

SECCIÓN DE OBRAS DE ECONOMÍA CONTEMPORÁNEA

ENSAYOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

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

VOLUMEN II

Primera edición, Chile, 2000

Título original:

Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud.

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

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

© Fondo de Cultura Económica

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

© Fondo de Cultura Económica Chile S.A.

Paseo Bulnes 152, Santiago, Chile

Registro de propiedad intelectual N° 114.526

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

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

Ilustración de la portada: Juan Cristián Peña Camarda

Composición y diagramación: Gloria Barrios

Impreso en Salesianos S.A.

Impreso en Chile

DANIEL TITELMAN / ANDRAS UTHOFF
COMPILADORES

ENSAYOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

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

VOLUMEN II



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



COMISIÓN ECONÓMICA PARA
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL)

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

Uri Wainer K.

I. INTRODUCCIÓN

La salud ha sido considerada tradicionalmente como bien público, en lo fundamental debido a que produce externalidades, normalmente no incorporadas en su totalidad a los precios que estos bienes alcanzan en el mercado. En tal sentido, el problema se asemeja a lo que ocurre con la educación, la congestión vehicular, la contaminación ambiental, etc., a cuya solución el Estado no es ajeno. Igualmente, en la salud le corresponde un importante papel, tanto en la provisión de bienes como o en su regulación, o en proponer una solución mixta que en definitiva signifique salud pública en coexistencia con un sistema de salud privado y, además, todo ello bajo regulación estatal. La combinación exacta dependerá, en cada país, tanto de aspectos culturales como del nivel de desarrollo y distribución del ingreso.

En la mayoría de los países ha existido esa tradición de "Estado benefactor", y ha sido función de éste proporcionar la salud en forma prácticamente gratuita a los usuarios. Por otra parte, estos últimos tienen de la salud pública una percepción de creciente deterioro en el tiempo, e igual ocurre con las pensiones, lo que ha llevado a una crisis a ambos sistemas en numerosas naciones, incluyendo Chile.

El incremento de los costos de la salud, atribuido a diferentes causas como el desarrollo tecnológico y alzas en los precios cuando no hay algún tipo de restricción a la demanda o de control de costos, ha desequilibrado seriamente el sector salud, debido fundamentalmente a la incapacidad del Estado de planificar una provisión de servicios con implicancias financieras crecientes, tanto por el aumento en los costos como

por el incremento de la esperanza media de vida de la población, producto precisamente de ciertas mejoras en las condiciones de salubridad que en la práctica han permitido erradicar algunas enfermedades en cierta forma consideradas epidémicas, con una alta tasa de mortalidad: cólera, tifus, tuberculosis, etc. Igualmente, se podrían señalar las vacunaciones gratuitas masivas, en especial de niños, a fin de prevenir enfermedades infantiles: tos convulsiva, sarampión, etc.

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

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

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

El presente trabajo no pretende dar una respuesta a todos los planteamientos anteriores, sino que se refiere a un aspecto parcial del problema, en particular al caso chileno. Se trata de examinar el tema de la equidad en el contexto del subsistema de salud denominado Isapres. Se analizarán los conflictos de equidad relacionados con las enfermedades catastróficas y la tercera edad, para establecer si este subsistema, en pleno funcionamiento, presenta irregularidades y cuáles podrían ser las soluciones dentro de la actual legislación, o bien, con el mínimo de modificaciones, hacerlas políticamente viables.

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

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

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

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

1. La mayoría de las personas no se preocupa de estudiar o analizar su mejor plan de salud en relación a sus condiciones particulares y capacidad financiera, especialmente cuando están sanas.
2. En países en proceso de desarrollo hay poca cultura en medicina preventiva, aunque está incorporada a los planes de salud.
3. El paciente generalmente no pregunta o cuestiona al médico que lo está atendiendo. Lo normal es que siga sus instrucciones o consejos sin consultar otras alternativas. Por ejemplo, someterse a una intervención quirúrgica en una clínica determinada, o bien, hacerse exámenes en un laboratorio específico, porque dichos establecimientos "son buenos".
4. A los médicos se les asigna un estatus especial dentro de la sociedad, muy por encima de otros profesionales. En extremo se podría afirmar que están por sobre el bien y el mal.

Esta característica cultural lleva a que, salvo en países desarrollados, prácticamente no haya juicios en su contra por intervenciones profesionales erradas. Además, constituyen un gremio solidario, y son muy raras las críticas entre ellos en relación a sus actuaciones.

II. EL PROBLEMA DE LA EQUIDAD EN LA SALUD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Distributiva del ingreso, ya que si bien todos cotizan igual porcentaje del ingreso, las personas de mayor remuneración contribuyen con un monto más alto ayudando a financiar a los cotizantes de menor renta imponible, por cuanto todos los afiliados pueden acceder a los mismos servicios o beneficios.
2. Distributiva entre grupos etarios de la población. Si el monto absoluto de la cotización fuese igual para cada miembro de una comunidad, sería posible identificar dos aspectos de la equidad:
 - a. Equidad horizontal. Se produce dentro de un rango de edad de la población. Los cotizantes sanos o que demandan menos salud ayudan o subvencionan a aquellos que demandan más servicios de salud, por ejemplo, a los que sufren enfermedades catastróficas o prestaciones de mayor valor.
 - b. Equidad vertical o generacional. Esta situación se produce al comparar la población por grupos de edad. Al constituir el grupo de mayor edad (tercera edad) un segmento de la población sujeto a mayores demandas por servicios de salud que grupos de menor edad, los segmentos de la población más joven pueden subsidiar a los de mayor edad.

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

Al examinar el problema de la equidad en la salud referido al subsistema Isapre, se observa que, por definición y por la legislación existente, esta institución es inequitativa en términos de equidad

distributiva de ingreso, ya que la cobertura de servicios es directamente proporcional al monto de la cotización, lo que no guarda relación directa con las necesidades de las personas. Por otra parte, este subsistema, por lo menos en esta etapa, atiende fundamentalmente a sectores de mayores ingresos, lo cual reduce notablemente el problema de la equidad distributiva del ingreso.

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

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

1. LA SALUD PÚBLICA

Hasta fines de la década de 1970 la salud en Chile era fundamentalmente pública; su financiamiento y los servicios eran administrados por el Ministerio de Salud, básicamente mediante una infraestructura médica hospitalaria y ambulatoria que cubría cerca del 90% de las camas disponibles, con sus respectivas prestaciones médicas. Asimismo, casi 3 de cada 4 atenciones médicas ambulatorias eran efectuadas a través de la infraestructura del Estado.

Por lo tanto, el sector privado estaba circunscrito a otorgar servicios a aquellas personas no adscritas a ningún régimen previsional capaces de financiar de su bolsillo tales prestaciones médicas, y al sistema de libre elección del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que era la única opción de libre elección en el sistema de salud pública.

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

En 1975 se redefinen las funciones del Ministerio de Salud Pública, con el objetivo de racionalizarlo. Sin embargo, el Servicio Nacional de Salud (SNS), como organismo ejecutor de la salud pública, no se ve afectado.

El decreto ley N° 2 575 (Diario Oficial del 15 de mayo de 1979) hace extensivas algunas prestaciones de salud (ley N° 16 781) a los beneficiarios del SNS, como una forma de generalizar el principio de libre elección.

Mediante la dictación del decreto ley N° 2 763 (Diario Oficial del 3 de agosto de 1979) se sancionó la reestructuración del Ministerio de Salud.

Las principales modificaciones fueron:

- El Ministerio queda a cargo de la fijación de normas, formulación de planes y programas generales del Sistema Nacional de Servicios de Salud, y de la supervisión, control y evaluación del cumplimiento de planes y políticas.
- La función ejecutora o proveedora de salud se pone en manos de los Servicios de Salud, para lo cual se crean 27 unidades distribuidas en todas las regiones, funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio, dependientes del Ministerio de Salud. En 1995 contaban con aproximadamente 66 000 funcionarios.

Como ejecutores de servicios de salud, vinieron a ser los continuadores del SNS y del SERMENA y es su responsabilidad ejecutar las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de los enfermos.

Su financiamiento se originó fundamentalmente en los aportes del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y en las tarifas por los servicios prestados.

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

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

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

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

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

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

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

Sin embargo, a pesar de la dictación de los decretos leyes N° 3 500 (Diario Oficial del 12 de noviembre de 1980) y 3 501 (Diario Oficial del 18 de noviembre de 1980) de la reforma previsional, que modificaron completamente el sistema previsional permitiendo cuentas individuales administradas por instituciones privadas especialmente creadas para dicha finalidad, las cotizaciones destinadas a la salud continuaron siendo enteradas en el FONASA en una primera etapa.

Posteriormente, mediante la dictación del decreto ley N° 3 626 (Diario Oficial del 21 de febrero de 1981), se permitió a los trabajadores aportar la cotización de salud a instituciones diferentes a las públicas, a fin de que les otorgaran las prestaciones y beneficios de salud. Esas instituciones deberían estar registradas en el FONASA.

La reglamentación del decreto ley N° 3 626, se realizó mediante la dictación del decreto con fuerza de ley N° 3 del Ministerio de Salud (Diario Oficial del 19 de mayo de 1985), que fijó normas para el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud por parte de las denominadas instituciones de salud previsual (Isapres).

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

Las Isapres, de acuerdo a la ley, sustituían las prestaciones y beneficios proporcionados por los Servicios de Salud y el FONASA.

Los trabajadores que optaban por este sistema hacían directamente su aporte o cotización a alguna Isapre.

De esta manera, con el decreto con fuerza de ley N° 3, nacía la salud privada en Chile como alternativa a la salud pública para quienes estaban obligados por ley a cotizar por este servicio, ampliando así el concepto de libre elección. Es decir, las Isapres pasan a ser consideradas como parte integrante del sistema legal obligatorio de la salud.

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

2. EL SISTEMA MIXTO

Desde su creación, el desarrollo de las Isapres ha sido creciente en el tiempo. Por tratarse de una experiencia nueva en el país, este sistema ha registrado constantes modificaciones que han permitido solucionar algunos problemas a la vez que enfocar más nítidamente otros, aparentemente sin solución dentro del esquema, ya que el cambio de un sistema público a uno privado implicó además pasar de un sistema de salud solidario a uno individual.

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

En el campo de la salud, la percepción de los cambios y sus implicancias ha sido más compleja y el papel subsidiario del Estado, más difícil de definir, ya que en este sector los problemas se presentan antes y después de la edad de jubilar (65 años).

La primera etapa de las Isapres se puede decir que culminó con la promulgación de la ley N°18 933 (Diario Oficial del 9 de marzo de 1990), que derogó el decreto con fuerza de ley N° 3 (Diario Oficial del 19 de mayo de 1981) del Ministerio de Salud, introduciendo importantes modificaciones, tanto al control de las Isapres como a los contratos entre estas instituciones y los usuarios o cotizantes.

Además de los cambios operados entre 1981 y 1990, el más importante ocurrió con la dictación de la ley N° 18 469 (Diario Oficial del 23 de noviembre de 1985) sobre prestaciones médicas, que comenzó a aplicarse a partir del 1 de enero de 1986. En este cuerpo legal se estableció un sistema único de cotizaciones obligatorias de salud y un mecanismo redistributivo para prestaciones otorgadas a través del sistema público. Esto permitió integrar armónicamente a las Isapres al sistema de salud.

El número de Isapres con registros vigentes entre fines de 1981 y fines de 1990 se incrementó de 8 a 35, pasando los cotizantes de aproximadamente 26 000 a casi 900 000 para dichos años y los beneficiarios del sistema de 62 000 a 2 100 000 (véanse los cuadros 1 y 2).

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

Las primeras, denominadas Isapres abiertas, están orientadas a cualquier empresa o cotizante que tenga interés en afiliarse a alguna de ellas. En cambio las segundas se denominaron cerradas, normalmente están ligadas por propiedad y finalidad a una empresa o grupo de empresas y tienen como único mercado a los cotizantes de esta(s) empresa(s). Habitualmente los beneficios otorgados se financian con la cotización legal (7% de la renta imponible) y con aportes directos del empleador. Por lo común se ofrece un solo plan al cotizante, independientemente del monto de la prima legal. Es decir, estas instituciones pueden ser consideradas solidarias y no presentan, desde un punto de vista teórico, problemas de equidad.

CUADRO 1
COTIZANTES DEL SUBSISTEMA ISAPRES
(A diciembre de cada año)

Isapres	1981	1982	1984	1986	1988	1990
Abiertas	26 415	57 745	110 513	295 760	515 737	798 687
Cerradas	-	9 095	21 047	40 656	51 901	64 575
Total	26 415	66 480	131 560	336 325	567 638	863 262

Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual (Isapres).

CUADRO 2
BENEFICIARIOS VIGENTES DEL SUBSISTEMA DE ISAPRES
(A diciembre de cada año)

Isapres	1981	1982	1984	1986	1988	1990
Abiertas	61 659	125 986	279 364	776 652	1 279 378	1 900 255
Cerradas	-	38 321	85 896	144 642	170 797	208 053
Total	61 659	164 307	365 260	921 294	1 450 175	2 108 308

Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual (Isapres).

En especial, se destaca el crecimiento de las Isapres abiertas en relación a las cerradas, ya que, por ejemplo, entre 1984 y 1990 el número de beneficiarios de las primeras creció casi seis veces, mientras que el de las cerradas aumentó un poco más del doble (véase el cuadro 2).

Por otra parte, de acuerdo a la información disponible, en este mismo período se produjo una disminución constante en la renta imponible real mensual de los cotizantes en Isapres abiertas, que alcanzó a un 28%, mientras que en el caso de las cerradas la renta media prácticamente se ha mantenido sin variación. La continua disminución de la renta media imponible se debe en gran medida al incremento en el número de cotizantes (véase el cuadro 3).

CUADRO 3
 RENTA IMPONIBLE MENSUAL POR COTIZANTE
 (En pesos de diciembre de 1995)

Isapres	1984	1986	1988	1990
Abiertas	391 417	302 369	282 783	279 559
Cerradas	437 965	444 709	403 254	445 340
Total	400 096	322 226	294 271	292 944

Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual (Isapres).

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

Durante el primer período las Isapres cumplieron sobre todo un papel financiero, y en su organización adoptaron sistemas basados principalmente en reembolsos de gastos médicos.

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

La demanda de los beneficiarios sobre la infraestructura médica ambulatoria y hospitalaria llevó a una mayor ocupación de la capacidad instalada, para pasar posteriormente a impulsar proyectos de inversión. A modo de ejemplo, se puede mencionar que el número de camas privadas pasó de 3 500 en 1981 a 11 600 en la actualidad.

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

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

Adicionalmente, se elevó la cotización de salud de los jubilados, también a un 7%, para lograr que al menos una parte de este segmento poblacional permaneciera en alguna Isapre.

En la etapa inicial del nuevo sistema de salud, la principal característica de los contratos entre la Isapre y el trabajador era su duración mínima, de un año calendario, sin que la Isapre pudiera desahuciarlo dentro de este período. En cambio, el trabajador tenía la facultad de cambiarse de institución con una periodicidad no inferior a un mes.

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

En esta etapa, dadas las características de los contratos (en especial en el caso de las Isapres abiertas), estas instituciones de salud, aparentemente en lugar de utilizar el concepto teórico de "seguro" tendieron a utilizar el concepto de cuenta corriente individual, de manera muy semejante a las administradoras de fondos de pensiones (AFP). Es decir, aquel cotizante que en un período de tiempo (1 año) originaba un monto negativo, era un "mal cliente" para la Isapre y ésta podía proceder a no renovar el contrato a su vencimiento.

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

La situación de inestabilidad se tradujo a lo menos en dos hechos. En primer lugar, las Isapres no tenían ningún tipo de incentivos para "invertir" en salud o medicina preventiva, dada la rotación de afiliados. Para la primera etapa de las Isapres, se estimó que estas instituciones renovaban el total de sus afiliados en un período que oscilaba entre los 2 1/2 y 5 años (Sánchez, 1988).

Además, la discrecionalidad de las Isapres para no renovar contratos de trabajadores problemáticos, creó desconfianza de los usuarios hacia el sistema, en el sentido de que discriminaba a los enfermos y los viejos, y en especial, a los viejos enfermos.

Como resultado de todo lo anterior, las Isapres tendieron a privilegiar la medicina ambulatoria, con el criterio de otorgar mejores beneficios en ese campo en lugar de privilegiar la cobertura de gastos de hospitalización.

Los "malos clientes" eran marginados de las Isapres y los "buenos", normalmente personas jóvenes, eran disputados por estas empresas,

ofreciéndoles el máximo de beneficios en aquellos servicios que este segmento era más propenso a demandar, precisamente la medicina ambulatoria.

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

a) Beneficios para la recuperación de la salud

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

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

b) Subsidios por incapacidad laboral temporal

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

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

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

Tal innovación de toda justicia, permitió suprimir la discriminación del sistema en contra de las mujeres, al reconocer que al menos parte del costo de la maternidad debe ser asumido y financiado por toda la comunidad.

c) Beneficios de la medicina preventiva

La ley N° 18 469 (Diario Oficial del 23 de noviembre de 1985) introdujo importantes cambios en esta área, como por ejemplo, la obligatoriedad a las Isapres de ofrecer exámenes de control de embarazo a las mujeres afiliadas y el control del niño sano hasta los 6 años. Adicionalmente, si algún afiliado presentaba alguna enfermedad acogida a la medicina preventiva, ésta debía ser cubierta por la Isapre.

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

Como se señaló anteriormente, en la primera etapa el organismo fiscalizador de las Isapres era el FONASA, quien disponía, en garantía del cumplimiento de los compromisos de las Isapres, del depósito de un mes de cotizaciones que cada una de estas instituciones debía mantener en el sistema financiero a nombre de FONASA, con el objeto de cubrir los compromisos contractuales de las Isapres que éstas no pudieran o consideraran que no debían cubrir.

La segunda etapa de las Isapres se puede considerar que comienza con la dictación de la ley N°18 933 (Diario Oficial del 9 de marzo de 1990), la cual deroga el DFL N° 3 del Ministerio de Salud (Diario Oficial del 19 de mayo de 1981) y sus posteriores modificaciones y complementaciones, destacándose en especial la ley N° 19 831 (Diario Oficial del 17 de mayo de 1995).

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

En esencia, la nueva legislación creó la Superintendencia de instituciones de salud previsional, organismo con personalidad jurídica y patrimonio propio, como la entidad encargada de la supervigilancia y control de las Isapres, debido a la necesidad de contar con un organismo especializado y específico en lugar del FONASA. La Superintendencia verifica el cumplimiento que las obligaciones legales y los contratos de salud imponen a las Isapres.

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

Sin embargo, el número de cotizantes del subsistema de Isapres, así como el de los beneficiarios, casi se duplicó en el mismo período (véanse los cuadros 4 y 5).

CUADRO 4
COTIZANTES DEL SUBSISTEMA DE ISAPRES
(A diciembre de cada año)

Isapres	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Abiertas	798 687	1 004 611	1 197	1 409 301	1 529 892	1 587 089
Cerradas	64 575	66 202	66 313	65 410	62 859	62 163
Total	863 762	1 070 813	1 264 148	1 474 711	1 592 751	1 649 225

Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual (Isapres).

CUADRO 5
BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE ISAPRES
(A diciembre de cada año)

Isapres	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Abiertas	1 900 255	2 352 804	2 794 218	3 229 572	3 479 350	3 578 797
Cerradas	208 053	213 340	205 845	201 971	190 524	184 852
Total	2 108 308	2 566 144	3 000 063	3 431 543	3 669 874	3 763 649

Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual (Isapres).

Por otra parte, vale la pena señalar que las Isapres cerradas muestran claramente una declinación, tanto en el número de cotizantes como en el de beneficiarios. Una línea interesante de investigación sería analizar las causas de esta tendencia, ya que en este tipo de instituciones, generalmente sin fines de lucro, se da con mayor fuerza la equidad

distributiva del ingreso. Una posible explicación es que lo anterior no se da en forma voluntaria, sino compulsiva, lo que ha llevado a marginar de este tipo de instituciones a las personas de menores recursos, dado que la renta imponible mensual de los cotizantes muestra un constante incremento.¹

La renta imponible promedio mensual continuó mostrando una disminución para las Isapres abiertas, salvo el último año, ya que en el caso de las cerradas se da la situación inversa (véase el cuadro 6).

CUADRO 6
RENTA IMPONIBLE MENSUAL POR COTIZANTE
(En pesos de diciembre de 1995)

Isapres	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Abiertas	279 559	267 497	261 564	254 772	249 975	269 268
Cerradas	445 340	454 488	466 496	473 193	471 529	481 362
Total	292 944	280 183	273 232	265 237	259 165	277 334

Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual (Isapres).

No obstante la reducción de la renta imponible mensual por cotizante, la información disponible por tramo de renta muestra una significativa tendencia en cuanto a que hay una clara reducción en el número de cotizantes en rentas más bajas, mientras que los cotizantes de rentas más altas muestran un importante incremento (véase el cuadro 7).

1. Un argumento semejante, aplicado para los sistemas de reparto, se encuentra en la Asociación de Isapres A.G. (1995, p. 17).

CUADRO 7
 COTIZANTES DEPENDIENTES DEL SUBSISTEMA DE ISAPRES ABIERTAS
 POR TRAMO DE RENTA IMPONIBLE MENSUAL
 (A diciembre de cada año)

Renta ^a	1993	1994	1995
Hasta 150	448 301	399 741	317 026
Más de 150	872 477	1 032 084	1 182 648
Total	1 320 778	1 431 825	1 499 674

Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual (Isapres).

^a Los tramos de renta están expresados en miles de pesos nominales de diciembre de cada año.

Las cifras anteriores permiten inferir que el subsistema de Isapres con sus actuales características, presenta una solución fundamentalmente a los problemas de salud de los niveles de ingreso medios y altos (véase el cuadro 7).

Adicionalmente, al comparar por tramo de renta el número de trabajadores que cotizan en Isapres con el de los afiliados a AFP, se puede deducir que en las actuales condiciones la tasa de expansión de las Isapres tiende a moderarse y a acercarse a una tasa de crecimiento vegetativo de la población más la del incremento del ingreso real de las personas (véase el cuadro 8).

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

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

Sin embargo, las principales modificaciones en este segundo período se refieren a los contratos de salud previsual, y están contenidos en la ley N° 19 381.

En esencia, el contrato de salud es la forma jurídica que adopta y regula la relación entre el cotizante y la Isapre.²

2. Párrafos 3° y 4° del Título II de la ley N° 18 933.

CUADRO 8
 TRABAJADORES QUE COTIZAN EN ISAPRES Y AFP EN 1994

Renta en miles de pesos	Afiliados AFP ^a	Afiliados Isapre	Afiliados AFP que no cotizan en Isapres	% AFP que no está afiliado a Isapres
Menos de 150	1 526 997	405 111	1 121 886	73%
de 150 a 200	265 964	188 456	77 508	29%
de 200 a 250	162 502	134 844	27 658	17%
de 250 a 300	1 107 377	96 913	10 646	10%
de 300 a 350	73 690	71 522	2 168	3%
más de 350	299 736	589 323	—	—
Total	2 436 266	1 486 169	1 239 684	51%

Fuente: Asociación de instituciones de salud previsual (Isapres) A.G. (1993), "Informe anual, 1994", Santiago de Chile.

^a Administradoras de fondos de pensiones (AFP).

Las modificaciones pretendieron zanjar las principales críticas al régimen contractual generadas en el período anterior. De esta manera, se estableció que los contratos son de duración indefinida, y que la Isapre sólo puede ponerle término por mutuo acuerdo entre las partes o por incumplimiento de las obligaciones contractuales del afiliado.

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

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

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

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

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

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

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

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

particular de enfermería, hospitalización con fines de reposo, prestaciones de salud a consecuencia de actos de guerra o calificados como delitos por la ley cuando el beneficiario resulte criminalmente responsable, prestaciones cubiertas por otras leyes hasta el monto del plan, enfermedades preexistentes no declaradas y prestaciones no contempladas en el arancel FONASA. Sin embargo, transcurrido el plazo de cinco años, las enfermedades preexistentes no declaradas deberán ser cubiertas por la Isapre en los mismos términos que el resto de las prestaciones originadas por enfermedades no preexistentes, a no ser que la Isapre probare que esta enfermedad requirió de atención médica durante los antedichos cinco años y el cotizante la ocultó con el objeto de favorecerse con esta disposición legal.

Finalmente, la ley N° 19 381 reconoció un nuevo concepto que es el excedente de cotización, el cual se produce cuando el monto de la cotización que ingresa a la Isapre es superior al precio del plan convenido. La ley reconoce que esta diferencia o excedente es de propiedad del afiliado y especifica claramente su uso.

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

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

1. Reembolso de gastos médicos en un sistema de libre elección. En este caso, el cotizante cancela directamente la prestación médica recibida y posteriormente, con la boleta o factura, solicita en la Isapre el reembolso de un porcentaje de dicho gasto, normalmente con un tope o límite máximo. En esta modalidad la Isapre no tiene ningún tipo de control sobre los costos y/o los precios cobrados, los que han mostrado importantes incrementos reales, de modo que a mayor precio cobrado el porcentaje de reembolso es menor, debido a la existencia de montos máximos de devoluciones.

Este tipo de planes es el que origina mayores problemas y reclamos. El hecho de que las Isapres no tengan ningún control sobre los precios por los servicios prestados, genera la prima o cotización sea creciente en el tiempo o bien se mantenga en el tope máximo fijo; para el cotizante esto significa que la Isapre le financia un porcentaje cada vez menor de sus gastos, lo que origina una fuente de críticas a estas instituciones.

De acuerdo a lo anterior, este problema no tiene solución para los planes de libre elección absoluta, ya que, para mantener los beneficios, la cotización debería incrementarse de acuerdo al aumento de precio mercado de los servicios de salud que se demandan.

2. Bonos valorizados o precios fijos pactados mediante convenios entre Isapres e instituciones de salud.

En esta modalidad, la Isapre firma un convenio con una o más instituciones de salud, laboratorios o médicos, fijando de antemano el valor de las prestaciones.

En términos prácticos, el beneficiario concurre a la Isapre para adquirir el bono valorizado, o bien, cancela directamente la prestación y posteriormente solicita el reembolso a la Isapre.

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

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

3. Atención al beneficiario en infraestructura propia.

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

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

3. LOS SUBSIDIOS CRUZADOS

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

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

1. Licencias materiales (pre y posnatal) y licencias por enfermedad del hijo. A partir de 1988 son financiados por el Fondo Único de Prestaciones Familiares. En este caso, se trata del reconocimiento explícito que al menos parte del costo de la maternidad y cuidado de infantes debe ser asumido por la sociedad en su conjunto, a fin de disminuir la discriminación por género.
2. Cotización adicional legal del 2% según la ley N°18 566, que para 1995 alcanzó a 20 391 millones de pesos, lo que representa el 4% del total de los ingresos de explotación de las Isapres. Esta transferencia se considera una ayuda para que cotizantes legales de la salud puedan acceder al subsistema de Isapres, puesto que de otra manera estarían en FONASA.

Adicionalmente a estas transferencias determinadas por ley, existen otras que se producen al margen de la legalidad:

1. Transferencias de FONASA a las Isapres, por subfacturación a estas últimas instituciones cuando algún cotizante de ellas es atendido en el subsistema público de salud sin una adecuada identificación, motivo por el cual no se procede al cobro a la respectiva Isapre. En esta materia, FONASA inició una campaña contra los subsidios cruzados. De esta manera, desde el 1 de agosto de 1995 todas las tesorerías de FONASA cuentan con un programa computacional que les permite bloquear la entrega de credenciales, la venta de bonos de atención y la valorización de programas, a los cotizantes de las Isapres. En la actualidad se trabaja en la instalación de estos programas en los hospitales. Se estima que el gasto que asume el Estado

por esta subfacturación a las Isapres es del orden de los 12 000 a los 15 000 millones de pesos anuales.³

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

2. Transferencias de las Isapres a FONASA, que se producen cuando una persona, sin tener calidad de cotizante o beneficiario de una Isapre, obtiene beneficios como si lo fuera mediante simulación o engaño. En prevención de este fraude se tipificó una figura delictiva especial para sancionar a esas personas, como asimismo al afiliado que obtuviere mayores beneficios que los que le corresponden.

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

3. Esta cifra fue tomada de la intervención del senador Mariano Ruiz-Esquide, en la 23ª sesión ordinaria del Senado, del 31 de julio de 1996.

IV. ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS Y TERCERA EDAD

1. ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

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

Esta definición puede dar origen a tres interpretaciones diferentes:

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

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

Cada una de las tres definiciones anteriormente señaladas origina teóricamente diferentes tipos de seguros como solución, con ventajas y desventajas entre ellos, pero no existe una solución simultáneamente óptima a las tres situaciones.⁴

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

4. Un examen completo de este tema se encuentra en la Pontificia Universidad Católica de Chile, 1995.

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

Un estudio realizado para las Isapres abiertas para el año 1994, concluyó que el 2.5% de los cotizantes realizó un copago acumulado anual de a lo menos 500 000 pesos, que equivale prácticamente al doble de la renta imponible para dicho año (Pontificia Universidad Católica de Chile, 1995).

El estudio señalado indica también que la cobertura efectiva de que disponen los afiliados a Isapres abiertas varía en forma inversa al monto del gasto. Así por ejemplo, mientras que los cotizantes que efectuaron gastos anuales inferiores a 500 mil pesos realizaron copagos que alcanzaron al 32% del gasto, el copago para los cotizantes que registraron gastos por 5 millones de pesos o más anualmente, sólo alcanzó al 47%. Es decir, ante un gasto en salud de 5 millones de pesos el cotizante tuvo que cancelar 2.35 millones de pesos.

Por otra parte, la Asociación de Isapres A.G. realizó para 1995 estudios para dos instituciones. El primero, referido a Isapre Banmédica, indicaba que de una muestra de 50 000 programas pagados, el 0.4% implicaba copagos superiores al 20% de la renta anual del afiliado. El segundo estudio, realizado para Isapre Consalud, concluyó que de 376 746 casos analizados, el 0.7% registró copagos por un monto superior al 25% de la renta anual del cotizante.

La Superintendencia de Isapres realizó en 1993 un estudio del porcentaje de copagos de planes equivalentes en las seis principales Isapres. Para dicho efecto se consideraron dos enfermedades catastróficas: infarto al miocardio con cirugía de by pass y enfermedad renal crónica con tratamiento de hemodiálisis. En el análisis se consideraron dos planes. El primero, para afiliados jóvenes de altos ingresos, con una cotización de 4.2 UF, y el segundo, un plan mínimo para cotizantes de ingresos relativamente bajos (renta imponible de 129 000 pesos).

Con el fin anteriormente señalado, se estandarizaron las prestaciones y se valorizaron a precios de mercado, según valores de la Clínica Alemana para planes de cotizantes de altos ingresos, y con el arancel de FONASA para el plan mínimo.

Del caso de infarto al miocardio se desprende que los porcentajes de bonificación para el plan máximo oscilan entre un 52% y un 96%, sobre un valor facturado de prácticamente 8 millones de pesos. Es decir,

el cotizante de la Isapre debe cancelar por concepto de copago un monto que oscila entre casi 300 mil pesos y 3.9 millones de pesos, dependiendo de la institución específica (véase el cuadro 9).

CUADRO 9
INFARTO AL MIOCARDIO

Isapre	Plan máximo		Plan mínimo	
	Porcentaje Bonificación	Copago (En miles de pesos)	Porcentaje Bonificación	Copago (En miles de pesos)
	Valor facturado 8 681 483 pesos		Valor facturado 1 691 481 pesos	
Cruz Blanca	96	289	64	614
Colmena	80	1 608	89	193
Banmédica	69	2 547	66	575
Consalud	64	2 936	44	955
Compensación	57	3 458	48	882
Promepart	52	3 904	56	753

Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual (Isapres), 1993.

Para el plan mínimo, el porcentaje de bonificación varió más que en el caso anterior, ya que osciló entre un 44% y un 89% sobre un valor facturado de 1.7 millones. Vale decir, fluctuó entre casi 200 mil pesos y 1 millón de pesos.

Para la hemodiálisis, en el caso del plan máximo, el porcentaje de bonificación varió entre un 57% y un 90%, y para el plan mínimo, entre un 77% y un 90% (véase el cuadro 10).

CUADRO 10
HEMODIÁLISIS

Isapre	Plan máximo		Plan mínimo	
	Valor facturado 567 739 pesos		Valor facturado 246 871 pesos	
	Porcentaje Bonificación	Copago (En miles de pesos)	Porcentaje Bonificación	Copago (En miles de pesos)
Colmena	90	57	77	58
Banmédica	80	114	80	49
Cruz Blanca	80	114	80	49
Consalud	77	132	87	33
Compensación	70	171	80	50
Promepart	57	247	90	25

Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual (Isapres).

Para Consalud y Compensación, el valor facturado utilizado fue de 246 871 pesos, que corresponde al Fondo Nacional de Salud (FONASA) Nivel II.

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

Esta situación se puede ilustrar, adicionalmente, por la diferencia de precios que se da entre distintas clínicas para prestaciones similares, tarifas que el usuario normalmente no conoce al requerir su uso. Así por ejemplo, el costo de un día cama puede fluctuar entre los 50 mil pesos y los 158 mil pesos, dependiendo de la clínica (véase el cuadro 11).

CUADRO 11
TARIFAS DE CAMA
(Pesos de diciembre de 1995)

Nombre de la clínica	Día cama		UTI	Día cama maternidad	
	Individual	Doble	Adulto	Individual	Doble
Alemana	115 667	83 227	188 563	83 227	115 677
Central	49 125	33 077	—	33 077	49 125
Cordillera	54 788	46 550	—	36 025	42 413
Dávila	58 900	39 600	119 000	37 300	54 000
Grecia	—	—	—	22 499	32 529
Indisa	88 300	—	176 100	—	86 200
Las Condes	158 047	—	262 419	—	158 047
Santa María	106 800	—	187 200	—	79 900
Clínica U. Católica	70 400	—	143 800	—	49 300
Del Profesor	49 800	36 900	149 800	36 900	49 800

Fuente: Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile, Informe final del estudio sobre cobertura catastrófica para cotizantes del sistema de Isapre, Santiago de Chile, 1995.

Frente a esta realidad, en el curso de los dos últimos años se han comenzado a ofrecer en el mercado diferentes seguros, tanto por Isapres como por compañías de seguros, para hacer frente a catástrofes de salud. En general, se trata de seguros restrictivos en cuanto a edad, enfermedades que cubren y monto. Sin embargo, hay que destacar que se trata de seguros adicionales a la cotización legal y que, por lo tanto, estarían fundamentalmente al alcance de personas de mayores ingresos con un fuerte sentido de la previsión en salud, hipótesis no comprobada, ya que la realidad demostraría más bien lo contrario.⁵

Por otra parte, el escaso desarrollo de seguros que permitan cubrir enfermedades catastróficas no puede ser sólo atribuido a la imprevisión de los cotizantes, que no muestran interés en estas coberturas adicionales, sino que, por el contrario, puede ser una respuesta perfectamente racional de los afiliados ante las actuales características del subsistema

5. Un interesante desarrollo del problema de la imprevisión para el caso chileno se encuentra en Pontificia Universidad Católica de Chile (1995).

FONASA, al cual pueden acceder prácticamente sin limitaciones. Esta situación, a su vez, genera incentivos para que las Isapres privilegien planes de salud con bajas coberturas para enfermedades catastróficas, enfatizando básicamente prestaciones ambulatorias.

2. TERCERA EDAD

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

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

Desde el punto de vista financiero de las Isapres, se producen simultáneamente dos situaciones que operan con signo contrario. Por una parte, un mayor costo de explotación en bonificaciones y prestaciones directas y, por otra, la eliminación de los subsidios por incapacidad laboral,⁶ que obviamente no perciben los jubilados.

Con el objeto de verificar si las críticas tienen algún fundamento en la realidad, la Superintendencia de Isapres, en virtud de sus funciones legales, encargó al Departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile (Universidad de Chile, 1995) un estudio destinado a analizar el problema.

El criterio seguido por el mencionado estudio para determinar si existe problema de financiamiento de la cotización de los planes de salud para la tercera edad, fue que el ingreso de los afiliados, deducidos los costos de salud (cotización más copagos y gastos en fármacos), sufre una caída de a lo menos 30% al entrar a la edad pasiva.

Las principales conclusiones que se pueden extraer del estudio fueron:

6. Cabe recordar que este ítem representa casi el 20% del costo total de explotación de las Isapres.

- a) El gasto facturado en prestaciones de salud efectuado por hogares cuyo jefe de familia tiene 60 años y más, es un 112% superior al del tramo 45-59 años, al incrementarse el gasto en salud por beneficiario de 109 mil pesos a 232 mil pesos anuales.
- b) El mayor gasto se origina por un aumento de 30% en el precio promedio de las prestaciones y un incremento de 63% en la frecuencia de uso de las prestaciones de salud.
- c) Para proyectar los ingresos de los cotizantes, se utilizó un modelo de capital humano.⁷
- d) La caída en el ingreso neto por beneficiario se analizó para tres escenarios, en los cuales variaba la rentabilidad de los fondos de pensiones (5%, 5.5% y 6%). Adicionalmente, se contempló una tasa de crecimiento anual en los costos de salud de un 2% por sobre el índice de precios al consumidor (IPC) y un aumento de la productividad de un 2% (véase el cuadro 12).

CUADRO 12

CAÍDA EN EL INGRESO DISPONIBLE POR BENEFICIARIO AL LLEGAR A LA TERCERA EDAD, NETO DE COSTOS DE SALUD

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

Fuente: Universidad de Chile, "Proyecto: alternativas de solución para el financiamiento de la salud en la tercera edad en el sistema Isapre", Santiago de Chile, Departamento de Ingeniería Industrial, diciembre de 1995.

7. Para una explicación más amplia, consultar Universidad de Chile (1995).

- e) Del cuadro anterior se desprende que al alcanzar la tercera edad se le presentarán problemas de financiamiento de los gastos en salud a los cotizantes más jóvenes (de 23 años), solamente si la rentabilidad futura de los fondos previsionales resulta inferior al 6% anual en términos reales, ya que en ese caso la caída del ingreso disponible sería superior al 30% (42% y 33% respectivamente para rentabilidades de 5% y 5.5%). Especialmente grave es la situación cuando el jefe de familia tiene, además, menos de 10 años en educación. En caso de que el jefe de familia tenga 35 años de edad y 8 años de educación, deberá destinar más de un 20% de su ingreso disponible en la tercera edad para cotizar un plan de cobertura mínima.
- f) Estos resultados se deben a que el gasto familiar total en salud aumenta poco en la tercera edad, ya que la Isapre no requiere cancelar el subsidio por incapacidad laboral, de modo que las cotizaciones deben aumentar menos que los gastos facturados en salud, y los gastos facturados a los mayores de 65 años se compensan por el hecho que la familia se reduce cuando el jefe de hogar alcanza la tercera edad. También se debe destacar que las pensiones que recibirán los afiliados de más de 35 años se han visto beneficiadas por las altas tasas de rentabilidad del sistema previsional privado, que es poco probable que se repitan en el futuro.
- g) Por otra parte, también es posible concluir que no es de esperar que en el futuro próximo se produzca un éxodo masivo de personas en la tercera edad, desde Isapres a FONASA, con los costos que esta situación implicaría para el sistema estatal de salud.
- h) La existencia de un problema de financiamiento de la salud para afiliados jóvenes y de poca educación al llegar a la tercera edad, depende de proyecciones a muy largo plazo, generalmente sujetas a amplios rangos de error, motivo por el cual se considera necesario repetir el estudio en el futuro, para analizar, en especial, el comportamiento de este grupo etario que podría ser el más vulnerable.

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

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

Una alternativa a este verdadero "ahorro forzoso", es el ahorro voluntario mediante incentivos tributarios contenidos en la política fiscal (Aedo, 1996). Este último, al igual que el ahorro forzoso, consistiría en una solución para los grupos de mayores ingresos, quienes podrían generar el ahorro requerido.

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

CUADRO 13
EVOLUCIÓN TERCERA EDAD

Año	Afiliados 3ª edad a Isapres	Porcentaje respecto total afiliados	Porcentaje respecto total población
1990	82 797	3.2	8.9
1991	83 567	2.5	9.0
1992	91 288	2.3	9.1
1993	105 947	2.3	9.1
1994	114 498	2.4	9.2
1995	120 964	3.2	9.3

Fuente: Asociación de Isapres A.G., "Informe anual, 1996", Santiago de Chile, 1995.

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

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

CUADRO 14
FACTORES DE PRECIOS RELATIVOS POR EDAD Y GASTO FACTURADO
PROMEDIO POR BENEFICIARIO

Tramo de edad	Isapre A	Isapre B	Isapre C	Gasto facturado en salud
0-1	0.5	0.50	1.0	1.35
1-17	0.5	1.00	1.0	0.50
18-24	1.0	1.00	1.0	1.00
25-32	1.0	1.00	1.0	1.00
32-34	1.0	1.00	1.0	1.00
35-39	1.0	1.00	1.0	1.00
40-44	1.1	1.00	1.0	1.00
45-50	1.4	1.12	1.0	1.61
51-55	1.4	1.20	1.0	1.61
56-58	1.4	1.57	1.5	1.61
59-60	1.4	3.50	1.5	1.61
61-64	2.0	3.50	1.5	3.42
66-74	3.0	5.10	2.5	3.42
75 y más	4.5	5.10	2.5	3.42

Fuente: Universidad de Chile, "Proyecto: alternativas de solución para el financiamiento de la salud en la tercera edad en el sistema Isapre", Santiago de Chile, Departamento de Ingeniería Industrial, diciembre de 1995.

Del cuadro 14 se puede deducir que las Isapres A y B discriminan a la tercera edad (o bien sus costos son superiores al promedio), mientras que la Isapre C muestra un plan para la tercera edad con costos compatibles con los gastos reales.

La situación anteriormente reseñada también puede ser contrastada con la cotización promedio por afiliado para cada tramo de edad (véase el cuadro 15).

CUADRO 15
COTIZACIÓN PROMEDIO MENSUAL
ISAPRE ABIERTA POR TRAMO DE EDAD

Edad	18 - 44	45 - 59	60 y más	Total
Número de cotizantes	254 175	31 947	4 722	293 451
Cotización promedio (en pesos)	20 905	28 731	33 157	22 937

Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual (Isapres).

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

Por otra parte, la Asociación de Isapres publicó cifras prácticamente un año después de las del estudio realizado por la Universidad de Chile, que muestran que los factores de precios relativos de los planes de salud por grupos etarios, experimentan incrementos menores a los indicados en dicho estudio (véase el cuadro 16).

CUADRO 16
 PLANES COMPARATIVOS POR ISAPRES:
 FACTORES DE PRECIOS RELATIVOS

Edad	Isapre 1	Isapre 2	Isapre 3	Isapre 4	Isapre 5	Isapre 6	Isapre 7
>35 años	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
>49 años	1.20	1.5	0.88	0.94	0.82	1.10	1.04
>52 años	1.01	0.89	0.76	1.00	0.69	0.88	0.76
>56 años	1.01	1.11	0.65	0.91	0.77	0.78	1.12
>60 años	1.90	1.53	1.47	1.15	0.77	0.97	1.61
>70 años	3.03	1.94	1.47	1.82	1.28	1.62	1.61
>80 años	3.27	2.25	1.47	1.82	1.28	1.62	1.61

Fuente: Asociación de Isapres A.G., "Visión sinóptica sistema Isapre, 1995", Santiago de Chile, 1994.

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

V. CONCLUSIONES

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

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

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

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

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

En este esquema, de llegar a requerirse algún ajuste debido a un incremento en los costos de explotación, la solución pasa por una reducción de los beneficios⁸ a fin de equilibrar los costos con los ingresos, ya que la otra alternativa sería incrementar el porcentaje de la cotización, por sobre lo legal, a objeto de mantener los beneficios. Por lo tanto, en este tipo de instituciones no se presentan problemas de equidad distributiva que afecten a algún grupo específico de sus cotizantes.

En cambio, en las Isapres abiertas, se considera que la compensación entre sanos y enfermos para un mismo plan puede no ser suficiente. Esta situación es posible que se presente tanto dentro de un grupo de la misma edad (equidad vertical), como entre grupos de edades distintas (equidad horizontal).

Por lo tanto, se requiere crear o incentivar las condiciones para que se produzca un mayor grado de equidad distributiva inter e intra grupos etarios, el que se puede alcanzar de dos maneras:

- i) Esperando que el mercado se ajuste automáticamente, al crear los mecanismos y herramientas que respondan a las necesidades de los cotizantes, que es la forma como normalmente funciona una economía social de mercado.

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

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

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

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

- ii) Fortaleciendo el papel regulador del Estado en salud, al restringir o acotar algunos parámetros relacionados con los planes que ofrecen las Isapres, a fin de incentivarlas o inducir las a ofrecer planes más equitativos desde el punto de vista distributivo del ingreso. Al respecto, cabe destacar que este subsistema de salud goza de la más amplia libertad, en especial de la referida a los planes ofrecidos y, por lo tanto, a los beneficios pactados.

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

Por otra parte, una mayor equidad distributiva implica también la imposición de algún tipo de restricciones a los cotizantes, en términos de su movilidad o traslado entre los subsistemas de Isapres y FONASA, de modo de evitar el cambio continuo por parte de los afiliados que sólo buscan aprovechar los beneficios de ambos. En otras palabras, se deben imponer algunas barreras de libre tránsito de los usuarios entre FONASA e Isapres y viceversa, ya que de otra

manera no existen soluciones, ni aún aquellas que puedan ser consideradas como imperfectas.

Dadas las actuales características del subsistema de Isapres, que básicamente presenta una respuesta al problema de salud de grupos de mayores ingresos, y a fin de resolver algunos de los requerimientos pendientes referidos a la equidad distributiva, se plantea a continuación un conjunto de medidas legales y reglamentarias que, de aplicarse, mejorarían notablemente la equidad entre los afiliados a este tipo de instituciones, y eliminarían así una fuente importante de críticas. Tales modificaciones apuntan a solucionar el problema de las enfermedades catastróficas y de la tercera edad.

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

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

Las disposiciones propuestas conforman un conjunto armónico, aunque es posible aplicar separadamente una o más de ellas, pero con un efecto menor en la equidad distributiva entre grupos etarios de los afiliados a Isapres. Son las siguientes:

1. Fomentar, mediante incentivos legales o de otra índole, que los planes que ofrecen las Isapres privilegien a las prestaciones hospitalarias en lugar de las ambulatorias, por cuanto las primeras generalmente se traducen en mayores costos para los usuarios. Por ejemplo, reducir o limitar los porcentajes de reembolso de las prestaciones ambulatorias, unido a una mejor cobertura de enfermedades que produzcan mayor daño financiero. Inclusive, en extremo se puede llegar a plantear regulaciones para que todas las Isapres tengan que ofrecer uno o más planes de iguales características (homogeneización de planes), a fin de facilitar la comparación entre los usuarios. Esta restricción a la libertad es posible de aminorar permitiendo que las Isapres puedan ofrecer, además de estos planes obligatorios, los planes que ellas estimen más convenientes a las necesidades del mercado y en especial a los nichos a los cuales deseen llegar.

2. Incentivar la oferta de planes de salud que contemplen montos mínimos anuales en gastos médicos incurridos por los cotizantes, por sobre los cuales las Isapres comienzan a efectuar copagos. Por ejemplo, se establece que el cotizante puede recurrir a la Isapre solicitando copagos sólo después de acumular gastos reales en salud que superen los 100 000 pesos en un año calendario. De esta forma, es posible que los excedentes que generen estos planes, al no proceder la Isapre a efectuar copagos por gastos en salud hasta alcanzar dicho mínimo predeterminado, permitan mejorar las coberturas para enfermedades catastróficas y reducir el costo de los planes para la tercera edad.
3. Mejorar la reglamentación para que las Isapres informen en forma periódica a sus cotizantes respecto de los hospitales o clínicas más adecuados a sus planes de salud en casos de hospitalización, incluyendo ejemplos de algunas prestaciones más frecuentes, indicando el monto asumido por la Isapre (copago) y lo que debe financiar el cotizante, destacando que la utilización de otras instituciones de salud podría transformar una prestación hospitalaria normal en una enfermedad catastrófica, como está ocurriendo con cierta frecuencia en la actualidad de acuerdo a estudios efectuados. De igual forma, se debe mejorar la información respecto de los laboratorios y médicos con los cuales se tiene convenios, y destacar los montos que debe cancelar el afiliado.
4. En relación a la tercera edad, por causas naturales las Isapres deben afrontar un mayor costo de explotación, debido a un aumento en la frecuencia del uso de prestaciones ambulatorias y hospitalarias. Sin embargo, este grupo etario, al jubilar, deja de ocasionar gastos por concepto de subsidio por incapacidad laboral, monto que alcanza a cerca de un 20% del total de gastos de explotación. No obstante que los dos fenómenos anteriores se contrarrestan mutuamente, la cotización para los afiliados se ve fuertemente incrementada a partir de los 65 años. En este caso, se requeriría aumentar la equidad distributiva vertical entre generaciones, de modo que el o los grupos de menor edad subsidien a los grupos de mayor edad.

Entre las fórmulas para reducir este problema se pueden señalar:

- a) Que los planes ofrecidos por las Isapres contemplen un número reducido de grupos etarios para efectos de la cotización del afiliado. Por ejemplo, se podría plantear que cada plan diferencie sólo a dos grupos, uno hasta los 55 años y otro a partir de los 56 años de edad. Es decir, cada plan originaría sólo dos montos de cotización según la edad del afiliado. Inclusive, se podría plantear que cada plan origine solamente una cotización, independiente de la edad del afiliado.
- b) Determinar el incremento máximo en el monto de cotización para un mismo plan, entre el grupo etario de menor edad y el de la tercera edad. Por ejemplo, que el monto de cotización para el grupo de más de 65 años no pueda ser superior al 150% del costo del mismo plan para el grupo de 20 a 25 años.

Adicionalmente, se puede buscar una solución intermedia.

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

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

5. En relación a las enfermedades catastróficas, dada su menor ocurrencia, se considera adecuado crear una institución de reaseguro, eventualmente sin fines de lucro, de propiedad de las Isapres. Esto implicaría bajos costos de administración y no requeriría de estructura de ventas, ya que los clientes serían las propias Isapres

que tendrían que asegurar a todos sus afiliados pagando una cierta prima mensual.

Sin embargo, para evitar un mal uso o abuso por parte de los beneficiarios que, por ejemplo, ante una enfermedad grave pudieran hospitalizarse en una "clínica cara" en relación a su plan de salud, transformando en forma automática una enfermedad normal en una catastrófica, el reaseguro debería estar relacionado con el costo de la clínica u hospital referido a su plan. Por lo tanto, en caso de utilizar una clínica más cara la diferencia no estaría cubierta por el reaseguro.

Adicionalmente a la limitación planteada, el reaseguro podría cubrir, por ejemplo, el 90% de los copagos realizados durante un año calendario, con un mínimo deducible para el período de 300 000 pesos y un máximo de 40 000 000 de pesos.

6. A fin de poner bajo control en alguna forma el costo de explotación de las Isapres, se podría legislar en términos de incentivarlas a hacer inversiones en centros hospitalarios propios que permitan tanto las hospitalizaciones como las atenciones ambulatorias de sus afiliados. Esto se podría lograr, por ejemplo, permitiendo que parte de las garantías que estas instituciones deben mantener depositadas en el sistema financiero a nombre de la Superintendencia de Isapres, puedan ser reemplazadas por acciones de dichos centros hospitalarios, cuando se trate de sociedades anónimas abiertas.

7. Un caso especial presentan los afiliados de bajos ingresos, ya que mediante la ley N° 18 566 se les otorga un subsidio que los incentiva a afiliarse a alguna Isapre. Sin embargo, al jubilar, estos cotizantes pierden el subsidio, lo que unido a un alza de la prima o cotización y un menor ingreso, los motiva a emigrar a FONASA.
 En este caso, la solución pasa por los extremos. Una posibilidad es eliminar el subsidio, de modo que el cotizante decida qué subsistema se adecúa mejor a su realidad financiera. La otra alternativa es que el Estado subsidie el 2% una vez alcanzada la tercera edad.
 La segunda alternativa recibe críticas en cuanto a que la focalización de gasto público en un caso como éste, no llega precisamente a los segmentos de menores recursos.

Finalmente, es preciso destacar que el mercado ha resultado sumamente lento en la búsqueda de soluciones que impliquen un incremento en la equidad del sistema de las Isapres y que, seguramente el poder regulador del Estado, restringiendo algunos grados de libertad, es la única alternativa viable para solucionar estos problemas.

BIBLIOGRAFÍA

- Aedo, Cristián (1996), "Adulto mayor y enfermedades catastróficas", *El Mercurio*, Santiago de Chile, 13 de julio.
- Asociación de Isapres A.G. (1995), "Informe anual, 1996", Santiago de Chile.
- (1994), "Visión sinóptica sistema Isapre, 1995", Santiago de Chile.
- (1993), "Informe anual, 1994", Santiago de Chile.
- Barahona, Víctor y Julio Olivares (1996), "¿Isapres o Fonasa?", *El Mercurio*, Santiago de Chile, 12 de septiembre.
- Barreto de Olivera, E. Francisco (comp.) (1994), "Social Security Systems in Latin America", Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Camino, Cristóbal (1996), "Flexibilizar la cotización de salud", *El Mercurio*, Santiago de Chile, 21 de abril.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1994), "Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe" (LG/c.1813 (SES.25/18)), Santiago de Chile, 14 de marzo.
- Díaz, C.A. y otros (1995), "Cobertura catastrófica para los cotizantes del sistema Isapre. Informe final", Santiago de Chile, Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile, diciembre.
- Due, John (1961), "Análisis económico de los impuestos", Buenos Aires, Editorial El Ateneo.
- El Mercurio* (1996a), Entrevista a María Elena Etcheverry, Superintendente de Isapres, Santiago de Chile, 17 de marzo.
- (1996b), Entrevista a Favio Valdés, Director de Cruz Blanca, Santiago de Chile, 17 de marzo.
- Estrategia* (1996a), Entrevista a Rafael Caviedes, Presidente de la Asociación de Isapres, Santiago de Chile, 25 de abril.
- (1996b), Entrevista a María Elena Etcheverry, Superintendente de Isapres, Santiago de Chile, 25 de abril.
- Fischer, Ronald, Alejandra Mizala y Pilar Romaguera (1995), "Proyecto alternativo de solución para el financiamiento de la salud en la tercera edad en el sistema Isapre", Santiago de Chile, Centro de Economía Aplicada, Depar-

- tamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile, diciembre.
- Goic, Alejandro (1995), "Atención de la salud en Chile", documento presentado en el foro "La salud en el proceso de desarrollo chileno", Santiago de Chile, 17 al 20 de octubre.
- Jiménez de la Jara, Jorge (1996), "Costos, mercados y medicina", *El Mercurio*, Santiago de Chile, 29 de septiembre.
- Labadie, Gastón, Alejandro Ramos y Delia Sánchez (1994), "Instituciones de asistencia médica colectiva en Uruguay: regulación y desempeño", serie Políticas sociales, N° 6 (LC/L.867), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Massad, Carlos (1995), "Principios orientadores para la reforma de la salud", serie Documentos de trabajo, N° 15/95, Santiago de Chile, Corporación de Promoción Universitaria (CPU), agosto.
- Miranda, Ernesto (1994), "Cobertura, eficiencia y equidad en el área de salud en América Latina: problemas y propuestas de solución", serie Políticas sociales, N° 5 (LC/L.864), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- (1993), "Un análisis de la propuesta de modificación a la Ley de Isapres (Ley 18933)", serie Documentos de trabajo, N° 194, Santiago de Chile, Centro de Estudios Públicos (CEP), abril.
- Pontificia Universidad Católica de Chile (1995), *Informe final del estudio sobre cobertura catastrófica para los cotizantes del sistema de Isapre*, Santiago de Chile, Instituto de Economía, diciembre.
- Sánchez, Héctor (1988), "Análisis subsistema Isapres", serie Documentos de trabajo, N°18/88, Santiago de Chile, Corporación de Promoción Universitaria (CPU), octubre.
- Sojo, Ana (1995), "Reformas de gestión en la salud pública en Chile", documento presentado en el Seminario Internacional sobre Indicadores Sociales y de Gestión, organizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Santafé de Bogotá, 24 al 26 de octubre.
- Solimano, Giorgio (1996), "Isapres y tercera edad", *La Época*, Santiago de Chile, 9 de abril.
- Universidad de Chile (1995), "Proyecto: alternativas de solución para el financiamiento de la salud en la tercera edad en el sistema Isapre", Santiago de Chile, Departamento de Ingeniería Industrial, diciembre.
- Wiesner, Eduardo (1994), "Fiscal Decentralization and Social Spending in Latin America: the Search for Efficiency and Equity", Working Paper, N° 199, Banco Interamericano de Desarrollo (BID), noviembre.