

La Reforma de Salud en Chile, entre sus objetivos, se ha planteado disminuir la discriminación por riesgos de que son objeto, mujeres y adultos mayores en el sistema isapre. En este trabajo se argumenta que ello es necesario no sólo por razones de solidaridad, sino que, también, porque el funcionamiento del sistema, con este tipo de selección de riesgos, es altamente ineficiente para la sociedad en su conjunto.

Este artículo estudia el problema teórico de la selección de riesgos, las razones por las cuales debe ser corregida y analiza los sistemas de ajuste de riesgo como la mejor herramienta para abordar este problema. Se describen brevemente los modelos de este tipo reportados en la experiencia internacional y se señalan las características de la selección de riesgos en el sistema isapre y por lo tanto, el diseño que tendrá el modelo chileno de Fondo de Compensación Solidario, como política para disminuir los incentivos a que la selección ocurra.

Finalmente, se entrega evidencia empírica del proceso selección de riesgos que se desarrolla en el sistema isapre en Chile y de la segmentación del sistema de salud por ingresos y riesgos. En este contexto, se analizan los efectos virtuosos del funcionamiento del Fondo Inter-Isapre para los beneficiarios del sistema de salud chileno.

En definitiva, el Fondo contribuye en entregar mayor protección de salud a la población beneficiaria en general, y en particular, a los grupos de riesgo que, hasta ahora, han sido discriminados¹.

1. Introducción

La Ley N°20.015 (“Ley Larga de Isapres”), del 17 de mayo de 2005, dispone la creación de un Fondo de Compensación Solidario (FCS) entre Isapres como mecanismo para compensar a aquellas instituciones que presenten un nivel de riesgo superior al promedio en la provisión de las Garantías Explícitas en Salud (GES).

¹ Palabras claves: Selección de riesgos, ajuste de riesgos, Fondo de compensación solidario, isapres.

El Fondo no será aplicable a las Instituciones a que se refiere el inciso final del artículo 39 o cuya cartera esté mayoritariamente conformada por trabajadores y ex trabajadores de la empresa que constituyó la Isapre.

Conforme a la ley, el Fondo tendrá por objeto compensar entre sí, a las Instituciones de Salud Previsional, por la diferencia que se produzca entre la suma de la prima comunitaria que se determine para las GES y la suma de las primas ajustadas por riesgo que se determine según el sexo y edad de sus respectivos beneficiarios.

Las primas aludidas serán determinadas por la Superintendencia de Salud de acuerdo con lo establecido en un reglamento, el cual será expedido a través del Ministerio de Salud y que, además, llevará la firma del Ministro de Hacienda.

La Superintendencia determinará el o los montos efectivos de compensación para cada Institución de Salud Previsional. Las Instituciones de Salud Previsional efectuarán entre sí los traspasos que correspondan a las compensaciones que determine la Superintendencia de Salud, en el plazo y mediante el procedimiento que ésta determine.

De esta forma la Ley define un Fondo de Compensación Solidario (FCS) entre los seguros privados abiertos sin incluir a Fonasa, sujeto a una implementación gradual del AUGE. Por lo tanto, el primer año sólo considera 25 patologías, el segundo 31 y hacia el 2007 las 56 patologías comprometidas. El Fondo debe ser consistente con esta disposición, por lo tanto, estará en directa relación con la cantidad de patologías vigentes cada año.

En este contexto, este documento analiza brevemente el marco teórico que conduce a la adopción de medidas como la aplicación de un Fondo de Compensación Solidario y de un modelo de ajuste de riesgo a la luz de la experiencia internacional y de la literatura de economía de la salud existente al respecto. Además, se establece un diagnóstico general de la situación de la seguridad social de salud en Chile, desde un punto de vista económico, esto es, considerando sus principales problemas: selección de riesgos y segmentación. Se describe el modelo de ajuste de riesgos que finalmente fue aprobado para Chile, a la vez que se señalan los componentes generales de este tipo de herramientas.

El punto 2 está dedicado a estudiar por qué es necesario establecer un sistema de ajuste de riesgos. Desde un punto de vista teórico se muestra que, dadas las imperfecciones de mercado y ciertas regulaciones previas, consistentes con elecciones institucionales en torno a la solidaridad, la selección de riesgos y la segmentación se hacen más patentes, pero pueden ser corregidas con políticas regulatorias efectivas.

En el punto 3, se describen los modelos de ajuste de riesgos reportados en la literatura y sus características generales, a la vez, se indica qué alternativa se ha adoptado para el modelo a aplicar en Chile. Este modelo se caracteriza por ser "interno" en los flujos financieros, de tarifa per-cápita en la contribución, demográfico en la medida que usa sólo sexo y edad en la predicción de los costos, fundamentalmente ex – ante en el uso de la información y motivación de los incentivos a generar, actuarial en el método de cálculo y con costos aceptables definidos por las Garantías Explícitas en Salud (GES) y sus gastos esperados.

El punto 4, está dedicado a mostrar alguna evidencia empírica de los problemas existentes en Chile que refuerzan la decisión de implementar la herramienta: La selección

de riesgos y la segmentación por riesgos e ingresos. Finalmente, se concluye en el punto 5, sintetizando lo expuesto en los apartados anteriores.

En el Anexo 1, se ofrece un listado de títulos referidos a modelos de ajuste de riesgo a nivel internacional, los que han sido estudiados para redactar este documento y para diseñar la aplicación chilena del sistema de ajuste de riesgos Inter-isapre.

En el Anexo 2, se entrega un Glosario de términos técnicos utilizados en el documento.

2. Razones para la Construcción de Sistemas de Ajuste de Riesgos

Los servicios o bienes en salud se caracterizan por dos aspectos fundamentales que los diferencian de otros bienes. Por una parte, la demanda por bienes en salud responde, en gran medida, a fenómenos aleatorios y, por otro lado, varía inmensamente dependiendo del tipo de individuo que los requiera. En este contexto hay consenso en la literatura en cuanto a que los seguros, al conglomerar recursos, pueden producir una disminución de los riesgos, ganancias de eficiencia y mayor justicia entre individuos con diferentes necesidades por servicios de salud. Pero, el funcionamiento de los seguros puede tener importantes problemas en torno a la solidaridad y su operación desregulada no es garantía de eficiencia.

Es más, en un mercado de libre competencia entre seguros, los subsidios cruzados implícitos que caracterizan a este tipo de organizaciones, no pueden ser mantenidos porque la competencia minimiza las ganancias predecibles por cada contrato. Consecuentemente con ello, un seguro, para evitar pérdidas y mantenerse equilibrado ajustará la prima al riesgo, lo que es llamado diferenciación de primas, o ajustará el riesgo aceptado por la prima, lo que es reportado en la literatura como selección de riesgos.

Dados ciertos promedios de gastos, por grupo de riesgo, la libre competencia podría resultar en primas ajustadas según el riesgo las que pueden fácilmente ser una gran cantidad que haga imposible la elección óptima por parte del consumidor y pueden, además, ser muy variables dependiendo del grado en que el seguro pueda identificar esos grupos de riesgo. En el extremo, podría existir una prima distinta para cada persona afiliada².

Así, en un mercado competitivo de seguros de salud, las primas asociadas a riesgos serán altas para las personas adultos mayores, para enfermos, mujeres en edad fértil y familias numerosas y serán bajas para los jóvenes, los solteros y las familias pequeñas.

Ante esta realidad, la sociedad, legítimamente, puede decidir que no desea esta situación. Muchos son los motivos: de salud, distributivos, de solidaridad, etc. y entonces puede limitar el cálculo de las primas asociadas al riesgo e incentivar, mediante mecanismos regulatorios, que la prima se calcule independientemente del estado de salud de las personas y que sea igual para todos, independiente del número de personas de la familia, de los ingresos y de los riesgos de enfermar. Inicialmente, esta es la razón técnica

² Una muestra de este fenómeno es la existencia de mas de 40.000 planes de salud en el sistema isapre en Chile (Superintendencia de Salud, 2005). Justamente para ayudar a atacar este problema la Ley estableció la eliminación de los planes construidos para calzar con el 7% de los cotizantes en el sistema privado, para contratos individuales. De este modo se intenta impedir la discriminación perfecta de precios

fundamental para que la prima en Chile, al igual que en muchos otros países con sistemas de seguridad social, sea una proporción del ingreso (el 7%). Pero, cuando la prima es restringida porque está asociada al ingreso, para evitar regresividad en la contribución obligatoria a la seguridad social, los incentivos para la selección de riesgos se hacen más fuertes.

En efecto, los seguros, con este diseño de primas, tienen dificultades para acercarse a los costos esperados de cada uno de sus beneficiarios (o grupos de ellos), lo que provoca el comportamiento de selección de riesgos, en busca de las personas con menores gastos esperados y de deshacerse de los que se espera gasten más. Por otra parte, en el caso chileno, además, los seguros privados pueden aplicar diferenciación de primas para ajustarlas al riesgo.³

Además, en el caso de Chile, el Fondo permitirá corregir el incentivo a la selección que conlleva el hecho que en la Ley AUGE se haya establecido una prima pareja por beneficiario, para las GES. Ello porque sólo las personas de menores riesgos habrían tenido la posibilidad de cambiarse a las isapres con primas más económicas, dado que los seguros habrían privilegiado establecer contratos con ellos.

La selección de riesgo puede tener varias facetas de ineficiencia. Primero, en caso de que haya importantes ganancias para los seguros por el proceso de selección, estos estarán desincentivados a responder adecuadamente a los requerimientos de los afiliados de alto riesgo. Esto provoca un problema de calidad en los tratamientos, por ejemplo, de los enfermos crónicos. Segundo, el éxito en atraer beneficiarios de menor riesgo, que pueden lograr los seguros, provoca segmentación del mercado, donde se cobrarán primas más bajas a estos afiliados de bajo riesgo y primas más altas a los individuos de mayores riesgos. Esto genera un problema de solidaridad en el conjunto del sistema de seguridad social (van de Ven y Ellis, 2000). En Chile, además, importantes segmentos de personas afectadas por el “descreme”, que ya no están dispuestas a pagar primas altas en el sistema privado, se dirigen a Fonasa, donde podrán pagar la prima más baja posible para ellos. El efecto financiero neto de esta situación en Fonasa, puede ser deficitario. Si es así, el pooling del seguro público deberá cubrir el déficit con recursos de los cotizantes o fiscales, lo que implica un problema de equidad, al reducirse los recursos que estaban disponibles, para el conjunto de los beneficiarios, antes del ingreso de estas personas.

Tercero, cuando la selección es generalizada y arroja importantes beneficios para los seguros, ésta será más rentable que mejorar la eficiencia en la producción de atención de salud. En el corto plazo, los seguros prefieren invertir sus recursos disponibles en mejorar la selección de riesgos y no en reducir costos, y por lo tanto, no invertirán en mejorar la eficiencia. Los seguros más eficientes, que apliquen menos selección, pueden perder participación en el mercado respecto de los seguros más ineficientes, resultando en una pérdida de recursos para la sociedad. La selección, por lo tanto, atenta contra la eficiencia. Además, mientras un seguro individual puede obtener ganancias de la selección y beneficiarse, para la sociedad esto es una pérdida, y resulta en una pérdida de bienestar general (Wasem, 2002).

³ En el sistema isapre la prima media es superior al 7%, lo que implica que existe una gran variabilidad desde este piso hacia arriba. En 2004 fue de 9,8 %. No obstante hay que tener en cuenta los problemas de información presentes en la estimación de esta cifra, que se relacionan con la subdeclaración de rentas en los tramos inferiores y en la falta de información de salarios por encima del tope para el cálculo de la cotización (60 UF).

Una hipótesis relevante que se ha sostenido, y que de alguna manera colaboramos a refrendar más adelante, es que en el caso de Chile, las isapres han podido mantener importantes resultados en cuanto a utilidades, no precisamente por niveles óptimos de eficiencia, sino más bien debido, entre otras cosas, al proceso de selección combinado con la existencia de Fonasa como seguro de última instancia.

Por estas razones, la sociedad, nuevamente, necesita buscar maneras de impedir este proceso de despilfarro de recursos en salud. Una manera de evitar esta situación y lograr que los subsidios de solidaridad funcionen, sin entorpecer la competencia, es generar subsidios a las primas de los grupos de alto riesgo provenientes de los grupos de menores riesgos (Ellis et. al. 2002), mediante el uso de un modelo de ajuste de riesgos, entendiendo por tal, el uso de información para estimar los costos esperados en salud de un individuo o grupo, basándose en la utilización y los costos observados durante un intervalo fijo de tiempo, para establecer subsidios a la prima de los grupos de alto riesgo (van de Ven y Ellis, 2000). De esta manera, el ajuste de riesgos corrige o trata de neutralizar, los incentivos para la selección de riesgos, en la medida que, a los seguros les sea cada vez más indiferente la afiliación de una u otra persona.

También, generalmente existen un conjunto de otras normas, que acompañan estos modelos, dentro de las más importantes está la afiliación abierta⁴ que, por si sola, no contiene los incentivos a hacer selección de riesgos, pero que cumple un papel complementario muy importante y es deseable su existencia. Esta norma opera, por ejemplo, en Alemania, Israel, Holanda y Suiza. No es el caso de la propuesta chilena, donde en la práctica sólo Fonasa funciona con afiliación abierta, lo que sólo es sostenible por el subsidio a la oferta que realiza el Fisco hacia el sistema público de salud. Así, sin afiliación abierta en los seguros privados de salud, el ajuste de riesgo se hace aún más necesario.

En síntesis, en mercados con muchas fallas, como los de salud, se produce un “trade-off” entre equidad y eficiencia⁵, lo que resulta ser un desafío para los Gobiernos y entidades técnicas regulatorias. Teóricamente, es posible demostrar que la redistribución de riesgos intergeneracional (desde jóvenes a viejos) y desde sanos a enfermos, puede producir un mejoramiento de ambos conceptos relevantes para las políticas de salud: equidad y eficiencia, es decir, mientras mejor sea la calidad del ajuste de riesgos, menos intensivo será este trade-off (van de Ven y Ellis, 2000).

3. Modelos de Ajuste de Riesgos

Básicamente, tres son los elementos que componen cualquier modelo de ajuste de riesgo:

- a) El modelo necesita calcular la prima comunitaria o contribución solidaria;
- b) Los costos esperados por grupo de riesgo y;
- c) Las primas ajustadas por riesgo, para calcular los pagos capitados.

⁴ Open enrollment: En principio los consumidores están permitidos para cambiarse de seguro y cada seguro debe aceptar a todo postulante que lo solicite en su área geográfica de operación, sujeto a condiciones usuales como un período mínimo de contrato, la notificación previa y otros procedimientos habituales (van de Ven et. al, 2001)

⁵ La expresión “trade-off” implica una relación inversa entre eficiencia y equidad, de tal modo, que pareciera que aumentar la eficiencia puede tener consecuencias negativas en la equidad y viceversa.

El pooling de riesgos que este mecanismo sugiere se denomina, comúnmente, Fondo de Compensación de Riesgos. Estos aspectos y otros asociados, se detallan a continuación.

3.1 Organización de los flujos financieros: Sistemas “externos” e “internos”

Una definición importante de los modelos de ajuste de riesgos es si estos son “externos” o “internos” en sus flujos financieros, es decir, si los usuarios pagarán primas aparte para el Fondo de Compensación y este se constituye autónomamente del resto de los recursos de los seguros (sistema “externo”), o si la prima comunitaria se descontará de la misma contribución de las personas a sus seguros, reservando esta parte de la prima general, para solidarizar (sistema “interno”).

En Chile se ha optado por el segundo modelo, al igual que en Alemania y Suiza. Para Chile, este modelo representa menos costos de transacción en la medida que aprovecha una estructura de flujos y administración financiera ya instalada, que provee el hecho que exista una contribución obligatoria para salud.

En casos como Holanda, Bélgica y algunos países del Este de Europa se ha decidido aplicar el modelo externo, separando la contribución solidaria al Fondo de compensación de la contribución obligatoria al seguro y así distinguir la solidaridad de ingresos y la de riesgos de salud. De esta forma, los subsidios de solidaridad de riesgos se producen totalmente fuera de los seguros, esto supone evitar distorsiones en la competencia de los mismos.

En cualquier caso, es importante tener en cuenta, que estas diferencias, al igual que otras que mencionaremos más adelante, no alteran el funcionamiento del modelo y éste opera de la misma manera, independiente de esta decisión.

3.2 Tipo de contribución solidaria

La contribución solidaria o prima comunitaria al Fondo de Compensación de Riesgos puede, ser determinada de distintas maneras. Básicamente su requisito esencial es que sea independiente de los riesgos de salud de cada persona afiliada.

a) Prima comunitaria asociada al ingreso

Si la prima comunitaria está relacionada al ingreso, como en el caso del modelo de ajuste de riesgos de Alemania, será un porcentaje de éste, equivalente a costo medio del catálogo de beneficios. Claramente, esta elección traerá un ajuste más progresivo en ingresos que cualquier otra alternativa, tal es el caso que en el sistema Alemán el ingreso es responsable del 70% de los montos a transferir por ajuste de riesgos⁶.

Esta forma de determinar la prima comunitaria se expresa, generalmente, como una proporción del ingreso o como una proporción de la contribución obligatoria para salud.

⁶ Además en este país lo que se solidariza es casi toda la prima del seguro dado que su paquete de beneficios es lo suficientemente amplio.

b) Prima comunitaria como tarifa per-cápita (o tarifa plana)

La tarifa per-cápita⁷ implica una contribución solidaria pareja para todos por igual, es decir un monto fijo, generalmente equivalente al costo actuarial esperado del catálogo de beneficios que se espera cubrir universalmente. Esta es la forma escogida en el modelo chileno, es decir, la prima comunitaria equivale al costo actuarial per-cápita esperado del conjunto de problemas que poseen GES, que se espera cubra el Fondo de Compensación Solidario Inter-Isapres. Además, se espera que el efecto neto del modelo sea progresivo en riesgos.⁸

Mezclas de ambos mecanismos, la prima como proporción del ingreso y como tarifa per-cápita, también son utilizadas como es el caso de las primas comunitarias por cada una de las cajas de salud o seguros, en los casos de Bélgica y Holanda, y lo mismo pero por región (o cantón) del país, en el caso Suizo.

Es importante prever, que el funcionamiento del modelo de ajuste no depende de esta elección, por cuanto funciona de la misma manera con cualquier tipo de primas. Evidentemente, los impactos son bastante diferentes y dependen del grado y tipo de solidaridad que se quiera introducir, en el entendido que existen dos tipos de ella, a saber: solidaridad de riesgos y solidaridad de ingresos y que el FCS puede promover la solidaridad de riesgos o ambas.

3.3 Cálculo de las primas subsidiadas

Tomada la decisión de aplicar un modelo de ajuste de riesgos, es importante que las variables que se usen para el ajuste, sean las relevantes. Es decir, que la información utilizada permita generar un grado importante de predicción de los costos en salud para el grupo de problemas escogidos para ser cubiertos universalmente.

a) Ajuste demográfico

En la experiencia internacional de modelos de ajuste de riesgos, alrededor de 30 países han usado, mayoritariamente, variables demográficas como la edad y el sexo en los ajustes. En algunos casos se acompañan de algunas características relevantes como las licencias médicas, la discapacidad (como Alemania) o la mortalidad (como Bélgica).

El modelo chileno, funcionará con sexo y edad como variables relevantes para predecir los costos de los grupos de riesgo.

De la literatura se desprende, que los modelos en aplicación han sido graduales en la incorporación de variables para los cálculos de las primas subsidiadas, comenzando por sexo y edad, para continuar con mas variables que permitan acercarse mejor a los costos esperados en salud, como los indicadores socioeconómicos y de estado de salud.

⁷ En realidad el término exacto es "flat rate" o tarifa plana, usamos tarifa per-cápita porque representa mejor la idea de pago de un monto igual por beneficiario.

⁸ Una tarifa plana por definición es regresiva en ingresos. El ajuste de riesgos puede provocar un efecto neto progresivo en riesgos e ingresos si los riesgos están asociados a los ingresos.

b) Ajuste usando datos Socioeconómicos

Generalmente, a los datos demográficos como sexo y edad, se les agregan otras variables importantes para conocer la variabilidad de los costos. En algunos casos se usan variables socioeconómicas, en el entendido que son determinantes de salud y en algún grado, de sus costos.

Así, se usan el desempleo, urbanización, región, ingreso, etc. El modelo Belga es un ejemplo de uso de una combinación de variables demográficas y socioeconómicas dado que utiliza, edad y sexo junto con urbanización, discapacidad, ingreso, estatus de empleo y mortalidad, en un modelo agregado de regresión.

Parece importante mencionar que hay discusión en torno a la incorporación de datos socioeconómicos, en el sentido del tipo de ajuste que producen en relación a la prioridad definida. En particular, se sostiene que el ajuste de solidaridad en ingresos (como el que se produce al incorporar variables socioeconómicas) es distinto al ajuste de riesgos de salud. En la práctica, muchos modelos usan algún indicador socioeconómico, tanto en EE.UU. como en países de Europa.

c) Uso del Estatus de salud

Para aumentar los niveles de predicción de los costos y mejorar el ajuste de riesgos, los modelos más sofisticados, utilizan diagnósticos clínicos (ambulatorios y hospitalarios) y prescripciones farmacéuticas (para identificar diagnósticos ambulatorios) para predecir los costos con métodos econométricos. Los modelos como éste son usados en EE.UU., en la distribución de los recursos que el gobierno asigna a los seguros de salud (HMOs) por los programas para adultos mayores e indigentes (Medicare y Medicaid)⁹ y comenzaron a ser aplicados en Holanda en 2004¹⁰.

También modelos como éste se comenzará a utilizar en Alemania en el año 2007, de acuerdo al programa de Reforma (Wasem, 2005).

El estatus de salud ha sido incorporado, también, de manera “trazadora”, en modelos en que están en transición hacia esquemas mejorados que estudian la incorporación de los diagnósticos clínicos. Es el caso alemán, donde en el año 2003 se incorporó al sistema de ajuste de riesgos un grupo reducido de enfermedades crónicas o catastróficas, junto con un programa de manejo de ellas, llamado Disease Management Programs (DMP)¹¹.

Mezclas de las formas de cálculo de las primas ajustadas por riesgo anteriormente descritas, también son usadas. Por ejemplo, en el caso de Medicare en EE.UU., el sistema usa variables demográficas, algunas características socioeconómicas -vinculadas

⁹ Medicare utiliza la familia de modelos DxCG (Diagnostic costs groups Ash, Ellis Universidad de Boston y Iezzoni Harvard Medical School) que incorporan diagnósticos en la predicción de costos y Medicaid usa la familia de modelos ACG (Ambulatory costs groups, Universidad Johns Hopkins)

¹⁰ El modelo que reemplazó al sistema de ajuste de riesgos anterior en este país es de la familia DxCG, usa diagnósticos clínicos a nivel ambulatorio (a través de recetas farmacéuticas) y a nivel hospitalario, considerando también una variable socioeconómica como si la persona es independiente laboralmente (autoempleado).

¹¹ Se consideran los siguientes DMP: Diabetes, Cáncer de mama y Enfermedad coronaria (Wasem, 2005).

a la zona de residencia y la ocupación- y también los diagnósticos como proxy del estado de salud de los beneficiarios.

Vale la pena señalar, que estos modelos son conocidos porque han logrado el máximo nivel de predicción de costos posible hasta ahora¹².

d) Variables empíricas y normativas

Cuando se habla de variables normativas se hace referencia a variables, que por diversas razones de política, resultan relevantes de considerar en un caso concreto, aún cuando esas agrupaciones o indicadores no presenten gastos observados relevantes en salud. Por ejemplo, la etnia puede ser una variable normativa a considerar en el ajuste de riesgo, aún cuando al revisar los datos observados de costos en salud de las etnias, estos no sean relevantes. Sin embargo, puede ser que estas personas no estén consultando en el sistema formal de salud y el gobierno desee incentivar que ellos tengan acceso. En este caso, se puede incluir la variable etnia en ajuste de riesgos para incentivar al sistema de seguridad social de salud a que incorpore a estos grupos de la población y, de esta forma, mejorar sus niveles de salud.

Las variables empíricas corresponden a aquellas que hacen diferencia en los gastos observados en salud, como son sexo, edad, situación socioeconómica y estado de salud.

e) Modelos “Ex – ante” o Prospectivos y “Ex – post” o Retrospectivos

Otro elemento importante en los modelos de ajuste por riesgos es si estos son Ex – ante (o prospectivo) o Ex –post (o retrospectivo). El modelo de ajuste de riesgo conocido en la literatura internacional como un sistema Ex –ante o prospectivo, usa información de períodos anteriores al del ajuste para calcular o estimar los subsidios a la prima comunitaria, reflejados en las primas ajustadas por riesgo¹³. Por lo tanto, los pagos o transferencias netas son independientes de los costos reales del período a compensar. Estos modelos, suelen aumentar los incentivos a la eficiencia, en la medida que los receptores enfrentan mayores riesgos. Pero los seguros de salud suelen también preferirlos, porque permiten administrar un presupuesto ya conocido al principio de cada período de ajuste, los seguros prefieren asumir este riesgo versus la incertidumbre en los ingresos futuros que puede provocar un modelo que pague costos reales de manera ex – post o retrospectivo, es decir, en función de los eventos ocurridos en el período actual o corriente.

¹² Los modelos que incorporan diagnósticos para predecir los costos en salud, pueden multiplicar varias veces el nivel de predicción de la varianza de los gastos individuales, respecto de los modelos meramente demográficos. En términos estadísticos se habla que los modelos demográficos sólo pueden llegar a predecir hasta cerca del 3% de la varianza de los costos individuales ($R^2=0,03$) (van de Ven & Ellis, 2000) y que los modelos que usan diagnósticos puede llegar a predecir cerca del 30% o mas ($R^2=0,3$).

¹³ En la experiencia internacional los esquemas de Bélgica, Israel, Holanda y de Medicare en EE.UU., son algunos ejemplos de modelos ex-ante o prospectivos, mientras que los de Alemania y Suiza son ejemplos de modelos ex-post o retrospectivos. Para más información ver, van de Ven, W. et. al. (2001) “Risk Adjustment and Risk Selection on The Sickness Fund Insurance Market in Five European Countries”; Pope, G., Ellis R., et. al (2000) “Principal Inpatient Diagnostic Cost Group Model for Medicare Risk Adjustment”; J. Wasem (2003), “Solidarity Compensation Fund in Chile on its way to implementation – some International Perspective”. Consultoría Proyecto MINSAL-GTZ.

No obstante lo anterior, una alternativa a aplicar puede ser combinar un modelo ex – ante con ajustes de población beneficiaria actual al momento de cada ejercicio de compensación de riesgos. Para ello, puede usarse la población beneficiaria inmediatamente anterior al período de ajuste de riesgo¹⁴ y recalcular el valor absoluto de las primas ajustadas por riesgo con el objeto de evitar descuadres del Fondo, conservando la relación relativa entre los factores de riesgo. Este sería un componente ex - post del modelo.

Un modelo de este tipo, ex –ante con un componente ex – post, conserva los incentivos a la eficiencia, por cuanto, las primas ajustadas son calculadas en base a los promedios de todas las aseguradoras y no de cada una en particular y tiende a ser más justo, ya que, compensa por las poblaciones que efectivamente tienen los seguros al momento de ajuste.

f) Modelos actuariales y modelos de regresión

En la literatura internacional de aplicación de modelos de ajuste de riesgos son usadas, básicamente, dos fórmulas de cálculo, una actuarial o modelos de celdas, donde cada celda representa un grupo de riesgo previamente definido, en la cual se calcula el promedio de gastos por persona involucrada en dicho grupo de riesgo. Para llegar a una tabla de factores de riesgo se normalizan estos gastos al promedio general. Este es el caso del modelo actual para Chile.

Otra fórmula es el análisis de regresión en que se estiman los gastos esperados individuales o por grupo de riesgo, en función de variables independientes que son las variables decididas como relevantes para el ajuste. Así, los parámetros obtenidos en la estimación, estandarizados, representan el peso que tendrá cada variable por grupo de riesgo.

El modelo de celdas es el más comúnmente usado. Alemania y Suiza son países que lo utilizan, en cambio las estimaciones econométricas son usadas en EE.UU., Holanda y Bélgica. En este último caso, con variables agregadas y no individuales. Se puede notar que los modelos que llevan en operación más de 10 años, como los anteriormente mencionados, se encuentran analizando el paso desde un modelo actuarial a uno de regresión. Esto tiene que ver, fundamentalmente, con el aumento significativo de variables en el ajuste al pasar de modelos demográficos a unos que consideren estatus de salud y con los niveles de información disponible sobre eventos de salud asociados a personas. Es el proceso que hizo Holanda y el tránsito que se encuentra ejecutando Alemania.

La tabla siguiente muestra un resumen de los aspectos mencionados y los que siguen en éste punto:

¹⁴ Se usa esta población porque es la información disponible más cercana a la población actual.

**Tabla 1:
Resumen Aspectos Relevantes de Modelos de Ajuste de Riesgos a Nivel Internacional y Modelo Inter-isapre-Chile**

País	Organización Flujos financieros	Tipo de Contribución Solidaria¹⁵	Tipo de ajuste y Variables	Modelos Ex – ante o Ex - post	Técnica de cálculo	Costos aceptables	Sistema de riesgo compartido
Alemania	Interno	Prima comunitaria asociada al ingreso	Demográfico- socioeconómico (sexo, edad, discapacidad, SIL, ingreso, DMPs)	Ex - post	Actuarial de celdas	Restringe los cuidados en el hogar	Si, riesgo compartido de altos costos
Bélgica	Externo	Prima comunitaria asociada al ingreso	Demográfico-socioeconómico (sexo, edad, urbanización, discapacidad, ingreso, ocupación, mortalidad)	Ex – ante	Regresión con datos agregados	Restringe fisioterapia, atención dental y psiquiatría	No
Holanda	Externo	Prima comunitaria asociada al ingreso	Estatus de Salud (Diagnostic Cost Group (DCGs), incluye sexo edad y cerca de 180 categorías diagnósticas, autoempleado (si, no)	Ex – ante	Regresión DxCG	Restringe fisioterapia y atención dental	Si, riesgo compartido y riesgo compartido proporcional
Israel	Externo	Prima comunitaria asociada al ingreso	Demográfico (Edad)	Ex – ante	Actuarial de celdas	Restringe fisioterapia, atención dental, cuidados en el hogar y psiquiatría	Si, riesgo compartido por condición específica
Suiza	Interno	Prima comunitaria asociada al ingreso	Demográfico (Sexo, edad, región)	Ex – post	Actuarial de celdas	Restringe psiquiatría	No
EE.UU.- Medicare	Externo	No aplica	Estatus de Salud (Diagnostic Cost Group (DCGs), incluye sexo, edad, región y cerca de 180 categorías diagnósticas)	Ex –ante	Regresión DxCG	Restringe servicios de enfermería prolongados, atención dental, lentes, audífonos y gran parte de medicamentos	No
EE.UU.- Madicaide	Externo	No aplica	Estatus de Salud (Ambulatory Cost Group ACG, CDPS y otros, sexo y edad)	Ex – ante	Regresión ACG, otros	Varía según Estado.	No
EE.UU.- Minnesota	Externo	No aplica	Estatus de salud (ACG, sexo y edad)	Ex - ante	Regresión ACG		No
EE.UU.- Massachusetts, Estado Washington	Externo	No aplica	Estatus de salud (DCGs, sexo y edad)	Ex - ante	Regresión DxCG		No
Chile-inter-isapre	Interno	Prima comunitaria única per-cápita (tarifa plana)	Demográfico (sexo y edad)	Ex –ante con ajuste ex -post	Actuarial de celdas	Dado por las GES	Existe Cobertura Financiera Adicional

Fuente: Elaborado desde van de Ven, et. al. (2001), Ellis (2002), Wasem (2005), Pope et. al, (2000).

¹⁵ En esta tabla se describe el aspecto fundamental de la prima comunitaria en cada caso. No obstante, se debe tener en cuenta que puede diferir de país en país, en cuanto a monto, si se considera por región, si se cobra por seguro, etc.; y que puede ser combinada.

3.4 Costos aceptables

Otro aspecto importante es la definición de los costos aceptables para la compensación, esto es, aquellos costos que la sociedad, mediante algún mecanismo institucional, ha determinado que deben ser universalmente cubiertos. Las formas de determinación de estos costos aceptables institucionalmente tiene distintas variantes, por ejemplo, en sistemas nacionales de salud como el National Health Service (NHS) inglés se constituye un organismo estatal (NICE¹⁶) con participación de los agentes involucrados que determinan los problemas que se excluirán del paquete de beneficios. En Suiza y Alemania, ambos países con sistemas de seguridad social, también hay diferencias, mientras en Alemania esta determinación se realiza en base a relaciones corporativas de los agentes autónomos del Estado, en Suiza son dictadas por organismos estatales sin mayor participación de otros agentes (Greß et al, 2004).

Los paquetes de beneficios en Europa se caracterizan por ser muy amplios, tanto es así que por lo general la discusión al interior de estos organismos se da más bien por excluir algunos tratamientos específicos (asociados a cirugía plástica, por ejemplo) y cuando el debate ocurre por la inclusión de tratamientos, estos corresponden a procedimientos nuevos, producto del uso de alguna nueva tecnología o medicamento.

Por último en EE.UU., los costos aceptables son determinados en base a las decisiones de los consumidores y su capacidad de pago, es decir, por el mercado. Pero esto que es común en EE.UU., no es aceptado en Europa por razones de equidad (Greß, 2004).

Los costos aceptables para el fondo de ajuste en Chile han sido definidos por Ley y corresponden a aquellos involucrados en la entrega de las Garantías Explícitas en Salud.

3.5 Tratamiento de los costos extremos o catastróficos

Dado que los modelos de ajuste de riesgos demográficos logran predecir sólo un porcentaje limitado de la varianza de los costos y en particular no logran captar los eventos de alto costo, que pueden llegar a concentrar una gran porción de los gastos, varios sistemas definen un esquema complementario especial para los costos extremos. Lo hacen, además, para fortalecer los incentivos de mitigación de la selección de riesgos.

Estos modelos son conocidos en la literatura como “sistemas de riesgo compartido” (risk-sharing). Pueden estar diseñados para condiciones de salud específicas¹⁷ o costos aceptables predefinidos¹⁸, donde los diagnósticos e incluso los protocolos de tratamiento son previamente determinados. También pueden ser construidos como sistemas de umbral de costos, conocidos como riesgo compartido para altos costos (outlier risk sharing) que son más usados para abordar eventos más impredecibles, como los accidentes. Por ejemplo, Holanda utiliza un sistema de riesgo compartido para altos costos, Israel uno de riesgo compartido para condiciones específicas de salud (van de Ven, et. al., 2001) y Alemania desde el año 2002 un costo compartido para altos costos (Wasem, 2005), dado que según la evaluación del sistema de ajuste de riesgos, la selección seguía siendo un problema importante.

¹⁶ National Institute for Clinical Excellence.

¹⁷ Llamado “Riesgo compartido para condiciones específicas”

¹⁸ En cuyo caso se denomina “Riesgo compartido para los altos riesgos”.

En la práctica estos sistemas se diseñan, ya sea, predefiniendo un listado de enfermedades catastróficas, o simplemente, definiendo un umbral de gasto sobre el cual el evento de salud, cualquiera sea su causa, es considerado dentro de los casos extremos. Si el evento ingresa a esta clasificación, se considera una forma especial y complementaria al Fondo en la mayoría de los casos, para su financiamiento. Por ejemplo, se paga un porcentaje de los costos incurridos con una reserva del FCS¹⁹.

En el sistema chileno existe la cobertura financiera adicional para las GES que define un límite de gasto por hogar, con el objeto de evitar que un evento de salud, signifique una catástrofe financiera para las familias. En efecto, se ha definido un co-pago fijo de 20% para las prestaciones GES, pero cuando este co-pago supera cierto límite, opera la cobertura adicional.

Además, en Chile existen dos sistemas de financiamiento para altos costos uno definido por riesgo de salud representado por una nómina de problemas (Programa de Enfermedades Catastróficas de Fonasa) y otro, definido como pool de costos extremos (Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) en casi todas las isapres) y si bien la propuesta de FCS no ha considerado estos esquemas integrados al financiamiento, por lo que no constituyen sistemas de costo compartido como los definidos anteriormente, los esquemas deben ser coherentes y complementarios con las GES. El criterio definido es la prioridad de las GES frente al evento y luego la operación los sistemas existentes.

4. Problemas Principales en Chile: Selección de Riesgos y Segmentación

En esta parte se entrega un diagnóstico general de dos problemas centrales del sistema chileno de aseguramiento: La selección de riesgos y la segmentación por riesgos e ingresos. La segmentación es tratada de manera más general dado que ha sido ampliamente estudiada en otros trabajos.²⁰

En cambio, a nuestro entender, la selección de riesgos no ha sido trabajada al mismo nivel, por lo que aquí se presenta una variante técnica para su descripción y los resultados iniciales del análisis.

4.1 La Selección de Riesgos en Chile

Al no haber ajuste de riesgo, ni afiliación abierta, la selección de riesgos ha sido un problema en Chile. Evidentemente esta selección que ocurre principalmente en el sistema isapre, tiene efectos sobre la sustentabilidad del sistema de aseguramiento en su conjunto, lo efectos más importantes ocurren sobre el sistema público, pero también tiene efectos relevantes dentro del sistema Isapre.

a) Selección de Riesgo y distribución de los riesgos

Una manera de mirar globalmente la selección de riesgos dentro del sistema de aseguramiento en general, y en el de Isapre, en particular, y analizar los incentivos a que

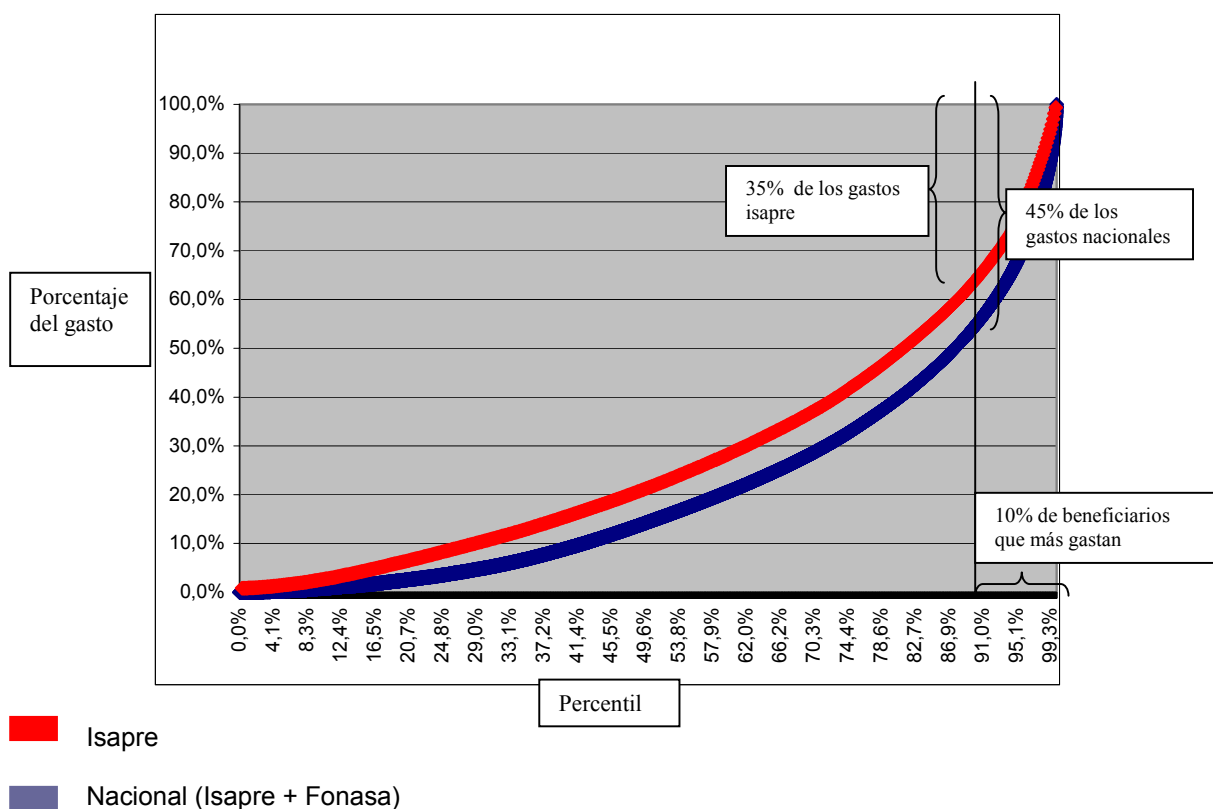
¹⁹ En este caso el sistema es llamado "Riesgo compartido proporcional".

²⁰ Titelman (2000); MINSAL (2000 y 2001), Sapelli (2002).

ella exista y se desarrolle, es analizar las curvas de Lorenz de concentración del gasto hospitalario a nivel de sistema Isapre comparando con una curva nacional²¹.

Es esperable que mientras más concentrados estén los costos en pocas personas, mayores incentivos tendrán las aseguradoras para realizar prácticas de selección. En este caso, cuando la mayor parte de los costos se concentra en pocos individuos la curva de Lorenz estará más alejada de la diagonal que representa la igualdad, es decir, será más convexa. La curva será menos convexa si los seguros ya han logrado evitar la afiliación de individuos más costosos, mediante el descreme de sus carteras, es decir, cuando ha habido un proceso importante de selección de riesgos y la consecuente eliminación o rechazo de individuos no deseados.

Figura 1
Curvas de Lorenz de Concentración del gasto Hospitalario: Nacional versus Isapre



Fuente: Cálculos propios con muestra del 5% de personas con egresos hospitalarios en 2001 del sistema ISAPRE y Fonasa, valorizados a precios basados en arancel Fonasa.

Nota: Los costos han sido imputados de acuerdo a la metodología Comisión de Reforma- MINSAL (2003) para los problemas AUGÉ y de acuerdo a metodología Fonasa-MINSAL, Bitrán, et. al. (1996) para el resto de los egresos hospitalarios.

²¹ Como se verá, está comparación se realiza con un vector de precios único para atenciones hospitalarias seleccionadas en hospitales públicos y privados.

En la Figura 1, en el eje horizontal se han ordenado los beneficiarios de Fonasa e Isapres en percentiles de menor a mayor nivel de gasto en hospitales públicos y privados. En el eje vertical se representa el porcentaje de gasto.

En el sistema isapre, el 10% de las personas que más gasta en salud hospitalaria gastan el 35% de los recursos hospitalarios gastados por el conjunto de los beneficiarios privados, a nivel hospitalario. En cambio, a nivel nacional, el 10% de las personas que más gastan, ejecutan el 45% del gasto disponible a nivel país (Isapres + Fonasa). En la Figura 1, se ejemplifica este primer análisis.

A nivel nacional, el 5% de las personas de mayor costo hospitalario, gasta el 33% de los recursos, mientras que en el sistema Isapre, este 5% de personas de mayor costo, gasta sólo el 24%. El 1% de personas más costosas a nivel nacional consume el 13,5% del gasto hospitalario, mientras que en el sistema isapre el 1% de personas de mayor costo gasta el 6.4%.

Por otra parte, si analizamos los grupos de menor gasto, por ejemplo, el 25% de las personas que gastan menos a nivel nacional concentran el 3,6% del gasto total de los hospitales. En cambio, en el sistema Isapre, el 25% de personas de menor costo hospitalario gasta el 7,7% de los gastos de los recursos.

Suponiendo todo lo demás constante, estas cifras son claras en mostrar que el sistema Isapre tiene costos esperados por beneficiario menos concentrados y, por lo tanto, distribuidos bastante más homogéneamente que el nivel nacional. Ello es una muestra clara del proceso de selección que ha venido ocurriendo y una prueba de que el sistema privado puede contar con costos esperados, ex –ante, menores que la media nacional, dado que cuenta con una cartera definitivamente menos riesgosa.

El sistema privado ha podido hacer gestión de su cartera de riesgo, implícitamente se puede concluir que existe a nivel nacional otra entidad, que es el seguro público de salud, que no puede hacer lo mismo (y que no es deseable que lo haga) y que debe limitarse a aceptar a toda persona que se encuentre requiriendo afiliación independientemente de su condición de ingreso y de riesgo.

Por otra parte, si se analizan las pendientes de estas curvas, o su convexidad por tramos, se puede concluir sobre la rapidez con que crecen los costos esperados, conforme a los percentiles de personas ordenados de menor a mayor.

En los percentiles de bajo costo, mientras más empinada sea la pendiente, habrá mayores incentivos a seleccionar individuos en esos grupos de percentiles cuyo gasto crece más notoriamente. Las Isapre pueden tener incentivos a seguir haciendo selección, (lo demás constante), para intercambiar rangos de percentiles en que los costos esperados crecen más rápido que el nivel nacional. Si se analiza el gráfico, se puede inferir que esto ocurre fundamentalmente en los grupos de bajo gasto, es decir, las Isapre tienen incentivos a seguir descremando su propia cartera de bajo gasto e intercambiar individuos de bajo gasto del nivel nacional (eventualmente desde Fonasa), al menos hasta el percentil 25.

En los grupos de alto costo, los tramos más convexos reflejan mayor concentración de gastos. Si es así los seguros podrían estar interesados en intercambiar sus afiliados por personas externas al sistema privado que están en Fonasa (con cierto nivel de ingreso

dado) y que pertenecen a algún tramo de percentiles de alto costo. Ello no parece ocurrir en este caso, donde siempre el crecimiento del gasto del nivel nacional es superior.

b) Selección y Riesgo Relativo entre Seguros de Salud

Para un análisis más detallado entre las instituciones aseguradoras de salud, a continuación se analizan los riesgos relativos de las Isapre y de Fonasa, medidos con las variables sexo y edad y con los costos estimados para el AUGE (56 problemas).

Tabla 2
Riesgo Relativo Isapres Abiertas y Fonasa (riesgo promedio = 1)

Seguro de Salud	Índice de riesgo (promedio=1)	Niños menores de 15 años	Adultos mayores de 60 años
Colmena	0,90	25,9%	6,7%
Normédica	0,81	31,3%	2,3%
ING Salud	0,85	26,1%	4,7%
Vida Tres	0,91	25,5%	7,3%
Masvida	0,84	29,2%	3,0%
Banmédica	0,86	25,2%	6,0%
Sfera	0,78	23,2%	1,1%
Consalud	0,86	25,8%	5,8%
Fonasa	1,03	25,8%	12,5%
Nacional	1,00	25,90	11,2%

Fuente: Cálculos propios con muestra el total de egresos hospitalarios en 2001 del sistema Isapre y Fonasa, valorizados a precios basados en arancel Fonasa para los 56 problemas AUGE.

Nota: Los costos han sido imputados de acuerdo a la metodología Comisión de Reforma- MINSAL (2003) para los problemas AUGE a nivel hospitalario.

Es evidente que Fonasa es la institución que acumula los altos riesgos con un índice de 1,03 (el único sobre el promedio) y ello se debe, fundamentalmente, a la gran proporción de adultos mayores que forman parte de sus afiliados (12,5%) en relación a las isapre (entre 1,1% y 6,7%). Esto quiere decir, que si Fonasa estuviera incorporado al ajuste de riesgos, todas las isapres deberían aportar a él, al menos en un inicio, en distintas proporciones. No obstante, es notorio que dentro del sistema Isapre también existen diferencias de riesgo.

Aislado el fenómeno Fonasa, dentro del sistema Isapre se puede ver que existen riesgos variados, dado que las composiciones de cartera son diferentes por Isapre a causa también del proceso de selección. Así, si consideramos que los riesgos vienen definidos por el sexo y edad de las personas para financiar las GES, la siguiente es la estructura promedio de riesgos de las Isapre.

**Tabla 3:
Riesgo Relativo Isapres Abiertas (riesgo promedio=1)**

Isapre	Riesgo Relativo	Niños Menores de 15 años	Adultos de 60 años y más
Colmena	1,02	25,9%	6,7%
Normédica	0,86	31,3%	2,3%
ING Salud	0,96	26,1%	4,7%
Vida Tres	1,06	25,5%	7,3%
Masvida	0,90	29,2%	3,0%
Banmédica	1,01	25,2%	6,0%
Sfera	0,86	23,2%	1,1%
Consalud	1,00	25,8%	5,8%
Isapres Abiertas	1,00	26,1%	5,5%

Fuente: Cálculos Depto. de Estudios y Desarrollo Superintendencia de Salud para los 25 primeros problemas del GES a nivel ambulatorio y hospitalario, usando Archivo Maestro de Prestaciones, Egresos, prevalencias e incidencias, según el caso..

Nota: Las frecuencias y costos usados en estos cálculos son coherentes con las estimaciones realizadas por el sector para formular el Decreto N°170, que establece el arancel de referencia del GES.

El orden isapre con mayor y menor riesgo, es similar al del cuadro anterior (pero sin Fonasa). En general, el mayor riesgo relativo que exhiben las isapres se debe a la presencia de una menor proporción de niños (menores de 15 años) y una mayor proporción de adultos mayores en sus respectivas carteras de beneficiarios respecto de la población promedio del Sistema, tal como se aprecia en la Tabla N°3.

A modo de ejemplo, la Isapre Colmena, tiene riesgos relativos por encima de la media porque entre su población beneficiaria hay levemente menos niños que el promedio medido en forma relativa (25,9% versus 26,1%) y, sobre todo, porque tiene mayor cantidad de adultos mayores que la media (6,7% versus 5,5%). Contrariamente la Isapre MasVida, tiene riesgos relativos por debajo del promedio, debido a que su cartera contiene más niños que el promedio (29,2% versus 26,1%) y, en particular, menos adultos mayores (3% versus 5,5%), en términos relativos.

Si el Fondo funciona de acuerdo a lo esperado puede incentivar una migración Inter-isapre que tienda a homogenizar las carteras de riesgos de ellas y que reduzca la selección de riesgos. Por otra parte, las personas que están fuera del sistema isapre y que son de alto riesgo, con un nivel de ingreso dado, pueden verse incentivadas a ingresar al sistema privado y, a la vez, personas del sistema isapre de bajos riesgos y mayores ingresos relativos, pueden verse incentivadas a salir del sistema. De esta forma, el movimiento de homogeneización de las carteras en el tiempo puede proveer de mayor sustentabilidad al sistema en su conjunto y del privado en particular.

El resultado puede ser que personas de alto riesgo, y menor ingreso relativo, provenga del Fonasa y por otra parte, personas de bajo riesgo, y mayor ingreso relativo, emigren del sistema privado, permitiendo con ello mitigar la segmentación y la discriminación por riesgos. El efecto virtuoso puede generar ganancias de eficiencia del sistema en su conjunto y ganancias en equidad toda vez que, probablemente, migren al sector público personas que serán aportadores netos de recursos y salgan de Fonasa personas que no alcanzaban a cubrir sus costos esperados con su cotización.

4.2 Segmentación

Dados los problemas del esquema de trabajo del sistema de aseguramiento de salud en Chile, principalmente los problemas de selección de riesgos, el sector público se hace cargo de las personas de mayores riesgos esperados y, por lo tanto, con costos esperados más altos. Es así como, un 91,1% de la población de bajos ingresos está en Fonasa y sólo un 1,6% de este quintil está en Isapre. Por otra parte, más de la mitad de las personas del quintil de mayores ingresos autónomos está afiliada al sistema isapre y sólo un tercio de este grupo está afiliado en el Fonasa.

Tabla 4:
Distribución de la Población por sistema de seguridad social de salud y Quintil de ingreso autónomo del hogar, año 2003

	Quintil de ingreso autónomo				
	I	II	III	IV	V
FONASA	91,1	85,4	76,4	60,5	33,6
ISAPRE	1,6	5,6	11,2	24,0	50,5
Sin aseguramiento	5,9	6,3	7,3	8,3	9,2
Fuerzas armadas	0,6	1,6	3,9	5,5	5,1
Otros sistemas	0,1	0,1	0,2	0,2	0,4
No sabe	0,6	1,0	1,1	1,4	1,2
Total	100	100	100	100	100

Fuente: MIDEPLAN, CASEN, 2003

Además el 9% de los beneficiarios de Fonasa son individuos de 65 años o más, esto representa el 80% del total de este grupo demográfico en Chile. En este grupo de edad, el sector privado sólo concentra el 2% (World Bank, 2000)²².

También, el sector público se caracteriza por la concentración de gran número de niños pequeños 76% de los niños de 0 a 4 años son beneficiarios del Fonasa y también lo son la mayoría de las mujeres en todos los rangos de edad. Es conocido que dentro de estos grupos de población, los gastos esperados son más altos, en particular, provocado por la participación de las mujeres en edad fértil y los recién nacidos.

Tabla 5:
Distribución de la Población por Sistema de Seguridad Social de Salud y por sexo y edad. Año 2003.

	Grupos de Edad						Total
	0 a 4 años	5 a 19 años	20 a 39 años	40 a 54 años	55 a 69 años	70 y mas años	
FONASA	75,6	74,6	62,0	65,7	74,4	83,6	69,5
ISAPRE	16,9	16,1	19,7	18,6	13,1	5,5	17,0
Hombre Otros sistemas	6,7	8,6	16,2	14,4	11,5	9,9	12,3
No sabe	0,7	0,6	2,1	1,2	1,0	0,9	1,2
Total	100	100	100	100	100	100	100
FONASA	76,9	74,4	71,2	72,6	79,9	84,7	74,5
ISAPRE	15,9	16,8	17,8	17,2	10,6	4,9	18,7
Mujer Otros sistemas	6,6	8,1	9,8	9,4	8,8	9,2	8,9
No sabe	0,7	0,7	1,2	0,7	0,8	1,1	1,9
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: MIDEPLAN, CASEN 2003

²² Este dato es para el año 2000, pero cálculos propios, indican que esta relación se mantiene sin variaciones significativas hasta al menos diciembre de 2004.

Este resultado de población beneficiaria segmentada por riesgos e ingresos ha podido ser potenciada dada la existencia de mecanismos e incentivos para ejercer la selección y provocar segmentación, como son, el hecho que las isapre estén facultadas para rechazar solicitudes, ofrecer todo tipo de planes, establecer restricciones de cobertura, alzas periódicas de precios y distinguir a sus beneficiarios de acuerdo a su factor de riesgo y, además, reevaluarlo periódicamente.

5. Conclusiones

Dadas las características del sector salud y en particular del sistema de aseguramiento, el sistema no puede funcionar de forma razonablemente eficiente, de manera desregulada. Los países disponen de medidas como la afiliación obligatoria y la contribución obligatoria pareja y proporcional, para asegurar ciertos niveles de solidaridad en el sistema de salud.

Cuando la prima está restringida por razones de solidaridad, aumentan los incentivos a la selección de riesgos. Esto ocurre en la mayoría de los países que cuentan con contribuciones obligatorias a la seguridad social de salud, como el caso de Chile. La selección causa inequidad en el acceso a la salud porque promueve la segmentación de los beneficiarios, atenta contra el principio de solidaridad y es socialmente ineficiente ya que implica pérdidas de bienestar que podrían ser evitadas.

Un modelo de ajuste de riesgo es un mecanismo de regulación que puede ayudar a corregir estos comportamientos socialmente indeseados y promover la solidaridad y la eficiencia en el sistema de salud. A nivel internacional es la herramienta más eficaz que se ha usado ante estos problemas.

El modelo de ajuste de riesgos planificado para Chile se caracteriza por ser uno interno en los flujos financieros, de tarifa plana en la contribución, demográfico en la medida que usa sólo sexo y edad en la predicción de los costos, fundamentalmente ex – ante en el uso de la información e incentivos, actuarial en el método de cálculo y con costos aceptables definidos por los gastos en las GES.

Hay evidencia empírica de que en Chile el proceso de selección de riesgos es importante y requiere ser corregido. Los datos de afiliación por grupo socioeconómico y acceso a servicios de salud son claros en mostrar la segmentación. Por otra parte, al analizar el grado de concentración de gastos hospitalarios, se muestra que el sistema privado ha logrado tener gastos mucho mejor distribuidos que el nivel nacional, debido a la operación de la selección de riesgos.

Un Fondo Inter-Isapres puede generar beneficios para el conjunto del sistema de salud, dado que si las carteras de beneficiarios de las instituciones aseguradoras se van homogeneizando en el tiempo, por la acción del FCS, esto provocará una mayor sustentabilidad en el largo plazo. El Fondo debería incentivar el movimiento de personas de menores riesgos y mayores ingresos relativos hacia el Fonasa y a la vez, la migración de personas de mayores riesgos y menores ingresos relativos, al sistema Isapre, combinando este efecto con la homogeneización de las carteras entre las Isapres. Además, el Fondo permitirá corregir el incentivo a la selección que contiene el hecho que en la Ley AUGE se haya establecido una prima pareja por beneficiario para las GES.

En definitiva, el Fondo contribuirá en entregar mayor protección de salud a la población beneficiaria en general, y en particular, a los grupos de riesgo que, hasta ahora, han sido discriminados.

6. Referencias Bibliográficas

Arrow, K. (1963). "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, vol. 53.

Banco Mundial. Oficina Regional de América Latina y el Caribe. Unidades de Gestión de País de Argentina, Chile y Uruguay, Grupo de Desarrollo Humano (2000). 'Edad Avanzada y Costos Catastróficos: Algunos Aspectos del Aseguramiento de la Salud en Chile'. Informe No. 19940, Julio 2000.

Beck K, Spycher S, Holly A. and Gadiol L (2001). 'Risk Adjustment in Switzerland'. Version date: August 28, 2001.

Blackburn S, Espinosa C, Tokman M (2004). "Alternativas para reducir la discriminación y la segmentación por riesgo en el sistema de salud chileno". Serie Financiamiento para el desarrollo N°152. Unidad de Estudios Especiales. Secretaría Ejecutiva. CEPAL.

Departamento de Estudios, Ministerio de Salud. (2001). "Fondo Solidario en la Reforma de Salud Chilena". Informe preparado por C. Cid Departamento de Estudios. Gabinete Ministra MINSAL, Noviembre 2001.

Cid C (2005). 'A Diagnoses-Based Risk Adjustment Model for Improving Solidarity and Efficiency in the Chilean Social Health Insurance System' Draft de tesis para obtener el grado de PhD. Institute for Health Care Management, Department of Economics. University Duisburg-Essen. Essen, Alemania.

Fonasa - OPS (2001). "Estudio de Cuentas Nacionales de Salud año 2000".

Greß Stefan, Niebuhr Dea, Rothgang Heinz, Wasem Jürgen (2005). „Criteria and procedures for determining benefit packages in health care. A comparative perspective". *Health Policy* 73 (2005) 78-91.

Ministerio de Salud-Fondo Nacional de Salud. (1996) "Equidad en el Financiamiento del Seguro Público de Salud. Informe Final". Con la participación de: Programa de Gestión y Economía de Sistemas de Salud (GESS). Escuela de Ingeniería Industrial Universidad de Chile, Bitrán y Asociados, Sistemas Integrales. Autores: Ricardo Bitrán, Juan Muñoz, Mario Navarrete, Paulina Aguad y Gloria Ubilla. Santiago.

Ministerio de Salud- Comisión de la Reforma (2002). "Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE): Informe técnico sobre la construcción del régimen de garantías en Salud Año Base". Tomo I, Junio 2002, Edición Enero 2003.

Mora H, (2000). "Riesgo del aseguramiento en el sistema de salud en Colombia en 1997" Serie financiamiento del desarrollo N°95. Unidad de Estudios Especiales. CEPAL.

Newhouse, J., Beeuwkes Buntín, M and Chapman, J. Harvard University. (1999). 'Risk Adjustment and Medicare. The Commonwealth Fund.

Oliver, A. (1999). 'Risk Adjusting Health Care Resources Allocation. Theory and practice in the United Kingdom, The Netherlands and Germany'. Office of Health Economics, OHE. London.

Pope, G., Ellis R, Ash A, Fen Lui Ch, Ayanian J, Bates D, Burstin H, Iezzoni I, Ingber M. (2000) 'Principal Inpatient Diagnostic Cost Group Model for Medicare Risk Adjustment'. Health Care Financing Review, Spring 2000, Volume 21, Number 3.

Shmueli A., Chernichovsky D., Zmora I. (2001) 'Risk Adjustment Sharing: The Israeli Experience'. Revised Draft 17.04.01.

Sapelli, Claudio (2002). 'Risk segmentation and equity in the Chilean mandatory health insurance system'. Social Science & Medicine 58 (2004) 259-265.

Titelman D, (2000). "Reformas al sistema de salud en Chile: Deasafios pendientes". Serie Financiamiento del desarrollo N°104. Unidad de Estudios Especiales. CEPAL.

Van de Ven Wynand P.M.M. & Ellis P. Randall (1999). 'Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets'. Handbook of Health Economics (eds. A. J. Culyer and J.P. Newhouse), Chapter 17, March 31, 1999.

van de Ven Wynand P.M.M., Konstantin Beck, Florian Buchner, Dov Chernichovsky, Lucien Gardiol, Alberto Holly, Leida M. Lamers, Erik Schokkaert, Amir Shmueli, Stephan Spycher, Carine Van de Voorde, René C.J.A. van Vliet, Jürgen Wasem, Irith Zmora. (2001). 'Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five european countries'. Version 3, 29 October 2001.

Vargas V, Cid C, Sánchez J, Angulo J, Debrott D. (2003) Estado de Avance del Diseño del Fondo de Compensación Solidario. Borrador/Figuras Preliminares. Comisión de la Reforma. Ministerio de Salud. 17/04/2003. Santiago.

Vargas V., Cid C., Matus M., con colaboración de Delgado I., Sánchez J., Heyermann B. y Angulo J. (2005). 'Una Metodología para Ajustar y Compensar las Diferencias de Riesgo entre el Sistema Público y Privado de Salud en Chile'. Ensayos Ilades/Georgetown University. www. Ilades.cl.

Wasem, J. in co-operation with Vargas, V (2001). "The Solidarity Fund in The Reform of The Chilean Health Care System", Final Report, GTZ-CEPAL Consultancy for MOH of Chile. December 2001. Ministerio de Salud.

Wasem, J. (2003) "The Solidarity Fund in Chile on its way to implementation-some observations from an international perspective", Final Report, GTZ mission to MOH of Chile, March 2003. Ministerio de Salud.

Wasem J. Greß S. (2005). "Recent Trends in Risk Adjustment in Germany, the Netherlands and Switzerland". Presentación Agosto 2005.

Anexo 1: Otra Bibliografía sobre Ajuste de Riesgos

Ash A, Ellis R, Pope G, Ayanian J, Bates D, Burstin H, Iezzoni L, Mackay E, Yu W. (2000) 'Using Diagnoses to Describe Populations and Predict Costs'. Health Care Financing Review/Spring 2000/ Volume 21, Number 3.

Ash A. and Byrne-Logan S. 'How Well Do Models Work? Predicting Health Care Costs' in Proceedings of the Section on Statistics in Epidemiology, American Statistical Association, pp 42-49

Ash A., Zhao Y., Ellis R., Schlein Kramer M (2001). 'Finding Future High-cost Cases: Comparing Prior Cost versus Diagnosis –based Methods. HSR: Health Services Research 36:6, Part II (December 2001).

Behrend Corinne, Buchner Florian, Happich Michael, Holle Rolf, Reitmeir Peter, Wasem Jürgen (2004). „Risk –Adjustment Capitation Payments: How well Do Principal Inpatient Diagnosis-Based Models Work in the German Situation? Results From a Large Data Set". Diskussionsbeiträge aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften. Universität Duisburg-Essen. Campus Essen. N°134, Mai 2204.

Busse, R. (2001). 'Risk structure compensation in Germany's statutory health insurance'. European Journal of Public Health 2001; 11; 174-177.

Cumming Robert, Cameron Brian, Knuston David and Denick Brian (2002). "A Comparative Analysis of Claims-based Methods of Health Risk Assessment for Commercial Populations". A research study sponsored by the society of Actuaries. FSA, MAAA, May 24, 2002.

Ellis, R. (2001). 'Formal Risk Adjustment by Private Employers. Boston University, June 12, 2001.

Hendryx M., Teague G. (2001) 'Comparing Alternative Risk-Adjustment Models'. The Journal of Behavioral Health Services & Research. August, 2001.

Iezzoni L (Edited by) (2003). 'Risk Adjustment. For Measuring Health Care Outcomes'. Health Administration Press, Chicago, Illinois. Third Edition, 2003.

Kutter, R. (1998). 'The risk adjustment debate'. The New England Journal of Medicine. Boston, Dec 24,1998. Tomo 339, N°26, pg 1952.

Rice N and Smith P (2001). "Capitation and risk adjustment in health care financing: an international progress report". Milbank Q. vol 79, N° 1, pp. 81-113, IV.

Shen Y. and Ellis R. (2001) 'How Profitable is Risk Selection? A Comparison of Four Risk Adjustment Models'. Forthcoming Health Economics. April 27, 2001.

Shen Y. and Ellis R. (2001) 'Cost-Minimizing Risk Adjustment'. November, 2001.

van de Ven, W PMM, van Vliet, R CJA, van Berneveld, E M, Lamers, L M. (1994). 'Risk-Adjusted capitation: Recent experiences in the Netherlands'. Health Affairs. Chevy Chase: Winter 1994, Tomo 13, N° 5, pg. 120.

Pete Welch, W. (2002) 'Outpatient Encounter Data for Risk Adjustment: Strategic Sigues for Medicare and Medicaid'. J. Ambulatory Care Manage 2002, 25 (3) 1-15, Aspen Publishers, Inc.

Zhao W. and Ellis R. 'Measuring Population Health Risk Using Inpatient Diagnoses and Outpatient Pharmacy Data`.

Anexo 2: Glosario de Términos

Selección de riesgos: Acciones que realizan los seguros de salud para explotar la heterogeneidad de riesgo de las personas, imponiendo precio y rompiendo los arreglos del pooling, a través, de la discriminación de los “malos riesgos”, vía restricción de coberturas, limitación de beneficios, alzas del costo de las primas y otros mecanismos.

Descreme: El acto de seleccionar los “mejores riesgos” vía selección de riesgos, por parte de los seguros de salud.

Diferenciación de primas: Ajuste del costo de la prima, al riesgo del beneficiario

Solidaridad: Principio fundamental de políticas de salud, que en este contexto, implica que los individuos de altos riesgos y de bajos ingresos reciban subsidios para incrementar su acceso a la seguridad en salud.

Solidaridad de riesgos: Implica subsidios cruzados desde personas de bajo riesgo hacia individuos de alto riesgo

Solidaridad de ingresos: Implica subsidios cruzados desde individuos de altos ingresos hacia individuos de bajos ingresos.

Ajuste de riesgos: El uso de información para calcular los costos esperados en atención de salud de los individuos o grupos y definir primas subsidiadas para individuos de alto riesgo, con el fin de mejorar la eficiencia y la equidad del sistema de salud.

Prima Comunitaria: Contribución obligatoria al Fondo de Compensación de Riesgos que efectúan los seguros, por cada uno de sus beneficiarios, y que se calcula independientemente del gasto esperado en salud de los beneficiarios.

Contribución Solidaria: Sinónimo de prima comunitaria

Primas ajustadas por riesgos: Montos a pagar por el Fondo de Ajuste de Riesgo a los seguros, una vez realizado el ajuste de riesgos, que varía de acuerdo al gasto esperado en salud de cada uno de sus beneficiarios o grupos de ellos (grupos de riesgo). Se calcula en base a variables tales como sexo y edad.

Factores de riesgo: Corresponde a las primas ajustadas por riesgo, de cada persona o grupo de ellas (grupo de riesgo), normalizadas al promedio de costo esperado en salud de la población involucrada en el ajuste de riesgo.

Fondo de Compensación de Riesgos: Arreglo institucional que mancomuna las primas comunitarias desde los seguros y redistribuye los recursos a los seguros, según los valores de las primas ajustadas por riesgo.

Fondo de Compensación Solidario (FCS): Denominación del Fondo de Compensación de Riesgos en el caso de Chile

Pooling de riesgos: Forma de agrupar los riesgos de los seguros salud. Se concreta como agrupación de riesgos financieros asociados a la enfermedad, cuando a cambio del pago de una prima, el seguro reembolsa los gastos asociados a la atención de salud.

AUGE: Acceso Universal con Garantías Explícitas

GES: Garantías Explícitas en Salud

Eficiencia: En este contexto se usa el concepto de eficiencia económica que implica: producir salud sin perder recursos, producir cada producto de salud al menor costo posible y producir lo que la sociedad necesita. El óptimo se entiende como el criterio de Pareto, donde no es posible cambiar la asignación de recursos para que alguien mejore su bienestar, sin provocar que al menos otro individuo empeore su situación.

Equidad: En este contexto, se refiere a la distribución justa de los bienes y servicios de salud entre la población. Está principalmente asociada a la posibilidad de acceso a la salud.