

Las isapres frente a Fonasa: historia de un mercado segmentado e inequitativo

Rafael Urriola¹

La creación de las instituciones de salud previsual (isapres) en 1981 se insertó en un proceso general de reducción del papel del Estado en los temas sociales (educación, previsión y salud en sus diversas funciones). Las nuevas modalidades —aseguraban los precursores de la reforma— debían desplazar gradualmente al sector público tanto en su rol asegurador como en el de provisión de servicios, lo cual no ha sucedido.

Este documento tiene por objeto: (i) examinar las razones fundamentales por las cuales la lógica de las isapres en cuanto a clientes y mecanismos de fijación de los precios de los planes, ha exacerbado la segmentación y fragmentación del sistema de aseguramiento en Chile; (ii) desarrollar un modelo que estime los costos que tendría —en un marco privado como el de las isapres— asumir la cartera de beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) (más pobres, más enfermos, más ancianos, más rurales y con la mayoría de las

1 Rafael Urriola. Master en Economía Pública y Planificación. Universidad de París X. Economista de la salud. Coordinador académico diplomado Economía y Salud (Flacso-Cepal-OPS), entre 2011 y 2016.

El autor agradece los valiosos comentarios de los profesores Salvador Marconi R. y Pedro Olivares T. Las opiniones de este artículo no representan necesariamente a las instituciones en que se desempeña el autor.

mujeres en edad fértil); (iii) evaluar con estos antecedentes las propuestas de la Comisión Presidencial Isapres de 2014; y (iv) extraer algunas conclusiones.

1 Una comparación económica-financiera entre Fonasa e isapres

1.1 Antecedentes

Hay casi consenso en considerar que las isapres pasan por una situación incierta. Esto incluye tanto a sus detractores (que visualizan reformas estructurales al actual sistema de aseguramiento de la salud en el país) como a sus defensores, que apuntan a fortalecer el sistema (aceptando reformas solo en aspectos parciales del mismo).

M. E. Labra (2002) resume adecuadamente las evaluaciones críticas a la estructura del sistema:

Resucitando la vieja idea conservadora de que solamente los pobres e indigentes debían recibir protección social del Estado, el acceso a la asistencia médica quedó así estratificado: (a) los segmentos con mayores ingresos deberían comprar planes de salud en el mercado según la opción individual; (b) los sectores medios pueden optar por el régimen de libre elección del Fonasa, con copagos variables; (c) los estratos pobres podrán ser atendidos en los servicios estatales de forma gratuita mediante comprobación de la condición de pobreza, pagando, en caso contrario, un porcentaje de acuerdo a los ingresos. (p. 1046)

No cabe duda de que este sistema —que persiste 36 años después de su creación— consagró la segmentación y fragmentación del sistema de salud, tema ampliamente criticado en la literatura especializada, algo que no ha pasado inadvertido a las entidades del sistema isapre. En efecto, la Asociación Gremial de Isapres AG (2016), en su documento publicado a los 35 años de iniciado el sistema, señala:

Las Isapres apoyan y creen necesario avanzar rápida y decididamente hacia modificaciones del sistema. En particular, estiman necesario crear un plan de salud estandarizado, para facilitar la comprensión del usuario de sus coberturas de salud, independiente de la Isapre que los ofrezca. Asimismo, apoyan el que se transite de un modelo de tarificación individual a un sistema más solidario e igualitario, en el cual se igualen las tarifas y se ecualicen los riesgos mediante un Fondo de Compensación de Riesgos inter-Isapres (FCR), de modo de poner fin a la diferenciación de tarifas por sexo y edad y, de paso, con ello se permitiría la movilidad entre Isapres de las personas con preexistencias. (p. 27)

Cabe agregar, sin embargo, que la principal preocupación de las isapres en 2016 y 2017 ha sido la judicialización de los conflictos con los usuarios por

motivo de alzas injustificadas de los precios de los planes de salud, y que los tribunales de justicia han fallado generalmente en favor de los usuarios.

En el contexto de una reforma que no se implementa aún, pero con propuestas hechas públicas por la Comisión Presidencial Isapres (2014) para estos fines; una creciente judicialización de los conflictos; y el malestar ciudadano con los servicios de salud recibidos, es que a continuación se pasa revista a los diferentes ámbitos con que se puede evaluar el tipo de reformas que necesita el sistema desde una perspectiva societal y de equidad.

1.2 Isapres: estancamiento de afiliados con concentración de la industria

El número de isapres pasó de seis en 1981 a veintitrés en 1989; luego, desde 2009, se ha mantenido en trece, con siete isapres abiertas y seis en la modalidad cerrada.

A efectos de evaluar la proporción de personas cubiertas por las isapres se presenta el gráfico 1, cuyas cifras dan cuenta de que el sistema tiene en la actualidad prácticamente las mismas personas que en 1993.

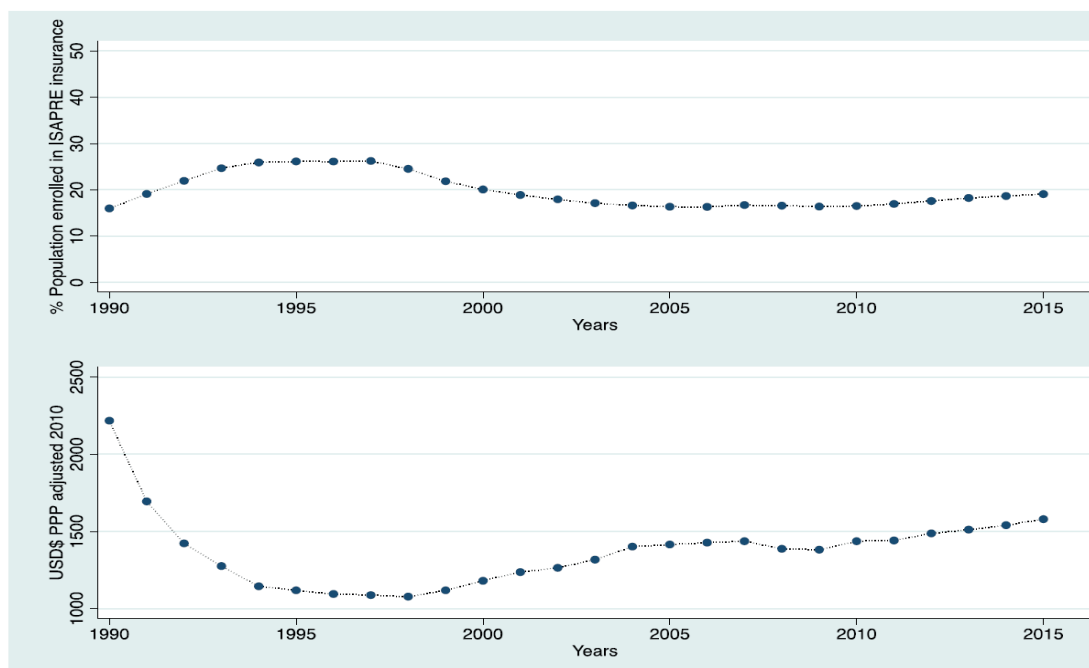
Gráfico 1. Número de afiliados a las isapres 1990-2015



Fuente: Asociación Gremial de Isapres AG (2016), p. 57.

Sin embargo, el precio promedio de los planes, evaluado en valores constantes, ha aumentado en cerca de 50% desde 1995.

Gráfico 2. Precios promedio de planes anuales (en dólares PPP constantes de 2010). Chile 1990-2015



Fuente: Martínez y Cuadrado (2017), p. 120.

Como se puede apreciar en el gráfico 2, la primera fase de reducción de los precios de los planes coincide con el aumento de los afiliados a las isapres (1990-1997). Luego hay una inflexión al alza de estos precios, que puede atribuirse, por una parte, a que las isapres debieron competir con un Fonasa con mayores recursos y mejor oferta; y por otra, a la eliminación en 1999 del subsidio de 2% a trabajadores de bajos ingresos, establecido por la dictadura con el objeto de estimular la privatización del sistema. Esto significó que la proporción de afiliados a isapres cayó de 24,5% a 21,8% de la población en esos años.

Sin embargo, hay otras razones que estimularon la migración desde las isapres a Fonasa desde 1997, como el fortalecimiento en esos años del Programa de Seguro Catastrófico de Fonasa; los Programas Asociados a Diagnóstico (PAD) y los programas especiales asociados que, finalmente, fueron condensados a partir del año 2005 en el Programa de Garantías Explícitas (GES o AUGE), que se inició con 40 garantías para llegar a 80 en 2016.

En efecto, el Programa de Seguro Catastrófico cubría la atención de enfermedades complejas y de alto costo, tales como cáncer, cardiopatías complejas, derrames y tumores cerebrales. El tratamiento de estas enfermedades fue gratuito para los beneficiarios de Fonasa que se atendieran por la Modalidad de Atención Institucional en los hospitales públicos acreditados para tales

efectos. Entre 1999 y 2004 se acogieron a este beneficio alrededor de 200.000 personas y el gasto estimado para paliar el costo de estas enfermedades fue de 350 millones de dólares (Urriola, 2005).

Por su parte, el Programa Oportunidad en la Atención se inició en 1997 con el propósito de reducir las listas de espera, específicamente en la atención hospitalaria de ocho patologías que requerían resolución quirúrgica. Este programa creaba incentivos para que los prestadores privados complementaran la oferta del sector público. El aporte de esta modalidad es que se buscaba compartir riesgos entre proveedor y asegurador y que los beneficiarios mantuviesen un copago conocido previamente e inferior al que, en realidad, hubiesen pagado si tomaran prestaciones privadas fuera de convenio.

Con ello aparecieron los Programas de Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) y, con el propósito de aumentar la protección financiera, Fonasa aumentó la bonificación a ciertas prestaciones: parto (bonificación 75%); coleditiasis (vesícula) (40%); criptorquidia (40%); hernia abdominal (infantil y adulto) (60 y 40%, según sea calificada como simple o complicada); hiperplasia de la próstata (40%); prolapso uterino (40%); cáncer preinvasor de cuello uterino (tratamiento ambulatorio); cáncer invasor de cuello uterino (tratamiento quirúrgico radical y seguimiento); cáncer de mamas. Todo esto fue consagrado con la aprobación del Plan GES que, automáticamente, redujo los copagos hasta un máximo de 20%.

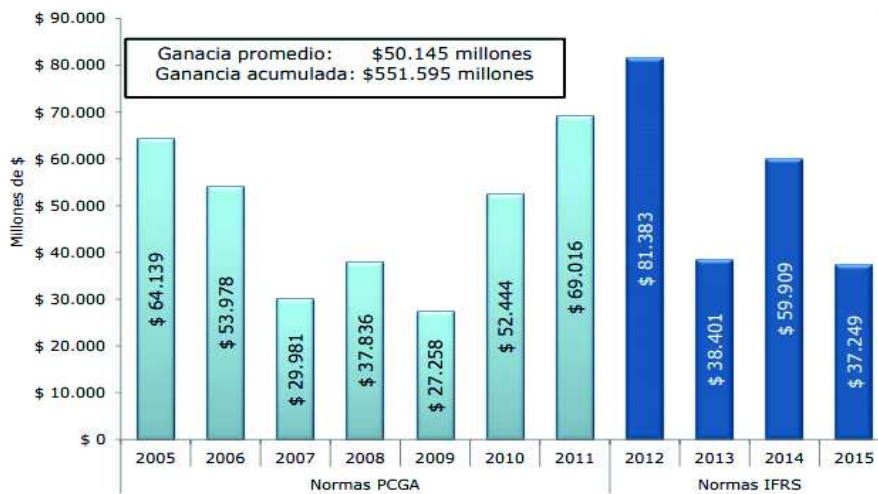
En definitiva, el natural mejoramiento de las capacidades de resolución del sector público por los aumentos de la infraestructura y del personal, y la ampliación de las coberturas financieras, limitaron la participación de la cartera de beneficiarios de las isapres. El otro factor —sin duda decisivo— es que el cambio de las personas desde valores menores a mayores en las tablas de riesgo por edad o por enfermedades crónicas presiona al alza de los planes —excluyendo a los usuarios que no pueden sostener el pago— y a una reducción de las coberturas. Sin embargo, la industria seguía próspera.

1.3 *Las isapres ¿son un buen o mal negocio?*

Los datos proporcionados por la Superintendencia de Salud permiten concluir que las isapres se ubican entre las “industrias” más rentables del mercado nacional e internacional. En efecto, obtienen una ganancia media anual de alrededor de 100 millones de dólares (gráfico 3), con una tasa de rentabilidad promedio (gráfico 4) de 43% entre 2005 y 2015. Solo para efectos de comparación, la tasa media global de rentabilidad de las empresas en Francia es de alrededor de 9%.²

² <http://www.journaldunet.com/economie/magazine/1148776-secteurs-d-activite-les-plus-renta->

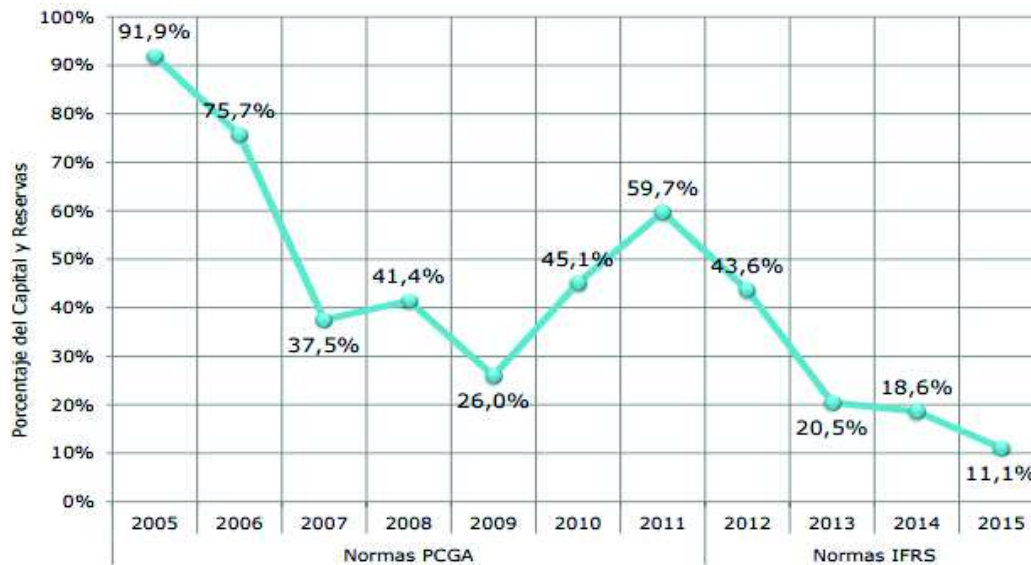
Gráfico 3. Evolución resultados financieros (*) de las isapres 2005-2015



(*) Las cifras del período 2005-2011 se presenta en moneda de dic 2012 y los del período 2012-2015 a valores nominales

Fuente: Pavlovic (2016). *Resultados financieros 2015*, diapo. 5.

Gráfico 4. Evolución de la rentabilidad sobre capital y reservas de las isapres abiertas (2005-2015)



Fuente: Pavlovic (2016). *Resultados financieros 2015*, diapo. 8.

Las utilidades de los controladores de las isapres se han potenciado por una integración vertical que, teóricamente, está descartada por las leyes de la

Reforma: “los propietarios de las Isapres controlan el 42% del mercado de los prestadores (clínicas y centros de laboratorios e imagenología)” (Informe Comisión Presidencial Isapres, p.122). Se sabe que las industrias integradas verticalmente —como las isapres— tienen poco interés en reducir costos, negociar precios o supervisar la eficiencia del sistema, ya que “ganan por ambos lados”, siempre y cuando trasladen los costos a los precios de los planes. Esto explica la dinámica del conflicto de judicialización que enfrenta a las empresas con los usuarios.

Por la misma razón, las isapres han privilegiado atraer a los sectores de mayores ingresos, exacerbando el carácter segmentado del sistema de salud. En efecto, en las siete isapres abiertas, más del 50% de los cotizantes disponía de ingresos superiores a un millón de pesos de 2011 (Araya-Castillo, Ferreiro & Escobar-Farfán, 2016). Nótese que, según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2017), en 2016 la mediana de ingresos de la población era de \$350.000, es decir, 50% de las personas ganaba menos que esta cifra. De otra parte, según la misma fuente, solo el 9,7% de la población recibía más de un millón de pesos de ingresos. Así, todo parece indicar que las isapres concentran sus esfuerzos en mantener sus utilidades basando su cartera en este segmento.

Araya et al. (2016), mediante análisis factorial de componentes principales, identificaron las dimensiones estratégicas en función de las cuales compiten las isapres abiertas chilenas, a saber: (i) Capital humano (número de trabajadores y número de vendedores); (ii) Publicidad; y (iii) Ámbito o alcance (número de regiones con sucursales, número de sucursales fuera de ciudad sede y número de sucursales). Los autores concluyen que “es posible sostener que la dimensión estratégica que determina en mayor medida el comportamiento competitivo de las isapres abiertas es el ‘capital humano’”, ya que “los clientes valoran que las Isapres abiertas respondan en forma rápida y con eficiencia a sus requerimientos” (p. 17).

Sin embargo, esta conclusión podría estar en contradicción con el número creciente de demandas judiciales a las que se enfrentan las isapres en los últimos años. Altura Management (2017) indica que “entre 2010 y 2016 se presentaron 695.545 Recursos de Protección contra Isapres”, de los cuales, “519.003 (75%) son por Adecuación del Precio Base de los Planes de Salud” (p. 2). Las isapres Cruz Blanca y Colmena concentran estos reclamos con alrededor de 60.000 cada una (uno de cada 5 afiliados) (p. 10).

Como se examina en la sección siguiente, resulta difícil imaginar que las isapres busquen copar o absorber la mayoría de los afiliados a Fonasa, porque no cumplen las condiciones básicas que se examinan para pertenecer a isapres. Así, el esfuerzo en equipos de venta de las isapres está dirigido apenas a un pequeño segmento de hogares de altos ingresos que están en Fonasa y a

una cierta competencia entre las propias isapres.

1.4 Los costos comparativos o ¿cuánto costaría trasladar la cartera Fonasa completa a isapres?

Con frecuencia se argumenta que las personas que están en Fonasa preferirían estar en isapres. Esta afirmación debe ser evaluada en su mérito; es decir, ¿cuál sería la diferencia de costos entre ambos subsistemas? O, más bien, ¿cuánto cobrarían las isapres para asumir la cartera total de beneficiarios de Fonasa? Este ejercicio técnico-económico es relevante para las políticas públicas del país.

En 2014, Libertad y Desarrollo (LyD) publicó un artículo que aseguraba que la diferencia de ingresos entre beneficiarios de Fonasa e isapres es de \$1.451 mensuales (p. 5). Esta argumentación tenía por objeto desmentir “que las grandes diferencias entre la calidad y oportunidad de la atención entre el sector público y privado de salud radica en que los recursos per cápita que disponen los beneficiarios de Fonasa son considerablemente inferiores a los de los afiliados a una Isapre” (p. 1). La argumentación de esta sección muestra que las diferencias son mucho más amplias que las simples cotizaciones per cápita, porque es necesario incorporar todas las variables que confluyen a medir los costos de atender a cohortes poblacionales socioeconómicamente, y con cargas de enfermedad, muy disímiles.

La evaluación siguiente también responde a la pregunta sobre cuánto más le costaría a la población total de Fonasa adscribirse a una isapre en las condiciones actuales del valor de sus planes.

En cuanto a estructura demográfica, se han usado estadísticas de Fonasa (web institucional) y, para isapres, el *Boletín Estadístico* de 2014 de la Superintendencia de Salud. Los valores per cápita de Fonasa figuran en las estadísticas institucionales (www.fonasa.cl), así como los de isapres (incluyendo cotizaciones voluntarias) en la web de la Superintendencia de Salud. La tabla de riesgo de Fonasa se encuentra en el texto *Hacia un presupuesto poblacional que reemplace el presupuesto histórico en el sistema nacional de servicios de salud: Propuesta metodológica y estimaciones 2009-2010* (Cid, Debrott, Vera y Hernández, 2009; anexo 1, p. 41); y la tabla de factores de riesgo de isapres se extrajo de la Nota Técnica N° 10 de Ciedess [Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social] de octubre 2010. El modelo usa como pivote —o valor uno— al valor del ingreso mensual promedio per cápita en Fonasa (\$27.374). Todos los cálculos se establecen como proporciones con respecto al pivote.

Tabla 1. Datos básicos de población (2014) e ingresos (2013) en Fonasa e isapres

Población según sistema de salud, 2014		Ingresos per cápita mensuales Fonasa e isapres, 2013	
Fonasa	13.325.504	Ingreso per cápita mensual (cotizaciones obligatorias + aporte fiscal) Fonasa	27.734
Isapres	2.998.010	Ingreso per cápita mensual por cotizaciones obligatoria isapres	35.447
		Cotización voluntaria mensual isapres	12.371

Entre los factores necesarios de incluir en la evaluación de los costos de la cartera Fonasa en el marco de funcionamiento actual de isapres se encuentran los siguientes:

1.4.1 *Aporte per cápita obligatorio*

Hay consenso en que el aporte per cápita neto es ya una diferencia importante. El cálculo del aporte obligatorio isapres / ingreso per cápita Fonasa ($35.447/27.734 = 1,28$) arroja una diferencia de 28% superior en el caso de las isapres.

1.4.2 *Aporte voluntario adicional*

Para comparar los sistemas, no puede descartarse el aporte voluntario adicional que realizan los afiliados a isapres, justamente para mejorar la cobertura de su plan individual o familiar. Sin duda, en virtud de estos aportes, mejora la calidad y oportunidad de la cobertura en el sistema isapre. En este caso, el promedio per cápita en favor de las isapres es un 44,6% adicional proveniente de las cotizaciones voluntarias adicionales.³

1.4.3 *El gasto de bolsillo en salud (efecto copago)*

Otro nivel de análisis está relacionado con el gasto de bolsillo en salud y su relación con el ingreso total de los hogares. Este gasto está generalmente asociado a un tratamiento sanitario —sea como copago o como gastos en medicamentos—. por lo que es necesario incorporarlos en el cálculo de los requerimientos de los hogares para enfrentar sus problemas de salud. Hay varias estimaciones de esta proporción (Castillo & Villalobos, 2013; Martínez & Cuadrado, 2017; Sánchez, 2017). En concreto, para enfrentar su problema de salud, el asegurado por una isapre debe disponer de un gasto de bolsillo superior al de quienes se atienden en Fonasa. Sánchez (2017) calcula que, en promedio, la cobertura de los planes de las diferentes isapres es solo del 62% (69% en cobertura hospitalaria y 54% en cobertura ambulatoria).

3 Calculado así: $((\text{Aporte voluntario promedio en Isapres} / \text{Ingreso promedio Fonasa}) + 1)$: $(12.371 / 27734) + 1 = 1,45$

Para los efectos de esta sección, es necesario comparar gastos de bolsillo en Fonasa y en isapres, lo que se presenta en la tabla 2. El gasto de bolsillo de los afiliados a isapres (\$41.490) supera (en promedio, ponderado por población) en 3,7 veces los desembolsos de los afiliados a Fonasa (\$11.201). Esto significa que los afiliados a Fonasa debiesen disponer de otro 109% por sobre el pivote para hacer frente al esquema de copagos normales en isapres.⁴

Tabla 2. Promedio del gasto de bolsillo mensual según afiliación a la Seguridad Social (2012)

Tipo de aseguramiento	Promedio mensual (\$)		
	Hombre	Mujer	Total
Fonasa Grupo A	3.815	5.466	4.807
Fonasa Grupo B	9.718	12.737	11.100
Fonasa Grupo C	9.879	17.140	12.261
Fonasa Grupo D	14.620	23.085	17.330
Fonasa, no sabe grupo	12.763	21.618	16.572
FFAA y de Orden	24.330	34.541	27.710
Isapre	38.874	47.809	41.490
Total	18.001	18.300	18.122

Fuente: Fernández y Ortiz de Zárate (2017), con datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares de 2012.

1.4.4 Efecto demográfico

Las diferencias en la estructura demográfica de las poblaciones cambian los costos relativos según el tramo de edad y el sexo de los afiliados. La tabla de factores de riesgo asocia valores relativos promedios de cada celda de edad y sexo con respecto a un valor cualquiera que toma el valor uno. El valor global de la cartera, entonces, cambia según el lugar en que se ubica la población en la tabla de factores de riesgo. La estructura de población de Fonasa (con mayor proporción de adultos mayores y de mujeres en edad fértil y con mayor prevalencia de enfermedades) cambia la estructura de riesgo de esta población comparada con la de las isapres, haciendo entonces más costosos los tratamientos en esta cohorte. Este efecto, entonces, pondera una nueva diferencia de 1,19 (cf. detalles del cálculo en anexo 1, Barómetro de Política y Equidad, vol. 13, versión digital).

4 La fórmula que se aplicó es la siguiente: $[(41.490 -) / PTF] / Ypc F = 1,09$ que refleja la proporción de los copagos de isapres con respecto al valor del pivote en que $PFi =$ población Fonasa en el tramo I; $YFi =$ copago per cápita en el tramo I; $PTF =$ Población total Fonasa; $Ypc F =$ valor del pivote.

1.4.5 Efecto morbilidad (poblaciones con diferentes cargas de enfermedad)

Junto con los factores anteriores, los gastos dependen de la morbilidad de las poblaciones atendidas, para lo cual la literatura establece factores de riesgo que, para uno y otro caso —isapres y Fonasa—, son diferentes. En efecto, el propio Informe de la Comisión Presidencial Isapres (2014) da cuenta pormenorizada de estas diferencias. A modo de ejemplo: en hipertensión arterial, el 14% de los afiliados a isapres y el 29% de los adscritos a Fonasa la padecen; en obesidad, la prevalencia es de 15% en isapres y 27% en Fonasa; en diabetes, 5,5% en isapres y 10,4% en Fonasa; en síntomas respiratorios crónicos, la prevalencia es de 16% en isapres y 26% en Fonasa; la necesidad de placa dental es de 8% y 28%, respectivamente (Anexo E.3: Prestaciones hospitalarias según importancia en facturación, año 2013, p. 169).

Este listado —que a todas luces no es exhaustivo— permite concluir que los gastos para atender a la población de Fonasa serán muy superiores a aquellos necesarios para entregar atención similar en las isapres, porque las prevalencias de enfermedades son superiores. Una evaluación de esta diferencia se realiza a partir de las tablas de riesgo por sexo y edad entre los afiliados a ambos seguros. Estas han sido denominadas diferencias en morbilidad de las poblaciones que pertenecen a uno u otro subsistema de aseguramiento. En efecto, los valores para cada celda de la tabla de riesgo de isapres (tabla 3, pág. siguiente) no coinciden en sus valores con la tabla de riesgo de Fonasa (tabla 4 pág. siguiente), siendo en general mayores luego de estandarizar la tabla con valor 1 para el casillero Hombre de 30 a 44 años

Al proceder a calcular la diferencia conjunta de variaciones en la morbilidad y los pesos por sexo y edad de cada celda de la tabla de riesgos, se produce una diferencia muy notoria entre las cohortes de cada seguro. Este efecto de morbilidad y de variación demográfica combinado fue ponderado en 1,82. En consecuencia, el efecto morbilidad es por diferencia igual a 1,53.

1.4.6 Efecto distancia o ruralidad

En los precios de atención sanitaria hay costos fijos y variables que pueden cambiar significativamente si se incluyen los costos por desplazamiento del personal sanitario. Un ejemplo de lo que realiza el sector público es relatado por el Dr. Fernando Pinto (2012), quien señala que la Región de Aysén, con cerca de 110.000 habitantes,

posee, quizás, la mejor “Red de Salud” del territorio Nacional, con una cobertura cercana al 99%, considerando la tremenda dispersión geográfica, su clima y dificultades de conexión. Existen localidades a las cuales sólo se puede acceder por bote, avión o “a caballo”. No obstante, los “Médicos de Ronda” y el resto del Equipo de Salud acceden a todas las “Postas Rurales”

Tabla 3. Isapres: población afiliada por sexo y tramo de edad (2014) y los factores de riesgo asociados (2010)

Isapres quinquenio de edad (2014) y tabla de riesgo (2010)															
10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 y +	
348.155	116.472	160.033	197.087	193.790	165.042	147.022	119.142	102.724	76.057	51.529	31.444	17.064	9.125	9.144	1.734.686
331.255	136.040	140.875	126.622	119.224	100.875	94.611	77.298	51.089	30.347	18.759	10.911	6.913	5.293	4.058	1.250.112
0,90	0,68	0,75	0,86	1,00	1,05	1,25	1,38	1,72	2,22	2,83	3,63	4,02	4,58	4,80	
0,88	0,97	1,89	2,33	3,05	2,96	2,43	2,48	2,65	2,91	3,12	3,48	3,75	4,05	4,50	

Fuentes: Para factores de riesgo, Cieddes (2010). Para población, Superintendencia de Salud, Boletines Estadísticos.

Tabla 4. Fonasa: población afiliada por sexo y tramo de edad (2014) y factores de riesgo asociados (2010)

Edad		10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 y +	s/edad	Total
Población afiliada	Hombres	1.387.254	496.860	484.019	457.499	411.753	385.481	423.590	440.600	442.208	376.934	298.445	257.214	203.346	136.183	125.943	41.907	6.369.236
	Mujeres	1.343.835	547.923	574.667	483.462	462.915	479.155	480.189	503.227	447.404	367.310	312.330	274.890	220.231	171.735	207.403	79.593	6.956.268
Factores de riesgo	Hombres	0,71	0,29	0,32	0,32	0,45	0,49	0,65	0,98	1,17	1,96	2,34	3,05	3,86	6,14	5,65		
	Mujeres	0,75	0,79	0,98	0,87	0,87	0,74	0,79	0,89	1,13	1,82	1,9	2,21	2,83	4,21	6,74		

Nota: La columna "Sin edad" comprende casos de personas que, en la tabla de Fonasa, no han declarado edad, o aquellos en que no se ha registrado correctamente ese dato.

Fuentes: Para los factores de riesgo, Cid, Debrott, Vera & Hernández (2010). Población, en www.fonasa.cl

con la periodicidad establecida, pese al clima que a veces puede ser extremo (temperaturas hasta de -20° C, lluvias severas, nieve profunda o tormentas de viento). La región de Aysén tiene un modelo único de salud, a nivel nacional. Cuenta con un Hospital Regional tipo 2, pero con buen nivel resolutivo, aunque faltan muchos especialistas, 3 consultorios dependientes del Servicio (no municipalizados), 4 Hospitales tipo 3, con médicos generales, y 30 "Postas Rurales" que atiende el equipo de salud. No existen Clínicas privadas ni Institucionales. (pp. 187-188)

Es evidente que la atención sanitaria en estas zonas tiene costos unitarios muy diferentes a los de regiones más centrales. El Estado no podría cerrar las 259 Postas de Salud Rurales existentes en el país por considerarlas "poco rentables", sobre la base de que en el 99,2% de ellas es necesario trasladarse mediante vehículo motorizado, lancha u otros, y sobre todo porque la atención es gratuita. En cambio, el sector privado puede permitirse expulsar a alguien porque no "cubre los costos". Es decir, hay una evidente asimetría entre el concepto de seguridad social y el de salud mercantilizada. En este documento no se ha calculado esta diferencia por no disponerse de evaluaciones globales al respecto, pero se ha mantenido con valor cero (equivale a sin impacto) en la tabla resumen, para indicar que es un rubro necesario de contabilizar en futuros trabajos.

En las zonas rurales, el porcentaje de la población en Fonasa es de 93,4%, mientras que el afiliado a isapres alcanza a 3,2%.⁵ El 13% de la población chilena es calificada como rural; por ello, será necesario evaluar este aspecto de la diferenciación de costos para ambos seguros.

1.5 Resultados del cálculo

En definitiva, la tabla comparativa global que reporta las necesidades promedio de un afiliado actual en Fonasa para ser atendido con los estándares isapres, es la siguiente:

Tabla 5. Diferencias en los costos relativos promedios per cápita Fonasa/isapres

Diferencia cotización media per cápita (cot I /Y per cápita F)	+28%
Cotizaciones voluntarias en isapres (cot vol total en I/PI)(Y per cápita F)	+45%
Copagos (Copagos Ipc - copagos Fpc) (Y per cápita F)	+109%
Efecto demográfico (dif en la estructura sexo-edad)	+19%
Efecto morbilidad (dif en la tabla de riesgo)	+53%
Efecto distancia (ruralidad)	n.d.
TOTAL	254%

Elaboración propia. I = Isapre; P = población; F = Fonasa; pc = per cápita.

5 http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/ipos-2012/media/ipos_2012_pp_94-125.pdf

El valor inicial del modelo —es decir, el valor del pivote uno (1)— es el per cápita de Fonasa del año 2013. El modelo es poco sensible a los valores absolutos, en cambio lo es a la estructura de copagos; a los pagos promedio de los afiliados a isapres que, como se sabe, pertenecen a los deciles superiores de ingreso; a las capacidades de los afiliados para hacer aportes individuales adicionales; a la diferencia en la estructura de edades y sexo entre las carteras de Fonasa e isapres; y a la tabla de factores de riesgo, que es un proxy bastante adecuado de morbilidad.

Los valores obtenidos son llevados a proporciones por sobre el valor del per cápita inicial en Fonasa si toda la población Fonasa fuese “absorbida” por las isapres con los actuales parámetros con que funcionan las isapres.

Finalmente, el valor final (254%) significa que para que las isapres pudiesen resolver los problemas de la población actualmente en Fonasa, deberían destinar o disponer 2,54 veces más el actual valor del per cápita de los beneficiarios Fonasa, que podría obtenerse mediante un subsidio del Estado, mediante aumentos de las cotizaciones voluntarias o de los copagos. O, también, mediante una drástica reducción en la cobertura.

Es tan grande la diferencia que resulta inimaginable que las isapres esperen captar a la población actualmente en Fonasa (salvo un pequeño grupo con altos ingresos) y más bien su intención es evitar que cualquier efecto de distribución solidaria de las cotizaciones les exija aumentar los valores de los planes y que ello provoque nuevas deserciones.

2 La propuesta de reforma de la Comisión Asesora Presidencial sobre Isapres⁶

La Comisión Asesora Presidencial de 2014 se abocó a

estudiar los cambios que permitieran corregir las imperfecciones del sistema ISAPRE y se dio a la tarea de entregar una propuesta que reformase la legislación que regula el régimen de estas instituciones para corregir sus deficiencias. Para ello debía buscarse terminar con la discriminación por riesgo y selección de asegurados, controlar las alzas de precios y su variabilidad, regular planes en cuanto a beneficios y copagos, y generar una propuesta que considerase una mirada global del financiamiento, del aseguramiento y de los prestadores. (p. 101)

Por razones diversas —más bien asociadas al *timing* político— las propuestas de la Comisión no fueron priorizadas en la agenda del actual gobier-

6 A estas propuestas inmediatas se agregarían algunas de mediano o largo plazo que no fueron desarrolladas (Isapres solo con seguros complementarios o suplementarios; Universalidad y Plan Nacional de Salud único).

no. Sin embargo, los antecedentes que sustentaron las propuestas siguen vigentes. Asimismo, las contraargumentaciones de los propietarios de las isapres no han cambiado. Esta sección resumirá los desafíos que están en juego y las expectativas que podrán surgir en el próximo gobierno, dependiendo de quién resulte elegido.

2.1 Plan de Seguridad Social único y universal

El Plan de Seguridad Social (PSS), indica el documento, contendrá los siguientes beneficios: el listado de beneficios de la Modalidad de Atención Institucional (MAI) del Sistema Público de Salud, las Garantías Explícitas de Salud (GES), Modalidad Libre Elección de Fonasa (MLE), Ley de Urgencias, cobertura de enfermedades catastróficas (CAEC) y Seguro de Incapacidad Laboral (SIL). A similitud del GES, el PSS tendrá un sistema de copagos estandarizados, con gasto anual tope respecto de la renta de las familias (*top loss*).

El PSS se financiará con la cotización obligatoria de seguridad social fijada por ley. Adicionalmente, las isapres podrán cobrar una Prima Comunitaria fijada por cada aseguradora. Las primas comunitarias estarán asociadas a redes de prestadores, pudiendo las isapres ofrecer hasta un máximo de tres planes con sus respectivas primas

2.2 Fondo Mancomunado Universal entre Fonasa y las isapres

Se crea un Fondo Mancomunado Universal entre Fonasa y las isapres para romper la segmentación, introducir solidaridad intersistemas y permitir el financiamiento de prestaciones universales. El Fondo Mancomunado estará conformado con recursos provenientes de aportes de los afiliados a Fonasa y de afiliados a isapre (que provendrán desde el Fondo Inter-Isapres). Se contempla además un aporte directo, progresivo y gradual desde los recursos fiscales (proveniente de impuestos generales).

2.3 Fondo Inter-Isapres

Se crea un Fondo Inter-Isapres de compensación de riesgos para permitir la movilidad, el fin de la cautividad a causa de las preexistencias, junto con introducir mayor solidaridad al sistema Isapre. El Fondo Inter-Isapres se conformará con el porcentaje de cotización de los afiliados a isapres. Descontados los recursos destinados al Fondo Mancomunado y al Fondo para Subsidio de Incapacidad Laboral, el Fondo Inter-Isapres redistribuirá a cada isapre una cápita ajustada por el riesgo de sus cotizantes. El ajuste por riesgo considerará variables asociadas al costo esperado de la atención de salud de los afiliados (edad, sexo, condición de salud, zona geográfica, etcétera). El Fondo también admite compensaciones *ex post*, mediante una reserva para el caso de eventos

de mayor costo y baja probabilidad de ocurrencia, no considerados en la fórmula capitada.

2.4 Plan Complementario

La supervisión de los seguros complementarios será realizada por la Superintendencia de Salud y su regulación establecida por ley. Estos seguros podrán ser entregados por la misma isapre que le entrega al afiliado el PSS, pero en un breve plazo deberá ser completamente diferenciado de tal manera de efectuar una separación clara entre el PSS y el plan complementario.⁷

Deberá considerarse seguros complementarios de largo plazo, vitalicios, con renovaciones periódicas. Dado que existirá un PSS común, los planes complementarios se referirán fundamentalmente a mejores coberturas en redes o prestadores más apetecidos por los afiliados y que cubran diferenciales de copagos.

2.5 Transición de escenarios contractuales

A los actuales usuarios de isapres se les ofrecerá la posibilidad de cambiarse voluntariamente al nuevo sistema. Los nuevos afiliados deberán entrar directamente al nuevo sistema.

Los incrementos de precios de los planes de las personas que opten por mantener su plan antiguo deberán entrar al sistema de regulación de precios de la Superintendencia de Salud, al igual que los nuevos planes complementarios.

2.6 Relación seguros y prestadores

Cada aseguradora comunicaría el conjunto de prestadores acreditados a los que sus usuarios pueden acceder. No se requiere exclusividad y un mismo prestador puede ofrecer servicios a varias aseguradoras. De esta forma se formalizaría el derecho a la elección de prestador, una vez elegida la aseguradora.

Los prestadores deben ser regulados de mejor manera, por lo que se propone entregar a la Superintendencia de Salud mayores facultades. No solo es importante la acreditación, para lo cual hoy día tiene atribuciones, sino también debe regular los contratos. Para mejorar la utilización de los prestadores disponibles, especialmente en regiones, se plantea que los usuarios de isapre puedan acceder a prestadores públicos en condiciones similares a los usuarios de Fonasa, es decir, a través de la atención primaria, asegurando que no existan mecanismos que permitan que los primeros desplacen a los segundos.

7 Tal como está redactado en el informe, se presta para confusiones entre plan complementario y seguros complementarios.

La visión de mayoría reafirma la prohibición de la integración vertical de aseguradores y prestadores que contempla la ley.

2.7 Regulación de precios y su reajustabilidad

El principio fundamental es la eliminación de la unilateralidad, actualmente vigente en la ley, con que cuentan las isapres para readecuar planes y subir sus precios, más allá del IPC. Para ello, se contempla la definición de un mecanismo de evaluación de precios. La Superintendencia de Salud deberá contar con un equipo/consejo de análisis de los precios. Se propone que todos los precios sean monitoreados y regulados por la autoridad, de acuerdo con una normativa establecida en la ley.

2.8 Fondo Común de Incapacidad Laboral

Se propone la creación de una institucionalidad⁸ que administre y organice el Subsidio de Incapacidad Laboral. Esto implica agrupar el financiamiento definido para las licencias médicas en un fondo único, que incluya los usuarios de Fonasa de isapres, y también las licencias provenientes de accidentes y enfermedades profesionales, hoy día radicadas en los organismos administradores de la Ley 16744. Este fondo deberá tener una evaluación actuarial periódica e independiente.

La entidad pagadora de los subsidios, tanto de enfermedad común como de accidentes laborales y enfermedades profesionales, deberá estar separada de la entidad contralora y evaluadora de las licencias, asegurando una mayor transparencia del sistema.

Los representantes de la Asociación de Isapres reaccionaron ante el documento de la Comisión Presidencial de manera drástica. De hecho, el representante de la isapre Colmena y la representante de la Asociación de Clínicas renunciaron en la penúltima sesión a la Comisión. Otras posiciones de minoría quedaron plasmadas en el documento.

Como sea, las posiciones de la Asociación de Isapres —con matices— apuntan a que: (i) habría una usurpación de cotizaciones que son de propiedad privada por parte del Estado; (ii) se está impidiendo la posibilidad de elegir, lo que se garantiza en la Constitución; y (iii) que se estaría perjudicando a la clase media, que se vería obligada a subvencionar a los pobres en perjuicio propio. Esta estrategia está centrada esencialmente en atacar al Fondo Mancomunado Universal entre Fonasa y las isapres, es decir, a la propuesta que permitiría corregir la ausencia de solidaridad y mancomunidad en el aseguramiento de la salud en Chile, lo cual —como se ha demostrado— ha exacerbado la segmentación del sistema asegurador en el país.

8 No es trivial que se haya omitido definir si esta institucionalidad será pública o privada.

La Asociación de Isapres no solo se opone a que estas se transformen en seguros complementarios o suplementarios, sino que ha adoptado una suerte de “contraataque” singular. La propuesta de las isapres es que todas las personas puedan elegir el seguro privado o el público. Como evidentemente la mayoría de los adscritos a Fonasa no pueden pagar los costos de los planes que ofrecen las isapres, se agrega que el Estado debiese financiar a los pobres para que estos elijan.

Lo que extraña de esta propuesta es que para su realización completa se necesitarían alrededor de 15.000 millones de dólares anuales, si se desea equiparar los resultados de la población afiliada a Fonasa y a isapres con los patrones actuales de estas últimas. Para esto sería necesario, entonces, una reforma tributaria superior a la de 2014, que alcanzaría cerca del 5% del PIB.

2.9 Los programas gubernamentales de los candidatos presidenciales

Empieza a haber consenso —quizás lamentablemente— en cuanto a que los programas de gobierno no necesitan detalles sino generalidades que, finalmente, pueden ser interpretadas en el transcurso del ejercicio del gobierno. Esto permite mayor flexibilidad y adecuación de las propuestas finales a la correlación de fuerzas y a los consensos, pero también sirve para que las autoridades elegidas no asuman compromisos reales con las propuestas que se explicitan en los discursos. En concreto, al cierre de esta entrega, ninguno de los tres candidatos con mayor apoyo (S. Piñera, B. Sánchez y A. Guillier) explicitan sus decisiones con respecto a qué tipo de reforma a las isapres promoverán.

El programa presidencial de Sebastián Piñera indica escuetamente: “Nuevo seguro Social de salud, con un plan base para todos los chilenos independiente del sistema previsional. Nueva Ley de Isapres y ampliación de la libre elección de Fonasa”.⁹ Todo esto puede ser interpretado muy ampliamente.

El programa presidencial de Alejandro Guillier¹⁰ señala “El sistema asegurador privado requiere de modificaciones que permitan cumplir con el principio de la seguridad social, donde la salud es un derecho. Por esta razón, el sistema de ISAPRES debe incorporar mayor solidaridad financiera y garantías de acceso sin discriminación, independientemente de su edad, sexo, preexistencias o capacidad de pago. Al mismo tiempo, favoreceremos la competencia y la transparencia del sistema de ISAPRES” (p. 57). Estrictamente, con estos

9 “Bases del Programa de Gobierno del ex presidente de la República Sebastián Piñera. Principales acciones, iniciativas y proyectos” (3 de mayo 2017), En https://sebastianpinera.cl/wp-content/uploads/bases_del_programa_de_gobierno-SP.pdf

10 “Bases Programáticas Guillier 2018-2022”. En http://www.alejandrogullier.cl/images/Bases_Programaticas_Guillier.pdf

enunciados se abre la posibilidad de reponer en la agenda los acuerdos de la Comisión Presidencial de 2014.

Finalmente, al cierre de la edición de este documento, la candidata Beatriz Sánchez aún no disponía del programa oficial, que se estaba discutiendo en organismos de base.

En suma, es posible suponer que el candidato Piñera estará más cerca de quienes se retiraron de la Comisión y que los candidatos Guillier y Sánchez apoyen la mayoría de los puntos que acordó la Comisión y que se sintetizaron en este documento.

3 Conclusiones

En este documento se puso en evidencia que el sistema de aseguramiento chileno es profundamente segmentado y que las isapres han actuado consecuentemente con enfocar su cartera hacia los grupos de mayores ingresos, a los menos enfermos y a los más jóvenes (salvo mujeres en edad fértil).

Se mostró que las isapres no podrían aspirar a cubrir a toda la población, porque el diferencial de costos entre lo que hoy aportan los beneficiarios de Fonasa, incluyendo el aporte fiscal, es de alrededor de tres veces si se contabilizara en la lógica de costos y pagos en el subsistema de las isapres. El marco del funcionamiento actual de las isapres haría imposible que el Estado financiara un traslado hacia las isapres de la totalidad de los actuales afiliados a Fonasa, como algunos han insinuado.

El modelo de cálculo del diferencial de costos que se desarrolló es poco sensible a los valores absolutos; en cambio, puede serlo ante cambios en la estructura de copagos; en los pagos promedio de los afiliados a isapres que, como se sabe, pertenecen a los deciles superiores de ingreso; en las capacidades de los afiliados para hacer aportes individuales adicionales; en la diferencia en la estructura de edades y sexo entre las carteras de Fonasa e isapres; y en la tabla de factores de riesgo, que es un proxy bastante adecuado de morbilidad.

En consecuencia, la estrategia principal de Fonasa y de las autoridades de salud debiese ser mejorar la eficiencia del sector público, mantener la equidad y fortalecer otros aspectos del sector público. Cuando el sector público ha mejorado su oferta (entre 1997 y 2005, por ejemplo), personas incluso de ingresos superiores se trasladaron hacia el sector público.

Se mostró que los resultados financieros de las isapres son varias veces superiores al promedio incluso de los rendimientos medios de las empresas en países desarrollados, razón por la cual la reacción frente a las reformas sugeridas por la Comisión Presidencial fue drástica y tajante, ya que se podría destinar parte de las cotizaciones a un fondo solidario.

La reforma a las isapres es hoy un tema que preocupa a la clase media afiliada a isapres. Uno de cada cinco cotizantes ha entrado en litigio con las isapres, y la mayoría por cambios arbitrarios en los costos de los planes. El gobierno actual y futuro también debe tomar una posición en este asunto, tema que seguramente será planteado en la campaña presidencial.

Referencias

- Altura Management (2017). *Recursos de Protección Isapres 2016*. Santiago: Altura Management. http://www.isapre.cl/PDF/Judicializacion_Isapres_2016.pdf
- Araya-Castillo L., Ferreiro P. & Escobar-Farfán, M. (2016). Grupos estratégicos del mercado de Isapres abiertas y su relación con el desempeño: el caso de Chile. *Multidisciplinary Business Review*, 9(1), 11-21. <http://www.asfae.cl/journalmbr/images/stories/2016Articulo02.pdf>
- Asociación Gremial de Isapres AG (2016). *Isapres 1981–2016: 35 años de desarrollo del sistema de salud privado de Chile*. [s/d]. En línea: http://www.isapre.cl/PDF/35isapres_v4.pdf
- Castillo, C. & Villalobos, P. (2013). Caracterización del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada a dos sistemas de protección. *Revista Médica de Chile*, 141(11), 1456-1463. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001100013>
- Cid, C., Debrott, D., Vera, M. & Hernández, L. (2009). *Hacia un presupuesto poblacional que reemplace el presupuesto histórico en el sistema nacional de servicios de salud: Propuesta metodológica y estimaciones 2009-2010*. Santiago: Comisión Sectorial Mecanismos de Presupuestación y Transferencias.
- Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado (2014). *INFORME FINAL Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado Preparado por: Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado. Decreto N° 71 del 14 de abril de 2014*. Santiago de Chile: Palacio de La Moneda, 8 de octubre de 2014. http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf
- Comisión Presidencial Isapres (2014). *Véase Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado (2014)*.
- Corporación de Investigación, Estudios y Desarrollo de la Seguridad Social (Ciedess). (2010, octubre), Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social. (2010, octubre). Tarifa plana en Isapre. Efectos de la eliminación de la tabla de factores. *Nota Técnica N° 10*. http://www.ciedess.cl/601/articles-591_archivo_01.pdf
- Fernández, S. & Ortiz de Zárate, M. (2017). Análisis del gasto de bolsillo en salud según sexo del jefe de hogar. *Boletín Economía y Salud*, 11(1), 20-28. <http://omayor.cl/wp-content/uploads/2017/07/Boletin-economia-y-salud.-vol-11.-N%C2%BA1.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2017). Encuesta suplementaria de Ingresos 2016. Publicada en julio 2017.
- Labra, M. E. (2002). La reinención neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4), 1041-1052. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000400010>

- Libertad y Desarrollo (2014). ¿Es la idea del fondo único en salud una solución solidaria? *Temas Públicos*, 30 de octubre 2014 (1182). <http://www.isapre.cl/images/TP1182IsapresvsFONASA.pdf>
- Martínez, M. S. & Cuadrado, C. (2017). Health policy in the Concertacion era (1990-2010): Reforms the Chilean way. *Social Science & Medicine*, 182, 117-126. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.012>
- Pavlovic, S. [Superintendente de Salud]. (2016). *Resultados financieros 2015. Instituciones de Salud Previsional – Isapre. A diciembre de 2015*. [Presentacion ppt]. Santiago: Gobierno de Chile, Superintendencia de Salud. http://www.supersalud.gob.cl/prensa/672/articles-13368_recurso_1.pdf
- Pinto, F. (2012). Aysén: una realidad desconocida. *Revista Chilena de Pediatría*; 83(2),187-189. <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v83n2/art13.pdf>
- Sánchez, M. (2017). Coberturas financieras de los Planes Complementarios de Salud de Isapres Abiertas. *Documento de Trabajo*, Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud, Chile. http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-15646_recurso_1.pdf
- Superintendencia de Salud. *Boletín Estadístico* (varios años).
- Urriola, R. (2005). Financiamiento y equidad en salud: el seguro público chileno. *Revista de la CEPAL* No 87, 61-78 [LC/G.2287-P]. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/11080>