

**Proyecto Sectorial
"Seguros Sociales de Salud
en países en vías de desarrollo"**



**Deutsche Gesellschaft für Techni-
sche Zusammenarbeit (GTZ) GmbH**

El sistema previsional de salud: Fuente de selectiva inseguridad social

Jens Holst

**GTZ - Proyecto Sectorial "Creación e implementación de sistemas de
seguros sociales de salud en los países en vías de desarrollo y en transi-
ción"**

Departamento de Estudio del Ministerio de Salud de Chile



Indice

A. Abstract	3
B. Summary	4
0. Resumen	6
1. Introducción	7
2. Características del modelo chileno	10
3. Problemas principales del sistema chileno	13
3.1. Descreme de mercado	13
3.2. Selección de riesgo	15
3.3. Multiplicación de la asimetría de información	18
3.4. Problemas de eficiencia	19
3.5. Autoinducción de la demanda e incremento de gastos individuales	19
3.6. Inseguridad social por cobertura incierta de riesgo	21
4. Comparación FONASA versus ISAPREs	23
4.1. Libertad de elección	23
4.2. Oportunidad de atención	24
4.3. Aspectos de calidad de atención	25
5. El pago de bolsillo	28
6. Comparación de Copagos	32
6.1. Motivación	32
6.2. Metodología	33
6.2.1. Area geográfica	33
6.2.2. Muestra socioeconómica	33
6.2.3. Elección de las ISAPREs	34
6.2.4. Definición de planes de salud	35
6.2.5. Patologías elegidas	37
7. Resultados	39
7.1. Consideraciones generales	39
7.2. Resumen de resultados	40
8. Conclusiones	48
9. Bibliografía	52
10. Anexo Estadístico	54

**Indice de cuadros:**

Tabla/Cuadro	Contenido	Página
Cuadro N° 1	Cotizantes ISAPREs y FONASA según ingreso	13
Cuadro N° 2	Cotizantes ISAPREs y FONASA por edad	15
Tabla N° 1	Encuesta gastos en salud	20
Tabla N° 2	Tiempos de espera sector público Santiago Oriente	22
Tabla N° 3a/b	Distribución de ingresos por sistema de salud	25
Tabla N° 4	Grupos beneficiarios FONASA y copago institucional	26
Cuadro N° 3	Importancia ISAPREs estudiadas	30
Tabla N° 5	Patologías seleccionadas y tratamientos médicos	32/33
Tabla N° 6	Copagos promedios del estudio	38
Tabla N° 7	Relación del copago absoluto ISAPREs/FONASA	40
Tabla N° 8	Beneficiarios según sistema Previsional	49
Cuadro N° 4	Descreme de mercado	50
Tabla N° 9	Cotizaciones adicionales al sistema ISAPREs	50
Tabla N° 10	Carga financiera por prestación y modalidad FONASA	51
Tabla N° 11	Impacto de las prestaciones elegidas en los gastos generales	52
Tabla N° 12	Valor medio y desviación estándar por patología	52



A. Abstract

More than twenty years after its radical market oriented reform, the Chilean health care system depicts serious equity and fairness problems. Private insurance companies have used *ex-ante* as well as *ex-post* risk selection to avoid the affiliation of poorer and older enrollees presenting higher risks. The coexistence of a solidarity-driven public sector and a for-profit private sector operating with risk-adjusted premiums has led to a two tier health insurance system. Unpredictable, often existentially threatening co-payments have become an outstanding problem for the users of the Chilean health care system, and coverage-lacks have become a major menace for patients. Private insurers complement cream skinning and risk selection with contracts calling for significant out-of-pocket payments for health services.

This article develops and applies a methodology to measure and compare systematically the impact of user-charges for treatments of different severity and complexity in the public and private health care sector. Co-payments in the private sub-sector show an enormous variance, are hyper-regressive and discriminate not only against the ill, but also against the members of the lower socio-economic classes once they have passed the high access barriers. As “cost-sharing” affects the financial coverage and thus the accessibility of health care, it has become an important mechanism of *quality skimming* and active disenrolment. Private health insurance companies are relatively well prepared to cover costs for a wide array of “traditional” health problems, they fail, however, to respond for the costs of other leading diseases in Chile. The private system seems to be poorly prepared to face the challenges of the epidemiological transition in emerging countries.

Keywords: Co-payment, Selection, coverage, health insurance, social security, social protection; user fees, user charges, out-of-pocket-payment; copago, selección, cobertura, seguro de salud, seguro médico, seguridad social, protección social



B. Summary

Fairness of financial risk protection requires the highest possible independence between contributions and health care utilization. Co-payments reduce the financial coverage of health damages in both health sub-sectors and thus the citizen's confidence in social protection. This study about the Chilean health care system gives empirical evidence to the financial and psychological impact of user charges for beneficiaries who need a complex medical treatment. The extent of user charges affects severely the overall equity of the Chilean health care system and avoids fair financing. While the public sector offers waivers and exemptions for poor people and epidemiological challenges, out-of-pocket-payment is widely unpredictable for the clients of the private health insurance companies. Mainly in the private sector high user charges affect mostly the "bad risks" - carriers of chronic, complex and expensive diseases. They underpin by concrete amounts the evidence of recent surveys showing that the private health insurance market virtually expulses people with chronic and psychiatric disorders who find significantly lower co-payments in the public sector.

The Chile health care system proves the outstanding worldwide evidence that user charges expose households to large and unexpected expenses and represent a regressive mechanism of health care financing. The ISAPRE-system discriminates mostly against the lower socio-economic groups by exposing them to a high financial burden of health care. The poorest ISAPRE-clients who have managed to overcome the barriers of the private insurance market, face the highest absolute and thus relative out-of-pocket payments, what makes co-payments in Chile's private health insurance sector even hyper-regressive.

The horizontal permeability of the Chilean health system allows for ongoing shifts between both sub-sectors, the ISAPREs can push those affiliates aside who turn out to be unprofitable. As financial risk-coverage represents a quality element of insurance, the arrangement of the coverage conditions on the part of ISAPRE becomes in practice a *quality skimming* mechanism. Though out-of-pocket-payments exist in both the public and the private sector, user charges have become an additional selection mechanism of the latter. In fact, user charges act as an additional access-barrier against the lower and middle-income groups while favouring the well off. The socio-economic and risk selection applied by the private insurance market by means of the access conditions is complemented by a selective disenrolment via high co-payments, increasing the existing inequalities of the society and health care system.

Coverage of "non-traditional" chronic illness and of psychiatric and chronic disorders is insufficient compared to the public system. Even the best plans fall short of fulfilling the needs of effective and sustainable social protection against many current health disorders. New epidemiological challenges require at least a profound adaptation of today's co-payment structure in Chile. In order to overcome the inherited social injustice of health care financing and to establish a high level of fairness it seems recommendable to cut down and possibly abolish all



kind of out-of-pocket-payments in Chile. The implementation of a guaranteed package of free health care services for all citizens in every health insurance plan would resolve the negative effects of user charges. The definition of the mandatory coverage any insurance company has to provide will reduce individual risks and improve people's confidence in social protection.

The present study was performed prior to the recent implementation of additional coverage of high-cost-treatments in FONASA and ISAPREs. The "insurance for catastrophic diseases" in both sub-sectors in Chile represents an important step to improve the social protection in health. Certainly the results of this comparative study could be different by now because some complex and expensive interventions like those for coronary heart disease, cancer and others are – at least theoretically - covered by the additional FONASA- and ISAPRE- programs. Nevertheless, unsocial and discriminating user fees have characterised the Chilean market-oriented health care model for the last two decades.

Nevertheless, the reduction of co-payments alone will not be very effective to reduce unfairness and social discrimination unless it is combined with some further changes. Other basic reforms seem to be of similar priority for the viability and sustainability of the Chilean health care system. So it seems of utmost importance to overcome the strong risk selection as well as the cream skinning by different other steps. To this end, the introduction of an overall risk adjustment between FONASA and the ISAPREs could improve considerably fairness of financing as well as the perception of the Chilean system. As Chileans are obliged to pay 7 % of their taxable income for health insurance, income-related contributions can be considered generally as a part of the social security system. It is overdue to introduce mechanisms of income- and risk-solidarity in the reallocation of the mandatory income-related contributions. This might be organized by a Solidarity Fund between FONASA and ISAPREs or by the introduction of risk-adjusted premium subsidies that reduce effectively the ISAPREs' incentive for risk selection.



0. Resumen

La reforma del sistema de salud en Chile a principios de la década de los 80 terminó con el rol tradicional del Estado benefactor e introdujo un mercado dualista en el sistema asegurador. Desde 1981 los chilenos pueden elegir si cotizan su prima mandatoria al seguro público (FONASA) o a una empresa aseguradora privada (ISAPRE). Hasta la fecha, la competencia del mercado de seguros de salud se limita a la captación de los mejores riesgos marginando a las capas sociales más bajas y a los mayores de edad. El sistema ISAPRE se destaca por el "descreme" del mercado y una pronunciada selección de riesgos *ex-ante* y *ex-post*. A estos fenómenos se agrega otro problema que afecta a los usuarios, el pago de bolsillo que tienen que enfrentar en caso de utilizar los establecimientos prestadores. Este problema existe tanto en el subsector privado como en el público, pero con características distintas. Con la idea implícita de comparar los copagos en ambos subsectores, el presente estudio pretende aportar elementos importantes para completar el conocimiento del sistema salud y de las consecuencias de su dualidad. Por ello hemos realizado una especie de radiografía que permite una serie de conclusiones inductivas sobre fenómenos específicos de ambos subsectores.

En esta investigación se han identificado principalmente tres fenómenos que caracterizan los pagos de bolsillo. En primer lugar el impacto del copago demuestra una relación recíproca entre el presupuesto familiar y el gasto en salud. El sistema ISAPRE aplica los pagos directos como mecanismo de *quality skimming* complementario a las mencionadas formas de selección socioeconómica. Por otra parte, la amenaza del copago tiene efectos negativos en la percepción del sistema de salud chileno y fomenta la sensación de inseguridad social. En tercer lugar, la estructura de los pagos de bolsillo evidencia la incapacidad del subsector privado de enfrentar los desafíos epidemiológicos de un país en el umbral del mundo desarrollado. Este resultado subraya la urgencia de una reforma del sistema de salud en función de una mayor y mejor seguridad social - tanto a nivel objetivo como subjetivo - y el desarrollo de una estrategia racional y exitosa frente a los desafíos epidemiológicos de la sociedad chilena.



1. Introducción

Los sistemas de salud reflejan de forma fiel el espíritu y las experiencias históricas de las sociedades así como dar cuenta de los pactos de solidaridad establecidos entre los distintos actores sociales y, de manera especial, de los grupos e individuos más desprotegidos y vulnerables. Por otra parte, la salud - igual que la educación, la vivienda y el resguardo del medio ambiente - se considera como bien público debido tanto al valor ético-moral que tiene para los individuos y para la sociedad, como al hecho de que produce una serie de externalidades que normalmente no están incorporadas realmente en los precios que esta clase de bienes consiguen en el mercado. Tradicionalmente el Estado no es ajeno a los desafíos sociales o ecológicos; más bien existe un consenso global de que le corresponde un destacado papel en su regulación y solución.

Frente a estas consideraciones que hasta hace poco se aceptaban como denominador común en las sociedades de mayor desarrollo, el sistema de salud en Chile, hoy tiene características que lo hacen único en el mundo. El hito más decisivo en su desarrollo de más de medio siglo de evolución lo representa la creación de las *Instituciones de Salud Previsional* (ISAPREs), agencias privadas que ofrecen un seguro de salud a quienes deciden voluntariamente afiliarse a ellas. Manteniendo la obligatoriedad de un seguro previsional de salud, a partir de 1981 se liberalizó el mercado asegurador. Desde entonces, los trabajadores dependientes y pensionados pueden escoger - por lo menos en teoría - si destinan sus cotizaciones obligatorias para la previsión de salud, actualmente establecidas por ley en un mínimo del 7 % del sueldo imponible, a una ISAPRE o al seguro público, el *Fondo Nacional de Salud* (FONASA).

Desde entonces, separándose de su concepto histórico, el sistema de salud del país ha enfrentado una creciente involucración de capital privado en el sector asegurador previsional y también en el mercado de los prestadores de salud. Así Chile fue uno de los primeros países del mundo en reformar su sistema de seguridad social mediante la introducción de elementos de capitalización individual y de gestión privada. La peculiaridad del sistema sanitario impuesto por el Régimen Militar resulta del financiamiento obligatorio y a la vez mixto de la salud por los subsectores público y privado que coexisten con dos lógicas completamente distintas. La coexistencia de estas lógicas antagónicas - el sistema solidario y redistributivo del subsector público y el aseguramiento adaptado al riesgo individual por parte de los seguros privados - ha llevado a la dualidad característica del modelo chileno. En la población predomina la percepción de que hay un sistema de salud para ricos y otro para pobres, donde la pertenencia a cada cual está predeterminada por la capacidad de pago de las personas.¹

El marco regulador diseñado en su época bajo fuerte influencia de tipo ideológico² resultó ser altamente favorable para el sistema ISAPRE, efecto corroborado por la restrictiva política social del régimen autoritario. Repetidas investigaciones

¹ Solimano/Vergara 1999, p. 6

² Reichard 1996, p. 88, 95



científicas han comprobado las injusticias intrínsecas derivadas del modelo chileno que fue criticado como una especie de "apartheid" en salud. De hecho, el antagonismo sistémico está provocando una serie de inequidades e injusticias immanentes del peculiar modelo chileno. Más allá de la intransparencia del mercado asegurador, mucho se ha comentado el "descrime" del mercado realizado por el sector privado. Igualmente, el interés científico se ha centrado en el ámbito de la selección de riesgos que éste aplica en la práctica. Uno de los desafíos más importantes de la reforma de salud anunciada para el año en curso es la limitación, para no decir superación de las selecciones *ex-ante* y *ex-post* que el sistema ISAPRE emplea mediante la definición de sus primas y de los factores de riesgo en el primer caso, y mediante una virtual expulsión de los mayores de edad, en el segundo.

Sin embargo, existe poco material sistemáticamente recopilado que permita evaluar la situación que enfrentan los usuarios de ambos subsectores en caso de un problema de salud. En Chile, el mercado de seguros se introdujo sin definir un paquete garantizado de prestaciones de salud a las cuales todos los ciudadanos tuvieran ilimitado acceso. La ley dispone que todo plan de salud tenga que incluir la totalidad de prestaciones otorgadas por el subsector público, pero no establece una cobertura mínima. El problema del pago de bolsillo en caso de una atención en los establecimientos prestadores se ha convertido en uno de los problemas más preocupantes para los ciudadanos chilenos. Existe tanto en el subsector privado como en el público, aunque sea con diferente impacto y variable dispersión.

La situación de los pagos individuales y del impacto que tienen en la situación financiera de los afiliados de ambos subsectores se ha estudiado mediante una especie de radiografía momentánea enfocando en algunas patologías seleccionadas. El análisis comparativo de los pagos de bolsillo ha permitido detectar principalmente tres fenómenos que caracterizan el sistema chileno. En primer lugar, la aplicación del copago como elemento del *quality skimming*³ resulta complementar las selecciones *ex-ante* y *ex-post* aplicadas por el subsector privado, puesto que en términos absolutos demuestra una clara postergación de las capas sociales inferiores. En términos relativos, el impacto de los copagos es aún mayor en estos grupos sociales, fenómeno que se extiende a los pagos de bolsillo en el subsector público. En segundo lugar, los copagos tienen un fuerte impacto en la sensación generalizada de inseguridad social que reina en la mayoría de los chilenos. La situación de subjetiva desprotección e inseguridad que muchos usuarios están viviendo corresponde a las graves deficiencias de cobertura del sistema de salud chileno.

El actual sistema ISAPRE está pésimamente preparado para enfrentar las exigencias del cambio epidemiológico de un país en vías al desarrollo. Principalmente el subsistema privado demuestra una débil capacidad para cargar las consecuen-

³ En el contexto del presente estudio se considera la cobertura financiera de las prestaciones médicas por el seguro de salud como un factor de la calidad de los beneficios de los mismos. En un sentido más estricto habría que hablar del *financial skimming* por parte de las ISAPREs.



cias de la evolución demográfica y epidemiológica caracterizada por el creciente impacto de las patologías degenerativas y crónicas. En total, y aún cuando no refleja sino un cuadro momentáneo pero representativo y está lejos de cumplir la tarea sisifosiana que significaría un estudio exhaustivo del tan fragmentado sistema chileno, el presente estudio pone de relieve la necesidad de reformar el modelo sanitario de Chile tanto desde un punto de vista económico como sociopolítico y salubrista.



2. Características del modelo chileno

Como en la mayoría de los países latinoamericanos, hasta la década de los 70 existía en Chile la tradición del Estado benefactor en algunos derechos sociales de las personas, entre ellos la salud. Históricamente, el Estado ejercía múltiples roles funcionando como ente regulador y normativo y a la vez como asegurador y prestador de los servicios de salud, cubriendo la inmensa mayoría de la población, es decir prácticamente la totalidad de los obreros activos y pensionados junto con la población en estado de indigencia. Tenía virtualmente el monopolio en la captación y administración de los fondos previsionales y ofrecía una infraestructura que abarcaba más del 90 % de las camas hospitalarias del país y otorgaba más del 75 % de las atenciones ambulatorias (Bitrán/Almarza 1997, p. 23).

A pesar de que el Estado iba a mantener un rol importante en el aseguramiento de salud mediante la creación de FONASA como seguro público, la reforma de salud durante el régimen autoritario persiguió una creciente privatización del sector. En Chile, el sector salud se vio enfrentado con una fuerte presión para abrirse a la economía privada y a la lógica de mercado. Con la creación de las ISAPRES se inició la participación hasta hace poco creciente del sector privado en el financiamiento, la provisión y también la organización de la salud. Se ha establecido un modelo dual caracterizado por una serie de problemas intrínsecos que se derivan de las modalidades reguladoras y del funcionamiento.

La reforma del sistema de salud iba enmarcada en un contexto de notoria reducción del rol del Estado y de fuertes transformaciones sociales determinadas por una visión de sociedad centrada en la iniciativa privada e individual. Al mismo tiempo, el ordenamiento de los aportes estatales comenzó a regirse exclusivamente según los niveles de ingreso, elemento ordenador que reemplazó la distinción por las clásicas categorías laborales, la actividad industrial o la naturaleza del empleo (Contreras et al. 1999, p. 13). Todos los trabajadores del país se incorporaron a un sistema único, sin distinción entre empleados y obreros, al momento de integrar el SERMENA en el Servicio Nacional de Servicios de Salud (SNSS) creado entonces como entidad ejecutora de atención médica bajo control del Ministerio de Salud (Solimano/Vergara 1999, p. 3). Al resultante descontento de la clase media se contestó con la instalación de las *Instituciones de Salud Previsional*. Su creación respondió al modelo de privatización de la seguridad social y de las empresas públicas generalizada en aquella época.

El paquete de reformas del sector salud perseguía tanto la desmonopolización del sistema asegurador, es decir del ente "captador" de las cotizaciones obligatorias para la salud, como la descentralización de los servicios. En la práctica, se destacan cuatro elementos claves (vea Titelman 2000, p. 11):

1. La fundación del Fondo Nacional de Salud como institución financiera pública destinada a recaudar, administrar, distribuir e invertir los recursos fiscales destinados a la salud.
2. La creación de las Instituciones de Salud Previsional como entidades aseguradoras particulares.



3. La descentralización del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) bajo responsabilidad del Ministerio de Salud del gobierno central formando 27 servicios de salud a lo largo del territorio nacional de los cuales cada uno provee prestaciones de salud mediante redes asistenciales compuestas por hospitales de distinta complejidad, consultorios urbanos y rurales, postas y estaciones médico-rurales.
4. La descentralización de la atención primaria que pasa a cargo de los municipios a lo largo del país.

En el sector salud, el Estado chileno no ha renunciado totalmente al control de los fondos ni a la garantía de ciertas prestaciones, como había ocurrido en el sistema previsional de pensiones. Sin embargo, perdió la exclusividad sobre la administración de las cotizaciones previsionales dedicadas al sector. Por otra parte, y a diferencia de otros sistemas de salud donde coexisten seguros sociales (semi-) públicos y privados, en Chile se ha renunciado a regularizar el acceso al sector privado.⁴ Recae en la exclusiva responsabilidad de las mismas empresas seleccionar su clientela mediante los precios de los productos, es decir de los planes de salud, que ofrecen en el mercado.

Desde su creación, el subsector privado ha evolucionado substantivamente, demostrando un crecimiento anual continuo que tenía su auge a la altura del cambio del régimen político-institucional.⁵ Hasta 1997, año de culminación en la evolución del mercado asegurador particular, las ISAPREs lograron aumentar su participación en el mercado hasta el 27 %, dando cuenta de más de un tercio del gasto total en salud del país. Paralelamente, la cobertura del subsector público a nivel de la población se disminuyó hasta el 60 %, para experimentar una leve recuperación en 1998.⁶ Durante la década de los 90 se observaba un aplanamiento progresivo de la curva de crecimiento del sistema ISAPRE hasta convertirse en franca caída a partir de 1998 cuando las instituciones privadas empiezan a perder anualmente entre 5 y 6 % de sus beneficiarios y más del 6 % de sus cotizantes.⁷

La evolución reciente del subsector privado se debe principalmente a dos factores que están estrechamente vinculados a las perspectivas generales a mediano plazo del modelo chileno. Por una parte, la caída del sistema ISAPRE se considera co-

⁴ En muchos países donde existen seguros de salud privados se establece un límite mínimo de ingreso que tiene que superar toda persona que quiere pasar del seguro público al particular; en Alemania este límite está actualmente fijado en 6450 DM (marcos alemanes), alrededor de (3225 US-\$, equivalentes a 1,5 salarios promedios de los obreros y a un salario promedio de un empleado.

⁵ Entre 1989 y 1991, la tasa de crecimiento anual del número de cotizantes del sector privado superó el 22 % en su totalidad y hasta el 25 % en el caso de las instituciones abiertas, mientras que la cantidad de beneficiarios subió en un porcentaje entre 21 y casi 24 % en el mismo lapso (Superintendencia de ISAPREs 1999, p. 46, 61).

⁶ El grupo restante abarca a las personas pertenecientes a los sistemas especiales de menor cobertura (Fuerzas Armadas, universidades y otros), y a los ciudadanos que carecen de toda clase de previsión de salud, sector estimado en un 8 % de la población. Fuente: Mideplan 1997, Encuesta CASEN 94.

⁷ Superintendencia de ISAPREs 1999, p. 46, 61; 2000, p. 47, 49, 62, 64.



mo consecuencia directa del ciclo recesivo de la economía nacional derivado de las crisis asiática y rusa. Funcionando el mercado asegurador como un sistema de tubos comunicantes, un incremento de los ingresos provoca un movimiento hacia el subsector privado y la caída causa lo contrario.⁸ Una vez superado su máximo potencial de crecimiento las ISAPREs han revelado su incapacidad de asegurar la sustentabilidad del sistema previsional y garantizar la seguridad social independientemente de la coyuntura económica.

Al mismo tiempo, la crisis actual del subsector evidencia su imposibilidad de ofrecer productos competitivos para el grupo de cotizantes de FONASA que tiene opción de elección. A pesar de su éxito pasado y complementariamente a sus dificultades para expandir la oferta hacia este segmento de FONASA, el sistema ISAPRE está obligado a enfrentar serios problemas respecto a su viabilidad financiera en el corto y mediano plazo. Los aseguradores privados están sufriendo una caída significativa de su rentabilidad que se inició a principios de los 90 y que llevó a resultados operacionales cercanos a cero y hasta negativos para el sistema en su conjunto. Por consiguiente, se ha podido observar una contracción y concentración del mercado cuando el número de ISAPREs ha bajado de más de 30 existentes anteriormente a sólo 16 en 1999.⁹ El proceso de concentración del capital en el mercado previsional no ha terminado todavía.¹⁰

⁸ El reciente crecimiento negativo ha afectado en primer lugar las ISAPREs más grandes que concentraban el mayor número de usuarios de menores ingresos. Entre septiembre de 1999 y septiembre de 2000 Consalud perdió casi 60.000 cotizantes (17,5 %) y más de 135.000 beneficiarios (16,1 %), Banmédica más de 36.000 cotizantes (12,8 %) y más de 76.000 beneficiarios (11,8 %). En el mismo lapso, la tercera ISAPRE, Cruz Blanca, sólo perdió casi 4.500 (1,9 %) de sus cotizantes y menos de 8.000 beneficiarios (1,6 %) (Superintendencia de ISAPREs 2000, p. 49, 64; 2001, p. 50, 65).

⁹ A fines de mayo de 2000, otra ISAPRE - Génesis - quebró y fue cancelada del registro, dando a sus afiliados la opción de suscribirse con LinkSalud, cambiarse a otra ISAPRE o a FONASA.

¹⁰ En abril de 2000, se vislumbró la compra de la segunda ISAPRE chilena, Banmédica, por la compañía aseguradora estadounidense Cigna, que ya tenía una institución pequeña en el mercado chileno (Cigna Salud). Si se hubiera finiquitado la transacción, Cigna habría aumentado su participación en el mercado chileno del 6,9 % que ocupa actualmente al 26,5 % lo que habría convertido Cigna en el holding más importante en el sistema ISAPRE del país.

Según informaciones de El Mercurio del 16 de junio de 2000, a principios del mismo mes el holding Banmédica S.A. que pertenece al grupo Fernández León inició una alianza estratégica con Las Américas, subgrupo de Penta, que controla la ISAPRE Vida Tres (además está involucrada Inverclinsa a la que pertenece la Clínica Alemana). Si se hiciera efectiva una fusión de ambas instituciones de salud del holding recientemente creado, el nuevo grupo acumularía una participación de 25 % en el mercado de la salud previsional privado.



3. Problemas principales del sistema chileno

En grandes sectores de la sociedad chilena hay unanimidad de que existen obvias e importantes muestras de inequidad derivadas tanto de la dualidad del sistema salud como del funcionamiento del subsector privado, tal cual como lo resumió el actual director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile: "Por su propia naturaleza, el subsistema asegurador privado discrimina las personas de alta siniestralidad como las mujeres de edad fértil, los ancianos y los enfermos crónicos."¹¹ La coexistencia del Fondo Nacional de Salud como seguro público solidario con las agencias aseguradoras particulares actuando según el principio de equivalencia¹² conlleva una serie de problemas específicos que determinan las incoherencias sistémicas del modelo chileno.

Puesto que la esencia de un seguro es el riesgo, para las ISAPREs, tal cual como están operando, no es económicamente razonable asegurar a personas que tengan un riesgo definido en forma de una determinada enfermedad o una cierta edad que implica un riesgo superior de algunas patologías.¹³ Concordante con las experiencias de otros esquemas de seguros privados en competencia, las ISAPRE han basado su éxito fundamentalmente en cuatro estrategias básicas:

1. La "selección de riesgo" concentrándose en los jóvenes y los sanos
2. El "descreme del mercado" de mayores ingresos
3. La compensación de sus problemas de "explosión de costos" por la vía de aumentar la cotización adicional (pasó de subir de 8 % en 1986 a 18 % de sus ingresos en 1997)
4. La orientación a la satisfacción del usuario, en especial los segmentos medios altos y altos de ingreso.

Todos estos mecanismos que definen la labor y el funcionamiento de las ISAPREs impiden que el subsector satisfaga los requisitos fundamentales de la provisión y menos los aspectos de solidaridad social. Para evaluar el sistema ISAPRE en su conjunto hay que agregar los mencionados problemas coyunturales de sustentabilidad. Enseguida se describen y analizan los problemas más importantes del sector salud chileno actual.

3.1. Descreme de mercado

La práctica de los seguros privados en Chile se caracteriza por una tendencia natural a evitar el ingreso de los estratos socioeconómicos medios y bajos al subsector. Esta selección *ex-ante* se consigue mediante la fijación de las primas de

¹¹ Solimano/Vergara 1999, p. 6

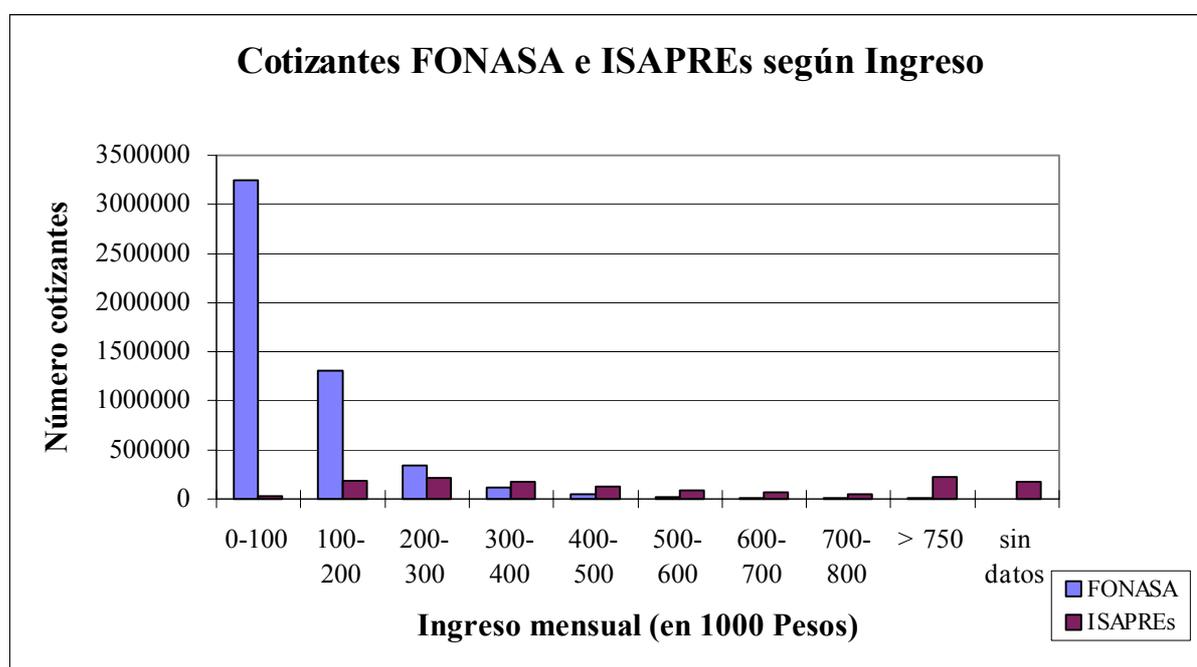
¹² Principio de equivalencia: Los beneficios que cada individuo recibe de parte del seguro dependen directamente de la prima que aporta dado que las pólizas no se ajustan por el ingreso de las personas sino exclusivamente por su el riesgo de salud. Principio Solidario: Sistema de reparto donde cada uno aporta lo que pueda y recibe las prestaciones que sean necesarias y la comunidad solidaria amortigua el riesgo individual.

¹³ Compare Wainer 1997, p. 37.



los planes de salud que el sistema ISAPRE ofrece en el mercado asegurador. El modelo chileno, que representa básicamente un sistema de prima fija respecto a riesgo y variable respecto a ingreso¹⁴, prohíbe la adaptación de la cotización al riesgo individual de los usuarios.¹⁵ Sin embargo, mediante la estructuración de las tarifas de sus planes de salud que siempre obedecen a las necesidades de crear utilidades frente a los gastos esperados de un determinado grupo de afiliados, las ISAPREs pueden practicar una selección *de facto* de los grupos socioeconómicos que les prometen las mejores expectativas de ganancias. El siguiente cuadro ilustra el nivel del descreme de mercado que las ISAPREs chilenas han alcanzado.

Cuadro N° 1



Fuentes: Cuadro elaborado a base de los datos facilitados directamente por el Departamento de Estudios de FONASA, fecha base 15/01/2000, y Superintendencia de ISAPREs 2000, p. 10, 52. Debido a la agregación de los datos la columna ">750" resume la cantidad de los usuarios de FONASA que ganan más de 750.000 Pesos y los del sistema ISAPRE cuyo ingreso supera los 800.000 Pesos mensuales lo que hace parecer menor la discrepancia en este sector.

Dado que los ingresos del seguro por concepto de las cotizaciones dependen exclusivamente del nivel de ingreso de los usuarios sin que intervengan elementos

¹⁴ La variabilidad respecto a ingreso tiene su límite en el tope máximo fijado en 4,2 UF. Este tope que existe en ambos subsectores favorece a los ingresos más altos y representa un elemento que impide una mayor redistribución de la carga financiera.

¹⁵ Las ISAPREs tienen el derecho a rehusar a un demandante dado que no existe la obligación de aceptar a los solicitantes.



de redistribución de tipo solidario,¹⁶ el modelo chileno crea un fuerte incentivo para las ISAPREs de contratar a las personas de mayores ingresos.

Como uno de los resultados laterales de la presente investigación se ha podido comprobar que en la actualidad por lo menos la mitad de la población chilena queda excluida del sistema ISAPRE. Los estudios preliminares en función de la determinación de la muestra socioeconómica demostraron claramente que los segmentos de menores ingresos no tienen acceso al subsector privado sino mientras que estén jóvenes y no tengan cargas familiares salvo en caso que estén dispuestos y en condiciones de pagar una prima que supera el 7 % obligatorio. Las capas sociales más bajas seguían radicadas en el seguro social público que, en última instancia, funcionaba como reaseguro implícito para resolver los problemas sanitarios de las personas en el caso de que su financiamiento superase la cobertura del plan de salud particular y la propia capacidad financiera (Kifmann 1998, p. 148/149, Baeza/Muñoz 1999, p. 20/21).

3.2. Selección de riesgo

Igual que el descreme del mercado, la selección de riesgo se puede considerar como consecuencia inevitable de los incentivos del modelo chileno. Los multiseguros privados en competencia centran su oferta no sólo en la población de mayores ingresos sino también en la de menor expectativa de riesgos de salud. Las ISAPREs evitan el ingreso de los demandantes de mayor probabilidad de enfermedad y gastos de salud. Para limitar la potencial discriminación arbitraria, la Ley de ISAPREs permite la determinación de las primas diferenciadas por parte de los aseguradores exclusivamente sobre la base de sexo y edad. Sin embargo, dado que las ISAPREs no están obligadas a aceptar a todos los que postulen entrar en ellas, en la práctica pueden ejercer otra forma de selección *ex-ante* no aceptando la incorporación de ciertos demandantes quienes hacen anticipar mayores riesgos. Por otra parte, con el pasar del tiempo y mediante el análisis de la siniestralidad de cada uno de sus beneficiarios y de los grupos de ellos logran averiguar el riesgo de su cartera de asegurados y rediseñar sus planes con la finalidad de seguir limitando la siniestralidad de la misma (Bitrán/Almarza 1997, p. 41).

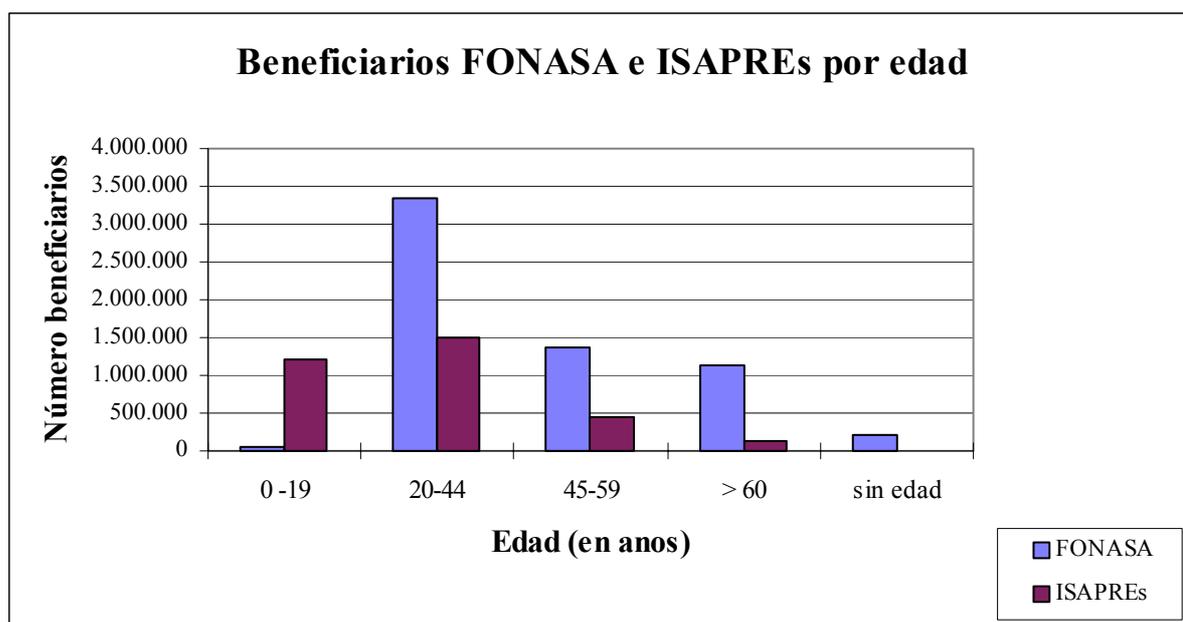
La selección de riesgos aplicada por el sistema ISAPRE está basada en la utilización de factores de riesgo que dependen de la edad, del sexo y de las condiciones del beneficiario como cotizante o carga familiar. Cada ISAPRE define sus pro-

¹⁶ Un tal mecanismo de reajuste de riesgo se ha introducido en Colombia mediante la Ley 100 de 1994. Cada obrero del sector formal está obligado a cotizar un total del 12 % de la renta imponible en función de su seguro previsional de salud. Por una parte, 1 % de la renta va directamente al fondo de solidaridad que se usa para financiar la salud de los estratos más necesitados (Régimen Solidario). Por otra parte, las Empresas Prestadoras de Salud (EPS) - agencias independientes que ofrecen seguros de salud en el mercado - sólo reciben un determinado porcentaje de aquella suma adaptado al riesgo individual que el asegurado presenta al momento. Dado que las EPS no cuentan sino con una prima ajustada a los gastos esperados de sus afiliados no existe mayor incentivo para los mecanismos de "descreme" y selección de riesgos.



pios factores de riesgo basándose en estimaciones de los costos promedios que les causa cada uno de los usuarios de tal forma que los ingresos por concepto de las primas adaptadas a riesgo de cada grupo cubran los probables gastos del mismo. El sistema interdice la expulsión directa de cotizantes de mayor edad pero sí aplica una política de precios que impide el ingreso y también la adhesión de cotizantes de mayor edad al sistema. Los factores de riesgo permiten a las ISAPREs establecer en la práctica barreras de precio a cotizantes que representan riesgos mayores. En las mujeres cotizantes en edad fértil las primas son entre 1,5 y hasta 4 veces mayores que las de los hombres, y para ambos sexos los factores de riesgo suelen subir de forma exponencial a partir de los 45 años. Dado que los planes de salud del mercado privado se reajustan cada 12 meses la prima del seguro sube cada vez que el cotizante o una de sus cargas supera un límite etéreo respecto de los factores de riesgo. Llegando a la tercera edad la gran mayoría de los usuarios del subsector privado, incluso los que pertenecen a las capas superiores de la sociedad, pierde la capacidad financiera para seguir pagando las crecientes cotizaciones. De este modo ni siquiera el 4 % de los chilenos mayores a los 65 años están en una ISAPRE.

Cuadro N° 2



Fuente: Cuadro elaborado por el autor a base de los datos facilitados directamente por el Departamento de Estudios de FONASA, fecha base 15/01/2000 y Superintendencia de ISAPREs 2000, p.10, 53, 54

La pobre protección de la tercera edad es una de las principales áreas donde el subsector privado está expuesto a mala publicidad. En el fondo, las modalidades aplicadas por las instituciones de salud privadas en Chile atentan contra uno de los principios básicos de un seguro y contra uno de los objetivos más valorados



por las personas en un sistema social o sanitario que es la seguridad de tener acceso a la atención necesaria en caso de necesidad (Larrañaga 1997, p. 17). Esta estrategia es concordante con las características de seguro individual de las ISAPRES y con el rol de reaseguro implícito que juega FONASA para la tercera edad y para los eventos catastróficos (Baeza/Muñoz 1999, p. 20/21). Hasta la fecha, el sistema chileno no ha determinado ninguna clase de mecanismos de reajuste de riesgo para enfrentar la expulsión fáctica de los mayores de edad ni la obligatoriedad de crear fondos de provisión para la vejez que correspondan a las expectativas reales de los futuros costos que representarán los asegurados en el momento de alcanzar la tercera edad.



3.3. Multiplicación de la asimetría de información

Con la reforma del sistema de salud chileno se introdujo la competencia de seguros para optimizar la eficiencia y la asignación de recursos en el sector. En general, el mercado de la salud, por el tipo de servicios transados, se destaca por una serie de imperfecciones intrínsecas y se puede caracterizar como un mercado perfectamente imperfecto. Existen limitaciones de acceso para los proveedores, externalidades y una importante asimetría de información. Hay que tener en cuenta que todo mercado eficiente requiere de oferentes y demandantes bien informados en cuanto a los precios y las características de los productos transados. En caso que uno de los agentes que participan en la transacción no disponga de la información completa o exista una asimetría de información el mercado carece de un equilibrio eficiente.

Dado que la contribución obligatoria del 7 % representa una predeterminación exógena de los precios de las pólizas, el espectro de las rentas impositivas que existen en la cohorte de los trabajadores dependientes constituye una variable continua.¹⁷ Otro factor que determina las características de los contratos aseguradores de salud son los riesgos médico-sanitarios que presentan los usuarios y sus cargas familiares. Esta situación obliga a las ISAPREs a ofrecer un gran número de planes (unos 8.000) con pólizas equivalentes al 7 % de los ingresos en el mercado.

Una tal diversidad de los productos aseguradores existentes en el mercado hace imposible toda toma de decisión económicamente razonable por parte de los demandantes. Hay autores que perciben una transformación en la cultura de la gente que ha aprendido valorar más su papel de consumidor y su derecho a escoger entre diversas alternativas lo que consideran pasos importantes para superar las imperfecciones intrínsecas del mercado de la salud.¹⁸ Esta evaluación no parece muy convincente dado que el desnivel informativo entre las ISAPREs y sus usuarios se ve agravado hasta hoy en día por una política de información altamente restrictiva por parte de los oferentes. A pesar de los intentos de la Superintendencia de ISAPREs de aumentar la transparencia del sistema, la mayoría de las empresas no incentivan a sus clientes a informarse, no disponen de un tarifario expresado en Pesos y siguen manejando una serie de aranceles específicos que guardan como secreto frente a los usuarios. Esta actitud no sólo representa un claro antagonismo con la teoría liberal del mercado eficiente que sirvió de base ideológica para la reforma, sino va en desmedro de la emancipación de los ciudadanos. El subsector privado está lejos de fomentar la autodeterminación del cliente y de considerar al paciente como coproductor de la salud.

¹⁷ Por lo menos hasta el tope legal mensual de 60 UF, ingreso a partir del cual la cotización no sube más allá de las 4,2 UF (o sea del 7 % de las 60 UF).

¹⁸ Sánchez, Héctor. Una visión sobre la evolución de los sistemas de salud en la próxima década; en: Giaconi 1996, p. 241-242.



3.4. Problemas de eficiencia

Una de las razones fundamentales de la actual crisis de los sistemas previsionales radica en la explosión de los gastos en salud provocada por los cambios demográficos y epidemiológicos a los que se agregan los efectos de la mayor disponibilidad de profesionales médicos, de técnicas de atención y de procedimientos curativos cuya aplicación conlleva una expansión de los costos a veces irracional si no se realiza bajo cautelas de control de calidad basada en evidencia y de costo-efectividad. Un enfoque central de controlar la explosión de los costos del sector salud normalmente va hacia el intento de optimizar la asignación de recursos del sector creando incentivos mediante el sistema asegurador previsional de la salud.

Frente a este desafío, durante los 20 años de su existencia las ISAPREs no han logrado contener ni han contribuido sustancialmente a frenar la explosión de los costos de la salud que se ha desarrollado tanto en el subsector público como en el privado. Este fenómeno se observa a nivel de los costos operacionales internos del sistema así como en el desarrollo de la política de precios de las prestaciones médicas y paramédicas del sector. El sistema ISAPRE, que demuestra obvias debilidades en el control de su costo técnico-administrativo, aplica casi un 20 % de sus ingresos operacionales en administración y ventas.¹⁹

El subsector privado tampoco no ha logrado desarrollar nuevas modalidades de pago a prestador y sigue usando el "pago por servicios" como la forma predominante en la relación entre ISAPRE y prestador. Los programas de salud administrada que siguen las estrategias de los *Health Maintenance Organisations* (HMO) de Estados Unidos y que se caracterizan por una buena cobertura en una determinada institución prestadora y malas condiciones en el momento de recurrir a otros proveedores, obedecían más bien al interés de las ISAPREs a captar los sectores medios y medio-bajos y no han llegado a representar una estrategia innovadora del subsector. A pesar del avance en la integración vertical y la experiencia en la negociación de descuentos por volumen, la persistente predominación del "fee-for-service" ha fomentado la proliferación y evolución de los prestadores privados y, como consecuencia de ello, contribuido a la expansión del costo técnico.²⁰ En total, las estrategias básicas aplicadas por las ISAPREs no han logrado ostentar de forma satisfactoria la capacidad economizadora que sus creadores habían esperado de la supuesta mejora de la asignación de recursos.

3.5. Autoinducción de la demanda e incremento de gastos individuales

Es más, la reforma de salud del 1981 ha tenido una serie de efectos no deseados como una cierta autoinducción de la demanda por servicios de salud. En términos

¹⁹ Superintendencia de ISAPREs 1999, p. 9; 2000, p. 9: El subsector logró bajar los gastos de administración y ventas de 18,8 al 17,5 % de los ingresos operacionales. Mientras tanto estos gastos de FONASA no superan el 1,3 % (FONASA 1999b, p. 13).

²⁰ Baeza/Muñoz 1999, p. 25/26



generales, entre 1986 y 1997 que representa la fase de mayor impacto del sistema ISAPRE, este experimentó un fuerte incremento de la demanda. El mayor aumento se puede observar en el uso de las prestaciones de menor complejidad donde paralelamente la oferta se ha diversificado principalmente en el subsistema privado. De este modo, en el subsector privado la producción de exámenes de imagenología casi se cuadruplicó, las consultas médicas subieron casi 4,5 veces y los exámenes de laboratorio lograron más de quintuplicarse (vea Contreras et al. 1999, p. 10, 11, 83-88).

En el mismo período, el número de beneficiarios del sistema ISAPRE creció en un 421 % (vea Tabla N° 8, Anexo Estadístico). Sin embargo, la concentración en personas jóvenes y sanas hace suponer una fuerte tendencia a autoinducir la demanda. La selección de riesgo queda a la vista al comparar las tasas de incremento de las intervenciones quirúrgicas que apenas se duplicaron en el mismo período. En total, la ampliación de servicios se puede interpretar como un resultado beneficioso para la población en la medida que se desarrollan nuevas alternativas de atención. Al mismo tiempo, el incremento de la oferta de prestaciones accesibles para los estratos sociales más altos conlleva una notoria alza de los gastos globales en salud, sobre todo cuando se está realizando en condiciones de control precario y bajo las reglas de juego de un mercado deregulado. Desde un enfoque salubrista esta situación tiende a dirigir los recursos sistémicamente escasos a sectores y áreas cuya importancia e impacto no suelen corresponder y hasta son contradictorios a las necesidades sanitarias y epidemiológicas de la sociedad.

Ya con anterioridad al siniestro asegurado e independiente del mismo, la estructura de los factores de riesgo representa un elemento clave del encarecimiento continuo de la salud. Supuestamente, el pago adicional es voluntario y corresponde a las exigencias de los usuarios del sector privado de mejorar su condición de asegurado aspirando a un plan de cobertura más amplia. En la realidad esta evolución inflacionaria de los gastos que se destinan al seguro de salud es consecuencia inevitable de las modalidades de los planes. La renegociación cada doce meses y su adaptación a las nuevas condiciones actuales del usuario tienen su efecto en los costos de la prima en la medida en que está envejeciendo el usuario. Un creciente porcentaje de los usuarios del sistema ISAPRE está cotizando más del 7 % obligatorio, actualmente una tercera parte de los cotizantes del subsector (vea Tabla N° 9, Anexo Estadístico). Las cotizaciones de un grupo importante de los usuarios del subsector privado alcanzan una proporción entre 8,5 y 10 % de la renta imponible.²¹ Por otra parte, las cotizaciones adicionales "voluntarias" ya representan casi un 18 % de los ingresos operacionales del sistema ISAPRE, frente al 80 % que proviene de las cotizaciones obligatorias legales.²²

Algunas ISAPREs ofrecen planes voluntarios suplementarios para enfrentar los copagos que tienen que enfrentar los individuos.²³ El que el mismo asegurador

²¹ Estimaciones inoficiales de la Superintendencia de ISAPRES, diciembre de 1999.

²² Superintendencia de ISAPRES 1999, p. 28.

²³ Bitrán/Almarza 1997, p. 37



de salud ofrezca un seguro contra los riesgos financieros de su propio producto, representa no sólo una forma de autoinducir la demanda sino también un aumento de los gastos individuales en salud. En un futuro próximo, la reciente incorporación del seguro catastrófico en los planes de salud significará otro factor del encarecimiento de la salud. Los usuarios del sistema ISAPRE tienen que enfrentar una prima adicional entre 0 y 35.000 Pesos, en la mayoría de los casos unos 1.500 Pesos mensuales, en función de ampliar su cobertura a una serie de patologías complejas.

3.6. Inseguridad social por cobertura incierta de riesgo

Los planes de salud ofrecidos en el mercado se distinguen fundamentalmente en dos aspectos: La inclusión de prestaciones suplementarias a las requeridas por ley y el nivel de cobertura financiera de las atenciones médicas. La legislación vigente establece que las ISAPREs están obligadas a incluir en sus planes de salud la totalidad de las prestaciones otorgadas por el sector público.²⁴ No obstante, la ley no define un piso mínimo del volumen de la cobertura financiera así que algunas ISAPREs interpretaron las disposiciones legales generalizando lo establecido referente a las preexistencias médicas declaradas que durante los primeros 18 meses dan derecho a una cobertura financiera mínima equivalente al 25 % de la cobertura general. Al respecto, la Superintendencia de ISAPREs emitió la circular 36 en la que estableció que los planes deberían incluir la cobertura no inferior al 50 % de cobertura del arancel más bajo de FONASA (Nivel 1) para todas las prestaciones alistadas en el respectivo Arancel.²⁵ Esta materia fue recurrida por varias ISAPREs en 1997, y recién el 9 de noviembre de 2000 salió la resolución de la Corte Suprema en que valida la disposición de la Superintendencia aceptando la interpretación de fijar un piso a la cobertura de los planes, usando como referente el Arancel FONASA. Esto significa el establecimiento de una cobertura mínima en el sistema ISAPRE equivalente a la bonificación que los usuarios de FONASA obtienen cuando se atienden en la modalidad Libre Elección (vea Cap. 5.).

Esta regularización mejorará la situación de los usuarios del sistema ISAPRE frente a la cobertura financiera de los riesgos de salud. Sin embargo, el fenómeno de los pagos de bolsillo prácticamente no previsible ha presentado y sigue presentando uno de los grandes problemas tanto conceptuales como psicológicos del actual sistema de salud en Chile que se traduce en una percepción generalizada de desprotección previsional. La mitad de los usuarios se ve amenazada directa y concretamente por los efectos económicos de una patología que exige un tratamiento de mayor complejidad (Tabla 1). Es importante señalar que en este aspec-

²⁴ Como punto de referencia sirve el Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud del FONASA actualizado anualmente que en la actualidad abarca más de 2.200 prestaciones distintas de atenciones médicas y paramédicas y que incluye desde la consulta ambulatoria hasta los procedimientos complejos de atención en el nivel terciario.

²⁵ Comunicación oral del Departamento de Estudios de la Superintendencia de ISAPREs.



to no hay diferencia entre los afiliados al seguro público y los beneficiarios del sistema ISAPRE.²⁶ Sin embargo, ambos subsistemas hasta la fecha han fracasado, independientemente de la cobertura real que garanticen a las personas, en el aspecto de inspirar la confianza imprescindible para la aceptación general y, por ende, el funcionamiento de un sistema previsional eficiente. En la población predomina la impresión de una grave desprotección frente a los riesgos de salud.

Por lo general, la percepción que tiene una sociedad acerca del sistema de salud no se construye sólo a base de los resultados sanitarios que puedan ser apreciados directamente por la gente a través de su propia experiencia de atención, sino también en consideración de los aspectos de aseguramiento y provisión de servicios que están por delante de la atención (Solimano/Vergara 1999, p. 8). A pesar de que aquellos problemas sean formalmente la consecuencia de la naturaleza de cada uno de los subsistemas, la población tiende a generalizar las falencias de cada cual como expresión de desprotección e imperfección del sistema en general que finalmente corresponden a una falla de la cobertura global (PNUD 1998, "Desarrollo Humano en Chile").

Como se demuestra en la siguiente tabla N° 1, la evaluación que hacen los ciudadanos del sistema de salud dista bastante de los esfuerzos y de las recientes inversiones realizadas en ambos subsectores. Ello puede ser consecuencia de una insuficiente visibilidad de los efectos de aquellas inversiones o expresión del desencanto por el incumplimiento de las expectativas despertadas por el término de la dictadura (Contreras et al. 1999, p. 97). La situación actual está caracterizada por una notable insatisfacción y frustración provocadas por la ausencia de un abordaje integral y societal de los problemas de fondo que afectan tanto el sector salud como los ciudadanos usuarios del mismo. En la población predomina la percepción que la sociedad ha dejado de solucionar los problemas de salud y que la responsabilidad de resolverlos recae de forma exclusiva en los individuos (Chile 21 1998b, p. 14, 15). Frente a los prestadores del subsector público se enfatiza la insuficiencia de recursos y la gente se queja principalmente por la postergación y un trato deshumanizado, mientras que en el sistema ISAPRE que inspira mayoritariamente una impresión de desprotección y engaño sistémico se acentúa el carácter comercial.

Tabla N° 1

¿Cuáles aspectos de la protección o del financiamiento de sus gastos en salud le parecen importantes?

Que cubra....	FONASA	ISAPRE
... los gastos de enfermedades catastróficas y hospitalización	48 %	49 %

²⁶ Vale recordar que los datos expuestos aquí se recopilaron antes de la implementación del programa relacionado a la cobertura de las enfermedades catastróficas por parte de FONASA y mucho antes que surgieran los conceptos de ofrecer un seguro adicional parecido por parte de las ISAPREs.



... los gastos médicos en salud en la vejez	12 %	10 %
... los gastos en consultas y exámenes	9 %	13 %
.... los gastos de medicamentos	7 %	3 %
Que rebaje la parte que uno paga en consulta u hospitalización	8 %	4 %
Cumplimiento de los planes suscritos y explicación de los derechos	5 %	12 %
Libre elección en consulta y hospitalización	7 %	8 %
No sabe/No responde	4 %	2 %

Fuente: Fundación Salud y Futuro 1999, s.p.. Encuesta realizada por la Consultora Tironi & Asociados.

4. Comparación FONASA versus ISAPREs

4.1. Libertad de elección

La libertad de elección representa una condición imprescindible para introducir mecanismos de competencia en función de optimizar la asignación de recursos. Sin embargo, siempre hay que preguntarse si la competencia es ventajosa y positiva para los participantes o, por lo menos, para uno de los participantes del mercado, y si son los usuarios de los bienes y servicios ofrecidos en libre elección los que desean tener opciones alternativas, o es más bien fruto de una percepción impuesta a los mismos. En aparente contraste con el sistema político autoritario y antiliberal reinante por muchos años en Chile, la libertad del consumidor ha sido claramente ideologizada desde la introducción de los mecanismos de mercado en el sistema salud.

Una encuesta representativa encargada por la Fundación Salud y Futuro (vea Tabla 1) revela que no más de un 8 % de los afiliados a una ISAPRE y sólo 7 % de los usuarios de FONASA perciben la oportunidad de elección como problema primordial. Este resultado refuta obviamente uno de los pilares ideológicos del sistema asegurador privado. Hay que cuestionar la suposición de los creadores y defensores del sistema ISAPRE de que la libertad de elección fuera un deseo primordial de los usuarios. Sin entrar en la compleja discusión sociopolítica y salubrista sobre las consecuencias ético-morales de los enfoques economicistas en un país en vías de desarrollo como Chile, queda a la vista que los ciudadanos se muestran más preocupados por las cuestiones de la cobertura financiera y las potenciales secuelas económicas de enfermedades complejas que por las opciones de libertad de elección. Hay que tener en cuenta esta valorización al momento de definir prioridades en el sector salud.

No cabe duda que la libertad de elección de los beneficiarios de FONASA está bastante limitada. Para la atención de primer nivel deben recurrir a la posta más cercana o a la cual donde están registrados, y para las prestaciones del segundo y tercer nivel tienen derecho a la atención gratuita o con una determinada proporción de pago de bolsillo, pudiendo elegir bajo ciertas condiciones el centro hospi-



talario público al cual quieren recurrir. Para los usuarios cotizantes (Grupos B, C y D, vea Tabla 4) existe la opción de atenderse en los consultorios y hospitales privados que tienen convenio con FONASA en la modalidad de libre elección siempre cuando están en condiciones y dispuestos a enfrentar un copago significativo para las prestaciones. En la práctica esta alternativa se ve fuertemente restringida sobre todo para los grupos sociales menos privilegiados.

En el subsector particular la libertad de elección depende principalmente del status socioeconómico de los beneficiarios. El nivel de los prestadores accesibles dentro de un determinado plan está directamente relacionado con la prima del plan de salud. Las alternativas entre las cuales pueden elegir los grupos socioeconómicos más bajos son mucho más restringidas que las que existen para un representante del estrato social alto. Los planes "baratos" prevén una restricción *de facto* de la libertad de elección mediante el recorte de la cobertura financiera en la atención por los prestadores más sofisticados. Por otra parte, los planes tipo HMO limitan completamente las opciones de elección de los usuarios, pero garantizan una buena cobertura. No cabe duda que el recorte de la libertad del consumidor en el momento en que amenaza con atacar la rentabilidad relativiza el peso que el subsector privado suele dar a este tema. En todo caso, ambos subsectores de salud están limitando la libertad de elección en el mercado de salud, aunque sea con impacto diferente y con distintos grados de discriminación social.

4.2. Oportunidad de atención

Aparte de la libertad de elección un argumento clave del sector privado suele ser la mejor accesibilidad de las prestaciones médicas requeridas para sus beneficiarios. De hecho, en el sector público las colas de espera representan la forma más usada de regulación de la demanda. A pesar de las iniciativas y de la creciente preocupación de FONASA por el problema de la oportunidad de atención, sus beneficiarios tienen que enfrentar tiempos de espera en caso que quieran conseguir una cita con un especialista o someterse a un tratamiento de tipo electivo en un hospital público. No existen datos estadísticos sistemáticamente recopilados a nivel nacional. Para el presente estudio, sin embargo, se consiguieron los tiempos de espera en una zona urbana con evaluación sistemática de la oportunidad de atención.

Tabla N° 2

Promedio de los tiempos de espera en el sector público de Santiago Oriente

Intervención médica	Tiempo de espera promedio
Colecistectomía tradicional	3 a 4 semanas
Colecistectomía laparoscópica	3 a 4 semanas



Bypass coronario	alrededor de 12 semanas, variación desde 4 a 20 semanas dependiendo de la urgencia del caso
Cáncer digestivo	No hay tiempo de espera, se opera al momento del diagnóstico incluso desplazando pacientes electivos
Fractura de cadera	13 semanas de espera para un reemplazo con prótesis
Radioterapia	3 semanas, principalmente debido al pase del comité oncológico a la institución con la cual existe convenio para realizar las radioterapias

Fuente: Informe facilitado por la Dra. May Chomali Garib, Directora del Servicio Médico del Sector Oriente de Santiago a base de los datos recopilados en los hospitales públicos del sector. Hay que hacer hincapié en el hecho de que los tiempos de espera se refieren exclusivamente a las operaciones electivas excluyendo las de emergencia.

Indudablemente las listas de espera para los procedimientos médicos de tipo electivo del sistema privado no alcanzan el nivel del subsector público. Pero personas de varias ISAPREs admiten la existencia de tales listas para algunas intervenciones, sobre todo en los planes tipo HMO y que las mismas ISAPREs están evaluando este fenómeno. Otras instituciones niegan rotundamente la existencia de tiempos de espera y afirman que sus afiliados se trasladan a otro prestador médico incluso de un nivel superior al cubierto en su plan en caso que no haya disponibilidad en el hospital preferencial. Según estimaciones indirectas y las alusiones respectivas por parte de los departamentos de estudio de algunas ISAPREs, de todas maneras los tiempos de espera son significativamente más cortos que en el sector público.

Al mismo tiempo, en el subsector privado la oportunidad de atención demuestra una discriminación social dado que el tiempo de espera tiende a disminuir en la medida en que suben el segmento social cubierto por una ISAPRE y el nivel socioeconómico del cotizante. La más alta la renta del cotizante y la prima del plan, dan acceso a clínicas más sofisticadas y por consecuencia mejora la oportunidad de atención. Por otra parte, encuestas revelan la existencia de este problema incluso en casos de urgencia. Un 21 % de los afiliados a una ISAPRE mencionan el acceso inmediato en caso de emergencia como problema primordial lo que insinúa la existencia de una demora subjetivamente preocupante en caso de presentarse en estado de urgencia en una clínica particular o, como beneficiario de una ISAPRE, en un establecimiento público (Fundación Salud y Futuro 1999, s.p.). Además, uno de cada tres beneficiarios del subsector privado refiere haber postergado un tratamiento médico por el problema del copago (Fundación Salud y Futuro 1999, s.p.), hecho que relativiza el problema de la oportunidad de atención en el subsector público.

4.3. Aspectos de calidad de atención



El tema de la calidad en el sector salud se destaca por su alta complejidad y las fuertes controversias al respecto. Mientras que los economistas tienden a valorizar la calidad de la atención a base de las instalaciones técnico-hospitalarias, la hotelería, el tratamiento humano y la accesibilidad, los médicos y salubristas consideran más importantes la calidad de los procedimientos estrictamente médicos, el grado de éxito del tratamiento y la universalidad del acceso al sistema de salud. En cuanto al primer enfoque, el subsector privado en general ofrece mejores condiciones que en todo caso dependen siempre del nivel y de la ubicación de las instalaciones. Frente a la muestra del presente estudio, sin embargo, la diferencia en la calidad técnico-infraestructural y el grado de lujo de la hotelería carece de importancia. Los usuarios de los estratos socioeconómicos medio y medio-bajo no enfrentan condiciones muy distintas en ambos subsectores, dado que los planes privados accesibles para este grupo en muchos casos definen el mismo hospital preferencial al que recurren también los beneficiarios de FONASA en la modalidad institucional.

En cuanto al control de calidad de los procesos, en Chile el desarrollo de criterios y mecanismos sistemáticos es muy incipiente y prácticamente exclusivo del subsector público. Frente a la necesidad de fomentar un mejoramiento generalizado de la calidad de la atención médica, aunque éste se limite a la calidad técnica y humana por el momento, los obstáculos más graves para el futuro parecen ser la dualidad del sistema sanitario y las limitaciones que sufre el Estado en su función de ente regulador en los sectores privados asegurador y prestador. No ha entrado el concepto de la Medicina Basada en Evidencias (Evidence Based Medicine - EBM) que no se aplica ni en los hospitales públicos ni en los privados.

Sólo en el terreno de las prestaciones de laboratorio se ha logrado la instalación de un control más o menos continuo. Desde 1996 el Instituto de Salud Pública (ISP) otorga un Certificado de Participación periódico que comprueba la colaboración de los laboratorios adscritos en las muestras-problemas de evaluación de calidad. A base de un compromiso cruzado entre el Ministerio de Salud, los Servicios de Salud y el ISP en 1998, la supervisión alcanzó a 775 laboratorios clínicos de los 892 que hay en Chile lo que representa una cobertura de 86,9 %. El análisis separado de los dos subsectores de salud demuestra la participación del 100 % de los laboratorios del área pública y de más de 80 % entre los laboratorios privados (ISP 1999, Cap. C, D).

Hasta la fecha lo único que se certifica por parte del ISP es la participación en el control de calidad. Según las estimaciones del ente, en el pasado todos los laboratorios que no lograron satisfacer los requisitos establecidos por las muestras de evaluación - en todo caso una minoría insignificante - pertenecían al subsector privado. Últimamente se observa una mayor disposición de los laboratorios privados a participar en los ensayos del ISP.

En otras áreas de la medicina, la aplicación sistemática de un control de calidad existe exclusivamente en el subsistema público donde se han instalado círculos de calidad y una formación al respecto. Debido a la falta de influencia de las autoridades sanitarias en el subsector privado, éste carece de toda clase de control



de calidad sistemático y supervisado. Por el momento, depende principalmente de la capacidad de FONASA de ejercer una presión de mercado suficientemente fuerte sobre el sistema ISAPRE mediante la certificación de sus prestadores de salud para inducirle al sector privado a participar en los mismos procedimientos de control de calidad.



5. El pago de bolsillo

Hay indicadores que comprueban que el problema del copago ocupa un lugar destacado entre las mayores preocupaciones de los usuarios del sistema de salud chileno. Por una parte, los copagos conducen a un tercio de la población, una proporción bastante elevada de la gente, a postergar su atención médica u hospitalaria. Por otra parte, casi dos de cada cinco chilenos mencionan la disminución del copago como el aspecto económico-financiero más importante que están esperando de una reforma de salud. Para uno de cada cuatro chilenos la preocupación primordial se refiere a los copagos en el caso de la hospitalización. Más aún, al ser consultado la misma proporción mencionó el problema del pago de bolsillo general y uno de cada siete el copago por las atenciones clínicas como el más apremiante.²⁷

Especialmente en lo referente a la atención en sala de mediana o alta complejidad, tanto en el subsector público como en el privado, el copago en la actualidad es muy alto en Chile en comparación a otros sistemas de salud en países de ingreso similar (Baeza/Muñoz 1999, p. 37). Sin embargo, como se muestra en la siguiente tabla, técnicamente no constituye una real fuente de financiamiento, sino más bien un mecanismo para modular el problema del "riesgo moral" existente en los seguros de salud.

Tabla N° 3a/b

Estimaciones de la distribución porcentual de los ingresos totales del sistema de salud en 1997

	Seguro Público	Seguros Privados	Total
Cotizaciones	31,6 %/38,2 %/	95,3 %/80,4 %	58,6 %
Aporte Fiscal	49,4 %/52,5 %	2,6 %/2,1 %	28,1 %
Copagos*	6,7 %/8,1 %	.../12,7 %	10,3 %
Otros ingresos	12,3 %/1,2 %	2,1 %/4,8 %	2,9 %
Suma	100 %/100 %	100 %/100 %	100 %

Fuentes: Departamento de Comercialización de FONASA, según Titelman 2000, p. 21 (letra normal) y Gemines 1998, S. 16 (letra cursiva)

* En el caso de las ISAPREs entra toda clase de copago, en FONASA exclusivamente el efectuado en la modalidad de libre elección, lo que subestima la proporción del copago total en el sector público y atribuye un porcentaje más alto al aporte fiscal.

En el sistema FONASA, la introducción del copago en las prestaciones institucionales del sistema público empezó a funcionar prácticamente a partir de 1986. El incremento de las cotizaciones del 4 al 7 % de las rentas imponibles no había

²⁷ Fundación Salud y Futuro 1999, s.p.. Encuesta realizada por la Consultora Tironi & Asociados.



alcanzado para compensar la reducción del aporte fiscal que entre 1974 y 1990 sufrió una disminución desde un 61,2 a un 38,7 % del total del gasto en el sector público y una baja del 1,6 al 0,7 % como proporción del PGB (Contreras et al. 1999, p. 23). Sólo mediante la introducción de los copagos como mecanismo de recuperación de costos ajustados al nivel de ingresos de las familias, el subsector público consiguió mantener el gasto público. Esta medida pertenecía a las adaptaciones implementadas en función de mejorar el funcionamiento del sistema de salud chileno y especialmente de las agencias aseguradoras privadas (Ley Nº 18.469 del 23.11.1985). La aplicación sistemática del copago en el subsector proveedor público constituyó un estímulo adicional para los usuarios de mayores ingresos a transferir sus cotizaciones a las ISAPREs puesto que limitaba la incertidumbre relativa de las personas en cuanto al nivel de cobertura que ofrecían las últimas (Contreras et al. 1999, p. 14).

Tabla N° 4

Beneficiarios de FONASA por grupo de salud, tramos de ingreso y copago en la modalidad institucional en 1999

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D
Nivel de ingreso	Indigentes	Hasta 80.500 Pesos	Entre 80.501 y 110.120 Pesos	Más de 110.120 Pesos
Número de beneficiarios	3.028.247	2.890.082	962.402	2.256.868
Sexo Femenino	1.586.494	1.659.845	492.196	1.112.923
Sexo Masculino	1.441.753	1.230.236	470.205	1.143.945
Porcentaje de copago	0 %	0 %	10 %	20 %

Fuente: FONASA 1999c, p. 14, combinado con información facilitada por el Departamento de Estudios de FONASA. Los montos de los ingresos corresponden a los señalados en la Resolución Exenta Nº 1.327 del 10.07.1998 de los Ministerios de Salud y Hacienda.

A diferencia de lo que se vuelve a afirmar hasta en publicaciones científicas sobre el tema de la salud en Chile,²⁸ el copago dentro de la modalidad institucional del sector público nunca supera el 20 % de los aranceles concertados entre FONASA y los prestadores médicos y hospitalarios con los cuales tiene convenio.²⁹ Una tasa superior de copago en el sector público existe sólo en la modalidad de libre elección disponible exclusivamente para los beneficiarios cotizantes, o sea los grupos B, C y D. La gran mayoría de los usuarios del sistema público no recurren a esta modalidad sino para solucionar un problema de menor envergadu-

²⁸ Estas "confusiones" aparecen sobre todo en publicaciones más bien afines a la posición de las ISAPREs, por ejemplo en Sapelli/Torche 1998, p. 384

²⁹ Las tarifas vigentes en el sector público, tanto en la modalidad institucional como en la de libre elección, se publican de forma regular en el Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud.



ra,³⁰ puesto que el copago del 50 % parece soportable frente a las tarifas menores de la atención ambulatoria o de laboratorio mientras que muchos afiliados de FONASA no están en condiciones ni dispuestos a enfrentar los altos gastos de bolsillo que significa un tratamiento complejo en la modalidad de libre elección. Ello queda a la vista al comparar el impacto económico-financiero de las prestaciones otorgadas en ambas modalidades. Las prestaciones de la modalidad institucional casi cuadruplican las otorgadas en la libre elección accesible para dos tercios de los usuarios de FONASA. En 1998, el sistema público enfrentó un promedio de 722 prestaciones anuales por cada 100 beneficiarios en la modalidad institucional y sólo de 214 en la libre elección. El costo de prestaciones por cada 100 beneficiarios del subsector público en la modalidad institucional casi triplicó el valor respectivo en la modalidad de libre elección (FONASA 1999b, p. 20).³¹

Las ISAPREs hacen uso extenso del mecanismo del pago de bolsillo para protegerse del riesgo moral por parte de sus afiliados moderando la demanda por prestaciones médicas. Los niveles de cobertura financiera se determinan según los aranceles de las ISAPREs fijados en consideración de lo establecido por el Registro de Prestaciones de Salud de FONASA. Estos aranceles, por lo tanto, no reflejan necesariamente el valor de las prestaciones en el mercado de salud. La carga económica del usuario de una atención médica, representada por el nivel de copago por ella, incrementa en la medida en que se agranda la diferencia de precios entre los cobrados por los prestadores y los fijados por las instituciones de previsión (Titelman 2000, p. 23).

El instrumento de la participación directa de los beneficiarios en el financiamiento de las prestaciones a las que recurren se compone de tres elementos distintos los cuales dependen de las características de los contratos y tienen un impacto variable según el caso y las condiciones sanitarias del asegurado. Por una parte, el deducible limita el riesgo individual del asegurado a una determinada cantidad pecuniaria que tiene que asumir en todo caso si hace uso de la atención médica liberándose a la vez de todo pago que supere el monto pactado por un período determinado, normalmente un año calendario. En cambio, el tope anual establecido en varios grupos de prestaciones médicas limita el pago sumado que las ISAPREs tienen que asumir por un determinado período a una cantidad máxima de dinero mientras que el afiliado está obligado a cubrir todos los gastos que superan aquella suma. La forma más directamente percibida para la mayoría de los usuarios chilenos son los copagos proporcionales a base de la tarifa de una prestación médica que debe asumir el usuario. En los dos últimos casos la importancia que el copago ocupa para el individuo o un grupo familiar es una variable que depende esencialmente de la cantidad, pero también de la calidad de las prestaciones consumidas.

³⁰ Compare p. ej. Sánchez, Héctor, Una visión desde el sector privado; en: Lenz/Salinas/Villa 1999, p. 87-95

³¹ Vea Tabla 10, Anexo Estadístico



Teniendo una función principalmente ordenadora, los copagos que tienen que enfrentar los beneficiarios tanto de las ISAPREs como de FONASA en caso de sufrir una determinada patología se ha convertido en una de las características más palpables y determinantes del sistema dual de salud. La amenaza y sobre todo la práctica incalculabilidad de los gastos del bolsillo representan uno de los grandes problemas tanto subjetivos como objetivos del actual sistema de salud en Chile.



6. Comparación de Copagos

6.1. Motivación

A pesar de la gran importancia del pago de bolsillo y de sus efectos en la confianza que las personas tienen en la previsión de salud, el tema se ha estudiado relativamente poco en Chile. A consecuencia de la predominación de los enfoques economistas y tecnócratas en el sector hay poca evidencia estadística sistemáticamente recopilada del copago directo que hacen los usuarios al utilizar los servicios médicos (Titelman 2000, p. 23). Esto se debe principalmente a la diversidad y heterogeneidad sistémicas de los planes de seguros que existen en el mercado chileno.

En 1993, un estudio de la Superintendencia de ISAPREs reveló una gran variedad de los pagos de bolsillo en caso de un bypass aortocoronario de emergencia (entre 0 y 13 % en los costos de hospitalización, entre 10 y 54 % en los honorarios y hasta entre 0 y 100 % en material quirúrgico y medicamentos) (Departamento de Estudios Superintendencia de ISAPREs 1993).³² Posteriormente se pudo averiguar que el valor del tratamiento del infarto en el hospital preferencial previsto en el plan máximo prácticamente quintuplica el del prestador más económico, mientras que en el caso de la hemodiálisis el hospital "máximo" cobra más de dos veces la tarifa del prestador "mínimo" (Wainer 1997, p. 30, 31).

Otra investigación al respecto comprobó una directa relación logarítmica entre los gastos anuales en salud de los usuarios del sistema ISAPRE y el copago que tenían que enfrentar. Las personas que gastaban menos de medio millón de Pesos enfrentaban una tasa de copago de no más de un 31,3 % mientras que los usuarios que gastaban más de 5 millones de Pesos cancelaban un 44,9 % del bolsillo (Kifmann 1998, p. 144). Este resultado no sólo demuestra la importancia de los topes existentes en los planes de salud, sino desenmascara los copagos aplicados en el subsector privado como mecanismo de *quality skimming*. Los pagos de bolsillo afectan esencialmente a los "riesgos malos" del sector salud, a los más necesitados en cuanto a las prestaciones de salud, principalmente los portadores de enfermedades graves y crónicas.

En otro estudio retrospectivo encargado por la Asociación de ISAPREs se calcularon los copagos que los usuarios del sistema ISAPRE tenían que realizar en caso de unas intervenciones quirúrgicas frecuentes en tres instituciones de salud de distinto nivel para compararlos con los gastos que los beneficiarios de FONASA hubieran tenido que enfrentar en el caso hipotético de someterse a las mismas operaciones en la modalidad de libre elección. Mientras que el copago en el subsector privado varía entre 0 y 72 %, en el público oscila entre 89,5 y 97,3 %. A pesar del empeño, este resultado carece de utilidad dada la importancia mínima de la libre elección para los afiliados de FONASA en las intervenciones hospitalarias y quirúrgicas (vea capítulo anterior).

³² Citado según Larrañaga 1997, p. 44. No hay especificación del tipo de operación, de la cantidad de puentes aortocoronarios con o sin A. mamaria ni de las complicaciones perioperativas.



Frente a la relevancia que el problema de la cobertura tanto global como financiera ha adquirido en la opinión pública y frente a la creciente inquietud social que está provocando, parece no sólo interesante, sino también válido comparar sistemáticamente, aunque sea en segmentos y espectros limitados, las dimensiones y proporciones del pago de bolsillo en los dos subsectores de la salud en Chile. Por lo tanto, la parte empírica del presente estudio trata de especificar de forma ejemplar las consecuencias individuales en el terreno de las bonificaciones y copagos en las distintas modalidades aseguradoras frente a determinadas patologías de diferente envergadura e importancia tanto económica como personal.

Con la idea implícita de llegar a realizar una comparación entre ambos subsectores, el presente estudio persigue el objeto de investigar las potenciales diferencias para los usuarios y ciertos subgrupos socioeconómicos en cuanto a la carga financiera que tienen que enfrentar en FONASA y en el sistema ISAPRE. En total la presente "radiografía" permite una serie de conclusiones inductivas relativas a algunos fenómenos específicos y la comparación de ambos subsectores.

6.2. Metodología

6.2.1. Area geográfica

Siendo Chile un país de extraordinaria extensión geográfica y gran diversidad de condiciones ecológicas y humanas, al mismo tiempo es una nación altamente centralista. Igualmente, el mercado de ISAPREs se caracteriza por una fuerte concentración en los mayores centros urbanos del país y demuestra un rol marginal en las zonas rurales. El hecho de que la Región Metropolitana que representa apenas el 30 % de la población nacional concentre el 58 % de los beneficiarios de las ISAPREs abiertas justifica la limitación del área del estudio al Gran Santiago.

6.2.2. Muestra socioeconómica

Se partió con la predeterminación de ubicar las rentas imponibles de referencia en el rango potencialmente competitivo entre los subsectores privado y público. Dentro de este espectro salarial, la selección de las remuneraciones de referencia se basó fundamentalmente en el último censo del Ministerio de Planificación (CASEN 96) y en la representación de los diferentes grupos de ingreso en las ISAPREs estudiadas. Para definir la muestra socioeconómica del presente estudio se eligieron las rentas imponibles de 200, 350, 500 y 800 mil Pesos mensuales. Según las observaciones del mercado asegurador y después de estudiar las condiciones de entrada al mercado de las ISAPREs, mediante la estructuración de sus planes de salud, estos parecían ser los estratos de ingreso adecuados en el sentido del objeto de la investigación. Al mismo tiempo, las rentas de referencia seleccionadas para la investigación implicaban el atractivo metodológico adicional de pertenecer todas al grupo D de FONASA, lo que ofrecía la ventaja de simplificar la elaboración y comparación de los datos empíricos.



A diferencia del seguro público solidario, donde la cotización es variable exclusiva de la renta imponible, las primas del sistema ISAPRE dependen por una parte del ingreso y del riesgo individual del cotizante, por otra de la cantidad y los factores de riesgo de sus cargas. Para seleccionar los planes de salud de referencia en función de la comparación de los copagos había que concretizar la edad del cotizante y la composición de su grupo familiar, tratando siempre de limitar la cantidad de variables a un número razonable. Por tal efecto, se diseñaron tres familias tipo que sirven de muestra base para la investigación. Para aumentar la vigencia y representatividad del estudio resultó conveniente incorporar a la muestra distintos grupos etáreos y salariales. En un principio se planteaban tres familias tipo de composición tradicional con un hombre cotizante y una esposa carga, más dos hijos de ambos sexos y de una edad compatible con la de los padres. No obstante, dadas las rentas base y la estructura etárea de la muestra no se logró establecer una conformidad familiar porque no existían planes sino para los dos grupos salariales más altos. Por una parte, se tuvo que disminuir la familia joven (tipo 1), por otra quitarle tanto años como todas las cargas a la familia mayor (tipo 3) para asegurar que existía un plan de salud cuya prima se podía financiar con la cotización obligatoria del 7 %. Al final, se definieron los siguientes grupos familiares como muestra social de referencia:

Familia Tipo 1: Hombre cotizante 25, mujer 24, hijo 3 años

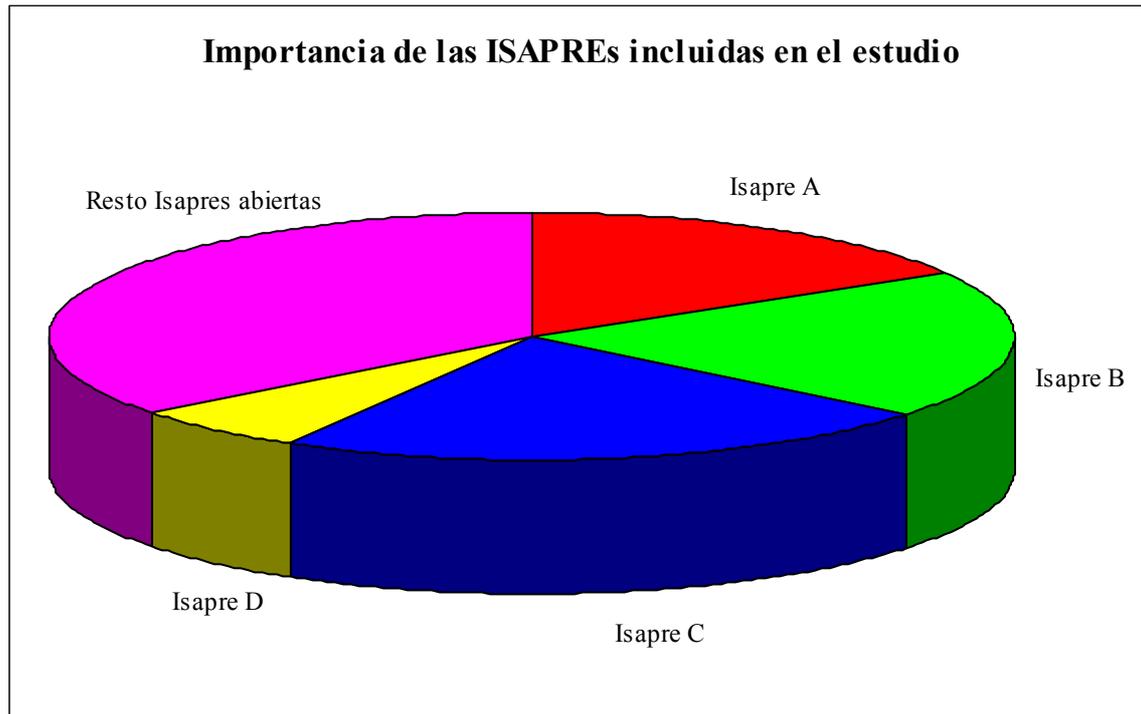
Familia Tipo 2: Hombre cotizante 40, mujer 39, hijo 15, hija 14 años

Familia Tipo 3: Hombre cotizante 55, mujer 54 años.

6.2.3. Elección de las ISAPREs

Un factor fundamental en el diseño del presente estudio fue la disposición por parte de las empresas aseguradoras cuya participación tenía que ser voluntaria. Al final fueron cuatro las ISAPREs dispuestas a colaborar y facilitar los datos requeridos. El tamaño de las agencias incluidas oscilaba entre unos 90 y más de 300 mil cotizantes y entre unos 180 y casi 800 mil beneficiarios. En su conjunto, éstas representaban prácticamente los dos tercios del sistema previsional privado. El siguiente cuadro ilustra la representación en el mercado de las cuatro agencias incluidas en el estudio.

Cuadro N° 3



Fuente: Superintendencia de ISAPREs 2000, p. 55. Diagrama elaborado por el autor a base de los datos de la Superintendencia. En total, las ISAPREs que participaron en la recopilación de datos representan el 65,2 % de los beneficiarios y el 64,5 % de los cotizantes del subsector privado.

6.2.4. Definición de planes de salud

A base de los sueldos impositivos predefinidos se determinaron las primas mensuales que los distintos grupos familiares y salariales estaban obligados a cotizar al seguro previsional. A pesar de la frecuencia de las cotizaciones adicionales "voluntarias", el presente estudio comparativo se limitaba a los planes que se financiaban con la cuota obligatoria del 7 % del ingreso. La segunda variable dependiente, más allá de la prima mensual de las familias tipo, fue la suma de los factores de riesgo de los miembros de cada grupo familiar. Para identificar los planes que entraban en la comparación de los copagos se calculaba la prima base dividiendo la cotización familiar - es decir 14.000, 22.500, 35.000 y 56.000 Pesos, respectivamente - por el factor de riesgo agregado del grupo familiar en consideración.

La búsqueda de los planes del mercado asegurador privado que entraban en el estudio se presentó variable según la institución consultada. Mientras que una ISAPRE no sólo identificó los planes adecuados a la muestra del estudio, sino hasta se comprometió a calcular la relación de bonificaciones y copagos de las prestaciones alistadas, dos empresas facilitaron los cuadros y datos básicos para definir los planes y calcular los copagos y bonificaciones. Una ISAPRE se limitó a facilitar las cartillas de no más de tres planes que cumplían los requisitos del estudio sólo con el descuento del momento de manera que la base de datos fue bastante magra en este caso y apenas se logró ampliar mediante la consideración



paralela de los mismos planes sin descuento y en otros casos la adaptación de los sueldos imposables.

A base de los planes se averiguaron los copagos y bonificaciones existentes en el subsector público para el catálogo de prestaciones elegidas. Aún cuando se consiguieron los respectivos datos tanto para las atenciones otorgadas en la modalidad institucional como en la de libre elección, la comparación del copago está enfocada principalmente en la modalidad institucional. Ello se justifica por una parte por el hecho de que en la mayoría de los planes del subsector privado las variables dependientes - copago y bonificación - se analizaron para los prestadores preferenciales. Además entró un número importante de planes cerrados tipo HMO que no prevén ninguna libertad de elección a los pacientes en caso de hacer uso de la atención médica. Por otra parte, queda a la vista la importancia altamente superior de la modalidad institucional para los usuarios de FONASA en caso de hospitalizarse y someterse a un tratamiento más complejo.³³ Los indicadores relevantes indican que la modalidad de libre elección, concordante con la intención por la cual fue introducida, sólo desempeña un rol importante en las prestaciones ambulatorias y de menores costos y no en las de mayor envergadura como las patologías elegidas para este estudio.

³³ Vea Cap. 5. En 1997, el 88,46 % de los días cama (hasta el 98,15 % de los respectivos gastos) así como el 86,95 % de las intervenciones quirúrgicas (78,7 % de los respectivos costos) correspondían a prestaciones otorgadas en la modalidad institucional (FONASA 1999 a, p. 18/19). La diferencia entre las proporciones numérica y financiera refleja los distintos niveles tarifarios que ofrecen los proveedores públicos y privados en el mercado de las prestaciones médicas.



6.2.5. Patologías elegidas

En Chile, el perfil epidemiológico ha mostrado modificaciones significativas durante los últimos 40 años. Las enfermedades características de los países en vía de desarrollo, los cuadros infecciosos severos han ido sustituyéndose por las patologías típicas de los países industrializados y se observa una constante reducción de la tasa de mortalidad acompañada por la disminución de la tasa de reproducción. Hoy en día se observa un creciente impacto epidemiológico de las enfermedades asociadas al envejecimiento. Las principales causas de muerte han llegado a ser las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias, seguidas por los traumatismos e intoxicaciones que en su conjunto explican más de dos tercios de las muertes (Solimano/Vergara 1999, p. 9).

La selección de una muestra transversal representativa de patologías se hizo fundamentalmente a base de los siguientes criterios:

- Relevancia epidemiológica
- Impacto económico general e individual de la patología³⁴
- Diversidad de la complejidad del tratamiento
- Operatividad y estandarización del tratamiento correspondiente.

Para operativizar las terapias y realizar la comparación objeto del estudio se especificaron las prestaciones más importantes incluidas en el tratamiento médico de cada una de las patologías según tipo y número fijando una cierta cantidad de días cama o de consultas que servían de base para sumar los gastos totales de las respectivas terapias. Por razones obvias no fue posible considerar la farmacoterapia que en algunos casos se cobra de forma adicional y forma parte de los pagos de bolsillo, pero *a grosso modo* no representan una proporción importante dentro de los tratamientos seleccionados. Tomando en cuenta estas consideraciones se definieron los siguientes paquetes de prestaciones asociadas a las patologías incluidas en el estudio:

Tabla N° 5

Lista de las patologías seleccionadas y de los respectivos tratamientos médicos desagregados según las estructuras de financiamiento de FONASA y del sistema ISAPRE

Nº	Código FONASA	Tipo Prestación FONASA	Prestación según cartilla ISA-PREs*	Cantidad
1a	1802028	Colecistectomía c/s colangiogr. op.	Derecho de pabellón 10*	1
	0202105	Días hosp. sala común cirugía	Días Cama Cirugía	5
1b	1802081	Colecistectomía por videolap.	Derecho a pabellón 8*	1
	0202105	Días hosp. sala común cirugía	Días Cama Cirugía	2

³⁴ Vea Tabla 11, Anexo Estadístico



2	1802053	Apendicectomía simple	Derecho de pabellón 7*	1
	0202105	Días hosp. sala común cirugía	Días Cama Cirugía	3
3	2004003	Parto pres. cefálica c/ episiot.	Derecho de pabellón 6*	1
	2004004	Atención matrona	Honorario matrona	1
	0101007	Atención inmediata recién nacido	Honorario neonatólogo	1
	0202113	Días hosp. sala común obstetricia	Días Cama Sala Cuna	3
4	1703061	Dos puentes aortocoronarios más anastomosis con arteria mamaria	Derecho pabellón 14 + Honorarios médicos	1 1
	0202201	Días hosp. Unidad coronaria (UTI)	Días Cama UTI adulto	4
	0202101	Días hosp. sala común medicina	Días Cama Medicina	10
	0601028	Atención kinesiol. int. UTI sesiones	Atención kinesiológica UTI	4
	0601031	Entrenamiento cardioresp. sesiones	Medicina Física	10
	0701003	Transfusión en pabellón quirúrgico	Transfusión en pabellón	2
5	0504002	Radioterapia Acelerador lineal de cáncer esófago sin int. quir.	Radioterapia con acelerador lineal + Honorarios médicos	10
	1801001	Esófago-gastro-duodenoscopia	Gastroduodenoscopia	1
	1707021	Broncoscopia con fibroscopio	Broncoscopia	1
	0401070	Rx tórax frontal y lateral (2 exp.)	Rx tórax (2 exp.)	1
	0202101	Días hosp. sala común	Días Cama Medicina	15
6	2104144	Osteosíntesis diafisiaria/metafisiaria	Derecho de pabellón 8*	1
	0202101	Días hosp. sala común	Días Cama Cirugía	10
	0601018	Entrenamiento ergométrico sesiones	Ergometría (Medicina Física)	15
	0601024	Reeducación motriz sesiones	Reeducación motriz	20
	2106003	Retiro de clavo de osteosíntesis	Derecho a pabellón 5	1
	0202101	Días hosp. sala común	Días Cama Cirugía	2
7	0101001	Consulta médica de urgencia	Consulta médica de urgencia	1
	0202007	Día Cama psiquiátrica diurna	Psiquiátrica diurna	3
	0101003	Consulta médica especialidades	Consulta psiquiátrica	16

Fuente y referencia: FONASA - Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud.

* En todos los tratamientos hospitalarios donde no está explicitado hay que añadir los honorarios médicos dado que las cartillas del sistema ISAPPRE los alistan de forma extra mientras que en el caso de FONASA forman parte de las respectivas tarifas; es decir que el subsector privado desagrega el financiamiento de las distintas intervenciones en el derecho a pabellón y los honorarios del personal médico.



7. Resultados

7.1. Consideraciones generales

La colección de los datos empíricos dependía de la colaboración por parte de los seguros de salud existentes en Chile. Fue interesante observar no sólo la gran disposición del personal de FONASA a participar en el estudio, sino también la actitud del subsector privado que mostró una sorprendente variabilidad entre las distintas ISAPREs. Ya se mencionó el distinto grado de colaboración en cuanto a la recopilación de las variables intermediarias (planes de salud) y dependientes (bonificación y copago). Se agradece mucho el apoyo especial de la institución que hasta facilitó la cantidad del pago de bolsillo en los distintos planes aunque en este caso no se puede descartar un cierto *bias* de información en forma de una potencial preselección intencional y manipulación de los resultados. El control de la representatividad y confiabilidad de los datos por el autor del estudio se caracteriza por una relación recíproca al grado de colaboración de los seguros. Un menor *input* de los entes aseguradores hacía necesario un mayor grado de elaboración por parte del autor al elegir los planes según las variables independientes predefinidos.

En los otros casos, tanto la elaboración de los planes adecuados como los cálculos de las tarifas completas y de la proporción de los copagos se realizaban a base de los datos e indicadores disponibles. Por una parte, ello conlleva un alto grado de objetividad de los resultados que no se podían prever de antemano. Por otra parte, significa una limitación sistémica del presente estudio dado que no considera necesariamente las tarifas preferenciales o contratos especiales que puedan influir en la estructura del pago al prestador. Este problema metodológico es resultado de la mencionada restricción informativa de algunas ISAPREs y corresponde a la intransparencia del mercado asegurador. Para los demandantes y usuarios del subsector privado significaría altos costos de transferencia y un empeño extraordinario llegar siquiera al nivel de conocimiento de la oferta utilizado en la presente investigación. Aunque la cobertura financiera de los planes de salud depende en gran medida de la capacidad del asegurador de negociar condiciones favorables, para los clientes del sector salud son más bien factores casuales los que deciden sobre los copagos que tiene que cubrir en caso de recurrir a un prestador médico u hospitalario.

Frente a la supuesta versatilidad de las ISAPREs las cuales cuentan con una fracción importante de afiliados de menores ingresos que en 1995, por ejemplo, representaba un 33 % de los cotizantes,³⁵ el presente estudio ha comprobado las opciones altamente limitadas de las personas con rentas imponibles relativamente bajas (en el presente trabajo de 200 y hasta de 350 mil Pesos mensuales) de ingresar al mercado de ISAPREs. Los estudios preliminares relevaron una cierta

³⁵ Obviamente en este cuento entran todos las rentas menores de 500.000 Pesos mensuales: En aquel año, la totalidad de 502.366 cotizantes del sistema ISAPREs tenía una renta menor de esta suma. Vea Fischer, Ronald D., Perspectivas Futuras del Sistema ISAPRE. En: Giaconi 1996, p. 193-209 (en especial Cuadro N° 2, p. 196).



discrepancia entre la estructura socioeconómica representada en las estadísticas del subsector privado y las opciones de la muestra elegida del presente estudio. A pesar de que casi un 30 % de los cotizantes del sistema ISAPRE ganan entre 100 y 299 mil Pesos mensuales, este grupo socioeconómico ya no tiene acceso al subsector privado en el momento de contar con más de una carga.

En el grupo socioeconómico más bajo uno de los planes incorporados con la finalidad de ampliar la base de datos del estudio es accesible sólo mediante un pago adicional importante de 6204 Pesos mensuales. Y para el grupo familiar de edad media con dos hijos el subsector no ofrece ningún plan de salud. En total, un segmento mayoritario del subsector privado no ofrece planes de salud para los estratos sociales medio-bajos, en especial cuando el demandante cuenta con varias cargas familiares que suele ser el caso común en Chile donde la familia promedio tiene alrededor de 2,5 hijos. Para este sector de la sociedad el afiliarse a un seguro privado sólo se podría financiar con importantes pagos adicionales que simplemente sobrepasarían su capacidad económica.

Esta observación parece importante no sólo por las implicaciones para la cohorte de cotizantes y beneficiarios, sino también para la evaluación de las políticas de expansión de las ISAPREs. La creciente restricción del mercado ha obligado a las instituciones privadas a ampliar su oferta y desarrollar nuevas estrategias para extender su segmento de mercado hacia los sectores sociales medio-bajos. Las agencias aseguradoras empezaron a competir por los respectivos segmentos ofreciendo planes de salud más económicos siguiendo las experiencias de los HMO estadounidenses. En muchos casos, existe una proporcionalidad recíproca entre la libertad de elección y la cobertura financiera de las prestaciones de salud, por lo menos en las clases media y medio-baja. Igual que en el seguro catastrófico introducido a partir de 2000, la salud administrada restringe severamente la libertad de los pacientes a elegir el prestador médico u hospitalario donde quieren atenderse en caso de necesidad. Sorprende la disposición del subsector a sacrificar la libertad de elección en aras de la relación costo-beneficio y de las utilidades de la empresa.

7.2. Resumen de resultados

El presente estudio confirma la gran variabilidad del impacto que puede tener el pago de bolsillo para los beneficiarios del sistema previsional de salud en Chile. El problema de la imprevisibilidad de los copagos que tienen que enfrentar los ciudadanos en caso de enfermarse está afectando a los usuarios de ambos subsectores. Mientras el copago para el grupo D de FONASA depende únicamente de las prestaciones consumidas, en el sistema ISAPRE esta carga financiera impone además como variable del contrato previsional de salud y por consecuente de la situación socioeconómica de las personas.

Coincidente con el resultado de los estudios existentes, se ha confirmado la altísima tasa del copago en la modalidad de libre elección de FONASA. En todos los paquetes de prestaciones meramente hospitalarios el pago de bolsillo supera



el de cualquier plan de salud.³⁶ Sólo en el caso de la terapia semi-ambulatoria la libre elección del subsector público significa copagos significativamente menores que en cualquier plan de salud privado.³⁷ Las diferencias del impacto económico de los procedimientos tienen directa relación con la complejidad de los mismos. Lo mismo pasa en la modalidad institucional del subsector público dado que el grupo D de los beneficiarios enfrenta una carga económica relativa a los costos de la terapia.

En el subsector privado el nivel del pago de bolsillo muestra una dispersión mucho más amplia. Tomando en cuenta la totalidad de los planes y de las patologías seleccionadas, la proporción del copago en el subsector privado alcanza niveles extremos fluctuando entre 0 y 91 % de los precios acumulados.³⁸ En el mercado particular de los seguros previsionales de salud existen una serie de planes con excelente cobertura de la mayoría de los procedimientos en los establecimientos preferenciales.³⁹ Tanto de los planes de tipo HMO y como los más costosos dejan a los beneficiarios prácticamente libres de importantes pagos de bolsillo en caso de los procedimientos hospitalarios en los prestadores preferenciales. Los beneficiarios del sistema ISAPRE que cuentan con esta clase de planes están expuestos a un riesgo económico menor que los usuarios de FONASA del grupo D y hasta del grupo C.

Esta situación relativamente cómoda se limita a los beneficiarios y cotizantes de mayores ingresos que logran acceder a los planes de mayor y mejor cobertura financiera. Los planes de salud más económicos, sin embargo, dejan a sus usuarios en una notoria inseguridad económica frente a los distintos riesgos de salud. De este modo, los planes de menor cobertura prevén para sus usuarios una importante carga financiera en el caso de enfermarse de una de las patologías elegidas. Son precisamente los grupos familiares con un presupuesto mensual de 200 mil Pesos los que tendrían que enfrentar los copagos más altos que en el conjunto de las enfermedades estudiadas alcanzan un promedio de 43,03 y en el caso del

³⁶ En la mayoría de los procedimientos hospitalarios el copago supera el 80 % de las respectivas tarifas (valor medio 85,50 %, desviación estándar 0,02 %, rango 82,41 - 89,09 %) con la única excepción del parto donde el copago no supera el 73,67 % (incluyendo el parto normal el valor medio de los paquetes de prestaciones baja a 83,81 % con una dev. estándar de 0,045 %).

³⁷ La mejor cobertura financiera la está otorgando la modalidad de libre elección en el único tratamiento ambulatorio de mayor envergadura incluido en el estudio, la depresión aguda con una secuela de varias sesiones de control de paciente de psiquiatría, caso en que el usuario no tiene que aportar ni siquiera la mitad de la cuenta (copago de 48,65%) mientras que el pago de bolsillo en el subsector privado nunca es menor del 32,66 % en los planes tipo HMO, cerca del 70 % en la mayoría de los casos y hasta superior al 90 % en un plan.

³⁸ El promedio de los copagos proporcionales en el subsector privado se especifica en la Tabla 12 del Anexo Estadístico.

³⁹ En ocho casos los usuarios están exentos de todo copago en la totalidad de los procedimientos hospitalarios estudiados, en tres no pagan de bolsillo sino en un procedimiento de este tipo, en 16 casos tienen que cancelar directamente una parte de dos paquetes terapéuticos y en cinco casos enfrentan un copago por tres de los tratamientos hospitalarios.



plan con pago adicional todavía 34,93 %.⁴⁰ Las condiciones de los grupos familiares de 350 mil Pesos mensuales no son mucho más favorables puesto que en su mayoría también están enfrentando una proporción significativa de pago de bolsillo que varía entre 13,08 y 34,93 %.⁴¹

Una proporción de copago relativamente alta puede afectar hasta a los beneficiarios del grupo socioeconómico elevado. Existen tres planes aptos para las familias con un ingreso mensual de 500 mil Pesos que exigen de sus afiliados pagar un promedio de una cuarta parte del precio de los procedimientos médico-hospitalarios (26,15 y 26,8 %), y en otro plan una familia tipo 1 del mismo ingreso mensual tiene que aportar casi una tercera parte de los costos (31,52 %). Sin embargo, el mismo núcleo familiar podría asegurarse en condiciones mucho más favorables en caso que eligiera otra ISAPRE y otro plan que le diera una cobertura financiera total en la mayoría de las patologías estudiadas y un copago promedio que queda por debajo de la décima parte (9,32 %).⁴²

Por último, se pudo comprobar una situación de buena cobertura financiera y, por lo tanto, de aceptable seguridad previsional en el grupo socioeconómico más alto de la muestra. La gran mayoría de los planes de salud que prevén una tasa de copago mínima y hasta nula en varios procedimientos es de exclusiva accesibilidad para las familias que cuentan con un presupuesto de 800 mil y para el grupo familiar más joven de 500 mil Pesos mensuales. El promedio de los copagos en todos los planes y patologías para este grupo socioeconómico se ubica en 16,52 % en el último caso y en 9,06 % (dev. est. 8,99 %), 9,18 % (dev. est. 7,32 %), 9,64 % (dev. est. 4,59 %), respectivamente, para los grupos familiares del estrato superior.⁴³

La revisión de los copagos hospitalarios en el subsector privado demuestra que los usuarios enfrentan las mayores tasas de copago en el caso de la radioterapia y osteosíntesis. Hoy en día los problemas subyacentes - malignoma y traumatismo - figuran entre las patologías más prevalentes y ocupan los lugares dos y tres de las causas de muerte en Chile (Solimano/Vergara 1999, p. 9). Mientras tanto la cirugía cardíaca – terapia relativa a la causa número uno de mortalidad - se ha incorporado en el espectro de las patologías donde el sistema ISAPRE parece haber logrado implementar mecanismos económicos de financiamiento puesto que el copago nunca alcanza niveles muy superiores a los de FONASA y queda inferior en la mayoría de los casos.

⁴⁰ Rango 24,31-91,34 %, dev. est. 19,76 % en el primer caso y rango 30,00-69,44%, dev. est. 13,04 % en el plano con pago adicional.

⁴¹ El promedio de los copagos por la totalidad de las patologías estudiadas se sitúa en 13,08, 16,39, 25,88 y 34,93 %.

⁴² Como se explicitará en seguida, en este espectro socioeconómico la proporción promedio del copago alcanza el valor mencionado principalmente por la terapia psiquiátrica. Para las terapias meramente hospitalarias el promedio de los copagos apenas se sitúa en 8,42; 1,06; 2,15 y 1,64 %, respectivamente.

⁴³ El impacto de la patología psiquiátrica en el promedio tiene igual importancia como en el caso anterior.



Tabla N° 6

Cantidad y proporción medias del pago de bolsillo en la totalidad de los planes de salud del subsector privado considerados en el presente estudio según procedimiento terapéutico

Prestación	Valor medio	Dev. estándar	Rango
Colecistectomía por laparoscopia	36.595 \$ 6,57 %	32.389,01 \$ 5,59 %	0 - 201.775 \$ 0 - 33,57 %
Colecistectomía por laparotomía	49.339 \$ 7,12 %	50.080,72 \$ 6,06 %	0 - 404.177 \$ 0 - 35,87 %
Apendicectomía	33.078 \$ 6,65 %	36.992,43 \$ 5,50 %	0 - 311.983 \$ 0 - 36,95 %
Parto normal ⁴⁴	31.953 \$ 7,30 %	27.350,99 \$ 6,34 %	0 - 161.627 \$ 0 - 41,41 %
Triple Bypass cardíaco	148.794 \$ 6,37 %	115.438,47 \$ 4,80 %	0 - 695.850 \$ 0 - 30 %
Radioterapia de cáncer esófago	180.603 \$ 12,38 %	148.491,96 \$ 6,94 %	0 - 1.511.290 \$ 0 - 51,67 %
Osteosíntesis fractura de fémur	81.803 \$ 7,50 %	111.613,56 \$ 5,22 %	0 - 1.033.192 \$ 0 - 33,98 %
Consultas depresión aguda	172.916 \$ 68,31 %	8.117,18 \$ 4,08 %	79.000-234.140 \$ 32,66-91,36 %

Como un fenómeno generalizado en todos los contratos investigados del subsector privado se destaca la pobre cobertura de patologías psíquicas agudas y prolongadas. Ni uno de los planes estudiados cubre razonablemente el tratamiento de un cuadro psiquiátrico severo. Las prestaciones de medicina ambulatoria gozan de una cobertura de entre 50 y 80 % en caso que el beneficiario no recurra sino contadas veces al mismo tipo de consulta o examen. Si requiere de repetidos tratamientos del mismo grupo de prestaciones por presentar una patología crónica, la cobertura de esta clase de patologías se ve fuertemente limitada por topes extremadamente bajos frente a los costos reales de los procedimientos adecuados. El "Control paciente psiquiátrico" tiene apenas una cobertura que fluctúa entre 0 y 1,6 U.F. por año, ubicándose en la mayoría de los planes más sencillos en 0,6 U.F.. Por consiguiente, el promedio del copago por las prestaciones necesarias en caso de la patología psiquiátrica supera los dos tercios de los costos y se ubica

⁴⁴ Por razones biológicas, el análisis de la carga financiera en el caso del parto carece de sentido para la familia tipo 3; en consideración del objeto del estudio, sin embargo, no hemos renunciado a investigar también los respectivos costos.



claramente por encima del pago de bolsillo en la modalidad de libre elección de FONASA.⁴⁵

El primer diagnóstico consistente del presente estudio es la enorme dispersión de los pagos de bolsillo que puede afectar a los beneficiarios de ambos subsistemas en caso de enfrentar una enfermedad compleja. En el momento de realizar el estudio, el subsector privado se destaca por una pobre cobertura de las patologías de tipo crónico que exigen terapias prolongadas y el uso repetido de determinadas prestaciones. La situación de muchos beneficiarios del sistema ISAPRE está caracterizada por una virtual desprotección frente a aquellas enfermedades, especialmente en caso de las patologías psiquiátricas donde los mejores planes no cubren más de una tercera parte y la mayoría de los contratos obliga a los usuarios a cancelar cerca de los tres cuartos de los costos.

Frente al objeto del presente estudio era de especial interés averiguar posibles diferencias entre ambos subsectores en cuanto a la cobertura financiera de las prestaciones médicas. Dada la gran variedad de planes existentes en el mercado y consideradas en la investigación la simple comparación del copago por paquete de prestaciones según las patologías elegidas habría significado un gran empeño con un valor muy limitado por reflejar la atomización del sistema de salud chileno que tiende a imposibilitar un análisis más general por su propia estructura.⁴⁶ Para sistematizar la interpretación de los datos recopilados se estableció un indicador específico en función de la comparación de los copagos. Por cada una de las terapias y por grupo socioeconómico y familiar se calculó el valor medio del copago previsto en los distintos planes de salud aplicables. La correspondiente desviación estándar permite cuantificar la dispersión de los copagos dentro de cada uno de estos subgrupos.

Como indicador de comparación se definió el "Índice de la Relación del Copago ISAPREs versus FONASA" (IRCIF) formando el cociente del valor promedio de copago del sistema ISAPRE dividido por el copago en la modalidad institucional de FONASA. El IRCIF se ha calculado para cada una de las terapias y para cada uno de los grupos socioeconómicos y familiares de la muestra. Parece ser un indicador fiel de la relación entre el copago que los beneficiarios de ambos subsectores tienen que aportar en el caso de someterse a una de las terapias elegidas. En caso que el IRCIF es mayor de 1 los beneficiarios del subsector privado tienen

⁴⁵ Rango del copago por depresión aguda: Exclusivamente algunos planes de salud administrada de una ISAPRE cubren el 32,66 %, en la mayoría de los contratos el copago se sitúa entre el 67 y el 74 % y en los planes más baratos llega al 80,46, 86,94, 88,65 y hasta 91,12 %.

⁴⁶ Uno de los comentarios escuchados más frecuente y constantemente se refería a los problemas de comparabilidad entre dos subsistemas tan distintos, excluyentes e incluso antagónicos. Tales apreciaciones surgieron mayoritariamente desde el subsector previsional privado cuyo interés primordial va dirigido hacia los aspectos económicos y de rentabilidad del negocio asegurador. Pero también colaboradores del subsistema público expresaron su excepticismo acerca de la factibilidad de una investigación comparativa. Sin embargo, determinando bien los criterios de una tal comparación no sólo se justifica realizarla, sino hasta parece imprescindible investigar de forma más realista y concreta las consecuencias y los efectos positivos y negativos que el sistema chileno tiene en la gente en cuanto a la situación médico-salubrista.



que cancelar un copago promedio superior al pago de bolsillo en la modalidad institucional de FONASA. Si es menor de 1, el sistema ISAPRE ofrece mejores condiciones financieras a los usuarios de los respectivos grupos socioeconómicos.

La siguiente tabla presenta de forma resumida los resultados fundamentales de este estudio y comprueba que existe una interrelación muy estrecha entre el copago en el subsector privado y el estrato socioeconómico de los beneficiarios. Dado que la muestra del estudio pertenece exclusivamente al Grupo D de FONASA, el denominador - copago en la modalidad institucional del subsector público - representa una variable fija así que el IRCIF dice directa relación con el pago de bolsillo en las ISAPREs estudiadas.

Tabla N° 7

Indices de la Relación del Copago absoluto ISAPREs versus FONASA por grupo salarial y familiar

Sueldo imponible	200.000 \$			350.000 \$		
	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3
Colectomía por laparoscopia	3,4746	∅	4,0514	1,3533	2,0086	0,9660
Colectomía por laparotomía	3,7715	∅	3,8175	1,6284	2,0988	1,2419
Apendicectomía	3,7872	∅	4,2546	1,6275	2,1560	1,1066
Parto normal	4,8584	∅	5,4968	2,0516	2,7373	1,4067
Triple Bypass cardíaco	1,1826	∅	1,0737	0,5810	0,6610	0,4514
Radioterapia de cáncer esófago	3,5661	∅	4,5884	2,3162	2,5831	2,4295
Osteosíntesis fractura de fémur	3,1313	∅	3,2324	1,4895	1,8496	1,1310
Consultas depresión aguda	9,1613	∅	10,6334	8,2720	8,3687	8,7709
Sueldo imponible	500000 \$			800.000 \$		
Procedimiento	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3
Colectomía por laparoscopia	0,8380	0,4830	0,4830	0,0902	0,1159	0,1353
Colectomía por laparotomía	1,5649	0,6209	0,6209	0,0874	0,1124	0,1311
Apendicectomía	1,7423	0,5533	0,5533	0,1341	0,1724	0,2011
Parto normal	1,3273	0,7034	0,7034	0,1512	0,1943	0,2267
Triple Bypass cardíaco	0,3577	0,2361	0,2257	0,0186	0,0201	0,0276
Radioterapia de cáncer esófago	2,1566	2,2360	0,8105	0,5343	0,0631	0,8015
Osteosíntesis fractura de fémur	2,1748	0,6476	0,5926	0,1637	0,1345	0,2581
Consultas depresión aguda	8,4723	8,6333	8,2949	7,0397	7,6466	7,6366



Es obvio que los beneficiarios del grupo salarial más bajo tienen que enfrentar los copagos promedios más altos. En la medida en que aumenta el ingreso mensual del cotizante, los beneficiarios gozan de una mayor cobertura financiera de las atenciones médicas a las que recurren. El grupo socioeconómico más alto está prácticamente exento de todo copago en los tratamientos hospitalarios, sólo en la terapia psiquiátrica el pago de bolsillo queda muy superior a la modalidad institucional de FONASA. En la mayoría de los tratamientos hospitalarios el promedio del pago de bolsillo que tienen que enfrentar los usuarios del subsector privado del estrato socioeconómico medio-bajo casi cuadruplica lo que deben cancelar los beneficiarios de FONASA en la modalidad institucional. Un parto les costará prácticamente cinco veces más que en el subsector público y sólo en el caso de la cirugía cardíaca no existe una diferencia notoria. En la terapia psiquiátrica, los planes accesibles para este sector socioeconómico prevén un copago 9 y más de 10 veces mayor que en FONASA.

En el segundo grupo salarial más bajo, el promedio del pago de bolsillo del sistema ISAPRE sigue siendo superior al copago en el subsector público en la mayoría de las terapias, pero el factor fluctúa alrededor de 2 en la mayoría de las patologías y hasta es menor de 1 en el bypass aortocoronario. Sin embargo, se mantiene el marcado desnivel en el procedimiento psiquiátrico que ni siquiera muestra una disminución en los grupos familiares que cuentan con un ingreso mensual de medio millón de Pesos. En este rango socioeconómico sólo la familia joven encuentra en el subsector privado una situación desfavorable en comparación al público,⁴⁷ mientras que los otros grupos familiares experimentan una mejor cobertura financiera en la mayoría o en todas las patologías que exigen un tratamiento hospitalario. En el grupo más rico de la muestra los beneficiarios del sistema ISAPRE gozan de una mejor cobertura económica de las prestaciones hospitalarias en comparación a los usuarios de FONASA. Pero se mantiene el notorio desnivel en la terapia semi-ambulatoria de la depresión aguda que significa un copago más de siete veces mayor para los primeros.

En resumen, el grado de incertidumbre objetiva en el subsector particular dice relación directa con el estrato socioeconómico de los beneficiarios. La cobertura financiera por los planes privados de salud frente a determinadas patologías sube con el status social de las personas. Ello significa que el sistema ISAPRE da la mejor cobertura a los usuarios con mayor poder adquisitivo y deja vastamente desprotegidos a los beneficiarios con menos recursos. Si este fenómeno se observa ya en términos absolutos, el impacto relativo de los pagos de bolsillo es aún más importante en los sectores medio-bajos de la sociedad. Para este grupo social los pagos de bolsillo para las patologías estudiadas pueden fácilmente alcanzar el nivel de uno y hasta tres salarios mensuales mientras que la proporción de los copagos en el ingreso familiar es significativamente inferior en las capas superiores.

⁴⁷ A excepción de la colecistectomía laparoscópica y del bypass aortocoronario.



En cuanto a la comparación del pago de bolsillo en los subsectores público y privado, el IRCIF es un buen indicador para analizar cuales de los grupos familiares y socioeconómicos de la muestra enfrentan mayores copagos en el sistema ISAPRE. Resulta que para el estrato medio-bajo la cobertura financiera de las prestaciones médicas es claramente más favorable en FONASA que en el subsector privado. El estrato medio, representado aquí por las familias que cuentan con un ingreso mensual de 350 mil Pesos, también suele enfrentar condiciones financieras más cómodas en el seguro público, salvo en el caso de la cirugía cardíaca. Pero llegando a la capa medio-alta la situación tiende a presentarse más favorable para los beneficiarios del sistema ISAPRE aunque sigue dependiendo de la composición y de la edad del grupo familiar. Sólo la capa social más alta del estudio asegurada en una ISAPRE enfrenta copagos significativamente inferiores en todos los tratamientos hospitalarios que las que tendrían que abonar en FONASA. Sin embargo, no hay que olvidarse que la cobertura financiera de la patología psiquiátrica sigue pésima hasta en este grupo socioeconómico.



8. Conclusiones

Existe unanimidad de que los pagos de bolsillo - aplicados frecuentemente por la economía de seguros como herramienta para reducir los egresos y defenderse contra el riesgo moral - están acotados en el sistema privado de salud en Chile. Los resultados empíricos del presente estudio comprueban la importancia objetiva y subjetiva que los copagos adquieren para los usuarios del sistema en el momento de recurrir a un procedimiento médico complejo. Una agravante especial de esta situación es la enorme dispersión de los pagos de bolsillo según el tipo de seguro, el plan y la patología. A la intransparencia del mercado y la impresión general de desprotección que tiene una proporción importante de la sociedad chilena se agrega la práctica incalculabilidad e imprevisibilidad de la carga financiera que puede significar una enfermedad. De este modo, el modelo de previsión chileno, por lo menos en su diseño original, resulta ser un sistema que no garantiza la prometida seguridad social para un grupo importante de la población.

Sin embargo, la inseguridad social del sistema previsional de salud no afecta a todos los ciudadanos de la misma manera. Uno de los resultados más consistentes de la presente investigación demuestra una clara discriminación socioeconómica de los beneficiarios mediante la aplicación de los pagos de bolsillo. En términos relativos, la postergación de las capas sociales más bajas se da en ambos subsectores dado que el impacto de un determinado copago disminuye en la medida en que se incrementa el ingreso. Mientras tanto, en el sistema ISAPRE la discriminación socioeconómica está mucho más pronunciada porque se da una relación proporcional recíproca entre el ingreso y los pagos de bolsillo. Este fenómeno se puede considerar como consecuencia intrínseca de la lógica mercantil del mercado de seguros. No obstante, en el subsector privado se convierte en una herramienta de *quality skimming* por parte de las ISAPREs puesto que la limitada cobertura financiera de las atenciones médicas obliga a los usuarios de los estratos medios y medio-bajos de la sociedad a postergar el tratamiento médico o a cambiarse a FONASA donde enfrentan menores copagos. De este modo el subsector privado se deshace de los cotizantes y beneficiarios de menor ingreso los cuales cotizan los aportes más bajos. La discriminación social a través de los copagos representa otro mecanismo de las ISAPREs para cargar los riesgos menos lucrativos al subsector público y contribuye por ende a amenazar el funcionamiento global del sistema previsional.

Las estrategias de algunas instituciones privadas de implementar estructuras de integración vertical ha disminuido la desprotección objetiva de los afiliados dado que ofrecen buena cobertura financiera de las terapias en el establecimiento preferencial. Sin embargo, existe el peligro de que el esfuerzo por contener el costo técnico mediante la salud administrada puede empeorar aún más la percepción de los usuarios al tener que usar la estrategia de aumentar las barreras de ingreso mientras se inician aquellos programas, cuyos efectos serán susceptibles sólo en el mediano o largo plazo. Para evitar eso y superar el grave problema del pago de bolsillo es menester definir un paquete de prestaciones fundamentales para las cuales los beneficiarios pueden esperar una cobertura completa y garantizada en



ambos subsectores.⁴⁸ Se observa un grado inusual de consenso entre los distintos sectores y grupos de interés en cuanto a la necesidad de introducir una gama de prestaciones imprescindibles accesibles gratuitamente a la totalidad de la población. Si la sociedad logra definir un tal paquete, este obligaría a los seguros de salud a garantizar y financiar una atención adecuada para todos sus beneficiarios sin que aquellos tuvieran que enfrentar un pago de bolsillo, estrategia perseguida parcialmente por el Plan AUGE.

Para superar el problema de los copagos, esta medida debe acompañarse por mecanismos de ajuste de riesgo para enfrentar los serios problemas que existen sobre todo en forma del descreme socioeconómico por parte de las ISAPREs. La regulación del sector debe reformarse de tal forma que se generen incentivos para que los seguros aseguren también los mayores riesgos de salud. Las ventajas que pueden existir para los clientes en un mercado asegurador de salud con libertad de elección - ya de por sí muy limitado debido a la fuerte intransparencia del mismo - se están comprando a costo de una indiscutible postergación de grandes y crecientes sectores de la sociedad que recaen en la responsabilidad del subsector público sin que éste haya tenido la oportunidad de recibir un prefinanciamiento adecuado. De la misma manera debería de existir un sistema de ajuste dentro del subsector privado para evitar el que se castigue la ISAPRE que está dispuesta a ampliar su oferta a los sectores menos lucrativos o a mejorar su cobertura preventiva y de largo plazo.⁴⁹ Este principio hasta crearía incentivos para el mercado ISAPRE de adaptar sus productos a las necesidades de una cohorte de beneficiarios cada vez más viejos y con mayor prevalencia de patologías crónicas.

El resultado tal vez más impactante del presente estudio fue la revelación de la pésima cobertura financiera del grupo de las patologías que podrían denominarse "no-tradicionales". Mientras que en los procedimientos hospitalarios se observa una estrecha relación entre la variable fija - la renta imponible como indicador del estrato socioeconómico - y la variable dependiente - el copago para los tratamientos -, la atención mayoritariamente ambulatoria de una enfermedad semi-crónica - en este caso la depresión aguda - evidencia una alarmante insuficiencia

⁴⁸ Ya se han elaborado los primeros borradores de un tal plan básico que garantice una determinada cobertura al conjunto de los beneficiarios de los distintos subsistemas de salud que existen en el país, denominado por ejemplo Plan Básico de Salud (PBS) (R. D. Fischer) o Plan Garantizado de Beneficios en Salud (Acuña).

⁴⁹ El sistema colombiano dispone de un tal mecanismo de reajuste de riesgo (vea nota 15). Otro mecanismo se está aplicando en el sector público en Alemania, por ejemplo, donde se define un determinado reajuste de los riesgos que corren las distintas agencias aseguradoras que forman la "Caja Legal de Enfermos", el conjunto de los seguros públicos obligatorios para todos los ciudadanos que no superan una determinada renta. Existen varias instituciones de este tipo cuya estructura de asegurados puede ser muy variable según los segmentos de mercado, desnivel que se intenta de reajustar según la composición de los beneficiarios que traen distintos riesgos de enfermarse. Sin embargo, no se ha implementado la ampliación lógica de este tipo de reajuste al subsector privado que sigue seleccionando los "riesgos buenos" sin recompensar la Caja Legal por las respectivas pérdidas de ingresos.



de cobertura por parte de todas las ISAPREs estudiadas, independiente del estrato social al que pertenezca el paciente.

La limitada protección de las enfermedades crónicas en el sistema ISAPRE refleja la incapacidad del subsector de enfrentar las consecuencias de la evolución demográfica y epidemiológica en Chile. La reciente implementación del seguro catastrófico en los planes del subsector privado va a mejorar la cobertura frente a una serie de patologías complejas, pero deja todavía otras enfermedades desatendidas y prevé siempre un deducible importante para los usuarios de ambos sistemas. Por otra parte, el mencionado fallo de la Corte Suprema debería obligar a las ISAPREs a readaptar los toques que usaban hasta la fecha y a cubrir la totalidad de las prestaciones consumidas en un volumen mínimo equivalente al 50 % del nivel 1 de FONASA. Si bien ello reducirá significativamente los pagos de bolsillo de la mayoría de los portadores de enfermedades crónicas, las medidas introducidas últimamente en el subsector privado parecen ser parciales e insuficientes frente a los desafíos del cambio epidemiológico.

Para mejorar la capacidad del sistema ISAPRE a enfrentar las exigencias de la evolución demográfica y, por consecuente, epidemiológica es menester implementar la obligatoriedad de crear fondos de provisión para la vejez que correspondan a las expectativas reales de los futuros costos que representarán los asegurados en el momento de alcanzar la tercera edad. Si el sistema ISAPRE se ve obligado a abandonar su política de corto plazo limitando el derecho a redefinir las condiciones de los planes cada 12 meses, sea mediante una tal legislación o sea mediante el aumento notorio de los obstáculos que se ponen a sus beneficiarios a cambiarse a FONASA en el momento de perder la rentabilidad para las ISAPREs, estará obligado a prefinanciar los futuros costos de cada uno de sus beneficiarios y de los distintos grupos de usuarios.⁵⁰ Una consecuencia inevitable se traducirá en un importante crecimiento de las primas de los planes de salud - según la percepción del sector de todas maneras irremediable - y la creciente disminución tanto del segmento del mercado asegurador privado como de las opciones de rentabilidad de la industria de las ISAPREs.

Desde el punto de vista económico-tecnócrata, esta opción podría parecer inviable y contradictoria a los principios de mercado y de libertad tanto de los oferentes como de los demandantes. Detrás de esta controversia se esconde la pregunta

⁵⁰ En Alemania, como ejemplo, existe la obligación para los seguros de salud privados de dedicar un determinado porcentaje de sus ingresos al financiamiento de la provisión de sus usuarios en el momento en que ellos alcancen la tercera edad y representen mayores riesgos de salud. En julio de 2000, la legislación sanitaria cerró el regreso a los seguros públicos de la "Caja Legal de Enfermos" para toda persona mayor de 55 años hasta en el caso de que vuelvan a cumplir los requisitos bajando su salario por debajo del mínimo establecido como límite que tiene que superar toda persona que quiere liberarse de la obligación de cotizar al sistema solidario (GKV) y optar por un seguro privado, actualmente 6450 DM (alrededor de 3225 US-\$, equivalentes a 1,5 salarios promedios de los obreros y a un salario promedio de un empleado). La nueva legislación se ha introducido para evitar que los aseguradores particulares se deshagan de los beneficiarios mayores de edad y que los últimos vuelvan al sistema público sin haber cotizado durante gran parte de su vida laboral activo.



cuál debe ser la función principal de un sistema sanitario - incluido el sector asegurador de salud -, si debiera servir a la previsión de la salud para la población o al bienestar de un segmento de la economía, cuestión conflictiva que toda sociedad tiene que enfrentar en algún momento. Vale destacar que sólo después de la introducción de mecanismos que obliguen a los seguros privados de enfrentar los gastos reales del negocio en lugar de transferir las partes no rentables al subsector público, o sea a la sociedad en general, se vislumbra el verdadero segmento dispuesto y capaz de someter su previsión a las reglas de juego de un mercado libre. No tiene justificación un sistema que no cumpla los requisitos mínimos de financiamiento serio y real de los gastos funcionales e inmanentes de un seguro sin la opción de socializar una importante parte de los costos de transferencia y hasta operacionales cargándolos al sector público. Menos cuando existe una escasez de recursos en el sector salud de una nación que cuenta todavía con un alto porcentaje de personas consideradas pobres.



9. Bibliografía

Bitrán, Ricardo, Almarza, Francisco Xavier, Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) en Chile, Serie Financiamiento del Desarrollo CEPAL, N° 56, Santiago 1997

Contreras, Rodrigo, Guzmán, Marcela, Vergara, Marcos, Recursos Humanos en los Sectores Salud y Educación y Costo-Efectividad del Sistema, Lecciones de la Experiencia en Chile, Informe Preliminar, Santiago, 1998

FONASA, Boletín Estadístico 1996-1997, Santiago 1999 (FONASA 1999a)

FONASA, Boletín Estadístico 1997-1998, Santiago 1999 (FONASA 1999b)

FONASA, Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud – Modalidad de Libre Elección, Santiago 1999 (FONASA 1999c)

Fundación Salud y Futuro, Las Expectativas de los Afiliados respecto a su Sistema de Salud, Santiago, Sept. 1999

GEMINES, Salud: Diagnóstico y Tendencias en los Sectores Público y Privado, Santiago, Sept. 1998

Giaconi, Juan; Caviedes, Rafael (Eds.), Las ISAPRES: Hacia la Modernidad en Salud - Realidades, perspectivas y desafíos del sistema, Asociación de ISAPRES - CIEDESS, Santiago, Nov. 1996

Gnecco, Gilda, Programa de Evaluación y Mejoramiento de la Calidad en Chile, MINSAL, Santiago, Dic. 1998

Instituto de Salud Pública en Chile (ISP). PEEC - Programa de Evaluación Externa de Calidad. Santiago 1999

Kifmann, Mathias. "Private health insurances in Chile: Basic or complementary insurance for outpatient services?". En: International Social Security Review 1998, Tomo 51, pp. 137-152.

Larrañaga, Osvaldo, Eficiencia y Equidad en el sistema de salud chileno, Serie Financiamiento del Desarrollo CEPAL, N° 49, Santiago 1997

Lenz, Rony; Salinas, Hugo; Villa, Carlos (Eds.), FONASA: ¿Una Reforma en marcha?, Ministerio de Salud, Santiago, Julio 1999.

Lenz, Rony; Salinas, Hugo; Galleguillos, Silvia (Eds.), Una Mirada a Fondo a la Modernización de FONASA 1994-1999, Santiago 1999

Liebig, Klaus, Private Krankenversicherungen in Lateinamerika. Kann Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen die Probleme lateinamerikanischer Gesundheitssysteme lösen?. Sozialer Fortschritt N° 2/3, Bonn, 7 de marzo 2000, N° 047/2000, 8 de marzo 2000, p. 14-19

Liebig, Klaus (2001). Ongoing Reforms of Latin American Health Systems: Can Market-Oriented Reforms Help to Solve the Problems? In: Sautter, Hermann; Schinke, Rolf: Social Justice in a Market Economy 2001.



MIDEPLAN - Ministerio de Planificación, Resultados de la VII Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, Santiago 1999.

Reichard, Stephen (1996). Ideology drives Health Care Reforms in Chile. *Journal of Public Health Policy* 17, 80-98.

Solimano, Giorgio; Vergara, Marcos, Salud en América Latina del siglo XXI: El caso chileno, Trabajo presentado en el seminario "Salud y seguridad social en la América Latina del siglo XXI", Mexiko, 11.-12.10.1999

Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, Boletín Estadístico Enero-Diciembre 1998, Santiago 1999

Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, Boletín Estadístico Enero-Diciembre 1999, Santiago, 2000

Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, Boletín Estadístico Enero-Junio 2000, Santiago, 2001

Titelman, Daniel, Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes, Serie Financiamiento del Desarrollo CEPAL, Santiago 2000

Wainer, Uri, Hacia una mayor Equidad en la Salud: El caso de las ISAPRES, Serie Financiamiento del Desarrollo CEPAL, N° 54, Santiago 1997



10. Anexo Estadístico

Tabla N° 8

Evolución del número de beneficiarios según Sistemas Previsionales de Salud en Chile 1983 - 1990

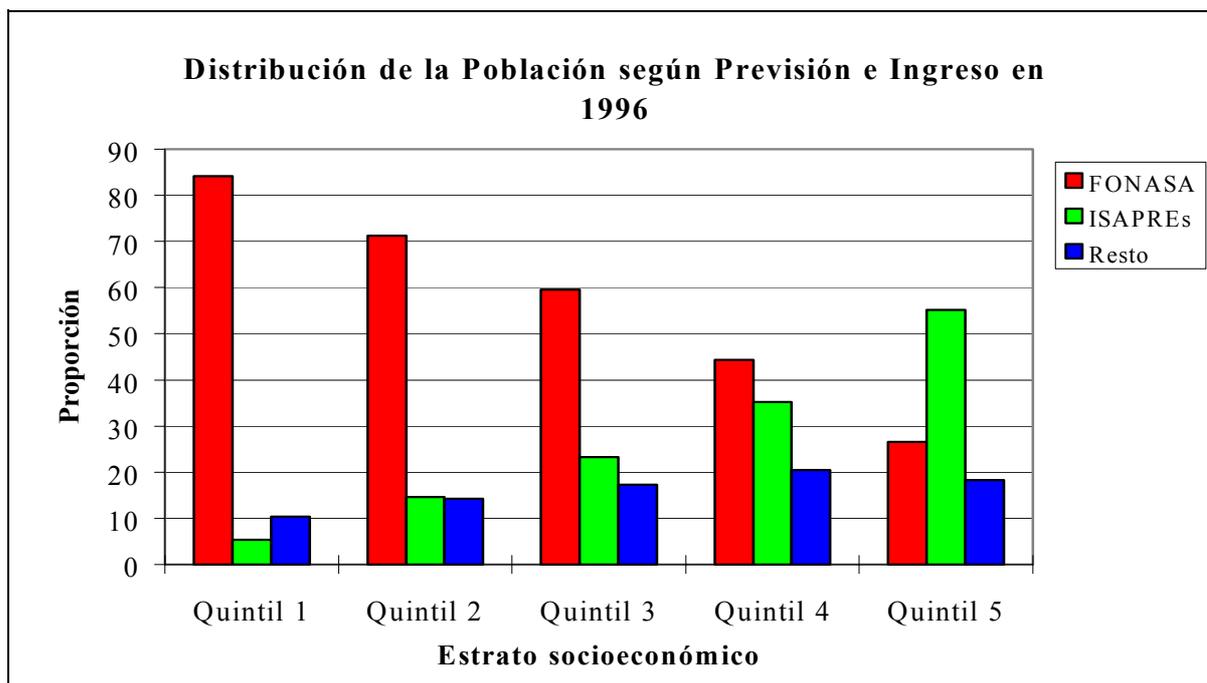
Año	Sistema Público		Sistema ISAPRE		Otros	
	Nº beneficiarios	Porc.	Nº beneficiarios	Porc.	Nº beneficiarios	Porc.
1983	9.892.438	84%	229.844	2%	1.594.487	14%
1984	9.944.240	83%	365.260	3%	1.609.090	14%
1985	9.939.670	82%	545.587	5%	1.636.420	13%
1986	9.743.037	79%	921.294	7%	1.662.699	13%
1987	9.862.812	79%	1.205.004	10%	1.468.552	12%
1988	9.894.189	78%	1.450.175	11%	1.403.843	11%
1989	9.844.496	76%	1.756.169	14%	1.360.355	10%
1990	9.729.020	74 %	2.108.308	16 %	1.336.021	10 %
1991	9.414.162	70 %	2.566.144	19 %	1.405.500	10 %
1992	8.788.817	65 %	3.000.063	22 %	1.810.547	13 %
1993	8.537.786	62 %	3.431.543	25 %	1.843.895	13 %
1994	8.664.479	62 %	3.669.874	26 %	1.691.816	12 %
1995	8.637.022	61 %	3.763.649	26 %	1.809.758	13 %
1996	8.672.619	60 %	3.813.384	26 %	1.932.861	13 %
1997	8.753.407	60 %	3.882.572	27 %	1.986.375	14 %
1998	9.137.599	61 %	3.679.835	25 %	2.113.283	14 %
1999	9.403.455	62 %	3.323.373	22 %	2.387.706	16 %
2000	10.157.686	66 %	3.092.195	20 %	2.056.749	13 %
2001	10.442.101	67 %	2.940.795	19,0%	2.112.654	13 %

Fuente: Minsalud 1999e y Contreras et al. 1999, p. 28.

Para los años 1998 a 2001 FONASA 1999b, p. 11, Superintendencia de ISAPREs 2000, p. 62, 64 y www.fonasa.cl, 18 de abril de 2002.



Cuadro N° 4
Descreme de mercado



Fuente: MIDEPLAN 1996, según los datos recopilados por Titelman 2000, p. 18

Tabla N° 9

Porcentaje de la población con cotizaciones adicionales al sistema de seguro de salud privado según tipo de cotización en marzo de 2000

Tipo de Cotización/Cotizaciones Adicional(es)	Proporción
Proporción total de los usuarios del sistema ISAPRE con Cotización Adicional Voluntaria mayor al 7 %	29,39 %
Proporción de los cotizantes del sistema ISAPRE con Cotización Adicional Legal del 2 %	11,87 %
Proporción de los cotizantes del sistema ISAPRE con Cotización Adicional Voluntaria y Cotización Adicional Legal del 2 %	2,68 %
Proporción de los cotizantes del sistema ISAPRE con Cotización Adicional Voluntaria o Cotización Adicional Legal del 2 %	38,57 %

Fuente: Archivo Maestro de Beneficiarios de la Superintendencia de ISAPRES. Datos averiguados para el presente estudio en marzo de 2000.



Tabla N° 10

Impacto de algunas de las prestaciones elegidas para el estudio en los gastos operacionales totales del sistema ISAPRE

Código	Prestación	Porcentaje sobre gasto total
1808081	Colecistectomía laparoscópica	1,13
1802053	Apendicectomía	0,70
2004003	Parto normal	1,87
1703061	Cirugía cardíaca de complejidad mayor	0,20
0202104	Día cama medicina, cirugía, especialidades	9,77
0202004	Día cama sala cuna	1,10
0202201	Día sala UTI adulto	1,31
2004004	Honorarios matrona	0,31
diversos	Derechos de pabellón	0,40
0101001	Consulta médica electiva y de urgencia	34,53
0101007	Atención recién nacido	0,58
0101008	Visita neonatólogo	1,85
0901009	Consulta psiquiatría	0,91
0401070	Radiografía de tórax	0,72
0601017	Ejercicios respiratorios	0,38
0601024	Reeducación motriz	0,47
1901001	Gastroduodenoscopia	0,99

51

⁵¹ Datos facilitados por el Departamento de Estudios de la Superintendencia de ISAPREs referentes al gasto total y relativo que en 1996 significaron las prestaciones de mayor impacto para las instituciones más grandes del mercado en Chile (Banmédica, Consalud, Cruz Blanca).



Tabla N° 11

Participación financiera por grupo de prestaciones otorgadas por FONASA en 1997 según modalidad (en miles de Pesos)

Grupo de prestaciones	Institucional		Libre Elección	
	Valor bruto	Proporción del valor de prestaciones	Valor prestaciones	Proporción del valor de prestaciones
Atenciones médicas	64.453.533	80,13 %	34.167.145	19,87 %
Exámenes de Diagnóstico	50.648.109	82,36 %	26.249.603	17,37 %
Procedimientos de apoyo	7.125.326	26,09 %	27.243.026	73,91 %
Intervenciones quirúrgicas	42.163.139	88,46 %	11.415.347	11,54 %
Hospitalización (Día Cama)	127.147.820	90,23 %	2.391.123	9,77 %
Resto Prestaciones	50.8034	99,48 %	1.123.460	0,52 %
Total por modalidad	342.341.327	81,23 %	102.589.704	18,77 %

Fuente: FONASA 1999a, p. 18, 19, 21. El ítem de procedimientos de apoyo de la modalidad institucional en las estadísticas cuantitativas incluye los de medicina nuclear y ortopedia, procedimientos de apoyo clínico y terapéutico así como partos.

Tabla N° 12

Valor medio y desviación estándar en la totalidad de planes del sistema ISAPRES estudiados por patología

Procedimiento	Valor medio	Dev. estándar
Colecistectomía por laparoscopia	6,22%	5,26%
Colecistectomía por laparotomía	6,61%	5,62%
Apendicectomía	6,49%	5,32%
Parto normal	6,84%	5,95%
Triple Bypass cardíaco	5,99%	4,55%
Radioterapia de cáncer esófago	11,45%	6,61%
Osteosíntesis fractura de fémur	7,02%	4,73%
Consultas depresión aguda	69,19%	2,93%