

Magíster en Gestión y Políticas Públicas

.....
Estudio de Caso N° 22
.....

**REGULACIÓN DE SEGUROS PRIVADOS DE
SALUD: LA EXPERIENCIA EN CHILE DE LA
SUPERINTENDENCIA DE INSTITUCIONES
DE SALUD PREVISIONAL, (ISAPRES).**

**Cecilia Ma
Yajaira Rivera
Livia Sánchez**

*Esta serie de Estudios de Caso ha sido posible gracias al apoyo
proporcionado por la Fundación Andrew W. Mellon de EE.UU.*

Octubre 1998



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas
Departamento de Ingeniería Industrial

Av. República 701 • Fono: (562) 678 4067 • Fax: (562) 689 4987
E-mail: mgpp@dii.uchile.cl
Sitio web: <http://www.dii.uchile.cl/mgpp/>
Casilla 2777 Santiago - Chile

RESUMEN EJECUTIVO

Una de las discusiones de fondo sobre la reforma a los sistemas de salud tiene relación con la conveniencia de que sea el Estado el que asuma la responsabilidad exclusiva de la producción, provisión y financiamiento de la salud y la participación que les cabe en estos ámbitos al sector privado, a la comunidad organizada y a los usuarios individuales del sistema. En el caso de Chile, durante los años 80 se realizó una reforma del sistema de salud, donde se priorizó un rol normativo y financiero del Estado y se municipalizaron los consultorios de atención primaria, que antes eran administrados por el Ministerio de Salud. Además, se creó el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), que cumple el rol de seguro público, y se crearon las Instituciones de Salud Previsional (Isapre), que son seguros privados de salud. Para financiar los seguros, la ley determina que los afiliados -ya sea del sistema público o privado-, deben cotizar obligatoriamente el 7% de su remuneración imponible. De este modo, se constituyó un sistema dual de salud, con un subsistema público y otro privado sin que existiera mayor complementación entre ambos.

Las Isapres tienen 15 años de funcionamiento y en sus comienzos fueron supervisadas por el Fondo Nacional de Salud (Fonasa). Para resguardar la eficiencia en el sistema de salud privado, se creó en 1990 la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (Superintendencia de Isapres). En el sector público, el responsable de la regulación de los servicios públicos de salud es el Ministerio de Salud.

El objetivo de este trabajo es conocer las principales políticas de la Superintendencia de Isapres, la evolución de su gestión y evaluar su impacto regulador en el mercado de servicios de salud de los seguros privados. Finalmente, se extraen conclusiones y se establecen sugerencias¹.

1 La metodología del estudio se basó en recopilación de información secundaria y entrevistas a informantes claves.

I ANTECEDENTES SOBRE EL SISTEMA DE SALUD EN CHILE

1. REFORMA Y PRIVATIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE

Uno de los objetivos de la reforma de los años 80 fue incorporar al sector privado en la provisión de salud, con el fin de que el Estado concentrara sus esfuerzos en los sectores más pobres, dada la imposibilidad de éstos para enfrentar adecuadamente los gastos de atención de salud. Además, el Estado tendría como función impedir una asignación inequitativa o de escaso costo/beneficio y evitar ineficiencias en la gestión o deficiencias en la focalización del gasto hacia los más pobres. De este modo se impediría el gasto de fondos públicos en intervenciones de salud de escasa eficacia en función de los costos, y se evitaría beneficiar en medida desproporcionada a los que están en mejor situación económica, en forma de asistencia gratuita o por debajo del costo, en modernos hospitales estatales.

Las reformas de los sistemas de salud en Chile y en otros países latinoamericanos, como Colombia, Perú y Brasil, tienen algunos elementos en común². En primer lugar, se valoriza la competencia como estrategia para disminuir los precios y aumentar la calidad de los productos³. Los sistemas públicos de salud se han distinguido por su carácter monopólico, dejándoles pocas opciones a los beneficiarios para elegir el tipo de servicios de salud que esperan recibir. La valorización de la competencia ha originado diversas propuestas de reforma o modernización, con distintos grados de participación del sector privado en el sector. Al introducir competencia se busca generar incentivos para mejorar la calidad y variedad de los servicios y la disminución de los costos para el consumidor. Es necesario fomentar la competencia en forma integral, tanto en el sistema privado como en el sistema público, con recursos financieros de diverso origen. El desafío es encontrar un equilibrio óptimo en salud, sector que se caracteriza por sus condiciones de mercado imperfecto.

En segundo lugar, hay que tomar en cuenta que los recursos deben considerar la valoración que los usuarios hacen de los bienes y servicios que se pueden obtener a través de este sistema. Sin embargo, las particularidades inherentes del bien salud hacen difícil que los usuarios identifiquen su valor, principalmente por las asimetrías de información.

En tercer lugar, se valoriza la descentralización y la separación de funciones en salud. Con el objeto de que el Estado cumpla su papel de asegurar el acceso de toda la población a

2 Oyarzo, C. y Galleguillos, S. "Reforma del sistema de salud chileno: Marco conceptual de la propuesta del Fondo Nacional de Salud". Cuadernos de Economía, año 32 N° 95. Abril 1995.

3 Serra, P. "La Política de Competencia en Chile" en Revista de Análisis Económico. Vol. 10, N° 2, noviembre 1995.

una salud digna, es necesario que desempeñe diversas funciones, lo que a su vez es posible a partir de la separación de las mismas (por ejemplo, diferenciar el financiamiento del rol rector y de la provisión directa de los servicios, para decidir cuáles descentralizar). También el tamaño de la población atendida y de los mercados locales determinará qué funciones deben ser descentralizadas y/o desconcentradas a nivel local y las capacidades de gestión de los hospitales, para otorgarles mayor autonomía.

2 ¿POR QUÉ LOS SEGUROS PARA LA ATENCIÓN DE SALUD SON UNA RESPUESTA A LA REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD?

Cada gobierno debe determinar las formas de financiamiento que pueden incluir diferentes modalidades y grados de subsidio estatal. En los lineamientos de la reforma de salud en Chile, se establece que el Estado debe beneficiar a la población de acuerdo con sus diferentes necesidades de financiamiento de atención. Para los indigentes la atención debería ser financiada totalmente con recursos públicos, y para los no-pobres estarían las opciones de pago directo, o diferentes formas de prepago con los seguros públicos y privados.

2.1 ¿Qué es un seguro de salud?

Un seguro de salud es un contrato -individual o colectivo- a través del cual las personas transfieren al agente asegurador el riesgo financiero que implica una eventual pérdida en su estado de salud. La institución aseguradora se transforma en un intermediador entre consumidores que demandan atención de salud y los oferentes que proveen las prestaciones que satisfacen la demanda de los consumidores. Los seguros pueden ser públicos o privados y tienen distintas modalidades de implementación. En el seguro público el Estado cumple un rol ejecutor / asegurador. El seguro público administra recursos fiscales y responde a una instancia colectiva mínima que se pretende asegurar bajo responsabilidad del Estado⁴. Los seguros privados como el que ofrecen las Isapres, son seguros de gastos de salud, que reducen las fluctuaciones del gasto médico. El producto que ofrecen las Isapres no está definido por el mercado, sino por la ley que los rige⁵.

⁴ Oyarzo, C. y Galleguillos, S. 1995, *op. cit.*

⁵ Fischer, R., "Análisis económico de la Superintendencia de Isapres en su rol regulador", Informe final 1992.

Para que funcione un seguro de salud, se requieren algunas condiciones⁶:

- Definición clara del siniestro o evento que se desea cubrir con el seguro
- Ocurrencia incierta o aleatoria del siniestro
- Probabilidad de que la ocurrencia sea conocida y esté libre de los sesgos de selección
- Probabilidad de que la ocurrencia esté exenta de manipulación por parte del asegurado, y que no sea verificable por parte de la compañía aseguradora
- Precisar el monto máximo que podría pagar el asegurado

3. FUNDAMENTOS DE LOS SEGUROS DE ATENCIÓN DE SALUD

El fundamento básico del seguro público de salud es que debería ofrecer a sus beneficiarios, como mínimo, el conjunto de prestaciones que socialmente interesa garantizarle a toda la población. Esto requiere de un consenso social respecto a los niveles de salud que se aspira alcanzar, el que se refleja en una canasta con determinadas prestaciones de salud cubiertas por el seguro. El componente de solidaridad en el seguro requiere definir cuánto “conceden” unos por el bienestar de otros⁷.

Este fundamento es muy diferente en los seguros privados, en que el riesgo de cada persona es asumido en forma individual y los beneficios están directamente relacionados con el monto de pago. Una particularidad del caso chileno, respecto de otros seguros privados de salud, es la obligatoriedad de cotizar en la Isapre por el 7% de la remuneración imponible.

Mientras mayor sea la transferencia del riesgo financiero que conlleva la eventualidad de la pérdida de salud, desde un beneficiario hacia un tercero, se asignarán mayores y más costosos recursos a este sector. Esto es así porque está demostrado que las personas demandan mayor número de prestaciones y más costosas cuando un tercero paga la cuenta. Esta situación hace indeseable la transferencia total del riesgo, prefiriéndose soluciones intermedias bajo la forma de copagos, deducibles, etc., que permiten reducir los costos. Ello tiene como principal desventaja el hecho de limitar el acceso de la población a la atención de salud, pudiendo constituirse en barreras que impidan cumplir con el objetivo de garantizar un nivel mínimo de prestaciones a toda la población, especialmente a los sectores de menores ingresos.

6 Valdés, S. "El aporte de los seguros de salud", en *Las Isapres hacia la modernidad en salud*. Edit. CIEDESS, Santiago de Chile, 1996.

7 Oyarzo, C. y Galleguillos, S. 1995, *ibid*.

3.1 El seguro de salud y los prestadores de servicios de salud

La función del seguro es tomar buenas decisiones respecto a la compra de servicios de salud. Un agente asegurador que se enfrenta a un único oferente está cediendo su derecho a elegir la mejor opción disponible en el mercado y solamente está aceptando lo existente. No tiene posibilidad de elección. El oferente, asimismo, al tener una demanda cautiva, tiene pocos incentivos para ofrecer el mejor producto y producirlo a los menores costos. Una solución es que el agente asegurador de salud tenga la opción de compra de servicios de salud, sean públicos o privados. Ello implica terminar con la alternativa de la provisión de servicios a través de monopolios públicos, y desarrollar mecanismos de compra de servicios entre los sectores público y privado.

3.2 La transferencia del riesgo a través de los métodos de pago al prestador

Se busca afectar los incentivos que enfrentan los prestadores al ofrecer sus servicios. El pago al prestador tiene dos características: dimensión temporal y tipo de unidad de pago.

- a) *Dimensión temporal*: las formas en que el seguro paga al proveedor determinará los distintos grados en que le transfiere el riesgo. El pago retrospectivo o histórico no transfiere riesgo, ya que el agente asegurador paga ex-post a la prestación realizada, previa presentación de las facturas por el prestador. En este caso el asegurador asume todo el riesgo financiero impuesto por la pérdida del estado de salud del beneficiario. En el pago prospectivo o prepago, el prestador asume parte del riesgo, lo que obliga a proveedores y aseguradores a sesgar la mirada al período futuro.
- b) *Tipo de unidad de pago*: producen distintos incentivos para controlar costos. Una primera unidad de pago son los presupuestos globales prospectivos, los que incentivan a disminuir costos, ya que el proveedor tiene que absorber incrementos de demanda con un presupuesto dado. Pero, en caso de que disminuya la demanda incentiva a realizar gastos que muchas veces no tienen una adecuada relación costo/beneficio. En tanto, el pago por prestación induce fuertemente a expandir la oferta, provocando sobreutilización de prestaciones, lo que se expresa en aumento del promedio de las estadías hospitalarias (días/cama por egreso) y número de procedimientos por paciente. Otros tipos de unidades de pago son: el pago por caso o diagnóstico que induce a la eficiencia en la solución del caso y el pago per cápita, sistema en el cual el

proveedor se hace cargo de la atención integral del beneficiario, especificando explícitamente su ámbito de responsabilidad. Este último no induce a la expansión de costos.

4. EL ACTUAL SISTEMA DE SALUD EN CHILE

El sistema de salud chileno se compone de tres subsistemas⁸, que se consolidaron luego de la reforma del sector salud realizada en 1980, y se instrumentalizaron a través de los procesos de: descentralización del servicio de salud, municipalización de la atención primaria de salud, y separación del financiamiento de la prestación del seguro público de salud con la creación del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y de las Instituciones de Salud Previsional (Isapres).

Sistema público: los beneficiarios corresponden a los cotizantes y sus cargas familiares, que pagan la cotización obligatoria del 7% a Fonasa. Los cotizantes pueden atenderse a través de la modalidad institucional, que opera sobre la base de la infraestructura del Sistema Nacional de Servicios de Salud, SNSS, y de los centros de atención primaria de las municipalidades. En esta modalidad los indigentes reciben subsidios de 100% para casi todas las atenciones de nivel primario. Una segunda modalidad es la de libre elección, que opera con prestadores independientes inscritos en Fonasa.

Sistema Isapre: con un 24,7 % de la población afiliada, el sistema opera como un seguro de salud privado cuya prima es la cotización de salud obligatoria, más un aporte voluntario del afiliado. El afiliado elige la Isapre y obtiene un contrato individual, pudiendo reajustar los precios y cambiar las prestaciones convenidas.

Sistema de Fuerzas Armadas y Carabineros: tienen sistemas previsionales cerrados que benefician al personal activo y pasivo de estas instituciones. Se financia con recursos propios y opera mayoritariamente con infraestructura propia.

Por otra parte, en forma paralela al SNSS existe un sistema de seguro contra riesgos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de trabajadores dependientes, que son desarrolladas por las mutuales. Sin embargo, según la encuesta CASEN 1996, alrededor de un

8 Larrain, L. "Visión económica del costo de los seguros sociales", en *Las Isapres hacia la modernidad en salud*. Edit. CIEDESS, Santiago de Chile, 1996.

12% de la población no está inscrita en ninguno de estos subsistemas y corresponde principalmente a trabajadores independientes de ingreso medio y bajo, cuya atención de salud se realiza en su mayoría en el sistema público.

CUADRO N°1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD SEGÚN QUINTIL DE INGRESO* 1990 Y 1996 (EN PORCENTAJE)

| Quintil de Ingreso | Año | Público | ISAPRE | Particulares y Otros** | Total |
|--------------------|-------------|-------------|-------------|------------------------|--------------|
| I | 1990 | 85,0 | 2,8 | 12,2 | 100,0 |
| | 1996 | 84,3 | 5,6 | 10,0 | 100,0 |
| II | 1990 | 78,6 | 6,5 | 14,9 | 100,0 |
| | 1996 | 71,3 | 14,3 | 14,4 | 100,0 |
| III | 1990 | 69,6 | 11,3 | 19,1 | 100,0 |
| | 1996 | 60,4 | 22,7 | 16,9 | 100,0 |
| IV | 1990 | 57,6 | 21,6 | 20,9 | 100,0 |
| | 1996 | 44,8 | 34,9 | 20,3 | 100,0 |
| V | 1990 | 36,8 | 41,2 | 22,0 | 100,0 |
| | 1996 | 25,3 | 55,9 | 18,8 | 100,0 |
| TOTAL | 1990 | 67,6 | 15,1 | 17,3 | 100,0 |
| | 1996 | 59,6 | 24,7 | 15,7 | 100,0 |

* Excluye el servicio doméstico puertas adentro y su núcleo familiar.

** Considera particulares no indigentes sin previsión, sistemas previsionales de las Fuerzas Armadas y otros sistemas.

Fuente : MIDEPLAN, encuestas CASEEN 1990 y 1996.

4.1 EL FONDO NACIONAL DE SALUD (FONASA)

Fonasa es un agente financiador de los servicios públicos de salud, que funciona descentralizadamente, y depende del Ministerio de Salud.

Las funciones básicas del Fondo Nacional de Salud son⁹:

- Administrar la modalidad de libre elección (ex Servicio Médico Nacional de Empleados, Sermena). Los afiliados al sistema estatal pueden optar, mediante un sistema de bonos, por atenderse con profesionales e instituciones privadas de salud con convenio de atención.
- Recaudar y distribuir los recursos a los servicios de salud y consultorios municipalizados.
- Identificar y clasificar a los afiliados al sistema estatal.
- Otorgar préstamos sin intereses, para atención de salud a los afiliados al sistema estatal.

Municipalización de la atención primaria en salud ¹⁰

En 1981 se inició el proceso de entregar a las municipalidades los servicios de atención primaria de salud. Los Servicios Regionales de Salud y los municipios firmaron un convenio en el cual se fijaron las obligaciones de ambas partes, elaborando, posteriormente, el Ministerio de Salud un Manual de Procedimientos. La transferencia de establecimientos fue gradual y se inició en las zonas rurales, para continuar con la municipalización de los consultorios urbanos.

Para financiar el sistema se creó el sistema de Financiamiento por Atención Prestada (FAP), para los hospitales y a nivel municipal la Facturación por Atención Prestada Municipal (FAPEM), que establecía un pago por cada atención realizada. En el nivel municipal este sistema incentivó las acciones recuperativas y un incremento importante y creciente del monto facturado, razón por la cual se estableció un mecanismo de contención llamado “Techo FAPEM”. Los resultados de la aplicación del FAPEM fueron un aumento del volumen en las prestaciones

9 Miranda, E. “Descentralización y privatización del sistema de salud chileno”, en *La Salud en Chile, Evolución y Perspectivas*. Centro de Estudios Públicos, CEP, Santiago de Chile, 1994.

10 García, D., Ricse, C. y Salum, E., “El modelo de gestión y financiamiento de la atención primaria en Chile y su aplicabilidad en Perú y Colombia”. 1996.

médicas y la prevalencia de la acción curativa sobre las actividades preventivas y de fomento de la salud. Por otra parte, la prestación de servicios de salud se hizo más inequitativa, pues sólo las comunas con mayores recursos pudieron suplementar el Techo FAPEM y entregar una mejor atención. Ante las fallas del sistema FAPEM, en 1995 se comenzó a implementar el sistema de pago per cápita, en que se define un plan que contiene las prestaciones más comunes, valorizando el costo de cada atención. A cada consultorio se le entrega un presupuesto según el costo de otorgar estas prestaciones a la población inscrita, asignando mayores montos a las comunas según criterios de pobreza, ruralidad y vulnerabilidad médica. El sistema per cápita no ha logrado solucionar el problema de desfinanciamiento municipal en salud, especialmente de las comunas más pobres. Asimismo, los municipios demandan más recursos para atención primaria, y cuestionan la viabilidad de la administración municipal de salud en las actuales condiciones de financiamiento¹¹.

¹¹ En el Congreso de la Asociación de Municipalidades, realizado en abril de 1997, los ediles señalaron requerir un 30% más de presupuesto y amenazaron con la devolución de los consultorios al Ministerio de Salud, de no incrementarse los recursos al nivel primario de atención.

II LAS ISAPRES COMO INSTRUMENTO DE REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE

La promoción de la competencia entre prestadores de salud como forma de perfeccionar la calidad de los servicios de salud es impulsada por instituciones como el Banco Mundial, entidad que argumenta que la competencia y la diversidad pueden hacer que mejore la calidad y disminuyan los costos de salud. Según el Banco Mundial los gobiernos deberían fomentar la competencia en la esfera del suministro de servicios e insumos para el sector salud, en particular medicamentos, materiales y equipos. El organismo recomienda, en los casos en que sea factible, que el sector privado preste servicios de atención de salud financiados con fondos públicos o mediante seguros públicos o privados. La calidad y eficiencia de los servicios de salud estatales pueden ser mejorados mediante descentralización, incentivos al desempeño para los administradores y médicos clínicos y sistemas conexos de capacitación y fomento de la gestión. Según el Banco Mundial, exponer al sector público a la competencia con los proveedores de servicios del sector privado puede ayudar a acelerar tales mejoras. También es fundamental una reglamentación oficial estricta, incluida la de la atención de salud prestada por el sector privado, con el fin de garantizar su seguridad y calidad¹².

En Chile, en el marco de la reforma de salud de los años 80, la promoción de la competencia se realizó mediante la privatización de una parte del mercado de seguros de salud. Esta reforma se basó principalmente en mejorar la equidad en la entrega de beneficios, igualando el acceso de los distintos sectores de la población al sistema de salud privado o público¹³. También se buscó equidad en los aportes para la atención de salud, haciendo equivalentes, en términos de sacrificio de bienestar soportados por los distintos grupos de trabajadores, las cotizaciones aportadas como forma de prepago (o prima de un seguro de salud) más los pagos directos efectuados al momento de solicitar la atención de salud. Sin embargo, el resultado que se logró es muy inequitativo, porque lo decisivo en el acceso al plan de salud es el monto del aporte y no la proporción de los ingresos al trabajador.

Un segundo propósito fue focalizar los subsidios estatales en salud bajo el supuesto que la creación del sistema Isapre permitiría concentrar los gastos del Estado en las personas de bajos ingresos e indigentes. Concentrando la gratuidad total en los indigentes y grupos de ingreso bajo se pretendía focalizar el subsidio, a través de los servicios de salud públicos (financiados por Fonasa) y de la atención primaria administrada por las municipalidades.

¹² Banco Mundial, "Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993 – Invertir en salud".

¹³ Miranda, E. 1994, *op. cit.*

También, con la reforma se buscaba ampliar la libertad de elección de las personas. El aumento en las opciones de atención comprendió tanto los sistemas a los que se podría acceder, como dentro de cada uno de ellos a diversos proveedores del servicio. La competencia que se generaría entre proveedores resultaría en mejoras en la calidad de los servicios y haría la relación calidad/precio más conveniente. El resultado consistió en la posibilidad de opción del individuo por la atención de salud estatal o privada¹⁴.

La libertad de elección se tradujo en que las personas tienen varias opciones¹⁵:

- a) Atenderse en el sistema estatal, en la modalidad institucional en que no existe libertad para elegir al prestador, pero donde no tendrá que efectuar copagos por las prestaciones o éstos serán, según su ingreso, de un 25% o 50% de un arancel básico sumamente módico, con precios no reales, subvencionados por el Estado.
- b) Atenderse en el sistema estatal, modalidad libre elección, donde existe una libertad relativa para elegir prestador (de una lista restringida) y donde su copago, según el nivel del prestador seleccionado, será del 50% o más del valor arancelario de la prestación.
- c) Adscribirse a una Isapre donde tiene amplia libertad de elegir prestador.

Un cuarto propósito de la reforma fue aumentar la eficiencia. La calidad de los servicios entregados tendría el resguardo de que la competencia entre las Isapres induciría a una eficiencia administrativa y servicios oportunos y de calidad. Por otra parte, las Isapres permitirían integrar al sistema de salud a los trabajadores independientes -hasta entonces no cotizantes-, y mediante cotizaciones adicionales, los afiliados podrían obtener beneficios superiores a aquellos establecidos por la ley. Otra característica de las Isapres, en términos de eficiencia, radicaría en la directa relación entre cotizaciones y beneficios: esto induciría a cotizar, al menos, lo legal y a restringir el uso de los beneficios a lo estrictamente necesario, en prevención de eventuales aumentos futuros de primas. El fraccionamiento del universo de afiliados en unidades de menor tamaño facilitaría la administración, lo que podría significar mejoras en la eficiencia.

¹⁴ Caviedes, R. "Las Isapres en el sistema de Salud Chileno" en *Las Isapres hacia la modernidad en salud*. Edit. CIEDESS - Santiago de Chile 1996.

¹⁵ Quesney, F. "El Sistema Privado de Salud" en *Las Isapres hacia la modernidad en salud*. Edit. CIEDESS - Santiago de Chile, 1996.

La creación de las Isapres mejoraría la capacidad de respuesta del sistema de salud a las necesidades de la población. Efectivamente, en general, el sistema privado, por la flexibilidad en la gestión de sus recursos, tiene mayor capacidad de respuesta a las necesidades cambiantes de la población atendida.

La libre competencia entre las Isapres incentivaría a las personas a elegir el plan de su preferencia y la entidad en la que cotizará para salud. Esto obligaría a las Isapres a maximizar la eficiencia en la administración de sus recursos, a minimizar costos de administración de sus recursos, y a incentivar que cada día surjan novedosos planes de salud, se incorporen nuevos sectores de la población, o se diseñen contratos de salud para satisfacer las necesidades de trabajadores de menores ingresos. Un factor que favorecería esto es la simplicidad y la ausencia de burocracia en las barreras de entrada al sistema. La amplia diversidad de planes de salud, destinados a satisfacer los requerimientos específicos de cada uno de los consumidores, sería una manifestación de la libre competencia. Como contrapartida, la diversidad de planes ha significado una gran complejidad para los usuarios, toda vez que las Isapres diseñan sus productos comerciales teniendo en consideración la renta de las personas, el número de cargas familiares y su edad, lo que da origen a un sinnúmero de alternativas difíciles de evaluar y comparar, evidenciando que no basta la libertad de elección, ésta debe ser acompañada de mecanismos que disminuyan las asimetrías de información.

1. CONCEPCIÓN ORIGINAL DEL SISTEMA

La reforma de los 80 se asentó en la idea de crear un seguro de salud administrado por entidades privadas que usaran la cotización obligatoria de salud o una cantidad superior si así lo decidiera el afiliado como prima. La cotización obligatoria de salud se consideró un mal necesario para proteger a la sociedad de la imprevisión de las personas en materia de salud, si bien hubo conciencia que al constituir un porcentaje fijo de la remuneración, algunas personas quedarían sub o sobre aseguradas. La administración de este seguro por el sector privado permitiría aprovechar todas las ventajas representadas por la libertad y eficiencia de gestión que son propias del sector. La existencia de múltiples entidades aseguradoras garantizaría el derecho a la libre elección y, a través de la competencia, se aseguraría una gestión eficiente.

Crear un sistema paralelo al estatal sería un fuerte incentivo para el desarrollo de la infraestructura privada en salud, lo cual, además, redundaría en un alivio a la presión que sufría la infraestructura estatal, ampliamente sobrepasada en su capacidad técnica y administrativa.

Los creadores del sistema Isapre planteaban que el sector privado no requiere de un ente supervisor o contralor, ya que en tal calidad actúa el mercado. Contradictoriamente, en este caso específico, el sector operaba en el mercado sobre la base de una cotización obligatoria fijada por ley. Las Isapres en un comienzo fueron supervisadas y controladas por Fonasa. Sólo con posterioridad, en 1990, se creó la Superintendencia de Isapres. Las razones para crear la Superintendencia fueron la dualidad del rol de Fonasa, que era a la vez administrador de un régimen y supervisor de su competidor.

2. FUNCIONAMIENTO

Las Isapres, además de las prestaciones de salud, realizan pagos de subsidios por incapacidad laboral, en que se mantiene la renta del trabajador por un período indefinido, con un tope de 60 Unidades de Fomento al mes. Para tener este derecho, el cotizante debe tener como mínimo seis meses de afiliación al sistema y tres meses de cotizaciones antes del inicio de la licencia médica.

La ley establece que las Isapres deben entregar beneficios mínimos como: examen de medicina preventiva anual para el cotizante y sus cargas; control de embarazo y puerperio; control del niño menor de seis años, y subsidio por incapacidad laboral. Otros beneficios adicionales son pactados directamente entre el afiliado y la Isapre y, en general, se refieren al porcentaje de cobertura del valor de la prestación que realizará la Isapre al afiliado por las prestaciones señaladas en el plan de salud.

Asimismo, la ley señala restricciones para la cobertura en la atención del parto que es equivalente a la proporción entre el número de meses de vigencia de los beneficios que tenga la afiliada al momento de producirse el parto, y el número total de meses de duración del embarazo. Otra restricción se refiere a las enfermedades preexistentes declaradas. La Isapre puede establecer restricciones a la cobertura de estas enfermedades en un monto que no sea inferior a un 25% del valor que esa misma prestación tiene en su plan de salud y sólo por un período máximo de 18 meses. Transcurrido dicho período estas preexistencias deben ser cubiertas en forma íntegra conforme al plan convenido.

Por otra parte, existen exclusiones autorizadas legalmente, como: cirugía plástica con fines de embellecimiento; atención particular de enfermería; hospitalizaciones con fines de reposo; prestaciones requeridas como consecuencia de la participación en actos de guerra y delitos; accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (cubiertos por otra ley); enfermedades preexistentes no declaradas y prestaciones no contempladas en el arancel de la Isapre.

En las Isapres, el pago a los prestadores opera principalmente a través de reembolsos irrestrictos por servicios prestados, que minimizan el riesgo financiero para los oferentes de servicios de salud del sector, a cambio de una libertad plena de elección por parte de los afiliados. Por el contrario, las Isapres y los prestadores de servicios de salud tienen incentivos para realizar actividades adicionales, no siempre necesarias, que les significan ingresos económicos. Esto explica la tendencia de aumento de gasto per cápita por el sistema.

CUADRO N° 2 : EVOLUCIÓN DEL GASTO PER CÁPITA SECTOR SALUD 1989 - 1995 (EN PESOS DE 1995)

| Año | Sector Público | Isapres |
|------------|-----------------------|----------------|
| 1989 | 30.090 | 105.356 |
| 1990 | 38.130 | 104.690 |
| 1991 | 43.206 | 102.475 |
| 1992 | 53.729 | 104.275 |
| 1993 | 61.792 | 105.822 |
| 1994* | 74.057 | 109.827 |
| 1995* | 88.756 | 117.775 |

Fuente: Larrañaga, O. "El sistema de salud chileno", mimeo, Depto. de Economía, U. de Chile, 1996.

El sistema privado de salud se conformó con 24 Isapres, las que actualmente suman 33, de las cuales 21 son abiertas -cualquier persona que sea aceptada y cuente con los recursos necesarios puede incorporarse a alguna de ellas- y doce cerradas -sólo pueden acceder a ella quienes pertenecen a una determinada empresa-. Dentro de las Isapres abiertas existen 18 que operan con fines de lucro y tres que no persiguen fines de lucro.

3. CAMBIOS RELEVANTES EN LA EVOLUCIÓN DEL SISTEMA ISAPRE

Según Etcheberry, María Elena¹⁶, inicialmente el sistema Isapre se basaba en la libre elección total. En la actualidad, el sistema ofrece como alternativas planes en los que el afiliado sólo tiene acceso a los proveedores de servicios médicos que tienen convenios con la misma o atención en sus propios servicios médicos, a cambio de un menor precio del plan contratado.

A partir de la reforma legal de 1995 se modificó el destino de los excedentes. La diferencia entre el valor del contrato y el monto cotizado en base al 7%, anteriormente quedaba como renta para las Isapres. Los excedentes de cotización legal en relación con el plan convenido, pasaron a ser propiedad del afiliado. Con este fin las Isapres abren una cuenta de excedentes que el usuario puede utilizar en beneficios adicionales a los contratos o bien el afiliado puede renunciar a ellos. El costo de administrar estos excedentes es muy alto y engorroso, porque a veces son muy pequeños, lo que ha obligado a las Isapres a ofrecer mayores ventajas y beneficios en los planes a sus afiliados con el fin de que utilicen todo el monto de su cotización obligatoria¹⁷.

Actualmente, existe un proyecto de ley para eliminar el subsidio estatal de 2%, ya que la legislación autoriza que las empresas transfieran hasta un 2% adicional al 7% obligatorio, para permitir que trabajadores de bajos ingresos o con alta carga familiar se afilien al sistema Isapre. Este subsidio estatal del 2% de la remuneración del trabajador es deducible de los impuestos que la empresa paga mensualmente al fisco y es un incentivo estatal para la afiliación al sistema privado, pero en la práctica, el 2% es insuficiente para acceder a planes que satisfagan sus necesidades de salud. Se benefician con este subsidio trabajadores de medianos y altos ingresos con baja carga familiar. La dificultad de controlar al destinatario de este subsidio y la conveniencia de este subsidio estatal es hoy materia de debate. Al respecto, la Asociación de Isapres, A.G.¹⁸, defendiendo sus intereses o utilidades, propone perfeccionar el subsidio y no eliminarlo. Sugieren modificaciones para universalizar este beneficio y mejorar la focalización en los sectores de menores ingresos. Plantean que el monto del subsidio decrezca a mayor

¹⁶ Ex superintendente de Isapres de Chile hasta 1995. Ponencia en Seminario "La experiencia chilena en seguridad social de salud", San Salvador, El Salvador, noviembre de 1995.

¹⁷ Al respecto, el señor Rafael Caviedes, presidente ejecutivo de la Asociación de Isapres, considera que no se ha beneficiado a los afiliados y lo que se ha logrado es aumentar los costos administrativos de las Isapres.

¹⁸ Entrevista a Rafael Caviedes, presidente de la Asociación de Isapres, 13-11-97.

renta del trabajador y se perfeccionen las herramientas para su control. Proponen que la Isapre pague el subsidio, recuperando los recursos vía exención tributaria.

Aparece un nuevo actor, la Asociación de Isapres de Chile A.G.¹⁹, que defiende los intereses corporativos de las Isapres. Esta entidad agrupa a 22 de un total de 32 Isapres, las que abarcan a más del 96% de los afiliados al sistema privado de salud. Los principales objetivos de la asociación son: promover el desarrollo y perfeccionamiento del sistema de salud previsional privado; prestar colaboración a los organismos públicos vinculados a esta actividad y promover la libre elección del sistema de salud previsional para todos los chilenos.

La aceptación y el atractivo del sistema Isapre han ido creciendo, como lo muestra el aumento del número de afiliados independientes y voluntarios a este sistema. Sin embargo, a partir del año 1995, la inscripción de nuevos afiliados se detiene, lo que indica la necesidad de perfeccionar el sistema.

CUADRO N° 3 EVOLUCIÓN DE AFILIADOS INDEPENDIENTES Y VOLUNTARIOS DEL SISTEMA ISAPRE (1987-1995)

Magíster en Gestión y Políticas Públicas

Fuente: Boletín Estadístico Superintendencia de Isapres.

¹⁹ Asociación de Isapres de Chile, A.G. Informe Anual 1997.

4. LOGROS DEL SISTEMA ISAPRE²⁰

Propiedad de los aportes para gastos de salud de los trabajadores: Se produce un cambio de mentalidad en los trabajadores, los cuales deciden qué contrato suscribir y con quién y pueden disponer de su cotización como un aporte propio que les permite saber que dichos pagos les facilitan el acceso a determinados beneficios según el monto aportado.

Disminución de la demanda de atención de salud en el sector público: El sistema Isapre absorbe la demanda por atención médica del 24,7% de la población chilena y la orienta hacia oferentes privados. Contradictoriamente, al ampliar las Isapres su cobertura y abarcar a la población de ingresos medios y medios-bajos, han ofertado planes insuficientes para atender las demandas de salud de sus afiliados, los que recurren a los servicios públicos para solicitar atención médica, produciéndose subsidios cruzados desde el sector público al privado, sin un control adecuado de éstos por el sistema público.

Ampliación y modernización de infraestructura privada de servicios de salud: La inversión directa de las Isapres en infraestructura alcanza, en términos reales y de acuerdo con la información financiera de 1997, a 127 millones de dólares, sin considerar en dicho monto la inversión indirecta que la mayor demanda ha originado para los prestadores de servicios médicos. A lo anterior se debe agregar el desafío permanente que tienen en materia de costos, puesto que el logro de mayor eficiencia en los procedimientos médicos es posible alcanzar a través de la incorporación de nueva tecnología y equipamiento. Este punto se enfrenta a un dilema de explosión de costos, pues existen incentivos para el uso excesivo de procedimientos y exámenes auxiliares.

Aumento en la variedad de prestaciones: El mayor nivel de competencia que se observa en el mercado de las Isapres ha ejercido y con toda seguridad continuará impulsando mejoras importantes en la cobertura de prestaciones. Por citar un ejemplo, en 1990 se realizaron 959 mil atenciones dentales y se otorgaron 54 mil lentes ópticos, mientras que en 1995 las atenciones dentales superaron los 2,5 millones y los lentes ópticos entregados fueron 183 mil.

²⁰ Pérez, E. y Camacho, J. "Logros del Sistema Privado de Salud y sus externalidades" en *Las Isapres hacia la modernidad en salud*. Edit. CIEDESS. Santiago de Chile, 1996.

Mejor control de licencias médicas: El costo de las licencias médicas, en relación con el costo total de operación, alcanza casi un 20%, situación que ha motivado a las Isapres para incorporar mayor tecnología médica con el objetivo de disminuir los períodos de hospitalización y mejorar la calidad en el control sobre el otorgamiento de las licencias médicas. Asimismo, desde el punto de vista de médicos y usuarios, el otorgamiento de licencias médicas por parte de las Isapres ha sido cuestionado, pues las Isapres desconocen el diagnóstico médico y perjudican al paciente con la práctica de disminuir los días de permiso otorgados por el médico tratante, lo que ha motivado múltiples reclamos al Comité de Prevención e Invalidez del Ministerio de Salud (Compin).

Mayor desarrollo del rubro seguros de salud: El desarrollo de nuevos productos asociados a la salud, ya sea por causa de accidentes, enfermedades catastróficas u otras, ha dado origen a planes complementarios de seguros de salud que tienen por objetivo disminuir el copago, lo cual implica un evidente beneficio para las personas.

5. LIMITACIONES DEL SISTEMA ISAPRE

Falta de estandarización en los planes y beneficios: Se acentúan las asimetrías de información Isapre-afiliado, como lo muestra el hecho que la información sobre los aranceles internos no esté a disposición de las personas, lo que repercute en una disminución de la libertad de elección²¹. Por ejemplo, por una consulta médica una Isapre ofrece cubrir el 200% de su arancel (suponiendo que su arancel es cuatro mil pesos) y otra Isapre ofrece por esta misma atención un 400% de su arancel (suponiendo que su arancel es de mil pesos). Un usuario podría estar más propenso a escoger la última, pero, en forma efectiva sólo le cubre cuatro mil pesos, en lugar de la otra que le cubre ocho mil pesos. La acción de la Superintendencia en este aspecto ha sido relevante, como se describe más adelante.

Actualmente, la Superintendencia emitió una cartilla única que la Isapre debe entregar al afiliado, antes de la firma del contrato. En la cartilla se establece el porcentaje de bonificación y el tope en pesos de las prestaciones ambulatorias y hospitalarias más frecuentes.

21 Rebolledo, J. y otros. "El Sistema Privado de Salud en Chile", Isapres, Magíster en Administración de Salud, U. de Chile. 1997.

Elevados gastos de administración: Una de las principales críticas al sistema público de salud es su ineficiencia por los elevados gastos administrativos. Sin embargo, las Isapres tienen altos costos administrativos. En las abiertas un 19% de los ingresos se destina a pagar los gastos de administración y ventas, los que representan un alto costo y disminuyen la eficiencia del sistema²².

Aumento de costos para los afiliados: En 1996 los costos de los planes del sistema Isapre aumentaron 8,3%, mientras que el incremento real de las remuneraciones de los trabajadores chilenos fue del 4,4%²³.

La Superintendencia de Isapres actúa sólo si hay denuncia de algún afiliado y emite fallos en base a cálculos realizados por ésta, luego de tramitar un juicio arbitral. En Chile no existe un parámetro para el alza de precios de los planes de salud ofrecidos por las Isapres, y se requiere una evaluación para determinar si estos planes más caros, efectivamente se traducen en mayores beneficios para los afiliados.

Aumento de gastos en atención de salud: El pago irrestricto por prestaciones realizadas ha resultado en una explosión de costos, dado que el riesgo financiero no se comparte con el prestador de servicios. De hecho “El mayor crecimiento real en los costos de explotación se explica por el aumento en la frecuencia de uso de exámenes y procedimientos de apoyo y en el mayor costo medio por prestación; entre 1990 y 1995 crecieron más de 15%”²⁴. Para controlar estos costos crecientes las Isapres están utilizando mecanismos como integración vertical y establecimiento de convenios con prestadores de servicios de salud. Estas medidas deben ser evaluadas en el mediano y largo plazo.

Cobertura de corto plazo: La modalidad de renovación anual de los contratos ha obedecido a la política de dejar las opciones abiertas a las Isapres, para redefinir anualmente si se revoca o no el contrato a los beneficiarios, incluso las Isapres podían no renovar el contrato o aumentar excesivamente los precios de los contratos cuando el usuario tenía enfermedades crónicas o edad avanzada²⁵. Con la nueva legislación de 1995 el contrato es indefinido pudiendo adecuarse el plan a las nuevas condiciones del afiliado, lo que a veces es desfavorable para éste.

22 Fischer, R. “Análisis económico del sistema de salud en Chile”, *Revista de Análisis Económico*, Vol. 11, N° 2, 1997.

23 Rebolledo, J. y otros. 1997, *op. cit.*

24 Pérez, E. y Camacho, J. 1996, *op. cit.*

25 Miranda, 1994, *op. cit.*

Ausencia de selección de riesgos diferenciales: Hasta este momento las Isapres no han diferenciado aquellos sujetos que por su ambiente, experiencia previa y/o conducta, tienen una probabilidad de contraer enfermedades superior al promedio de la población²⁶. Esto ocasiona un aumento de los costos de todo el sistema y desincentiva a los afiliados a tener conductas saludables.

Exclusiones y enfermedades preexistentes: La exclusión o cobertura parcial de las enfermedades preexistentes se refiere a aquellas enfermedades que hayan sido contraídas con anterioridad a la vigencia del contrato. Para esto las Isapres recurren a las “declaraciones de salud” por parte de los afiliados, pero, en la práctica, las Isapres evitan incorporar a estas personas, las que finalmente deben trasladarse al sistema público. La reforma a la ley realizada en 1995 reguló las restricciones a la cobertura, estableciendo un procedimiento para limitar los períodos de carencia en el tratamiento de preexistencias.

Limitada cobertura en eventos catastróficos: Se entiende por eventos catastróficos las enfermedades u otros trastornos de salud que demandan intervenciones complejas, tratamientos prolongados u otras prestaciones, y que involucran un costo excesivo en relación con el ingreso de las familias, comprometiendo el patrimonio de éstas y/o su posibilidad de acceso a las prestaciones requeridas. Aun cuando los planes de salud contemplan coberturas para casi todas las prestaciones que se requieren en estos casos, el límite de bonificación compatible con el precio del plan resulta en general insuficiente frente a la magnitud del gasto que demandan, lo que determina un copago excesivo en relación con el ingreso del afiliado, limitando la posibilidad de utilización de las prestaciones requeridas. Actualmente, algunas Isapres están ofertando reaseguros para ciertas enfermedades catastróficas.

La actual legislación contempla el principio de no discriminación por el estado de salud en la renovación anual de los contratos. Esto obliga a las Isapres a ofrecer a los afiliados que enfrentan eventos catastróficos, planes de salud con cotizaciones iguales a las del resto de los beneficiarios del plan e inferiores a su costo esperado. Esto limita la movilidad entre Isapres, porque los afiliados que contraen una enfermedad crónica o de alto riesgo estando en una determinada Isapre, ven restringidas sus posibilidades de incor

26 Miranda, 1994. *ibid*

poración a otra, toda vez que dicha enfermedad pasa a constituir una preexistencia sujeta a restricción de beneficios por la nueva Isapre²⁷.

Falta de propuestas favorables para los afiliados de tercera edad: En los afiliados de la tercera edad aumenta el riesgo de enfermedades, por lo que con frecuencia afrontan aumentos en los precios de sus planes de salud o disminución de sus beneficios, en circunstancias que simultáneamente disminuyen sus ingresos al pasar a la edad pasiva. Lo anterior, tiende a limitar su posibilidad de acceso a los beneficios del sistema justamente cuando más lo necesitan, pudiendo trasladarse a Fonasa con la consiguiente disminución de beneficios y sobrecarga del sistema estatal, por tratarse de afiliados con costos esperados superiores a su cotización. Cabe mencionar que estos problemas se dan en determinados segmentos de la población, en particular, jubilados del antiguo sistema previsional o aquellos que se trasladaron tardíamente al nuevo sistema previsional. Estos reciben jubilaciones inferiores que aquellas que estimamos recibirán las personas que hoy en día tienen 55 años o menos, grupo que comprende a la población más representativa del sistema Isapre²⁸.

CUADRO N° 4: COTIZANTES DE MÁS DE 60 AÑOS

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

Fuente: Fischer R. y Serra, P. "Análisis económico del sistema de seguros de salud en Chile", Rev. de Análisis Económico, Vol. 11 N° 2, Nov. 1996.

27 Según Rebolledo, J. y otros. 1997, op. cit.

28 Fischer, R., Mizala, A., Romaguera, P., "Las Isapres y la salud en la tercera edad". Boletín Economía y Gestión. DII. Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas. U. de Chile, noviembre, 1996.

Falta de incentivos para conductas saludables: A pesar de que el aportante constata la estricta relación entre el monto entregado y los beneficios recibidos, el sistema Isapre no incentiva a los afiliados para que asuman conductas saludables, pues la cotización es obligatoria y en una proporción fija. La mayor o menor utilización de los servicios de salud les significa, en general, el mismo costo aun cuando tengan un rol activo en la prevención y mantenimiento de su salud. Actualmente, el sistema no aprovecha toda la capacidad de sus afiliados para disminuir sus costos. Las Isapres no incentivan el autocuidado ni premian las conductas saludables, que además de ser beneficiosas para su calidad de vida, favorecen al sistema por la disminución de gastos en enfermedades y conductas previsibles. Esto es relevante si se sabe que el 70% de los chilenos consume alcohol; los bebedores anormales alcanzan al 20% de los hombres adultos, con 5% de enfermos alcohólicos. Asimismo, la prevalencia de tabaquismo es de 37% en los hombres y 25% en las mujeres. Además, entre las quince primeras causas de pérdida de años de vida ajustados para discapacidad están las enfermedades cardiovasculares, y la dependencia del alcohol. Del mismo modo la primera causa de muerte son las enfermedades cardiovasculares seguidas del cáncer²⁹.

Duplicación de esfuerzos en inversiones de infraestructura de servicios de salud públicos y privados: Actualmente existe la posibilidad de prestación de servicios a través de contratos celebrados entre el afiliado y el médico tratante en los pensionados de los hospitales públicos, en los que los médicos estipulan los precios de la atención en forma independiente de los precios cobrados por el hospital público. Sin embargo, no existe la opción de que los afiliados a las Isapres se atiendan en las salas comunes de los hospitales. Las propuestas para abrir esta posibilidad han sufrido el rechazo del Colegio Médico y otros actores, en virtud de un probable desmedro en la atención de los sectores más pobres. La dificultad de que las Isapres contraten los servicios en las salas comunes de los hospitales públicos les impide ofrecer alternativas de bajo costo a sus afiliados, a pesar de que existe subutilización de camas en este sector.

29 Situación de Salud en Chile 1996. Tarjeta de Presentación del Ministerio de Salud de Chile.

III ROL REGULADOR DEL ESTADO A TRAVÉS DE LA SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES

La Superintendencia de Isapres es el organismo regulador creado especialmente para supervisar el mercado de seguros de salud privado, para lo cual cuenta con facultades especiales.

Existe en Chile un sistema dual de salud³⁰, en que Fonasa concentra a las personas de bajo ingreso y alto riesgo. En 1995 prácticamente la totalidad de los pensionados era cotizante del sistema Fonasa. Como conclusión este sistema divide a la población entre “ricos y pobres” y “alto y bajo riesgo”, lo que obliga a una discusión de la pertinencia del subsidio público del 2% para cotizantes de Isapres de bajos ingresos. Esto se evidencia con los siguientes cuadros:

CUADRO N° 5: AFILIACIÓN POR ESTRATO DE INGRESO

| RANGO DE EDADES | QUINTILES | | | | | | | | | |
|-----------------|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | I | | II | | III | | IV | | V | |
| | PÚBLICO | ISAPRES | PÚBLICO | ISAPRES | PÚBLICO | ISAPRES | PÚBLICO | ISAPRES | PÚBLICO | ISAPRES |
| 0-20 | 93 | 7 | 82 | 18 | 69 | 31 | 51 | 49 | 30 | 70 |
| 21-50 | 92 | 8 | 82 | 18 | 69 | 31 | 53 | 47 | 34 | 66 |
| 51-64 | 97 | 3 | 94 | 6 | 88 | 12 | 81 | 19 | 51 | 49 |
| 65 y más | 99 | 1 | 98 | 2 | 97 | 3 | 94 | 6 | 77 | 23 |
| Total | 93 | 7 | 84 | 16 | 74 | 26 | 60 | 40 | 39 | 61 |

Fuente: O. Larrañaga “El sistema de salud dual chileno”, mimeo, Depto. de Economía, U. de Chile, Nov. de 1996.

30 Larrañaga, O. “El Sistema de Salud Dual Chileno”. Dpto. Economía. U. de Chile, Nov. 1996.

CUADRO N° 6: AFILIACIÓN POR RIESGO MÉDICO (EN PORCENTAJE)

| TIPO DE ATENCIÓN | QUINTILES | | | | | | | | | |
|---------------------|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | I | | II | | III | | IV | | V | |
| | PÚBLICO | ISAPRES | PÚBLICO | ISAPRES | PÚBLICO | ISAPRES | PÚBLICO | ISAPRES | PÚBLICO | ISAPRES |
| Interv. Quirúrgicas | 93 | 7 | 87 | 13 | 69 | 31 | 62 | 38 | 38 | 62 |
| Partos | 94 | 6 | 83 | 17 | 68 | 32 | 47 | 53 | 34 | 79 |
| Cesárea | 21 | 41 | 26 | 26 | 23 | 43 | 24 | 59 | 51 | 51 |

Fuente: O. Larrañaga "El sistema de salud dual chileno", mimeo, Depto. de Economía, U. de Chile, Nov. de 1996.

El rol de la Superintendencia de Isapres es buscar la equidad del sistema. Esta acción es relevante, pues es posible que los grupos de ingresos medios/bajos sean los más afectados por este sistema de salud dual chileno, ya que su alternativa es financiar (parcialmente) la salud de los más pobres cuando están en Fonasa o bien ser los clientes de última clase del sistema Isapre, con una cobertura bastante precaria de sus riesgos de salud³¹.

También se debe considerar elementos no equitativos como el hecho de que el sistema público otorga un subsidio de hecho especialmente a los cotizantes de bajos ingresos a las Isapres, que acceden en forma gratuita a prestaciones en el sector público, porque les significa un importante copago en sus Isapres o porque esas prestaciones no están cubiertas por sus planes de salud. Este problema de subsidios cruzados no ha sido abordado por los servicios de salud públicos, a pesar de que la Superintendencia de Isapres tiene disponible el listado actualizado de todos los cotizantes al sistema³². Por otra parte, pueden celebrarse convenios entre las Isapres y los servicios públicos de salud, para la atención en servicios de urgencia, cuidados intensivos, intervenciones quirúrgicas o exámenes de apoyo diagnóstico y terapéutico, sin que esto signifique detrimento en la atención de los beneficiarios del sistema público.

La Superintendencia de Isapres busca mejorar la eficiencia del sistema, porque el mercado de salud privada tiene desestímulos para ser eficiente, ya que:

El producto ofrecido no está definido por el mercado, sino por la ley que las rige
³¹ Larrañaga, O. (1996).
³² Entrevista personal con Ricardo Poblete, funcionario del Dpto. de Estudios. Superintendencia de Isapres.

La obligatoriedad de cotización, el porcentaje de la remuneración mínimo para cotizar, la imposibilidad de desafiliación involuntaria, las prestaciones mínimas obligatorias, son características del sistema Isapre establecidas por ley. Por lo tanto, la Superintendencia debe velar porque las Isapres respeten estas características.

La modificación legal de 1995 determina que si al momento de la renovación el cotizante no acepta el nuevo contrato, la Isapre deberá ofrecerle planes de salud alternativos, en condiciones equivalentes, pudiendo el afiliado aceptar alguno de ellos, o bien retirarse. La disposición agrega que si el cotizante estima que los planes ofrecidos no son equivalentes puede recurrir a la Superintendencia. Sin embargo, la propia Superintendencia reconoce que es prácticamente imposible interpretar la noción de equivalencia de planes. El producto, al ser traducido como plan de salud, no es explícito para los afiliados, ni hay posibilidades de comparación, por lo que se requiere de un paquete básico.

La existencia de asimetrías de información entre:

Afiliado-Isapre: La adecuada elección de la Isapre es compleja por las dificultades de comprensión del contrato y la falta de elementos para comparar los diferentes planes de salud y las restricciones existentes como exclusiones (prestaciones que no cubre), topes (limitaciones a la cantidad de veces que se puede usar una prestación o al monto máximo anual que se puede gastar en ella), y carencias (plazo que debe esperar un afiliado para acceder a ciertas coberturas). Para superar esta asimetría de información, la Superintendencia creó un programa de educación a usuarios (PPES) y elaboró una cartilla informativa que permite comparar planes de salud.

Isapre-afiliado: Existe la posibilidad de que los afiliados no declaren una enfermedad preexistente (intencionalmente o no). En este caso, si el afiliado ingresa al sistema resulta difícil probar en el futuro que el afiliado tenía o no una enfermedad determinada. Adicionalmente para las Isapres es difícil verificar la validez de las licencias médicas y evitar cobros fraudulentos.

Isapre-proveedor de servicios de salud: La Isapre, al cancelar en forma irrestricta por los servicios prestados, asume un riesgo financiero muy alto. Esto se limita parcialmente con la fijación de topes, pero no elimina servicios que pueden haber sido innecesarios. Otro riesgo es que el proveedor atienda a no afiliados, o afiliados que

accedan a beneficios mayores de los contemplados en su plan por ese servicio y cobre a la Isapre, lo cual se trata de minimizar en la ley.

Proveedor de servicios-afiliado: El afiliado no tiene información sobre la pertinencia o no de los servicios de salud prescritos por el proveedor de servicios de salud, lo que en ocasiones puede resultar en gastos excesivos e inútiles.

La falta de un producto homogéneo imposibilita evaluar si los incrementos en los precios de los planes de salud están acordes a un aumento en cobertura o a mejores servicios de salud.

Respecto del cumplimiento de los contratos es difícil y costoso demostrar ante la justicia que el servicio recibido por el afiliado no corresponde a su contrato. Por otra parte, sólo un 20% de los afiliados utiliza efectivamente los beneficios mínimos legales como el examen preventivo anual, control de embarazo y hasta el sexto mes después del parto y control del niño hasta los seis años. El programa educativo de la Superintendencia apunta a aumentar la cobertura de uso de estos beneficios. Sin embargo, la actuación de la Superintendencia en este aspecto es poco efectiva, pues actúa sólo como aplicador de sanciones, luego de que la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez dicte su fallo.

Desafiliación involuntaria: existen incentivos para que las Isapres eliminen a los afiliados que les resulten caros (por enfermedades crónicas o catastróficas), lo cual justifica buscar una protección legal para los afiliados como ésta, mediante la cual se obliga a las Isapres a renovar los contratos de salud sin discriminación por el estado de salud del afiliado. En la práctica, si el afiliado no reclama a la Superintendencia no está protegido contra esta discriminación. Es importante señalar que esto no puede ser regulado por el mercado, pues existe el riesgo de selección adversa, pues la Isapre atraería una proporción mayor de los afiliados siniestrosos que la existente en la población con lo que sus costos aumentarían. Si éstos aumentan lo suficiente, el mercado no alcanzaría el equilibrio sólo con reputación.

Renovación anual del contrato: una Isapre puede hacer que un cotizante se desafilie “voluntariamente” bajando el nivel de cobertura y/o servicios a este afiliado. Para evitar este mecanismo se requiere un fiscalizador o supervisor del sistema y debe tener facultad para evaluar el tratamiento médico recibido, lo que actualmente la Superintendencia no realiza.

El objetivo de la Superintendencia es prevenir y corregir estas fallas de mercado de los

seguros privados de salud y supervigilar el sistema usando mecanismos que estimulen el perfeccionamiento de este mercado y no introducir sólo herramientas administrativas que puedan originar fallas de gobierno. Los principales criterios de regulación son³³:

- Defensa del usuario.
- Promoción del sistema Isapre.
- Anticipación de efectos de mediano y largo plazo, con diálogo con los fiscalizados e identificar y ponderar los efectos colaterales de las medidas de regulación.
- Transparencia.
- Flexibilidad: luego del análisis costo/efectividad y costo/beneficio de la regulación, la decisión será regular, no regular o desregular.

Para la Asociación de Isapres, A.G., se debe evitar una regulación excesiva, ya que ello desalienta la inversión, el progreso tecnológico y el desarrollo de nuevos planes de servicios, por lo que debe restringir su accionar a materias relativas al control del cumplimiento de los contratos, difusión del sistema para mejorar la capacidad de elección de consumidores y cautelar el adecuado funcionamiento de un mercado competitivo.

1. INSTITUCIONALIDAD DE LA SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES

La Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se creó con la ley N° 18.933, el 9 de marzo de 1990. Su máximo representante es nombrado por el Presidente de la República y se relaciona con el Ministerio de Salud para coordinaciones de política sectorial, pero administrativa, presupuestaria y organizativamente es autónoma.

La misión de la Superintendencia es revisada cada año a través de la planificación estratégica. Sus principales lineamientos de política son: equidad; mayor transparencia al mercado de Isapres; estabilidad en el largo plazo (contención de costos); velar por el cumplimiento de las leyes y normas vigentes; orientación adecuada para los afiliados y las instituciones fiscalizadas.

³³ Entrevista personal con Alejandro Ferreira, Superintendente de Isapres, 13-11-97.

IV EVALUACIÓN DEL ROL REGULADOR DE LA SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES EN CHILE

1. FALLAS DE MERCADO

En un mercado como es el de los servicios de salud donde hay muchas fallas señalaremos en cuáles la intervención de la Superintendencia ha sido relevante y en cuáles la creación del sistema Isapre ha logrado la eficiencia en el mercado de servicios de salud.

Subsidio estatal del 2%

El subsidio estatal del 2% para afiliados a las Isapres debe eliminarse porque es regresivo y no tiene mecanismos de control eficientes³⁴.

Selección adversa

La probabilidad de que sólo se aseguren aquellas personas que tienen mayores posibilidades de enfermar se soluciona parcialmente con la obligatoriedad de cotización porque sólo es posible hacerlo con los trabajadores dependientes, ya que los trabajadores independientes y voluntarios todavía son una minoría.

Discriminación entre afiliados por exclusiones

La modificación legal de 1995 limita las exclusiones, pero no tiene efecto alguno en la práctica, ya que si bien el rango de exclusiones se ha restringido, los topes de reembolso que han colocado las Isapres a las enfermedades antes excluidas son tan bajos que no producen mayores beneficios a los cotizantes³⁵. La intervención de la Superintendencia de Isapres para proteger a los afiliados de estas discriminaciones se limita a entregar información a los interesados, pero no puede intervenir en caso de que la Isapre financie una parte muy ínfima de estas prestaciones. Esto incentiva el traslado de estos afiliados a Fonasa, con lo que en la práctica hay una selección adversa de los asegurados de alto riesgo hacia Fonasa.

La legislación de 1995 promueve la renovación de los contratos de salud, evitando la discriminación de los afiliados y sus cargas que hubieran adquirido enfermedades que incrementen la posibilidad de ser excluidos por otras Isapres. Lamentablemente, los efectos

³⁴ Cifuentes, M. en *Mitos sobre subsidios al Sistema Isapre en "Las Isapres hacia la Modernidad en Salud"*. Edit. CIEDESS - Santiago de Chile, 1996.

³⁵ Fischer, R. y Serra, P., 1996, *op. cit.*

de esta intencionalidad son limitados, porque el precio del contrato al momento de la renovación se incrementa de tal manera, que fomenta la salida especialmente de afiliados de bajos ingresos, hacia el sistema público.

Discriminación entre los afiliados por preexistencias

La ley de 1995 limita las restricciones a las preexistencias. Las enfermedades preexistentes que el cotizante declare tienen una cobertura mínima de 25% durante un período de 18 meses, transcurrido el cual tienen una cobertura de 100% de lo establecido en el respectivo plan de salud. Desafortunadamente, las modificaciones legales tienen efectos que no siempre corresponden a las intenciones del legislador. Las Isapres han comenzado a no afiliar a nuevos cotizantes con preexistencias, lo cual antes no ocurría, ya que se ofrecían planes que excluían los beneficios correspondientes a prestaciones derivadas de la enfermedad declarada. La discriminación hacia las personas que desean afiliarse y declaran una enfermedad preexistente, produce dos efectos: ante el rechazo del contrato, sólo le queda acudir al sistema público (Fonasa); y además incentiva a ocultar información en la declaración de salud, lo que finalmente recarga la labor de la Superintendencia de Isapres respecto a la resolución de conflictos entre afiliados e Isapre.

Riesgo de comportamiento

La existencia de copagos, libremente pactados entre el afiliado y la Isapre, disminuye este riesgo, que consiste en que la posesión de un seguro induce a comprar más servicios médicos. Se dejó a la libre competencia la fijación de los copagos y las Isapres utilizan los montos de copago como medios para restringir la libertad de elección, pues cuando el afiliado utiliza los servicios de prestadores pertenecientes a la Isapre o con los que ésta tiene convenios, los copagos son menores.

Prestaciones mínimas obligatorias

Las Isapres tienen incentivos para no promover el uso de estas prestaciones. Por ejemplo, menos del 20% de los afiliados se realiza un examen preventivo anual. Se debe destacar el Programa de Educación Permanente de la Superintendencia difunde estos derechos, pero es insuficiente, porque debería haber mecanismos para que los afiliados soliciten espontáneamente estas prestaciones.

Asimetrías de información

La promoción de la transparencia del mercado por la existencia de las cuatro asimetrías descritas ha dado lugar a la acción reguladora en dos de ellas, en la asimetría Afiliado- Isapre e Isapre-afiliado. En la primera ha destacado el Programa de Educación Permanente de la Superintendencia y, después de 15 años de funcionamiento, se ha creado la Cartilla Única, que es un instrumento para facilitar la comparación de planes de las Isapres. Este hecho muestra que el libre mercado no crea incentivos para que las Isapres promuevan información relevante para sus afiliados. Es más, las Isapres destinan aproximadamente un 4,6% de sus gastos administrativos en comisiones de los agentes de venta que en conjunto suma 60 millones de dólares. En la segunda asimetría Isapre-afiliado, se previene la conducta deshonestas de afiliados facultando a la Isapre a no pagar las atenciones médicas derivadas de enfermedades preexistentes no reconocidas en la declaración de salud, que se debe firmar junto con el contrato de seguro de salud, y en casos extremos poner término al contrato de salud. En ambas asimetrías la intervención del organismo regulador es muy importante. En las otras dos asimetrías señaladas, la Superintendencia no tiene atribuciones legales para intervenir.

Cobertura de eventos catastróficos

La Superintendencia de Isapres no tiene facultades para intervenir, pues existe la posibilidad de un aumento excesivo del precio del contrato de salud de un afiliado que contrae o sufre un evento catastrófico al momento de renovarlo. Consideramos que esto implica una protección excesiva de parte de la Isapre, pues no asume un riesgo que normalmente asume la industria de seguros, esto es relevante si consideramos además que el seguro es obligatorio.

Asimismo, el corto plazo (un año), privilegia la búsqueda de rentas de corto plazo y no mejorar la calidad de vida de sus afiliados, lo cual amerita la intervención de la Superintendencia de Isapres.

Cobertura de afiliados de la tercera edad

Si el sistema Isapre continúa con la posibilidad de desafiliar de hecho a los cotizantes no deseables, como son los afiliados de tercera edad, ello incentiva su traslado al sistema público (Fonasa). La Superintendencia de Isapres debiera buscar mecanismos para evitar este trato desigual, pues está demostrado que el cotizante promedio del sistema Isapre no debiera tener problemas para enfrentar el aumento de costos de la atención de salud al llegar a la ancianidad.

Es fundamental la intervención de la Superintendencia de Isapres para prever aumentos excesivos en los costos de los planes para los ancianos. Esto es relevante por la tendencia de envejecimiento de la población chilena, en el quinquenio 1990-1995 la esperanza de vida al nacer es de 74,43 años³⁶.

Destino de los excedentes

La diferencia entre el valor del contrato y el monto cotizado en base al 7%, anteriormente quedaba como renta para las Isapres. Desde 1995 estos excedentes pasan a una cuenta individual, que permite al usuario utilizarla en gastos médicos o administrativos. El costo de administrar estos excedentes es muy alto y hasta engorroso, porque los montos son pequeños. Esto ha obligado a las Isapres a ofrecer mayores ventajas y beneficios en los planes a sus afiliados con el fin de que utilicen todo el monto de su cotización obligatoria³⁷.

Eficiencia administrativa

Si una de las razones para crear el sistema privado de salud fue la ineficiencia interna del sistema público, la inexistencia de incentivos para disminuir gastos derivados del pago de prestaciones constituye una contradicción, pues el sistema de pago contribuye al aumento de costos del sistema Isapre. Esta ineficiencia se cubre con el aumento de precios de los contratos, que son controlados sólo en forma parcial por la Superintendencia en el caso de que el afiliado reclame y mediante un juicio arbitral. Lógicamente, no es deseable que todos los afiliados acudan a la Superintendencia a consultar para saber si el incremento del precio de su plan de salud es justificado o no, pero se podría crear un mecanismo para enseñar a los usuarios a calcular los aumentos probables del precio de su plan de salud.

Explosión de costos

La modalidad de pago irrestricto por los servicios prestados por los proveedores de salud ha originado un aumento desmesurado de los costos. Esto se explica por el riesgo de comportamiento de los proveedores de servicios de salud, pues no existe ningún control para los precios que éstos cobran, ya que las Isapres son tomadoras de precios. Esto se está enfrentando parcialmente con la integración vertical y los convenios con prestadores. Consideramos

³⁶ Situación de salud en Chile 1996. Tarjeta de Presentación del Ministerio de Salud de Chile.

³⁷ Al respecto, el señor Rafael Caviedes, presidente ejecutivo de la Asociación de Isapres, considera que no se ha beneficiado a los afiliados y lo que se ha logrado es aumentar los costos administrativos de las Isapres.

que la Superintendencia debería promocionar otros mecanismos de pago por prestaciones como el pago por diagnóstico o pago per cápita para que el sistema sea eficiente, y no exista uso inapropiado (excesivo e innecesario) de tecnología, realizando los exámenes auxiliares estrictamente necesarios sin uso excesivo de servicios de hospitalización.

2. LIMITACIONES DE LA INSTITUCIONALIDAD DE LA SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES

Imponer un rol regulador del Estado sobre el sistema Isapre luego de diez años de funcionamiento, durante los cuales existió una supervisión/fiscalización limitada por Fonasa es sumamente difícil.

Considerando que este es un sistema nuevo y el poco tiempo de existencia de la Superintendencia de Isapres, es entendible que haya muchos aspectos no imaginados ni previstos respecto al rol regulador de esta institución.

Se ha tendido a exacerbar la importancia de los procesos de liberalización de mercados y de privatización de empresas públicas, minimizando las modernizaciones regulatorias que debían acompañarlos, especialmente en los ámbitos de los monopolios naturales y de los recursos naturales. La privatización en mercados en los cuales las empresas públicas cumplían también como reguladores, creó un vacío en cuanto a las reglas del juego que definen el marco institucional para los agentes privados³⁸.

Esto explica que después de nueve años de funcionamiento de las Isapres, se creara la Superintendencia, con una ley que le otorgó funciones muy limitadas en materia de regulación. La reforma de 1995, entregó mayores atribuciones a la Superintendencia, pero menores a las propuestas por el gobierno de ese año, lo que evidenció la fuerte resistencia de los grupos de interés ante una mayor regulación.

Captura política

Una de las grandes deficiencias es el nombramiento de la máxima autoridad de la Superintendencia por el Presidente de la República. No existe la independencia política recomendada para evitar el riesgo de que el puesto sea objeto de pugna de poder político partidario y fuente de clientelismo político.

38 Muñoz, O. "Hacia el estado regulador" en *Después de las privatizaciones, hacia el Estado regulado*, De. Dolmen- CIEPLAN, Stgo., 1995.

El riesgo de captura política en este caso se ha traducido en cambios frecuentes de la máxima autoridad regulatoria, con cuatro superintendentes en menos de siete años. Asimismo, la discusión sobre el rol del Estado en el sector salud, está sumamente ideologizada, y en la actualidad no existe un consenso sobre el desarrollo del sistema Isapre. Asimismo, la Asociación de Isapres plantea que la Superintendencia debería depender de un Ministerio del área económica, al ser las Isapres instituciones de seguros.

Captura empresarial

Este problema es similar al de otras instituciones reguladoras chilenas. Actualmente, en la Asociación de Isapres está un ex director de Fonasa, y un ex superintendente dirige una institución privada de servicios médicos. Asimismo, estar sujetos al sistema público de remuneraciones, es un impedimento para captar y retener a los profesionales más capacitados.

Problemas de coordinación de esfuerzos

No se han presentado problemas de este tipo, dadas las características de esta institución cuyo ámbito de acción es el sistema privado de salud, aunque cabe señalar que el énfasis del Ministerio de Salud está en el sistema público.

Inflexibilidad en el uso de recursos

El uso de recursos por parte de la Superintendencia tiene las restricciones presupuestarias tradicionales del sistema público, ya que su presupuesto le es asignado con partidas específicas, lo que impide la flexibilidad requerida. Es necesario mencionar que el 70% de sus funcionarios es contratado anualmente y son evaluados por su desempeño antes de renovar el contrato respectivo.

Un superintendente frente a una comisión reguladora

Existe mayor riesgo de captura política y empresarial y mayor influencia de la visión de un solo individuo en las tomas de decisiones. En cambio, cuando es una comisión reguladora disminuyen los riesgos mencionados, pero la rapidez y oportunidad de las respuestas que debe realizar en su trabajo diario haría no viable que sea una comisión reguladora.

Resolución de conflictos entre las Isapres y la Superintendencia

Acudir a un Tribunal de Justicia especializado como la Corte de Apelaciones para la resolución de desacuerdos de las Isapres con los dictámenes de la Superintendencia, no es conveniente, pues el Poder Judicial cuenta con procedimientos muy lentos y que no responde a las necesidades de los usuarios. Por tanto, consideramos pertinente la creación de una comisión autónoma que resuelva los conflictos entre organismos reguladores y las empresas reguladas, lo que crearía jurisprudencia.

3. EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS AFILIADOS

Aspectos de prevención en salud

Inversión en promoción y prevención de la salud y el dilema del prisionero:

Está demostrado que invertir en actividades preventivas es beneficioso para los sistemas de salud, tanto en el aspecto económico como en el aumento de la calidad de vida de sus beneficiarios³⁹.

Dado este supuesto, es conveniente que el sistema Isapre invierta en actividades preventivas en sus diferentes niveles: exámenes médicos anuales, detección precoz del cáncer, educación sobre riesgos de salud, etc.

Si todas las Isapres cooperaran e invirtieran en actividades preventivas promocionales, todas serían beneficiadas. Disminuirían su gasto en salud y aumentaría la calidad de vida de sus afiliados. Pero, al existir la posibilidad de que al cabo de un año el afiliado pueda cambiar de Isapre, se produce la actitud del “dilema del prisionero”: Ninguna Isapre realiza estas actividades y todas se perjudican, pues los gastos en atención de salud siguen altos o se incrementan, la tasa de siniestralidad se mantiene o aumenta y sus afiliados tienen menor calidad de vida. La libre competencia no es suficiente para crear incentivos para invertir en estas actividades. Consideramos que se justifica ampliamente la intervención de la Superintendencia de Isapres en este aspecto, por el beneficio potencial para todo el sistema privado de salud, así como para los afiliados y las Isapres.

³⁹ Como señala el “Informe sobre el desarrollo mundial de 1993 del Banco Mundial”, varias actividades se destacan por su elevada eficacia en función de los costos; el costo de ganar un AVAD (medida que combina los años de vida saludable perdidos a causa de una mortalidad prematura y los perdidos como resultado de discapacidad) puede ser notablemente bajo, a veces menos de 25 dólares y con frecuencia entre 50 y 150 dólares. Entre las actividades comprendidas en esta categoría se cuentan las siguientes: Inmunizaciones, servicios de salud centrados en las escuelas, información y servicios seleccionados de planificación de la familia y la nutrición, programas para reducir el consumo de tabaco y alcohol.

Coherencia entre el perfil epidemiológico y los programas desarrollados por las Isapres

Para 1994, los indicadores demográficos clásicos en Chile son una mortalidad general de 5,4 por cada mil habitantes, una tasa de natalidad de 20,5 por cada mil habitantes y un crecimiento vegetativo de la población que se ha mantenido estable en los últimos diez años, fluctuando en alrededor de 1,7% anual. La expectativa de vida es de 74,4 años para el quinquenio 1990-1995.

Las principales causas de muerte en el país corresponden a patologías fuertemente ligadas con los estilos de vida no saludables y al envejecimiento de la población, tales como enfermedades del aparato respiratorio, cáncer, accidentes y violencias, que representan en conjunto el 60% del total de fallecimientos.

La prevención tiene tres niveles: una primaria, que influye en las políticas de medio ambiente, conductas de los individuos relacionadas con la promoción de la salud; la prevención secundaria da el diagnóstico precoz y trata de evitar la recaída en la dolencia adquirida, ofreciendo servicios de tratamiento y de recuperación; aquí juega un rol muy importante el sistema de servicios de salud público y privado y, el nivel terciario, cuando ya se cuenta con las consecuencias de alguna enfermedad trata de prevenir complicaciones y prolongar la vida, trabajando en el ámbito de la rehabilitación.

Las Isapres tienen mayor participación en la prevención secundaria, ya que poseen un alto índice de prestaciones en consultas ambulatorias. En 1996, el 32% de las prestaciones otorgadas fueron atenciones médicas y el 36% exámenes de diagnóstico.

No se ha cuantificado el número de licencias médicas causadas por enfermedades que pueden ser disminuidas con programas preventivos, el monto de los subsidios por incapacidad laboral por causas terapéuticas, jurídicas y económicas constituyó aproximadamente un 19% de la cotización al sistema en 1996.

El mercado se encuentra en una etapa de madurez tal que se hace necesario crear nuevos productos como seguros complementarios para enfermedades de alto costo y a la vez que brinden servicios preventivos e incentivos al cuidado de la salud, entregando así servicios más integrales.

Coherencia entre la transición demográfica y los programas desarrollados

La transición demográfica con una baja tasa de natalidad es de 2,3 hijos por mujer y el aumento de las expectativas de vida a 74,4 años -explicados por los avances en materias de escolaridad, salud y alimentación, el incremento del proceso de industrialización y la incorporación masiva de la mujer al trabajo- harán cambiar en forma radical la institucionalidad y las políticas que rigen actualmente, por lo que se requiere que las Isapres den respuestas al envejecimiento progresivo de la población chilena.

En la actualidad, se cobra a las mujeres en edad reproductiva de 1,8 a dos veces más por un plan equivalente para un hombre y no hay acciones específicas para disminuir los riesgos de salud de la mujer. Es más, las Isapres no fomentan en forma adecuada los exámenes preventivos anuales que incluyen el diagnóstico precoz del cáncer cérvico uterino (PAP). La única respuesta a estos mayores riesgos de salud de la mujer es el encarecimiento de sus planes de salud con un sesgo hacia el evento reproductivo, dejando de lado el abordaje hacia una salud más integral que incluya servicios en distintas etapas de la vida, ya que presentan distintas necesidades como la educación sexual en la adolescencia, prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, programas de planificación familiar, diagnóstico precoz del cáncer uterino y mamario, tratamiento de la mujer en la edad menopáusica. Con estas medidas no sólo se disminuirían los gastos en prestaciones de salud del sistema, sino que se elevaría la calidad de vida de las afiliadas.

Calidad de los servicios de salud

Actualmente, no existe la potestad legal para intervenir en este ámbito por parte de la Superintendencia. Cabe mencionar que este tópico está ausente en la normativa legal de todo el sistema de salud chileno. La única información sobre satisfacción del usuario con la calidad de los servicios de salud, tanto públicos como privados, proviene de las encuestas de opinión pública. Se puede mencionar la Superintendencia de Salud en Colombia, que sí tiene atribuciones para intervenir en la supervisión de la calidad de estos servicios.

V CONCLUSIONES

1. ROL REGULADOR DE LA SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES EN CHILE

Pese a ser una experiencia pionera en América Latina, la acción de los organismos reguladores está en un proceso de maduración y aprendizaje. Existen vacíos respecto de qué industrias se deben regular, qué aspectos son regulables y cómo hacerlo.

La regulación de la Superintendencia de Isapres ha logrado disminuir las asimetrías de información sobre todo entre afiliados e Isapres, pero se requiere mucho más esfuerzo al respecto, particularmente la promoción de las prestaciones mínimas obligatorias y cómo saber si el incremento del precio de un plan de salud es justo.

La regulación de la Superintendencia ha generado problemas como el aumento de costos administrativos para el manejo de los excedentes. Pero, finalmente, el resultado es positivo para los afiliados, pues las Isapres procuran ofertar más servicios para evitar que existan excedentes.

La regulación de la Superintendencia no ha tocado aspectos que la ley no contempla, pero que consideramos importantes, como el hecho de que la Superintendencia de Isapres se convierta en un sujeto activo de propuestas de cambio para perfeccionar el sistema buscando los consensos necesarios para la promoción de mecanismos de disminución de la explosión de costos y las asimetrías de información. Consideramos que la Superintendencia tiene un rol en el desarrollo de incentivos a los afiliados para que se informen mejor y demanden más calidad de atención y mejores condiciones en sus planes de salud.

2. LA INSTITUCIONALIDAD DE LA REGULACIÓN DEL SISTEMA ISAPRE

El principal problema que se le presenta a la institución reguladora es que se creó varios años después del desarrollo de las Isapres y actualmente enfrenta la captura política, la captura empresarial y la inflexibilidad en el uso de recursos

3. EXISTEN VARIOS DILEMAS POR RESOLVER

-Libertad de elección frente a la contención de costos

Es importante reconocer que para disfrutar de una mayor libertad de elección se debe pagar más, ya sea en copagos o en el precio del plan de salud. Buscar el equilibrio adecuado

entre ambos factores es una tarea difícil que pasa por informar adecuadamente a los afiliados para que no enfrenten situaciones indeseables.

-Discrecionalidad para la resolución de conflictos frente a las oportunidades de abuso de la autoridad reguladora

En la medida en que cada vez exista mayor experiencia en la regulación, más control de la opinión pública y que los Tribunales de Justicia respondan oportunamente ante los conflictos entre regulador y regulados, este dilema se va a solucionar, y no va a requerir medidas especiales.

VI PROPUESTAS

-Se debe fortalecer la institucionalidad de la Superintendencia de Isapres y establecer entidades reguladoras con las siguientes características⁴⁰:

- Prestigio, independencia financiera y mayor autoridad.
- Responsables de la promoción de la competencia, protección e información del consumidor.
- Regulación tarifaria y de la calidad del servicio.

Sobre el aumento de la transparencia del sistema y el alza de los precios de los planes de salud, sería razonable considerar la posibilidad de otorgar asesorías sobre las fórmulas empleadas para efectuar los incrementos de precios en los planes de salud. Actualmente, se realiza esta revisión sólo para los afiliados cautivos (con enfermedades preexistentes) que reclaman a la Superintendencia y ésta emite fallos arbitrales que indican si el aumento fue adecuado o no, e incluso sugieren el monto apropiado. Esto podría ser extensivo a todos los afiliados.

La Superintendencia debiera promover actividades de salud preventiva en el sistema Isapre, por medio de acciones que sensibilicen a las Isapres para realizar actividades de fomento de salud dirigidas a sus afiliados. Actualmente, el sistema público de salud no oferta todos los servicios que se requieren para prevenir, sobre todo, enfermedades crónicas o degenerativas.

-Para reducir costos y equiparar las atenciones de salud de los beneficiarios, sugerimos crear un paquete básico de atenciones de salud para todos los habitantes del país.

Asimismo, se podrían reducir costos a través de programas preventivos en enfermedades no transmisibles (crónicas degenerativas), basadas en la evaluación realizada sobre las enfermedades que producen más pérdida de años-vida por discapacidad, que en Chile se realizó en 1993: "AVISA: 15 Primeras causas en ambos sexos"⁴¹.

-Sugerimos la provisión de reaseguros para enfermedades catastróficas.

-Proponemos constituir una Superintendencia de Salud, que abarque al sistema en su conjunto y no sólo a las Isapres. Existen experiencias en este sentido en otros países: en Colombia se creó la Superintendencia Nacional de Salud, que vela por la calidad de los servicios

40 Bitrán E. y Saavedra E. "Promoción de la competencia y regulación de los monopolios naturales" en *Cómo mejorar la gestión pública*, E. Lahera, editor, CIEPLAN-FLACSO-FORO 90, STGO., 1990.

41 Situación de Salud en Chile 1996. Tarjeta de Presentación del Ministerio de Salud de Chile.-

prestados; y en Nueva Zelandia existe una comisión encargada de velar por todo el funcionamiento del sistema, independiente del Ministerio de Salud.

-Planteamos crear un subsidio progresivo para la atención de salud; si es que se decide implementar un sistema más equitativo se debería subsidiar en mayor proporción a los de menores ingresos.

-Flexibilizar la cotización obligatoria de salud, con el fin de evitar los sobreseguros de individuos de altos ingresos y jóvenes que utilizan con menor probabilidad los servicios médicos.

-Hacer uso de los servicios públicos por las Isapres para evitar la duplicación de inversiones en infraestructura hospitalaria, pues existe un estudio de C. Oyarzo que determina una importante capacidad instalada ociosa en algunos hospitales públicos.

-Sugerimos crear estudios epidemiológicos de los afiliados a las Isapres para determinar las prioridades en actividades para aumentar la calidad de vida de ellos.

-Hay que impedir el traspaso del afiliado de la Isapre a Fonasa, para evitar la selección adversa de captar los afiliados de bajo ingreso-alto riesgo, que puede provocar un continuo riesgo de desfinanciamiento del seguro público de salud.

-Proponemos premios para el rol individual activo en prevención y mantenimiento de la salud, iniciativa del sector privado que se está empezando a implementar (Isapre Consalud) y debería extenderse a Fonasa.

-Finalmente, creemos oportuno implementar el pago por diagnóstico y el pago per cápita, pues al compartir el riesgo con los proveedores de salud se puede lograr contención de costos.

VII BIBLIOGRAFÍA

- BANCO MUNDIAL, Informe sobre el desarrollo mundial, 1993. Invertir en salud. Editorial World Bank, Washington DC, 1993.
- BITRÁN, R. Y ASOCIADOS. Instituciones de Salud Previsional (Isapres) en Chile., mimeo, CEPAL, Santiago, Chile, 1996.
- BITRÁN, E. Y SAAVEDRA, E. “Promoción de la competencia y regulación de los monopolios naturales”, en Cómo mejorar la gestión pública, E. Lahera, editor, CIEPLAN-FLACSO-FORO 90, Santiago, Chile, 1990.
- CAVIEDES, R. “Las Isapres en el sistema de salud chileno” en Giaconi J. & Caviedes R. (eds.) Las Isapres hacia la modernidad en salud, CIEDESS, Santiago, Chile, 1996.
- ETCHEVERRY, M.E. “Ponencia seminario: La experiencia chilena en seguridad social de salud”. San Salvador, El Salvador, Noviembre de 1995.
- FISCHER, R. “Análisis económico del rol de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional”, Informe final, Superintendencia de Isapres, Santiago, Chile, 1992.
- FISCHER, R., SERRA, P. “Análisis económico del sistema de seguros de salud en Chile”, en Revista de Análisis Económico, Vol. 11, Nº2, Santiago, Chile, Noviembre 1996.
- FISCHER, R., MIZALA, A., ROMAGUERA, P., “Las Isapres y la salud en la tercera edad”. Boletín Economía y Gestión, Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile, Santiago, Chile, Noviembre, 1996.
- GARCÍA, D., RICSE, C., SALUM, E. “El modelo de gestión y financiamiento de la atención primaria en Chile y su aplicabilidad en Perú y Colombia”, mimeo, Magíster en Gestión y Políticas Públicas, Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile, Santiago, Chile, 1996.
- GIACONI, J., CAVIEDES, R., “Las Isapres: Hacia la modernidad en salud”. Asociación de Isapres-CIEDESS, 1996.
- ISAPRES, “Una liberalización pendiente”, Revista Gestión, Agosto de 1993.
- INSTITUTO DE ECONOMÍA. “Cobertura catastrófica para los cotizantes del sistema Isapre”. Pontificia Universidad Católica de Chile. 1996.

- LAHERA, E. "POLÍTICAS DE REGULACIÓN". Versión revisada de la ponencia presentada en el I Congreso Interamericano del CIAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública, Río de Janeiro, 7 al 9 de noviembre de 1996.
- LARRAÍN, L. "Visión Económica del costo de los seguros sociales", en Giaconi J.& Caviedese R. (eds.) "Las Isapres hacia la modernidad en salud", CIEDESS, Santiago, Chile, 1996.
- LARRAÑAGA, O. "El sistema de salud chileno", mimeo, Departamento de Economía, Universidad de Chile, Santiago, Chile, 1996.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. "Situación de la salud en Chile 1995". Boletín Tarjeta de Presentación.
- LENZ, R. Y FRESARD, C.. "Compromisos de gestión: algunos aspectos conceptuales y empíricos", Documentos de Trabajo, Nº14, CPU, Julio, 1995.
- MIRANDA, E. "Las Isapres y los contratos de salud", en Revista Administración de Salud, Nº8, Programa de Administración en Salud, Universidad de Chile, Santiago, Chile, 1994.
- , "Descentralización y Privatización del Sistema de salud chileno", en Miranda E (ed.), "La salud en Chile, evolución y perspectivas", CEP, Santiago, Chile, 1994.
- MUÑOZ, Ó. "Hacia el Estado regulador", en Muñoz O. (ed.) "Después de la privatizaciones - Hacia el Estado regulador", Dolmen y Cieplan, Santiago de Chile, 1995.
- OYARZO, C., Galleguillos, S. "Reforma del sistema de salud chileno. Marco conceptual de la propuesta del Fondo Nacional de Salud". Cuadernos de Economía, Año 32, Nº 95, Facultad de Economía, Universidad de Chile, Santiago, Chile, abril 1995.
- PÉREZ, E., CAMACHO, J. "Logros del sistema privado de salud y sus externalidades", en Giaconi J. & Caviedes R. (eds.), "Las Isapres hacia la modernidad en salud", CIEDESS, Santiago, Chile, 1996.
- REBOLLEDO, J., UMHA, S., ZÚÑIGA, R. "El sistema privado de salud en Chile", mimeo, Magíster en Administración de Salud, Universidad de Chile, agosto 1997.
- SERRA, P. "LA POLÍTICA DE COMPETENCIA EN CHILE", en Revista de Análisis Económico. Vol. 10, Nº2, noviembre, 1995.
- VALDÉS, S. "El aporte de los seguros de salud", en Giaconi J. & Caviedes R. (eds.), "Las Isapres hacia la modernidad en salud", CIEDESS, Santiago, Chile, 1996.