTEMA PÚBLICO DE SALUD



En el sistema privado (ISAPRES) el afiliado accede a un plan de salud que depende del monto de su cotización y del número, edad y sexo de los beneficiarios (también depende del riesgo de salud de los beneficiarios en el caso de cotizantes que ingresan al sistema o cambian de ISAPRE). El afiliado puede cotizar un porcentaje mayor al mínimo legal de 7% con el fin de acceder a un plan con mayores beneficios. Las ISAPRES financian una fracción (que puede llegar al 100%) de las prestaciones médicas de los beneficiarios, dependiendo del plan de salud del afiliado y del tipo de prestación.¹⁵ Los beneficiarios del sistema pueden elegir prestadores libremente. Recientemente han comenzado a introducirse planes que requieren pasar a través de un profesional de salud que ejerce una función de portero (*gatekeeper*) del sistema, como en los *Health Management*

Organizations (HMO) de los EE.UU., con el objeto de controlar costos. Aunque este tipo de programas están en una etapa inicial, se espera que sean cada vez más importantes a medida que suben los costos de salud y que los cotizantes se habitúan a no tener libre elección entre prestadores, aunque mantienen la libre elección entre ISAPRES.

Los contratos de salud se establecen entre el afiliado individual y la ISAPRE, no teniendo el empleador otra participación que no sea la de descontar la cotización por planilla, por lo que el seguro no tiene, en principio, efecto sobre la movilidad laboral. Las ISAPRES ofrecen asimismo planes colectivos cuando se agrupa a un número importante de trabajadores de una misma institución. En el caso de los planes colectivos la ley autoriza al empleador a hacer un aporte adicional de hasta un 2% del salario del trabajador, el cual puede ser rebajado de la base de los impuestos a las utilidades de la empresa.¹⁶ Dado que los beneficios que reciben los afiliados a los planes colectivos dependen de las características medias del grupo y no de las de cada individuo, el asegurador gasta menos recursos en identificar los riesgos de salud de cada afiliado y sus beneficiarios.¹⁷ Una fracción de los menores costos de transacción de los planes colectivos es traspassada a los afiliados, por lo que éstos reciben beneficios adicionales a los que obtendría un individuo cuya familia tiene las características medias del grupo.

Cuando un afiliado a un plan colectivo se retira de la empresa (o del plan) pierde los beneficios adicionales, pero puede compensar estas pérdidas si ingresa a otro plan colectivo. Si no lo hace, la ISAPRE está obligada a mantener las condiciones generales del plan, reflejando ahora las características del grupo familiar: edad, número de beneficiarios y sexo, pero sin considerar su estado de salud. Para determinar el valor del nuevo contrato se debe multiplicar el precio base del plan por el factor correspondiente a cada beneficiario, estando los multiplicadores establecidos en el plan colectivo. El plan individual puede resultar muy caro para un trabajador (si, por ejemplo, tiene más cargas que el promedio del colectivo). En este caso, la ISAPRE deberá ofrecerle al cotizante un nuevo plan de salud, el cual no podrá contemplar beneficios menores a los que podría obtener de acuerdo a la cotización legal del trabajador en el momento de adecuarse el contrato a su contribución legal.

Según la ley, las ISAPRES tienen sólo un rol asegurador, financiando las prestaciones de salud. Las prestaciones de salud recibidas por sus beneficiarios son, en principio, otorgadas por clínicas, doctores y laboratorios independientes. Sin embargo, algunas ISAPRES se han integrado verticalmente, comprando clínicas y empleando directamente a profesionales de la salud. El motivo para integrarse verticalmente parece ser el de tener un mejor control sobre los costos de salud. Otras ISAPRES consideran que su experiencia se remite al campo asegurador y no se han integrado. Por último, existen casos en los que clínicas privadas han organizado ISAPRES, un caso de integración aguas arriba (*upstream integration*).

El sistema de salud chileno es un sistema de seguridad social, pues la principal fuente de financiamiento son los descuentos por planilla. En Chile coexisten sistemas de seguridad público y privado. El sistema privado de seguros es de carácter individual y no solidario, a diferencia del sistema público, que es de

carácter solidario. Si bien se trata de un sistema de seguridad social, el sistema de ISAPRES es similar al sistema norteamericano, mientras que la modalidad institucional del sistema público es similar al sistema inglés. Además, existe una categoría intermedia: la modalidad de libre elección en FONASA, categoría que está más cerca al sistema alemán. La coexistencia de distintos sistemas en la salud crea una serie de problemas que serán analizados más adelante.

En todo caso, es conveniente recalcar una distinción importante entre el sistema de los EE.UU. y el de las ISAPRES. En el sistema de las ISAPRES el contrato es siempre individual, aun en el caso de planes colectivos. La ventaja de los contratos individuales son: (i) que da libertad de afiliación a los individuos y, (ii) no afecta la movilidad laboral. La desventaja de un plan individual es que aumentan los costos de salud. En el caso en que cada contrato es individual, los aseguradores desean conocer los riesgos de salud asociados a cada nuevo afiliado, lo que reduce el rol asegurador del sistema. Además, se elevan los gastos administrativos y de comercialización del sistema. Peor aún, para una ISAPRE resulta atractivo intentar desafiliarse a los cotizantes que hayan adquirido una enfermedad que se espera producirá gastos importantes en el futuro. Los convenios colectivos de las ISAPRES son un sistema intermedio que permite mantener la movilidad laboral sin caer en los problemas señalados anteriormente.¹⁸

3.2 Las reformas del sistema ISAPRE

La ley de ISAPRES ha sido modificada dos veces, la primera en 1991 y la segunda en 1995. En cada una de las reformas se tocó un aspecto fundamental y otros de menor importancia. La primera reforma se centró en las enfermedades crónicas y la segunda en las preexistencias médicas. La primera reforma también creó un ente regulador de la industria: la Superintendencia de ISAPRES. La segunda reforma introdujo cambios que aumentan la transparencia del mercado.

Enfermedades crónicas. Los contratos de salud se renuevan anualmente. Hasta la reforma de 1991 las ISAPRES tenían la posibilidad de no renovar contrato a aquellos cotizantes que contraían enfermedades crónicas, o en general a aquellos cotizantes que estimasen representaban elevados riesgos de salud (en particular, los ancianos). Esta facultad de las ISAPRES limitaba fuertemente la utilidad del seguro médico.¹⁹ La reforma legal de 1991 estableció la obligatoriedad para las ISAPRES de ofrecer renovar los contratos en condiciones similares a todos los cotizantes que estaban en el mismo plan, independientemente de las condiciones médicas que el cotizante y sus cargas pudieran haber adquirido durante la vigencia del contrato. Al momento de la renovación, las ISAPRES pueden modificar los precios, las prestaciones convenidas y el monto de los beneficios del plan. Si bien en principio la modificación introducida en la reforma legal de 1991 resuelve el tema de la discriminación en contra de quienes hubiesen aumentado su riesgo salud, crea dos nuevos problemas: los afiliados *cautivos* y la inestabilidad de las ISAPRES que adquieren una cartera de afiliados con mayor movilidad que el resto del sistema, los que son analizados en la siguiente sección.²⁰

Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional. El ente fiscalizador

de las ISAPRES es la Superintendencia de ISAPRES (SISP), la cual tiene diversas facultades por ley. Entre ellas, están dictar instrucciones de carácter general que permitan interpretar los contratos de salud y su fiscalización, y cautelar el cumplimiento de los principios contractuales mediante los cuales las ISAPRES aseguran el cumplimiento de sus obligaciones con los afiliados, especialmente en lo que se refiere a las garantías financieras. La ley confiere a la Superintendencia la facultad de aplicar sanciones a las ISAPRES y el Superintendente actúa como árbitro, sin ulterior recurso, para resolver las controversias que surjan entre las ISAPRES y sus afiliados, sin perjuicio de que el afiliado pueda optar por recurrir a la justicia ordinaria. Las ISAPRES pueden interponer un recurso de reposición ante la misma SISP en contra de las resoluciones o instrucciones que dicte la autoridad. Si el Superintendente las desestima, es posible presentar un recurso de reclamación ante la Corte de Apelaciones.

Exclusiones y preexistencias. El principal objetivo de la modificación legal de 1995 fue reducir las exclusiones y eliminar las restricciones de cobertura a las preexistencias médicas.²¹ Anteriormente, las exclusiones incluían a los tratamientos quirúrgicos y a las enfermedades y atenciones causadas por el alcoholismo y el consumo de drogas, somníferos, barbitúricos y estupefacientes. El cambio legal que limita las exclusiones no tiene efecto alguno en la práctica, ya que si bien el rango de las exclusiones se ha restringido, los topes de reembolsos que han cobrado las ISAPRES a las enfermedades excluidas son tan bajos, que no producen mayores beneficios a los cotizantes.

La ley de 1995 limita las restricciones a la cobertura de preexistencias. En efecto, las enfermedades preexistentes que el cotizante declara tienen una cobertura mínima de 25% durante un período de 18 meses, transcurrido el cual tienen una cobertura de 100% de lo establecido en el respectivo plan de salud.²² Desafortunadamente, las modificaciones legales tienen efectos que no siempre corresponden a las intenciones del legislador. Como resultado de la limitación a las restricciones en las preexistencias, las ISAPRES han comenzado a no afiliarse a nuevos cotizantes con preexistencias, lo cual antes no siempre ocurría. Ya que se ofrecían planes que excluían los beneficios correspondientes a prestaciones derivadas de enfermedades declaradas. La eliminación de las preexistencias podría ser de mayor utilidad para un trabajador de plan colectivo, salvo que el empleador no lo ocupase previamente que su contratación podría tener un efecto sobre el costo o los beneficios del plan colectivo.

Transparencia de mercado. La ley de 1995 introdujo modificaciones adicionales que intentan hacer efectiva la prohibición de descartar a aquellos afiliados que poseen enfermedades crónicas y aumentar la transparencia del mercado. La ley expresamente señala que al momento de la renovación anual de los contratos, las condiciones generales que se ofrezcan al afiliado deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes del plan, y que no se debe considerar el estado de salud del afiliado o sus beneficiarios. Asimismo, la ley de 1995 establece que al revisar los planes las ISAPRES deberán mantener la relación de precios por sexo y edad que hubiese establecida en el contrato original.²³

Los cotizantes del sistema ISAPRE tienen grandes dificultades para comparar los distintos planes ofrecidos por las diversas ISAPRES. Estos se caracterizan por una extrema complejidad, el uso de numerarios específicos a cada ISAPRE, y una gran cantidad de letra chica. La ley de 1995 obliga a las ISAPRES a usar un solo *arancel* y a expresar el valor de cada prestación en pesos o UF.²⁴

Excedentes. La reforma de 1995 eliminó el problema de los excedentes, el que causaba mucha molestia entre los cotizantes. Los contratos de las ISAPRES estaban especificados en términos monetarios, pero sujetos a la restricción de ser superiores al 7% del ingreso imponible. Esto significaba que, si el ingreso del cotizante era variable y aumentaba un mes, era posible que su 7% de cotización obligatoria fuera superior a la cotización mensual. En ese caso, la ISAPRE recibía este excedente, sin necesidad de entregar servicios adicionales a los contratados. La reforma obligó a las ISAPRES a crear cuentas individuales de excedentes que permiten financiar gastos en salud. La evaluación de esta reforma es mixta, ya que los costos de implementación son altos y las sumas que se acumulan son pequeñas. La eliminación del 7% de cotización obligatoria, como se propone más adelante, resuelve el problema en forma automática sin incurrir en los costos del sistema actual de cuentas de excedentes.

3.3 El sistema ISAPRE en números

El número de afiliados al sistema ISAPRE ha crecido 50 veces desde su creación en el año 1981, cubriendo a fines de 1995 un 28% de la población del país. Durante ese año, el número de afiliados aumentó en 3,9%, tasa muy inferior en los años anteriores, sin que sea evidente si esta baja se debe a la madurez del mercado o si tiene su origen en los cambios legales introducidos en 1995 (Ver Cuadro 1). La elevada tasa de crecimiento de los cotizantes del sistema ISAPRE nos indica que quienes pueden acceder al sistema lo prefieren al sistema público. Lo anterior no es sorprendente, considerando que el gasto promedio por persona es tres veces superior en el sistema ISAPRE que en FONASA y que el sistema FONASA es solidario.

Desmintiendo las predicciones iniciales que indicaban que el sistema estaba dirigido al segmento de altos ingresos de la población, una proporción significativa de afiliados tiene ingresos relativamente bajos (ver Cuadro 1). El Cuadro 2 muestra que un 33% de los cotizantes declaraba un ingreso de menos de \$ 200.000 mensuales (US \$500). Más interesante aún, la renta imponible mensual promedio se ha mantenido casi constante en los últimos cinco años, lo que, dado el crecimiento en los salarios reales en el período, implica que el crecimiento económico ha permitido la expansión del sistema privado de salud hacia sectores más amplios de la población (ver Cuadro 1).

En todo caso es necesario tener presente que existen dos razones que explican, al menos en parte, la presencia de personas de bajos ingresos en el sistema privado. La primera es la existencia de ISAPRES cerradas y planes colectivos. En ambos casos, factores como planes colectivos y los subsidios del 2% permiten a los cotizantes obtener planes superiores a los que obtendrían en forma individual, especialmente en el caso de los trabajadores de menores ingresos. La otra expli-

CUADRO 1
 NUMERO DE COTIZANTES, BENEFICIARIOS, COTIZACION TOTAL Y RENTA IMPONIBLE PROMEDIO (ISAPRES ABIERTAS)

Año	Cotizantes	Beneficiarios	Cotización total (\$MM)	Renta promedio (\$) (1995)
1981	26.415	61.659	1.008	—
1985	165.181	426.549	41.805	309.648
1990	798.687	1.900.255	162.374	292.944
1993	1.409.301	3.229.572	303.148	254.772
1994	1.529.892	1.949.458	366.717	249.975
1995	1.587.089	3.578.797	410.086	269.269

Fuente: Series Estadísticas Sistema ISAPRE 1981-1995.

CUADRO 2
 RENTA IMPONIBLE DE LOS COTIZANTES 1995 (ISAPRES ABIERTAS)

Renta	Número Cotizantes
Menos de 40	12.465
41-100	112.063
101-150	196.388
151-200	187.917
201-250	152.408
251-300	112.957
301-700	362.739
Más de 701	149.968
Sin clasificar	273.952
Total	1.551.757

Fuente: Series Estadísticas Sistema ISAPRE 1981-1995.

cación, que se discute con mayor detalle en la siguiente sección, es que las personas de bajos ingresos cotizan en el sistema privado, donde reciben una mejor atención por prestaciones ambulatorias o menores, pero cuando tienen un problema de salud de importancia (cirugía mayor, por ejemplo) emigran hacia o utilizan el sistema público.²⁵

En términos de edad, el Cuadro 3 muestra que la edad promedio de los cotizantes ha ido cayendo a medida que se incorporan segmentos de la población de menores ingresos relativos, los que en promedio son más jóvenes. El Cuadro 4 también muestra que la tasa de crecimiento de los cotizantes mayores de sesenta años es más alta que el promedio. Sólo un 8,5% de la población total de mayores de sesenta años cotiza en las ISAPRES. Este porcentaje debería aumentar en el futuro, entre otras razones, debido a los cambios legales que impiden, al menos en el papel, a las ISAPRES desafiliarse a los cotizantes que se supone tendrían

elevados costos de salud. Por lo demás, los futuros ancianos que se han beneficiado con las mayores pensiones que ofrece el sistema de previsión privada serán un mercado más atractivo para las ISAPRES. En este sentido, el sistema no ha alcanzado su madurez en términos de la distribución etaria de los afiliados.

CUADRO 3
 COTIZANTES POR EDAD (1995)

Edad	Número Cotizantes
Menos de 20	27.764
20-29	517.130
30-39	540.104
40-49	319.132
50-59	170.363
60-69	58.899
70-79	12.078
80-84	2.017
Más de 84	1.588

Fuente: Series Estadísticas Sistema ISAPRE 1981-1995.

CUADRO 4
 COTIZANTES DE MAS DE 60 AÑOS

Año	Número Cotizantes	Porcentaje Cotizantes
1990	35.532	4,1
1991	43.854	4,1
1992	51.810	4,1
1993	64.057	4,3
1994	70.241	4,4
1995	74.732	4,5

Fuente: Series Estadísticas Sistema ISAPRE 1981-1995.

CUADRO 5
 NUMERO DE PRESTACIONES ANUALES POR BENEFICIARIO

ISAPRES	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Abiertas	10,65	8,44	8,45	8,63	9,04	9,40	9,28	9,49	9,24	9,41
Cerradas	13,10	13,50	13,42	14,16	14,89	15,98	17,76	18,50	17,96	18,23

Fuente: Series Estadísticas Sistema ISAPRE 1981-1995.

CUADRO 6
FACTORES DE PRECIOS RELATIVOS POR EDAD Y GASTO
PROMEDIO POR BENEFICIARIO

Tamaño de Edad	ISAPRE A	ISAPRE B	ISAPRE C	Gasto 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	1,12	1,0	1,00
45-50	1,4	1,20	1,0	1,61
51-55	1,4	1,57	1,0	1,61
56-58	1,4	3,50	1,5	1,61
59-60	1,4	3,50	1,5	1,61
61-65	2,0	5,10	1,5	3,42
66-74	3,0	5,10	2,5	3,42
75-más	4,5	5,10	2,5	3,42

Fuente: Fischer, Mizala y Romaguera (1995).

Una crítica al sistema privado de salud es que la mayor parte de los cotizantes se verían obligados a retornar al sistema público en la vejez, pues el alza en las cotizaciones con la edad les haría prohibitivo el sistema privado.²⁶ Sin embargo, un estudio reciente (Fischer, Mizala y Romaguera, 1995) muestra que los cotizantes entre 35 y 55 años con familias típicas no tendrían problemas para financiar su salud en el sistema ISAPRE en la tercera edad, salvo que los costos de salud aumenten a tasas anuales reales superiores a un 4% en un horizonte mayor a 20 años. Si bien los cotizantes más jóvenes enfrentarían un problema para financiar su salud en la tercera edad (cuarenta años en el futuro), éste se resolvería ahorrando un 1% del ingreso para solventar los gastos de salud en la tercera edad.²⁷

Sin embargo, los autores no recomiendan introducir un ahorro obligatorio sin esperar ver la evolución de los principales parámetros del modelo (evolución de los costos médicos, rentabilidad de los fondos de pensiones y tasa de crecimiento de los salarios reales), ya que el horizonte es demasiado largo y la sensibilidad a cambios en los parámetros es muy alta. En resumen, la conclusión de dicho estudio es que no hay problemas inmediatos para financiar la salud en la tercera edad en el sistema privado para cotizantes que han participado en el sistema de fondos privados de pensiones. Este análisis no considera la situación de los afiliados que están en planes colectivos, los que al jubilarse deberían cotizar en forma individual y pierden el subsidio legal de un 2%.

Las utilidades del sistema de salud privado son altas en términos del capital (aproximadamente un 25%), aunque no desusadas para negocios similares, y son un porcentaje relativamente bajo de los ingresos totales.²⁸ Las ISAPRES abiertas destinan un 57% de los ingresos a bonificar prestaciones médicas, un 14,3% a

pagar los subsidios por incapacidad laboral, un 19% a pagar por administración y ventas y un 5,1% corresponde a las utilidades. En suma, los afiliados reciben un retorno de aproximadamente el 71% de sus contribuciones al sistema.²⁹

El porcentaje destinado a administración y ventas es elevado en comparación a los sistemas de financiamiento público, como el caso de Canadá, donde se estima que estos costos están entre 1,5-5% de los gastos totales. En Chile, los costos administrativos son cercanos a un 20%, lo que es consistente con las cifras de países como Corea o EE.UU. que tienen este tipo de sistemas.³⁰ Los gastos de administración y retornos de las ISAPRES son comparables a los de las compañías de seguros generales en el país. Se podría entonces pensar que son los costos inherentes a un sistema de libre elección.

El número total de prestaciones otorgadas por el sistema ha crecido a una tasa elevada, multiplicándose veintiocho veces entre los años 1984 y 1995. Las prestaciones por beneficiario, que en un comienzo aumentaron rápidamente, se han estabilizado en algo más de nueve en el sistema abierto (y dieciocho en el cerrado).³¹

IV. El Sistema y sus Problemas

Las principales críticas al sistema ISAPRE se centran en su impacto en los costos de salud, la baja cobertura en las enfermedades catastróficas, la pérdida de la libertad de afiliación cuando se adquiere una enfermedad crónica y la falta de transparencia del mercado. Otros problemas son la eventual inestabilidad de algunas ISAPRES y los que se derivan de la interacción entre los sistemas público y privado y que recaen principalmente sobre este último.

Fischer y Gutiérrez (1992) analizan los fundamentos económicos subyacentes que explican los problemas que presenta el sistema ISAPRE. Algunos de los problemas son inherentes a las asimetrías de información que caracterizan al sector salud y no son distintos de los que ocurren en otros países, otros son consecuencia de la libertad de afiliación y, por último, existen aquellos que se originan en el mal diseño inicial del sistema.

Hemos dividido los problemas actuales del sistema ISAPRE en tres grupos. Aquellos que tienen que ver con protección al consumidor, los que inciden en un escalamiento de costos, y aquellos que se relacionan con la interacción entre los sistemas público y privado.

4.1 Protección al consumidor

Falta de transparencia. Un primer problema del sistema de ISAPRE es la falta de transparencia. Los cotizantes tienen grandes dificultades para comparar la inmensa cantidad de planes ofrecidos por las diversas ISAPRES. Estos se caracterizan por una extrema complejidad y una gran cantidad de letra chica. La reciente modificación legal que obliga a utilizar pesos o UF como unidades de cuenta facilita la comparación de los distintos planes que ofrece una ISAPRE,

aunque persisten los problemas creados por la complejidad y las diferentes estructuras de los planes ofrecidos por distintas ISAPRES. La falta de transparencia determina que los afiliados no necesariamente compran el mejor plan al que podrían acceder con su cotización. Además, la falta de transparencia tiene implicancias adicionales para la competencia en el sector.

La cobertura de los seguros médicos. El segundo problema se relaciona con las deficiencias en la cobertura de las enfermedades catastróficas. Los planes de salud tienden a cubrir exámenes médicos de rutina, consultas y tratamientos ambulatorios. En cambio, la cobertura para problemas médicos de mayor seriedad es insuficiente en muchos planes. Una explicación posible es que los consumidores son míopes y subestiman el valor esperado de siniestros con baja probabilidad. Dado que pocos afiliados sufren problemas médicos mayores, pero muchos se someten a procedimientos de rutina, los proveedores de seguros privados se concentran en estos últimos.³² Esta situación se vería agravada por la falta de transparencia: las personas desconocen cuáles son los beneficios que tienen en caso de enfermedades catastróficas. Finalmente, algunos analistas argumentan que las aseguradoras privadas no desean atraer a cotizantes con potenciales problemas serios de salud, razón por la cual son reacios a ofrecer buena cobertura para las enfermedades graves, es decir, debido al problema de selección adversa.

Díaz *et al.* (1995) muestran que la cobertura de las enfermedades es decreciente en el costo de éstas, cubriendo sólo un 55% de los gastos en aquéllas que tienen mayores costos. Los autores señalan que la existencia de un seguro abierto y sin límites (al menos formales) en el sistema público, explica el hecho de que los planes de las ISAPRES ofrezcan buena cobertura ambulatoria pero sean deficientes en su cobertura de enfermedades catastróficas.³³ Esta explicación no es relevante en el caso de los afiliados de mayores ingresos quienes rara vez retornan al sistema público.

Algunas compañías de seguros generales han comenzado a ofrecer un seguro complementario para enfermedades catastróficas. Esta es una solución relativamente cara, dirigida a los sectores de altos ingresos y tiene un tope máximo de edad. Por lo demás, la fundamentación lógica de una cotización obligatoria es la de contrarrestar la falta de previsión de los trabajadores, por lo que es un contrasentido necesitar un seguro voluntario adicional para cubrir enfermedades catastróficas que no están adecuadamente cubiertas por los planes financiados por la cotización obligatoria.

Permanencia de las ISAPRES. Los contratos son anuales, pero las ISAPRES tienen la obligación de ofrecer renovar el contrato a cada afiliado sin discriminar en función del estado de salud de sus beneficiarios. Esta disposición es fundamental para que el sistema actúe efectivamente como un seguro. Sin embargo, para que esta disposición sea efectiva es importante la permanencia en el tiempo de las ISAPRES, pues un cotizante que adquiere enfermedades catastróficas tendrá problemas para afiliarse a otra ISAPRE si su institución cierra.

La obligación de no desafiliarse a los cotizantes que tengan beneficiarios con enfermedades catastróficas, unido a la libertad de afiliación de los trabajadores, los que pueden desahuciar el contrato en cualquier momento luego de un año de

vigencia, crea un problema de estabilidad de las ISAPRES. En efecto, imagine-mos que por alguna razón (por ejemplo, selección adversa asociada a ofrecer planes más atractivos para los cotizantes cuyo grupo familiar tenga altos riesgos de salud) alguna institución adquiere una cartera de clientes con mayor mortalidad que el promedio. Entonces esta institución tendrá pérdidas a menos que reduzca los beneficios de sus planes, suba los precios o pueda encontrar una forma de eliminar a sus afiliados con costos altos. Los afiliados cuyos beneficiarios gozan de buena salud abandonarán dicha ISAPRE, lo que a su vez hará subir nuevamente las cotizaciones. De continuar este proceso, en la ISAPRE sólo quedarán aquellos cotizantes que tienen elevados costos de salud, los que deberán pagar elevadas primas por programas que ofrecen beneficios limitados, lo que puede inducir a una emigración a FONASA.

Esta situación puede explicarse, en parte, por qué las ISAPRES son reacias a ofrecer planes con buena cobertura para enfermedades catastróficas: existe el riesgo de atraer a afiliados que demandan altos costos de atención médica durante largos períodos; problema que no ocurre con la cobertura de las atenciones rutinarias. Es decir, existe un desincentivo a que las ISAPRES ofrezcan planes con buena cobertura de las enfermedades catastróficas.

Discriminación. A pesar de la disposición legal introducida en 1991, que obliga a renovar contratos en condiciones discriminatorias con respecto a los demás afiliados del plan, existen mecanismos que algunas ISAPRES pueden utilizar para discriminar (y eventualmente desafiliar) a aquellos cotizantes con enfermedades crónicas. En efecto, las ISAPRES podrían elevar sustancialmente las cotizaciones de los planes existentes, creando al mismo tiempo planes con iguales beneficios y costos a los anteriores, los que sólo son ofrecidos a aquellos afiliados que quieren retener. El uso de este mecanismo sólo se ve limitado por los problemas de reputación que enfrentaría una ISAPRE que lo usara en forma agresiva.

Como una manera de evitar el uso de este mecanismo, la modificación legal de 1995 establece que si al momento de la renovación el cotizante no acepta el nuevo contrato, la ISAPRE deberá ofrecerle planes de salud alternativos, en condiciones equivalentes, pudiendo el afiliado aceptar alguno de ellos, o bien desafiliarse. La disposición agrega que si el afiliado estima que los planes ofrecidos no son equivalentes puede recurrir a la SISP. Sin embargo, es prácticamente imposible interpretar la noción de equivalencia de planes, un hecho que es reconocido en la SISP.

Cotizantes cautelivos. Los afiliados con alto riesgo de salud no pueden cambiarse a otra ISAPRE pues sus costos esperados de salud son más altos que el promedio de los de otros cotizantes, por lo que otras ISAPRES no los recibirían (aun si lo hicieran las preexistencias serían cubiertas sólo en un 25% durante los primeros 18 meses). En otras palabras, estos cotizantes son cautelivos de la ISAPRE donde están afiliados.

El problema anterior es de gran relevancia, pues la libertad de elección entre distintos oferentes es uno de los fundamentos del sistema ISAPRE. La pérdida de la libertad de elección puede afectar a un número importante de afiliados cuando éstos más la necesitan. A medida que los individuos envejecen, es cada vez más

probable que sufran de alguna enfermedad que suponga mayores costos de salud a futuro, lo que implica que la mayoría de los cotizantes terminarán en la categoría de afiliados cautelivos. La libertad de elección para individuos relativamente sanos es menos importante que para individuos con problemas de salud.

4.2 Escalamiento en los costos de salud

Entre 1980 y 1992, el gasto per cápita en salud aumentó en un 90%, lo que hizo que los gastos en salud aumentarían desde un 2,7% al 4,7% del PGB (ver Cuadro 7). El aumento en la proporción del gasto total dedicado a salud se explica por el crecimiento de la demanda y el consiguiente aumento en los precios de las prestaciones médicas. Durante el período 1992-1994, un índice del costo de las prestaciones médicas subió a una tasa equivalente al doble de la inflación.³⁴ Una parte de la expansión en la demanda se debe a la satisfacción de la demanda reprimida por mayores servicios en el sector público y al aumento en la calidad de servicio en el sector privado. También ha influido el aumento del ingreso per cápita, ya que la salud es un bien normal. Otro problema importante es la restricción en la oferta de profesionales, particularmente en algunas especialidades.

En el sistema ISAPRE el gasto en salud por beneficiario al mes aumentó en términos reales desde 5.049 pesos en 1990 a 6.390 pesos en 1995 (aproximadamente US\$ 15,6), es decir, 26,5% en 10 años, a pesar de que el sistema privado tendió a incorporar a sectores de menores ingresos. Además, se advierte un ace-

CUADRO 7

GASTO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PRODUCTO

Año	Mutuales Seguridad	Sistema Público	Sistema Privado	Total
1980	0,21	2,58	0,00	2,79
1981	0,24	2,98	0,03	3,25
1982	0,23	3,57	0,14	3,94
1983	0,21	2,96	0,19	3,36
1984	0,23	2,84	0,32	3,39
1985	0,21	2,60	0,38	3,19
1986	0,21	2,60	0,38	3,19
1987	0,23	2,19	0,77	3,19
1988	0,24	2,22	0,90	3,36
1989	0,27	2,06	1,04	3,37
1990	0,33	2,06	1,27	3,66
1991	0,34	2,21	1,42	3,97
1992	0,33	2,34	1,51	4,18
1993	0,36	2,47	1,66	4,49
1994(*)	0,36	2,52	1,73	4,61
1995(**)	0,36	2,45	1,77	4,58

Fuente: Datos del Ministerio de Hacienda, comunicados por el SISP. Los datos para 1994 y 1995 son estimaciones.

leramiento en la tasa de crecimiento de los gastos de salud. Entre 1985 y 1990 crecieron en 9,5%, cifra que para el lustro 1990-1995 sube a 15,6%.

Existen dos explicaciones para este proceso que son propias de los sistemas de seguros individuales de salud. Una de ellas es la tendencia a la sobreprestación de servicios, la otra se refiere a los problemas de selección adversa que impiden una efectiva competencia entre aseguradores.

Sobreprestación de servicios. La forma de pago de las prestaciones médicas en el sistema privado consiste casi en su totalidad en pago por servicios (*fee for services*). Este hecho, unido al que los pacientes sólo cancelan el copago por las prestaciones, permite que el médico enfrente una curva de demanda menos elástica por sus servicios, lo que le permite subir sus precios. Es decir, los proveedores de salud tienen pocos incentivos a reducir el número y el costo de las prestaciones. Por ejemplo, en el sistema privado un 60% de los nacimientos corresponden a cesáreas, mientras que en el sistema público la cifra correspondiente es un 25%.³⁵ Este problema se acentúa por la asimetría de información que se produce en la relación médico-paciente. Este último no tiene elementos de juicio para saber si los tratamientos y exámenes sugeridos por los médicos son eficaces o no.

Cutler (1996) estima que la introducción de nuevas tecnologías y avances médicos explica al menos el 50% del aumento en el gasto en salud en los EE.UU. Según Cutler, una fracción importante de las nuevas tecnologías si bien costosas son efectivas sólo en el margen; es decir, la mortalidad de quienes han recibido prestaciones con estas tecnologías médicas no es diferente de quienes usan tratamientos tradicionales: un año después de la intervención, aunque pueden contribuir a la sobrevivencia inmediatamente posterior a ésta.³⁶

Un motivo complementario para el alza de costos es la excesiva especialización de los médicos en Chile. Procedimientos que en otras condiciones serían de rutina son atendidos por especialistas, los cuales no siempre interactúan entre ellos y tienden a examinar los problemas desde su punto de vista particular. Dada su especialización, estos médicos solicitan una mayor cantidad de exámenes de diagnóstico que lo que haría un médico generalista. También tienen una tendencia mucho mayor a solicitar, como menciona Cutler (1996), intervenciones sofisticadas cuyos efectos son marginales. El problema radica en que la introducción de nuevas tecnologías no obedece a un análisis razonado de sus virtudes y de su efectividad en el mediano plazo, sino que responde a los incentivos de los especialistas para utilizar las últimas tecnologías.

El problema de la introducción de equipos y tratamientos sofisticados se ve agravado, por lo que a nuestro juicio constituye un error de diseño en el sistema ISAPRE. La contribución obligatoria de un 7% del ingreso de los trabajadores jóvenes los hace prospectos muy atractivos para las ISAPRES. En sus intentos para atraer a este segmento, las ISAPRES les ofrecen equipos y tratamientos de última generación, la mayoría de los cuales no han sido analizados desde el punto de vista de su costo-efectividad. Este segmento no utiliza algunos de los servicios que se le ofrecen, pues su estado de salud es bueno. Sin embargo, una vez introducidos al sistema de salud nacional, existe una tendencia competitiva natural a que las ISAPRES los incorporen a sus otros planes, aumentando los costos del sistema.

Competencia entre aseguradores. La selección adversa es un serio impedimento a una competencia efectiva en el caso de los seguros de salud individuales con libertad de afiliación, especialmente cuando la cotización que hace el afiliado está determinada (por ejemplo, cuando es un porcentaje del salario). En este caso, la competencia implicaría mayores prestaciones por el valor de la cotización. El riesgo de ofrecer mayores servicios es atraer a un mayor número de trabajadores que (o cuyos familiares) tienen un mayor riesgo de salud, y que por lo tanto destinan más tiempo a buscar la ISAPRE que entrega mejores prestaciones. Esto podría conducir a un aumento en la morbilidad que se traduciría en mayores costos. La situación es diferente cuando es el asegurado quien decide cuánto gastar en seguros médicos. En este caso, el asegurador está en la necesidad de hacerle ofertas atractivas, ya que en caso contrario el asegurado puede elegir no asegurarse o eventualmente autoasegurarse en un alto porcentaje.

En el caso de los afiliados que representan un bajo riesgo de salud, la cotización es mayor que los gastos que generan, por lo que son atractivos para las ISAPRES. En este caso la competencia opera entregando prestaciones que, como se señaló anteriormente, son en gran medida superfluas. Una forma de competir es aumentando los esfuerzos de venta selectivos. Esto puede explicar el alto costo comercial y administrativo de las ISAPRES y el hecho que destinen una cantidad importante de recursos a comisiones por ventas. Los problemas de falta de competencia se ven agravados por la complejidad y falta de transparencia en el mercado de los seguros de salud.

4.3 Interacción entre los sistemas público y privado

La interacción entre un sistema público con cobertura universal, abierto a todos, con un sistema privado crea importantes problemas. Esta situación ha incentivado a las ISAPRES a crear planes con buena atención ambulatoria pero escasa cobertura de siniestros, los cuales son muy atractivos para los pacientes de bajos ingresos. Estos cotizantes prefieren estos planes pues saben que podrán utilizar el sistema público en caso de sufrir una catástrofe de salud. FONASA ha dispuesto que esto no suceda en el futuro, introduciendo nuevos sistemas de identificación de sus cotizantes. Si FONASA tuviese éxito en este esfuerzo, los incentivos a la afiliación de los sectores de bajos ingresos al sistema ISAPRE serían menores y los planes de éstas ofrecerían mejor cobertura para enfermedades catastróficas.³⁷ Persiste la duda sobre si la amenaza de no atender en el sistema estatal a pacientes con enfermedades graves es creíble. Aunque se erradiquen los abusos, los afiliados de las ISAPRES que adquieren enfermedades crónicas que tienen baja cobertura en sus planes de salud siempre podrán poner término al contrato con su ISAPRE y emigrar a FONASA.

Existen otros canales a través de los cuales la interacción entre los sistemas ha dañado al sistema público. Al elevar considerablemente el costo alternativo de los médicos en el sistema público, el sistema ISAPRE ha contribuido a elevar los costos y a reducir la dedicación de los médicos. Actualmente, la mayoría de los médicos que tienen contratos de jornada completa en el sistema público trabajan

en forma efectiva un número de horas muy inferior al tiempo contratado, dedicando el resto de su tiempo a la atención privada. Asimismo, la introducción de equipos sofisticados en el sistema privado incentiva que los usuarios del sistema público también los exijan.³⁸

V. Propuesta para la Renovación del Sistema

Parece evidente la necesidad de introducir cambios globales a los seguros de salud público y privado, de manera de no continuar realizando modificaciones marginales que a menudo tienen resultados opuestos a lo esperado. En esta sección se ofrecen propuestas que, conservando las grandes líneas del sistema actual, lo modifican sustancialmente.³⁹ Estos cambios respetan los legítimos intereses de las partes involucradas, pero a la vez reducen los graves problemas descritos en la sección anterior. El objetivo de los cambios propuestos es crear un sistema que, manteniendo la mayor parte de la estructura del sistema de salud existente, se acerque a cumplir las siguientes metas:

- Cubrir a toda la población en el sistema público o privado contra catástrofes médicas.
- Preservar la libre elección de los consumidores entre planes y entre ISAPRES.
- Reducir los incentivos a discriminar en contra de los afiliados que representan un alto riesgo de salud.
- Crear incentivos para limitar el crecimiento de los costos de salud.

Existen otros objetivos importantes que deberían ser cubiertos en una propuesta integral, como es la falta de incentivos a la prevención en el caso de algunas enfermedades, pero que no han sido incorporados al trabajo.

Debido a los problemas que produce la interacción entre los sistemas público y privado, es imposible reformar uno de los dos sectores de una forma que no lo desnaturalice, sin modificar también el otro sector. Por lo tanto, esta sección también analiza los cambios mínimos que deben introducirse al sistema público para eliminar las distorsiones que induce en el sistema privado (ver Díaz, Gacitúa, Torche y Valdés, 1995).

5.1 Un plan básico de salud (PBS)

La mayor falla en el diseño del sistema es que establece una cotización mínima en términos de un porcentaje del salario. La motivación para esta cotización mínima obligatoria es paternalista: el Estado supone que los ciudadanos no son lo suficientemente responsables como para precaverse contra gastos imprevistos en salud, por lo que los obliga a destinar un porcentaje de su salario a la compra de un seguro médico. En esta forma el Estado no debe hacerse cargo de los individuos que debido a que no han tomado las medidas necesarias para enfrentar los riesgos de salud, terminan siendo subsidiados por el Estado. Sin embargo, la imposición de un seguro mínimo definido como un porcentaje de los ingresos distorsiona las decisiones de aquellos consumidores que no necesitan una cotización tan alta para estar cubiertos en forma adecuada: jóvenes profesionales solte-

ros, por ejemplo. Además, como hemos visto, el seguro contratado con la cotización obligatoria no necesariamente cubre los gastos catastróficos de salud.⁴⁰

Una alternativa que soluciona los problemas anteriores es la obligación de comprar un plan mínimo (o básico) de salud definido por el Estado. Este plan debería cubrir sólo enfermedades catastróficas, condiciones crónicas y medicina preventiva, no así gastos médicos de rutina. Por supuesto que los afiliados tendrían la libertad de contratar seguros para cubrir estos gastos, aunque ésta no parece ser una decisión racional. El costo del plan dependería del tamaño de la familia, la edad y el sexo.

Hay cierto consenso respecto a la conveniencia de introducir esta modificación al sistema actual, aunque falta definir la cobertura del plan básico. Su definición presenta un problema difícil de resolver pues envuelve decisiones éticas complejas (qué prestaciones cubrir y cuáles son los límites a estas prestaciones). A nuestro juicio el plan básico debería ser el que FONASA ofrece a sus afiliados. Hoy, en principio, éste tiene cobertura limitada. Sin embargo, como los recursos son escasos, implícitamente se usa un sistema de racionamiento a través de listas de espera y otros mecanismos similares que limitan el gasto. Estas restricciones no están especificadas, sino que dependen en gran medida de los prestadores del sistema. Por ello, es difícil definir en qué consiste el plan de salud en el sistema público. En consecuencia, como primera medida se requiere que FONASA defina explícitamente el plan de salud que ofrece a sus beneficiarios. Esto significa diseñar un plan que haga posible que cualquier afiliado a FONASA pueda reclamar en forma efectiva (ante un árbitro o ante una corte) si el contrato no es respetado.

Para no elevar el costo del PBS para los afiliados a ISAPRE, el estándar de hotelería debería ser similar o idéntico al que obtienen los afiliados al sistema público.⁴¹ Para que un PBS de este tipo sea factible en el sistema privado, las ISAPRES deberían poder establecer contratos con los prestadores públicos, de manera de poder ofrecer el nivel estatal de hotelería. Estos contratos son viables sólo si los prestadores públicos determinan el costo real de sus prestaciones, incluyendo el costo real del capital, trabajo y otros insumos. Es probable que la mayoría de los afiliados al sistema privado prefiera una cobertura superior o una hotelería de mejor calidad. Estos planes de mejor calidad serían totalmente voluntarios y requerirían montos adicionales a la cotización necesaria para acceder al plan mínimo.

Con esta propuesta se evitarían las múltiples distorsiones que introduce el sistema actual. En efecto, soluciona el problema de la falta de cobertura para las enfermedades catastróficas, reduce los problemas de interacción entre los sistemas público y privado y elimina elementos sistémicos que tienden a elevar los costos. Por ejemplo, aquellos afiliados que creyeran no tener riesgos de salud podrían gastar menos de un 7% de su ingreso en el seguro, y no recibirían prestaciones superfluas, aunque seguirían cubiertos ante catástrofes.

Para algunos cotizantes de bajos ingresos y con numerosas cargas el costo del plan básico de salud puede ser muy alto. Una solución potencial involucra un límite a la cotización obligatoria como porcentaje del salario.⁴² Si con este límite la cotización no alcanza para acceder al PBS en el sistema privado, el trabajador debería quedar adscrito a FONASA. En este caso el Estado debería subsidiar a

FONASA por la diferencia entre el costo del plan y la cotización del trabajador. Una vez que se establezca una política de subsidios para afiliados a FONASA, ésta se podría extender a las ISAPRES, es decir, el mismo subsidio que el Estado daría a FONASA por proveer el PBS para un trabajador de bajos ingresos podría ir a la ISAPRE que éste eligiese y estuviese dispuesta a aceptarlo.

5.2 Una mochila para trasladarse entre ISAPRE

Cochrane (1995) ha sugerido una forma de resolver el problema de aquellas personas que, por representar un riesgo de salud mayor que el promedio de un grupo familiar de características similares, queda cautivo en la ISAPRE donde está afiliado.⁴³ El seguro de Cochrane es anual; en cada renovación del contrato el asegurado recibe una suma (que puede ser negativa, es decir el cotizante paga) que equivale al valor presente de los mayores (menores) costos de salud desde la última renovación de su contrato de seguro. Con esta suma, el cotizante puede trasladarse libremente a otra compañía de seguros de salud, ya que su mayor costo actuarial estaría cubierto por el monto recibido. En su forma pura, tal sistema sería de difícil operación, ya que existen enormes dificultades para establecer con precisión el costo adicional de la enfermedad, dado el plan del afiliado. Sin embargo, bastaría que la mochila fuera una fracción de los costos futuros para mejorar la situación actual.⁴⁴

La implementación de una medida de este tipo no es trivial, pues se debe determinar, para cada plan y cada enfermedad incluida en el sistema de mochilas, el costo esperado futuro de la enfermedad.⁴⁵ Díaz *et al.* (1995) recomiendan un sistema similar al de los seguros de invalidez, en que el trabajador que queda inválido recibe una pensión de invalidez equivalente a un porcentaje del salario que recibió en su último período de actividad. Sin embargo, la mayor complejidad del cálculo de un seguro de este tipo en salud obliga a simplificar los procedimientos. Se debe evitar que haya incentivos para que los agentes finjan una enfermedad catastrófica crónica, de manera de trasladarse a una nueva ISAPRE sin la enfermedad pero con la mochila. Es probable que sea necesario establecer un mecanismo de arbitraje para determinar si un cotizante efectivamente sufre de una enfermedad cubierta por las mochilas.

Una forma de implementar este concepto es estableciendo *a priori* una lista de diagnósticos, estandarizados para todo el sistema ISAPRE, con relaciones de conversión entre los distintos cuadros. Uno de los diagnósticos se tomaría como cuadro base. Esta lista y las relaciones de conversión se establecerían por un acuerdo (sujeto a revisión plurianual) en el que participarían las ISAPRES y la SISP. Los planes de las ISAPRES incorporarían un elemento adicional que indicaría el monto a transferir a otra ISAPRE cuando se traslada un paciente que está aquejado por el cuadro base: los montos a pagar por las demás enfermedades cubiertas se construirían a partir del pago base. Dado que la lista de cuadros de diagnóstico sería estándar, se facilitarían las comparaciones entre planes. Sin ser éste un método perfecto, su simplicidad reduciría los incentivos perversos. Las empresas utilizarían estos montos como otra variable de competencia.⁴⁶

Otra ventaja de este sistema es que reduce los incentivos para intentar desafiarse a los cotizantes que representan un mayor riesgo de salud, pues la ISAPRE debe pagar la cantidad establecida por cada afiliado que se retira con una enfermedad crónica (de él o de sus cargas), por lo que estas personas tendrían un mejor tratamiento. Dado que los cotizantes del sistema privado valoran la libre afiliación, ésta debería ser una importante variable de competencia.

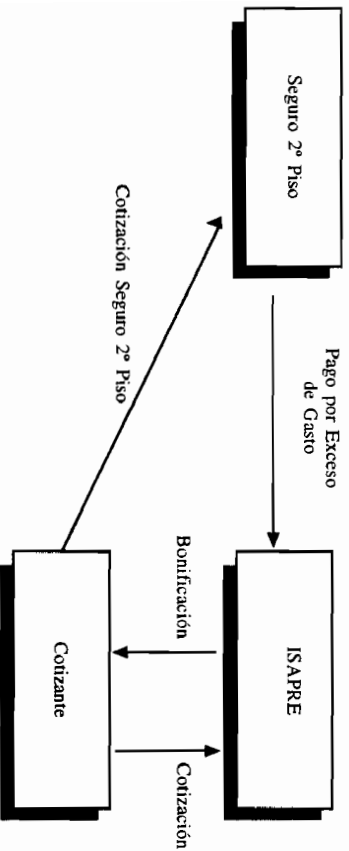
5.3 Seguros de segundo piso

Hemos visto que un eventual problema de selección adversa puede llevar al cierre de una ISAPRE, dejando en una posición difícil a sus asegurados con alto riesgo de salud, pues tendrían serias dificultades para afiliarse a una nueva ISAPRE. Una alternativa es exigir una reserva técnica a las ISAPRES que garantice el pago de las mochilas en caso de quiebra. Otra posibilidad, es introducir un reaseguro que reduzca la probabilidad de cierre de una ISAPRE. El reaseguro, como veremos, tiene la ventaja adicional de reducir (o eliminar) los incentivos para no ofrecer una buena cobertura para enfermedades catastróficas y los que existen para discriminar contra los afiliados que representan un mayor riesgo de salud.

El sistema de reaseguro propuesto se muestra en la Figura 2. La idea es establecer un seguro de segundo piso. Este seguro cubriría una fracción importante de los gastos de salud de la ISAPRE correspondientes a un afiliado, una vez que ciertos umbrales hubiesen sido superados. El umbral de gasto a partir del cual comenzaría a actuar el reaseguro estaría expresado en múltiples prefijados de la cotización anual. El motivo para hacer que los umbrales estén especificados en términos de la cotización, es que se reducen los incentivos de los cotizantes a contratar planes caros.

FIGURA 2

ESQUEMA DE SISTEMA DE REASEGURO



El buen funcionamiento del sistema requiere que los seguros de segundo piso no sean contratados por las ISAPRES, y menos aún por las familias. En el primer caso, el motivo es que si una ISAPRE tiene un mayor costo técnico para el asegurador de segundo piso, este último le cobrará una prima más cara a la ISAPRE, con lo que el problema del eventual cierre de una ISAPRE debido a que sus clientes más sanos la abandonan no se soluciona. En el segundo caso, las compañías de seguros de segundo piso tendrían incentivos para no aceptar cotizantes de alto riesgo. Para formar las carteras de cada asegurador de segundo piso, se dividirían los afiliados al sistema en grupos grandes (para poder utilizar la ley de los grandes números) de individuos tomados al azar.⁴⁷ Los grupos serían licitados, por ejemplo por la Superintendencia de ISAPRES, de manera de conseguir el reasegurador de menor precio por el servicio.⁴⁸

Si el precio mensual (en UF) de un plan en la ISAPRE es p , la variable de licitación sería la fracción α de cotización adicional αp que pagaría el cotizante por la cobertura de la compañía de seguros de segundo piso. Los afiliados realzarían dos cotizaciones de salud: una surta p que pagaría los servicios de la ISAPRE, mientras que la suma αp iría al seguro de segundo piso. La cotización resultante de la licitación dependería de la fracción reasegurada y del umbral, el que debería estar prefijado por el gobierno. Mientras mayor fuese la fracción reasegurada y más bajo el umbral, mayor será el costo del reaseguro, pero, por compartida, los costos de los planes de las ISAPRES serían más bajos.

El reaseguro rompe la lógica del seguro individual, pues cuando comienza a actuar el reaseguro se realiza un *risk pooling* entre todos los miembros del grupo. Sin embargo, no se trata de un sistema solidario, pues aquellos afiliados que tienen planes más caros y que tienen una mayor cobertura tienen un reaseguro mayor (pero también debe pagar una suma mayor por el reaseguro). La elección de la fracción cubierta por el reaseguro y el umbral al partir del cual éste comienza a operar, determina el grado de *risk pooling* que ocurre entre todos los adscritos a un grupo de reaseguro. Si el *risk pooling* es alto, puede aparecer un problema de selección adversa, ya que los cotizantes que tienen buena salud tendrían mayores incentivos a disminuir la cobertura de su plan al mínimo posible. Este fenómeno se ve algo disminuido por el hecho de que las personas no saben cuándo puede aumentar su riesgo salud, y cuando ello ocurra las ISAPRES no estarían dispuestas a aumentar su cobertura.

El manejo del umbral tiene interesantes implicancias para el reaseguro. Si el umbral es alto, es decir un múltiplo importante del costo del plan, habrá pocos casos en que el reaseguro operaría, y por lo tanto los costos de los reaseguradores (administrativos y de siniestros) serían menores. Asimismo, un umbral alto reduce el desincentivo de las ISAPRES a precaverse contra diversos tipos de abusos. Con un umbral alto, el reaseguro operaría en pocos casos, generalmente no anticipados, por lo que la pérdida de celo fiscalizador sería menor. La interacción entre la fracción reasegurada y el umbral tendría efectos sobre el tipo de planes que la ISAPRE ofrecería. Se podría esperar que si la fracción reasegurada y el umbral son altos, habría un mayor incentivo a la provisión de planes con buena cobertura para las enfermedades catastróficas. No se puede descartar la posibili-

dad de subsidios cruzados desde personas de bajos a altos ingresos, si en los planes de los últimos la cobertura para enfermedades catastróficas es relativamente mayor que la de tratamientos de rutina.

5.4 Libertad de elección de planes

El reaseguro y la mochila reducen los incentivos para discriminar en contra de aquellos trabajadores que representan un alto riesgo de salud. Una proposición complementaria consiste en aumentar la libertad para que los afiliados a una ISAPRE puedan elegir planes al interior de la ISAPRE en que está afiliado. La proposición consiste en que al momento de renovar el contrato anual, el afiliado pueda elegir cualquiera de los planes que la ISAPRE donde está afiliado ofrece y cuyo costo sea menor o igual al de renovar el plan en el cual está afiliado. Esta modificación reduciría la probabilidad de que una ISAPRE pueda segregarse a individuos de riesgos similares de salud.

Actualmente, los individuos que ingresan a la etapa activa y tienen una pre-existencia tienen problemas para ingresar al sistema, ya que no son aceptados por las ISAPRES. Este problema se reduce si FONASA entrega una mochila correspondiente al costo de atender al cotizante y sus cargas en FONASA. Si aún tuviese problemas para ser aceptado se podría establecer un mecanismo de sorteo para asignar al cotizante entre las ISAPRES.

5.5 Competencia entre ISAPRES

Una problema grave de la salud, y especialmente de los sistemas privados de financiamiento, es el escalamiento de costos. La principal razón para optar por un sistema de libre afiliación es que la competencia entre aseguradores debiera asegurar la eficiencia del mercado. Sin embargo, en un sistema no-voluntario, donde la cotización de cada afiliado está determinada, los problemas de selección adversa impiden una efectiva competencia. Las propuestas anteriores tienden a reducir los problemas derivados de la selección adversa y las dificultades para comparar planes. Primero, sólo se obliga a los trabajadores a comprar un plan mínimo. Las ISAPRES competirían en forma directa sobre la base del precio del plan mínimo. Dado que todas las ISAPRES ofrecen el mismo plan básico, no existen mayores problemas de selección adversa al ofrecer este plan. Cualquier plan que excediera el plan mínimo sería negociado libremente entre el trabajador y la ISAPRE, por lo que ésta tendría incentivos para que los costos fuesen bajos. También el reaseguro tiende a disminuir las consecuencias de la selección adversa en los seguros individuales de salud. En efecto, cuando un cotizante genera costos muy superiores al promedio, una fracción importante de éstos son absorbidos por el reasegurador.

En forma complementaria, la competencia entre ISAPRES aumentaría si se estandarizaran y simplificaran los planes de salud de manera de facilitar las comparaciones entre planes ofrecidos por las distintas ISAPRES. La actual dificultad para comparar planes imposibilita una elección informada entre las distintas alternativas existentes en el mercado. La mayor competencia incentivaría a las ISAPRES

a reducir sus propios costos de administración y el de las prestaciones de salud que financian.

Los costos de salud serían menores si se incentivara la creación de planes colectivos. Una forma complementaria de limitar el crecimiento de costos es mediante sistemas de tipo HMO (Health Management Organizations) en los cuales los individuos pierden la libertad de elegir sus prestadores de servicios, aunque conservan la posibilidad de cambiar de HMO.⁴⁹

Existen otras formas de reducir costos, una de ellas es reemplazar el sistema tradicional de pagar las prestaciones médicas a través de *pago por servicios*, ya sea por contratos de capitación o mediante convenios de tratamiento por enfermedad (*case-based arrangements*), en los cuales no hay incentivos para sobreproveer servicios, y por el contrario se debiera cautelar que no ocurra lo contrario. También, puede ser útil que las ISAPRES distribuyan información que permita comparar los distintos prestadores y sus tarifas.⁵¹

Lal (1994) señala que la experiencia de los EE.UU. muestra que las compañías de seguros de salud son capaces de controlar costos, y sólo abandonaron sus esfuerzos de contener costos debido a la presión de las organizaciones de prestadores de servicios. El rol del Estado es evitar que presiones ilegítimas puedan reducir los esfuerzos de los aseguradores por reducir costos. En este sentido, pasos importantes son la reciente apertura de dos escuelas de medicina adicionales (existían sólo 5), en universidades estatales y privadas.

VI. Conclusiones

Este trabajo propone una serie de modificaciones profundas al sistema privado de salud, con el objeto de perfeccionarlo y permitir su viabilidad futura. La propuesta tiene varios componentes. Primero, se propone introducir un plan básico de salud obligatorio para todos los trabajadores unido a la posibilidad de uso (mediante pago) de la infraestructura hospitalaria pública por los cotizantes del sistema ISAPRE. Segundo, los planes que ofrecen las ISAPRES debieran incluir una mochila que facilite el traslado entre ISAPRES, de manera que no se pierda la posibilidad de libre afiliación con la edad o con la adquisición de enfermedades crónicas agudas. Tercero, se propone crear un sistema de seguros de segundo piso que comience a operar una vez que se han sobrepasado ciertos límites endógenos de gasto. Cuarto, se propone que los afiliados puedan elegir libremente entre los distintos planes que ofrece la ISAPRE donde están afiliados que tengan un costo inferior al de su plan actual. Finalmente, con el objeto de limitar el crecimiento del gasto en salud, se busca promover una competencia efectiva entre las ISAPRES.

Por cierto, sólo el diseño de cómo introducir *mochilas* que faciliten el traspaso entre ISAPRES, el diseño del sistema de reaseguro y la definición de un plan básico de salud son originales a este trabajo. Las otras proposiciones son conocidas y aparecen, por ejemplo, en el World Development Report de 1993, que señala entre otras cosas que la legislación debería obligar a que los seguros obligatorios privados cubran un paquete mínimo de servicios, sugiere competencia en la

prestación de servicios y la prohibición del rechazo a los cotizantes de alto riesgo.⁵² Sin embargo, la combinación de medidas que se sugieren en este trabajo forma un paquete coherente que podría resolver en buena medida los problemas reales que enfrenta la industria de seguros de salud.

Finalmente, se podría pensar que la propia industria podría evolucionar y resolver los principales problemas que la afectan. De hecho, han ocurrido cambios que muestran esta capacidad evolutiva. Por ejemplo, los contratos colectivos que ofrecen las ISAPRES representan una forma voluntaria de *risk pooling* que las propias instituciones otorgan en un contexto de contratos individuales.⁵³ Sin embargo, existen problemas que serán de difícil resolución ya que se deben a los problemas que causa la interacción de dos sistemas de salud de concepciones opuestas. Para resolverlos se necesitan modificaciones al sistema público que no pueden ser resueltos sin la intervención del Estado.

Notas

- 1 Existe un límite de contribuciones mensuales de aproximadamente US\$ 130.
- 2 Hay 12 ISAPRES cerradas, las que en conjunto sirven al 3,1% de los afiliados del sistema ISAPRE.
- 3 En diciembre de 1995 el número de afiliados al sistema privado era 1,65 millones y había 3,764 millones de beneficiarios, sobre una población nacional de poco más de 14 millones.
- 4 Encuesta ADMARK, noviembre 1996.
- 5 La encuesta ADMARK 1994 comprende sólo sectores de ingresos medios y altos, mientras que la encuesta citada por Horvitz (1995) tiene mayor representatividad.
- 6 El aumento en los salarios del sistema privado se transmite al sistema público al elevar el costo de oportunidad de los médicos que combinan el trabajo en hospitales públicos con consultas privadas.
- 7 Véase Díaz, Gacitúa, Torche y Valdés (1995).
- 8 La exposición de esta subsección sigue a Fischer y Gutiérrez (1992) y Hisao (1995).
- 9 Dado que la salud es un bien normal, un aumento en el ingreso está asociado a un aumento en los gastos de salud. Sin embargo, esto no explica por qué los gastos crecen más rápido en EE.UU. que en otros países.
- 10 En 1991 este sistema sufrió una serie de modificaciones que intentan introducir un sistema de mercado interno. El Estado establece contratos de atención con los prestadores que especifican costo y calidad. A su vez, médicos generales se agrupan en asociaciones que compran servicios en base a un sistema de capitación —pago fijo por persona— de la población cubierta por el grupo.
- 11 Excepcionalmente a sistemas independientes como el de las Fuerzas Armadas o los de algunas grandes empresas.
- 12 Con un tope máximo de aproximadamente US\$130 mensuales.
- 13 Los servicios se prestan a través de los 27 servicios públicos de salud distribuidos a lo largo del país, y de las postas y consultorios dependientes de las Municipalidades.
- 14 World Bank Counter Studies, (1995).
- 15 Las ISAPRES (así como FONASA) también son responsables por el subsidio por incapacidad laboral que paga a los trabajadores una fracción de su salario imponible durante una enfermedad. Esto representa un gasto importante para las ISAPRES, además de causarles problemas administrativos y de control.
- 16 Los aportes de los empleadores a trabajadores con salarios altos o que correspondan a porcentajes mayores a un 2% no dan derecho a crédito tributario.
- 17 Los gastos de administración y de comercialización también son menores.
- 18 A pesar de tener un contrato individual, los afiliados a un plan colectivo pierden algo de su movilidad ya que pierden beneficios al cambiar su trabajo, pero no enfrentan carencias ni preexistencias, como en EE.UU.

- 19 Ver Cochrane (1995).
- 20 La inestabilidad se debe a que las ISAPRES establecen un contrato indefinido mientras que los cotizantes pueden retirarse luego de un año de permanencia. Por lo tanto, una ISAPRE con mayor mortalidad, que no puede eliminar a sus cotizantes *caros* debe subir el precio de sus planes, lo que hace que los cotizantes sanos tiendan a abandonarla, elevando sus costos y eventualmente llevándola a la quiebra. Las ISAPRES han encontrado mecanismos para eludir esta consecuencia de la modificación legal, segregando a los cotizantes de más alto costo en planes especiales con mayores cotizaciones.
- 21 La Ley define como enfermedades preexistentes aquellas que hayan sido conocidas por el afiliado y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato. Por su parte, las exclusiones son aquellas prestaciones médicas no cubiertas por un plan de salud.
- 22 Las enfermedades preexistentes no declaradas no tienen cobertura durante cinco años.
- 23 Los efectos de este último artículo son poco claros.
- 24 Arancel es el menú de pagos por prestaciones, límites a éstas y límites globales de uso que establecen los beneficios de un plan en una ISAPRE. La UF o Unidad de Fomento, un indicador estándar indexado al índice de precios.
- 25 Es interesante comparar el número de prestaciones en ISAPRES cerradas y abiertas (cerradas son aquellas asociadas a empresas y abiertas sólo a sus empleados). Las ISAPRES abiertas han conseguido controlar el número de prestaciones, mientras que las cerradas han visto que las prestaciones aumentan consistentemente. Ver Cuadro 5.
- 26 El Cuadro 6 muestra aumentos típicos en las cotizaciones y los compara con el aumento en los costos por beneficiario.
- 27 El principal elemento que juega a favor de los afiliados con edades entre 35 y 55 años es que los fondos de pensiones privados tuvieron una rentabilidad real media anual de más de 12% entre 1981 y 1993, lo que no se espera se repita en el futuro.
- 28 Promedio anual de las utilidades sobre patrimonio entre los años 1985-1993 de las cinco principales compañías de seguros generales en Chile: Cruz del Sur: 19,2%; Aetna: 18,7%; Consorcio General: 30,8%; Euroamérica: -0,2%; Chilena Consolidada: 15,2%. Datos provenientes de Mandiola (1997).
- 29 Cifras de 1995. Fuente: Series Estadísticas del Sistema ISAPRE 1981-1995. Existe un ítem de *otros gastos*, que corresponde a un 5% de los ingresos y que puede incorporar tanto algún tipo de bonificación como gastos administrativos no clasificados.
- 30 Es importante recordar que en los sistemas financiados con impuestos generales o solidarios con *payroll deductions* hay incentivos de *evadir* impuestos o subdeclarar. En ambos casos es necesario hacer un esfuerzo mayor de fiscalización cuyos costos no se incorporan en los del sistema de salud. Argumentos similares pueden aplicarse al mayor esfuerzo contra el fraude que realizan las ISAPRES en comparación con los sistemas más centralizados. Este esfuerzo tiene costos administrativos, pero si no se realizan, existe un costo que no aparece en las estadísticas de gastos del sistema de salud.
- 31 Fuente: Series Estadísticas del Sistema ISAPRES 1981-1995.
- 32 Ver Cochrane (1995).
- 33 También agregan que, en muchos casos, una mala elección del establecimiento hospitalario puede llevar a gastos muy superiores a los cubiertos por el plan del cotizante. Esto se debe a que los planes establecen bonificaciones y topos de gastos que dependen de la cotización. Si un beneficiario, debido a la falta de información, se atiende en una clínica de alto costo, la cobertura que le ofrece su plan puede ser muy baja.
- 34 Datos provenientes de la Asociación de ISAPRES.
- 35 Esta cifra, que proviene de la SISP, es más del doble de la cifra que, en EE.UU., condujo a una reducción del canon obstétrico durante la década de los 80. Ver Graber y Owings (1996).
- 36 Cutler (1995) cita varios estudios en los cuales: i) La mortalidad nueve meses después de recibir un tratamiento con especialistas académicos (gastando tres veces más recursos) es similar a la que se obtiene con médicos no académicos; ii) la caída en la mortalidad un año después de una intervención de urgencia es sólo un 40% de la mortalidad en los primeros 45 días, indicando que una parte importante de los efectos de la intervención fueron transitorios; y iii) los pacientes que no tienen acceso a tratamientos avanzados contra el infarto al miocardio tienen la misma probabilidad de supervivencia luego de un año que quienes tienen acceso a estas intervenciones. Por último,