

Sistema ISAPRE y Propuesta de un Plan Garantizado de Salud

Análisis histórico del sistema y estimaciones del
impacto de la actual propuesta de Reforma

Contenido

| | |
|--|----|
| Resumen ejecutivo..... | 3 |
| Introducción..... | 5 |
| I. Estructura y economía del seguro privado de salud..... | 7 |
| 1. Contexto de análisis..... | 7 |
| 1.1. Plan Garantizado de Salud..... | 8 |
| 1.2. Estructura actual del sistema de salud..... | 9 |
| 1.3. Fuerzas de Mercado en los Seguros de Salud..... | 9 |
| II. El Desarrollo Histórico de la Salud Previsional..... | 13 |
| 1. Etapa del modelo centralizado..... | 13 |
| 2. Etapa de descentralización y privatización..... | 15 |
| 3. Etapa de las Garantías Explícitas en Salud..... | 19 |
| III. Presente del Sistema: Logros, Desafíos y Propuesta de Reforma..... | 21 |
| 1. Mercado de la salud y desafíos del sistema..... | 25 |
| 1.1. Demanda..... | 25 |
| 1.2. Oferta..... | 29 |
| 2. Propuesta de reforma al sistema ISAPRE..... | 34 |
| 3. El Contenido Actual de la Ley de la Salud..... | 36 |
| 4. Justificaciones técnicas-normativas a la reforma..... | 37 |
| 5. Cuestionamientos técnicos a la reforma..... | 38 |
| IV. Futuro del Sistema: Posibles Resultados de una Reforma, Críticas y Propuestas..... | 40 |
| 1. Microsimulación del efecto de la política sobre la demanda..... | 40 |
| 1.1. Modelo de simulación..... | 41 |
| 1.2. Ejemplo a través de un análisis de casos..... | 46 |
| 1.3. Una nota con respecto a los beneficios complementarios..... | 47 |
| 2. Análisis de Cobertura..... | 48 |
| 3. Oferta..... | 51 |
| 3.1. IPC de la salud y control de costos..... | 51 |
| 3.2. Fondo de riesgo y dinámicas del sistema..... | 51 |

| | |
|---|----|
| 3.3. Judicialización..... | 52 |
| 4. Alternativas para el mejoramiento del sistema ISAPRE para el futuro..... | 52 |
| 4.1. Efectos sobre cotizantes y beneficiarios | 53 |
| 4.2. Precios | 54 |
| 4.3. Ajustes de riesgo | 54 |
| 4.4. Incertidumbre de precio y cobertura, y beneficios complementarios | 55 |
| 4.5. La importancia de la Gradualidad | 55 |
| Bibliografía | 57 |
| Anexo I: Estructura del sistema de salud en Chile | 59 |
| Anexo II: Comparación entre el Sistema Actual y la Propuesta de Reforma | 62 |
| Anexo III: Modelo de Microsimulación de la Demanda..... | 66 |
| A. Supuestos | 66 |
| B. Modelo de selección | 66 |
| C. Impacto sobre la Demanda Agregada de la Industria | 68 |
| D. Impacto sobre Segmentos de Afiliados..... | 73 |
| i. Segmentación por número de cargas | 73 |
| ii. Segmentación por Sexo..... | 76 |
| iii. Segmentación por Edad | 77 |
| iv. Segmentación por Quintil de ingreso..... | 80 |

Resumen ejecutivo

El sistema de salud en Chile se ha establecido como un proceso de constante cambio y reconfiguración estructural e institucional. Un posible cambio se puede observar hoy, con el envío del proyecto de Ley que modifica el sistema de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), a través de la creación de un plan único con misma cobertura y tarifa plana para todos los usuarios del sistema. Para analizar esta situación primero, se observará la historia del sistema de salud, con tal de observar los orígenes del sistema de salud previsional moderno.

Posteriormente, se analiza el momento actual y la reforma mencionada anteriormente. Este proyecto nace como respuesta frente a la resolución del Tribunal Constitucional, que considera que la aplicación de las tablas de factores, tal como se hace hoy en día, es discriminatorio, y por tanto es necesario generar otro sistema para evaluar el riesgo de una persona que toma su seguro obligatorio con en el sistema ISAPRE. La propuesta del gobierno es remplazar los distintos planes de salud actuales por un plan único, el Plan Garantizado de Salud (PGS), el cual tendría un precio determinado por la ISAPRE, e igual para cada uno de sus beneficiarios. La equiparación del riesgo del plan de salud se haría a través de un fondo de ajuste de riesgos. Esto significa incorporar más solidaridad al sistema privado de salud, sin embargo tiene el problema de generar un sistema de subsidios cruzados que pueden llevar a que algunas personas prefieran salir del sistema privado y volver a ISAPRE.

Finalmente, se evalúa técnicamente el efecto económico de la medida, a través de un modelo de microsimulación. Con esto, podemos observar que la aplicación de la medida genera una caída en el número de cotizantes y beneficiarios del sistema, perjudicando a alrededor de 400 mil personas. Los grupos más afectados son los quintiles de menores ingresos, las familias con muchas cargas, los jóvenes y los hombres, viéndose especialmente beneficiados los quintiles de más altos ingresos, las mujeres, las personas mayores y las personas sin cargas.

Las posibles soluciones para la aplicación de la reforma son entregar un subsidio cruzado a la cotización de las cargas menores de 24 años o crear una nueva tabla de factores simplificada. La primera solución reduce un poco los efectos de la medida sobre los quintiles de ingreso más bajo y las familias numerosas, y a su vez mantiene los efectos positivos sobre mujeres y personas mayores, si bien es probable que suba el precio. En cambio, la aplicación de una tabla de factores reducida puede incluso beneficiar al sistema de salud en su conjunto, y solucionar los problemas de regresividad que presenta la propuesta, sin embargo elimina los efectos positivos que la reforma tendría sobre personas mayores.

Además, este análisis asume comparabilidad entre el PGS y los actuales planes de salud. Esto no necesariamente es cierto, ya que no se sabe aún el contenido real en cobertura que el PGS tendría, siendo probablemente inferior en cobertura a los planes actuales, lo que puede hacer que las caídas en la demanda por planes de ISAPRES, sean aún mayores que lo estimado, y los posibles beneficios de acompañar al plan con una tabla de factores reducida, menores a lo estimado.

Se sugiere, de realizarse la reforma, establecer gradualidad en su aplicación, de forma de poder ir evaluando el funcionamiento de ésta. Se recomienda, de las propuestas consideradas en este informe, seguir la segunda opción, que incluye una tabla de factores reducida, en tanto genera los mayores beneficios con los menores costos. Sin embargo, se sugiere no descartar otras medidas, como puede ser el establecimiento de subsidios directos a la demanda. Con todo, tampoco se debería descartar el proyecto de “Ley corta” enviado al Congreso antes que el proyecto PGS, el cual podría ser una solución mejor y de más rápida aplicación en estos momentos.

Introducción

El sistema de salud en Chile se ha establecido como un proceso de constante cambio y reconfiguración estructural e institucional. Desde los orígenes de lo que fue denominado “Servicio Nacional de Salud” (SNS) en la década de los cincuenta, el sistema ha experimentado distintos cambios en su relación entre sistema público y privado, la configuración de los seguros previsionales de salud y las garantías que el sistema entrega.

Tras la creación del SNS, han existido dos reformas a gran escala al sistema. La primera, realizada en los años 80, con el fin de descentralizar al sistema y hacerlo más eficiente; la segunda, realizada en la década recién pasada, con el fin de garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población. Durante el año 2011, se propuso una nueva reforma en el sistema, esta vez enfocada al subsistema privado de salud. El fin principal de esta propuesta es incentivar la equidad en el sistema entre hombres y mujeres, jóvenes y ancianos, y acabar con las discriminaciones debidas a las preexistencias, a través del cobre de un Plan Garantizado de Salud (PGS), de mismo precio para cada cotizante en una misma ISAPRE. El otro fin evidente de esta política es acabar con los crecientes procesos judiciales que el sistema enfrenta. La discusión pública durante este periodo ha girado en los efectos que este plan podría tener para la industria y los consumidores.

Este trabajo se dispone a estudiar el proceso histórico, social y económico de la seguridad social para la salud en Chile. Como punto central del sistema se establece el momento presente, en el que nos encontramos ad portas de una reforma legal que reconfigura la estructura y funcionamiento del sistema. Así, se realiza un análisis del pasado, presente y proyecciones hacia el futuro del sistema, con un enfoque especial en la historia y los procesos enfrentados por el seguro previsional privado nacido en los años ochenta. El enfoque común para la realización del estudio es un análisis institucional, en el cual el enfoque está en las particularidades normativas, fallas de mercado y estructuras organizacionales que determinan el comportamiento del mercado y que a su vez determinan el surgimiento de nuevas instituciones que permitan enfrentar estos problemas. A su vez, esto es acompañado de análisis estadístico, con lo cual es posible observar los resultados cuantitativos de los procesos históricos y realizar proyecciones futuras que entreguen los posibles resultados de la reconfiguración actual que la industria podría enfrentar a futuro.

Así, este trabajo pretende dos cosas. La primera es hacer, tomando en cuenta los 30 años que cumple la industria de las ISAPRES, un recuento de la historia del sistema de salud chileno. Esto nos permitirá obtener una perspectiva general a través de la cual se pueden identificar los retos enfrentados por la industria que han marcado su evolución histórica, además de los conflictos que durante este proceso han surgido.

La segunda, es lograr, una vez reconocidos los retos que el sistema de salud enfrenta, un análisis de la propuesta del PGS. Para esto se comparará la Propuesta de Ley con la normativa vigente. Se analizará la forma en la cual la reforma contribuiría a acabar o mitigar los problemas presentes en

el sistema y reconocidos en la sección anterior.

Finalmente, se realizará un análisis de simulación para identificar el camino que la demanda podría seguir en el futuro, si es que este Proyecto es aprobado. Realizando un ejercicio simple de microsimulación por el lado de la demanda, en base a la Encuesta de Caracterización Nacional del año 2009 (CASEN), se proyectan los caminos seguidos por el mercado en los próximos años. Se considera que el nuevo panorama abre nuevos desafíos, pero también nuevas posibilidades, dejando espacio para una mayor integración entre el sistema de salud privado y el servicio público, nuevos espacios para la creación de negocios, y desafíos para la política pública que puedan mitigar los problemas distributivos que, eventualmente, podrían surgir.

I. Estructura y economía del seguro privado de salud en Chile

1. Contexto de análisis

En la actualidad el Poder Legislativo se encuentra analizando la propuesta de reforma al sistema privado de salud. Esta reforma nace en un momento en el cual el sistema privado de salud enfrenta fuertes cuestionamientos sobre sus políticas de alzas de precios, discriminación de precios y de tratamiento a las preexistencias, cuestión que se expresa en el número de recursos de protección puestos en contra de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), los cuales, según la prensa, durante 2011 sobrepasaron los 15.000 casos. En general, la resolución de estos casos termina beneficiando a la parte demandante¹.

Esta situación lleva al Tribunal Constitucional a iniciar un proceso de oficio para con respecto a las tablas de factores. El fallo del cinco de agosto de 2010 entregado por la institución determina que la aplicación de éstas, tal como se llevaba haciendo hasta ese momento, es inconstitucional, al discriminar de forma arbitraria, dado que no fija por ley la tabla de factores, y produce desigualdades que no son aceptables bajo la ley.

Esto lleva a que desde el Ejecutivo se ponga en marcha un proceso para modificar el sistema de aplicación de tablas de factores a través de la creación de una tabla única, la cual sería fijada por ley. Esto se envió como una propuesta de ley a la comisión de salud de la Cámara de Diputados.

Esta primera propuesta del Ejecutivo, apodada Ley Corta, que “Introduce criterios de razonabilidad y solidaridad en lo que respecta a las tablas de factores y a la determinación de los precios del contrato de salud” (boletín N° 7539-11), definía y fijaba una tabla de factores única, que desde ese momento en adelante sería utilizada por las ISAPRES para el cálculo del precio final de los contratos de salud, haciendo menores las diferencias entre personas de distinto perfil de riesgo. Además, incorporaba la creación de indicadores de la variación de los precios de los planes y prestaciones de salud y de su frecuencia de uso.

Sin embargo, esta propuesta no prosperó, en espera de una iniciativa de reforma más profunda de parte del Ejecutivo. Frente a tal situación, el Ejecutivo envía el 21 de diciembre de 2011 a la Cámara de Diputados el boletín N° 8105-11, que “Modifica el Sistema Privado de Salud, incorporando un Plan Garantizado”. Ambas propuestas se diseñaron en base a las propuestas de comisiones consultivas creadas para entregar al Ejecutivo una solución frente a los problemas planteados.

¹ “Las cifras que tienen a las Isapres entre la espada y la pared en medio de la reforma”, *Diario Financiero*, 26 de diciembre de 2011.

1.1. Plan Garantizado de Salud

La propuesta del boletín N° 8105-11 se enfoca en crear un Plan Garantizado de Salud (PGS), el cual corresponde a un plan de salud básico que toda ISAPRE debe ofrecer al mismo precio a todos sus clientes, de forma separada de cualquier otro beneficio complementario, y sin discriminar a ningún cliente. Este PGS entregaría cobertura básica, equivalente a la de FONASA D en Modalidad de Libre Elección, incluyendo en sus prestaciones todas aquellas incluidas en el AUGE-GES, la Cobertura para Gastos Catastróficos en Salud, la cobertura ante eventos de emergencia vital, el examen de medicina preventiva y un nivel de prestaciones y cobertura financiera definido de antemano a través del Consejo Consultivo, organismo especialmente creado para estos fines.

Para poder establecer planes de precio único, se establece un Fondo de Compensación de Riesgo del Plan Garantizado, el cual compensará a aquellas ISAPRES que asuman un mayor riesgo dada la cartera de beneficiarios que poseen. Una vez contratado el PGS, se puede acceder a contratar beneficios complementarios, para mejorar la cobertura establecida en el plan de salud. Tales beneficios no están cubiertos por el Fondo, y las ISAPRES pueden negarse a entregar beneficios a algún individuo en particular.

El proyecto incluye, además, el cálculo anual de indicadores de la variación de los precios de las prestaciones de salud de parte del INE. En base a aquella información y a indicadores de la situación económica y los cambios tecnológicos en el sector, y asumiendo condiciones de eficiencia, un Panel de Expertos determinará índices referenciales de variación de los precios del PGS, a modo de una banda de precios. Esta banda de precios, al ser referencial, no implica una obligación para las ISAPRE.

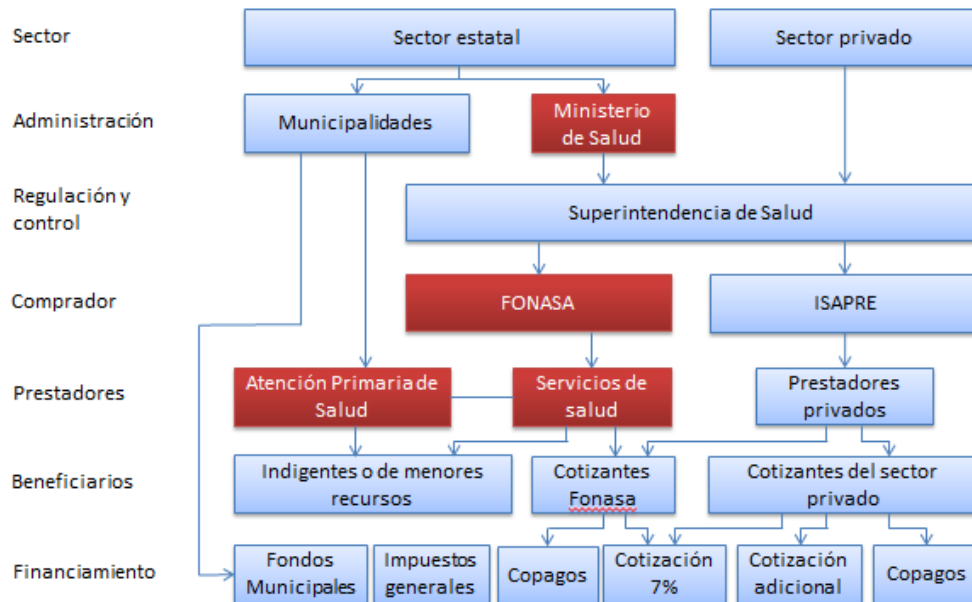
Esta propuesta ha generado bastante discusión entre miembros de la industria, del gobierno y del Congreso, la cual se ha reflejado en la prensa escrita durante estos días. El principal argumento de oposición, desde el punto de vista de las ISAPRES, es que un Fondo Compensatorio no necesariamente elimina los problemas de riesgos dentro del sistema, que una tarifa plana puede generar un mayor costo a quienes tiene familias numerosas, y podrían reducir el número total de cotizantes, aumentando así los costos, el precio del PGS, y, nuevamente, produciendo una disminución de cotizantes, generando un círculo vicioso que, además, no hace que el problema de la judicialización finalice.

Frente a las críticas de las ISAPRES y de otros actores, se han propuesto, en el Congreso, distintas modificaciones a la ley, entre ellas, la más importante, cierta gradualidad que disminuyera el costo del PGS para familias con tres o más dependientes. A pesar de estas propuestas, el proyecto, sin modificaciones, fue aprobado tanto en la comisión de salud de la Cámara de Diputados como en la misma Cámara. Ahora espera su aprobación definitiva en la Cámara Alta.

1.2. Estructura actual del sistema de salud

Actualmente el sistema se estructura de la forma que se puede ver en el Flujograma N° 1. El sistema es un sistema mixto o dual, tanto en prestaciones como en aseguramiento y compra de servicios y administración de fondos. Así, una persona debe afiliarse obligatoriamente en el sistema de salud, sin embargo puede elegir, sujeto a sus ingresos, en que sistema desea entregar su realización. Si lo hace en el sector público, tiene por su cotización atención universal, a través de la atención en la Red Asistencial del sector estatal, o a través de los prestadores del sector privado si es que elige la Modalidad de Libre Elección, debiendo cancelar un copago dependiendo de su nivel de ingreso. Si elige cotizar en el sistema de ISAPRES, entonces deberá firmar un plan de salud, cuyo precio probablemente implique un pago adicional a la cotización de 7%, y deberá hacer copagos por distintas atenciones, y a cambio tiene la promesa de atenciones de mayor calidad con prestadores privados. Ambos sistemas deben cubrir las prestaciones del sistema AUGE.

Flujograma N° 1.: Sistema Nacional de Servicios de Salud



Elaboración: CIEDESS. Color rojo representa al Sistema Nacional de Servicios de Salud.

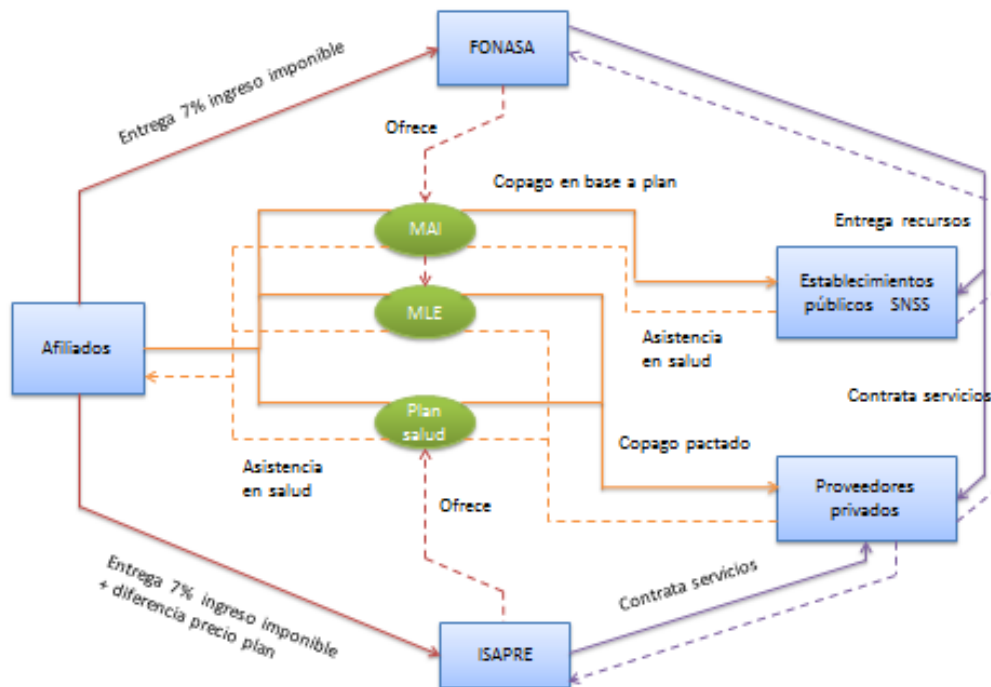
1.3. Fuerzas de Mercado en los Seguros de Salud

El mercado de los seguros se forma al existir una necesidad por cubrirse de los riesgos futuros relacionados con el estado de salud y cuyos costos podrían incluso superar su patrimonio. En

particular para el mercado nacional, tenemos un seguro social, cuyo acceso está garantizado por el Estado, dividido en un subsistema público y otro privado que ya han sido definidos.

El sistema de salud nacional se compone de tres interacciones de mercado. En el primero, representado en el Flujograma N° 2 por las flechas de color rojo, los usuarios se incorporan al sistema de seguro social, ofrecido tanto por FONASA y el SNSS como por el sistema privado de las ISAPRES. En un segundo mercado, representado por las flechas de color morado, FONASA y las ISAPRES realizan contratos con proveedores de salud, lo que permite ofrecer estos servicios a los usuarios. Finalmente, representado por las flechas de color naranja, está el mercado producido entre el usuario y los proveedores de salud, cuando se requieren sus servicios.

Flujograma N° 2: Mercados del Sistema de Salud Chileno



Elaboración: CIEDESS. Flechas enteras representan demanda de servicios, y flechas cortadas representan oferta de servicios.

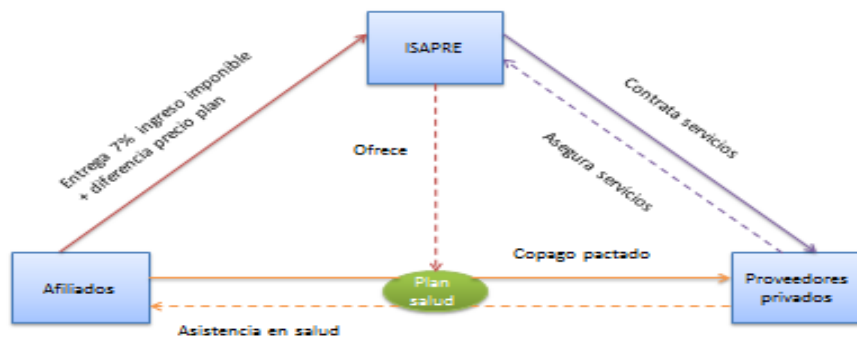
Las características más importantes del mercado de la salud son las siguientes:

- *La demanda por servicios de salud es una demanda derivada de la demanda en salud.* En sí mismos, los servicios de salud no necesariamente producen utilidad de forma directa, e incluso puede ser considerada por algunos un mal. Lo que los consumidores quieren es adquirir *salud*. Sin embargo, este bien debe ser producido a través de la *adquisición de servicios de salud*.
- *Externalidades.* El consumo de servicios de asistencia en salud por una persona puede producir efectos positivos sobre el resto de la población de dos formas: (1) Efectos físicos

directos sobre la salud de las personas, en enfermedades contagiosas; (2) Efectos positivos dados por la forma en la cual el bienestar de un individuo se ve afectado por el bienestar del resto de la población y por la disponibilidad de servicios que podría llegar a ocupar en el futuro.

- *Selección Adversa.* Se produce por el comportamiento estratégico que puede tener un cotizante a no revelar su verdadera condición de salud para poder ser aceptado por la ISAPRE a un menor costo.
- *Riesgo Moral.* Ocurre cuando un afiliado cambia su comportamiento tras haber adquirido un seguro, haciéndose más riesgoso.
- *Selección por riesgos y Descreme de mercado.* Ocurre cuando el oferente realiza algún tipo de comportamiento estratégico para seleccionar a aquellos individuos que poseen menores riesgos —quienes menos requieren de protección en salud— o a quienes tienen mayores recursos a través de políticas de precios y la posibilidad de no aceptar a ciertos clientes. Genera el comentado “descreme de mercado”, el extraer los consumidores que pueden generar el mejor beneficio.
- *Demanda inducida por el oferente.* Un supuesto particular de la economía de la salud es que de alguna forma, el vendedor de recursos de salud puede influir sobre la demanda de salud de una persona, incentivando la compra de servicios innecesarios o inefectivos por razones de beneficio personal.
- *Costos de Transacción.* Al adquirir bienes de salud o un seguro de salud, los consumidores enfrentan costos de información altos. Por otro lado, los proveedores del seguro, tanto el público como los privados, también enfrentan altos costos al no tener capacidad de monitoreo sobre los médicos.

Flujograma N° 3: Mercados Privados del Sistema de Salud chileno



Elaboración: CIEDESS. Flechas enteras representan demanda de servicios, y flechas cortadas representan oferta de servicios.

Estos problemas afectan el desarrollo del sistema, convirtiéndose en desafíos a los que la política pública y la acción de las empresas deben apuntar con el diseño de programas, contratos, normativa e instituciones. Estos diseños definirán la organización industrial de la salud y afectarán las decisiones de los agentes que interactúan en el mercado.

El sistema de salud en Chile tiene la particularidad de ser un sistema mixto o dual, existiendo de forma paralela un sector estatal y un sector privado tanto para la entrega del seguro social y compra de servicios, como para la entrega de prestaciones. El poseer un seguro social de salud es una obligación para los trabajadores dependientes en Chile. Para acceder a tal beneficio, los trabajadores deben afiliarse a alguno de los sistemas de salud, sea éste el sistema estatal o alguna de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), comprometiéndose a entregar una cotización de un 7% de su ingreso imponible. Los cotizantes tienen libertad de elección entre ambos sistemas.

En este informe el enfoque estará en los mercados privados de la salud (Flujograma N° 3), en particular en el mercado del seguro privado de salud provisto por las ISAPRES. Esto hará que consideremos principalmente los problemas de información que nacen del seguro de salud privado, la estructura de la industria, la presencia de economías de escala, y tratemos de caracterizar las características de la población demandante del seguro de salud.

II. El Desarrollo Histórico de la Salud Previsional

Si bien existen varios documentos dados a investigar la historia del Sistema de Salud Nacional, es más difícil encontrar una historia reciente del proceso reformador del sistema de salud, por lo que se tiene que acudir a fuentes y documentos variados para construirla.

Utilizando la información entregada por varios (Miranda, 1990; Silva, 1998; CIEDESS, 2010), podemos establecer una cronología de los hechos más importantes de la historia del sistema de salud de los últimos setenta años (Tabla N° 1).

Así, podemos definir tres etapas específicas de desarrollo del sistema de salud: 1) la consagración de un sistema de seguridad social en salud bajo el modelo centralizado y estatal del SNS; 2) el proceso de descentralización y privatización del seguro social en salud y; 3) el establecimiento de garantías explícitas en salud.

1. Etapa del modelo centralizado

Desde 1952 y hasta principios de la década de 1970, el sistema de salud en Chile se encontraba organizado a través de lo que se conocía como el Servicio Nacional de Salud (SNS), organización del sistema público, altamente integrada hasta constituir en la práctica un monopolio estatal, sobre el cual recaían las funciones directivas del sistema. El SNS se preocupaba de entregar atenciones de salud a obreros e indigentes gratuitamente, mediante una red propia de hospitales y postas, integrando en sí tanto el financiamiento como la prestación². El SNS se dividía territorialmente a través de 13 servicios regionales³. Junto con el SNS, se encontraba el Servicio Médico Nacional (SERMENA), cuya función es estrictamente financiera, el cual entregaba cobertura y prestaciones de salud a los empleados, financiándose con aportes directos de éstos, y permitiéndole libertad de elección en la prestación a sus afiliados. En paralelo existía un pequeño sector privado.

En esta época se define el “derecho a la salud”, como la existencia de atención gratuita para todos, sin importar su condición social. En la práctica, esto podría haber generado problemas de inequidad al permitir atención gratuita para quienes pueden pagar por su atención, desplazando a otros que podrían necesitar de aquellos recursos⁴.

A pesar de aquello, una revisión de los indicadores nos muestra que este sistema produjo un aumento importante en el bienestar del país, haciendo que los indicadores nacionales de salud mostraran números positivos. Por ejemplo, la variación en el índice de mortalidad infantil entre

² Soto y Morandé, sin publicar.

³ Aedo, 2001.

⁴ Soto y Morandé, sin publicar.

1950 y 1970 es de un 4,7%, y de un 59,3% entre 1950 y 1975; la mortalidad general disminuye un 51,4%; la esperanza de vida al nacer aumenta en 9,1 años entre 1960 y 1975; y el número de inmunizaciones por cada 1000 habitantes aumentaron en un 87% en el periodo entre 1960 y 1975⁵.

Tabla N° 1.: Eventos históricos de los últimos 70 años del sistema de salud

| Año | Evento |
|-------------|--|
| 1942 | Nace el Servicio Médico Nacional (SERMENA), constituido por la unión de diferentes departamentos de salud del conjunto de Cajas de Previsión de Empleados Públicos y Particulares, en inicio presta servicios esencialmente preventivos e higiene materno-infantil. |
| 1952 | Ley N° 10.383: Crea el Servicio Nacional de Salud (SNS), encargado de la protección de la salud de toda la población y del fomento y recuperación de la salud de los obreros, sus esposas e hijos hasta la edad de 15 años. Resultado de unión de variados servicios. Responsable de la atención del indigente y su familia. |
| 1958 | Nacen las Mutualidades de Empleadores, destinadas a proteger a los trabajadores contra riesgos y consecuencias de accidentes de trabajo. |
| 1968 | Ley N° 17.744: Consolidó las Mutuales de Seguridad, permitió captar fondos, organizar y administrar un mecanismo de atención integral en accidentes del trabajo. Ley N° 16.781 de Medicina Curativa: Ofrecía un sistema de Libre Elección a empleados públicos, privados, activos o jubilados junto a sus familias. Bonificación estatal de las prestaciones. |
| 1978 | Se introduce facturación por atención prestada (FAP). |
| 1979 | DL N° 2.575: Permite acceso al Sistema de Libre Elección para los beneficiarios legales del SNS. DL N° 2.763: Inicia proceso de descentralización administrativa, fusionando SNS y SERMENA, lo que dio origen al actual Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), al Fondo Nacional de Salud (FONASA), a la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST) y al Instituto de Salud Pública (ISP), organismos estatales funcionalmente descentralizados y con patrimonio propio. |
| 1980 | DFL N° 1-3063, DL N° 3.477 y DL N° 3.529: Traspasan a administración municipal los Consultorios de Administración Primaria. DL 3.500: reforma el sistema previsional. Cotización obligatoria para salud de un 4%. |
| 1981 | DFL N° 3: Crea las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), organismos privados encargados de administrar y entregar el seguro social de salud, como alternativa al SNSS. Son fiscalizadas por FONASA. Se introduce facturación por atención prestada en establecimiento municipal (FAPEM). |
| 1983 | Cotización sube a un 6%. |
| 1985 | Ley N° 18.469: Reorganiza al sector estatal en Modalidad de Atención Institucional y Modalidad de Libre Elección. Esto elimina diferencias entre obreros y empleados (entre régimen de salud y calidad previsional). Aporte financiero de acuerdo a la capacidad económica de pago, con acceso libre e igualitario a las acciones de salud y a la elección del |

⁵ Fuente: Ministerio de Salud y Banco Central, a través de Miranda, 1990.

| Año | Evento |
|-------------|--|
| | sistema de atención. Préstamos médicos traspasados de ex-Cajas de Previsión a FONASA. Refundido en el DFL N° 1 del 2005 del Ministerio de Salud. |
| 1986 | Ley N° 18.566: Permite un 2 por ciento adicional a la cotización, que se puede descontar de impuestos. |
| 1987 | Ley N° 18.675: Aumenta bases imposables para el cálculo de cotización previsional para el sector público. |
| 1988 | Ley N° 18.754: Fija cotización de 7% para pensionados del régimen antiguo. |
| 1990 | Ley N° 18.933: "Ley de ISAPRES". Crea la Superintendencia de ISAPRES, que toma las labores fiscalizadoras y reguladoras previamente asignadas a FONASA. Establece las tablas de factores que regulan las primas que pueden cobrar las ISAPRES. Refundido en DFL N° 1 del 2005 del Ministerio de Salud. |
| 1995 | Promulgación del Estatuto de Atención Primaria. |
| 1996 | Se reemplaza FAP por un sistema de Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) y un sistema de Pago Prospectivo por Prestación (PPP). |
| 1997 | Se reemplaza FAPEM por un sistema capitado de acuerdo a la población inscrita. |
| 1999 | Ley N° 19.650: Elimina el subsidio de 2 % del ingreso imponible a contratación de un plan de salud en ISAPRES, para quienes no lo han requerido. Lo elimina definitivamente en marzo de 2004. |
| 2003 | Reforma AUGE. Ley N° 19.888: "Ley de Financiamiento". Ley N° 19.895: "Ley Corta de ISAPRES". |
| 2004 | Reforma AUGE. Ley N° 19.937: Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión. Ley N° 19.966: Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas ("Ley del AUGE"). |
| 2005 | Reforma AUGE. Ley N° 20.015: "Ley Larga de ISAPRES". Plan de Garantías Explícitas en Salud, asegura la cobertura en ISAPRES. Crea Fondo de Compensación Solidario en el sistema privado de salud. |

Elaboración: CIEDESS. Fuentes: Miranda (1990), Silva (1998), CIEDESS (2010).

Sin embargo, existía un espacio importante de mejoras que permitieran la optimización de los procesos y de la asignación de recursos, controlar los gastos, y además se hacía necesario un cambio estructural que permitiera responder efectivamente a las necesidades de la población, además de permitir libertad de elección, que el sistema estatal, fuertemente centralizado, no permitía.

2. Etapa de descentralización y privatización

Hacia finales de los años setenta empiezan los primeros ajustes importantes. En 1978 se introduce el sistema FAP (facturación por atención prestada) como mecanismo de asignación de recursos a los establecimientos de salud del sector público, entregando recursos mensualmente en base a los

recursos efectivamente utilizados por el establecimiento, de tal forma de relacionar los costos con los resultados. Hacia 1979 ocurren dos eventos muy importantes: uno es la posibilidad entregada a los usuarios del SNS de acceder al sistema de libre elección de SERMENA, lo que les permitía poder atenderse en los recintos que quisieran, públicos o privados; dos, y más importante, es la reestructuración de la institucionalidad y estructura de los servicios de salud, que crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el cual integra a los anteriores SERMENA y SNS en un organismo único, y separa las funciones anteriormente integradas en el SNS en varios organismos autónomos y descentralizados, que se preocupan del financiamiento (Fondo Nacional de Salud, FONASA), de la asignación de recursos productivos (Central Nacional de Abastecimiento, CENABAST) y de normalización y fiscalización (Instituto de Salud Pública, ISP), además de entregar la dirección del sistema al Ministerio de Salud, quien anteriormente tenía un papel menor. Estas dos reformas establecen la base del nuevo sistema de salud que nacerá durante los años ochenta, eliminando la excesiva centralización e igualando a cierto nivel el estatus legal de los obreros y empleados.

Al comenzar la década de los ochenta se empieza el proceso de municipalización de los centros de atención primaria, proceso en la dirección de tener un sistema más descentralizado y más sensible a las necesidades de los pacientes, pensándose que de esta manera las personas podrían tener más control de los servicios locales de salud y los servicios podrían actuar frente a las necesidades del sector en el que se encuentra su rango de acción. Este proceso, sin embargo, se detiene en 1983, llegando en su primera etapa solo al 20% de los establecimientos, debido a las necesidades provocadas por la crisis de esos años. Hacia finales de la década se retoma el proceso de municipalización, con lo que se llega finalmente a un 70% de los centros de atención primaria en manos de los gobiernos locales.

El nacimiento de las ISAPRES ocurre el año 1981. Esto entrega libertad de elección a los trabajadores, sujeto a sus ingresos, para elegir el sistema de administración de su seguro obligatorio de salud. Las ISAPRES funcionan como compañías aseguradoras en salud, privadas y sin giro único, lo que les permite integrarse verticalmente con los prestadores de salud. Originalmente la cotización en salud se fija en un 4%, aumentando progresivamente durante la década hasta llegar al 7% actual.

La función de supervisión y fiscalización de la industria de las ISAPRES fue dada al FONASA. Sin embargo esto le entregaba funciones extras a FONASA, además de no asegurar un organismo efectivo de regulación del mercado.

Hacia 1990 ya se empieza a notar que el mecanismo de asignación de recursos FAP no es eficiente, al no pagar por resultados de forma directa sino por uso de insumos, lo que entrega incentivos perversos a la sobreutilización de recursos con el fin de generar un mayor financiamiento y entrega de activos. Durante los noventa este sistema se reemplaza por el sistema PAD (pago asociado a diagnóstico) y PPP (pago prospectivo por prestación), y un sistema de pagos capitados a nivel municipal.

Los resultados de este sistema continuaron el proceso de mejoramiento de la salud de los chilenos, si bien a un ritmo más lento, habiendo cierto estancamiento en los indicadores de salud a nivel nacional. Por otro lado, el proceso de municipalización generó —o acentuó— desigualdades entre el funcionamiento de los servicios de salud de distintos municipios, fuertemente relacionados con el nivel de ingresos de éstos, además de que la capacidad de responder a las necesidades locales que debería haber entregado esta reforma no fue utilizada, en esta primera etapa, por los municipios, exceptuando algunos pocos casos⁶. La creación, en 1995, del Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, que reguló la administración, financiamiento y coordinación de la atención primaria, ayudó a establecer el sistema a través del cual se determinaría el financiamiento a la administración de los establecimientos municipales de salud, basándose en información socioeconómica y epidemiológica, en prestaciones efectivamente entregadas y en los programas de prestaciones anuales, además de establecer una comisión técnica que diseñe programas en base a las necesidades locales. También mejora la situación de los empleados de la atención primaria, si bien a cambio introduce rigideces en el ámbito laboral.

Por el lado de las ISAPRES, éstas muestran un buen progreso, acercándose a un mercado competitivo, si bien se hace necesario que el Estado enfrente los problemas de información presentes en el sistema, lo que gatilla la creación de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional en 1990, organismo encargado específicamente de la regulación de este sistema, relevando a FONASA de tales funciones, permitiéndole encargarse específicamente del financiamiento y compra para el sector público de salud, y fortaleciendo el rol regulador del Estado.

Una de las áreas en donde se generan problemas, desde las ISAPRES, es en la situación desventajosa que enfrentan las personas que se consideran como “mayores riesgos” en el sistema, en base a su sexo, edad y la posible presencia de enfermedades preexistentes importantes, lo que les significa altos precios, cautividad y, en la práctica, inequidad en el acceso. Este problema pasa a volverse en el conflicto principal que enfrenta la industria de las ISAPRES, hasta el día de hoy, en el cual estalla con fuerza una tendencia a la resolución judicial de estos conflictos, vía Tribunal Constitucional, lo que a su vez motiva las propuestas de política que motivan la redacción de este informe (ver capítulo previo, sección “Contexto de Análisis”).

Durante los años noventa la industria de las ISAPRES creció en tamaño y en número de cotizantes y beneficiarios. El año 1995 el número de ISAPRES en el sistema llega a su máximo histórico, con 22 empresas funcionando. Tras ese año la legislación regulatoria cambia las exigencias patrimoniales de las Instituciones, además de realizarse modificaciones a la estructura administrativa y la fijación de precios en la industria, y esto hace que el número de empresas empiece a reducirse. Hacia 1997, si bien el número de ISAPRES ha disminuido, el número de beneficiarios del sistema ISAPRE alcanza un *peak* y llega a los 3.882.572 beneficiarios (1.725.646 cotizantes).

⁶ Miranda, 1990.

En general, durante los años noventa la política pública en salud se enfocó en enfrentar los problemas mencionados sin tener que realizar reformas o cambios estructurales en el sistema. Así, con respecto al subsistema de salud pública, se aumentó de forma creciente el gasto público, cuya tendencia había sido decreciente durante la década anterior, y se buscó solucionar algunos de los problemas generados por la municipalización de la atención primaria, además de enfocarse en las necesidades de ciertos grupos que se percibían como faltos de protección, como los niños en primera infancia y los adultos mayores. Se ha cuestionado el aumento del gasto en salud durante los noventa debido a que habría sido ineficiente, aunque podría ser que este aumento en gasto se debió principalmente al aumento en infraestructura, reorganización y contratación de recursos humanos para el SNSS y por tanto sus efectos podrían no haber sido evidentes en el corto plazo⁷. Por lo demás, durante este periodo la tendencia al estancamiento en los indicadores de salud se revirtió, lo que implica que, si bien el gasto podría no haber sido eficiente, al menos fue efectivo a la hora de mejorar la situación sanitaria de la población. De todos modos, el gasto en salud, tanto para el sistema público como para el privado, se duplicó en la década de los noventa, sin que haya mejorado de la misma manera la respuesta a las necesidades dentro del sector público o el uso óptimo de los recursos y control de costos en el sector privado. También del sector público se critica el centralismo y lentitud para tratar con las necesidades en el sistema⁸.

Aparte de esto, otras críticas comunes entre varios analistas de distintas tendencias, y resumidas por Valdivieso (2000), son: cobertura insuficiente para las personas tanto en el sector público como en el privado, falta de equidad que hace que la situación de salud de las personas de menores recursos sea mucho peor que la de las personas con mayores recursos, falta de integración entre el sistema público y el privado (también mencionado por Silva, 1998) y necesidad de mejorar los estándares de regulación de la práctica médica.

El sector privado fue mostrando un crecimiento sostenido a través del tiempo, y mayor número de beneficiarios, situación que se revirtió hacia el final de la década, debido posiblemente al periodo de crisis económica que enfrentó el país durante esos años. Muestran desarrollo tecnológico y mayor inversión en pacientes, poseen aceptación social debido a la calidad de los servicios entregados en comparación con el deterioro temprano del sistema público y poseen mayor capacidad para controlar sus costos⁹. Sin embargo también muestran aumentos de precios importantes¹⁰. Como ya se comentó, se cuestiona al sistema privado la incapacidad de permitir el acceso a la población de mayor riesgo.

El año 1999 se elimina el subsidio de 2% del salario imponible a la cotización de salud. Esta política fue bastante cuestionada por varios expertos antes de su realización¹¹, dado que lo que hacía en la práctica era eliminar un subsidio a la demanda que permitía a trabajadores de ingresos medios y

⁷ Silva, 1998.

⁸ Valdivieso, 2000.

⁹ Sánchez, 1993; Silva, 1998.

¹⁰ Aedo, 2001.

¹¹ Aedo, 2001; García Nuñez, 1999; Oyarzo, 1994.

medios bajos acceder al sistema ISAPRES, si bien se admitía la existencia de ciertos problemas de fiscalización y monto.

Conforme a la historia legislativa de la norma, los principales argumentos a favor de la eliminación del subsidio pasaban por la poca focalización del mismo en relación con los ingresos de los trabajadores beneficiados y con una excesiva atención a los trabajadores dependientes, quedando excluidos los trabajadores autónomos y los jubilados, redundando en una menor cobertura de los más necesitados.

Los antecedentes del entonces proyecto indican que alrededor de 255.000 contratos de salud incorporaban el subsidio, con una cobertura de 680.000 personas. De esas, se estimaba que 200.000 migrarían a FONASA a consecuencia de la modificación¹². . Esto podría haber fortalecido el efecto causado por la crisis asiática en el sistema ISAPRE.

3. Etapa de las Garantías Explícitas en Salud

Iniciando el nuevo siglo se plantea de parte del ejecutivo la realización de una reforma de salud propiamente tal, que asegurara derechos y cobertura con respecto a una serie de enfermedades de alto costo, cuyo número iría aumentando con el tiempo. Con esto se empieza a plantear el sistema AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas), lo cual lleva un largo tiempo de diseño y una dura negociación a nivel ejecutivo y legislativo¹³.

La Reforma de Salud tiene como objetivo reconocer los derechos de las personas en cuanto a salud a través de una serie de “Garantías Explícitas”. Estas garantías son: garantía explícita de acceso, que asegura la atención en FONASA e ISAPRE; garantía explícita de calidad, que asegura la entrega del servicio de parte de un prestador registrado o acreditado; garantía explícita de oportunidad, que establece plazos máximos para las distintas etapas de atenciones de salud; y garantía explícita de protección financiera, que establece el pago máximo que deberá realizar el afiliado, en base a sus ingresos¹⁴.

La Reforma se produjo a través de la aprobación de una batería de leyes enviadas al ejecutivo entre 2003 y 2005. La “Ley de Financiamiento” (Ley N° 19.888), considera alzas al IVA y a impuestos específicos para financiar el mayor gasto permanente que implican los planes AUGE y Chile Solidario. Ese mismo año se aprueba la “Ley Corta de ISAPRES” (Ley N° 19.985) que establece normas de solvencia y protección a los afiliados, y exigencias de garantías operativas y patrimonio mínimo a las ISAPRES¹⁵.

¹² Boletín 2132-11, Informe de la Comisión Salud. Segundo Trámite Constitucional.

¹³ Lenz, 2007.

¹⁴ <http://www.bcn.cl/guias/plan-ges-ex-auge>

¹⁵ CIEDESS, 2010.

El 2004 se aprueba la “Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión” (Ley N° 19.937), que establece un nuevo marco regulatorio y administrativo del sector público de salud. La Superintendencia de ISAPRES se convierte en Superintendencia de Salud, teniendo funciones fiscalizadoras tanto para la industria de las ISAPRES como para FONASA y el SNSS, protegiendo los derechos de los usuarios de ambos sistemas. Además, reestructura los Servicios de Salud y SEREMIS, crea los hospitales autogestionados y entrega estímulos por metas alcanzadas a los funcionarios.

Ese mismo año, se aprueba la Ley que es en la práctica el corazón del sistema: La Ley del AUGE (Ley N° 19.966). Esta ley garantiza equidad en el acceso a la salud para toda la población, en base a las Garantías Explícitas de Salud mencionadas anteriormente, y define las características que permitirán seleccionar las enfermedades cubiertas por este sistema.

Finalmente el 2005 se aprueba la “Ley Larga de ISAPRES” (Ley N° 20.015), que fortalece las facultades fiscalizadoras de la Superintendencia de Salud, aumenta la transparencia del sistema y entrega beneficios a sus afiliados, regula las alzas de precios y los términos de contratos, y obliga a dar cobertura a enfermedades antes excluidas y a las patologías AUGE¹⁶.

La crisis asiática acelera la disminución del tamaño del sistema privado de salud y también inicia un proceso de migración de los usuarios ISAPRE hacia el sistema público que continúa durante esta etapa histórica. La migración se dio principalmente entre los usuarios de las ISAPRES abiertas. Las personas que se cambiaron tendían a tener menores recursos (y por tanto, menores cotizaciones), menores cargas, y a ser más jóvenes que quienes se mantuvieron en el sistema (Inostroza, Muñoz y Sánchez, 2005). Por lo que se puede ver en la sección siguiente, esta situación se extiende hasta el año 2005. Posiblemente, las alzas de precios de los planes de salud, que muestran una constante tendencia al alza, también contribuyeron a este cambio.

¹⁶ CIEDESS, 2010.

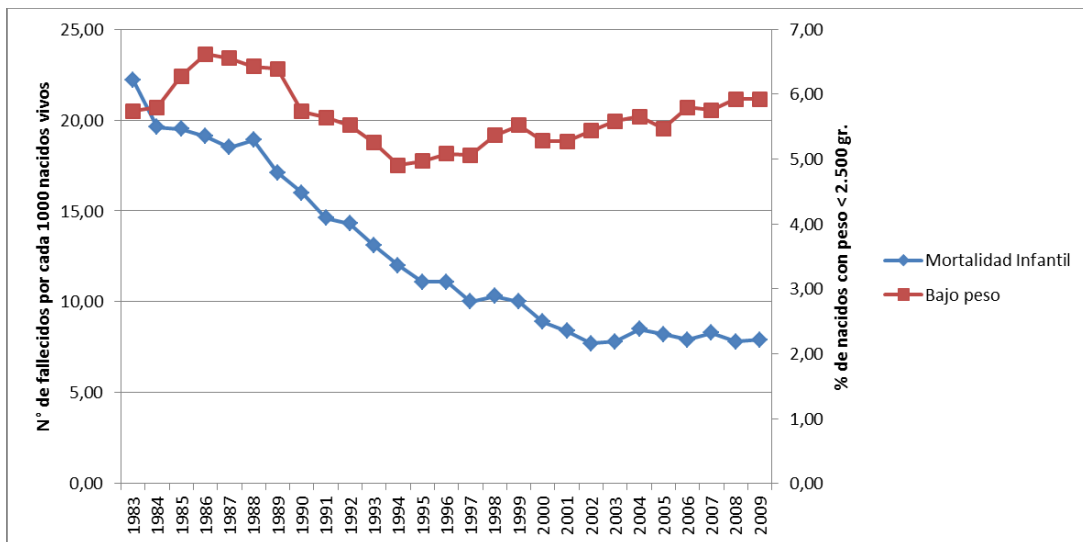
III. Presente del Sistema: Logros, Desafíos y Propuesta de Reforma

El proceso histórico descrito anteriormente ha producido una configuración institucional particular y resultados económicos y sanitarios que pasamos a describir aquí.

En el Gráfico N° 1 se puede observar la tendencia en el tiempo de la mortalidad infantil y el porcentaje de los nacidos con bajo peso, desde los inicios de la etapa de descentralización y privatización. Se puede observar la tendencia decreciente que ha mostrado la mortalidad infantil. Entre 1983 y 2009 este indicador disminuyó en un 64,4%. Si separamos el periodo en tres subperiodos de nueve años, podemos ver que la principal variación en este indicador se dio entre 1992 y 2000, con una caída de 37,8%. Para el 2009, por cada mil niños nacidos vivos, 7,9 menores de un año fallecen, en contraste con los 22,2 fallecimientos por cada mil nacidos vivos en 1983.

Por otro lado, en el índice de bajo peso no se observa una evolución tan fuerte, variando en torno al 5,7% de nacidos con bajo peso. Se puede observar una clara tendencia decreciente entre 1986 y 1994, la que posteriormente parece revertirse.

Gráfico N° 1: Mortalidad Infantil y Porcentaje de Nacidos con Bajo peso, 1983 - 2009

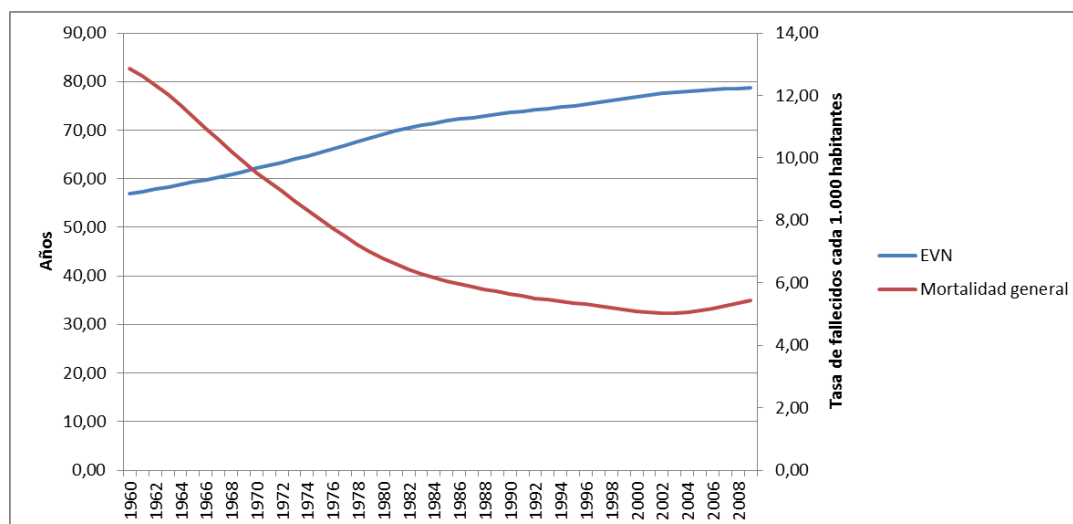


Elaboración: CIEDESS. Fuente: Banco Central de Chile / Departamento de Estadísticas e Indicadores de Salud, Ministerio de Salud.

Podemos, sin embargo, notar mayores logros del sistema de salud nacional en el Gráfico N° 2, en el que se puede ver la esperanza de vida al nacer (EVN) y la mortalidad general. La EVN ha aumentado 12,8% entre 1981, en los inicios del sistema, y 2009, pasando el promedio de vida general de 69,9 años a 78,8 años. Por otro lado, la mortalidad general a descendido en un 17,4%

en igual periodo, lo que implica pasar de 6,6 fallecidos por cada mil habitantes en 1981 a 5,5 el 2009.

Gráfico N° 2: Esperanza de Vida al Nacer (EVN) y Mortalidad General, 1960 - 2008



Elaboración: CIEDESS. Fuente: Banco Mundial.

Los logros del sistema de salud que ya han sido observados en los gráficos expuestos, se pueden complementar con los cambios en las principales causas de muerte en Chile.

Tabla N° 2: Principales Causas de Muerte en Chile, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000 y 2009.

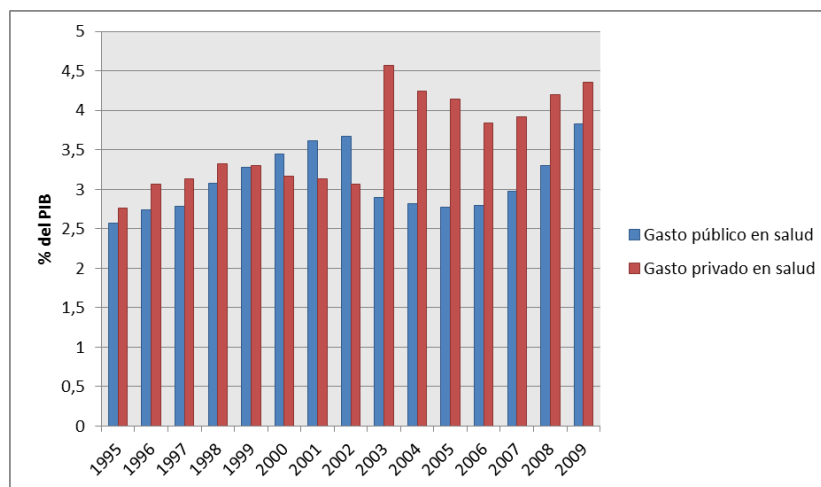
| 1960 | | 1970 | | 1980 | | 1990 | | 2000 | | 2009 | |
|----------------------------|------|-------------------------------|------|-------------------------------|------|-------------------------------|------|-------------------------------|------|-------------------------------|------|
| Causa | % | Causa | % | Causa | % | Causa | % | Causa | % | Causa | % |
| Sistema respiratorio | 20,6 | Sistema circulatorio | 21,9 | Sistema circulatorio | 26,6 | Sistema circulatorio | 26,4 | Sistema circulatorio | 27,9 | Sistema circulatorio | 27,0 |
| Afecciones perinatales | 14,4 | Sistema respiratorio | 18,3 | Tumores | 15,8 | Tumores | 18,1 | Tumores | 24,2 | Tumores | 25,6 |
| Sistema digestivo | 11,9 | Tumores | 12,1 | Causas externas de mortalidad | 11,9 | Sistema respiratorio | 12,3 | Sistema respiratorio | 10,5 | Sistema respiratorio | 9,7 |
| Infecciosas y Parasitarias | 8,7 | Infecciosas y parasitarias | 11,6 | Sistema respiratorio | 9,5 | Causas externas de mortalidad | 12,2 | Causas externas de mortalidad | 9,8 | Causas externas de mortalidad | 8,9 |
| Sistema digestivo | 8,7 | Causas externas de mortalidad | 9,7 | Sistema digestivo | 8,1 | Sistema digestivo | 7,8 | Sistema digestivo | 7,2 | Sistema digestivo | 7,3 |

Elaboración: CIEDESS. Fuente: Departamento de Estadísticas e Indicadores de Salud (DEIS), Ministerio de Salud.

Se puede notar que de a poco las enfermedades infecciosas y parasitarias han dejado de ser las principales razones de muerte en Chile, probablemente por el aumento de las inmunizaciones durante las décadas de 1970 y 1980. Asimismo las afecciones perinatales, mostrando el éxito de las políticas de salud dirigidas a la madre y el recién nacido. Si bien las enfermedades digestivas y, especialmente, las respiratorias, se mantienen entre las principales causas de muerte de la población, han disminuido de forma importante a través del tiempo. Las causas de mortalidad que han aparecido a través del tiempo —enfermedades del sistema circulatorio y causas externas de mortalidad¹⁷— junto con las ya mencionadas enfermedades del sistema respiratorio y digestivo, muestran relación con estilos de vida, y el reto que enfrenta el sistema de salud con respecto a la prevención de enfermedades, actitudes riesgosas, y la promoción de una vida sana. También han aumentado con el tiempo el número de fallecimientos debido a tumores, lo que puede estar relacionado también con los estilos de vida de la población. Esto es una tendencia mundial de sistemas de asistencia sanitaria enfocados a la eliminación de enfermedades infecciosas antes que la prevención de adicciones y promoción de estilos de vida saludables, aspectos cada vez más relevantes.

Con respecto a indicadores de gasto en salud, se puede ver que en el periodo 1995 – 2009 el gasto en salud también muestra tendencias crecientes a través del tiempo, llegando a un máximo durante el año 2003, tras lo cual muestra una tendencia decreciente hasta el año 2006, tras el cual la tendencia a un mayor gasto general vuelve con especial fuerza (Gráfico N° 3).

Gráfico N° 3: Gasto en Salud, Diferenciado entre Gasto Público y Privado, 1995 - 2009

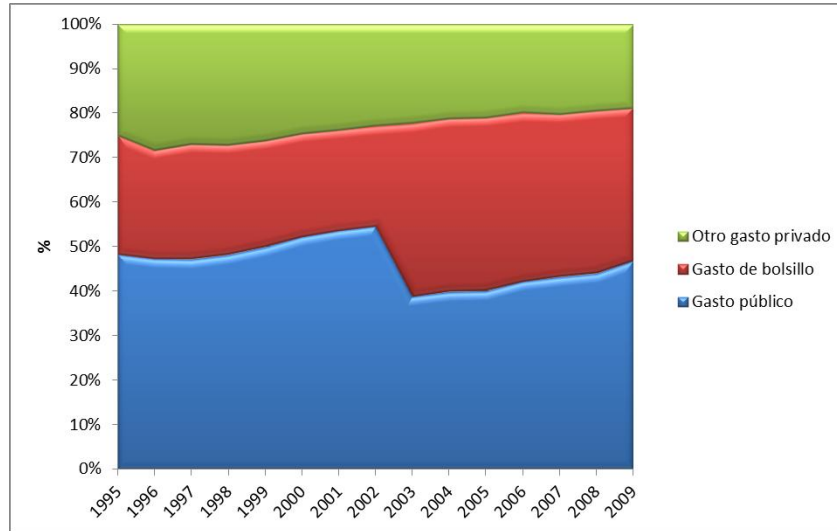


Elaboración: CIEDESS. Fuente: Superintendencia de Salud.

¹⁷ Se refiere a causas relativas a accidentes, envenenamientos e intoxicaciones, agresiones, drogas, exposición a distintas fuerzas, etc. Relacionado con el sistema de clasificación de enfermedades CIE-10.

El gasto público en salud como porcentaje del gasto total muestra un alza constante hasta el año 2002. Ese año, los recursos públicos en salud disminuyen con fuerza. El año 2003, año del AUGE, el gasto se estabiliza, reduciéndose mínimamente, hasta el año 2006, donde se recupera la trayectoria ascendente. El gasto privado tiende a ser mayor que el gasto público en salud, excepto en los años 2000, 2001 y 2002. Esto se puede ver en el Gráfico N° 4.

Gráfico N° 4: Composición del Gasto en Salud, 1995 - 2009



Elaboración: CIEDESS. Fuente: Superintendencia de Salud.

Hasta ahora, la autoridad ha tratado de entregar distintas soluciones que de alguna forma se dirigen a los problemas que producen el conflicto. En particular, se han realizado cambios regulatorios, se ha tratado de transparentar el sistema de precios y planes de salud y poner a disposición de los usuarios las tablas de factores; la reforma AUGE-GES hizo que se reconociera el derecho a la salud en el contexto del manejo moderno de las políticas públicas, dándole el rol del cumplimiento de éstas garantías tanto al sistema privado como al público, y creando exitosamente un fondo compensatorio entre ISAPRES que permite financiar a precio fijo la cobertura de las patologías AUGE. Por otro lado, la eliminación del subsidio de 2% de la cotización para los trabajadores que cotizaran en ISAPRES se puede considerar, al contrario de las otras iniciativas, como algo que daña a los usuarios efectivos y potenciales de las ISAPRES. Este daño no se habría dado tanto en cantidad total de beneficiarios, sin embargo, si habría afectado la presencia de quienes pertenecen a los quintiles medio y bajos de ingreso y que pertenecían a alguna de las Instituciones disponibles en ese momento.

1. Mercado de la salud y desafíos del sistema

1.1. Demanda

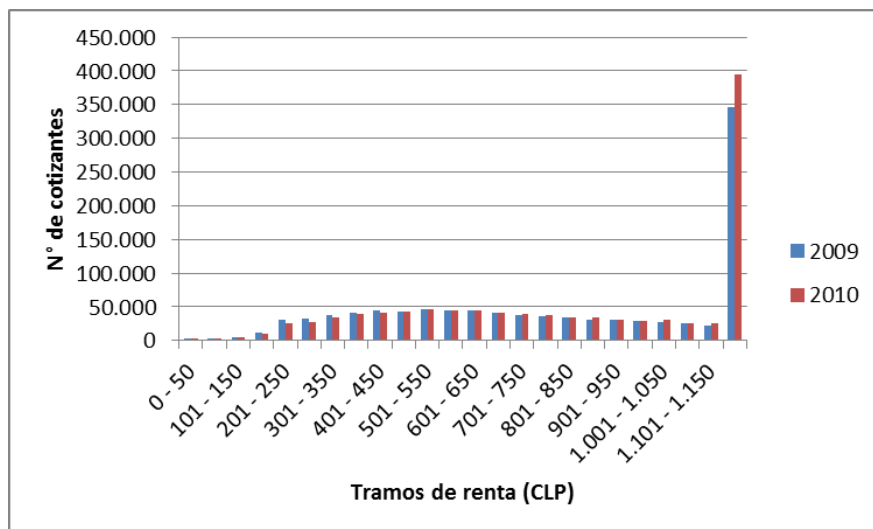
Hacia finales del 2011, existían en el sistema privado de salud 1.525.299 cotizantes, de los cuales 1.480.300 pertenecen al segmento de las ISAPRES abiertas, en el cual este análisis se enfoca principalmente. Al agregar el total de cargas del sistema de salud, tenemos que el número total de beneficiarios de las ISAPRES abiertas es de 2.818.597 personas.

Como se puede ver en el Gráfico N° 5, los afiliados al seguro social privado de salud tienden a ser personas de ingresos altos. Según datos de la Superintendencia de Salud, la renta imponible promedio era de \$ 809.389 en diciembre de 2010. Datos del 2011 aún no es posible poseer.

La gran mayoría de los usuarios del sistema ISAPRE se concentran en la región metropolitana, la cual es también la región con los ingresos más altos del país.

En cuanto a sexo y edad, los cotizantes de las ISAPRE tienden a ser hombres, y a estar concentrados en un rango entre los 20 y los 60 años de edad. Cuando se incorporan las cargas, los beneficiarios del sistema tienden a concentrarse entre las personas más jóvenes, y la diferencia entre hombres y mujeres se reduce o incluso, para quienes tienen 70 años o más, la tendencia se revierte, aunque, de todos modos, las mujeres siguen siendo menos en el sistema. Esto parece estar fuertemente correlacionado con la tabla de factores, que tiende a penalizar más a los mayores de 60 años y a las mujeres, y donde la diferencia entre factores de hombres y mujeres se da en la etapa fértil de estas últimas, disminuyendo al aumentar la edad.

Gráfico N° 5: Tramos de Renta en el Sistema ISAPRE abierto, diciembre de 2010

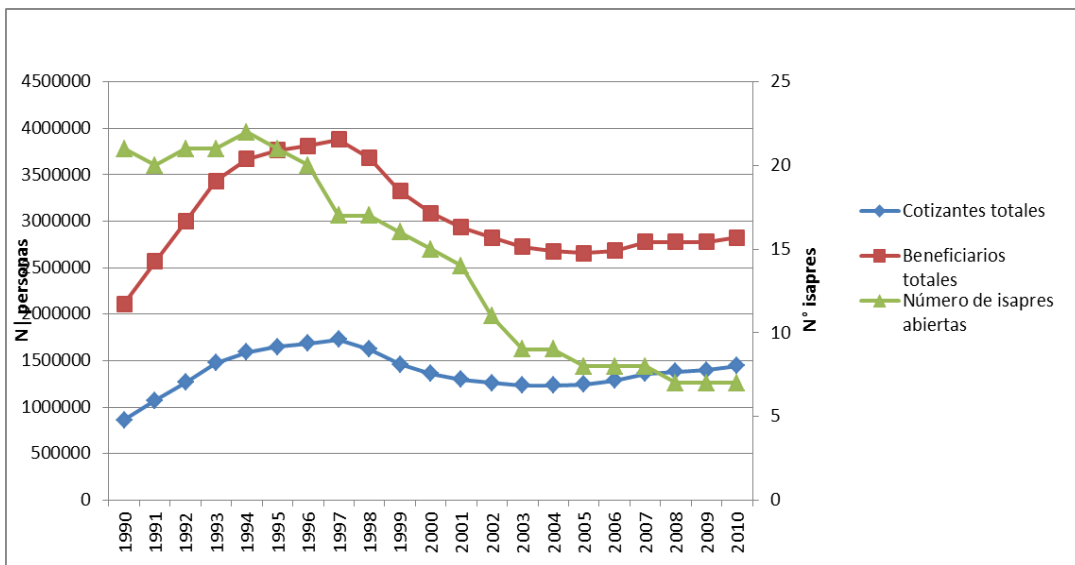


Elaboración: CIEDESS. Fuente: Superintendencia de Salud.

El número de cargas promedio por cotizante entre las ISAPRE abiertas es de 0,92. Entre las ISAPRES cerradas, hay 1,4 cargas por cotizante.

Como se puede observar en el Gráfico N° 6, el número de cotizantes y beneficiarios totales ha disminuido a través del tiempo, asimismo el número de ISAPRES abiertas. La crisis asiática tuvo un fuerte impacto en la industria, lo que inició un proceso de migración hacia FONASA que solo hacia 2005 empieza a revertirse. Como se mencionó en la sección anterior, quienes se retiraron del sistema fueron aquellos más jóvenes con menores recursos y menores cargas (Inostroza, Muñoz y Sánchez, 2005).

Gráfico N° 6: Evolución de la Industria, 1990 - 2010



Elaboración: CIEDESS. Fuente: Superintendencia de Salud.

Según datos del 2011, la mayoría de los beneficiarios y cotizantes de las ISAPRES (un 59%) se encuentran en la Región Metropolitana. Las otras regiones que muestran mayor participación de las ISAPRES por orden son la V (7,3%), la VIII (7,2%) y la II (5,2%), regiones que además tienen el mayor producto interno bruto regional¹⁸. Se pueden observar los montos totales en la Tabla N° 3

¹⁸ Información en base a datos para el año 2006 del Banco Central de Chile.

Tabla N° 3: Cotizantes y Beneficiarios ISAPRE por regiones, diciembre 2011

| Regiones | Total Sistema ISAPRES | | | ISAPRES Abiertas | | |
|--------------|-----------------------|------------------|------------------------|---------------------|------------------|------------------------|
| | Cotizantes vigentes | Cargas vigentes | Beneficiarios vigentes | Cotizantes vigentes | Cargas vigentes | Beneficiarios vigentes |
| I | 31.015 | 33.339 | 64.386 | 30.741 | 32.970 | 63.711 |
| II | 79.290 | 101.753 | 181.043 | 67.168 | 77.854 | 145.022 |
| III | 20.017 | 25.816 | 45.833 | 18.717 | 23.339 | 42.056 |
| IV | 29.275 | 35.306 | 64.581 | 28.274 | 33.905 | 62.179 |
| V | 108.910 | 105.299 | 214.209 | 105.292 | 99.917 | 205.209 |
| VI | 56.330 | 60.159 | 116.489 | 43.610 | 43.572 | 87.182 |
| VII | 38.588 | 34.889 | 73.477 | 38.036 | 34.386 | 72.422 |
| VIII | 106.819 | 97.061 | 203.880 | 105.676 | 96.107 | 201.783 |
| IX | 43.696 | 36.792 | 80.488 | 43.006 | 36.195 | 79.201 |
| X | 54.316 | 45.472 | 99.788 | 53.820 | 44.910 | 98.730 |
| XI | 5.496 | 5.079 | 10.575 | 5.429 | 4.975 | 10.404 |
| XII | 16.271 | 12.499 | 28.770 | 16.175 | 12.386 | 28.561 |
| XIV | 19.020 | 15.913 | 34.933 | 18.759 | 15.708 | 34.467 |
| XV | 13.120 | 13.249 | 26.369 | 12.951 | 13.036 | 25.987 |
| R.M. | 903.136 | 778.048 | 1.681.184 | 892.646 | 769.037 | 1.661.683 |
| Total | 1.525.299 | 1.400.674 | 2.925.973 | 1.480.300 | 1.338.297 | 2.818.597 |

Elaboración: CIEDESS. Fuente: Superintendencia de Salud.

Por otro lado, en la Tabla N° 4 se puede observar que la mayoría de los cotizantes tienden a ser hombres entre los 20 y los 60 años, siendo la mayoría de las cargas mujeres y menores de 20 años.

Tabla N° 4: Cotizantes y Beneficiarios de ISAPRES abiertas, por sexo y edad, año 2011

| Rangos de edad | Cotizantes | | | Cargas | | | Beneficiarios | | |
|----------------|----------------|----------------|------------------|----------------|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres | Total |
| < 20 | 6.514 | 1.961 | 8.475 | 440.576 | 419.687 | 860.263 | 447.090 | 421.648 | 868.738 |
| 20 - 29 | 192.169 | 90.800 | 282.969 | 113.940 | 130.734 | 244.674 | 306.109 | 221.534 | 527.643 |
| 30 - 39 | 298.141 | 167.338 | 465.479 | 8.920 | 74.725 | 83.645 | 307.061 | 242.063 | 549.124 |
| 40 - 49 | 231.711 | 122.979 | 354.690 | 3.433 | 84.569 | 88.002 | 235.144 | 207.548 | 442.692 |
| 50 - 59 | 153.291 | 89.769 | 243.060 | 3.083 | 70.663 | 73.746 | 156.374 | 160.432 | 316.806 |
| 60 - 69 | 74.706 | 42.584 | 117.290 | 1.632 | 32.115 | 33.747 | 76.338 | 74.699 | 151.037 |
| 70 - 79 | 22.565 | 15.671 | 38.236 | 615 | 10.778 | 11.393 | 23.180 | 26.449 | 49.629 |
| 80 - 84 | 5.110 | 4.222 | 9.332 | 238 | 2.574 | 2.812 | 5.348 | 6.796 | 12.144 |
| > 84 | 2.750 | 3.018 | 5.768 | 205 | 1.879 | 2.084 | 2.955 | 4.897 | 7.852 |
| Total | 986.957 | 538.342 | 1.525.299 | 572.642 | 827.724 | 1.400.366 | 1.559.599 | 1.366.066 | 2.925.665 |

Elaboración: CIEDESS. Fuente: Superintendencia de Salud. Cruce de datos para año 2011 no disponible al momento de realización de este trabajo.

1.1.1. Cautividad y preexistencias

La cautividad hace referencia a la condición en que se encuentran algunos beneficiarios debido a situaciones como la edad, sexo o enfermedades preexistentes, las cuales impiden la capacidad del usuario para cambiarse de ISAPRE, dado que al cambiarse de plan no tendrá cobertura para tales patologías, o se verá expuesto a un periodo de carencia determinado por la ISAPRE. Esto eventualmente puede dejarlo a merced de alzas de precio en su plan de salud actual.

Según un estudio de la Superintendencia de Salud¹⁹, el número de beneficiarios en condición de cautividad potencial en el sistema privado de salud correspondería al 30,3% de los beneficiarios del sistema, estando sobrerrepresentados los adultos mayores y las mujeres, en comparación con las medias de la muestra total. El porcentaje de cautivos potenciales que efectivamente se cambia de ISAPRE es de un 2,9%, en cambio, para el grupo de no cautivos, el porcentaje de cambio es de 20,3%. Para las ISAPRES, esto podría llegar a ser un problema, ya que quedarse con una cartera de cautivos en aumento significa una mayor siniestralidad del *pool* de beneficiarios y por tanto significar una disminución de utilidades. Sin embargo, el mismo estudio encuentra que la cautividad se traduce principalmente en disminuciones de cobertura, sin afectar aparentemente las ganancias de estas instituciones en un análisis estático. En un análisis a través del tiempo si se observa una disminución de ganancias y un aumento de la siniestralidad.

Suponiendo que los porcentajes del 2009 se mantienen hasta el día de hoy, y tomando en cuenta que en las ISAPRES abiertas existen actualmente 2,8 millones de beneficiarios, podríamos afirmar que en el sistema privado de salud existen actualmente cerca de 850 mil personas en cautividad.

1.1.2. Selección adversa y riesgo moral

Dado que los consumidores tienen información privilegiada con respecto a su condición de salud, tienen un incentivo a utilizar esta información de forma estratégica, adhiriéndose a un plan de mayor cobertura al no revelar su verdadera condición de salud, perjudicando a la parte aseguradora. Esto es lo que se conoce como selección adversa. Por otro lado, una vez adquirido el seguro, una persona que posee un plan de salud con una cierta cobertura puede verse incentivado a tomar mayor cantidad de actitudes riesgosas o en definitiva de sobreutilizar el seguro de salud. Esto se conoce como riesgo moral.

Para cubrirse de estos problemas, la legislación actual establece que al tomar un contrato de salud se deben declarar todas las enfermedades preexistentes, para las cuales la ISAPRE puede establecer un periodo de hasta 18 meses sin cobertura. En caso de que el afiliado mienta sobre sus enfermedades preexistentes, la ISAPRE puede decidir no cubrir los costos derivados de ésta y eventualmente rescindir del contrato, a menos que el afiliado demuestre que no hubo dolo al no declarar la enfermedad. Además de esto, a fines de 2011 existían 51.171 planes distintos vigentes, lo que muestra el esfuerzo realizado por las firmas para poder caracterizar de la mejor manera posible a sus usuarios.

¹⁹ Cid *et al.*, 2009

A la luz de los datos aportados por el ya mencionado estudio de la Superintendencia de Salud, parece ser que las firmas pueden identificar de buena manera los riesgos del mercado, y podría pensarse que no existen grandes efectos por selección adversa²⁰.

Si observamos evaluaciones con metodologías más fuertes, podemos ver que el efecto de selección adversa sobre el sistema ISAPRE prácticamente desaparece hacia 1994, en forma general²¹. En una investigación de Sapelli y Vial (2001) en la cual se construyen indicadores para identificar asimetrías de información beneficiosas a los usuarios, se encuentra evidencia de selección adversa en contra del sistema público, de parte de los trabajadores independientes (no obligados a cotizar) y dependientes (obligados a cotizar). Si se encuentra sobreutilización de las visitas médicas tanto para el sistema estatal como para el privado, siendo más fuerte para el primero, y no se encuentra evidencia de riesgo moral en hospitalización²².

1.2. Oferta

1.2.1. Estructura de la Industria y Economías de escala

La industria de las ISAPRES está actualmente compuesta por 14 firmas, de las cuales 7 son ISAPRES abiertas, sobre las cuales se concentra el análisis de este informe. Como pudimos ver en la sección histórica, la estructura de la industria de las ISAPRE abiertas ha tendido a hacerse más pequeño a través del tiempo, lo que ha estado relacionado con la crisis económica de fines de los noventa y con las mayores exigencias de parte de la entidad reguladora, que las firmas han tenido que enfrentar a través del tiempo. Aun así, a primera vista podemos pensar que la industria ha tenido una tendencia hacia la concentración de mercado, y que esto puede estar indicando poder de mercado y alzas fuertes de precios.

Como primera indicación, podemos observar en el Gráfico N° 7 el Índice Herfindahl-Hirschman (HHI) y el Ratio de Concentración de las cuatro mayores empresas de la industria (CR_4) a través del tiempo. Es evidente que el sistema ha tendido a una mayor concentración en los últimos años. Sin embargo, a la hora de interpretar este índice, nos encontramos con que el nivel máximo al que llega es 1.905, el año 2005, estando actualmente en 1.858. En base a la definición dada por el Departamento de Justicia y la Comisión de Comercio Federal de los Estados Unidos, esto se puede clasificar como un mercado moderadamente concentrado²³. Por lo demás, el CR_4 se encuentra

²⁰ Cid *et al.*, 2009. Hay que notar que, sin embargo, el informe mencionado indica que, al separar a los cautivos por grupos, las ISAPRES se sobreprotegen de los adultos mayores (que en la práctica tienen una tasa de siniestralidad menor a la general), grupo que se puede identificar de manera más directa que personas que poseen preexistencias. Esto parece indicar que las ISAPRES tienen de todos modos algunos problemas para identificar el riesgo real de cada potencial afiliado.

²¹ Sapelli y Torche, 1998.

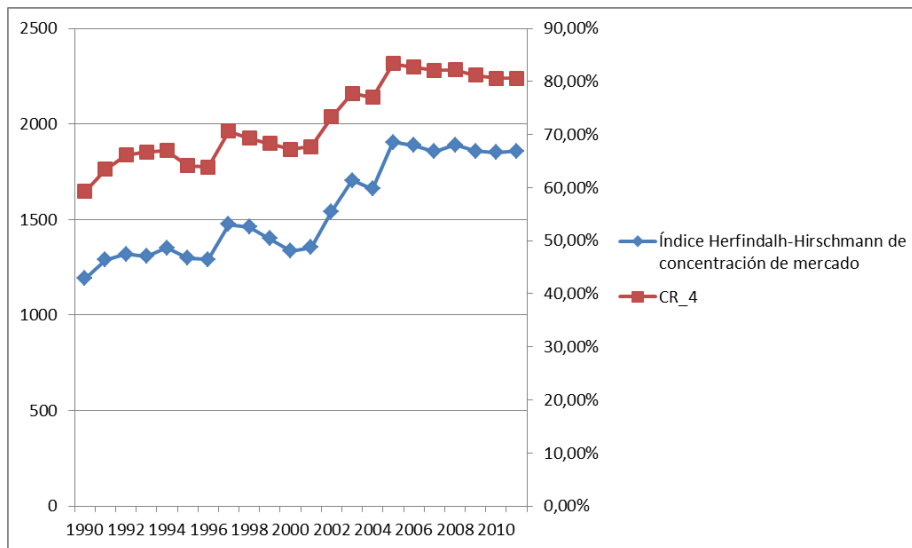
²² Sapelli y Vial, 2001.

²³ Para el 2010, las definiciones para el HHI eran:

- Mercados no concentrados: HHI menor a 1500;
- Mercados medianamente concentrados: HHI entre 1500 y 2500;

actualmente en un 80,6%, habiendo alcanzado su máximo histórico el año 2005 con un 83,3%. Esto podría estar indicando un potencial oligopolio en la industria y cierto nivel de poder de mercado. Sin embargo, esto no se puede asegurar, al encontrarse el HHI en un punto medio entre el comportamiento monopolístico o colusivo y el comportamiento competitivo. Además, el hecho de que exista alta concentración de mercado no implica de forma inmediata alto poder de mercado para fijar precios.

Gráfico N° 7: Índices Herfindahl – Hirschman y CR₄, 1990 - 2011



Elaboración: CIEDESS. Fuente: Superintendencia de Salud.

Existe, de hecho, un argumento que permite entender la tendencia a la concentración que se ha observado en la industria a través del tiempo. En los mercados de seguros, existen economías de escala, que impliquen que una industria más pequeña sea más eficiente que una industria con un gran número de firmas pequeñas²⁴. Esto se debe a que establecer un *pool* de seguros y calcular un conjunto de primas ajustadas por riesgo genera altos costos fijos en la operación, los que decrecen en promedio a medida que aumenta el número de compradores de seguros.

Con respecto a aquello, Larrañaga (1996) ya ha hecho referencia a la existencia de economías de escala en la industria. Sin embargo, Libertad y Desarrollo (2005) no encuentra evidencia de economías de escala con respecto a los costos de operación, aunque sí con respecto a los costos de administración. Con respecto a los datos para el año 2010, en general se observa que a mayor tamaño de cotizantes y beneficiarios, menores son los costos per cápita, excepto en el caso de una

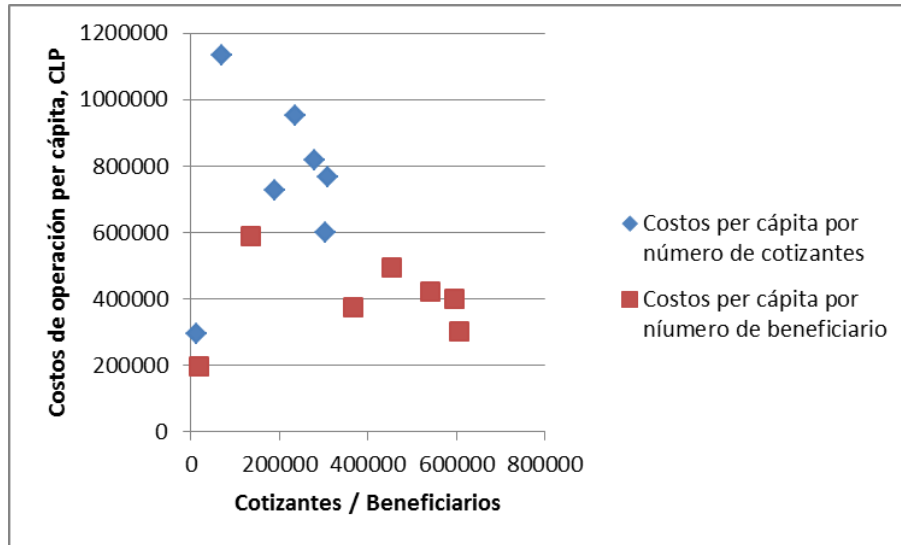
- Mercados altamente concentrados: HHI superior a 2500.

Fuente: <http://www.justice.gov/atr/public/guidelines/hmg-2010.html>

²⁴ Hurley, 2000.

ISAPRE que el 2008 dejó de ser una ISAPRE cerrada, y que posee los más bajos costos de administración a pesar de poseer solo un 0,86% del mercado (Gráfico N° 8).

Gráfico N° 8: Economías de Escala, diciembre de 2010



Elaboración: CIEDESS. Fuente: Superintendencia de Salud.

En nuestro gráfico, se puede ver que existen, a primera vista, economías de escala notorias, si no consideramos el caso de la ya mencionada ISAPRE que se sale de la tendencia. Estas economías de escala probablemente estén mejor representadas por los datos que incluyen no solo a los cotizantes sino a todos los beneficiarios, ya que el incluir a los beneficiarios da una mejor cuenta de todos los riesgos en el *pool*.

Esto nos permite poner en duda la tesis de colusión dentro del sistema. Existen otros tipos de evidencia que podrían estar indicando colusión, de todos modos. Un documento de Cid (2012), hace notar que las rentabilidades de la industria son altas en comparación con otras industrias más rentables del país como la banca²⁵

1.2.2. Precios.

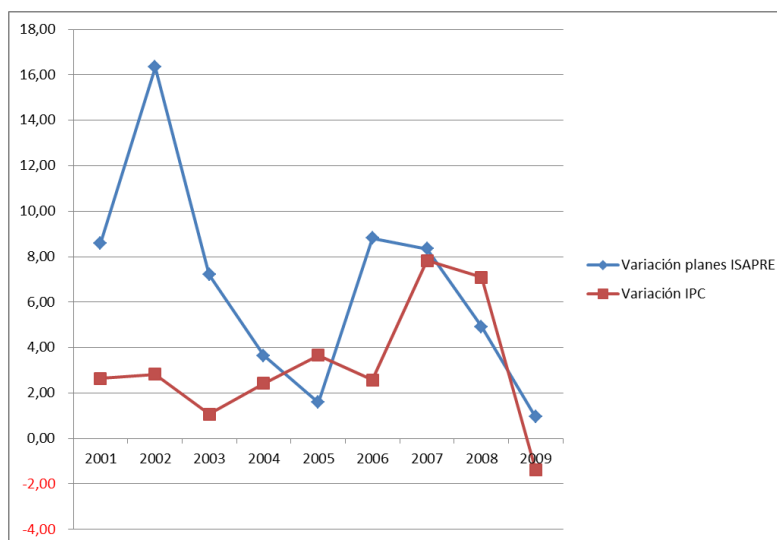
En el gráfico N° 9 se puede observar la variación de precios de la cotización de salud con respecto a la variación del IPC.

Entre 2001 y 2002 los precios se encontraban por sobre la variación del IPC, sin embargo, tras una fuerte caída en 2003, los precios se acercan a la tendencia del índice general hacia el año 2005. La razón de esta caída puede deberse al fortalecimiento de la regulación durante esos años, la

²⁵ Cid, 2012.

desaparición de varias ISAPRE —sólo en el año 2002 cuatro empresas dejan de operar, siendo absorbidas—, la necesidad de detener el éxodo de usuarios del sistema privado al público iniciado en la crisis asiática, y la aplicación de las GES en el sector público, junto con controles de precios más rígidos de parte de la Superintendencia de Salud.

Gráfico N° 9: Variación de la cotización en salud con respecto a la variación del IPC, 2001 - 2009



Elaboración: CIEDESS. Fuente: Superintendencia de Salud, Banco Central.

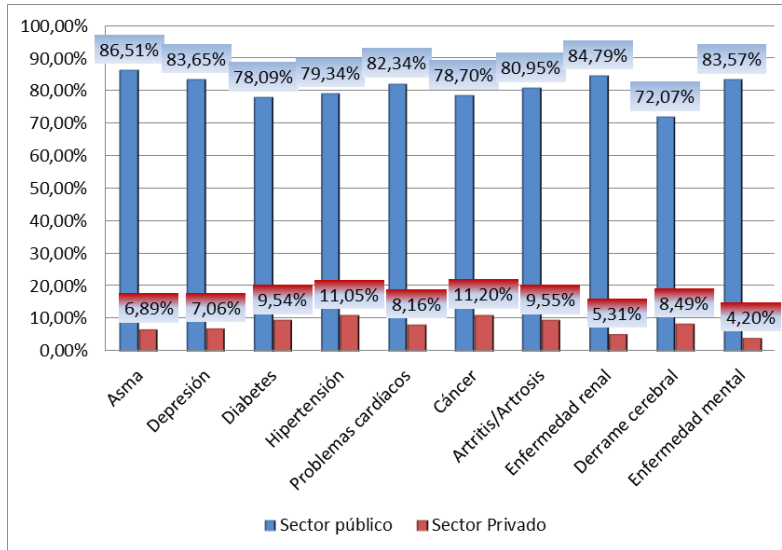
1.2.3. Administración de riesgos, selección de riesgos y desceme de mercado

En general, se espera que el asegurador trate de atraer a los individuos con los más bajos niveles de riesgo. En caso de que no tenga información privada de los usuarios, esta selección se hará a través de fijación de precios más bajos, sin embargo eso puede atraer a los individuos de alto riesgo, provocando selección adversa. Sin embargo, en caso de que la aseguradora tenga o pueda obtener información sobre el riesgo de la persona, podrá aplicar estrategias definidas bajo el término general de “desceme de mercado”. Esta estrategia implica crear mecanismos que atraigan a los individuos de menores riesgos, y que generan mayores ganancias.

Existe evidencia que parece señalar la existencia de selección por riesgos en el sector privado de salud. Sin ir más lejos, revisando la Encuesta de Protección Social del año 2009, se puede observar que el número de individuos con enfermedades de alto riesgo, como cáncer, diabetes, u otras, es mucho mayor en términos porcentuales en el seguro público que en el privado (Gráfico N° 10). Esto, a su vez, podría estar evidenciando existencia de selección adversa contra el seguro público, sin embargo los problemas de FONASA no serán analizados en mayor profundidad en este informe. Es posible observar como en el sistema de salud pública, en términos relativos, existen más personas con enfermedades de alto costo que en el sistema privado. Esto podría deberse a un mecanismo de selección de riesgos.

Con respecto a investigación más inferencial, Torche y Sapelli (1997) notan que, aquellos que tienen mayores riesgos en salud son dirigidos inevitablemente al sistema de “peor calidad”, es decir el sistema público, lo que estaría indicando estrategias de descreme.

Gráfico N° 10: Brecha de Riesgo entre el Sector Público y el Sector Privado, 2009



Elaboración: CIEDESS. Fuente: EPS 2009.

La utilización de estrategias de descreme se debe a la búsqueda de beneficios de parte de las ISAPRES, pero también a las formas que buscan éstas para enfrentar los problemas causados por las ISAPRES.

El asidero técnico para los conflictos percibidos en el sistema de salud privada se encuentra en esta sección. Existen dos sistemas, uno de ellos de mayor calidad, pero que es más rígido en acceso. Estas mayores trabas al acceso son naturales en cuanto a que el sistema privado de salud —el de mayor calidad— funciona como un sistema de seguros privados, teniendo que enfrentar el riesgo que asume, y la tendencia creciente del gasto en salud, a través de alzas de precios y de precios diferenciados según riesgo ex-ante, y mecanismos para la selección de riesgos. Se observa una creciente concentración en el mercado, que podría estar indicando la formación de un oligopolio, si bien, como se ha mencionado, los mercados de seguros tienen una tendencia natural a la concentración y, además, los cambios regulatorios y la crisis de los noventa podrían haber contribuido a la desaparición de algunas firmas.

Por otro lado, las ISAPRES están obligadas por ley a administrar riesgos sólo considerando sexo y edad. Este sistema sólo logra predecir una parte del riesgo de una persona. Las ISAPRES podrían estar enfrentando dificultades importantes para poder administrar correctamente el riesgo de sus

carteras de beneficiarios. Esto es importante pues puede tener asociado un mayor costo para las ISAPRES, y a la larga generar mayores aumentos de precios.

Las distintas reformas y modificaciones a la normativa que han sido establecidas durante la historia reciente del sistema de salud han sido con la intención de mejorar la respuesta del sistema a estos problemas, además de otros objetivos normativos como mejorar la calidad de vida de la población nacional completa o el acceso a servicios sanitarios para la población socioeconómicamente más afectada.

2. Propuesta de reforma al sistema ISAPRE

La propuesta de reforma aquí analizada se inscribe dentro de aquellas más cercanas al cumplimiento de objetivos normativos antes que técnicos, si bien existen también justificaciones objetivas para su creación. La propuesta de ley presentada consta de cuatro artículos y seis artículos transitorios, en los cuales se plantean una serie de modificaciones al DFL N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud, con el objetivo de introducir un Plan Garantizado de Salud que elimine las discriminaciones por género y edad y la calidad de cotizante cautivo, la posibilidad de adquirir Beneficios Complementarios, y la creación de índices de precios para el sistema de salud privado. Algunos de sus aspectos más interesantes son los siguientes:

➤ **Plan Garantizado de Salud (PGS)**

Es un plan de salud mínimo que deberá ser ofrecido de forma obligatoria por las ISAPRE a un precio único por beneficiario y de manera independiente a cualquier otro producto. Incluye los siguientes beneficios: Garantías Explícitas en Salud (GES); Cobertura para Gastos Catastróficos en Salud; cobertura ante eventos de emergencia vital; Examen de Medicina Preventiva incluido en el régimen GES; y prestaciones curativas y cobertura financiera que se fijan conforme al procedimiento señalado al efecto. El precio del PGS deberá ser fijado por cada ISAPRE.

➤ **Fondo de Compensación del Plan Garantizado de Salud**

Este instrumento permitirá redistribuir recursos en el sistema ISAPRE, desde aquellas instituciones con menores riesgos a aquellas que se encuentren enfrentando riesgos mayores. Los factores de riesgo se determinarán sobre la base de los costos efectivos registrados por el PGS para todos los beneficiarios del sistema ISAPRE, considerando al menos sexo y edad. Reemplazará al actual Fondo Solidario de la Garantías Explícitas en

Salud —el cual existe para solidarizar las diferencias de riesgo que asume cada ISAPRE al entregar a un precio único la cobertura GES, conformado por las ISAPRES y regulado por la Superintendencia de Salud—, y su utilización será similar a la que tiene actualmente éste, si bien se considerarán ahora un mayor número de prestaciones.

➤ **Consejo Consultivo del Plan Garantizado de Salud**

Se crea un Consejo de expertos, que establecerá el conjunto de prestaciones incluidas en el PGS y velará porque éstas contemplen una protección financiera no inferior a la que otorga FONASA en la Modalidad de Libre Elección. Propondrá el modelo de ajuste de riesgos para evaluar el sistema y efectuar las compensaciones necesarias. Este Consejo estará compuesto por un representante de las ISAPRE; un representante de los prestadores privado institucionales; un representante del Ministerio de Salud y; un representante de DIPRES.

➤ **Subsidio de Incapacidad Laboral**

No estará incluido en el precio del PGS, y deberá ser cobrado adicionalmente a los trabajadores que hayan suscrito en contrato de salud. Su precio corresponderá a un porcentaje determinado de la remuneración imponible de los cotizantes, igual para todos los afiliados a una misma entidad.

➤ **Beneficios Complementarios en Salud y Excedentes**

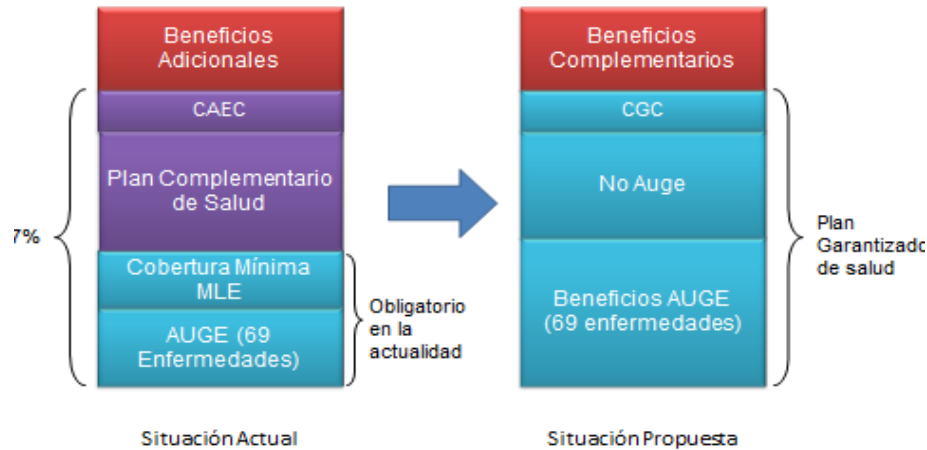
Aunque el PGS no incorporará beneficios complementarios, los afiliados si podrán adquirir libremente estos beneficios una vez contratado el PGS. Para estos Beneficios, el Fondo no aplica y las ISAPRE pueden determinar precios en base al riesgo individual del afiliado. Si el costo del PGS más el Subsidio de Incapacidad Laboral y los Beneficios Complementarios son menores a la cotización obligatoria del 7% de la remuneración mensual imponible, la diferencia pasará a ser parte de la cuenta de excedentes del cotizante.

➤ **Indicadores e Índices**

El proyecto incluye el cálculo anual, de parte del INE, de indicadores de la variación de los precios de las prestaciones de salud. En base a aquella información y a indicadores de la situación económica y los cambios tecnológicos en el sector, y asumiendo condiciones de eficiencia, un Panel de Expertos determinará índices referenciales de variación de los precios del PGS, a modo de una banda de precios. Esta banda de precios, al ser referencial, no implica una obligación para las ISAPRE.

Una comparación conceptual entre los planes de salud actuales de las ISAPRES y el PGS se puede ver en el Flujograma N° 4

Flujograma N° 4: Comparación entre los Planes de Salud Actuales y el PGS



3. El Contenido Actual de la Ley de la Salud

Para realizar la comparación, se realizará un resumen sobre la legislación actual del sistema de salud (DFL N° 1 del MINSAL). En la actualidad, las personas pueden afiliarse al sistema de salud a través de un plan de salud. El plan de salud incluye de forma obligatoria las prestaciones GES, las cuales se cobran a un mismo precio para todos los clientes de una misma institución. El resto de los contenidos del plan corresponden a lo que se denomina plan de salud complementario, la parte principal del plan, el cual se compone de un conjunto de prestaciones y coberturas, las que son elegidas entre distintas alternativas presentadas por la ISAPRE al individuo que postula. El último componente del plan de salud es el Subsidio de Incapacidad Laboral.

Cada plan de salud complementario posee un precio base, el cual es el mismo para todo individuo que haya tomado tal plan. A este precio, se le aplican los factores de riesgo que se toman de la tabla de factores. Estos factores de riesgo están incluidos en las llamadas tablas de factores, que son definidas por cada ISAPRE y reguladas por la autoridad, y que entregan un factor distinto dependiendo de edad, sexo y condición de cotizante o carga. El precio final es el obtenido tras la aplicación de los factores de riesgo a los planes de salud.

El afiliado potencial tiene la obligación de declarar su estado de salud al afiliarse.

Con respecto a las alzas anuales de precios, éstas pueden ser fijadas unilateralmente por la ISAPRES, en la fecha en la que se cumple un año desde la firma del contrato o última alza, y sin consulta previa al afiliado, por el aumento en los costos del servicio. Deberá avisar a través de una carta sobre esta alza al afiliado, con tres meses de antelación a la aplicación del nuevo precio, frente a lo cual el afiliado puede aceptar el precio, cambiarse a otro plan por un valor equivalente al precio anterior, o retirarse de la ISAPRE para acudir a otra o al prestador público. En la carta se deben indicar los planes cuyo valor es equivalente al plan actual.

La libre fijación de precios de las ISAPRE está sujeta a una serie de reglas. Deben informar a la Superintendencia de Salud los precios base de los planes vigentes y su variación propuesta. Las variaciones no pueden ser superiores a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de los precios base ni inferiores a 0,7 veces dicho promedio. No se pueden ofrecer rebajas por los precios de planes informados a la Superintendencia, ni comercializar planes alternativos.

La ley define las enfermedades preexistentes como aquellas que hayan sido conocidas por el afiliado y diagnosticadas con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso. La ley permite que una ISAPRE pueda poner restricciones a la cobertura para estas condiciones, con un plazo máximo de 18 meses. Al firmar un contrato de salud, se debe firmar una Declaración de Salud, en la cual el postulante establece su estado de salud y enfermedades preexistentes. En caso de que se descubra la omisión de una condición de salud preexistente de parte de la ISAPRE, la Institución puede excluir las prestaciones relacionadas con esta enfermedad, o terminar el contrato en caso de que no hubiese contratado en primer lugar si hubiera sabido de tal preexistencia, a menos que se acredite justa causa de error en la omisión. Las ISAPRES pueden decidir si quieren o no recibir a una persona, en base a la evaluación de ésta y a su declaración de salud.

Una comparación entre la Propuesta de Ley y el sistema de salud actual puede encontrarse en el Anexo II, al final de este informe.

4. Justificaciones técnicas-normativas a la reforma

Los principales argumentos para realizar esta reforma parecen estar del lado de lo fundamentalmente normativo: Principio de Igualdad y Libre Elección. Sin embargo, existe también un argumento técnico para modificar el sistema: la selección de riesgos y el descreme de mercado.

Como ya se ha comentado, el sistema de salud privada realiza selección de riesgos entre los potenciales beneficiarios a través de estrategias de descreme de mercado. Esto produce pérdidas de bienestar social e ineficiencias de mercado ya que limita la posibilidad de acceder al sistema privado de salud a quienes podrían estar interesados en entrar.

Un caso especial de este problema se produce con la cautividad. En ese caso, tenemos individuos que, queriendo acceder a una nueva oferta en una ISAPRE distinta a la que actualmente tiene, se ve obligado a quedarse en donde está o acudir a FONASA, dada la negativa de las otras ISAPRES de ofrecerle un plan de salud en base a sus preexistencias, y a posibles alzas de precios en su plan de salud por parte de la ISAPRE en la que actualmente se encuentra.

Evidentemente, la selección de riesgos influye en la forma en que se reparten los riesgos entre el sistema estatal y el privado, estando la población más riesgosa y/o con menos recursos a estar en FONASA, que entrega cobertura completa en distintos grados dependiendo del ingreso del individuo. Aquello produce que FONASA deba enfrentar costos mayores a los que podría pagar si solo utilizara los fondos producidos por el aporte previsional de los trabajadores afiliados.

5. Cuestionamientos técnicos a la reforma

Existen dos cuestionamientos técnicos fuertes para oponerse a la reforma, que deben ser respondidos antes de que este sistema sea aprobado en el Congreso:

➤ **Subsidios cruzados y la dinámica del sistema**

La propuesta pretende garantizar acceso y entregar un apoyo solidario a los usuarios del sistema privado de salud. El cuestionamiento que se hace es que esto en la práctica sería un subsidio cruzado: quienes en general pagan menos en el sistema —los hombres, los más jóvenes— estarían pagando un precio mayor por un plan, con el fin de beneficiar a los que hoy están pagando más —los mayores, las mujeres— y que están pagando más porque sus características los hacen más riesgosos. Los subsidios cruzados suelen ser más ineficientes que un subsidio directo, ya que generan incentivos perversos para quienes se ven perjudicados a salir del sistema, y para quienes se ven beneficiados a abusar del sistema. Por otro lado, al no controlarse directamente, los efectos redistributivos de un subsidio cruzado no necesariamente benefician a quienes se supone que tienen que beneficiar. Además, quienes se vean más afectados podrían retirarse del sistema, disminuyendo el número de personas entre las cuales se compensan los riesgos, aumentando los costos generales del sistema de salud, lo que puede provocar un círculo vicioso de alzas y retiros del sistema.

➤ **IPC de la salud**

Se ha mencionado que un IPC de la salud podría tener un efecto negativo. Si bien ayudaría a medir costos, no sería una buena herramienta para el control de éstos, ya que podría dar una señal de alza cierta a la industria, y terminar más bien generando un espiral

inflacionario²⁶. Desde otro punto de vista totalmente distinto, se acusa que un IPC de la salud no reconocería correctamente el aumento real de los costos en el sector salud, que suelen crecer en una tasa mayor que la del IPC general.

Estas perspectivas serán analizadas en el capítulo siguiente, en el cual observamos como se desempeñaría un sistema de salud reformado en base a la propuesta del Gobierno, con sus aspectos positivos y negativos, y con aquellas cosas que deberían ser reconsideradas antes de realizar una reforma de salud.

²⁶ Cid, 2012,

IV. Futuro del Sistema: Posibles Resultados de una Reforma, Críticas y Propuestas

En esta sección se busca establecer cuál es el camino que la propuesta de reforma del sistema ISAPRE establece para la evolución posterior de este mismo sistema, desde una perspectiva social y económica. Específicamente, se realiza, desde la perspectiva de la demanda, una microsimulación en base a la encuesta CASEN para proyectar el efecto en entrada y salida de afiliados y los efectos distributivos de la medida. Desde la perspectiva de la oferta, se analizará como se vería afectada la industria, y el problema que puede significar un IPC de la salud sobre el control de costos. Por otro lado, se cuestionará el funcionamiento de un fondo que compense riesgo sólo en base a sexo y edad, postulando la necesidad de un fondo que considere también diagnósticos pasados, diagnósticos de la familia y situación socioeconómica.

Antes de partir nuestra evaluación de impacto, debemos hacer notar que existe un problema que debe considerarse a la hora de analizar este cambio de plan. A enero del 2011, existían 51.171 planes de salud vigentes (Sánchez, 2011). Estos planes se diferencian no sólo en precio, sino también en cobertura y en prestadores, y los precios varían también por el riesgo que cada afiliado presenta en base a las tablas de factores. Esto implica que la comparación entre el PGS y los planes de salud actuales de ISAPRE no es tan directa, ya que no son el mismo producto. Asimismo la relación entre estar en ISAPRE o en FONASA D. El contenido de estos planes de salud, el número de usuarios que los utiliza y en precio que enfrentan es información que no se encuentra disponible de forma pública.

Este problema implica que un análisis del impacto de la salud en Chile, realizado a través de una comparación entre los precios hoy y los precios nacidos de la propuesta de reforma, sería incompleto, al no tomar en cuenta la heterogeneidad de los servicios evaluados. De hecho, uno de los principales objetivos del PGS es reducir esta heterogeneidad con el fin de simplificar el proceso de elección de los consumidores.

Considerando este problema se incluirán en este análisis datos sobre la cobertura de los planes de salud en Chile tomados de un estudio de la Superintendencia de Salud del año 2009, que pueden ayudar a paliar en parte el problema de la heterogeneidad en la calidad de planes de salud presentes en el sistema, y comparar la posible cobertura del PGS con los planes existentes en las ISAPRES.

1. Microsimulación del efecto de la política sobre la demanda

En este punto se analizarán los efectos futuros posibles de la aplicación de este sistema sobre los afiliados al seguro privado de salud. Se ha mencionado que la aplicación de esta reforma hará que el número de afiliados caiga, lo que podría llevar al sistema a un círculo vicioso de constante

pérdida de clientes. Se presenta un modelo de simulación que permite estimar el posible tamaño esta disminución.

1.1. Modelo de simulación

La herramienta elegida para estudiar el impacto de la reforma en este mercado es un modelo de microsimulación. Se estima un modelo econométrico sobre una base de datos socioeconómicos reales. Una vez realizada la estimación, se emplean los parámetros obtenidos, e información poblacional, para estimar el número de personas que participa del sistema ISAPRE durante distintos periodos de tiempo. Con esto se puede construir una serie simulada, ficticia, de la demanda anual que enfrentarían las ISAPRES, basada en una estimación con datos reales y en teoría económica aplicada a este mercado. Como se podrá ver, los datos obtenidos no calzarán perfectamente con los datos reales, sin embargo, se acercarán bastante a la realidad, lo que permitirá evaluar cómo reaccionarían los consumidores ante los cambios producidos por este proyecto de ley.

Para la realización de esta simulación se utilizó la encuesta CASEN 2009. Esta encuesta informa si el entrevistado pertenece a ISAPRE o a FONASA, si bien no pregunta en cuál ISAPRE se encuentra el afiliado. Se utilizó metodología de encuestas complejas para considerar tanto los factores de expansión como los efectos causados por el diseño de la muestra (ver anexo). La principal fortaleza de utilizar esta encuesta se encuentra en la posibilidad de replicar la metodología que los economistas Claudio Sapelli y Arístides Torche aplicaron en 1998 para determinar el proceso de selección de los afiliados entre el seguro público y el privado de salud.

En su trabajo de 1998, los autores referidos utilizan un modelo de regresión logística para explicar el proceso de selección que cada trabajador realiza. Como variables explicativas, utilizan el ingreso total del individuo, la presencia de cónyuge que trabaje y cotice, la ruralidad, el hecho de vivir en Santiago y una variable que representa el riesgo del individuo, en base a una estructura de factores de riesgo particular (a falta de los precios reales de los planes de salud que cada usuario posee). Además de estas variables, se construía un indicador que mostraba la presencia de selección adversa de parte del usuario, obtenido a través de un análisis de componentes principales de distintas variables asociadas al estado de salud del individuo, como de consultas por especialidad durante el último año, la presencia de enfermedad o accidente en los últimos tres meses, la realización de al menos una intervención quirúrgica en los últimos tres meses, y la adquisición de medicamentos en el último mes.

Para este trabajo se utilizó un modelo similar. Al igual que en el caso de Sapelli y Torche, se utilizó un modelo logístico que considera como variables el ingreso expresado en logaritmos, la presencia de cónyuge trabajador y cotizante, la ruralidad, y el hecho de vivir en las regiones Metropolitana, Quinta y Octava. Además, se incorporó una variable que simula el precio base de los planes de salud, y se utilizaron las tablas de factores disponibles a través de distintos medios para poder construir una variable de precio final, la que se incorpora a la regresión en logaritmos. Se incorporó además, la escolaridad del entrevistado, una variable que identifica a la persona por

sexo, una que establece si el individuo posee contrato de trabajo y una última que identifica si se posee trabajo permanente. Los resultados del modelo y sus elasticidades se resumen en el Anexo III.

Tras la obtención de los parámetros del modelo, se pasó a recalibrar los factores de expansión de la encuesta, utilizando información poblacional tomada de las proyecciones del Censo 2002 realizadas por el INE, para los años 2007, 2008, 2010, 2011 y 2012. Al recalibrar los factores de expansión, se puede hacer que la muestra trabaje como si fuera una tomada durante esos años. Tras la modificación de los factores de expansión de la muestra, se utilizan los parámetros estimados por el modelo de selección para determinar cuál habría sido la demanda durante los años mencionados. Una vez obtenidas las demandas durante esos años, es posible imputar los cambios generados por la nueva política. Este proceso se explica en mayor detalle también en el Anexo III. Se asumen precios de \$ 17.000, \$ 20.000 y \$ 23.000 para el PGS como escenarios posibles. También se considera, para los dos últimos escenarios, la posibilidad de una reducción del precio para la tercera carga menor de 18 años del afiliado —medida que fue comentada en las discusiones de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados— y la posibilidad de extender este beneficio a todas las cargas menores de 18 años del afiliado. En el anexo pueden verse también los resultados completos del ejercicio. En esta sección se presentarán sólo los resultados generales del modelo y se comentarán sus efectos sobre ciertas poblaciones particulares.

Como se puede observar en la Tabla N° 5, la plena aplicación de la nueva Ley produce una disminución de la demanda, efecto que se podía inferir del informe técnico realizado por la DIPRES hace algunos meses y que ha sido mencionado ampliamente por las ISAPRES. Para un plan con un precio de \$ 17.000, el cambio de precios produce caídas de un 2,95% en la demanda estimada para 2012 respecto a la situación sin reforma (situación actual), un 2,99% para el 2013 y un 2,91% para el 2014. Para un valor de \$ 20.000, las variaciones respectivas son de -4,73%, -4,92% y -5,04%. Finalmente, para un precio de \$ 23.000 (el escenario más complejo supuesto) las disminuciones entre la situación sin reforma y con reforma son del 6,13%, 6,31% y 7,79% para los tres años considerados. Por supuesto, las disminuciones en afiliados con un plan con un valor por sobre los \$ 20.000 son más importantes de lo que serían con un plan por un valor de \$ 17.000.

Tabla N° 5: Variaciones en la Demanda Proyectada debido a la aplicación del PGS

| Año | Total sin PGS | PGS=17.000 | | PGS=20.000 | | PGS=23.000 | |
|-------------|---------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|
| | | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación |
| 2012 | 1.659.999 | -2,95 % | -49.044 | -4,73 % | -78.455 | -6,13 % | -101.720 |
| 2013 | 1.706.536 | -2,99 % | -50.981 | -4,92 % | -83.930 | -6,31 % | -107.607 |
| 2014 | 1.755.070 | -2,71 % | -47.617 | -5,04 % | -88.540 | -7,79 % | -115.559 |

Elaboración: CIEDESS, en base a proyecciones realizadas con la Encuesta CASEN 2009.

Esto considera sólo cotizantes. En número de beneficiarios, la cantidad de individuos que podrían estar saliendo del sistema ISAPRE, con un precio de \$ 17.000, se encuentra cercano a los 313.560 en 2012. Para el caso más extremo, la salida corresponde a 436.909 beneficiarios del sistema privado de salud. Estos resultados en más detalle se pueden ver en la Tabla N° 6.

Tabla N° 6: Proyección de Beneficiarios que se retiran del sistema de salud privado por año y plan, debido a la aplicación del PGS

| Año | Total sin PGS | PGS=17.000 | | PGS=20.000 | | PGS=23.000 | |
|------|---------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|
| | | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación |
| 2012 | 3.989.714 | -8,53 | -313.560 | -10,61 | -382.507 | -12,3 | -436.909 |
| 2013 | 4.098.365 | -8,59 | -324.207 | -11,03 | -407.026 | -12,63 | -459.538 |
| 2014 | 4.208.720 | -8,26 | -321.147 | -11,02 | -417.906 | -12,94 | -482.247 |

Elaboración: CIEDESS, en base a proyecciones realizadas con la Encuesta CASEN 2009.

Subvención del plan para familias con más de tres cargas

De ser aceptada la modificación a la propuesta que establece una reducción de un 55% en el valor del plan por cada carga menor a 24 años, se está imponiendo un subsidio cruzado entre los usuarios del sistema ISAPRE. Esto implica que, para poder compensar a las cargas, se debe aumentar el costo general del PGS, con tal de generar una situación, tanto de ingresos como de riesgo, similar a la situación sin este subsidio. Según nuestra evaluación (datos en Anexo), los valores posibles del plan pasan a ser de \$ 21.000, \$ 25.000 y \$ 27.000. Los resultados de aplicar tales precios se pueden ver en la Tabla N° 7. Se puede ver que para el año 2012 las caídas en la demanda van entre 3,56% y -6,68% para el primer año de aplicación. Estos valores son mayores a las obtenidas de la aplicación del PGS sin rebajas.

Tabla N° 7: Variaciones en la Demanda Proyectada debido a la aplicación del PGS, considerando una rebaja para familias con más de tres cargas

| Año | Total sin PGS | PGS=21.000 más subvención del 55% por carga menor a 24 años | | PGS=25.000 más subvención del 55% por carga menor a 24 años | | PGS=27.000 más subvención del 55% por carga menor a 24 años | |
|------|---------------|---|-----------|---|-----------|---|-----------|
| | | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación |
| 2012 | 1.659.999 | -3,56 % | -59.100 | -5,56 % | -92.343 | -6,68 % | -110.953 |
| 2013 | 1.706.536 | -3,57 % | -60.939 | -5,68 % | -96.892 | -6,55 % | -111.786 |
| 2014 | 1.755.070 | -3,70 % | -64.995 | -5,72 % | -100.320 | -6,61 % | -115.951 |

Elaboración: CIEDESS, en base a proyecciones realizadas con la Encuesta CASEN 2009.

Tabla de factores reducida

Por otro lado, existe la posibilidad de utilizar una tabla de factores reducida. La aplicación de tal tabla de factores lleva —en el contexto del modelo— a resultados inesperadamente positivos a la demanda. Antes de seguir, se debe aclarar que este modelo no está considerando el *contenido* del plan de salud, esto es, las prestaciones que abarcará el PGS. Esta incertidumbre puede afectar los resultados expuestos. Con respecto a aquella situación, revisar las secciones 1.3. y 2., de este capítulo. La tabla de factores reducida propuesta, se puede observar en la Tabla N° 8.

Tabla N° 8: Tabla de Factores Reducida

| Rango Etario | Factor |
|-----------------|--------|
| De 0 a 28 años | 0,5 |
| De 29 a 55 años | 1 |
| 56 años o más | 1,5 |

Volviendo a la revisión de resultados, la aplicación de una tabla de factores reducida sobre el PGS produce, al contrario de lo que podría esperarse, un aumento en la demanda. Los resultados pueden observarse en la Tabla N° 9.

Tabla N° 9: Variaciones en la Demanda Proyectada debido a la aplicación del PGS, considerando una tabla de factores reducida

| Año | Total sin PGS | PGS=17.000 con tabla de factores reducida | | PGS=20.000 con tabla de factores reducida | | PGS=23.000 con tabla de factores reducida | |
|-------------|---------------|---|-----------|---|-----------|---|-----------|
| | | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación |
| 2012 | 1.659.999 | 6,24 % | 103.587 | 4,55 % | 75.581 | 2,75 % | 45.602 |
| 2013 | 1.706.536 | 6,38 % | 108.844 | 4,27 % | 72.929 | 2,81 % | 47.886 |
| 2014 | 1.755.070 | 6,61 % | 116.045 | 4,02 % | 70.620 | 2,33 % | 40.858 |

Elaboración: CIEDESS, en base a proyecciones realizadas con la Encuesta CASEN 2009.

Se puede notar que, en vez de haber reducciones, se observan aumentos en el número de usuarios del sistema, que, en el caso más auspicioso —un PGS de \$ 17.000— podría implicar un aumento en el número de cotizantes por sobre el 6%.

Lo anterior evidencia la existencia de un trade-off entre los usuarios de ISAPRE que se trasladarán a FONASA y algún grupo de usuarios del seguro público que a partir de ahora considerarán ventajoso cotizar en alguna ISAPRE. Para aclarar los valores, esto significa que para cada escenario, en el año 2012 el número de afiliados se reduciría entre 48.123 y 101.719 individuos, o sea, una reducción de entre 313.560 y 436.909 beneficiarios, en comparación con una situación en la cual no se hace nada. En el caso de la aplicación de una tabla de factores, se aspira a un aumento, *según el modelo*, de entre 35.506 y 171.375 beneficiarios.

El modelo también permite observar los efectos en segmentos de consumidores particulares. Así, se puede observar que en el sistema aumenta el número de cotizantes sin cargas en el sistema, lo que significa que hay un trade-off entre cotizantes con cargas y cotizantes sin cargas. Asimismo, el costo del plan se reduce para las mujeres, lo que implica que muchas entran como cotizantes al sistema. Sin embargo estos aumentos en grupos particulares de consumidores no logran contrarrestar la caída generada entre los hombres cotizantes o entre los cotizantes con cargas. No se encontró una causalidad clara para usuarios agrupados en distintos cohortes de edad. Todos estos resultados se pueden encontrar en mayor extensión en el Anexo III de este estudio.

También se segmenta el sistema por nivel de ingreso, en base a los quintiles de ingreso que entrega la CASEN 2009. Tal análisis permite notar que el efecto de la propuesta podría ser regresivo: los primeros tres quintiles ven reducida su participación en el sistema —o sea, ven aumentar el costo de su plan de salud— mientras que los dos últimos quintiles, de mayores ingresos, ven aumentar su participación, si bien a niveles mínimos. Los grupos potencialmente afectados y beneficiados con cada variante de la medida se pueden ver en la Tabla N° 10.

Tabla N° 10: Grupos potencialmente beneficiados y afectados por la aplicación de PGS

| Posibles reformas | Grupos beneficiados | PGS 1 | PGS 2 | PGS 3 | Grupos afectados | PGS 1 | PGS 2 | PGS 3 |
|--|----------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|---------------------|----------------------|----------------------|
| 1. PGS simple | Mujeres | 16.672 (2,83 %) | 7.402 (1,26 %) | | Mujeres | | | 1.938 (-0,33 %) |
| | | | | | Hombres | 65.715 (6,13 %) | 85.855 (8,02 %) | 99.780 (9,32 %) |
| | | | | | 4 primeros quintiles | 60.912 (7,55 %) | 84.684 (10,50 %) | 105.267 (13,05 %) |
| | | | | | Familias con cargas | 105.217 (9,50 %) | 123.939 (11,19 %) | 138.453 (12,50 %) |
| 2. PGS más subvención a cargas | Mujeres | 12.066 (2,05 %) | | | Hombres | 71.165 (6,64 %) | 92.235 (8,61 %) | 103.158 (9,63 %) |
| | Mayores de 70 años | 289 (13,75 %) | | | 4 primeros quintiles | 66.255 (8,21 %) | 94.298 (11,69 %) | 108.859 (13,49 %) |
| | | | | | Familias con cargas | 102.031 (9,21 %) | 122.485 (11,06 %) | 135.596 (12,24 %) |
| | | | | | Mujeres | | 107 (0,02 %) | 7.794 (1,32 %) |
| | | | | | Mayores de 70 años | | 159 (7,56 %) | 26 (1,24 %) |
| 3. PGS más tabla de factores reducida | Hombres | 49.108 (4,58 %) | 30.094 (2,81 %) | 9.581 (0,89 %) | Mayores 70 años | 1.753 (83,40 %) | 1.413 (67,22 %) | 987 (46,96 %) |
| | Mujeres | 54.479 (9,25 %) | 45.486 (7,72 %) | 36.022 (6,12 %) | Familias con cargas | | | 12.994 (1,17 %) |
| | 4 primeros quintiles | 75.081 (9,31 %) | 51.785 (6,42 %) | 25.653 (3,18 %) | | | | |
| | Familias con cargas | 22.225 (2,01 %) | 5.160 (0,47 %) | | | | | |

Elaboración: CIEDESS, en base a proyecciones realizadas con la Encuesta CASEN 2009.

Como se puede observar, existe una fuerte disminución de cotizantes de los tres primeros quintiles de ingreso. Parece ser que el proyecto es regresivo, teniendo un gran impacto negativo sobre los primeros quintiles de ingreso.

Por otro lado, esto tendría un efecto más negativo para aquellas ISAPRES que hayan decidido dirigirse principalmente a sectores medios y que vean su demanda mayormente afectada.

Esto claramente perjudica a aquellas personas que hacen un esfuerzo para participar del sistema privado de salud, y que se están viendo perjudicadas con la medida. La política termina produciendo mayor inequidad de ingreso en el seguro de salud privado.

1.2. Ejemplo a través de un análisis de casos

Realizamos un análisis de caso, con una familia de cuatro personas. Los detalles se pueden observar en la siguiente tabla:

Tabla N° 11: Supuestos básicos composición familiar para análisis de casos

| Ingreso Imponible (\$) | | Composición familiar | |
|------------------------|---------|----------------------|----------------------|
| Ingreso 1 | 250.000 | Familia 1 | 2 adultos |
| Ingreso 2 | 500.000 | Familia 2 | 2 adultos y 1 menor |
| Ingreso 3 | 800.000 | Familia 3 | 2 adultos, 2 menores |

Si tales familias ganan un ingreso de \$ 250.000, después de la aplicación de un PGS de \$ 17.000 tiene un costo mayor al costo que tendría hoy.

Tabla N° 12: Caso 1, con Ingreso Mensual \$250.000, Cotización ISAPRE (10%) \$25.000, valores en Miles de pesos

| Ingreso de \$250.000 | Reforma | | | | | | Alternativa 1 | | | | | | Alternativa 2 | | | | | |
|----------------------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|---------------|--------|-------|-------|-------|--------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | PGS 1 | | PGS 2 | | PGS 3 | | PGS 1 | | PGS 2 | | PGS 3 | | PGS 1 | | PGS 2 | | PGS 3 | |
| | Valor | Dif. | Valor | Dif. | Valor | Dif. | Valor | Dif. | Valor | Dif. | Valor | Dif. | Valor | Dif. | Valor | Dif. | Valor | Dif. |
| Familia 1 | 34,0 | -9,0 | 40,0 | -15,0 | 46,0 | -21,0 | 34,0 | -9,0 | 40,0 | -15,0 | 46,0 | -21,0 | 34,0 | -9,0 | 40,0 | -15,0 | 46,0 | -21,0 |
| Familia 2 | 51,0 | -26,0 | 60,0 | -35,0 | 69,0 | -44,0 | 43,35 | -18,35 | 51,0 | -26,0 | 58,65 | -33,65 | 42,5 | -17,5 | 50,0 | -25,0 | 57,5 | -32,5 |
| Familia 3 | 68,0 | -43,0 | 80,0 | -55,0 | 92,0 | -67,0 | 52,7 | -27,7 | 62,0 | -37,0 | 71,3 | -46,3 | 51,0 | -26,0 | 60,0 | -35,0 | 69,0 | -44,0 |

Elaboración: CIEDESS, en base a datos de la Superintendencia de Salud para el año 2010.

SISTEMA ISAPRE Y PROPUESTA DE UN PLAN GARANTIZADO DE SALUD

Para un ingreso de \$ 500.000, se pueden observar los siguientes resultados:

Tabla N° 13: Caso 1, con Ingreso Mensual \$500.000, Cotización ISAPRE (10%) \$50.000, valores en Miles de pesos

| Ingreso de \$500.000 | Reforma | | | | | | Alternativa 1 | | | | | | Alternativa 2 | | | | | |
|----------------------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|---------------|------|-------|-------|-------|-------|---------------|------|-------|-------|-------|-------|
| | PGS 1 | | PGS 2 | | PGS 3 | | PGS 1 | | PGS 2 | | PGS 3 | | PGS 1 | | PGS 2 | | PGS 3 | |
| | Valor | Dif. | Valor | Dif. | Valor | Dif. | Valor | Dif. | Valor | Dif. | Valor | Dif. | Valor | Dif. | Valor | Dif. | Valor | Dif. |
| Familia 1 | 34,0 | 16,0 | 40,0 | 10,0 | 46,0 | 4,0 | 34,0 | 16,0 | 40,0 | 10,0 | 46,0 | 4,0 | 34,0 | 16,0 | 40,0 | 10,0 | 46,0 | 4,0 |
| Familia 2 | 51,0 | -1,0 | 60,0 | -10,0 | 69,0 | -19,0 | 43,35 | 6,65 | 51,0 | -1,0 | 58,65 | -8,65 | 42,5 | 7,5 | 50,0 | 0,0 | 57,5 | -7,5 |
| Familia 3 | 68,0 | -18,0 | 80,0 | -30,0 | 92,0 | -42,0 | 52,7 | -2,7 | 62,0 | -12,0 | 71,3 | -21,3 | 51,0 | -1,0 | 60,0 | -10,0 | 69,0 | -19,0 |

Elaboración: CIEDESS, en base a datos de la superintendencia de salud para el año 2010.

Finalmente, para el caso de un ingreso imponible de \$ 800.000, el ingreso promedio en el sistema ISAPRE, se observa la siguiente situación:

Tabla N° 14: Caso 1, con Ingreso Mensual \$800.000, Cotización ISAPRE (10%) \$80.000, valores en Miles de pesos

| Ingreso de \$ 800.000 | Reforma | | | | | | Alternativa 1 | | | | | | Alternativa 2 | | | | | |
|-----------------------|---------|------|-------|------|-------|-------|---------------|-------|-------|------|-------|-------|---------------|------|-------|------|-------|------|
| | PGS 1 | | PGS 2 | | PGS 3 | | PGS 1 | | PGS 2 | | PGS 3 | | PGS 1 | | PGS 2 | | PGS 3 | |
| | Valor | Dif. | Valor | Dif. | Valor | Dif. | Valor | Dif. | Valor | Dif. | Valor | Dif. | Valor | Dif. | Valor | Dif. | Valor | Dif. |
| Familia 1 | 34,0 | 46,0 | 40,0 | 40,0 | 46,0 | 34,0 | 34,0 | 46,0 | 40,0 | 40,0 | 46,0 | 34,0 | 34,0 | 46,0 | 40,0 | 40,0 | 46,0 | 34,0 |
| Familia 2 | 51,0 | 29,0 | 60,0 | 20,0 | 69,0 | 11,0 | 43,35 | 36,65 | 51,0 | 29,0 | 58,65 | 21,35 | 42,5 | 37,5 | 50,0 | 30,0 | 57,5 | 22,5 |
| Familia 3 | 68,0 | 12,0 | 80,0 | 0,0 | 92,0 | -12,0 | 52,7 | 27,3 | 71,0 | 9,0 | 71,3 | 8,7 | 51,0 | 29,0 | 60,0 | 20,0 | 69,0 | 11,0 |

Elaboración: CIEDESS, en base a datos de la superintendencia de salud para el año 2010.

1.3. Una nota con respecto a los beneficios complementarios

Un aspecto de la reforma que no está incluido en el análisis recién realizado es el costo de los beneficios complementarios, dado que no es posible por el momento establecer cuáles serían

estos beneficios y cómo se fijaría su valor. Por lo demás, estos beneficios quedan sin regulación, por lo que no sería raro ver fuertes alzas de precios en este aspecto.

Como se puede suponer, esta área depende mucho de como se defina finalmente el contenido del PGS en cuanto a cobertura de enfermedades. Si bien FONASA D da una referencia, ésta no es traspasable de forma inmediata a ISAPRE. La definición de las coberturas del PGS determinará cuánta gente quedará con un plan con menores beneficios que los que actualmente poseen. Para quienes tengan alzas en su cotización debido a la aplicación del PGS, si además ven caer su cobertura, podrían terminar enfrentando un precio aún mayor al que tendrían sin tomar en cuenta los beneficios complementarios. Esto podría reforzar la cantidad de gente que quedaría fuera del sistema de salud privado y se dirige a FONASA.

Como corolario, un PGS que posea una alta cobertura, podría compensar a aquellos que vean un alza de su plan de salud. Sin embargo, a mayor cantidad de prestaciones, mayor es el costo del PGS, por lo que el efecto final de un plan básico de alta cobertura es ambiguo.

En definitiva, quienes se queden en el sistema de salud privado podrían enfrentar un alza del plan y una reducción de cobertura, por lo que, para mantenerse en el mismo nivel de consumo, deberían quedarse en la ISAPRE y pagar beneficios complementarios sin regulación, o ir a FONASA, donde tendrán una menor cobertura, pero también menores costos de cotización.

2. Análisis de Cobertura

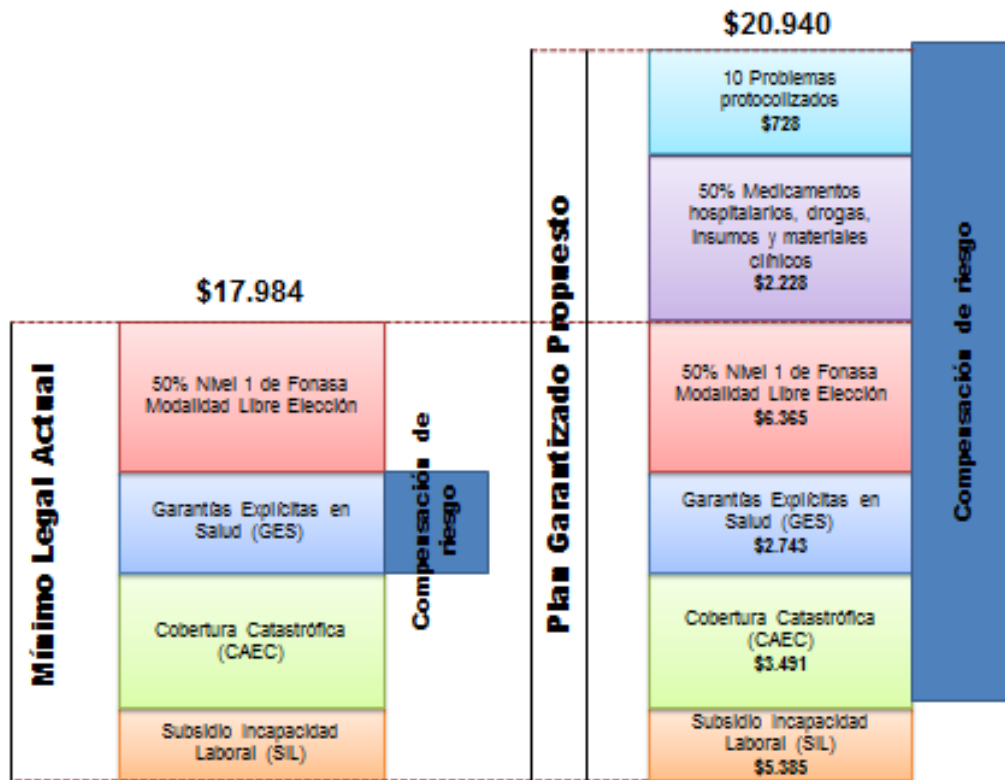
Hasta ahora se ha asumido en el análisis que el PGS y los planes de salud actuales son bienes similares o idénticos y por tanto comparables, enfocando el análisis básicamente hacia un cambio de precio. Sin embargo, uno de los graves problemas a la hora de estudiar la industria ISAPRE es que existen más de 50 mil planes de salud distintos en vigencia, con distintas coberturas, prestadores y distintos precios, lo que hace que la comparación de los planes entre sí ya sea un trabajo de alta complejidad. Por tanto la respuesta de los usuarios a una modificación del sistema podría ser distinta a la esperada. Si es que los usuarios valoran mucho más a las ISAPRES que a FONASA por temas de calidad, entonces tratarán de mantenerse en este sistema y la disminución de beneficiarios podría ser menor a la estimada. Al contrario, si el PGS definitivo implica una disminución fuerte de la calidad en cobertura de una persona, y el valor de los beneficios complementarios se eleva en demasía, los afiliados más afectados podrían empezar a considerar a FONASA como un buen sustituto, y entonces la disminución del número de beneficiarios podría ser mayor a la estimada.

Esto nos lleva al otro problema analítico presente, el cual es la indefinición sobre el contenido real del PGS a estas alturas de la discusión. Hasta ahora, lo que se sabe es que el plan garantizado propuesto debería ser similar a FONASA D Nivel 1 en Modalidad de Libre Elección. Sin embargo, la cobertura final del programa sería determinada por una comisión técnica, por lo que actualmente no es posible saber el verdadero contenido del plan.

En esta sección trataremos de analizar el cambio en cobertura en base a las estadísticas agregadas disponibles públicamente en el sitio web de la Superintendencia de Salud. Además, tomaremos como referencia un trabajo del 2009 de esta misma Superintendencia²⁷, que nos servirá de apoyo para este análisis de planes.

Como base para asumir la cobertura del PGS, tomaremos una minuta escrita por la Superintendencia de Salud el año 2011 que realiza un análisis de costos y cobertura que este podría tener²⁸. En particular, la cobertura en la que nos basaremos está contenida en el siguiente Flujograma.

Flujograma N° 5: Plan Garantizado de Salud Hipotético. Comparación de Costos y Cobertura con el Mínimo Legal Actual.



Fuente: Superintendencia de Salud. Tomado de Copetta, 2009. Elaboración: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud, 2010. Replicado por CIEDESS.

Esta propuesta de PGS incluye el tratamiento a diez problemas protocolizados de una manera similar al sistema GES. Estos diez problemas, determinados por el informe mencionado, son:

²⁷ Copetta, 2009.

²⁸ Copetta, 2011.

Sobrepeso y Obesidad Infantil, Desorden Bipolar, Depresión en Adolescentes, Enfermedad Isquémica, T.Q. Hernias Pared Abdominal, Aneurisma Aórtico Abdominal, Cáncer de ovario Epilettial, Cáncer de Colon, Cáncer Vesical y Parto y Cesárea.

Esto implica de inmediato una reducción en la cobertura de la mayoría de los beneficiarios de salud en ISAPRES, al menos para quienes poseen planes de salud individuales, que representan el 87,7% de los cotizantes a enero de 2011²⁹. En efecto, para estos planes, según Copetta (2009), la cobertura de los planes de salud se encuentra entre los planes 70/80 (70% de bonificación de atenciones ambulatorias y 80% de bonificación de prestaciones hospitalarias) y los 90/100.

Esto implica una reducción importante en la cobertura de una gran número de los usuarios de ISAPRE, y por tanto es de esperar que se vuelva una necesidad para la mayoría de éstos la contratación de beneficios complementarios de salud, lo que podría dejarlos en una situación más costosa que la presupuestada. Según la Tabla N° 10, para el 2009 cerca de 305.717 beneficiarios poseían planes con una cobertura hospitalaria sobre el 50%, y 296.819 beneficiarios poseían coberturas superiores al 50%. Estos números probablemente han aumentado durante el tiempo.

Tabla N° 14: Beneficiarios por ISAPRE y Cobertura, año 2009.

| Cobertura ambulatoria | Banmédica | Colmena | Consalud | Cruz Blanca | MasVida | Vida Tres | Total | Porcentajes |
|---------------------------|----------------|---------|----------|-------------|---------|-----------|---------|-------------|
| 50 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 5 | 0,00 % |
| 60 | 0 | 54 | 268 | 0 | 0 | 71 | 393 | 0,13 % |
| 70 | 51.506 | 25.773 | 12.137 | 21.872 | 530 | 988 | 112.806 | 38,00 % |
| 80 | 56.868 | 19.956 | 4.457 | 425 | 27.987 | 8.083 | 117.776 | 39,68 % |
| 90 | 3.816 | 16.257 | 2.728 | 2.510 | 3.271 | 1.001 | 29.583 | 9,97 % |
| 100 | 9.947 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2.332 | 12.279 | 4,14 % |
| Copago Fijo | 23.982 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 23.982 | 8,08 % |
| Total ambulatoria | 296.824 | | | | | | | |
| Cobertura hospitalaria | Banmédica | Colmena | Consalud | Cruz Blanca | MasVida | Vida Tres | Total | Porcentajes |
| 60 | 0 | 0 | 254 | 0 | 0 | 0 | 254 | 0,08 % |
| 70 | 0 | 0 | 705 | 5 | 0 | 12 | 722 | 0,24 % |
| 80 | 0 | 0 | 14 | 0 | 0 | 465 | 479 | 0,16 % |
| 85 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 4 | 0,00 % |
| 90 | 51.125 | 27.915 | 11.432 | 22.578 | 530 | 9.931 | 123.511 | 40,40 % |
| 100 | 71.012 | 34.125 | 7.185 | 2.229 | 31.258 | 10.956 | 156.765 | 51,28 % |
| Copago Fijo | 23.982 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 23.982 | 7,84 % |
| Total hospitalaria | 305.717 | | | | | | | |

Elaboración: CIEDESS. Fuente: Copetta (2009)

²⁹ Sánchez, 2011.

Es posible que aquellos beneficiarios cuyo pago efectivo por salud baje gracias al PGS puedan aceptar ver sus coberturas reducidas a cambio de una disminución del precio del plan. Para aquellos que se vean perjudicados, sin embargo, el resultado de esta propuesta probablemente sea más perjudicial de lo que se podría pensar en un primer momento.

Dado que la gran mayoría de los usuarios tienen un nivel de cobertura superior al que ofrece el PGS, y dado que, según nuestro análisis, para la mayoría de los usuarios el costo del seguro subirá, es posible que el número de personas que se retiren del sistema ISAPRE sea mayor que la proyección realizada por nosotros en este análisis.

3. Oferta

Desde la perspectiva de la oferta, el sistema privado de salud previsional enfrentará nuevas restricciones con la aprobación de la propuesta de Ley. El cómo estas restricciones afectarán el desempeño de las ISAPRES es una pregunta que aún es difícil responder. Existe incertidumbre con respecto a distintos aspectos del nuevo sistema: funcionamiento del Fondo de Compensación de riesgo, funcionamiento del IPC de la salud, cobertura y precio final del PGS, etc. Aquí se analizarán algunos de aquellos puntos.

3.1. IPC de la salud y control de costos

El objetivo del IPC de la salud es que indique la evolución de los precios dentro de la industria, y permita construir bandas referenciales de alzas de precios. En la práctica podría tener el efecto adverso: generar mayores alzas, dado que podría estar haciendo que las ISAPRES se adhieran a la cota de alza superior, que ha sido reconocida como válida, antes que tratar de reducir costos. Así, un IPC de la salud debería ser justamente eso: un índice dirigido a los consumidores, para que éstos puedan informarse sobre las alzas de precios que el sistema de salud está enfrentando. Para la construcción de bandas de precios, una mejor opción puede ser la utilización de precios referenciales tal como se hace actualmente para el Fondo Solidario GES.

3.2. Fondo de riesgo y dinámicas del sistema

El Fondo de Compensación tiene algunos problemas que se deben tomar en cuenta. Primero, al tomar como únicas variables predictoras de riesgo al sexo y la edad de la persona, que en conjunto explican sólo cerca de un 2,6% del sistema de salud, se está limitando la capacidad real del Fondo para ajustar riesgos de salud y eliminar el descreme. Se deberían considerar también factores

socioeconómicos y los diagnósticos previos del beneficiario. En el proyecto de Ley está contemplada la incorporación de los diagnósticos como variable, sin embargo no existe claridad de cuándo y cómo se incorporará.

Por otro lado, asumiendo que la aplicación del PGS lleva a una reducción de los usuarios del sistema, se entiende que el sistema en su totalidad ve reducido su *pool* de riesgos. Si bien esto no es claramente observado en el modelo de simulación, posiblemente muchos de los individuos que se retiren del seguro de salud privado sean jóvenes de menor riesgo, que vean que sus costos aumentan al ingresar al sistema, lo que podría llevar a que, además, el perfil de riesgo del sistema aumente, lo que repercute en los costos del sistema y en la tarifa del PGS. Las nuevas alzas pueden llevar a una reducción de la demanda mayor a la proyectada, lo que finalmente puede provocar un círculo vicioso que podría eventualmente llevar a una industria más reducida, más concentrada y eventualmente, podría terminar con el sistema privado.

3.3. Judicialización

Si los puntos anteriores se desarrollan en sus escenarios más negativos, no es de esperar que el sistema ISAPRE pueda dejar de enfrentar alzas de costos que repercutan en alzas de precios y, por tanto, en conflictos judiciales. De suceder esto, entonces la política no estaría cumpliendo con uno de sus objetivos, que es terminar con la excesiva judicialización del sistema. No sabemos cual puede ser el resultado de tales juicios, dado que en el caso de que la propuesta del PGS se convierta en Ley, el argumento de las tablas de factores ya no podrá ser utilizado, sin embargo, no es una situación deseable para la ciudadanía —“oferentes” y “demandantes”— ni para el Gobierno que se mantenga una situación de conflictividad, alto gasto en tribunales y un sistema de salud previsional en constante incertidumbre y, por tanto, incapaz de actuar de forma efectiva y eficiente frente a las necesidades que se puedan ir presentando en el área de la salud.

4. Alternativas para el mejoramiento del sistema ISAPRE para el futuro

Una vez vistas todas las dificultades, es necesario mencionar que, en sí, la idea de un plan básico de salud es una buena idea, que ha sido mencionada por distintos autores (Oyarzo, 1994; Aedo y Sapelli, 1999; Aedo, 2001; Cid, 2012;), al reducir los costos de transacción y la dificultad de procesamiento de información por parte del afiliado, permitiéndole tomar mejores opciones y mayor libertad de elección. Sin embargo, existen distintos problemas que deben ser superados en la actual Propuesta de Ley, antes de poder avanzar en su ejecución.

4.1. Efectos sobre cotizantes y beneficiarios

La reforma tiene, tal como se ha planteado en el modelo de simulación, efectos positivos sobre ciertos grupos de consumidores, y efectos negativos sobre otros, y produce una caída general de la demanda por cobertura en el sistema privado. Las mujeres y las personas mayores se ven relativamente beneficiadas por el plan, así como las personas sin cargas. En cambio, los hombres, los adultos jóvenes y las familias numerosas se ven afectadas, de tal forma que en número de afectados es mayor al número de beneficiados.

Además está el problema de la regresividad de la medida, ya que quienes tienen ingresos más bajos enfrentarán mayores aumentos de costos, relativo a quienes tienen mayores ingresos, que, incluso, podrían verse beneficiados con la medida.

Existe entonces la necesidad de buscar modificaciones a la propuesta que permitan solucionar estos problemas. Hasta ahora se ha mencionado tanto la posibilidad de reducir el costo del plan en un 55% para las cargas menores a 24 años. Como se puede ver en nuestra simulación, la ampliación de este subsidio a todas las cargas menores de 24, al ser un subsidio cruzado — aplicado *sobre* otro subsidio cruzado—, tiene a elevar el valor general del plan, lo que hace que, de todos modos, exista aún un problema de disminución de beneficiarios, incluso ligeramente mayor al caso original.

Otra opción ha sido disminuir el precio del plan a la mitad para todas las personas menores de 29 años, mantenerlo para los entre 29 y 55, y subirlo 1,5 veces para quienes tienen 56 años o más, lo que constituye una “tabla de factores” simplificada. Esto puede producir efectos beneficiosos en la demanda general, incluso, puede tener el potencial de aumentar el número de cotizantes a pesar de la aplicación de una tarifa plana, ya que aminora los efectos de un subsidio cruzado. Sin embargo, elimina el efecto potencialmente positivo que tiene el PGS sobre los grupos beneficiarios de la medida (mujeres y personas mayores). Dado que el objetivo de la reforma es, justamente, beneficiar a estos grupos que se han visto impedidos de acceder al sistema privado, el objetivo que la medida pretende generar puede desaparecer.

Como se puede ver, ninguna de las dos opciones mencionadas es completamente satisfactoria. Quizá habría que pensar en otra solución. Por el lado de los ingresos, quizá sería buena idea volver a un subsidio directo a la demanda, para la cotización para trabajadores en los primeros dos o tres quintiles de ingreso, que considere también a los trabajadores independientes. La consideración de variables socioeconómicas en el proceso de ajuste de riesgo también podría ayudar a disminuir los costos de aceptar personas de estratos socioeconómicos medios y bajos.

Tampoco hay que desestimar volver a la propuesta de “Ley Corta”, que si bien es una solución incompleta, al menos puede reducir la incertidumbre actual en el sistema y algunas de las dificultades existentes para los grupos desaventajados frente al sistema. Sin embargo, en el caso de aplicar cualquier tipo de tabla de factores, se debe considerar que debe de prevenirse que el establecimiento de estos factores deberá ser motivo de ley. La discusión de la extensión de la

reserva legal en materias de seguridad social, particularmente en salud, ya fue motivo de amplias consideraciones por parte del Tribunal Constitucional, precisamente en relación con los factores de riesgo³⁰. Si bien en esa oportunidad el voto de mayoría no se fundó exclusivamente en la reserva legal, si se destacó que “tiene cabida la potestad reglamentaria del presidente de la república o la que corresponde a los organismos reguladores, de acuerdo a las formas y condiciones determinados por la ley, no por la potestad administrativa³¹”.

Los votos de minoría fueron más incisivos en la materia, indicando que “forma y condiciones de ejecución de las acciones de salud sí deben determinarse por la ley con un grado de precisión tal que impida que el ejercicio de la discrecionalidad administrativa se extienda a la vulneración de los derechos constitucionales³²”.

En definitiva, el uso de la potestad reglamentaria en la determinación de los factores que incidirán en los ajustes del riesgo de los afiliados puede terminar en una nueva ola de recursos judiciales e impugnaciones que hagan retornar al sistema a su punto de partida anterior al proyecto en comento.

4.2. Precios

La idea de un IPC es una buena idea como referencia para los usuarios, sin embargo, es una herramienta de calidad dudosa para la generación de bandas de precios: puede terminar produciendo incentivos perversos a la ineficiencia de costos. Una opción es regular costos a través de precios referenciales, definidos por la autoridad supervisora, o por el Panel de Expertos que ha sido definido en la Propuesta.

Este punto es importante porque el éxito de la reforma, tanto para los beneficiarios como para las ISAPRES, se encuentra en la eficiencia de costos, de tal forma de ofrecer planes competitivos y que no incentiven el abandono del sistema de parte de los usuarios ni una mayor judicialización que la que actualmente existe.

4.3. Ajustes de riesgo

Podría ser recomendable establecer un Fondo de Riesgos que considere otros factores además de sexo y edad para poder determinar las compensaciones necesarias para cada ISAPRE. Es importante que se consideren los diagnósticos previos de los beneficiarios. La Propuesta de Ley establece que esta variable sería eventualmente incorporada, si bien no establece con claridad cuándo sería incorporada, y si esto será regulado por alguna institución. Por lo demás, incluir

³⁰ Causa Rol 1710-10.

³¹ Causa Rol 1710-10, Considerando 123°.

³² Causa Rol 1710-10, Considerando 158°.

variables como estatus socioeconómico y hábitos (*e.g.*, consumo de tabaco y/o alcohol), puede permitir establecer de mejor manera el riesgo y eliminar al máximo la posibilidad de seleccionar por riesgo de parte de las ISAPRES.

4.4. Incertidumbre de precio y cobertura, y beneficios complementarios

Hasta ahora, no está claro cual va a ser la cobertura del PGS. Esto es importante, pues la cobertura que ofrezca el plan se relaciona con el costo que éste tendría, y a su vez permite establecer el número de personas que se verían afectadas por la aplicación del plan, y cómo se verían afectadas: mayor cobertura, menor cobertura, etc.

Por otro lado, se debe tomar en cuenta qué tipo de beneficios quedarán determinados como complementarios, y cómo serán regulados, si es que serán regulados. Si la cobertura del PGS es baja, y la mayoría de los afiliados se ve en la necesidad de adquirir beneficios complementarios no regulados para poder obtener una situación similar a la situación que enfrentan actualmente, entonces nos encontramos en una situación incluso más compleja que la actual, y que arriesga la viabilidad del sistema.

4.5. La importancia de la Gradualidad

Algunos de estos problemas, relacionados con la incertidumbre que produce un cambio tan fuerte en el sistema de salud, pueden ir enfrentándose a través de una aplicación gradual de la nueva política. La idea de realizar un cambio radical al sistema puede perjudicar el funcionamiento del sistema mismo, sin embargo, un avance más progresivo podría permitir identificar ciertos problemas en la política, y respuestas adecuadas a estos problemas.

Así, podría establecerse un aumento gradual de las prestaciones que actualmente son cubiertas por el Fondo Solidario, pasando a ser un Fondo Compensatorio del PGS. Una vez evaluada la primera etapa de aplicación del fondo, ampliar la cobertura de éste, tomando en cuenta las necesidades que se presenten.

Otras partes de la política, como la incorporación de nuevas variables en el Fondo de Ajuste, pueden ser incorporadas de forma más inmediata.

Esta estrategia de aplicación de la Reforma podría permitir observar aquellos problemas que el diseño original de la reforma no puede tomar en cuenta debido a la falta de información. Eventualmente, podría llegar a ser un aporte a los problemas del sistema de salud.

Bibliografía

Aedo, C. "Las Reformas de la Salud en Chile". *La Transformación Económica de Chile* (Larraín, F., y Vergara, R., editores), pp. 605-640. Centro de Estudios Públicos, Santiago, Chile. Enero 2001.

Aedo, C., y Sapelli, C. "El Sistema de Salud en Chile: readecuar el mandato y reformar el sistema de seguros". *Estudios Públicos, Vol. 75, pp. 189-227*. Centro de Estudios Públicos, Santiago, Chile. 1999.

Cid, C. *Problemas y desafíos del seguro de salud y su financiamiento en Chile: el cuestionamiento a las ISAPRE y la solución funcional*. Temas de la Agenda Pública, Año 6, N° 49. Centro de Políticas Públicas, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. Enero 2012.

Cid, C., Salazar, E., Tegmeier, R. y Muñoz, A. *Magnitud y Características de la Cautividad en el Sistema Isapre*. Departamento de Estudios y Desarrollo. Superintendencia de Salud, Santiago, Chile. Septiembre 2009.

Creedy, John: *Survey Reweighting for Tax Microsimulation Modelling*, New Zealand Treasury Working Paper 03/17, Septiembre de 2003.

Hurley, J. "An Overview of the Normative Economics of the Health Sector". *Handbook of Health Economics, Vol. 1A* (Culyer, A. y Newhouse, J., editores). Elsevier Science, Amsterdam, Holanda. 2000.

Inostroza, M., Muñoz, A., y Sánchez, M. "Migración de Afiliados en el Sistema Isapre". *Revista Chilena de Salud Pública, Vol. 9, No. 3, pp. 177-181*. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Santiago, Chile. 2005.

Larrañaga, O. "Descentralización y Equidad: El Caso de los Servicios Sociales en Chile". *Cuadernos de Economía, Año 33, No.100, pp. 345-365*. Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. Diciembre 1996.

Lenz, Rony. *Proceso Político de la Reforma AUGE de Salud en Chile: Algunas Lecciones para América Latina. Una Mirada desde la Economía Política*. Serie Estudios Socio/Económicos N° 38. CIEPLAN, Santiago, Chile. Junio 2007.

Libertad y Desarrollo. "ISAPRES: Mercado y Competencia". *Temas Públicos No. 744*. 14 de octubre de 2005.

Miranda, E. "Descentralización y Privatización del Sistema de Salud Chileno". *Estudios Públicos, Vol. 39, pp. 5-66*. Centro de Estudios Públicos, Santiago, Chile. 1990.

Oyarzo, C. "La mezcla público-privada: una reforma pendiente". *Estudios Públicos, Vol. 55, pp. 143-170*. Centro de Estudios Públicos, Santiago, Chile. Invierno de 1994.

Poblete, R. *Análisis Financiero del Sistema ISAPRE a Diciembre del 2007*. Departamento de Estudios y Desarrollo. Superintendencia de Salud, Santiago, Chile. Abril 2008.

Sapelli, C. y Vial, B. *Self Selection and Moral Hazard in Chilean Health Insurance*. Documento de Trabajo N° 195. Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. Agosto 2001.

Sapelli, C., y Torche, A. *¿Fonasa para Pobres, Isapre para Ricos? Un estudio de los determinantes de la elección entre seguro público y privado*. Documento de Trabajo N° 183. Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. Septiembre 1997.

Silva, P. "Sistema de Salud de Chile". *Cuadernos Médico Sociales*, Vol. XXXIX, No. 1/98, pp. 46-53. Departamento de Salud Pública. Colegio Médico de Chile (A.G.), Santiago, Chile. Marzo 1998.

Valdivieso, V. "La reforma de salud en Chile y el rol de las Facultades de Medicina: un intento de síntesis". *Revista Médica de Chile*, Vol. 128, No. 10, pp. 1161-1166. Sociedad Médica de Santiago, Santiago, Chile. Octubre 2000.

Anexo I: Estructura del sistema de salud en Chile

➤ **Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS)**

El SNSS comprende al Ministerio de Salud, al Fondo Nacional de Salud (FONASA), a la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), el Instituto de Salud Pública (ISP) y a los Servicios de Salud Pública.

El Ministerio de Salud debe fijar y formular las políticas de salud. Ejerce la rectoría sobre el sistema de salud, define normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deben atenerse los organismos de salud, define los lineamientos de las políticas de salud a nivel nacional como el sistema AUGE o el Plan Nacional de Salud, establece y evalúa los estándares mínimos que deben cumplir los prestadores de salud, los certifica y evalúa, y establece protocolos de atención en salud. A través de la Subsecretaría de Salud Pública define normativa, políticas de promoción de la salud, prevención de riesgos sanitarios, además de definir y ejecutar los modelos de gestión de la Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud, las cuales se encargan de fiscalizar el cumplimiento de la normativa de salud en la zona geográfica correspondiente. A través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales se preocupa de la gestión de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas para su coordinación y articulación.

Los Servicios de Salud propiamente tales, ubicados a lo largo del país, están encargados de ejecutar todas las acciones necesarias para el resguardo de la salud, para la protección de la población del territorio correspondiente de los riesgos producidos por el medio ambiente y para la conservación, mejoría y recuperación de los elementos básicos de ésta.

➤ **Superintendencia de Salud**

A la Superintendencia de Salud le corresponde supervigilar y controlar a las instituciones de salud previsional, sean FONASA o las ISAPRES, y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley como Régimen de Garantías en Salud (AUGE-GES), los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen. Además supervigila y controla a FONASA, en todas aquellas materias que tengan relación con los derechos de los beneficiarios, en las modalidades de atención institucional, de libre elección, y en los planes AUGE-GES y en el examen de medicina preventivo.

Se preocupa de acreditar, certificar y fiscalizar a los proveedores de salud públicos o privados del país en la mantención de estándares de calidad y en el respeto de los derechos de los beneficiarios de estos sistemas.

➤ **Fondo Nacional de Salud (FONASA)**

Con la reorganización del sistema de salud para convertirlo en lo que hoy es el SNSS, se separaron las funciones normativas, operativas y financieras, quedando estas últimas en el Fondo Nacional de Salud, FONASA. Sus funciones son:

1. Recaudar, administrar y distribuir los recursos fiscales destinados a salud en conformidad con los planteamientos del Ministerio de Salud.
2. Financiar, en todo o parte, las prestaciones que se hacen a los usuarios, y otorgar préstamos médicos para financiar las prestaciones de salud que los beneficiarios soliciten.
3. Financiar, en todo o parte, las acciones de salud que realice el Sistema Nacional de Servicios de Salud y las necesidades de infraestructura y recursos que este sistema requiera.
4. Financiar los subsidios por incapacidad laboral transitoria que deban pagar los Servicios de Salud a sus beneficiarios, incluidos los maternales y por cuidado del recién nacido.
5. Acreditar la identificación de los beneficiarios y asignarlos a alguno de los grupos existentes en base a su nivel de ingresos, siendo estos grupos, de menor a mayor ingreso: A, B, C y D.

Esto le da a FONASA un doble carácter: el de ente financiero y el de administración del Régimen de Libre Elección, que permite al afiliado elegir el profesional o la entidad con la cual desea atenderse, en base a un arancel determinado por el servicio. El Fondo se financia a través de aportes fiscales, la cotización de 7% obligatoria para trabajadores y los copagos realizados por los usuarios al atenderse por el Régimen de Libre Elección.

➤ **Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)**

Las Instituciones de Salud Previsional son entidades privadas, con o sin fines de lucro, cuyo objeto exclusivo es el financiamiento de prestaciones y beneficios de salud, así como la realización de actividades afines o complementarias a este hecho, las que nunca podrán implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores.

Específicamente, las ISAPRE pactan con el usuario un Plan de Salud. Este plan contiene los beneficios mínimos asegurados para toda la población por la ley AUGE, que son: el examen preventivo de salud, el cuidado a la madre durante el embarazo y hasta los seis meses de edad, atención del niño hasta los seis meses de edad, la cobertura mínima del plan de salud y subsidio de enfermedad. Las prestaciones para medicina curativa y otros beneficios, como salud odontológica o bonificaciones por medicamentos, se definen libremente y explícitamente en el Contrato de Salud respectivo firmado por el individuo y la ISAPRE.

Las ISAPRE pueden ser abiertas o cerradas. Una ISAPRE abierta es aquella que se organiza para recibir a todo tipo de personas, independiente de su calidad laboral y su empleador. Una ISAPRE cerrada es aquella que se organiza para grupos cerrados de trabajadores, los cuales definen las prestaciones y programas de salud en base a sus necesidades propias.

➤ **Atención Primaria de Salud**

Se preocupa de la atención ambulatoria. Los establecimientos que componen la atención primaria en salud son: los Centros de Salud (CES), los Centros de Salud Familiar (CESFAM), las Postas de Salud Rurales (PSR), y los Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU). Dependen administrativamente de las municipalidades y se relacionan con el SNSS a través de las Redes Asistenciales, que coordinan la atención en salud a nivel nacional. Están basados en un modelo de atención llamado Modelo de Salud Familiar, con un enfoque dirigido al paciente como un ente social integrado a un ambiente familiar y cultural particular.

Anexo II: Comparación entre el Sistema Actual y la Propuesta de Reforma

Tabla N° I: Comparación entre el Sistema de Salud Privado Actual y la Propuesta PGS, 2012

| Aspectos comparativos | Actual | Reforma |
|--------------------------|---|--|
| Plan de salud | Complementario. Incluye todo beneficio no cubierto por GES. Se pacta libremente. | Plan Garantizado de Salud (PGS), que incluye las patologías GES, la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, cobertura para emergencias, coberturas mínimas legales (embarazo, licencias por maternidad, protección al menor de 5 años) y prestaciones curativas u cobertura financiera del Arancel del PGS. No incluye Subsidio por Incapacidad Laboral, que se considera aparte en el contrato de salud. |
| Precio | Precio base: fijado por la institución, para cada plan de salud considerado, siendo igual para cada contratante de tal plan. A este precio se le aplica el factor de riesgo determinado, lo que define el precio final del plan de salud. | Precio PGS: Único para todos los beneficiarios de la misma ISAPRE. No es rebajable, no permite discriminación, ni se le aplica factor de riesgo alguno. Es fijado de forma independiente por cada Institución. |
| Contrato de salud | Contrato libre con las ISAPRE. Como mínimo, debe tener prestaciones GES y el plan de salud complementario. | Contrato cuyo mínimo está compuesto por el PGS, el Subsidio de Incapacidad Laboral (sólo para quienes sean trabajadores dependientes activos). Los Beneficios Complementarios quedan a consideración del afiliado. |

SISTEMA ISAPRE Y PROPUESTA DE UN PLAN GARANTIZADO DE SALUD

| Aspectos comparativos | Actual | Reforma |
|---|--|--|
| Beneficios complementarios y prestaciones mínimas. | Las prestaciones mínimas estipuladas en el contrato son las GES, y un plan complementario definido de forma libre | El plan mínimo es el PGS. Sobre éste, lo que se hace es contratar Beneficios Complementarios, de forma libre, que permitan ampliar la cobertura del PGS. A diferencia del antiguo plan de salud complementario, no es obligatorio para una persona contratar Beneficios Complementarios, y la ISAPRE no puede condicionar la afiliación a la adquisición de tales beneficios. La ISAPRE si puede decidir no entregar tales beneficios en base a las características de riesgo del afiliado. |
| Modalidades de contrato | Existen tres modalidades: a) Plan Libre Elección, en la cual la elección del prestador de salud es resuelta discrecionalmente por el afiliado o beneficiario y donde los costos se reembolsan; b) Plan cerrado, cuya estructura contempla financiamiento sólo para las atenciones con los prestadores debidamente individualizados en el plan; y c) Plan con prestadores preferentes, cuya estructura combina libre elección con prestadores individualizados para ciertos beneficios | El PGS no tiene modalidades especiales, y se deben tratar con la Red de Prestadores definida por la ISAPRE. Para el caso de los Beneficios Complementarios, existen tres modalidades: a) Libre elección, donde la elección del prestador se resuelve discrecionalmente por el afiliado o beneficiario, sin intervención de la ISAPRE, y donde los costos se reembolsan; b) Cobertura cerrada, cuya estructura solo contempla financiar a los prestadores debidamente individualizados; y c) Cobertura con prestadores preferentes, cuya estructura combina ambas modalidades. |
| Prestadores | En el caso del plan libre elección, los prestadores son elegidos por el usuario. En el caso de las otras modalidades, la red de prestadores es definida por la ISAPRE con la cual el individuo está contratado. | En PGS, los prestadores corresponden a aquellos establecidos por la ISAPRE a través de su Red de Prestadores. Para los Beneficios Complementarios, si éstos son contratados a través de la modalidad de cobertura cerrada o de cobertura con prestadores preferentes, entonces los prestadores son definidos por la ISAPRE. |

SISTEMA ISAPRE Y PROPUESTA DE UN PLAN GARANTIZADO DE SALUD

| Aspectos comparativos | Actual | Reforma |
|----------------------------------|---|---|
| Prestadores subsidiarios | La ISAPRE deberá identificar en el plan a los prestadores que subsidiariamente brindarán las atenciones de salud a sus beneficiarios, en el evento de configurarse una insuficiencia. Se considera insuficiencia del prestador cuando éste se encuentra imposibilitado de realizar alguna de las prestaciones que forman parte de la oferta cerrada o preferente. | La ISAPRE debe considerar en el plan a los prestadores que subsidiariamente brindarán las atenciones de salud a los beneficiarios, en el evento de configurarse una insuficiencia. Para estos efectos, se entenderá que se configura una insuficiencia del prestador individualizado en el PGS cuando se encuentra imposibilitado de realizar alguna de las prestaciones que forman parte de éste. |
| Contratos colectivos | No considerados | Sólo para los Beneficios Complementarios, por dos o más personas pertenecientes a una misma empresa o grupo de trabajadores. En este último caso, cada afiliado deberá contar con sus propios anexos al respectivo contrato de salud. |
| Exclusión de prestaciones | <p>No podrá convenirse exclusión de prestaciones, salvo las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cirugía plástica con fines de embellecimiento; 2. Atención particular de enfermería; 3. Hospitalización con fines de reposo; 4. Prestaciones cubiertas por otras leyes hasta el monto de lo cubierto; 5. Las que requiera un beneficiario como consecuencia de su participación en actos de guerra; 6. Enfermedades o condiciones de salud preexistentes no declaradas, salvo que se acredite justa causa de error; 7. Prestaciones otorgadas fuera del territorio nacional; | <p>No podrá convenirse exclusión de prestaciones, salvo las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cirugía plástica con fines de embellecimiento; 2. Prestaciones cubiertas por otras leyes hasta el monto de lo cubierto; 3. Las que requiera un beneficiario como consecuencia de su participación en actos de guerra; 4. Enfermedades o condiciones de salud preexistentes no declaradas, salvo que se acredite justa causa de error. |

SISTEMA ISAPRE Y PROPUESTA DE UN PLAN GARANTIZADO DE SALUD

| Aspectos comparativos | Actual | Reforma |
|---|---|---|
| | 8. Prestaciones no consideradas en el arancel del plan de salud. | |
| Tablas de factores y ajustes de riesgo | Definidas por la autoridad, fijan los factores de riesgo que deben aplicarse a los distintos planes de salud, en base a sexo, rango etario y condición de cotizante o carga. Los factores correspondientes deben multiplicarse al precio base del plan para obtener el precio final de éste. | Derogadas. El precio del PGS es único para todos los afiliados a la ISAPRE, sin tomar en cuenta diferencias en riesgo por edad y sexo. El ajuste de riesgo se hará a través de un Fondo de Compensación. |
| Fondo de Compensación | Fondo de Compensación Solidario: su fin es solidarizar los riesgos en salud entre los beneficiarios de dichas Instituciones, con relación a las GES. Compensa a las ISAPRE por las diferencias entre la prima comunitaria cobrada por estas prestaciones y la prima ajustada por riesgo. Las prestaciones GES en el sistema actual deben ser cobradas al mismo precio a todos los usuarios de una misma ISAPRE sin considerar factores de riesgo. | Fondo de Compensación del Plan Generalizado de Salud: su fin es solidarizar los riesgos en salud entre los beneficiarios de dichas Instituciones, en relación con las coberturas, prestaciones y condiciones de salud contenidas en el PGS. |
| Alzas de precios | La libre fijación de precios de las ISAPRE está sujeta a una serie de reglas. Deben informar a la Superintendencia de Salud los precios base de los planes vigentes y su variación propuesta. Las variaciones no pueden ser superiores a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de los precios base ni inferiores a 0,7 veces dicho promedio. No se pueden ofrecer rebajas por los precios de planes informados a la Superintendencia, ni comercializar planes alternativos. | Se realizarán, a través del INE, cálculos de indicadores de la variación de los precios de las prestaciones, de la variación en la frecuencia de uso de éstas, y en la variación del gasto en subsidios de incapacidad laboral. En base a aquellos indicadores, un Panel de Expertos, compuesto por un académico experto en administración, ingeniería y/o economía, un académico experto en salud, y un profesional de alguna de aquellas áreas, construirán índices referenciales para el alza de precios del sistema ISAPRE. Estos índices no implican una obligación de fijación de precios para las ISAPRES. |

Elaboración: CIEDESS.

Anexo III: Modelo de Microsimulación de la Demanda.

A. Supuestos

Para el cálculo de los precios de los planes, se tomó información de un informe sobre precios de planes individuales del sistema ISAPRE del año 2009 realizado por la Superintendencia de Salud. Basándose en tal documento se construyó la variable precio base igual a:

- \$ 19.500 si es que el 7% del ingreso total individual es menor que tal valor;
- El 7% del ingreso, si es que este mismo valor se encuentra entre los \$ 19.500 y los 67225;
- \$ 67.225, si es que el 7% era superior a dicho valor.

Una vez obtenido el precio base, se incorporó un valor de cobertura GES igual a \$ 5.040 pesos, y se obtuvo el precio final con la fórmula:

$$Precio\ final = \sum_{i=1}^N Valor\ GES_i + Precio\ base \times \sum_{i=1}^N Factor\ de\ riesgo_i$$

Los factores de riesgo se tomaron de distintas fuentes. Para el año 2007 y 2008, fueron tomados de las tablas calculadas por la Superintendencia de Salud (2008). Para el año 2009, se tomaron de León y Martínez (2009). Finalmente, para los años 2010, 2011 y posteriores, se tomaron los valores calculados en CIEDESS (2010b).

Para las alzas de los precios base se asumieron los datos calculados por la Superintendencia de Salud hasta este año. Los años posteriores, se asumió un alza del plan de un 5,5%. Esta alza se aplicó también a los distintos valores del PGS. Se asumió un alza de los salarios de un 2,5% y un alza de la UF de un 3,3%.

B. Modelo de selección

Para este trabajo se utilizó un modelo logístico, basado en Sapelli y Torche (1998). Se consideraron como variables el ingreso expresado en logaritmos, la presencia de cónyuge trabajador y cotizante, la ruralidad, y el hecho de vivir en las regiones Metropolitana, Quinta y Octava. Además, se incorporó una variable que simula el precio base de los planes de salud, y se utilizaron las tablas de factores disponibles a través de distintos medios para poder construir una variable de precio final, la que se incorpora a la regresión en logaritmos (ver título previo). Se incorporó además, la escolaridad del entrevistado, una variable que identifica a la persona por sexo, una que establece si el individuo posee contrato de trabajo y una última que identifica si se posee trabajo permanente. Los resultados del modelo y sus elasticidades se resumen en la Tabla N° II.

Tabla N° II: Modelo de Selección ISAPRE-FONASA

| Variables | Coefficientes | Elasticidades | Errores estándar | Significancia |
|------------------------------------|-------------------|----------------------|------------------|---------------|
| Precio | -0,2656907 | -0,2362187 | 0,068083 | *** |
| Ingreso total | 1,685626 | 1,498647 | 0,0935607 | *** |
| Ingreso X Edad | 0,000862 | 0,3867345 | 0,0002259 | *** |
| Mujer | -0,1240337 | -0,0429595 | 0,06343 | * |
| Cónyuge | 0,1667067 | 0,0165717 | 0,0802228 | ** |
| Rural | -0,5291162 | -0,0483301 | 0,1719274 | *** |
| Región Metropolitana | 0,4646262 | 0,1858092 | 0,0809846 | *** |
| Región de Bío Bío | -0,3654156 | -0,0350294 | 0,1077913 | *** |
| Región de Valparaíso | -0,478586 | -0,0438824 | 0,1360279 | *** |
| Contrato | 0,4315825 | 0,3480894 | 0,1774549 | ** |
| Trabajo permanente | 0,6290629 | 0,457393 | 0,1122729 | *** |
| Escolaridad | 0,2467526 | 2,588953 | 0,014558 | *** |
| Menos de 50 personas en la empresa | -0,2210924 | -0,0755337 | 0,094489 | ** |
| %0 a más personas en la empresa | 0,2045396 | 0,0835705 | 0,0887195 | ** |
| Condición de salud | 0,0013449 | 0,0003779 | 0,0062999 | |
| Constante | -24,77732 | | 0,7973175 | *** |
| Observaciones=50301 | Población=3897196 | F (15, 3463)=132,66 | Prob>F=0,000 | |

Fuente: CIEDESS, en base a datos de Encuesta CASEN 2009.

*: Significativo a un 10%

** : Significativo a un 5%

***: Significativo a un 1%

Curiosamente, la única variable que resultó ser no significativa fue “Condición de salud”, lo que podría interpretarse como no existencia de selección adversa. Esto se debió probablemente a la utilización de metodología de encuestas complejas para tratar las variables. Sin embargo, se mantuvo esta variable en el modelo, ya que se cree relevante considerar la posible existencia de selección adversa para la simulación del mercado. Por lo demás, los valores de las elasticidades van en línea con las obtenidas por el modelo calculado por los autores citados. Se puede observar que el aseguramiento privado es relativamente inelástico al precio, y elástico al ingreso, o, en otras palabras, que los individuos no basan con tanta fuerza su decisión de unirse y mantenerse en un seguro de salud en base al precio de éste, pero sí en base al ingreso que percibe. Una persona que desea salud de mayor calidad y tiene ingresos medios altos probablemente accederá a una ISAPRE y podría mantenerse en ésta incluso si existen alzas de precios importantes; una disminución de sus ingresos, sin embargo, podrían incentivarlo a salir del sistema de salud.

Como punto de corte para definir participación en el sistema ISAPRE, se consideró el valor de 0,21285, al ser el nivel de probabilidad que maximizaba al mismo tiempo la especificidad y sensibilidad del modelo.

Tras la obtención de los parámetros del modelo, se pasó a recalibrar los factores de expansión de la encuesta, utilizando información poblacional tomada de las proyecciones del Censo 2002 realizadas por el INE, para los años 2007, 2008, 2010, 2011 y 2012. Al recalibrar los factores de expansión, se puede hacer que la muestra trabaje como si fuera una tomada durante esos años. Tras la modificación de los factores de expansión de la muestra, se utilizan los parámetros estimados por el modelo de selección para determinar cuál habría sido la demanda durante los años mencionados. Una vez obtenidas las demandas durante esos años, es posible imputar los cambios generados por la nueva política.

El modelo considera que desde 2012 se aplicará una exención en la cotización obligatoria para los pensionados pertenecientes al Sistema de Pensiones Solidarias o a los cuatro primeros quintiles de ingreso.

C. Impacto sobre la Demanda Agregada de la Industria

Antes de seguir, vale la pena recordar que el modelo de simulación no calza perfectamente con los datos reales, subestimándose, por ejemplo, el número de cotizantes pertenecientes a los quintiles más bajos, y sobrestimando la cantidad de cargas en el sistema y de afiliados totales. Sin embargo, en general se acerca bastante a los datos reales, y nos puede mostrar cómo reaccionaría el mercado ante un cambio en el funcionamiento del sistema de salud. Es la magnitud de las variaciones las que nos interesa tomar en cuenta.

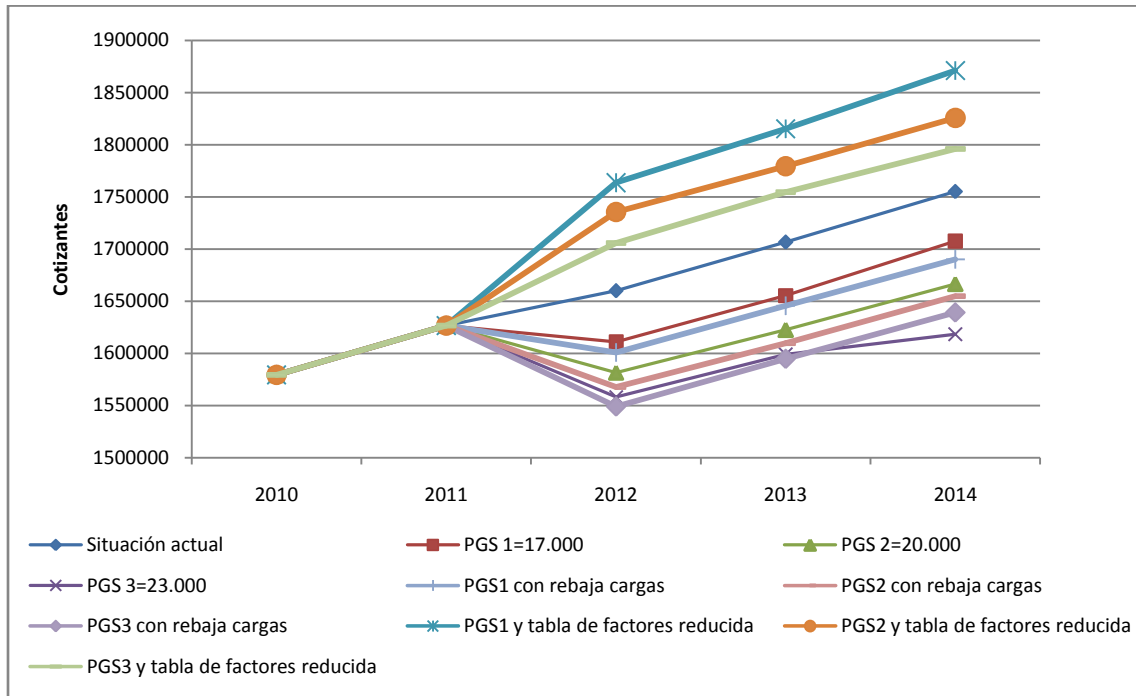
En el Gráfico N° 1 se puede observar el resultado del ejercicio que, como se ha mencionado, comprende los años 2007 a 2014. Quitando el año 2009, en el cual proyecta una disminución de demanda que no se condice con los hechos reales en estos años, la simulación proyecta la tendencia creciente en el número de cotizantes del sistema privado, tendencia que se ha venido registrando desde el año 2005. También se puede observar que el modelo proyecta un número de individuos mayor al número real de cotizantes para cada año. A pesar de eso, la pendiente de la serie es similar a la pendiente de la serie real: la serie se expande por el mismo “sendero”.

La línea azul en el gráfico representa la tendencia que se esperaría que mantuviera el mercado ISAPRE a través del tiempo. Las líneas de color rojo, verde y morado representan, en cambio, la tendencia de la demanda ante el cambio de precios provocado por la creación de un PGS, asumiendo planes con los valores de \$ 17.000, \$ 20.000 y \$ 23.000, respectivamente.

Como se puede observar, la plena aplicación de la nueva Ley produce una disminución de la demanda, efecto que se podía inferir del informe técnico realizado por la DIPRES hace algunos meses y que ha sido mencionado ampliamente por las ISAPRES. Para un plan con un precio de \$ 17.000, el cambio de precios produce caídas de un 2,95% en la demanda estimada para 2012 respecto a la situación sin reforma (situación actual), un 2,99% para el 2013 y un 2,91% para el 2014. Para un valor de \$ 20.000, las variaciones respectivas son de -4,73%, -4,92% y -5,04%.

Finalmente, para un precio de \$ 23.000 (el escenario más complejo supuesto) las disminuciones entre la situación sin reforma y con reforma son del 6,13%, 6,31% y 7,79% para los tres años considerados. La Tabla N° III resume la información mencionada. La Tabla N° IV entrega los ingresos de la industria y el factor promedio del mercado.

Gráfico N° I: Demanda Simulada del Mercado ISAPRE, 2010 - 2014



Elaboración: CIEDESS, en base a proyecciones realizadas con la Encuesta CASEN 2009.

Por supuesto, las disminuciones en afiliados con un plan con un valor por sobre los \$ 20.000 son más importantes de lo que serían con un plan por un valor de \$ 17.000. Se puede observar también que un descuento en el plan de un 55% para las cargas no cambia mucho la situación y, de hecho, la empeora levemente. En este caso, al estar aplicando un subsidio cruzado, el precio general del plan sube, pasando a ser de \$ 21.000, \$ 25.000 y \$ 27.000 respectivamente. Así, se puede observar que las disminuciones en la demanda provocadas por el primer plan llegan a 3,56% para el 2012, 3,57% para el 2013 y 3,70% para el 2014, en comparación con la caída registrada anteriormente, lo que se puede observar en la línea celeste en el gráfico. Lo mismo sucede con las otras tarifas, que entregan la mayor caída en demanda entre todas las opciones analizadas.

Por otro lado, se puede establecer nuevamente una tabla de factores “aplanada”, con sólo tres rangos de edad y sin diferenciación por sexo, que compense a quienes verían aumentar principalmente su plan: los trabajadores jóvenes. Esta parece, de hecho, beneficiar el crecimiento

de la demanda y, por tanto, aumentar el número de cotizantes y beneficiarios en el sistema ISAPRE.

Estas opciones se discutirán en las secciones que siguen.

Tabla N° III: Variaciones en la Demanda Proyectada debido a la aplicación del PGS

| Año | Total sin PGS | PGS=17.000 | | PGS=20.000 | | PGS=23.000 | |
|-------------|---------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|
| | | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación |
| 2012 | 1.659.999 | -2,95 % | -49.044 | -4,73 % | -78.455 | -6,13 % | -101.720 |
| 2013 | 1.706.536 | -2,99 % | -50.981 | -4,92 % | -83.930 | -6,31 % | -107.607 |
| 2014 | 1.755.070 | -2,71 % | -47.617 | -5,04 % | -88.540 | -7,79 % | -115.559 |

Elaboración: CIEDESS, en base a proyecciones realizadas con la Encuesta CASEN 2009.

Tabla N° IV: Factor promedio del mercado y precios según Valor PGS, año 2012

| Valores PGS (\$) | Factor promedio | Ingresos brutos (MM\$) |
|------------------|-----------------|------------------------|
| 17.000 | 11,79 | 53.890 |
| 20.000 | 11,60 | 62.110 |
| 23.000 | 11,44 | 70.360 |

Elaboración: CIEDESS, en base a proyecciones realizadas con la Encuesta CASEN 2009.

Reducción del plan para familias con cargas menores de 24 años

En este caso, se establece una reducción de un 55% del plan de salud de cada carga no cónyuge menor a 24 años de edad. Esto permite que el plan cause un menor impacto entre aquellos a los cuales la reforma afectaría con mayor fuerza. Sin embargo, al ser un subsidio cruzado, implicaría un encarecimiento del precio base del plan, debido a la necesidad de mantener una situación de riesgo medio y de ingresos brutos cercana a la producida con los valores PGS originales. Según nuestros cálculos, esto implica un alza los planes, desde los \$ 17.000, \$ 20.000 y \$ 23.000, a \$ 21.000, \$ 25.000 y \$ 27.000, respectivamente.

Se puede observar que, a nivel agregado, esta medida no sería efectiva para contener la disminución de la demanda debida a un aumento del precio del plan, ya que las caídas de la demanda son relativamente mayores a las producidas por el PGS sin descuentos. La Tabla N° V resume la información mencionada. La Tabla N° VI muestra el nivel de riesgo e ingresos que se obtuvo.

Tabla N° V: Variaciones en la Demanda Proyectada debido a la aplicación del PGS, considerando una subvención para familias con más de tres cargas

| Año | Total sin PGS | PGS=21.000 más reducción del 55% por carga menor a 24 años | | PGS=25.000 más reducción del 55% por carga menor a 24 años | | PGS=27.000 más reducción del 55% por carga menor a 24 años | |
|-------------|---------------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación |
| 2012 | 1.659.999 | -3,56 % | -49.044 | -5,56 % | -92.343 | -6,68 % | -110.953 |
| 2013 | 1.706.536 | -3,57 % | -50.985 | -5,68 % | -96.892 | -6,55 % | -111.786 |
| 2014 | 1.755.070 | -3,70 % | -47.616 | -5,72 % | -100.320 | -6,61 % | -115.951 |

Elaboración: CIEDESS, en base a proyecciones realizadas con la Encuesta CASEN 2009.

Tabla N° VI: Factor promedio del mercado y precios según Valor PGS, año 2012

| Valores PGS (\$) | Riesgo promedio | Ingresos brutos (MM\$) |
|------------------|-----------------|------------------------|
| 21.000 | 11,73 | 54.390 |
| 25.000 | 11,51 | 63.370 |
| 27.000 | 11,38 | 67.560 |

Elaboración: CIEDESS, en base a proyecciones realizadas con la Encuesta CASEN 2009.

Tabla de factores reducida

Por otro lado, existe la posibilidad de utilizar una tabla de factores reducida. La aplicación de tal tabla de factores lleva —en el contexto del modelo— a resultados inesperadamente positivos a la demanda. Antes de seguir, se debe aclarar que este modelo no está considerando el *contenido* del plan de salud, esto es, las prestaciones que abarcará el PGS. Esto implica que los resultados del modelo, como fue explicado en el informe, podrían tener un importante sesgo optimista. La tabla de factores reducida propuesta, se puede observar en la Tabla N° VII.

Tabla N° VII: Tabla de Factores Reducida

| Rango Etario | Factor |
|-----------------|--------|
| De 0 a 28 años | 0,5 |
| De 29 a 55 años | 1 |
| 56 años o más | 1,5 |

Esta tabla de factores reducida tiene como función, ya no considerar el riesgo de cada persona, cuestión que se hace a través del fondo de compensación del PGS, sino que compensar a aquellos que se han visto afectados por la aplicación de una tarifa plana.

Volviendo a la revisión de resultados, la aplicación de una tabla de factores reducida sobre el PGS produce, al contrario de lo que podría esperarse, un aumento en la demanda. Los resultados pueden observarse en la tabla N° VIII.

Tabla N° VIII: Variaciones en la Demanda Proyectada debido a la aplicación del PGS, considerando una tabla de factores reducida

| Año | Total sin PGS | PGS=17.000 con tabla de factores reducida | | PGS=20.000 con tabla de factores reducida | | PGS=23.000 con tabla de factores reducida | |
|-------------|---------------|---|-----------|---|-----------|---|-----------|
| | | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación |
| 2012 | 1.659.999 | 6,24 % | 103.587 | 4,55 % | 75.581 | 2,75 % | 45.602 |
| 2013 | 1.706.536 | 6,38 % | 108.844 | 4,27 % | 72.929 | 2,81 % | 47.886 |
| 2014 | 1.755.070 | 6,61 % | 116.045 | 4,02 % | 70.620 | 2,33 % | 40.858 |

Elaboración: CIEDESS, en base a proyecciones realizadas con la Encuesta CASEN 2009.

Se puede notar que, en vez de haber reducciones, se observan aumentos en el número de usuarios del sistema, que, en el caso más auspicioso —un PGS de \$ 17.000— podría implicar un aumento en el número de cotizantes por sobre el 6%. Los ingresos obtenidos en este caso son menores a los obtenidos en los casos anteriores. Sin embargo, el factor de riesgo promedio también es mucho menor a lo obtenido anteriormente (Tabla N° IX).

Tabla N° IX: Factor promedio del mercado y precios según Valor PGS, año 2012

| Valores PGS | Riesgo promedio | Ingresos brutos (MM\$) |
|---------------|-----------------|------------------------|
| 17.000 | 6,72 | 28.180 |
| 20.000 | 6,62 | 32.640 |
| 23.000 | 6,65 | 37.690 |

Elaboración: CIEDESS, en base a proyecciones realizadas con la Encuesta CASEN 2009.

Las variaciones descritas, *según el modelo de microsimulaciones utilizado*, implican una caída de entre 313.560 y 436.909 beneficiarios para el año 2012 en el sistema privado, con respecto a la demanda proyectada para el sistema sin reforma (Tabla N° VIII). Los más afectados por el plan, como lo veremos posteriormente, serían los hombres jóvenes, los quintiles de menores ingresos y las familias numerosas.

Las caídas se reducen en el caso de la aplicación de una rebaja en la tarifa para las cargas, lo que demuestra la capacidad de esta medida para contener la caída en la demanda que la aplicación del PGS podría provocar.

Finalmente, se puede ver que, para la propuesta de una tabla de factores simplificada, existe la posibilidad de un aumento en el número de beneficiarios dentro del sistema de salud. Este último resultado, en particular, debe ser tomado con cuidado, por el efecto que la incertidumbre sobre el contenido del plan puede estar teniendo sobre nuestras estimaciones. Aun así, y asumiendo que no existen problemas con las diferencias de cobertura entre el PGS y los planes actuales, la idea de que la demanda aumente gracias a la aplicación de una tabla de factores simplificada sobre el PGS no es una idea del todo descabellada, ya que está reduciendo el costo del plan de salud para un gran número de personas. En la Tabla N° X se observan los resultados descritos.

Tabla N° X: Beneficiarios que se retiran del sistema de salud por año y plan, comparado con la mantención del sistema de salud actual

| Año | PGS=17.000 | PGS=20.000 | PGS=23.000 | PGS=20.000 más subvención de 55% por carga menor a 24 años | PGS=23.000 más subvención de 55% por cada carga menor a 24 años | PGS=17.000 con tabla de factores reducida | PGS=20.000 con tabla de factores reducida | PGS=23.000 con tabla de factores reducida |
|------|------------|------------|------------|--|---|---|---|---|
| 2012 | -313.560 | -382.507 | -436.909 | -280.516 | -352.065 | 171.375 | 106.196 | 35.506 |
| 2013 | -324.207 | -407.026 | -459.538 | -287.127 | -365.705 | 179.076 | 91.528 | 34.502 |
| 2014 | -321.147 | -417.906 | -482.247 | -310.516 | -372.163 | 194.602 | 82.703 | 14.296 |

Elaboración: CIEDESS, en base a proyecciones realizadas con la Encuesta CASEN 2009.

D. Impacto sobre Segmentos de Afiliados

En esta sección sólo se analizará el impacto que tendría el PGS sobre la afiliación al seguro privado de salud para las estimaciones del año 2012. Se segmentará por número de carga, sexo, edad y quintil de ingreso.

i. Segmentación por número de cargas

Uno de los efectos esperados de esta Ley es que el número de cotizantes sin cargas aumente. Sin embargo, aunque este impacto puede permitir atenuar en parte la caída de la demanda provocada por la reforma, no será tan grande como para contrarrestar completamente la caída general, dado que la mayoría de las personas sin cargas que pueden cotizar en ISAPRE ya lo está haciendo. Tales expectativas son corroboradas por el siguiente cuadro:

Tabla N° XI: Variación en la Demanda estimada año 2012, por Número de Cargas

| Número de cargas | Total sin PGS | PGS 1= 17.000 | | PGS 2= 20.000 | | PGS 3 = 23.000 | |
|------------------|---------------|---------------|-----------|---------------|-----------|----------------|-----------|
| | | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación |
| 0 | 552.583 | 10,17% | 608.756 | 8,23% | 598.067 | 6,65% | 589.316 |
| 1 | 377.976 | -6,08% | 354.996 | -7,79% | 348.519 | -9,09% | 343.622 |
| 2 | 390.670 | -8,41% | 357.802 | -9,91% | 351.948 | -11,06% | 347.466 |
| 3 | 226.834 | -13,33% | 196.589 | -15,27% | 192.187 | -16,97% | 188.342 |
| 4 | 82.512 | -16,18% | 69.162 | -18,31% | 67.407 | -19,39% | 66.517 |
| 5 | 19.038 | -18,56% | 15.505 | -19,79% | 15.271 | -21,17% | 15.007 |
| 6 | 8.381 | -22,72% | 6.477 | -22,72% | 6.477 | -24,34% | 6.341 |
| 7 | 1.667 | -7,20% | 1.547 | -7,20% | 1.547 | -7,20% | 1.547 |
| 8 | 338 | -64,20% | 121 | -64,20% | 121 | -64,20% | 121 |

Elaboración: CIEDESS, en base a proyecciones realizadas con la encuesta CASEN.

Se puede observar que la variación positiva en la demanda causada por los individuos sin cargas es menor a la variación promedio de los otros grupos, que se mueve entre un 19% y un 22%, contra la demanda.

Aquí se puede observar un trade-off: la disminución de los cotizantes en ISAPRE será compensada en parte por un grupo particular de consumidores que se pueden integrar al sistema.

Reducción del plan para familias con cargas menores de 24 años

La aplicación de una reducción en la tarifa para las cargas no genera un efecto muy distinto a la opción anterior. En el agregado, más familias salen del sistema, si bien para familias con una carga o un par de cargas puede ser beneficioso. Resultados en la Tabla N° XII.

Tabla N° XII: Variación en la Demanda estimada año 2012, por Número de Cargas, considerando reducción del valor del plan para cargas menores de 24 años

| Número de cargas | Total sin PGS | PGS=21.000 con rebaja de 55% para cargas menores a 24 años | | PGS= 25.000 con rebaja de 55% para cargas menores a 24 años | | PGS=27.000 con rebaja de 55% para cargas menores a 24 años | |
|------------------|---------------|--|-----------|---|-----------|--|-----------|
| | | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación |
| 0 | 552.583 | 7,77 % | 42.931 | 5,45 % | 30.142 | 4,46 % | 24.643 |
| 1 | 377.976 | -6,72 % | -25.410 | 8,60 % | -32518 | -9,89 % | -37.382 |
| 2 | 390.670 | -7,90 % | -30.876 | -9,59 % | -37.450 | -10,37 % | -40.494 |
| 3 | 226.834 | -11,95 % | -27.107 | -14,29 % | -32.406 | -15,69 % | -35.580 |
| 4 | 82.512 | -16,12 % | -13.305 | -16,99 % | -14.016 | -18,99 % | -15.673 |
| 5 | 19.038 | -17,75 % | -3.380 | -18,92 % | -3.602 | -20,16 % | -3.838 |
| 6 | 8.381 | -19,28 % | -1.616 | -25,72 % | -2.156 | -27,35 % | -2.292 |
| 7 | 1.667 | -7,20 % | -120 | -7,20 % | -120 | -7,20 % | -120 |
| 8 | 338 | -64,20 % | -217 | -64,20 % | -217 | -64,20 % | -217 |

Elaboración: CIEDESS, en base a proyecciones realizadas con la encuesta CASEN 2009.

Tabla de factores reducida

La tabla de factores reducida, como es de esperar, predice una situación beneficiosa para la gran mayoría de los grupos observados (Tabla N° XIII).

Tabla N° XIII: Variación en la Demanda estimada año 2012, por Número de Cargas, considerando tabla de factores reducida

| Número de cargas | PGS=17.000 y tabla de factores reducida | | PGS=20.000 y tabla de factores reducida | | PGS=23.000 y tabla de factores reducida | |
|------------------|---|-----------|---|-----------|---|-----------|
| | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación |
| 0 | 14,72 % | 81 362 | 12,74 % | 70 421 | 10,60% | 58 596 |
| 1 | 0,07 % | 254 | -1,69 % | -6 396 | -3,20% | -12 084 |
| 2 | 1,98 % | 7 717 | 0,69 % | 2 681 | -0,94% | -3 674 |
| 3 | 4,20 % | 9 532 | 2,98 % | 6 767 | 1,34% | 3 047 |
| 4 | 1,96 % | 1 615 | 0,20 % | 1 66 | -1,39% | -1 147 |
| 5 | 10,06 % | 1 915 | 6,75 % | 1 285 | 3,77% | 718 |
| 6 | 10,44 % | 875 | 4,06 % | 340 | -2,04% | -171 |
| 7 | 19,02 % | 317 | 19,02 % | 317 | 19,02% | 317 |
| 8 | 0,00 % | 0 | 0,00 % | 0 | 0,00% | 0 |

Elaboración: CIEDESS, en base a proyecciones realizadas con la encuesta CASEN 2009.

ii. Segmentación por Sexo

La segmentación hombre-mujer es importante, ya que uno de los objetivos principales de la reforma es poder acabar con las discriminaciones por sexo que limitan el ingreso a las mujeres al sistema de salud privado. Se pueden observar los resultados del PGS sobre la demanda de hombres y mujeres en la Tabla N° XIV.

Tabla N° XIV: Variación en la Demanda estimada año 2012, por Sexo

| Sexo | PGS 1= 17.000 | PGS 2= 20.000 | PGS 3 = 23.000 |
|---------------|---------------|---------------|----------------|
| Hombre | -6,13% | -8,02% | -9,32% |
| Mujer | 2,83% | 1,26% | -0,33% |

Elaboración: CIEDESS, en base a proyecciones realizadas con la Encuesta CASEN.

Ciertamente, el número de mujeres afiliadas aumenta, sin embargo esto está fuertemente condicionado por el precio que el plan llegue a tener. La variación de hombres afiliados disminuye con mayor fuerza.

Se puede decir que el PGS no sólo elimina las discriminaciones desde un punto de vista legal, sino que también disminuye las barreras a la entrada que las mujeres tienen en el sistema de salud debido a la previa aplicación de factores de riesgo. Sin embargo, el número de mujeres que entren al sistema dependerá fuertemente del precio determinado por el PGS. En cambio, los hombres, que corresponden a la gran mayoría de afiliados del sistema, verán disminuir su demanda en un porcentaje importante, debido al fuerte aumento en el costo del plan que podrían estar enfrentando.

Nótese también que si la tarifa del PGS llega a ser muy alta, entonces el número de mujeres cotizantes se reduce, en conjunto con el número de hombres cotizantes

Reducción del plan para familias con cargas menores de 24 años

El utilizar una reducción de las cargas aumenta el precio de la tarifa plana y, por tanto, aumenta en parte la caída en la demanda. Estos resultados se pueden ver en la Tabla N° XV.

Tabla N° XV: Variación en la Demanda estimada año 2012, por Sexo, considerando reducción del valor del plan para cargas menores de 24 años

| Sexo | PGS=21.000 con rebaja de 55% para cargas menores a 24 años | | PGS= 25.000 con rebaja de 55% para cargas menores a 24 años | | PGS=27.000 con rebaja de 55% para cargas menores a 24 años | |
|---------------|--|-----------|---|-----------|--|-----------|
| | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación |
| Hombre | -6,64% | -71.165 | -8,61% | -92.235 | -9,63% | -103.158 |
| Mujer | 2,05% | 12.066 | -0,02% | -107 | -1,32% | -7.794 |

Elaboración: CIEDESS, en base a proyecciones realizadas con la Encuesta CASEN 2009.

Tabla de factores reducida

La tabla de factores reducida, curiosamente, parece reducir el efecto beneficioso sobre la demanda de las mujeres de los servicios de las ISAPRES, lo que es inesperado, dado que la tabla no presenta diferencias por el sexo de los cotizantes (Tabla N° XVI).

Tabla N° XVI: Variación en la Demanda estimada año 2012, por Sexo, considerando tabla de factores reducida

| Sexo | - | | PGS=20.000 y tabla de factores reducida | | PGS=23.000 y tabla de factores reducida | |
|---------------|------------|-----------|---|-----------|---|-----------|
| | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación |
| Hombre | 14,72% | 4,56 pp. | 12,74% | 4,51 pp. | 10,60% | 3,96 pp. |
| Mujer | 0,07% | 6,15 pp. | -1,69% | -9,49 pp. | -3,20% | 5,89 pp. |

Elaboración: CIEDESS, en base a proyecciones realizadas con la encuesta CASEN 2009.

Puede ser que las mujeres que entran al sistema de salud sean en su mayoría personas mayores, y por tanto el efecto de la tabla de factores corra el efecto positivo principal del plan, el cual es beneficiar a las mujeres.

iii. Segmentación por Edad

Con respecto a edad, el PGS no parece ser tan exitoso para el acceso, a pesar de que en el ejercicio se asumió la eximición del 7% en salud para los adultos mayores pertenecientes al Sistema de Pensiones Solidarias para el 2012, y de un 2% para aquellos que pertenecen a los primeros tres

quintiles de ingreso de la población, lo que podría estar afectando al resultado³³. Nuestros resultados se pueden ver en la Tabla N° XVII.

Tabla N° XVII: Variación en la Demanda estimada año 2012, por Tramo de Edad

| Edad | PGS 1= 17.000 | PGS 2= 20.000 | PGS 3 = 23.000 |
|---------|---------------|---------------|----------------|
| 15 a 19 | -5,56% | -5,26% | -9,90% |
| 20 a 24 | 0,06% | -4,50% | -5,38% |
| 25 a 29 | -0,87% | -2,60% | -4,49% |
| 30 a 34 | -2,04% | -3,69% | -4,81% |
| 35 a 39 | -6,11% | -7,44% | -9,05% |
| 40 a 44 | -6,10% | -8,12% | -9,63% |
| 45 a 49 | -2,34% | -3,91% | -5,84% |
| 50 a 54 | -2,14% | -4,23% | -5,60% |
| 55 a 59 | -1,70% | -3,14% | -4,05% |
| 60 a 64 | 2,02% | 0,43% | -0,29% |
| 65 a 69 | -46,09% | -45,30% | -32,75% |
| 70 a 74 | 15,54% | 66,33% | 57,81% |
| 75 a 79 | -75,58% | -56,69% | -57,68% |
| 80 a 84 | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Elaboración: CIEDESS, en base a proyecciones realizadas con la Encuesta CASEN 2009.

Se puede observar que, parecido a como pasa sobre hombres y mujeres, este proyecto beneficia principalmente a quienes tienen mayor edad, en desmedro de quienes son menores de sesenta años. Sin embargo existe una situación extraña con respecto a las personas de entre 75 a 79 años de edad, quienes ven de todos modos disminuida su demanda.

Reducción del plan para familias con cargas menores de 24 años

Los resultados son similares a los obtenidos con un PGS de tarifa plana para todos, pero un poco más pronunciado. Los resultados se pueden observar en la Tabla N° XVIII.

³³ En particular, dentro del modelo la eximición del 7% de la cotización de salud para los pensionados produce un aumento relativo del ingreso de los pensionados, y por tanto un abaratamiento tanto de los planes de salud ISAPRE como de FONASA. Siendo ahora FONASA aún más barato de lo que era en relación con las ISAPRES, se produce un efecto sustitución que lleva a los pocos adultos mayores que cotizaban en ISAPRES a volverse al sistema público.

Tabla N° XVIII: Variación en la Demanda estimada año 2012, por Tramo de Edad, considerando reducción del valor del plan para cargas menores de 24 años

| Edad | PGS=21.000 con rebaja de 55% para cargas menores a 24 años | | PGS= 25.000 con rebaja de 55% para cargas menores a 24 años | | PGS=27.000 con rebaja de 55% para cargas menores a 24 años | |
|----------------|--|-----------|---|-----------|--|-----------|
| | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación |
| 15 a 19 | -5,26% | -168 | -22,81% | -728 | -22,81% | -728 |
| 20 a 24 | -3,83% | -3165 | -5,94% | -4908 | -8,29% | -6849 |
| 25 a 29 | -2,05% | -5325 | -4,66% | -12101 | -5,37% | -13937 |
| 30 a 34 | -2,65% | -7301 | -4,19% | -11558 | -5,18% | -14293 |
| 35 a 39 | -5,17% | -12621 | -7,38% | -18000 | -8,85% | -21578 |
| 40 a 44 | -6,37% | -13786 | -8,64% | -18716 | -10,04% | -21746 |
| 45 a 49 | -3,03% | -6038 | -5,09% | -10135 | -6,07% | -12094 |
| 50 a 54 | -3,01% | -5548 | -4,64% | -8559 | -6,52% | -12037 |
| 55 a 59 | -2,03% | -2508 | -4,84% | -5968 | -5,12% | -6314 |
| 60 a 64 | 0,42% | 262 | -0,52% | -322 | -1,22% | -759 |
| 65 a 69 | -46,69% | -3189 | -17,57% | -1200 | -8,68% | -593 |
| 70 a 74 | 67,17% | 804 | 21,39% | 256 | 31,08% | 372 |
| 75 a 79 | -71,71% | -649 | -60,66% | -549 | -58,78% | -532 |
| 80 a 84 | #¡DIV/0! | 134 | 100,00% | 134 | 100,00% | 134 |
| | #¡DIV/0! | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 |

Elaboración: CIEDESS, en base a proyecciones realizadas con la Encuesta CASEN 2009.

Tabla de factores reducida

Tal como pasó en la sección anterior, la tabla de factores reducida beneficia, con creces, a los grupos de menor edad, sin embargo, afecta, también con creces, a quienes la reforma espera beneficiar, esto es, a los adultos mayores (Tabla N° XIX).

Tabla N° XIX: Variación en la Demanda estimada año 2012, por Tramos de Edad, considerando tabla de factores reducida

| Edad | PGS=17.000 y tabla de factores reducida | | PGS=20.000 y tabla de factores reducida | | PGS=23.000 y tabla de factores reducida | |
|----------------|---|-----------|---|-----------|---|-----------|
| | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación |
| 15 a 19 | 40,18% | 1282 | 31,34% | 1000 | 26,39% | 842 |
| 20 a 24 | 26,24% | 21669 | 23,87% | 19710 | 18,29% | 15102 |
| 25 a 29 | 14,40% | 37378 | 12,00% | 31164 | 10,20% | 26494 |
| 30 a 34 | 2,78% | 7679 | 1,21% | 3347 | -0,08% | -230 |
| 35 a 39 | 4,07% | 9917 | 2,54% | 6193 | 0,76% | 1842 |
| 40 a 44 | 4,59% | 9950 | 2,94% | 6359 | 0,69% | 1490 |
| 45 a 49 | 6,07% | 12084 | 4,17% | 8298 | 2,20% | 4376 |
| 50 a 54 | 4,39% | 8110 | 2,61% | 4818 | 0,66% | 1212 |
| 55 a 59 | 0,63% | 771 | -0,54% | -663 | -1,74% | -2148 |
| 60 a 64 | 1,84% | 1142 | -48,19% | -29945 | -1,67% | -1037 |
| 65 a 69 | -67,98% | -4643 | -48,14% | -3288 | -19,81% | -1353 |
| 70 a 74 | -86,38% | -1034 | -70,43% | -843 | -36,34% | -435 |
| 75 a 79 | -79,45% | -719 | -62,98% | -570 | -83,76% | -758 |
| 80 a 84 | 100,00% | 0 | 100,00% | 0 | 100,00% | 134 |

Elaboración: CIEDESS, en base a proyecciones realizadas con la encuesta CASEN 2009.

iv. Segmentación por Quintil de ingreso

Finalmente, si se desagrega la demanda por quintil de ingreso, la propuesta del PGS parece perjudicar mayormente a las personas con menores ingresos y beneficiar a aquellas que tienen mayores ingresos. Los resultados se pueden observar en la Tabla N° XX.

Tabla N° XX: Variación en la Demanda estimada año 2012, por Quintil de Ingreso

| Quintil | PGS 1= 17.000 | PGS 2= 20.000 | PGS 3 = 23.000 |
|------------|---------------|---------------|----------------|
| I | -47,15% | -53,82% | -57,44% |
| II | -31,53% | -36,22% | -38,60% |
| III | -11,85% | -15,95% | -20,06% |
| IV | -0,61% | -2,66% | -4,52% |
| V | 1,69% | 1,03% | 0,71% |

Elaboración: CIEDESS, en base a proyecciones realizadas con la Encuesta CASEN 2009.

Como se puede observar, existe una fuerte disminución de cotizantes de los tres primeros quintiles de ingreso. Parece ser que el proyecto es regresivo, teniendo un gran impacto negativo sobre los primeros quintiles de ingreso.

Esto tendría un efecto más negativo para aquellas ISAPRES que hayan decidido dirigirse principalmente a sectores medios y que vean su demanda mayormente afectada.

Por otro lado, esto claramente perjudica a aquellas personas que hacen un esfuerzo para participar del sistema privado de salud, y que se están viendo perjudicadas con la medida. La política termina produciendo mayor inequidad de ingreso en el seguro de salud privado.

Reducción del plan para familias con cargas menores de 24 años

La reducción del plan costo del PGS tiene el mismo efecto ya comentado en los otros segmentos analizados (Tabla N° XXI).

Tabla N° XXI: Variación en la Demanda estimada año 2012, por Quintil, considerando reducción del valor del plan para cargas menores de 24 años

| Quintil | PGS=21.000 con rebaja de 55% para cargas menores a 24 años | | PGS= 25.000 con rebaja de 55% para cargas menores a 24 años | | PGS=27.000 con rebaja de 55% para cargas menores a 24 años | |
|---------|--|-----------|---|-----------|--|-----------|
| | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación |
| I | -44,80% | -3801 | -54,72% | -4643 | -62,49% | -5302 |
| II | -29,09% | -25615 | -34,14% | -30060 | -38,49% | -33890 |
| III | -12,92% | -28491 | -17,62% | -38876 | -19,66% | -43357 |
| IV | -1,70% | -8348 | -4,23% | -20719 | -5,37% | -26310 |
| V | 1,14% | 9669 | 0,53% | 4471 | 0,05% | 420 |

Elaboración: CIEDESS, en base a proyecciones realizadas con la Encuesta CASEN 2009.

Tabla de factores reducida

La tabla de factores reducida reduce notablemente el efecto negativo que tiene la reforma sobre los quintiles de menores ingresos. Esto se puede ver reflejado en la Tabla N° XXII.

Tabla N° XXII: Variación en la Demanda estimada año 2012, por Quintil, considerando reducción del valor del plan para cargas menores de 24 años

| Quintil | PGS 1 con tabla de factores reducida | | PGS 2 con tabla de factores reducida | | PGS 3 con tabla de factores reducida | |
|---------|--------------------------------------|-----------|--------------------------------------|-----------|--------------------------------------|-----------|
| | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación | Porcentaje | Variación |
| I | 30,69% | 2604 | 8,72% | 740 | 5,94% | 504 |
| II | 9,70% | 8538 | 4,83% | 4252 | -0,24% | -207 |
| III | 9,46% | 20861 | 6,21% | 13701 | 2,41% | 5308 |
| IV | 8,80% | 43078 | 6,76% | 33092 | 4,09% | 20048 |
| V | 3,55% | 30140 | 3,01% | 25578 | 2,56% | 21732 |

Elaboración: CIEDESS, en base a proyecciones realizadas con la Encuesta CASEN 2009.