

PROPUESTA

¿Cómo reformar el sistema de Isapre?

Ronald Fischer *

1. Introducción

En casi todos los países, la salud es uno de los mayores problemas de política pública. En los países desarrollados, donde el acceso a la salud es bueno, los costos aumentan rápidamente¹. En los países pobres, el problema es el acceso a la salud. Países de un grado de desarrollo intermedio como Chile, adolecen primordialmente de problemas de calidad y de costos. Este ensayo examina el funcionamiento del sistema de salud previsional privado en Chile y propone reformas para mejorar su funcionamiento.

El sistema de salud en Chile se caracteriza por estar dividido en dos subsistemas excluyentes: el Fonasa (Fondo Nacional de Salud) y las Isapres (Instituciones de Salud Previsional). Existen otros países en los que coexisten sistemas públicos y privados, pero lo distintivo del caso chileno es que el Estado obliga a todo trabajador a pagar una cotización porcentual de su salario en uno de los sistemas, a elección del trabajador. En algunos países todo trabajador debe cotizar en el sistema de salud estatal y puede cotizar adicionalmente, en forma voluntaria, en un seguro de salud privado. En este caso, el seguro estatal es un impuesto a los trabajadores que cotizan un seguro privado, pues lo más probable es que no serán usuarios del sistema estatal. Más aún, en aquellos países en que el seguro privado es voluntario, éste a menudo se rige por las reglas aplicables a los seguros generales.

Hasta 1981, Chile disponía solamente de un seguro de salud público y quienes no deseaban utilizarlo —ya que consideraban inadecuadas la calidad del servicio— debían contratar individualmente con prestadores de salud privados². Al implementar el sistema de seguros de salud privado, el Estado chileno lo sujeta a una normativa especial, separada de la de los demás seguros y obliga a todos los trabajadores dependientes a cotizar en

■ Ronald Fischer es Ph.D. en Economía de la Universidad de Pennsylvania e Ingeniero Civil Matemático de la Universidad de Chile. Fue profesor en la Universidad de Virginia y ha sido consultor externo del Banco Mundial y del BID en temas de economía de salud y regulación de monopolios. Ha publicado varios artículos en revistas nacionales e internacionales, y recientemente editó el libro "Las Nuevas Caras del Proteccionismo", (Santiago: CEA-Dolmen). Actualmente es profesor investigador del Centro de Economía Aplicada (CEA) del Departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile.

* RONALD FISCHER, Centro de Economía Aplicada, Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile. Avenida República 701, Santiago., FAX : (562) 678 4072, E-mail : rfisher@diu.uchile.cl

El autor agradece a la Fundación Mellon por su apoyo, así como a la dirección de investigación de la Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas de la Universidad de Chile. Las proposiciones descritas han aparecido en un artículo publicado en la *Revista de Análisis Económico*, escrito en conjunto con P. Serra.

¹ Luego de una serie de esfuerzos, E.E.UU. ha conseguido reducir la tasa de crecimiento de los costos de salud. Las medidas necesarias, sin embargo, son extremadamente impopulares.

² Existía también un sistema estatal con libre elección: el Sermena.

uno de los dos sistemas. La cotización mínima es un 7% del ingreso imponible, con un tope de 60 UF (Unidades de Fomento)³. Los trabajadores pueden destinar su cotización a Fonasa o a una de las Isapres. En el sistema Isapre, los cotizantes pueden cotizar sumas adicionales para aumentar la calidad del plan que reciben.

A primera vista, este sistema mixto parece ideal, ya que combina una red de seguridad (*safety net*) para los trabajadores y cargas de bajos ingresos con un sistema con un sistema de libre elección —y, presumiblemente, mejor calidad de servicio— para quienes tienen ingresos suficientes para acceder al sistema Isapre. El sistema es universal, debido a la obligación de cotizar un porcentaje predeterminado del ingreso imponible⁴. Este es un caso de paternalismo estatal, pues obliga a todos los trabajadores a realizar un gasto que, presumiblemente, deberían elegir por sí mismos. La razón para este paternalismo es que el Estado debe hacerse cargo de enfermos que han caído en la indigencia, sin que éstos hayan cooperado con el sistema cuando estaban sanos y tenían mayores ingresos, lo cual es regresivo. Se debe notar que el sistema estatal es financiado, al menos en parte, por impuestos generales y, por lo tanto, existe cierta flexibilidad para introducir criterios redistributivos.

El contrato con una Isapre es voluntario para las dos partes; el cotizante puede cambiarse de una Isapre a otra, o a otro plan más apropiado cuando lo desee. Esta movilidad está limitada en un aspecto: las Isapres no están obligadas a aceptar a un cotizante ni a ofrecerle el plan que el desee. Hasta las modificaciones de 1990, las Isapres podían incluso discontinuar el contrato de salud al momento de renovar el contrato anual, lo que significaba que si un cotizante (o alguna de sus cargas) adquiría una enfermedad de alto costo, no se le renovaba el contrato. A partir de 1990 las Isapres están obligadas a mantener a los cotizantes si éstos lo desean. Por lo tanto, disponen de libertad para rechazar a un potencial afiliado sólo en el momento inicial o si éste intenta cambiarse de plan⁵. Las Isapres pueden cambiar el costo y las prestaciones de un plan, siempre y cuando no discriminen entre los afiliados en base a su salud⁶.

Por su parte, el sistema estatal no puede negar el ingreso a un cotizante. Estos pueden elegir entre dos opciones: libre elección e institucional. En la primera, los afiliados contratan servicios con prestadores independientes y sus copagos aumentan con el ingreso del cotizante, es decir, opera un sistema redistributivo. En la modalidad institucional (a la que están adscritos obligatoriamente los indigentes), se utiliza la infraestructura de los servicios de salud y de las municipalidades.

³ Inicialmente la cotización era de un 4% del ingreso imponible, cantidad que se aumentó sucesivamente hasta llegar al 7% actual.

⁴ La universalidad se refiere a los trabajadores dependientes. Los trabajadores independientes se pueden afiliar al sistema previsional de salud en forma voluntaria.

⁵ Existen las preexistencias, es decir, enfermedades ya existentes que el cotizante debe declarar antes de ingresar a una Isapre. Si no lo hace, puede perder sus derechos. También existen las carencias, es decir períodos posteriores a la iniciación del contrato durante los cuales están excluidos algunos servicios. Actualmente, las carencias se reducen a las consecuencias del embarazo durante los primeros nueve meses del contrato.

⁶ Las modificaciones a la ley de Isapre introducidas en 1995 limitan la tasa a la que pueden subir las cotizaciones con la edad.

La coexistencia de dos esquemas de salud tan diferentes tiene las ventajas descritas más arriba, pero a su vez introduce una serie de problemas difíciles de resolver, que además, cancelan algunas de las ventajas del sistema mixto. Estos problemas nacen, en su mayoría, en la lógica de un sistema de seguros de salud privado en el que usuarios, proveedores de servicios de salud e Isapre cuentan con distinta información⁷. Otros problemas se deben a la interacción de dos sistemas: el subsistema público, que es solidario y que no puede rechazar a ningún postulante, con un subsistema privado, individual y que puede rechazar posibles cotizantes.

Recordemos que, como el nombre lo indica, las Isapres son instituciones cuyo objetivo es asegurar a los afiliados ante un deterioro en su salud, de manera que a la pérdida de bienestar debido a una enfermedad no se agregue un costo económico importante. Sin embargo, observamos que una de las críticas más serias al sistema Isapre es la baja cobertura de enfermedades catastróficas, justamente aquellas para las cuales fue diseñado el seguro de salud⁸. Esta es tal vez la más importante falencia del sistema Isapre, ya que significa que los planes de las Isapres no tienen los atributos de un seguro de salud que fueron la razón para introducir una cotización obligatoria.

El objetivo de este trabajo es mostrar los problemas del sistema y proponer una serie de modificaciones con el objetivo de mejorar su funcionamiento. Dos ideas básicas guían estas proposiciones: primero, que ambos sistemas existen, y por lo tanto, no es posible introducir cambios radicales tales como la eliminación de uno de los dos subsistemas; y, segundo, que se desea un sistema que ofrezca cobertura universal, de buena calidad, con costos que no crezcan excesivamente rápido y en el que no existen subsidios desde el sistema público al privado⁹.

Se debe recalcar que el sistema original de Isapre ya ha sufrido profundas modificaciones. En 1990, se creó su ente regulador, la Superintendencia de Isapre y se prohibió que las Isapres cancelaran los contratos de sus afiliados. En 1995, se eliminaron casi todas las carencias; se otorgaron facultades adicionales a la Superintendencia y se hicieron otros cambios menores. Cabe señalar que estos cambios apuntan a perfeccionar el sistema, en la mayoría de los casos —aunque no siempre— con éxito¹⁰. Por lo tanto, la introducción de modificaciones profundas al sistema no es una novedad y ha permitido que el sistema se desarrolle.

⁷ Por ejemplo, una Isapre no conoce las características de salud de un nuevo cotizante; un enfermo tiene que confiar en que las recomendaciones de su médico son las adecuadas.

⁸ Esto no es solamente una visión popular; un estudio sobre enfermedades catastróficas mostró que la cobertura del sistema disminuye a medida que aumenta el costo de la enfermedad. Véase Díaz, A., *et al.* (1995).

⁹ Salvo excepciones de salud pública tales como la vacunación.

¹⁰ Un ejemplo notable de una medida con consecuencias negativas ha sido la prohibición de establecer contratos en los que se excluyen algunas prestaciones, ya que puede impedir el acceso de cotizantes con preexistencias. Otro ejemplo son las cuentas de excedentes de cotización, las que son caras de mantener y no tienen tamaño significativo.

2. Algunas cifras

El sistema Isapre cubre al 27% de la población (aproximadamente 3,8 millones de personas), mientras que el sistema público tiene una cobertura de aproximadamente un 60% de la población. El resto está cubierto por los servicios de salud de las FFAA. y en forma particular. El crecimiento de la población en el sistema Isapre, que era bastante rápido hasta 1995, se hizo más lento con posterioridad a ese año, en que se introdujeron modificaciones adicionales a la ley, como se observa en la tabla 1. En esa tabla puede observarse que la caída en el ingreso promedio de los afiliados observada en el período 1985-1995 se revierte en 1996, debido a que las nuevas condiciones elevaron el costo de los contratos que ofrece el sistema.

La tabla 2 muestra la distribución etárea de los cotizantes. Se observa que los postulantes de la tercera edad representan el 4,5% del total. Sólo el 8,5% de la población mayor de 60 años está en el sistema Isapre. Esto refleja el hecho que el sistema no ha alcanzado su estado estacionario, ya que las Isapres concentran sus esfuerzos en aumentar el número de cotizantes jóvenes. Dado que la Ley de Isapre tiene apenas 17 años, los cotizantes no han tenido tiempo para envejecer con el sistema.

Tabla 1. Número de cotizantes, beneficiarios, cotización total y renta imponible promedio (Isapres abiertas)

Año	Cotizantes	Beneficiarios	Cotización Total (\$MM 12/96)	Renta promedio (\$ 1996)
1981	26.415	61.659	1.075	—
1985	165.181	426.549	44.578	317.218
1990	798.687	1.900.255	173.142	298.100
1993	1.409.301	3.229.572	323.253	271.668
1994	1.529.892	1.949.458	391.038	266.554
1995	1.587.089	3.578.797	437.283	287.127
1996	1.622.906	3.627.447	410.086	300.292

Fuente: Series Estadísticas Sistema Isapre 1981-1996.

Tabla 2. Cotizantes por edad (1995)

Edad	Numero Cotizantes
Menos de 20	27.764
20-29	517.130
30-39	540.104
40-49	319.132
50-59	170.363
60-69	58.899
70-79	1.2078
80-84	2.017
Más de 84	1.588

Fuente: Series Estadísticas Sistema Isapre 1981-1995.

La tabla 3 muestra el número de prestaciones por beneficiario. Este indicador se ha mantenido relativamente constante en el período 1990-1995, salvo por el salto durante el año 1996. Es interesante constatar la diferencia en este indicador entre las Isapres abiertas y las cerradas¹¹. En las Isapre abiertas cada beneficiario realiza en promedio 3 consultas anuales y casi el mismo número de exámenes de laboratorio, lo cual parece una cifra elevada.

Tabla 3. Número de prestaciones anuales por beneficiario

Isapres	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Abiertas	10,65	8,44	8,45	8,63	9,04	9,40	9,28	9,49	9,24	9,41	9,86
Cerradas	13,10	13,50	13,42	14,16	14,89	15,98	17,76	18,50	17,96	18,23	18,80

Fuente: Series Estadísticas Sistema Isapre 1981-1996.

En el sistema Isapre, alrededor de un 76% de las cotizaciones se devuelve a los usuarios tanto en prestaciones (60,5%) como en subsidios por incapacidad laboral (15,5%)¹². Un porcentaje importante se destina a administración y ventas (18,7%), mientras que el 5,3% de las cotizaciones totales corresponde a utilidades operacionales. Este último porcentaje se ha mantenido cercano al 5% de las ventas durante los últimos años. La

¹¹ Las Isapres cerradas son aquellas a las que sólo pueden pertenecer los trabajadores o empleados de una empresa.

¹² El Mercurio 7/10/97, p. B6. Dado que la cotización anual es en promedio de US\$ 330, corresponde a una devolución de US\$ 251 en prestaciones y licencias.

rentabilidad promedio sobre el patrimonio fue de un 21% durante 1996, lo que es algo menor que la rentabilidad de 25% obtenida durante 1995. En todo caso, estos índices son comparables a los de la industria de seguros generales. El mercado está relativamente concentrado, de acuerdo a las normas norteamericanas, con un índice de Herfindahl de aproximadamente 1.300¹³.

3. Problemas del sistema

En esta sección se describen los principales problemas del sistema Isapre y sus causas.

3.1 Inestabilidad de las Isapres

Hasta la reforma introducida en 1990, el sistema Isapre no tenía las características usuales de un seguro, ya que los cotizantes podían ser desafiliados a voluntad de la Isapre al terminar su contrato anual. Por lo tanto, el seguro entregado por las Isapres era de corto plazo: potencialmente se podían rescindir todos los contratos con afiliados cuyo costo esperado futuro se esperaba fuera mayor que el promedio. La modificación legal de 1990 estableció que las Isapres debían ofrecer al cotizante el mismo plan al que estaba afiliado anteriormente (estableciendo una asimetría entre la facultad del afiliado de retirarse libremente y la imposibilidad de la Isapres de cancelar el contrato).

Esta modificación tiene la virtud de transformar el seguro que ofrecen las Isapres en un seguro de largo plazo, pero tiene la desventaja de introducir inestabilidad en el sistema Isapres. Consideremos una Isapre que tiene afiliados cuya siniestralidad es más alta que el promedio del sistema.¹⁴ Para hacer frente a sus mayores costos, la Isapre debe elevar el precio de sus planes respecto al promedio, lo que provoca un flujo de los afiliados más sanos hacia otras Isapres, aumentando la siniestralidad de los cotizantes restantes, lo que causa una nueva subida en el precio de los planes, y el proceso se repite. En la práctica, las Isapres no son tan inestables pues pueden reducir sus utilidades (al menos por un tiempo) con el objeto de no elevar el precio de sus planes por sobre los de la competencia. De ahí la necesidad de que las Isapres dispongan de reservas para hacer frente a la posibilidad de quiebra.

3.2 Falta de cobertura

Un estudio encargado por la Superintendencia de Isapres determinó que la cobertura de enfermedades catastróficas era menor mientras más alto era el costo del siniestro (Díaz, A., R. Gacitúa, A. Torche, y S. Valdés (1995)).

¹³ El índice de Herfindahl es una medida de la concentración de firmas en una industria. Corresponde a la suma de los cuadrados de las participaciones de mercado de todas las firmas de la industria, multiplicado por 10.000. De acuerdo al Departamento de Justicia de los EE.UU., una industria está desconcentrada si el índice es inferior a 1000, relativamente concentrada entre 1.000 y 3.000 y extremadamente concentrada para valores superiores a 3.000.

¹⁴ Para ser precisos deberíamos referirnos a la siniestralidad del plan en relación a planes similares en el mercado.

Esto significa que los planes que ofrecen las Isapres no tienen las características que uno desearía en un sistema de seguros previsionales de salud. La falta de cobertura en los planes de las Isapre tiene sus orígenes en problemas de asimetría de información y en el hecho que el contrato de salud puede ser cancelado por las Isapres.

Dado que los cotizantes tienen mayor conocimiento de su estado de salud que la Isapre, éstas intentan precaverse contra la posibilidad de concentrar algunos tipos de siniestros. Una forma de hacerlo es ofreciendo planes poco innovadores respecto a la competencia, de manera que quienes tienen mayor probabilidad de requerir un cierto tipo de tratamiento no se concentren en el único plan que ofrece esta cobertura. Un ejemplo es el caso de un plan de salud con excelente cobertura oftalmológica: los oftalmólogos lo recomendaban a todos sus pacientes con problemas.

Debido a que los afiliados a una Isapre pueden cambiarse libremente, pero las Isapres no pueden cancelar los contratos de sus afiliados, una Isapre que ofrece planes con excelente cobertura de enfermedades catastróficas podría perder a los clientes sanos (que observan que están subsidiando a los enfermos). Este fenómeno tiende a disuadir a las Isapres de ofrecer planes con buena cobertura de catástrofes, salvo en el caso de planes colectivos en que se produce *risk pooling*¹⁵.

Los planes inadecuados responden, asimismo, a un deseo de los cotizantes de menores ingresos de tener acceso a servicios ambulatorios de buena calidad (en el sistema Isapre) y recurrir a Fonasa en caso de una catástrofe. El problema, por supuesto, es que se tiene entonces un subsidio regresivo de Fonasa al cotizante. Este último no contribuye, pero sí recurre a Fonasa en caso de atenciones caras.

Una última explicación que se ha propuesto para la baja cobertura de las enfermedades catastróficas es la miopía de los cotizantes respecto a la probabilidad real de una catástrofe de salud. Por lo tanto, los cotizantes están más atraídos por planes que ofrezcan buena cobertura de tratamientos de salud rutinarios que aquellos que ofrecen cubrir enfermedades caras pero poco probables, ya que las personas tienden a subestimar las probabilidades de estos eventos.

3.3 Pérdida de movilidad

Si un cotizante contrae una enfermedad crónica aguda, o alguna condición que eleve el costo previsible del cotizante, la Isapre a la que está afiliado no puede rescindir su contrato, pero al mismo tiempo, el cotizante ha perdido su libertad de elección entre Isapres, pues ninguna otra lo aceptaría en esas condiciones¹⁶. Por lo tanto, el cotizante ha perdido la libertad de elección, que es el gran atractivo del sistema privado de seguros de salud. Informaciones preliminares de un estudio de la Superintendencia de Isapres indican que el número de cotizantes en esa situación es muy bajo

¹⁵ Se conoce como *risk pooling* a la reducción de riesgo que se produce cuando un grupo de riesgos independientes (en este caso los afiliados) se contrata en forma conjunta.

¹⁶ Existen distintos mecanismos por los cuales una Isapre puede hacer más difícil la vida de un cotizante de alto costo, por lo que disponer de libertad de elección es importante.

en la población general de afiliados, lo que puede tener varias explicaciones. La primera, es que las Isapres han sido efectivas en discriminar contra cotizantes y sus cargas con predisposición a estas enfermedades; segundo, que el problema es poco importante y tercero, que estas enfermedades son poco importantes dada la estructura etaria de los beneficiarios. Esta última explicación parece la más razonable al comprobar que la fracción de cotizantes que perciben estar cautivos en una Isapre es mucho mayor entre los afiliados en la tercera edad. Dada la evolución esperada de la población cubierta por el sistema Isapre, cuya edad promedio aumentará, reflejando cada vez mejor la distribución etaria del país, el problema de los afiliados cautivos debería aumentar en importancia.

3.4 Falta de transparencia

Un problema crónico del sistema de Isapre es la falta de transparencia. Los cotizantes tienen grandes dificultades para comparar los muchos planes ofrecidos por las diversas Isapres. Estos se caracterizan por una extrema complejidad y una gran cantidad de letra chica. La reciente modificación legal que obliga a utilizar pesos o UF como unidades de cuenta facilita la comparación de los distintos planes que ofrece una Isapre, aunque persisten los problemas creados por la complejidad y diferentes estructuras de los planes ofrecidos por distintas Isapres. La falta de transparencia determina que los afiliados no necesariamente compren el mejor plan dada su cotización y características familiares. Además, la falta de transparencia reduce la competencia entre Isapres.

Es importante notar que existen proyectos conjuntos de la Superintendencia de Isapres y la Asociación de Isapre para establecer un contrato tipo que facilite la comparación entre planes de salud. De tener éxito el esquema de contrato tipo, se resolvería otro problema importante del sistema.

3.5 Escalamiento de costos

Un problema común a todos los sistemas de salud, pero especialmente a aquellos que utilizan prestadores de servicios privados (médicos u hospitales) es el escalamiento de costos. Se estima que el gasto total en salud equivale a aproximadamente un 6,9% del PIB nacional (Caviedes, (1996)). El porcentaje del PIB destinado a gastos de Mutuales de Seguridad, Fonasa e Isapres aumentó de un 3,20% al 4,60% entre 1985 y 1995, un período de rápido crecimiento del PIB, lo que está indicando tasas muy altas de crecimiento del gasto real en salud. Los índices de costo de las prestaciones médicas han aumentado el doble que la inflación entre 1992 y 1994. Por último, cabe notar que el gasto por beneficiario ha crecido en más de 25% entre 1990 y 1995, a pesar de que el sistema ha incorporado a afiliados de menores ingresos.

Existe una serie de motivos para el aumento en los costos de la salud:

1.— Sobreprestación de servicios: El pago por servicios (*fee for services*) utilizado en el sistema privado, combinado con el hecho que los pacientes cancelan una fracción del costo de los servicios (el copago), hace que los pacientes tengan menos preocupación por los costos de salud. Se reducen

sus incentivos a contener estos costos, tanto en número como en precio de las prestaciones. Además, dado que el paciente tiene mucha menos información que el médico sobre el tratamiento adecuado, no tiene capacidad para evaluar las recomendaciones de tratamiento que recibe por parte de su proveedor.

Las cesáreas son un buen ejemplo de los efectos del pago por servicios, como se ve en la tabla 4, que muestra la proporción de nacimientos por cesárea en los distintos sistemas de salud. Si recordamos que una cesárea es una intervención de cirugía mayor y consideramos que en los países desarrollados tasas de 28% son consideradas extremadamente elevadas, estas cifras muestran el poder de los incentivos económicos sobre el comportamiento de los médicos, así como la falta de información de las pacientes.¹⁷ Es interesante notar que la cantidad de cesáreas no depende de si el sistema es privado o estatal, sino sólo de la posibilidad de libre elección. En el sistema institucional los incentivos a efectuar cesáreas son menores, ya que no se obtienen beneficios de reprogramar los partos ni se cobra por ellos, ya que los médicos en este sistema perciben su sueldo sólo por cumplir su horario.

Tabla 4. Frecuencia de partos por cesárea en Chile (%)

Sistema	1993 ^a	1993	1994	1996	1996
Isapre	53	57	59	60	63
Fonasa libre elección	61	63	65	65	—
Fonasa institucional	—	—	—	—	28

Nota: Datos provenientes de la Serie Estadística Anual del Sistema Isapre (1995, 1996) y del Ministerio de Salud.

2.- Nuevas tecnologías y especialización: Cutler (1996) ha estimado que el 50% del aumento en el costo de salud en EE.UU. se debe a la introducción de nuevas tecnologías. Muchas de estas tecnologías se introducen sin un análisis de su eficiencia. Muchas de ellas son efectivas sólo en el margen; alargan por unos meses la vida de enfermos terminales sin mejorar su salud. La excesiva especialización de los médicos ha llevado a que procedimientos de rutina sean atendidos por especialistas. Éstos solicitan más exámenes que lo haría un médico generalista, que tiene una visión más global de los problemas del paciente. Por último, los especialistas tienen una tendencia mayor a solicitar intervenciones complicadas con efectos marginales (Cutler, (1996)).

En Chile, la contribución obligatoria mínima de un 7% del ingreso imponible tiende a aumentar la tasa de introducción de

¹⁷ Los beneficios de las cesáreas no provienen necesariamente de un mayor precio recibido por el obstetra, sino que también de la posibilidad de programar los partos. Es interesante comprobar que las cesáreas ocurren en más del 85% de los casos en horario hábil, mientras los partos normales se dividen casi igualmente entre horario hábil e inhábil (cifras del Ministerio de Salud para el sistema de libre elección).

procedimientos sofisticados. Dado que existen segmentos del mercado (jóvenes profesionales solteros) cuyo 7% les genera renta a las Isapres, éstas compiten por ellos ofreciéndoles equipos y tratamientos de última generación, sin que éstos sean necesarios. Una vez introducidos al sistema estos tratamientos se incorporan en forma natural a los planes dirigidos a otros segmentos. Por otra parte, las rentas asociadas a estos individuos también se disipan mediante esfuerzos de venta excesivos¹⁸.

3.6 Efecto sobre el sector público

La interacción entre dos sistemas, público y privado, que se basan en sistemas tan diferentes tiene consecuencias negativas para el sector público. En primer lugar, la existencia de un seguro universal provisto por el Estado incentiva a que las Isapres creen planes con buena atención ambulatoria, pero con escasa cobertura de catástrofes. Estos planes son muy atractivos para los afiliados de bajos ingresos, quienes saben que pueden recurrir al sistema estatal en caso de enfermedades graves. Fonasa ha implementado planes para identificar a sus afiliados de manera de no tratar a quienes son beneficiarios de Isapre sin costo para éstas. Sin embargo, un afiliado a Isapre que contrae una enfermedad crónica aguda que tiene una baja cobertura en su Isapre siempre puede trasladarse a Fonasa, donde obtendrá cobertura¹⁹.

La existencia de un sistema privado en que los costos de salud crecen rápido afecta al sistema estatal al elevar el costo de sus insumos y de su personal. El costo alternativo de trabajar en el sistema estatal aumenta, lo que hace que los médicos sólo trabajen una parte de la jornada por la que fueron contratados. Por último, la introducción de nuevas prestaciones y equipos en el sistema privado incentiva a que sean adquiridos en el sector público, aun cuando, como lo señala Cutler (1996), los efectos sean marginales.

4. Propositiones

En esta sección se presentan una serie de proposiciones que, sin afectar los fundamentos del sistema Isapre, tendrían un impacto positivo sobre su funcionamiento.

4.1 Plan mínimo de salud

El Estado obliga a la población a destinar una proporción importante de sus ingresos a la salud. El objetivo es paternalista: el Estado cree que si pudieran elegir libremente, las personas no contratarían seguros de salud suficientes para hacer frente a una catástrofe de salud. El 7%

¹⁸ Los economistas denominan por renta a un retorno a superior a aquél que paga los servicios de un factor de producción bajo competencia, es decir, una renta es una *utilidad sobrenormal*.

¹⁹ Se ha estimado que el monto de este subsidio no intencional del sistema público al privado alcanza casi al cinco por ciento de los ingresos de las Isapres. Una encuesta realizada por CEP-Adimark, reveló que el 24% de los afiliados de las Isapres recibieron atención médica en establecimientos estatales.

mínimo del ingreso imponible destinado a salud es la cantidad de recursos mínima que el Estado cree son necesarias para asegurarse esta cobertura. Como ha sido mencionado antes, una cotización porcentual no resuelve el problema. La cobertura que ofrecen los planes de salud que entregan las Isapres no les asegura a los cotizantes que estarán cubiertos en caso de una catástrofe, y gran parte de la cotización se destina a reducir el copago por prestaciones ambulatorias y a aumentar la calidad de éstas.

Una alternativa que permite asegurar la cobertura de toda la población es que en vez de una obligación de destinar una proporción de los ingresos a comprar un plan, la única obligación sea la de comprar un plan mínimo obligatorio (en una Isapre o en Fonasa), que cubre todas las prestaciones que el Estado cree aseguran una cobertura adecuada. Por supuesto que los cotizantes podrían, voluntariamente, pagar sumas adicionales para conseguir planes mejores, pero todos estarían asegurados a un nivel mínimo aceptable para la sociedad.

Si un plan básico de salud resuelve el problema de asegurar cobertura, ¿cuál es el motivo por el que no se ha implementado hasta ahora? Una respuesta posible estriba en las dificultades para diseñar tal plan, en particular, debido a que existen grupos que se ven negativamente afectados por la restricción de ciertas prestaciones en una canasta básica (Aedo y Torche (1996)) y porque elimina la dosis de discrecionalidad (por lo tanto, de poder) que disponen los médicos al ofrecer una cobertura teóricamente universal pero limitada en la práctica por los recursos disponibles²⁰.

Sin embargo, el conjunto de prestaciones que se ofrecen en la modalidad institucional del sistema público podrían servir como punto de partida para una canasta básica. Después de todo, la forma en que reparten los fondos estatales representa un equilibrio de fuerzas entre el lobby de salud y otras necesidades del Estado y al interior del presupuesto de salud su disposición obedece a equilibrios similares entre especialidades. En otras palabras, la modalidad institucional representa un cierto acuerdo social sobre la cobertura mínima de salud. El problema es que esta canasta no está especificada en la actualidad, sino que sus límites están determinados por los presupuestos de salud y el criterio de los prestadores, ya que como se mencionó antes, los médicos tienen cierto grado de discrecionalidad sobre quién recibe un tratamiento racionado. Es necesario, por lo tanto, transformar este plan de salud ofrecido por el Estado en un plan de salud contractual que especifica los servicios que serán prestados. Es necesario que este plan sea recurrible ante la justicia si el Estado (o una Isapre) no cumple con el contrato. Los estándares de las prestaciones deberían ser los mismos que los ofrecidos en la modalidad institucional. Con este objetivo, sería conveniente que la infraestructura estatal redundante pudiera ser utilizada por las Isapres, las que deberían compensar a Fonasa por estas prestaciones. Una ventaja adicional de este plan básico es que para la mayoría de los

²⁰ A pesar de la cobertura teóricamente ilimitada del plan estatal, la escasez de recursos hace necesario racionar ciertas prestaciones. El criterio de racionamiento es normalmente una lista de espera, pero bajo ciertas circunstancias, los pacientes pueden adelantarse en la lista. Estos criterios tienen un cierto grado de discrecionalidad, la que está bajo control médico.

cotizantes de las Isapres su menor costo elevaría la fracción de sus ingresos de los que pueden disponer libremente.

4.2 Mochilas

Cochrane (1995), ha propuesto un sistema de seguros de corto plazo como una forma de resolver el problema de los afiliados cautivos. Este seguro pagaría el costo futuro adicional esperado de un afiliado que sufre de una enfermedad crónica y desea cambiar de plan. Es decir, si el afiliado decide cambiarse a una nueva Isapre (o a Fonasa), la Isapre original le entregaría a la nueva Isapre una suma equivalente al costo esperado futuro adicional del afiliado producto de su enfermedad crónica (una *mochila*)²¹. Parece probable que un sistema de este tipo sea fácilmente manipulable por las Isapres o por el cotizante, ya que existen enormes dificultades para establecer con precisión el costo adicional de la enfermedad para un plan dado contratado por el cotizante. Sin embargo, la situación mejoraría respecto a la situación actual aun si la *mochila* fuera una fracción del exceso de costo futuro (del cotizante) respecto al promedio. La *mochila* aumenta la libertad de los cotizantes y mejor aún, reduce los incentivos para desprenderse de afiliados con enfermedades crónicas agudas.

La implementación de una medida de este tipo no es simple, pues para cada plan y cada enfermedad incluida entre aquellas para las que se aplica el sistema de *mochilas*, se debe calcular el costo esperado futuro de la enfermedad. Estas dificultades son mucho mayores que las que existen en su equivalente en los seguros de invalidez, lo que obliga a utilizar aproximaciones²². Se debe evitar que hayan incentivos para que los agentes finjan una enfermedad catastrófica crónica de manera de trasladarse a una nueva Isapre sin la enfermedad pero con la mochila. Es probable que sea necesario establecer un mecanismo de arbitraje para determinar si un cotizante efectivamente sufre de una enfermedad cubierta por el sistema.

Una forma de implementar esta proposición es la siguiente:

1. Establecer una lista de cuadros de diagnóstico, estándar para todo el sistema Isapre, con relaciones de conversión entre los distintos cuadros y con uno de estos diagnósticos como cuadro base.
2. Esta lista y las relaciones de conversión se establecerían por un acuerdo (sujeto a revisión plurianual) en el que participarían las Isapres y la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (SISP).
3. Cada plan de las Isapres tendría un elemento adicional que indicaría el monto a transferir por el cuadro base: todos los demás pagos se construirían a partir del pago base.

²¹ Este mecanismo requiere que las Isapres sean capaces de discriminar dependiendo del estado de salud, lo cual contraviene algunas disposiciones de la ley de 1995. En principio, también deberían existir pagos de Isapres a Fonasa o viceversa si algún individuo decide trasladarse del sistema privado (o al revés).

²² Díaz *et al* (1995) recomiendan un sistema similar al de los seguros de invalidez. Sin embargo, la mayor complejidad del cálculo de un seguro de este tipo en salud obliga a simplificar los procedimientos como se señala en el texto.

Dado que la lista de cuadros de diagnóstico sería estándar, se facilitarían las comparaciones entre planes. Sin ser éste un método perfecto, su simplicidad reduciría los incentivos perversos que generaría un sistema que crea transferencias entre Isapres. Las empresas utilizarían estos pagos como otra variable de competencia, en forma similar a los porcentajes de copago o los topes por enfermedad²³. Dado que los cotizantes del sistema privado valoran la libre afiliación, ésta debería ser una importante variable de competencia.

4.3 Seguros de segundo piso contra enfermedades catastróficas

Para reducir los problemas causados por los afiliados catastróficos, se propone un reaseguro que reduzca el riesgo de individuos cuyos siniestros sean particularmente caros. Este reaseguro tiene características especiales que lo diferencian de aquellos ofrecidos en la actualidad por empresas privadas, cuya cobertura es limitada. Los reaseguros existentes en el mercado están asociados a enfermedades específicas, tienen problemas de inconsistencia temporal y tienen límites relativamente bajos de cobertura²⁴. La importancia de un reaseguro como el que se propone es que resuelve uno de los problemas más importantes que afectan al sistema de Isapre, cual es la reducción en el porcentaje de gastos cubiertos en la medida en que aumenta el costo del siniestro. El problema es que en un sistema de seguros de salud caracterizado por problemas de información asimétrica, la libre afiliación tiende a eliminar la componente de seguro del sistema Isapre. Una consecuencia de este hecho es que la fracción cubierta por los planes de Isapres tienden a reducirse en la medida en que aumenta el costo del siniestro de salud. Sin embargo, el problema es de pequeña magnitud en términos absolutos: actualmente el costo de las enfermedades catastróficas no sobrepasa el 4% del gasto en salud de las Isapres²⁵.

El reaseguro que se propone en este trabajo evita este problema, pues cada afiliado es asignado al azar a un grupo (grande) de la población del cual no puede salirse. Por lo tanto, la empresa que le ofrece el reaseguro enfrenta un grupo grande de afiliados para los cuales se puede determinar el costo del seguro de salud. Dado que los afiliados no pueden abandonar el grupo que les corresponde, ni es posible seleccionar a los cotizantes en cada grupo, la reaseguradora no enfrenta riesgo agregado y puede calcular sus costos fácilmente. Los grupos reasegurados se licitan entre compañías de seguros, de manera de rebajar los costos del reaseguro.

Bajo este sistema, el cotizante se afilia a una Isapre tal como lo hace en la actualidad, con libertad de afiliación y desafiliación. Si este afiliado sufre un siniestro que aumenta sustancialmente sus gastos de salud, existe un umbral a partir del cual comienza a actuar el reaseguro. Asimismo, se pueden establecer subsidios cruzados tanto entre cotizantes de la misma

²³ Otra ventaja de este sistema es que reduce los incentivos a intentar desafiliarse a los cotizantes catastróficos, pues la Isapre debe pagar por cada afiliado catastrófico que se retira, por lo que tendrán un mejor tratamiento.

²⁴ No existen regulaciones que impidan que un reasegurador no renueve los contratos a un afiliado enfermo.

²⁵ Comunicación personal de S. Urmeneta, presidente de la Asociación de Isapres.

edad como entre cotizantes jóvenes y viejos. La posibilidad de subsidios cruzados intertemporales es un ingrediente atractivo del sistema, pues reducen la tasa a la que suben las cotizaciones con la edad²⁶.

En el caso de que se sobrepasa un umbral predeterminado de gastos y el reaseguro comienza a actuar, la Isapre se comunica con la reaseguradora y solicita que pague una fracción creciente de los gastos adicionales sobre el umbral de gastos en salud. Es importante notar que el cotizante nunca entra en contacto directo con el reasegurador, por lo que la falta de libertad de elección de la compañía de reaseguro no resulta un problema. Los afiliados a una Isapre van a pertenecer, en general, a distintas reaseguradoras y al cambiar de Isapre, el cotizante mantiene su reasegurador.

La cotización adicional para pagar el reaseguro debería ser proporcional a la cotización a la Isapre. Esta proporción sería constante entre cotizantes con el mismo tamaño familiar. Por ejemplo, si un cotizante paga una cotización a la Isapre de \$50.000, y su cotización adicional para el reaseguro es de \$15.000, la cotización adicional de un cotizante que cotiza \$100.000 en su Isapre debería ser de \$30.000. La cotización adicional dependerá en general del umbral en el que comienza a actuar el reaseguro y de la fracción reasegurada.

El reaseguro rompe la lógica del seguro individual, pues cuando comienza a actuar el reaseguro, se realiza un *risk pooling* entre todos los miembros del grupo, ya que no existe libertad de afiliación (y de desafiliación) en su interior. Por otra parte, no se trata de un sistema solidario, pues aquellos afiliados que tienen planes más caros y una mayor cobertura, tienen un reaseguro mayor (pero también deben pagar una suma mayor por el reaseguro). Existen dos ventajas adicionales desde el punto de vista de los cotizantes: No existe relación entre el asegurado y el reasegurador, pues todos los cobros del reaseguro se establecen entre la Isapre y la compañía reaseguradora. Dado que las reaseguradoras están interesadas en reducir sus pagos a la Isapre, habrá al menos una instancia interesada en controlar los gastos de salud.

Un problema que enfrenta este tipo de reaseguro es que, dada su existencia, las Isapres modificarían sus planes para aumentar la cobertura de enfermedades catastróficas. Por lo tanto, los costos efectivos que enfrentan las compañías de reaseguros pueden aumentar por sobre lo estimado con antelación a la entrada en vigor del sistema. Frente a este peligro, se deben establecer reglas sobre las características de los nuevos planes que puedan ofrecer las Isapres durante la vigencia de un contrato de reaseguro.

²⁶ Para más información sobre el tema del financiamiento de la salud en la tercera edad en el sistema Isapre, ver Fischer, Mizala y Romaguera (1996).

5. Conclusiones

Desde el punto de vista de la salud pública, Chile muestra excelentes índices dado su nivel de ingreso. Sin embargo, la salud es considerada una de las áreas con más problemas en la actualidad. Muchos de estos problemas tienen relación con la calidad de servicio entregado por el sistema público, pero también existe descontento con el sistema Isapre. Este trabajo propone una serie de medidas: plan básico, *mochilas* y reaseguro que, manteniendo las características del sistema actual, lo perfeccionan. Estas medidas, en especial las dos últimas, son implementables en forma relativamente fácil, tal vez sin requerir cambios en la legislación actual.

Existen otros problemas del sistema privado que se resolverán en forma natural: por ejemplo, es probable que el alza de costos debido al uso exagerado de tecnologías nuevas y de especialistas se reduzca con la introducción gradual de planes de tipo HMO. En estos planes el acceso a especialistas y exámenes pasa por un médico que funciona como *gatekeeper*, lo que reduce el número de prestaciones requeridas. Este tipo de mecanismos se introducirán en forma natural, como una forma de hacer frente a los altos costos de la medicina privada.

*Comentario de Rafael Caviedes **

¿Reformas a las Isapres o a Fonasa?

Las personas que optan por una Isapre es porque objetivamente obtienen un mejor servicio. De lo contrario, las decisiones de los individuos, en la medida en que la opción por una Isapre es libre, no tendrían sentido. Por tal razón, la calificación que realiza el autor de que los afiliados a las Isapres obtienen “presumiblemente” un mejor servicio en estas instituciones me parece poco objetiva. Efectivamente, tanto el servicio médico como el administrativo que ofrecen las Isapres es claramente mejor.

Sobre el mismo punto, se debe considerar que el sistema público es financiado sobre un 65% con subsidios estatales. El resto lo aportan los usuarios, ya sea como cotización de salud o con los cobros que realizan los hospitales públicos y los copagos. Cabe destacar que en el sistema público los beneficiarios pueden utilizar alternativamente y en todo momento las modalidades de libre elección o institucional, según les convenga. Estos son dos “planes de salud” que ofrecen una muy distinta cobertura y diferente calidad de servicio. Su fuente de financiamiento es única e indivisible, por lo que no se puede determinar el origen de los fondos, los subsidios cruzados y quiénes usan el servicio. Parecería conveniente, entonces, separar ambos sistemas, especialmente desde la perspectiva del financiamiento.

■ Rafael Caviedes, *Master en Economía y Dirección de Empresas de la Universidad de Navarra, España, es profesor de la Universidad Católica de Chile. Anteriormente fue profesor de la Facultad de Economía de la Universidad de Concepción. Fue gerente general de Isapre Masvida, director del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), director de la Central de Abastecimientos y gerente general de la ex Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios S.A. Actualmente es el presidente ejecutivo de la Asociación Gremial de Isapres y miembro de la Asociación de Economistas de Salud.*

* **RAFAEL CAVIEDES**, presidente ejecutivo de la Asociación de Isapres, Magdalena 275, Las Condes, Santiago, Chile. Fax: (562) 231 3160, E-mail: isapres@chilesat.net

Asimismo, desde el punto de vista de las coberturas que ofrecen tanto el Estado como las Isapres y, al mismo tiempo, basados en la experiencia internacional, parece necesario preguntarse si la cotización del 7% es suficiente. En países como Francia se aporta el 19,7% de la renta del trabajador para financiar la salud (incluye salud laboral); en Colombia, asimismo, se exige sobre el 12% de la renta del trabajador. En consecuencia, habría que analizar si un aumento de la cotización podría estar destinado a financiar un seguro catastrófico en los términos que señala el autor.

En lo tocante a los beneficios que otorgan las Isapres, es necesario aclarar que éstas no tienen carencias ni exclusiones, salvo las señaladas en forma expresa en la ley y que son las mínimas referidas a situaciones que evidentemente no tienen relación con un sistema de medicina curativa.

En los últimos años se ha tratado de perfeccionar el sistema. Sin duda, lo más relevante es lo que se refiere a la imposibilidad para la Isapre de cancelar un contrato de salud y discriminar a sus afiliados por razones de salud, y la creación de la Superintendencia de Isapres, que correspondió a la última modificación realizada durante el gobierno militar. No obstante, tales modificaciones y las que se le hicieron a la ley el año 1995, más todo el permanente cambio de la normativa realizado en base a las facultades “administrativas” de la Superintendencia, no ha significado ninguna ventaja para el sistema, ni menos, como señala el autor, ha contribuido a su desarrollo. Muy por el contrario, los cambios de normativa y el ambiente de conflicto en torno a estas reformas en los últimos seis años han acarreado una fuerte sensación de inestabilidad al sistema, lo que ha inhibido el desarrollo de productos a largo plazo, se ha afectado su crecimiento y se ha disminuido la rentabilidad significativamente.

La actual interacción entre los sistemas público y privado tiene efectos negativos para ambos. Por un lado, sólo los beneficiarios del sistema público reciben subsidios importantes. En efecto, si una persona “pobre” quiere afiliarse a una Isapre, pierde el subsidio, y más aún, pierde el derecho a usar atención institucional en un hospital público. Esto inhibe el desarrollo del sector privado para otorgar mejores coberturas de hospitalización y para expandirse a sectores de menores ingresos. Además, limita una excelente fuente de financiamiento y de estímulo para una mejor administración en los hospitales públicos. (Cabe hacer notar que el Estado monopoliza la propiedad de las camas baratas en el país, especialmente en provincias).

Por otra parte, si bien es cierto que en teoría a una persona le podría convenir abandonar su Isapre para resolver una enfermedad catastrófica, como se verá más adelante, no es menos cierto que la oportunidad en que recibiría la prestación en un hospital público (por ejemplo, cambio de válvulas, by-pass, etc.) es incierta y, si utiliza libre elección estatal, copagaría aproximadamente diez veces que si lo hiciera a través de una Isapre (CIADE, Universidad de Chile). En consecuencia, dicha afirmación sólo es teórica y carece de fundamentos.

En el plano de los incentivos que existen para los beneficiarios del sistema público y que inducen a pensar lo anterior, hay que destacar que los

del tipo A y B de Fonasa reciben atención gratuita y los C y D pagan aproximadamente el 20 y el 30%, respectivamente, del Arancel Fonasa en la atención institucional en hospitales públicos. No obstante, de acuerdo con la ley, estos últimos tienen derecho a un préstamo que administra Fonasa para cancelar el copago, cobrando intereses bajo los del mercado, pudiendo ser descontado con un tope máximo del 10% de la renta imponible del trabajador. En consecuencia, un afiliado a Fonasa dispone de doble subvención: la que se le otorga al recibir prestaciones a precios subvencionados en los hospitales públicos y la que corresponde al préstamo señalado para “pagar” el copago. Hay que recordar que los hospitales, además, cobran tarifas “recargadas” a las Isapres. Habrá que preguntarse entonces ¿Por qué un afiliado pobre de Isapre pierde estos beneficios? ¿Qué lógica económica hay detrás de este sistema?

Propuestas del autor

Por lo pronto, si bien se entiende que no es el objetivo del trabajo, el autor no reconoce los problemas señalados anteriormente. Sin embargo señala que las personas abandonan las Isapres frente a una enfermedad catastrófica. (Me parece que el tema es indivisible y hay que apuntar a resolver estos aspectos).

De las tres propuestas esbozadas por el autor, la que se refiere a un reaseguro podría implementarse en el sistema privado, siempre que se entienda que dicho reaseguro tendrá administración privada y que el financiamiento será adicional al existente del 7%, con excepción tributaria tal como la tiene la cotización legal. Quizás pudiera pensarse que aquellas cotizaciones adicionales o aportes patronales que apunten a solucionar el problema de las enfermedades catastróficas gozaren de ventajas tributarias.

Asimismo, habrá que evaluar en forma definitiva la posibilidad de asignar subsidios a la demanda en salud. Dicho subsidio podría ser canalizado en base a un plan de salud básico orientado a resolver lo que el Estado defina conveniente. Es evidente que ello implica el uso compartido de la infraestructura estatal, la autonomía de los hospitales públicos y la atención institucional de pacientes privados.

*Comentario de Alejandro Ferreiro **

Es particularmente valiosa la oportunidad que brinda la revista Perspectivas para reflexionar e intercambiar proposiciones acerca del funcionamiento y perfeccionamiento del sistema Isapre. Mayor valía tiene esta posibilidad cuando gira en torno a las opiniones de un economista que,

■ Alejandro Ferreiro, abogado y Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Chile, Master of Arts en la Universidad de Notre Dame, EE.UU., es profesor asociado del Instituto de Ciencia Política de la Universidad Católica de Chile. Ferreiro fue Secretario Ejecutivo de la Comisión Nacional de Ética Pública y asesor gubernamental en la materia. Actualmente es el Superintendente de Isapres.

* **ALEJANDRO FERREIRO**, Superintendente de Isapres, Huérfanos 786, Santiago, Chile.
Fax: (562) 632 5552, E-mail: aferreir@sisp.cl

como Ronald Fischer, ha profundizado con singular agudeza en el análisis del sistema privado de seguros de salud en Chile. Mi comentario no pretende evaluar o reaccionar a cada uno de los diagnósticos y proposiciones de Fischer. Los primeros parecen acertados, bien fundamentados y muy poco controvertidos entre los estudiosos de la materia. Las propuestas de solución, por su parte, son todas plausibles, y sólo se diferencian por los diversos niveles de factibilidad político-legislativa o la complejidad técnica que involucran. En lo que sigue, intentaré precisar algunos aspectos, relataré el contenido y alcance de las medidas adoptadas por la Superintendencia en el afán de agregar transparencia y comparabilidad a la oferta de planes de salud, para concluir comentando una de las propuestas principales del autor, el plan mínimo de salud.

1. Afinando el diagnóstico respecto del alza de costos del sistema

Nadie puede desconocer el estancamiento de la población cubierta por el sistema Isapre a partir de 1994, momento a partir del cual las tasas de crecimiento de dos dígitos que caracterizaron los comienzos de la década son reemplazados por modestos indicadores que en poco difieren del crecimiento vegetativo de la población. Las discrepancias surgen cuando se trata de identificar las causas de tal situación. Para algunos, la desaceleración sería consecuencia del impacto que sobre los gastos administrativos habrían tenido los cambios legales introducidos por la Ley N° 19.381 en 1995 y las regulaciones administrativas de la Superintendencia de Isapres. Ello explicaría la pérdida de competitividad del sistema frente a los trabajadores de ingresos medios bajos, hacia los cuales se había expandido con fuerza el sistema Isapre en años anteriores.

Esta Superintendencia, y a la luz de las cifras disponibles, ha planteado su discrepancia frente a tales asertos, basándose para ello en la evolución experimentada por los costos de explotación y los gastos de administración y ventas de las Isapres abiertas en los últimos cuatro años.

Tabla 1
Estructura del resultado operacional Isapres abiertas
al 30 de septiembre de cada año
(Como porcentaje del ingreso de explotación)

RUBROS	1994	1995	1996	1997
Ingresos de explotación	100,0	100,0	100,0	100,0
Costos de explotación (-)	75,3	75,6	76,5	78,8
Gastos de administración y ventas (-)	19,6	19,6	19,5	19,0
Resultado Operacional	5,1	4,8	4,0	2,2

Resulta esclarecedor comprobar la disminución de la incidencia de los gastos de administración y ventas entre 1994 y el presente, pasando de un

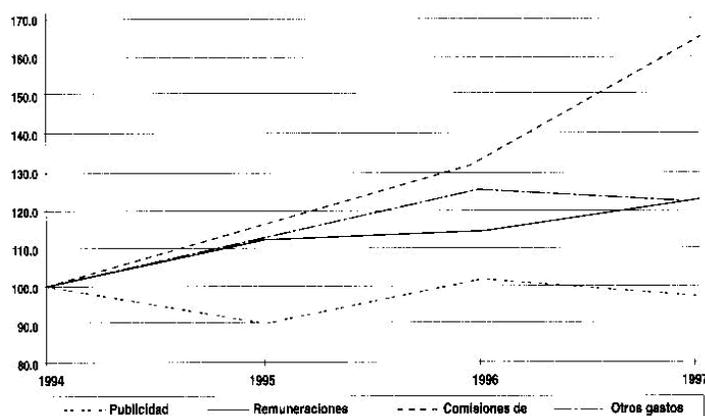
19,6% de los ingresos de explotación a un 19% en la actualidad, lo que absuelve a los gastos de administración y ventas del cargo que se les imputa.

Más aún, si se analiza la composición del gasto de administración y ventas se reconoce en los gastos de comercialización (comisiones por ventas) un alza significativa, lo que constituye una señal de alerta que replica, aunque en menor escala, lo ocurrido con tales gastos en el sistema AFP.

Gráfico 1

Índice de variación de los componentes de los gastos de administración y ventas ISAPRES abiertas

(Base: año 1994 = 100)



En suma, las cifras son elocuentes, y categóricamente atribuyen al significativo incremento de la siniestralidad o costos de explotación la responsabilidad por el alza de costos evidenciada por el sistema de Isapres abiertas y que, en términos per cápita, ha significado un alza real de un 10,5% en 1997 respecto al año anterior. Ahora bien, como los costos en salud son el resultado del producto entre precio (p) y frecuencia de uso (q), resulta necesario indagar cómo influyen ambos elementos en la referida alza de costos.

Las cifras, otra vez, aclaran la cuestión resaltando la mayor incidencia del incremento en el valor unitario de las prestaciones por sobre la que pueda derivarse de una mayor frecuencia de uso de las mismas. En efecto, de acuerdo con el Boletín Estadístico de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, la cantidad de prestaciones por beneficiario se ha incrementado en un 2,7% entre los períodos enero–septiembre de 1996 y 1997, por lo que la mayor parte del aumento en costos se explicaría por un aumento en los precios de las prestaciones.

En definitiva, de las cifras mencionadas se infiere que el sistema de Isapres abiertas está “importando” sin mayores contrapesos el escalamiento de costos de los prestadores de salud. Este fenómeno, que ciertamente no favorece el futuro del sistema Isapre, ha sido propio de los seguros de salud basados en el sistema de pago por servicio. En ellos prevalecen situaciones tales como la demanda inducida por los prestadores, baja internalización de

los costos directos por parte de los asegurados —lo que reduce la elasticidad precio de la demanda— y eventuales colusiones de asegurados y prestadores en contra del tercero pagador.

En consecuencia, las estadísticas parecen exculpar a la ley y a las regulaciones administrativas del alza de costos experimentada por el sistema en el último tiempo. Asimismo, y no obstante los esfuerzos desplegados por algunas Isapres, las mismas cifras evidencian una preocupante debilidad del sistema para actuar como un eficiente “hacedor” de precios, abandonando el pasivo rol de mero “tomador” de los precios crecientes fijados por los prestadores. Se observa, pues, un insuficiente desarrollo de la función compradora de las Isapres, de la que cabría esperar en el futuro una mayor capacidad para contener precios aprovechando los volúmenes transados en el sistema.

Por ende, si se trata de incrementar la competitividad y eficiencia del sistema de Isapres abiertas, el camino parece ser la adopción más radical y extendida de modalidades de pago a los prestadores que permitan compartir el riesgo financiero entre el asegurador y el prestador, reducir el valor unitario de las prestaciones aprovechando economías de escala y, consecuentemente, mejorar la relación precio/cobertura que los planes de salud les ofrecen a los usuarios.

2. La transparencia del sistema: un proyecto en marcha

2.1. La Selección Valorizada de Prestaciones (SVP)

Con fecha 1 de noviembre de 1997 entró en vigencia una instrucción de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional que permitirá a los usuarios del sistema privado de salud comparar las bonificaciones ofrecidas por los planes de las distintas Isapres. El mecanismo, conocido como Selección Valorizada de Prestaciones o, más simplemente, “cartilla”, traduce a pesos los toques de bonificación que en la actualidad aparecen expresados como porcentajes de los aranceles de cada Isapre. Como tales aranceles son complejos y distintos según la Isapre de que se trate, en la práctica las personas contratan hoy sin conocer cabalmente un aspecto esencial de lo contratado: la cobertura del plan.

La Selección Valorizada de Prestaciones facilita la comprensión y comparación de la cobertura correspondiente a 53 prestaciones de salud, las que han sido escogidas en cuanto originan más del 80% del gasto de una familia promedio en el sistema Isapre.

A partir del 1 de noviembre recién pasado, todo nuevo plan de salud que las Isapres comercialicen debe estar acompañado de la selección o cartilla correspondiente. De esta manera, se entrega al usuario una herramienta que le permitirá conocer, comparar y elegir adecuadamente el plan de salud que más se ajuste a sus necesidades.

2.2. Fundamentos e importancia de la Selección Valorizada de Prestaciones

Para muchos, una fortaleza del sistema Isapre reside en las múltiples alternativas que ofrece para satisfacer las también diversas

preferencias y necesidades de las personas. Sin embargo, esa fortaleza se desvanece si la información de que dispone el usuario no le permite reconocer las diferencias y tomar decisiones en función de aquéllas. En tales casos, estaremos frente a un mercado libre y competitivo en apariencia y formalidad, pero con serios problemas para garantizar decisiones racionales y eficientes de quienes buscan un plan de salud. Por lo tanto, el sistema Isapre debe ofrecer a sus beneficiarios ya no sólo múltiples alternativas de planes de salud, sino también, la posibilidad cierta de conocerlas, compararlas y elegir la que más se ajuste a sus necesidades.

Más allá de la evidente necesidad de garantizar la comparabilidad de la oferta, argumentos adicionales avalan los esfuerzos hacia una mayor transparencia en el sistema Isapre, a saber:

a) La heterogeneidad y multiplicidad de los planes de salud, lejos de constituir una ventaja para los usuarios, agudiza la asimetría de información que los afecta y termina por confundir y desorientar a quien está llamado a elegir. En tales condiciones, una mala elección no puede sorprender.

b) Una de las razones que explican la aún insuficiente legitimidad social del sistema Isapre es lo que podría calificarse de “frustración de expectativas infundadas”. Esto es, la tardía constatación por el usuario de que los derechos que le asisten según su contrato de salud son distintos e inferiores de lo que pensaba antes de enfrentar el evento médico. Es cierto que gran parte de la responsabilidad recae en quien no se informa adecuadamente. Pero es más cierto aún que el sistema debe facilitar al usuario la posibilidad de conocer el alcance exacto de la cobertura que la Isapre le ofrece. Buena parte de las frustraciones desaparecen cuando se elimina la brecha entre la expectativa y la realidad: entre lo que las personas saben y entienden, por un lado, y lo que deben saber y entender para elegir y usar bien un plan de salud, por otro.

c) Incrementar el conocimiento y ponderación de la cobertura ofrecida por cada plan puede contribuir en forma significativa a contener la espiral alcista de los gastos administrativos asociados a la comercialización de los contratos. Para graficar la importancia del tema, baste señalar que en los últimos doce meses el número de agentes de venta en el sistema ha pasado de 5.500 a casi 7.000. Asimismo, durante 1997, lo gastado en remuneraciones y comisiones de la fuerza de venta más que duplicará las utilidades operacionales del sistema, consumiendo sobre el 5% de sus ingresos.

La relación entre los gastos de ventas y la cuestión de la transparencia del sistema es, a nuestro juicio, significativa y estructural, aun cuando su impacto sea difícil de cuantificar. En efecto, cuando el producto o servicio ofrecido no es claramente comprensible ni diferenciable respecto de la competencia, la elección de los individuos depende más de las estrategias comerciales, y del número y eficacia persuasiva de los agentes de venta, que de la cobertura ofrecida por el plan de salud. En tal caso, existen fuertes incentivos para que la asignación de recursos por parte de la industria se oriente a preferir los gastos de comercialización por sobre lo destinado a bonificar atenciones de salud, lo que termina afectando la eficiencia global del gasto en salud.

La transparencia, por el contrario, incrementa la sensibilidad de las personas ante las particularidades del servicio o producto ofrecido, incentivando la fidelidad del usuario respecto de su propia elección e inhibiendo rotaciones “injustificadas” de cartera. Por otro lado, la mayor visibilidad del producto y la creciente posibilidad de que la cartera discrimine en función de la cobertura ofrecida, estimulan un mejoramiento de éstas por parte de las Isapres.

d) Una debilidad reconocida del sistema a la que alude Fischer en su propuesta, radica en la baja cobertura que algunos planes de Isapres ofrecen respecto de eventos médicos de alto costo o catastróficos. Tal situación expone al cotizante a copagos altos, capaces de desestabilizar cualquier presupuesto familiar. Paradójicamente, esos mismos planes suelen cubrir en altos porcentajes gastos médicos de bajo costo, tales como consultas y exámenes de laboratorio. Esta situación desvirtúa lo que resulta esperable de un seguro de salud; esto es, alta protección para eventos de alto costo y baja frecuencia, e inferior o nula cobertura de gastos menores y rutinarios que pueden ser financiados directamente por las personas como, por ejemplo, las consultas médicas.

Para explicar esta situación se ha dicho que los cotizantes prefieren los planes de alta cobertura en gastos ambulatorios menores, pero más frecuentes, desestimando la importancia de una buena cobertura en enfermedades catastróficas. La elección de las personas estaría, entonces, caracterizada por la miopía y la imprevisión. No es menor, sin embargo, la incidencia que sobre tales decisiones tiene la existencia del reaseguro implícito que ofrece el subsistema público y que permite a quien pertenece a una Isapre incorporarse al Fonasa sin restricciones ante la necesidad de una intervención quirúrgica compleja, configurando un claro caso de selección adversa en contra del sistema público. Justamente para prevenir tal selección, el propio Fischer señala que las Isapres serían reacias a ofrecer altas coberturas para eventos de alto costo.

Ahora bien, sin desconocer la importancia de los factores estructurales aludidos, ¿cuánta de la miopía e imprevisión de las personas desaparecería si al momento de contratar un plan de salud se explicita de modo claro y comprensible su cobertura frente a una enfermedad catastrófica? No es aventurado pensar que no pocos de quienes anticipen el impacto económico de un copago insostenible tenderán a modificar su actitud al momento de contratar, prefiriendo la alternativa que mejor lo asegure frente a lo que es esencialmente asegurable: un evento de alto costo y baja frecuencia.

En consecuencia, también es dable esperar de una mayor transparencia en el sistema un cambio en los patrones de elección de los afiliados que, a su vez, demande de las Isapres una mayor cobertura de las enfermedades catastróficas.

En definitiva, una mayor transparencia y comparabilidad de alternativas en el sistema Isapre están llamadas a favorecer elecciones racionales e informadas de sus afiliados y a redefinir la competencia al interior de la industria, centrándola en la calidad de la cobertura ofrecida al público. Es nuestra intención que la recientemente estrenada Selección Valorizada de Prestaciones contribuya en forma significativa a ese objetivo.

NOMBRE DEL PLAN: "....."
SELECCION DE PRESTACIONES VALORIZADAS
 Vigente desde el ... dede 1997 hasta eldede 1998.

	HOSPITALARIAS		
	PRESTACIONES	% BONIFIC.	TOPE \$
PARTO NORMAL			
Dercho de pabellón 8			
Honorarios médicos			
Honorarios matrone			
Atención inmediata recién nacido			
Visita neonatólogo			
PARTO POR CESAREA			
Dercho de pabellón 7			
Honorarios médicos			
Honorarios matrone			
Atención inmediata recién nacido			
Visita neonatólogo			
APENDICECTOMIA			
Dercho de pabellón 7			
Honorarios médicos			
COLELITECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA			
Dercho de pabellón 10			
Honorarios médicos			
HISTERECTOMIA TOTAL			
Dercho de pabellón 8			
Honorarios médicos			
AMIGDALECTOMIA			
Dercho de pabellón 8			
Honorarios médicos			
QUIRURJA GINECOLOGICA DE COMPLEJIDAD MAYOR			
Dercho de pabellón 14			
Honorarios médicos			
EXTIRPACION TUMOR Y/O QUISTE CEREBRAL			
Dercho de pabellón 12			
Honorarios médicos			
DIAS CAMA			
Medicinas			
Salas cura			
U.T.I. adulto			
U.T.I. pediátrica			
U.T.I. neonatal			
RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES CLINICOS: Para los siguientes eventos: (2)			
Apendicectomía			
Hospitalización por Neumonia			

NOMBRE DEL PLAN: "....."
SELECCION DE PRESTACIONES VALORIZADAS
 Vigente desde el ... dede 1997 hasta eldede 1998.

	AMBULATORIAS		
	PRESTACIONES	% BONIFIC.	TOPE \$
CONSULTAS			
Consulta médica electiva o de urgencia			
Consulta pediátrica (1)			
EXAMENES			
Hemograma			
Estudio de lipidos sanguíneos			
Perfil lipídico			
Urocultivo			
Cifra completa			
IMAGENOLOGIA			
Radiografía de tórax			
Mamografía bilateral			
Radiografía de brazo, codo, muñeca o antebrazo			
Tomografía axial computarizada de cerebro			
Ecolocografía abdominal			
Ecolocografía ginecológica			
MEDICINA FISICA			
Atención respiratoria (1)			
Atención médica (1)			
PROCEDIMIENTOS			
Desarrollo de caso			
Citología cervical			
Estudio histopatológico corriente			
Explotación vibracortical			
Electrocardiograma de reposo			
Ecolocardiograma Doppler			
Cardiopedagogía			
Hemodiálisis con heparina heparina			
Reducción, bóla larga o corta de yeso			

Nota N° 1 : Prestaciones con tope anual

Nota N° 2: Tope de medicamentos

Nota N° 3: Reajustabilidad

Nota N° 4: Cobertura preferencial o restringida

2.3. *Perspectivas de perfeccionamiento de la Selección Valorizada de Prestaciones: la incorporación de los convenios*

Como se ha podido observar, el formato vigente de la SVP sólo permite reflejar las coberturas ofrecidas en la modalidad de libre elección, la misma forma de pago que la literatura especializada responsabiliza del alza de costos en sistemas de multiseguros de salud. Circunscribir el alcance de la mayor transparencia a la libre elección de prestadores contradice el esfuerzo que, tanto la industria como el regulador deben desplegar para viabilizar el surgimiento y expansión de modalidades de pago más contenedoras de costo. Es por ello que la Superintendencia, en conjunto con la Asociación de Isapres, se encuentra estudiando la inclusión de los convenios con prestadores dentro de la información incluida en la SVP, a partir de mayo de 1998.

Se busca, por tanto, que las personas tengan a la vista no sólo el modo en que el plan se comporta al bonificar en libre elección, sino también las ventajas económicas (menor copago) derivadas de su atención en prestadores en convenio o preferenciales. La explicitación de las modalidades libre elección y convenios, permitirá orientar una creciente parte del consumo hacia estos últimos, facilitando el desarrollo de sistemas más eficientes de asignación de recursos en el subsistema de salud privada.

En consecuencia, de concretarse las expectativas cifradas en la utilización de la SVP, es posible esperar mejores decisiones de los cotizantes, disminución de la frustración de sus expectativas al reducir la brecha entre lo que se conoce y lo que se debe conocer para elegir un plan de salud, generando, además, una mayor fidelidad con la propia elección y la consiguiente inhibición de traspasos «frívolos» o exclusivamente determinados por estrategias comerciales, de una Isapre a otra. Tal situación, a su vez, debiese favorecer el control de los crecientes gastos de comercialización.

Asimismo, y al relevarse la visibilidad de la oferta, resulta esperable una reorientación de las preferencias de las personas hacia una cobertura razonable para eventos de alto costo, con la subsecuente adecuación de la oferta en tal sentido. En tal dirección, y en la medida en que las personas exijan esa cobertura, será posible contrarrestar en parte una debilidad destacada por Fischer cuando señala que *«observamos que una de las críticas más serias al sistema Isapre es la baja cobertura en enfermedades catastróficas, justamente aquellas para las cuales fue diseñado el sistema de salud. Esta es, tal vez, la más importante falencia del sistema Isapre, ya que significa que las Isapres no tienen los atributos de un seguro de salud que fueron la razón para introducir una cotización obligatoria.»*

Ronald Fischer entiende que si el Estado elevó a los planes de las Isapres al ámbito de la seguridad social, estableciendo cotizaciones obligatorias y una serie de regulaciones propias de tal carácter, resulta incoherente no haber definido, por el lado de la oferta, algunas condiciones de cobertura mínimas que garanticen el cumplimiento cabal de la función social involucrada en la protección de la salud, particularmente en lo referido a las enfermedades catastróficas. Tales son las reflexiones que se plantean en su propuesta sobre un Plan Mínimo, y que nos interesa comentar en lo que viene.

3. Acerca de un plan mínimo de salud

La seguridad social se funda en la protección de las contingencias o riesgos que, por su gravedad, no pueden ser enfrentados autónoma y exclusivamente por las personas. En la salud, tal contingencia es la enfermedad, y en especial aquellas cuyo tratamiento suponen costos que exceden la capacidad de pago de los individuos. Allí nace el seguro de salud, cuyo fondo se conforma por el aporte de todos los asegurados, y del cual se extraen los recursos para cubrir los costos que la enfermedad irroga.

Ahora bien, si es la catástrofe financiera derivada de la enfermedad la que justifica en última instancia la existencia de una seguridad social en salud, ¿es coherente que tales seguros se configuren sin otorgar cabal cobertura a tales catástrofes? Aquello que está en el fundamento, también debe presidir sus objetivos. No obstante, el sistema Isapre en Chile participa de su condición de seguro social en algunos aspectos (cotización obligatoria, normas de orden público, existencia de un órgano regulador especial, etc.), pero “goza” de tal libertad al diseñar su oferta de servicios que, en no pocas ocasiones, se contradice con la ya anotada finalidad de los seguros sociales en salud.

En efecto, y pese a las normas legales que prohíben las exclusiones de cobertura y exigen contemplar al menos las más de dos mil trescientas prestaciones incluidas en el arancel del Fondo Nacional de Salud –regulaciones mediante las cuales la ley quiso garantizar un mínimo por el lado de las coberturas–, lo cierto es que la materia ha quedado finalmente abierta a las decisiones que al respecto adopten las Isapres. En efecto, y si bien todas las prestaciones del Arancel Fonasa deben estar presentes, tal exigencia no deja de ser nominal e ilusoria si se reserva a las Isapres la determinación de la cobertura otorgada a cada una de ellas. En efecto, la ley parece incurrir en la contradictoria paradoja de intentar eliminar las exclusiones, por un lado, y, por otro, permitir que las prestaciones cubiertas lo sean por montos irrisorios. Así, es contrario a la ley excluir la atención de una enfermedad determinada, pero sería legal otorgar bonificaciones de \$ 1 a determinadas prestaciones asociadas al tratamiento de esa enfermedad.

Esta situación dista de ser una mera anécdota. Para algunas Isapres constituye un derecho adquirido bajo la actual regulación legal y han reclamado ante los tribunales de justicia por una instrucción de este Superintendente que buscaba poner fin a situaciones como las ya aludidas, fijando un mínimo de cobertura equivalente al definido por el Fonasa en la modalidad de libre elección. Para ejemplificar la cuestión, me permito citar parte del recurso interpuesto recientemente por las Isapres Vida 'Tres, Colmena Golden Cross, Cruz Blanca y Más Vida ante la Corte de Apelaciones:

Dicen los recurrentes, «en efecto, la letra f) del Artículo 33 de la Ley N° 18.933, solamente exige a las Isapres que sus aranceles de referencia contemplen a lo menos las prestaciones contenidas en el Arancel de Fonasa. Luego, la exigencia legal se cumple al contener toda las prestaciones, pero no su valorización ni su determinación porcentual. Pretender esta exigencia, constituye por sí ante sí una ilegalidad y una extralimitación de las facultades interpretativas de la Superintendencia...»

Como se aprecia, la falta de un plan mínimo que trascienda la mera enunciación de las prestaciones a cubrir y establezca respecto de ellas garantías para los cotizantes, ya sea como bonificación o copago, da pie para situaciones y argumentaciones impropias de un seguro de salud inserto en el orden público propio de la seguridad social. Estas consideraciones se suman a las planteadas por el propio Fischer en abono de la introducción de alguna forma de plan mínimo que garantice coberturas de lo esencial en este ámbito: eventos de alto costo y baja frecuencia. Más aún, resulta innegable que las aspiraciones de quienes promueven la extensión de subsidios a la demanda por seguros de salud deben hacerse cargo de la falencia anotada, por cuanto resulta impensable que el Estado canalice recursos por el lado de la demanda, si no existen suficientes garantías por el lado de la oferta de servicios.

En consecuencia, resulta de la mayor importancia abordar esta materia. La Superintendencia lo ha intentado por la vía administrativa, al entender que ninguna interpretación armónica y finalista puede concluir que el sistema legal vigente ampara la contradictoria situación de prohibir exclusiones, por un lado y, en los hechos, permitir las bajo otro expediente. Ante el recurso interpuesto en la Corte, serán los tribunales los que determinen la validez de esa regulación y, en caso contrario, la necesidad de abordar la materia en el ámbito legislativo.

*Comentario de Francisco Quesney **

■ Francisco Quesney es Médico Cirujano, M.P.H., profesor titular de Salud Pública de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile y especialista en Epidemiología y Administración de Salud. Actualmente es director médico de la Isapre Banmédica.

“En este mundo traidor nada es verdad ni es mentira. Todo es según el color del cristal con que se mira”, reza un antiguo adagio español. En un tema cuyo debate se ha visto enturbiado por cristales de diferentes colores, el trabajo de Ronald Fischer destaca por su transparencia no opacada por la más mínima nota de ideologismo ni el menor tinte de ideas preconcebidas. Por ello debe ser felicitado, lo que no significa que esté totalmente de acuerdo con su análisis ni con sus propuestas.

En el punto 3 del trabajo, habla de problemas del sistema y comienza por encontrarlo inestable. Para graficar esta inestabilidad presenta el caso hipotético de una Isapre con una cartera excesivamente riesgosa. Aunque el ejemplo es válido, el problema no es inherente al sistema, sino a la mala gestión de esa Isapre, que no seleccionó adecuadamente su cartera o no logró un número suficiente de afiliados, en donde el riesgo se diluye en virtud de la ley de grandes números.

A continuación se refiere a la falta de cobertura frente a episodios catastróficos de enfermedades. Estamos frente a un problema cuya definición no es clara. ¿Qué se considerará una “catástrofe”? Al respecto puede decirse que si la catástrofe implica un copago equivalente a cinco

* FRANCISCO QUESNEY, Director médico Isapre Banmédica, Apoquindo 4600, Las Condes, Santiago, Chile. Fax: (562) 206 3799

veces la remuneración mensual del afiliado —lo que parece conservador— la probabilidad de ocurrencia es escasísima. No se puede juzgar a un sistema que otorga millones de prestaciones por ese mínimo riesgo. En todo caso las Isapres ofrecen seguros complementarios para cubrir aquellas enfermedades que concentran la mayoría de las catástrofes y estudian un seguro más amplio que cubra montos de copago independiente del diagnóstico que los generó.

En tercer término menciona la falta de movilidad de un afiliado que, en calidad de tal, adquiere una enfermedad, la que pasa a ser preexistente con respecto a otra Isapre a la que él desee cambiarse. Otra vez, es un hecho real pero de escasa ocurrencia, toda vez que la experiencia ha enseñado que los grandes gastos en salud no ocurren en pacientes con enfermedades preexistentes (que por serlo están medicamente controlados), sino en los primeros episodios de enfermedades no preexistentes. (De paso, Ronald Fischer ha acuñado un término que es en sí una antinomia: la enfermedad “crónica aguda”).

La falta de transparencia a la que alude a continuación es un hecho del pasado, ya que con la confección de la cartilla de comparación elaborada en conjunto por la Asociación de Isapres y la Superintendencia, la persona dispone de los elementos suficientes para tomar una decisión informada.

Por último, hace referencia al escalamiento de costos. Este es un hecho de ocurrencia universal y por lo tanto no atribuible al sistema Isapre chileno. Ello obviamente preocupa a las Isapres que, con el fin de controlarlo, están ensayando diferentes esquemas de “salud administrada”.

Como puede verse si bien los puntos señalados son válidos ellos son o de escasa entidad o no imputables al sistema Isapre, como para justificar grandes modificaciones al sistema que es lo que Fischer propone a continuación. Su proposición, más que una modificación al sistema Isapre, es una modificación global al sistema de salud chileno, creando un plan mínimo de salud con mochilas y seguros de segundo piso. Siendo los temas de gran amplitud y complejidad me limitaré al problema del plan mínimo de salud.

Este es un concepto que aparece en todos los proyectos de reforma de los sistemas de salud de los distintos países que están abocados al tema. Como concepto es perfecto. Garanticemos a toda la población un plan que cubra sus necesidades básicas y, por sobre él, que cada cual destine a salud lo que libremente decida. Sin embargo, en la práctica el problema es que por razones éticas, el plan básico o mínimo puede diferenciarse de otro no tan básico sólo en tres dimensiones:

- Mayor o menor dificultad al acceso a prestaciones de salud programables o postergables.
- Mayor o menor libertad para elegir al prestador.
- Mejor o peor calidad física de la infraestructura y hotelería anexa a las prestaciones.

Cualquier otra diferencia es éticamente inaceptable. Por ejemplo, restringir el acceso a las emergencias es inaceptable, como lo es restringir el acceso a determinadas prestaciones o a tecnologías que han demostrado ser

claramente superiores a otras. Es quizás por esta razón que el plan básico ha permanecido en el nivel conceptual y que nadie se haya atrevido a traducirlo en hechos concretos. El conjunto de prestaciones que ofrece Fonasa en su modalidad institucional es, en la práctica, el plan básico del sistema chileno, pero él difiere notoriamente según el punto del país de que se trate o el nivel socioeconómico y educacional del beneficiario usuario de él. En otras palabras, para unos es más mínimo que para otros.

Respuesta de Ronald Fischer

No es común que un trabajo académico reciba comentarios interesantes de personalidades tan relevantes en el área en la cual trabaja, por lo que no puedo dejar de observar que los comentaristas no discrepan conceptualmente de mi trabajo. Sus diferencias radican más bien en los énfasis y la importancia que les asignan a distintos aspectos.

Los comentaristas tienen dos posiciones: una, sostenida por Alejandro Ferreiro, superintendente de Isapres, y otra por Rafael Caviedes, presidente de la Asociación de Isapres, y el doctor Quesney, lo que es un buen ejemplo del equilibrio dinámico entre regulado y regulador. Por ejemplo, ante la baja tasa de crecimiento en la población cubierta por Isapres desde los cambios legales de 1995, los representantes de las Isapres argumentan que se deben al exceso de regulaciones, que imponen un alto costo administrativo. Este alto costo administrativo eleva las cotizaciones e impide la expansión del sistema. La Superintendencia, asimismo, discrepa, mostrando cifras que indican que los costos administrativos no han aumentado como proporción del gasto total. Según Ferreiro, el alza de costos —que eleva la cotización y por lo tanto excluye a los más pobres— se debe al incremento en el costo unitario de las prestaciones, que a su vez es consecuencia del sistema de pago por servicio. De acuerdo con las cifras de la Superintendencia, el alza real en los costos por siniestralidad per cápita ha sido de un 10,5 % la mayor parte del cual puede explicarse como un aumento en el costo de las prestaciones. Incrementos en los costos de este orden son insostenibles en el largo plazo, ya que significa que los costos de salud aumentan más rápido que el ingreso de los cotizantes.

En todo caso, las modificaciones regulatorias principales le han hecho bien al sistema. Recordemos que en la prehistoria de las Isapres, éstas podían (y lo hacían) eliminar a los afiliados cuyos gastos de salud eran altos. El resultado fue que el sistema adquirió una mala imagen que demoró mucho en mejorar, además de no cumplir su rol previsional. Los cambios introducidos en 1995 no son tan relevantes, y varios de ellos parecen contraproducentes, como, por ejemplo, la eliminación de exclusiones y las cuentas de excedentes. Otros cambios en esa ley no tienen efectos, como lo señala el superintendente, al notar que la ley especifica que no habrá exclusiones, pero no especifica la cobertura, con lo que es legal una cobertura de \$ 1 a algunas enfermedades. Sin embargo, no parece razonable culpar a estas regulaciones de los problemas para expandir el número de afiliados, dadas las cifras de costos que proporciona la Superintendencia.

Desearía referirme a algunos comentarios específicos del doctor Quesney. Tiene razón al afirmar que una Isapre con una cartera excesivamente riesgosa es un síntoma de una mala gestión, pero su conclusión de que esto significa que no es un problema mayor es errada. Los incentivos para evitar este resultado significan que las Isapres deben hacer todo lo posible para filtrar a los afiliados “siniestros”, que no es precisamente lo que se desea en un sistema previsional de salud. El doctor Quesney también señala que las catástrofes son poco probables, por “...lo que no se puede juzgar a un sistema que otorga millones de prestaciones por ese mínimo riesgo”. Pero ahí está precisamente el problema: las Isapres son en teoría un seguro contra catástrofes de salud, no un mecanismo para diferir los gastos rutinarios de salud, que es en gran medida el rol que cumplen en la actualidad.

Rafael Caviedes advierte que utilizo un calificativo poco objetivo al mencionar que los afiliados a las Isapres “presumiblemente” obtienen un mejor servicio. El adjetivo era intencional, aunque creo que no fue bien interpretado. Claramente la atención de las Isapres es mejor que en Fonasa. El adjetivo estaba dirigido a la posibilidad de una catástrofe, en cuyo caso la cobertura puede ser bastante menor a lo esperado y tal vez peor que en la modalidad institucional de Fonasa, como lo señala el superintendente de Isapres en sus comentarios.

Referencias

- Aedo, I. y A. Torche (1996): “Canastas básicas en atención de salud”, *Revista de Análisis Económico*, 11 (2), 61-86.
- Caviedes, R. (1996): “Las Isapres en el sistema de salud chileno”, en Giaconi, J. y R. Caviedes (eds.): *Las Isapres: Hacia la Modernidad en Salud*. CIEDESS 1996, Santiago.
- Cochrane, J. (1995): “Time-Consistent Health Insurance”, *Journal of Political Economy*, 103 (3), 445-703.
- Cutler, D.: (1996): “Public Policy for Health Care”, *NBER Working paper* 5591.
- Díaz, A., R. Gacitúa, A. Torche, y S. Valdés (1995): *Cobertura de Enfermedades Catastróficas en el sistema Isapre*, documento preparado para la Superintendencia de Isapres.
- Fischer, R., A. Mizala y P. Romaguera (1998): “Alternativas de solución para el problema del financiamiento de la salud en la tercera edad en el sistema Isapre”. *Documento de trabajo* N° 34, Centro de Economía Aplicada, Universidad de Chile.
- Fischer, R. y P. Serra, (1996): “Análisis económico del sistema de seguros de salud en Chile”, *Revista de Análisis Económico*, 11 (2), 187-217.
- Gruber, J. y M. Owings, (1996): “Physician Financial Incentives and Caesarian Section Delivery”, *RAND Journal of Economics*, 27 (1), 99-123.