



Evaluación de la Implementación de la Reforma de Salud en el Sistema Isapres y su Impacto en los Beneficiarios

Departamento de Estudios y Desarrollo

Diciembre de 2007

En el marco de la Reforma de Salud en Chile, y en cumplimiento con el mandato otorgado por el nuevo marco legal, la Superintendencia de Salud ha iniciado el desarrollo de instrumentos necesarios para la evaluación, monitoreo y seguimiento de la Reforma de Salud, con énfasis en el Sistema isapre. Este esfuerzo, además forma parte de los compromisos de la Superintendencia con el Ministerio de Salud y el Ministerio Secretaría General de la Presidencia, consistentes en evaluar la implementación de la reforma en el sistema Isapre, su impacto en los beneficiarios y obtener un modelo de evaluación de la reforma.

La evaluación y el monitoreo de la reforma de salud es una tarea que involucra a los diferentes actores dentro del sector. Las distintas instituciones son capaces de observar desde diferentes perspectivas el proceso de implementación de la reforma, así como su impacto en el tiempo. En este contexto, el estudio aquí planteado pretende aportar y complementar a las otras iniciativas de evaluación, monitoreo y seguimiento dentro del sector. Esto junto con proponer el desarrollo de una instancia de evaluación conjunta y complementaria entre los distintos actores involucrados, a fin de poder contar con una evaluación global e integrada.

1. Introducción

La reforma de salud es un proceso de cambios importantes en las diferentes instancias y funciones del sector, con el propósito de aumentar la equidad en el acceso a la salud, la eficiencia en el uso de los recursos y la efectividad de las actividades de salud, para con ello, satisfacer las necesidades de salud de la población, en particular de los más pobres. Todo ello en forma planificada, es decir, el período de reforma se caracteriza por ser una fase, intencionada, de transformación intensa del sector, sujeta a un período de tiempo determinado.

El objetivo de una política de monitoreo y seguimiento de la reforma, no es otro que contribuir a una implementación que sea coherente con los objetivos que esta reforma se ha planteado. De este modo, se trata de conocer hasta qué punto los cambios en implementación están, efectivamente, contribuyendo a mejorar los niveles de equidad y eficiencia en salud.¹ Consiste

¹ “La equidad implica: a) en condiciones de salud, disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible; b) en servicios de salud, recibir atención en función de la necesidad (equidad de acceso y uso) y contribuir en función de la capacidad de pago (equidad financiera)” (OPS-OMS, 1998). “La eficiencia implica la relación favorable entre resultados obtenidos y costos de los recursos empleados. Tiene dos dimensiones: la relativa a la asignación de recursos y la referente a la productividad de los servicios. Los recursos son asignados eficientemente si generan la

en describir y analizar los procesos asociados, teniendo en cuenta las distintas fases de avance y los actores involucrados, es decir, debe dar cuenta de la dinámica del proceso y sus contenidos. De esta forma, esta política podrá proveer de información relevante para analizar factores críticos y poder formular las medidas que corresponda, para mejorar diseños de manera oportuna.

El presente documento está destinado a disponer un modelo de evaluación de la Reforma de Salud principalmente en acceso, protección financiera y discriminación por riesgos (edad y sexo), desde una perspectiva cuantitativa y cualitativa.

2. Marco Teórico para el Monitoreo y Seguimiento de la Reforma²

2.1 Reforma de salud y Evaluación

Las Reformas de Salud, pueden ser definidas como procesos orientados a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias, niveles y funciones del sector, a través de estrategias y acciones, con el fin último de satisfacer mejor las necesidades de salud de la población.

Los procesos de reforma han marcado los sistemas de salud en la mayoría de las regiones del mundo, durante al menos las últimas dos décadas. Los contenidos de las reformas propuestas, y los procesos en sí, se han desarrollado, en relación a características particulares de cada región y país, y acorde con el contexto político, económico y social de cada uno. Aún a pesar de esto, se observan características comunes entre distintas regiones y países en el mundo, que responden fundamentalmente a los modelos económicos imperantes durante estas décadas, y a las reformas del Estado en su conjunto, que ellos conllevan.

En términos generales, las razones que han impulsado los procesos de reforma del sector salud, pueden agruparse en ámbitos comunes, a saber, a) aspectos relacionados con características de la población, como cambios demográficos, necesidades de salud cambiantes y expectativas crecientes por parte de la ciudadanía, b) aspectos relacionados con los sistemas de salud existentes, como costos crecientes, cambios tecnológicos, eficacia y eficiencia, c) aspectos ideológicos, relativos a la conveniencia de ciertos principios económicos en la organización de los sectores de seguridad social en general, y en salud en particular, como por ejemplo mercados, y el incentivo a la competencia, d) finalmente, se observa un ámbito a nivel normativo, de principios rectores para el sector salud, como la disminución de las desigualdades del estado de salud y la equidad/inequidad frente a la satisfacción de las necesidades de salud de los diferentes grupos de población, entre otros.

Cualesquiera sean las razones, los gobiernos de diferentes países se han dado a la tarea de revisar sus sistemas de salud, y a buscar nuevas alternativas de financiamiento, organización y provisión de las atenciones de salud, para dar respuesta a las necesidades de salud de sus poblaciones en un mundo cambiante. Chile no ha sido la excepción.

máxima ganancia posible en términos de salud por unidad de costo y son empleados eficientemente cuando se obtiene una unidad o producto a mínimo costos o cuando se obtiene más unidades de producto con un costo dado.” (OPS-OMS, 1998)

² Sección desarrollada en el documento “Acceso e Impacto de las GES en su primer año de Implementación” del proyecto de Evaluación de la Reforma del Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud por X. Riesco y colaboradores.

2.2 La Reforma de Salud en Chile

Chile mantiene buenos indicadores de salud globales, y se encuentra en un rango destacado en comparación con otros países dentro de América Latina y el Caribe³.

Para continuar en el empeño de avanzar en el bienestar de la población, en especial respecto a las desigualdades existentes, se han propuesto cambios sustantivos a través de la Reforma del Sistema de Salud más acordes con los cambios demográficos y epidemiológicos y las necesidades de salud cambiantes que enfrenta el país, así como también, frente a los problemas del sistema de salud, y las inequidades evidenciadas. Con esta meta fundamental, en base a los objetivos sanitarios y los grandes objetivos planteados por la Reforma, se han definido estrategias y acciones materializadas en las cinco leyes promulgadas entre los años 2003 y 2005⁴. Estas son las siguientes:

- ▶ Ley N° 19.888, de 2003, conocida como la “Ley de Financiamiento”, publicada en el Diario Oficial el día 13/08/2003 que, entre otras medidas, considera alzas del IVA y de impuestos específicos para financiar dos importantes iniciativas en materia social: el Plan de Salud con Garantías Explícitas (Auge) para todos los beneficiarios del Fonasa y el Programa Chile Solidario, que busca ofrecer nuevas oportunidades de desarrollo e inserción social y productiva a las familias indigentes.
- ▶ Ley N° 19.895, de 2003, conocida como la “Ley Corta de Isapres”, publicada en el Diario Oficial el día 28/8/2003 y que, entre otras materias, instruye sobre las normas de solvencia que deben cumplir las Instituciones de Salud Previsional y sobre las transferencias de cartera que pueden ocurrir entre éstas.
- ▶ Ley N° 19.937, de 2004, conocida como la “Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión”, publicada en el Diario Oficial el 24/02/2004, mediante la cual se fortalecen las potestades de conducción sanitaria del Ministerio de Salud, así como las de regulación y fiscalización, las que entrega a organismos especializados. Crea nuevos instrumentos para una mejor gestión de la Red Asistencial, como mayores atribuciones para los directivos de los establecimientos e incentivos financieros para el personal.
- ▶ Ley N° 19.966, de 2004, conocida como la “Ley del Auge”, publicada en el Diario Oficial el 03/09/2004 que, en lo principal, establece un plan de salud obligatorio para el Fonasa y las Isapres (el Régimen de Garantías o Plan Auge), consistente en confirmación diagnóstica y tratamientos estandarizados para un conjunto de enfermedades priorizadas por su alto impacto sanitario y social, y define garantías explícitas y exigibles de acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera.
- ▶ Ley N° 20.015, de 2005, conocida como la “Ley Larga de Isapres”, publicada en el Diario Oficial el 17/05/2005 y que, entre otras materias relativas al funcionamiento del Sistema Isapre, regula el proceso de adecuación anual de contratos, las alzas de precios, las tablas de factores y establece el Fondo de Compensación Solidario para el GES entre las Isapres.

Lo objetivos centrales planteados por la Reforma en Chile se refieren a: a) mayor equidad en el acceso y calidad de los servicios de salud; b) eficacia en las acciones realizadas; c) adecuada protección financiera frente a los eventos de enfermedad; d) mayor y mejor respuesta a las

³ Ver OPS (2006). Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos.

⁴ Ley 19.966, Ley 19.937, Ley 19.888, Ley 19.895, Ley 20.015

expectativas de la población; y e) mayor participación de la población. Todo lo anterior, mejorando la eficiencia del Sistema en su conjunto, para asegurar la sustentabilidad en el tiempo.

Dentro de las estrategias planteadas por la reforma, se encuentra el régimen de garantías explícitas de Salud - GES. La introducción del Régimen de Garantías Explícitas en salud es uno de los ámbitos de la reforma, que influyen en la atención de los problemas de salud, sin embargo, no puede dejar de considerarse que los otros ámbitos, de organización del sistema de salud, la autoridad sanitaria, el financiamiento global e incentivos financieros, influyen directamente en la capacidad de respuesta del sistema.

Las GES se relacionan con la mejoría del acceso a los servicios de atención de salud. Así, las garantías conforman las herramientas para mejorar este acceso en forma oportuna y eficaz. No obstante, se debe tener presente que a nivel de los objetivos globales de la reforma, se intenta asegurar a la población la atención y resolución oportuna y efectiva de sus problemas de salud, es decir, el acceso en su concepción más amplia, siendo las garantías el instrumento más que el fin en sí mismo.

2.3 Evaluación, Monitoreo y Seguimiento de las Reformas

Las reformas de salud son procesos, y el monitoreo, seguimiento y evaluación de éstas constituye una de las etapas del proceso, la que tiene por propósito conocer hasta qué punto las estrategias y acciones impulsadas, están efectivamente contribuyendo al logro de los objetivos planteados, y al principio fundamental de mejorar el estado de salud de toda la población. En la experiencia internacional se señala que es importante que el diseño de las herramientas de evaluación y seguimiento, se desarrolle lo más precozmente posible dentro del proceso, a fin de detectar y corregir oportunamente los problemas evidenciados.

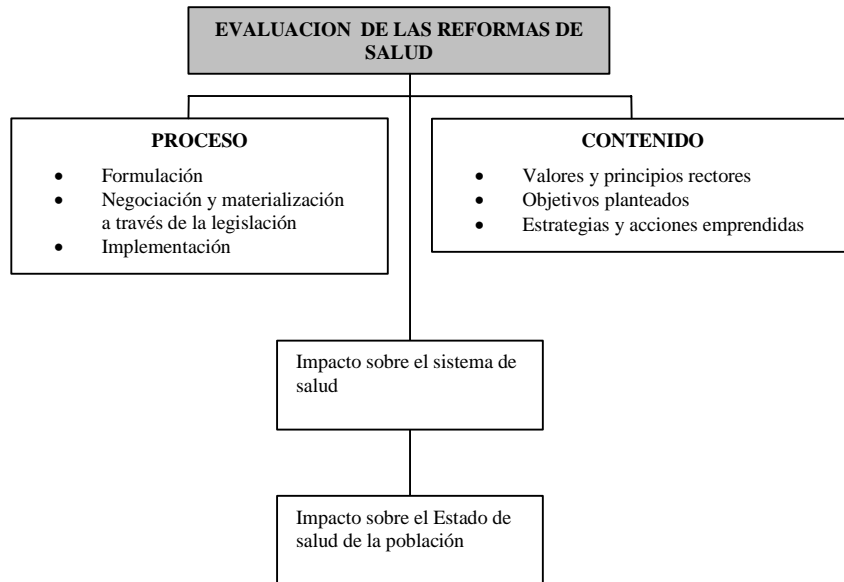
Cabe destacar, que como en cualquier evaluación de una reforma y en especial en tan corto plazo desde su implementación, los resultados observados constituyen orientadores para ir avanzando en el proceso, más que calificadores de éxito o fracaso, conclusiones que serían inválidas a estas alturas de tiempo de desarrollo de la reforma.

Por otra parte, las reformas, en tanto conjunto de cambios implementados a través de las políticas públicas, hacen necesaria su evaluación en forma multidisciplinaria, integrando a su vez las distintas Instituciones del sector, como a otros actores del proceso.

En términos generales, el concepto de evaluación es comúnmente genérico para todas las prácticas de evaluación, monitoreo y seguimiento. Dentro de ellas, es importante analizar tanto los aspectos en relación al Contenido de la Reforma, a la vez que del Proceso de reforma o cambio en sí (Figura 1). Resulta particularmente importante el estudio del proceso de implementación – etapa donde se ha evidenciado la mayor dificultad en muchas de las Reformas durante las últimas décadas.

Asimismo, la evaluación del contenido e impacto de la reforma, debe siempre contextualizarse en relación al avance del proceso de implementación de los cambios (Figura 1); en este marco los resultados observados son orientadores para ir avanzando en el proceso.

Figura 1
Evaluación de Reformas: procesos, contenidos e impacto



Fuente: “Acceso e Impacto de las GES en su primer año de Implementación”, Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud por X. Riesco et. al.

2.4 Metodología de Evaluación

En la primera etapa, el Proyecto en desarrollo se centra en el monitoreo y seguimiento del contenido, es decir, las estrategias y acciones concretas de la reforma y centrándose en los objetivos principales planteados por ésta. *Un eje principal de la metodología de evaluación propuesta, consiste en la elaboración de líneas basales respecto de la situación pre reforma de los grandes objetivos planteados, con el propósito de comparar en el tiempo el impacto las estrategias y acciones impulsadas.*

El segundo eje metodológico, plantea la selección de indicadores trazadores para el Monitoreo y Seguimiento, incluyendo potenciales problemas y fallas, que pueden preverse basándose en las experiencias internacionales comparables al modelo de salud en desarrollo en Chile; es decir, el monitoreo y seguimiento intencionado de ámbitos en los cuales se anticipa pudiesen existir problemas, es clave a fin de poder corregirlos oportunamente.

Además, se define la evaluación de los procesos como aquella que *“incorpora el análisis y descripción de la dinámica y los contenidos del proceso. La evaluación de la dinámica considera el seguimiento de la implementación y su relación con las características y variaciones del contexto (propuestas y relaciones de los principales actores sociales o institucionales, públicos y privado, nacionales, subnacionales o internacionales)”* (OPS, 1998).

Respecto de las metodologías de análisis, los métodos cuantitativos permitirán determinar las brechas existentes entre lo realizado y lo propuesto por la Reforma, en el caso de la transformación del sistema de salud. Por su parte, los aspectos cualitativos permitirán determinar aspectos tales como la actitud de los usuarios y la percepción de los usuarios frente al cambio, así como la aprobación o satisfacción con la asistencia recibida y la percepción optimista o pesimista, respecto a la situación futura. La utilización de los métodos permitirá

entender y evaluar los procesos sociales que rodean la implementación de la Reforma y los comportamientos organizacionales, a lo cual, se añade, que la evaluación cualitativa permitirá enriquecer la interpretación de los resultados de la evaluación.

En síntesis, se puede señalar que, los efectos esperados de la reforma de salud son la disminución de las brechas de equidad en diferentes ámbitos: en el financiamiento para los hogares, en las necesidades de salud, en la utilización de servicios y en el acceso. Pero, además, la reforma va acompañada de un importante esfuerzo fiscal, por lo que también es esperable que aumente el gasto público en salud y un aumento de la eficiencia del gasto en general. Para medir este proceso se hace necesario un diseño y métodos que permitan levantar variables y ámbitos claves del desarrollo de los cambios esperados, así como un seguimiento sistemático de ellos.

Los resultados esperados de la reforma son provistos de un contenido específico: a la Equidad se le asocia el Financiamiento y el Acceso a la provisión de salud. A su vez, el financiamiento debe ser medido de acuerdo a sus fuentes de origen, distribución y gasto, en particular el gasto de bolsillo. En el caso de la provisión es necesario conocer los niveles y distribución del acceso y la utilización de servicios. Es decir, la equidad es un aspecto especialmente ligado a la evaluación del financiamiento y la provisión de salud, en particular, se refiere a la distribución del no acceso al sistema de atención de salud por barreras financieras y otras asociadas a determinantes de salud.

La Calidad, en este caso, pasa de ser un resultado, a ser un componente de la equidad, toda vez que ella debe ser pre-calificada institucionalmente dada la imposibilidad de que las personas puedan percibirla claramente de manera previa a la atención. Esto es coherente con la política de igualar las condiciones de acceso y satisfacción de salud de la reforma de manera que a igual nivel de necesidad de salud, exista un nivel similar de calidad de la atención⁵. La Sustentabilidad, por otra parte, puede ser analizada como parte de la equidad en el financiamiento y de la eficiencia en el gasto, en la medida que esto permite proyectar al sistema de salud en el largo plazo.

En cuanto a la Eficiencia, ésta es concebida a un nivel macro considerando el sistema en su conjunto público y privado (gasto global versus acciones de salud, gastos de administración y operación globales, etc.) y también, asociada a los procesos de implementación de la reforma. Resulta evidente que hay que medir y comparar como se hacían las actividades asociadas a prioridades, antes de la reforma, y cómo se harán después, con la implementación de las políticas.

El componente de eficacia, ligado usualmente sólo a resultados finales, aparece ahora, ligado a los resultados intermedios, al considerar la situación actual del nivel de salud de la población en Chile, para posteriormente poder monitorear los resultados en salud alcanzados con las medidas tomadas por la reforma. Además la definición del estado actual en el nivel de salud de la población deberá considerar la acción de los determinantes de salud.

⁵ Todas las definiciones de justicia en distintos ámbitos de la Reforma, tratan de implementar pisos mínimos, incluyendo este concepto de la calidad. Estas ideas pueden interpretarse desde el concepto de igualdad democrática de Rawls (1971), donde se combina igualdad de oportunidades real y el principio de la diferencia, el cual se basa en que la sociedad debe situarse en el punto que maximice las tenencias del menos aventajado, para hacer verdaderamente posible la igualdad de oportunidades.

3. Diseño Metodológico para la Determinación de Líneas Basales⁶

Se plantea el análisis y descripción del momento previo a la implementación de la reforma de salud, es decir, la determinación de líneas basales, en los siguientes ámbitos:

- Determinación de Línea Basal de Protección Financiera en Salud y Equidad en el Financiamiento (gasto de bolsillo, co-pagos).
- Determinación de Línea Basal en el Acceso y Equidad en el Acceso a la Salud (equidad en el acceso).
- Determinación de Líneas Basal en la Discriminación por Riesgos y Eficiencia en el Sistema de Salud

A continuación se detalla el diseño de la medición de cada una de estas líneas:

3.1 Diseño y Determinación de Línea Basal de Protección Financiera en Salud y Equidad en el Financiamiento

Tanto la OMS el año 2000, como en otros organismos internacionales (OIT, 2003, BM, 2005), han establecido una serie de normas que los sistemas de salud debieran cumplir para asegurar la equidad financiera y el acceso a la salud. En ello es básico que las políticas de protección financiera en salud permitan impactar en última instancia en el bienestar de los hogares, de manera que los hagan menos pobres o menos vulnerables a caer en pobreza.

Este es el enfoque principal que interesa medir ante una reforma que plantea como una garantía central el tema de disminución del impacto de los eventos catastróficos sobre el bienestar de las familias. Esto a la vez, retroalimenta el enfoque de determinantes de salud, dado que este problema plantea que se debe actuar sobre el contexto y las condiciones que inciden en la salud, como lo es la pobreza, para poder obtener cambios sustantivos en el nivel de salud de la población. De esta forma la protección financiera efectiva puede generar un círculo virtuoso para el desarrollo de las posibilidades de los hogares.

El gasto de bolsillo no sólo es regresivo por definición y por lo tanto inequitativo, si no que también puede ser una fuente de ineficiencia como factor de financiamiento del sistema y puede representar una pérdida de recursos para la sociedad. En efecto cuando el financiamiento vía gasto de bolsillo es muy alto y arroja importantes beneficios para los sistemas de aseguramiento y/o provisión de salud, será más rentable aumentar lo co-pagos que mejorar la eficiencia en la producción de atención de salud. Las organizaciones encargadas de proveer salud preferirán invertir sus recursos disponibles en mejorar la selección de individuos con capacidad de pago y no en reducir costos, y por lo tanto, no invertirán en mejorar la eficiencia.

⁶ Una versión anterior se encuentra desarrollada en el documento “Determinación de Líneas Basales para el Monitoreo y Seguimiento de la Reforma” del Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud por C. Cid y colaboradores.

a) Definición de la Garantía de Protección Financiera

Las garantías pretenden favorecer y mejorar el acceso a salud de la población, en otras palabras, disminuir las brechas de equidad. En particular las garantías de protección financiera pretenden aliviar la carga económica para las familias de enfrentarse a problemas de salud.

De esta forma se define la garantía de protección financiera como la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado por el arancel de referencia del Régimen. Es decir, el co-pago es fijo y conocido de antemano por el beneficiario. Además se establece una cobertura financiera adicional que limita el gasto total de una familia en dichos problemas de salud. La idea es que estas medidas impactarán en el ingreso disponible de los hogares, y se espera que disminuyan los gastos en salud, en particular, de los segmentos de población con menores ingresos.

Así, el objetivo es evaluar y monitorear el impacto financiero de la Reforma en las familias chilenas. En particular interesa medir el impacto, que las garantías financieras del Régimen de Garantías en Salud y las políticas regulatorias que acompañan la Reforma, puedan tener en el ingreso disponible de los hogares.

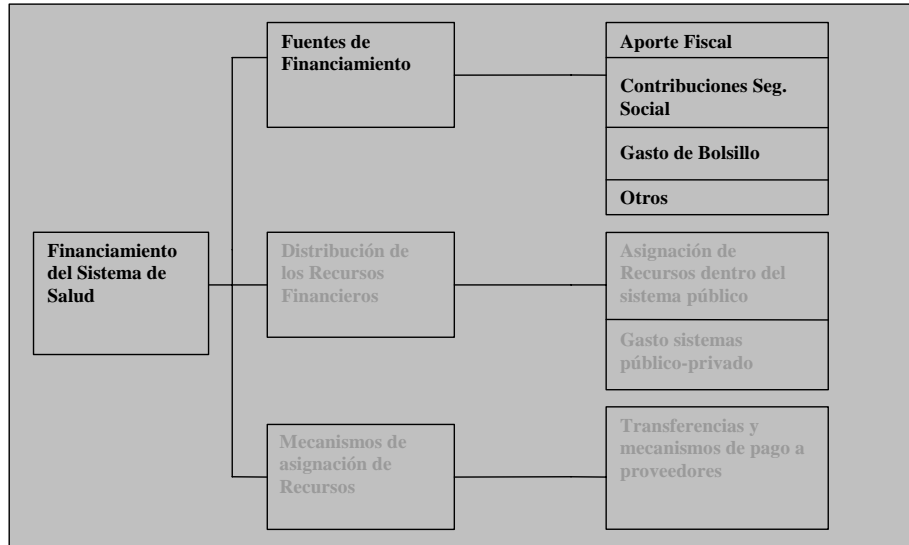
Como parte integrante de la Reforma, en los objetivos sanitarios para la década 2000 - 2010, definidos por el Ministerio de Salud, está incorporada la justicia financiera, en el sentido que el Estado debe procurar que todas las personas tengan acceso a la atención de salud y que la situación económica de las familias no constituya un obstáculo para ello, sobre todo, cuando se ven enfrentadas a prestaciones de alto costo. Para ello, se han planteado objetivos y metas, tales como: *“reducir la proporción de ingresos disponibles de los hogares que se destinan a gasto de bolsillo o pago directo de salud”*; y, *“alcanzar mayor progresividad en el financiamiento de la salud”*⁷.

Por su parte, las garantías establecidas en la Ley del AUGE pretenden favorecer y mejorar el acceso a la salud de la población y disminuir las brechas de equidad. En particular, las garantías de protección financiera pretenden aliviar la carga económica para las familias de enfrentarse a problemas de salud.

En términos teóricos, el financiamiento de los sistemas de salud se compone de, al menos, tres niveles: las fuentes de aporte y recursos totales del sistema de salud; la distribución o macro-asignación de los recursos disponibles dentro del sistema; y, la micro-asignación de los recursos, o transferencia y mecanismos de pago a los proveedores de los servicios. A su vez, cada uno de los niveles del financiamiento tiene diferentes componentes, acorde a las características de los distintos tipos de sistemas de salud, como se representa en la figura siguiente:

⁷ MINSAL (2002). “Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000 – 2010”.

Figura 2
Financiamiento del Sistema de Salud



Fuente: "Monitoreo y Seguimiento de la Reforma: Determinación de la Línea Basal de Protección financiera", Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud por C. Cid et.al.

En este marco, la equidad en el financiamiento debe ser evaluada de acuerdo a sus fuentes de origen, distribución y gasto y respecto del gasto directo de los individuos o gasto de bolsillo.

Para la evaluación y seguimiento de la garantía de protección financiera, se debe tener presente que no existen mediciones específicas y completas del impacto financiero de los gastos en salud sobre las familias, sólo estimaciones que recurren a la Encuesta Casen y otras encuestas específicas, planificadas con objetivos diversos, que no están directamente relacionadas con el impacto financiero de los problemas de salud en los hogares. En consecuencia, la metodología a utilizar se debería apoyar en los registros disponibles en el sector y en las encuestas de presupuestos familiares disponibles, como la del Instituto Nacional de Estadísticas del período 1996-1997.

b) Metodología del análisis de la Protección Financiera

El objetivo en el mediano y largo plazo, es monitorear el impacto financiero de la Reforma en las familias chilenas. En particular, interesa medir el impacto que las garantías financieras del Régimen de Garantías en Salud y las políticas regulatorias que acompañan la Reforma, puedan tener en el ingreso disponible de los hogares, para lo cual se necesita establecer una Línea Basal para el Gasto de Bolsillo, a través de estimaciones.

La metodología también contempla la identificación de indicadores que provean resultados observables periódica y sistemáticamente de la situación de la protección financiera en salud.

i) Objetivos y métodos del análisis de la protección financiera

Medir la situación actual de protección financiera, estimando el gasto de bolsillo entendido como el monto de los co-pagos, más las cotizaciones adicionales cuando corresponda, más otros gastos, como los medicamentos.

Establecer una metodología y resultados observables periódica y sistemáticamente de la situación de la protección financiera en salud.

Dada la información disponible los resultados se pueden obtener por partes, por lo que se hace necesario cruzar y discutir los resultados junto con sus distintos métodos de procesamiento.

Este análisis está compuesto por tres tipos de métodos que dependen, fundamentalmente, del tipo de información disponible a utilizar:

Análisis agregado del gasto de bolsillo:

Proviene de datos agregados y cálculos de cuentas nacionales de Fonasa e Isapre y consiste en elaborar una descripción ingresos y gastos en salud. Se trata de establecer distintos indicadores de gasto del bolsillo respecto del financiamiento general del sistema de salud.

Análisis de co-pagos por eventos o casos

Se trata de una descripción de gastos en salud a nivel de eventos, es decir, establecimiento de co-pagos por prestaciones para los beneficiarios de isapres. Los datos utilizados son los registros de morbilidad de la Superintendencia de Salud. Consiste en un análisis de co-pago por prestación o por caso, en el sistema isapre (nivel ambulatorio y hospitalario), además de un análisis de co-pagos esperados por sexo y edad de los beneficiarios.

3.2 Diseño y Determinación de la Línea Basal en Acceso y Equidad en el Acceso a la Salud⁸

El Acceso y la equidad en el acceso, han sido definidas como dos de los objetivos centrales de la Reforma en Salud, en pro de la mejoría del Estado de Salud de la población y de la disminución de las desigualdades existentes. Aquí, es importante destacar que el rol que juegan los sistemas de salud sobre el Estado de Salud, es sólo uno de los determinantes que influyen en el proceso salud-enfermedad, siendo el resto de los determinantes sociales de la salud, en su conjunto, de mucho mayor peso en el estado global de salud de las poblaciones⁹.

a) Conceptos Generales

El acceso a servicios de atención de salud¹⁰ se relaciona con las necesidades de salud de las poblaciones, y con las condiciones para la utilización del sistema de salud. El acceso a los servicios de salud requeridos por la población, en función de sus necesidades, está determinado por diversos factores, individuales, comunitarios y socio-culturales, a la vez que por las características del sistema de salud propiamente tal; es decir, por la interacción entre los individuos y sus necesidades de salud, y el sistema de salud.

En el marco de la Reforma de Salud en desarrollo en Chile, el acceso y la equidad en el acceso, constituyen objetivos explícitos. Así, la Ley de las GES en tanto estrategia para el logro

⁸ Una versión anterior de esta sección se encuentra desarrollada en el documento "Acceso e Impacto de las GES en su primer año de implementación", Documento de Trabajo, Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud por X Riesco et al.

⁹ OMS, 2005. Comisión de Determinantes de la Salud.

¹⁰ Se entiende por servicios de atención de salud; la prevención, promoción curación y rehabilitación.

de estos objetivos, presenta garantías explícitas. A este nivel, acceso se define como “la garantía de recibir las actividades de salud y a la forma de entrar a una red de servicios de salud”. Además, se especifica que “cada administrador de plan (de salud) deberá garantizar este acceso, intermediando o facilitando las relaciones entre los usuarios y los prestadores de los servicios de atención de salud.” (Ley 19.966).

En términos generales, el acceso describe la entrada (potencial y real) de los individuos y grupos poblacionales al sistema de salud¹¹, y de este modo, depende del grado de acoplamiento existente entre los usuarios y el sistema con los arreglos institucionales correspondientes.

Conceptualmente el Acceso, se puede definir como “las dimensiones que describen el ingreso potencial y real de una población dada al sistema de atención salud”. (Aday, Andersen (1981))

La OMS define acceso como “la posibilidad de obtener atención de salud frente a una necesidad, considerando la accesibilidad geográfica, financiera y social” (socio-cultural).

La Equidad en salud, por otra parte, es un concepto que se relaciona por un lado con el Estado de salud de la población, y por otro, con el acceso a la satisfacción de las necesidades de atención de salud.

Equidad respecto del estado o nivel de salud de las poblaciones, puede ser definida como “Una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial de salud y, de un modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida en que ello pueda evitarse”¹²(M. Whitehead¹³)

Por otra parte, el principio de equidad en el ámbito de la satisfacción de las necesidades de salud de la población, en el ámbito de la atención de salud, se define como “El igual acceso frente a la igual necesidad, igual utilización para igual necesidad e igual calidad de atención para todos”. (M. Whitehead¹⁴)

El acceso a los servicios de salud difiere según los distintos niveles y factores determinantes, desde las necesidades de atención de salud y sus determinantes, a su traducción en demanda, y de ésta en utilización de los servicios de atención de salud requeridos. En cada nivel, existen factores determinantes, como se muestra en la Figura 3 abajo.

¹¹ Aday y Anderson (1981)

¹² Social Justice and Equity in Health: Report on a WHO Meeting. Copenhagen, Oficina Regional de la OMS para Europa, 1986.

i Whitehead M (1991)“Los Conceptos y Principios de la Equidad en Salud”, traducción directa del original en inglés, OMS – OPS, Serie Reprints #9, Washington, DC,1991.

i Whitehead M (1991)“Los Conceptos y Principios de la Equidad en Salud”, traducción directa del original en inglés, OMS – OPS, Serie Reprints #9, Washington, DC,1991.

Figura 3
Determinantes a la Demanda por Servicios de atención de salud



Fuente: “Acceso e Impacto de las GES en su primer año de Implementación”, Documento de Trabajo, Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud por X. Riesco et. al.

Considerando lo anterior, el análisis del acceso a la atención de salud debe contemplar las diferencias entre necesidades de salud, demanda y utilización como: necesidades de salud, necesidades percibidas y de aquí la demanda versus la demanda no expresada. Luego la utilización representa la demanda expresada y satisfecha, quedando aun fuera aquella demanda no satisfecha.

En la práctica, la estimación de la demanda por servicios de atención de salud se modela tomando en cuenta estos factores. Por su parte, la demanda para el caso particular de las GES dentro de la reforma de salud requiere una mirada aun más particular que incorpora el comportamiento esperado de los usuarios y las diferencias a este respecto entre los beneficiarios del Fonasa y de las Isapres.

b) Metodología de Estudio del Acceso y Equidad en el Acceso¹⁵

Existen diferentes barreras que dificultan o impiden el acceso a la atención de salud, como las barreras financieras, barreras de accesibilidad, déficit en la oferta y disponibilidad de servicios, y otras como creencias y costumbres, y nivel socio-cultural. Estas en su conjunto determinan el acceso de las personas al sistema de salud.

En el estudio del acceso a los servicios de atención de salud, es necesario abordar tanto el estudio del acceso en relación a la entrada al sistema de salud, como también el acceso ya

¹⁵ En términos generales respecto de la evaluación, cabe mencionar que existen varias limitaciones para el análisis relacionadas en particular con la información disponible actual; éstas se plantean según los casos, a lo largo del Informe.

dentro del sistema (in-system access)¹⁶, el que se relaciona con el funcionamiento de las redes y los arreglos institucionales implementados o en implementación.

Se plantea el análisis del acceso a los distintos niveles de atención dentro del sistema de salud¹⁷:

1. Problemas de salud de resorte en el nivel de atención primaria de salud, de atención por especialidades, y los exámenes, procedimientos y/o cirugía de resorte ambulatorio.
2. Acceso a la atención de problemas de salud que involucra atención en más de un nivel de atención
3. Acceso a la atención de problemas de salud de resorte hospitalario.

La metodología de estudio consiste en el análisis de la utilización de servicios de salud, la cual se ha considerado como Proxy del acceso.

La Utilización como proxy de necesidades expresadas de atención de salud, pretende estudiar el acceso a través de la demanda satisfecha de la población a servicios de atención de salud. La utilización tiene serias limitaciones que pueden resultar en una grave sub estimación de la demanda real por servicios de atención de salud requeridos. Aún así, esta variable se utiliza también como Proxy en las experiencias internacionales, por ser más factible en términos de datos existentes. Dicho lo anterior, esta limitación debe mantenerse presente al momento de analizar resultados y más aún en las conclusiones planteadas.

La determinación de una línea base establece una base de acceso pre-reforma, en base a la utilización de servicios y las características de esta utilización. Sobre la Línea Base se analizará en primer lugar, las brechas observadas en el uso de servicios de salud entre beneficiarios Isapre y Fonasa, en tanto representan indirectamente brechas de acceso. En segundo lugar, la Línea Basal permite monitorear la situación del acceso en el tiempo, y el impacto de la implementación de la Reforma de Salud, y de las GES, sobre éste.

Aquí el acceso se evaluará en toda la amplitud del concepto, y a la vez respecto del análisis particular de las GES y su impacto.

Determinada la línea basal, se plantea el Monitoreo y Seguimiento, para lo cual se identificarán problemas de salud y grupos poblacionales trazadores respecto de deficiencias existentes en el sistema y de problemas potenciales surgidos en el proceso de reforma.

Finalmente, con relación al acceso e impacto de las GES, se contempla:

1. Determinar la línea basal de acceso pre reforma e impacto de las GES.
2. Establecer los casos GES en 1 año y siguientes.
3. Caracterizar a los beneficiarios de los casos GES.

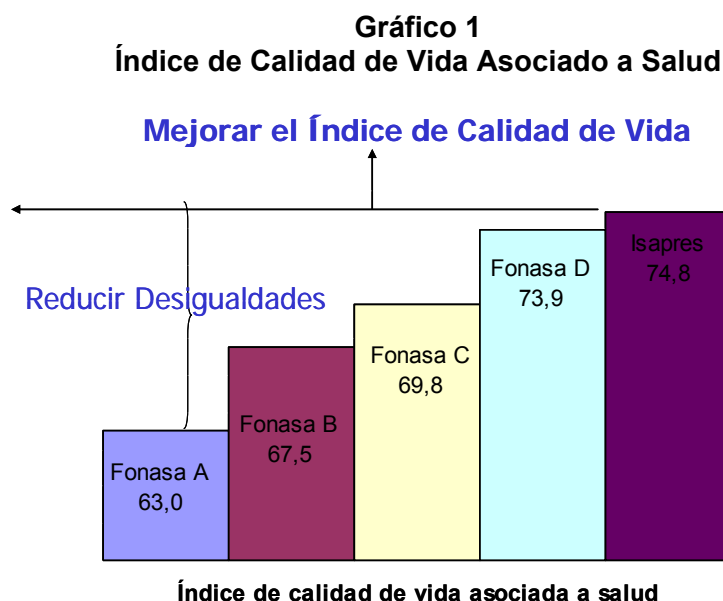
¹⁶ Según la Referencia del SDO 2001, con los conceptos de "Access-entry" e "In-system access".

¹⁷ Importante destacar que en el presente trabajo, el estudio del acceso a la atención de las necesidades de salud, se restringe al ámbito curativo, no incluyendo la promoción y la prevención en salud, ni la rehabilitación de la enfermedad.

3.3 Diseño y Determinación de Línea Basal de Discriminación por Riesgo y Eficiencia en el Sistema de Salud¹⁸

La Reforma de Salud, entre sus objetivos, se ha planteado disminuir la discriminación por riesgos de las mujeres y adultos mayores en el Sistema Isapre. Ello es necesario no sólo por razones de solidaridad, sino también, porque el funcionamiento del sistema, con este tipo de selección de riesgos, es ineficiente para la sociedad en su conjunto. En particular, los problemas de discriminación que se producen en el sistema Isapre y que tienen implicancias en el sistema global.

En efecto, el principio rector de la reforma es mejorar el estado de salud de la población y disminuir las desigualdades existentes. El punto de partida puede ser reflejado en el índice de calidad de vida para diferentes tipos de beneficiarios del sistema de salud chileno, lo que incluye a los sectores público y privado de salud.



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

La calidad de vida asociada a salud fue medida para el año 2005, como se observa en el gráfico 1, además de ser muy desigual depende del nivel de ingresos de los grupos de beneficiarios del sistema de salud chileno.¹⁹

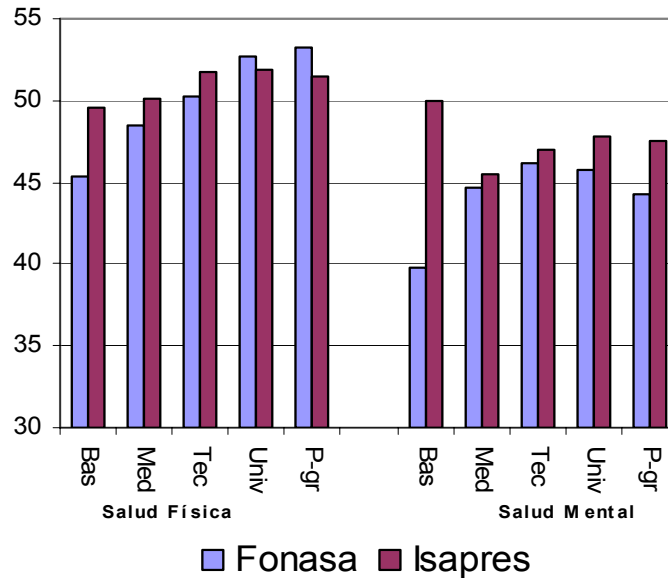
Lo mismo ocurre con el nivel educacional, siendo aquellos grupos de peor calidad de vida asociada a salud los con menos educación y pertenecientes al Fonasa. No obstante, aquí llama la atención que los grupos de mejor calidad de vida asociada a la salud física son aquellos pertenecientes al Fonasa con mayor nivel de educación, pero esta relación se revierte a favor

¹⁸ Una versión anterior de esta sección se encuentra desarrollada en "Evaluación de la Reforma en el Sistema Isapre, Diseño Metodológico y Definición de Líneas Basales Críticas", Documento de Trabajo, Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud, M. Sánchez et al.

¹⁹ Ver el estudio "Calidad de Vida Relacionada a la Salud en Población General. Chile 2005". Preparado por P. Olivares. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud (2006).

de los beneficiarios de Isapres si consideramos la salud mental, elemento que se ha manifestado como relevante en variados estudios de los últimos años.

Gráfico 2
Estado de Salud y Nivel Educativo, por Previsión



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

La discriminación por riesgo en salud, no sólo es un problema de solidaridad, principalmente provoca ineficiencia. Primero, porque genera desincentivos a responder adecuadamente a los requerimientos de los afiliados de alto riesgo. Esto provoca un problema de calidad en los tratamientos, entre otros de los enfermos crónicos. Segundo, provoca segmentación del mercado: se cobrarán primas más bajas a 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. Tercero, la selección será más rentable que mejorar la eficiencia en la producción de atención de salud, ya que los seguros prefieren invertir 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. Además, mientras un seguro individual puede obtener ganancias de la selección y beneficiarse, para la sociedad esto es una pérdida de bienestar general²⁰.

La selección de riesgo provoca ineficiencia. Primero, porque genera desincentivos a responder adecuadamente a los requerimientos de los afiliados de alto riesgo. Esto provoca un problema de calidad en los tratamientos, de los enfermos crónicos. Segundo, provoca segmentación del mercado, se cobrarán primas más bajas a 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. Tercero, la selección será más rentable que mejorar la eficiencia en la producción de atención de salud, ya que los seguros prefieren invertir en mejorar la selección de riesgos y no en reducir costos y, por lo tanto, no invertirán en mejorar la eficiencia.

²⁰ Detalle de los efectos de la discriminación pueden encontrarse en Cid, Muñoz, 2006, IAS, Universidad de Chile.

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. Además, mientras un seguro individual puede obtener ganancias de la selección y beneficiarse, para la sociedad esto es una pérdida de bienestar general.

Es así como, en el contexto de la reforma al sector salud, se han contemplado una serie de modificaciones al marco legal de las Isapres que permiten disminuir la discriminación observada en este sistema, a través de las siguientes medidas principales:

- ▶ La introducción de las GES en todos los contratos de salud a un precio común para todos los beneficiarios de una misma isapre y el otorgamiento de una cobertura mínima en los planes complementarios, equivalente a la que otorga el Fonasa en su modalidad de libre elección para todas las prestaciones contempladas en dicho arancel.
- ▶ La exigencia en cuanto a que la adecuación anual de los planes complementarios deba afectar sólo al precio base de los mismos, dejando explícito que las modificaciones de beneficios darán origen a la suscripción de un nuevo plan de salud de entre los que se comercializan, impidiendo de esta forma que las isapres modifiquen arbitrariamente los beneficios de aquéllos planes que concentran más beneficiarios siniestrosos.
- ▶ El establecimiento de una banda para la variación anual de los precios de los planes complementarios, con la cual se espera generar incentivos en las isapres para disminuir la varianza de precios entre sus planes, lo que a su vez permite evitar alzas desmedidas para planes que concentran beneficiarios más riesgosos ya sea por sexo o por edad.
- ▶ La exigencia en cuanto a mantener sólo dos tablas de factores en comercialización, lo que obliga a las isapres a fijar factores de riesgo más ajustadas al perfil de gasto de la población objetivo y reduce la posibilidad de establecer tablas particulares para planes orientados a grupos más específicos (hombres jóvenes, mujeres independientes sin cargas) con lo cual, se evita la discriminación perfecta a través de la diferenciación excesiva de los planes.
- ▶ La creación de un Fondo de Compensación Solidario entre todas las isapres abiertas cuya finalidad es solidarizar los riesgos en salud entre sus beneficiarios con relación a las prestaciones contenidas en las GES.

La evaluación y seguimiento de todas estas medidas se abordará tomando cómo Línea Basal la situación pre-reforma fijada en diciembre de 2003, en aspectos tales como: tamaño y composición de la cartera de beneficiarios (sexo, edad y nivel de renta); cantidad de planes y tablas de factores de riesgo; utilidades de las isapres; entre otros elementos que, comparados en el tiempo, permitan evaluar la efectividad de las medidas adoptadas.

A continuación se detalla el conjunto de medidas regulatorias enunciadas que ha introducido la reforma:

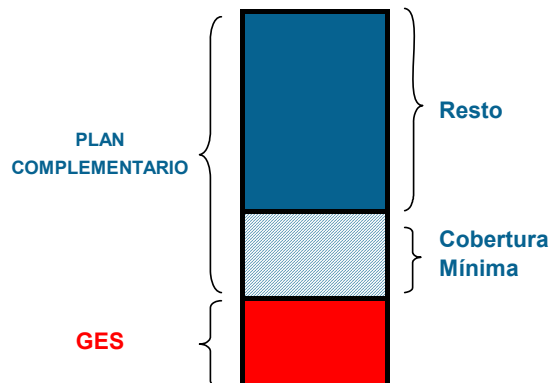
a) Incorporación de las GES y de las Coberturas Mínimas en el Plan de Salud

En el contexto de la Reforma, las isapres deben asegurar a sus respectivos beneficiarios las GES relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas al conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud. Además, los planes complementarios de las isapres deben conceder, a lo

menos, la cobertura financiera que el Fonasa asegura en la modalidad de libre elección, a todas las prestaciones contempladas en el arancel del RGGS.

De esta forma, el plan de salud en el Sistema Isapre quedará conformado de la siguiente manera:

Figura 4
Nuevo Plan de Salud



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

Naturalmente, estas disposiciones podrán tener implicancias sobre los precios y la cantidad de planes vigentes del Sistema Isapre, si es que la incorporación de las GES implica para las isapres asumir eventualmente costos adicionales por prestaciones que no estaban cubiertas con los planes vigentes. El otorgamiento de la cobertura mínima garantizada en todos los planes especiales y con cobertura reducida de parto que se encuentren vigentes, también podría implicar asumir costos adicionales que podrían incidir en el precio de este tipo de planes; y, la imposibilidad de vender planes especiales y con cobertura reducida de parto, determinará una disminución en la cantidad de planes de salud en la industria.

Por una parte, la incorporación de las GES como componente básico de todos los planes de salud, produce una mayor estandarización de los mismos, dejando menos espacio a las isapres para la diferenciación de precios. Así, en la medida que las GES tengan una mayor relevancia dentro del plan de salud, el efecto hacia la estandarización será mayor. Asimismo, cuando las GES se encuentren en plena operación, esto es, a partir de julio de 2007, los planes deberán contemplar la garantía de protección financiera para todas las prestaciones de salud asociadas a las 56 prioridades del Régimen, entre las cuales se incluye la atención de parto, lo que favorece directamente a las mujeres en edad fértil.

b) Adecuación del Precio Base

Con el propósito de contribuir a la transparencia del sistema y disminuir los problemas de discriminación al interior del mismo, se dispuso restringir la facultad otorgada a las isapres para adecuar los precios, prestaciones convenidas y la naturaleza y monto de los beneficios de un plan de salud, circunscribiéndola sólo a la modificación del precio base. Esta medida encontró fundamento en dos elementos relevantes:

- ▶ La simplificación del proceso de adecuación, que genera ventajas para todos los actores involucrados. Esto es, facilita a los afiliados la toma de decisiones; hace más simple la

fiscalización por parte de la Superintendencia; y hace menos compleja la información que las isapres deben remitir a los afiliados.

- ▶ La tendencia observada en la industria en materia de adecuaciones de contratos, la cual indicaba que, en su mayoría, las isapres se orientaban a adecuar sus planes, ajustando sólo el precio de los mismos.

Antes de la entrada en vigencia de la Reforma, la normativa otorgaba a las isapres una facultad muy amplia para adecuar los contratos, dándoles la posibilidad de modificar en forma simultánea todas las variables sustanciales del plan, siendo éstas, el precio, los beneficios o ambas, pudiendo incluso alterar la modalidad de atención, la tabla de factores, el arancel y los prestadores asociados al plan, variables que por la vía de la adecuación, configuraban en la práctica, productos muy distintos a los originalmente pactados por los afiliados, quienes tenían serias dificultades para evaluar si las nuevas condiciones propuestas diferían significativamente de las estipuladas en el plan contratado.

La modificación introducida, implicó también un cambio en relación con la oferta de planes alternativos que debe realizar la isapre, la cual debe consistir en un plan alternativo que considere sólo condiciones equivalentes del precio base con respecto al plan vigente. La medida implicó, además, establecer una salvedad respecto de los planes grupales y de aquellos que consideran un prestador preferente con el cual la isapre ha terminado el convenio, planes que por su diferente naturaleza determinan un tratamiento especial, el cual, exige un mecanismo de negociación distinto entre las partes y del consentimiento expreso de ambos contratantes.

Las modificaciones introducidas, implican una serie de ventajas desde el punto de vista de la transparencia, que repercuten en todos los actores involucrados. También, plantean un desafío en cuanto al diseño de un mecanismo de adecuación excepcional relativo a algunos planes especiales que no pueden someterse al proceso general definido. Entre las principales ventajas a evaluar se encuentran las siguientes:

- ▶ Se simplifica la toma de decisiones del afiliado, contribuyendo de paso a eliminar las enormes asimetrías de información que se producen en la relación isapre-afiliado. En efecto, con las modificaciones introducidas el afiliado se verá enfrentado sólo a la posibilidad de mantener el mismo plan elegido a un nuevo precio u optar por mantener la cotización originalmente pactada suscribiendo un plan alternativo con beneficios distintos.
- ▶ Se elimina la posibilidad que tienen las isapres para sustituir planes de salud vigentes o encubrir alzas desmedidas de precios, por la vía de la adecuación y con el consentimiento tácito de los afiliados. De esta forma, la incorporación de nuevos planes al sistema sólo será posible por la vía de las nuevas afiliaciones y suscripción de los planes alternativos.
- ▶ Se simplifica el proceso de adecuación de contratos, específicamente, en lo que se refiere a la exigencia de efectuar una oferta de planes alternativos. En efecto, la isapre estará obligada sólo a remitir un plan alternativo equivalente en precio, lo que de paso, hace menos compleja y más transparente la información que recibe el afiliado a través de la carta de adecuación.
- ▶ El proceso de adecuación se hace más simple de fiscalizar, por cuanto, las variables a modificar en el plan de salud disminuyen y porque se elimina la posibilidad de generar

nuevos planes a partir de los ya existentes, haciendo más fácil su seguimiento.

- ▶ No restringe las posibilidades de las isapres para crear nuevos planes de salud ni para adecuar los precios de los planes de salud vigentes, conforme varían los costos del mercado y la siniestralidad de sus respectivas carteras de beneficiarios.

c) Banda de Precios

El precio final que cada afiliado o beneficiario debe pagar a la Isapre por el Plan Complementario que haya contratado, se obtiene multiplicando el precio base del plan por el factor que corresponda al afiliado o beneficiario de conformidad a la tabla de factores que tenga asociada el plan respectivo.²¹

La modificación del precio base de un plan de salud, puede tener origen en la variación de los costos operacionales (cambios en los precios de las prestaciones, cambio en el mix de utilización de prestaciones y cambio en el nivel de uso de SIL). Sin embargo, antes de la entrada en vigencia de la nueva ley, esta modificación también podía ser el resultado de una estrategia comercial tendiente a eliminar ciertos productos en favor de otros, en este sentido, un alza desmedida del precio base de cierto plan, no obstante legal, podía implicar la terminación unilateral de algunos contratos. De esta forma, la facultad para modificar los precios de los planes de salud, atentaba contra la transparencia del sistema y, al mismo tiempo, posibilitaba nuevas fórmulas para la discriminación de ciertos grupos de cotizantes.

La situación descrita, generaba grandes críticas al Sistema Isapre, que hacían evidente la necesidad de introducir algún tipo de regulación que permitiera transparentar los precios cobrados por las isapres.

En el contexto de la Reforma, se incorporaron algunas modificaciones al Sistema Isapres, orientadas a limitar las alzas de los precios base del plan de salud complementario y a establecer regulaciones en cuanto a la forma en que deben estructurarse las tablas de factores asociadas a los planes de salud.

El precio que enfrente cualquier cotizante será el resultado de la suma de dos precios claramente identificados: el de las GES y el del Plan Complementario. Respecto del primero, su valor estará limitado por el valor de una prima única por isapre. Respecto al Plan Complementario, las isapres podrán adecuar libremente los precios, no obstante, esta adecuación de precios se encuentra regulada. En efecto, la libertad de las isapres para cambiar los precios base de los planes de salud se sujetará a las siguientes reglas:

1. Antes del 31 de marzo de cada año, las isapres deberán informar a la Superintendencia el precio base, de cada uno de los planes de salud que se encuentren vigentes.
2. En dicha oportunidad, también deberán informar la variación que experimentará el precio base de todos y cada uno de los contratos cuya anualidad se cumpla entre los meses de julio del año en curso y junio del año siguiente. Dichas variaciones no podrán ser superiores a un 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de

²¹ La metodología utilizada en el Sistema Isapre para fijar las primas promueve una tendencia a la segmentación, es decir, a diferenciar a los individuos conforme a sus características de sexo y edad que los hacen más o menos propensos a sufrir un daño o deterioro en su salud, asignándoles, por grupos de edad y sexo, una prima diferente según su nivel de riesgo. Esta característica ha afectado principalmente a los grupos de mayor riesgo en salud, dentro de los que se encuentran las mujeres, especialmente en edad fértil y los adultos mayores.

- precios base informadas por la respectiva isapre, ni inferiores a 0,7 veces dicho promedio.
3. Asimismo, la variación anual de los precios base de los planes creados entre febrero y junio del año en curso, ambos meses inclusive.
 4. La isapre podrá optar por no ajustar los precios base de aquellos planes de salud en donde el límite inferior de la variación, es igual o inferior a 2%.
 5. En ningún caso las isapres podrán ofrecer rebajas o disminuciones respecto del precio base del plan de que se trate informado a la Superintendencia, a los afiliados vigentes o a los nuevos contratantes de ese plan.
 6. Se prohíbe ofrecer o pactar planes alternativos con menos de un año de comercialización o que, cumpliendo con la vigencia indicada, no tengan personas adscritas, a los afiliados o beneficiarios cuya anualidad se cumpla, en el periodo indicado.

Finalmente, la regla anteriormente expuesta no será aplicable a los contratos de salud previsual cuyo precio se encuentren expresados en un porcentaje equivalente a la cotización legal.

d) Regulación de las Tablas de Factores

El diseño del Sistema Isapre lleva implícita la necesidad de diferenciar a los individuos según su nivel de gasto para establecer sus primas en el Plan Complementario, asignándole a cada beneficiario o grupo de ellos un cierto "factor de riesgo" determinado en función de sus características de sexo y edad. No obstante, si bien, la prima del seguro de salud adquiere carácter individual, ello no significa la aceptación de discriminaciones arbitrarias como las que se observaban en algunas tablas de factores incorporadas en los planes de salud, donde los factores de riesgo asignados superaban en mucho el gasto promedio observado para cada grupo de beneficiarios, según su sexo y edad. Situación que se daba porque la estructura de factores establecida por cada isapre, también respondía a las políticas comerciales propias de cada institución, a partir de las cuales, se intentaba adecuar las primas de acuerdo con el mercado objetivo u orientación definida para el plan específico.

Sin duda, la definición de tablas desapegadas a la estructura de costos efectiva de la cartera de beneficiarios, introducía complicaciones a los usuarios, dada esta situación discriminatoria frente a determinados grupos de personas.

No obstante, actualmente la Superintendencia fija la estructura de las tablas de factores, estableciendo los tipos de beneficiarios, según sexo y condición de cotizante o carga, y los rangos de edad que se deban utilizar. Las isapres son libres para determinar los factores de cada tabla que empleen. En todo caso, la tabla de un determinado plan de salud no podrá variar para los beneficiarios mientras se encuentren adscritos al mismo, ni podrá alterarse para quienes se incorporen a él, a menos que la modificación consista en disminuir de forma permanente los factores, total o parcialmente; dicha disminución se hará aplicable a todos los planes de salud que utilicen esa tabla.

Cada plan de salud sólo podrá tener incorporada una tabla de factores y las isapres no podrán establecer más de dos tablas de factores para la totalidad de los planes de salud que se encuentren en comercialización. Sin embargo, las isapres podrán establecer nuevas tablas cada cinco años contados desde las últimas informadas a la Superintendencia, manteniéndose vigentes las anteriores en los planes de salud que las hayan incorporado.

e) Fondo de Compensación Interisapres

Desde el punto de vista teórico, el establecimiento de un Fondo de Compensación encuentra fundamento en que 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. 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.

Para impedir este proceso ineficiente de asignación de recursos en salud que implica la selección de riesgos y lograr que los subsidios de solidaridad funcionen, sin entorpecer la competencia, es posible generar subsidios a las primas de los grupos de alto riesgo provenientes de los grupos de menores, 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. 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.

Además 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. Lo mismo respecto al incentivo a la selección que generaría una prima pareja por beneficiario.

En este último sentido, un precio parejo de las GES para todos los beneficiarios de una misma Institución de Salud Previsional, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato para el Plan Complementario, llevaba implícito la necesidad de implementar un mecanismo de compensación de los riesgos en salud asociados a los distintos grupos de beneficiarios, para evitar los incentivos a la selección por riesgo o descreme por parte de las Isapres. Este mecanismo de compensación debía considerar, a lo menos, las diferencias de riesgo que se presentan entre hombres y mujeres, así como aquellas existentes entre jóvenes y viejos.

En este contexto, el Fondo de Compensación Solidario es un mecanismo adecuado para solidarizar los riesgos de salud entre los beneficiarios, por cuanto, permite garantizar a todas las isapres que van a recibir, en promedio, el costo esperado estimado de su cartera de beneficiarios en los problemas de salud incorporados al GES, disminuyendo los incentivos que éstas tienen para descremar sus carteras.

Asimismo, la existencia de un Fondo de Compensación Solidario, podría permitir, en el tiempo, homogenizar los riesgos en salud de las poblaciones asociadas a las distintas aseguradoras, es decir, igualar la distribución de sus carteras, en cuanto a sexo y edad de los beneficiarios.

4.- Definición de las Líneas Basales en los principales aspectos del Componente Discriminación por Riesgo y Eficiencia del Sistema

Para establecer el marco teórico y la metodología para evaluar el impacto de la reforma sectorial en el sistema isapre fue preciso disponer de experiencias anteriores en procesos de evaluación similares. Este marco permitió definir las líneas basales críticas de la evaluación que están asociadas, en lo esencial, al componente discriminación por riesgos y eficiencia del sistema, del cual se requería el desarrollo de un diagnóstico detallado.

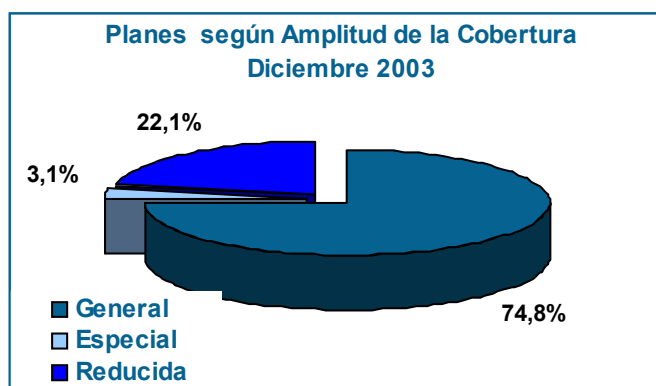
a) Planes y cobertura mínima

Entre los objetivos buscados en las modificaciones asociadas a los planes de salud se encuentran reducir su número, promover su estandarización e incentivar la generación de planes que dieran cuenta de todo el ciclo de vida del individuo.

La evaluación, monitoreo y seguimiento de estas medidas en el tiempo, se realizarán a partir de las siguientes Líneas Basales, establecidas en diciembre de 2003:

- ▶ De un total de 47.298 planes de salud informados, un 74,8% correspondían a planes con cobertura general (35.404 aprox.); un 22,1% a planes con cobertura reducida de parto (10.449 aprox.); y, un 3,1% a planes especiales (1.445 aprox.), los que, en su mayoría eran planes sin cobertura de parto.
- ▶ Las isapres abiertas que presentaban una mayor proporción de planes especiales son Consalud y Vida Tres, con un 12,2% y un 9,6%, respectivamente. Asimismo, las isapres abiertas con una mayor proporción de planes con cobertura reducida de parto eran Sfera y Colmena con un 93,8% y un 35,3%, respectivamente.

Gráfico 1



Fuente: "Planes de Salud, Análisis a Enero de 2006", Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud por M. Sánchez.

- ▶ Los planes especiales concentraban un 6,6% de los cotizantes del Sistema (81.825 aprox.) mientras que los planes con cobertura reducida de parto representaban a un 23,7% (292.490 aprox.)
- ▶ Todos los cotizantes adscritos a planes especiales y el 99,8% de los afiliados con planes con cobertura reducida de parto, pertenecían a las isapres abiertas del Sistema.

- ▶ Sólo la isapre cerrada “Fundación” comercializaba planes con cobertura reducida de parto (45 planes aprox.) y en ellos mantenía a 416 cotizantes.
- ▶ Las isapres abiertas con una mayor proporción de cotizantes en planes especiales eran Consalud y Vida Tres, con un 22,2% y un 11,9% de sus cotizantes, respectivamente. Asimismo, la isapre abierta que concentraba una mayor proporción de sus cotizantes en planes con cobertura reducida de parto era Sfera, con un 97,6%.
- ▶ Los planes especiales concentraban a un 6,7% de los beneficiarios del Sistema (181.652 aprox.) y los planes con cobertura reducida de parto a un 23,8% (649.328 aprox.).

Resumiendo, en diciembre de 2003, un 30,3% de los cotizantes del Sistema pertenecían a planes especiales o a planes con cobertura reducida de parto. En términos de beneficiarios esta cifra alcanzaba a un 30,5%.

b) Tabla de factores

El establecimiento de un límite en cuanto al número de tablas de factores a utilizar, genera incentivos para que éstas sean una representación más fidedigna de la evolución en el tiempo de los costos en atención de salud, en las diferentes líneas de productos. Esto hace tender a las isapres hacia estrategias comerciales de largo plazo, con lo cual se disminuyen las posibilidades para la discriminación. Además, permite disminuir la cantidad de tablas comercializadas en el mercado, lo que mejora la posibilidad de hacer comparaciones, favoreciendo el objetivo de transparencia.

Por lo tanto, una forma de medir la efectividad es la disminución de la cantidad de tablas de factores y los beneficiarios que se encuentran con tablas dentro de este contexto y aquellos en transición. La Tabla 1 presenta las tablas de factores existentes en el sistema isapre en diciembre de 2003.

Tabla 1
Tablas de Factores
Base: Diciembre 2003

	Comercializadas	No Comercializadas	Totales
I. Abiertas	317	1.575	1.892
I. Cerradas	172	294	466
Sistema	489 20,7%	1.869 79,3%	2.358 100,0%

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

Las modificaciones en esta línea se orientaban a establecer un:

- Formato único de filas (tramos de edad) y columnas (tipos de beneficiarios) y un grupo de referencia común, a fin de hacerlas comparables entre una isapre y otra.
- Número máximo de edades dentro de cada tramo garantiza una cantidad de tramos de edad tal que se suavicen los cambios en los factores de riesgo por el avance de la edad.
- Límite a la relación entre el factor más alto y el factor más bajo de hombres y mujeres en cada tabla, permite mantener acotadas las variaciones de los factores de riesgo dentro de un rango aceptable.

Según estimaciones del Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia, aproximadamente un 8,4% de las tablas de factores vigentes en diciembre de 2003, no cumplían con esta última regla. Dichas tablas se encontraban asociadas a un 20,2% del total de planes vigentes y a un 16,2% de los cotizantes.

Tabla 2
Cotizantes con Tablas No Ajustadas a la Regla Propuesta
Diciembre de 2003

	NO AJUSTADAS		AJUSTADAS		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°
Tablas de Factores	164	8,4%	1.787	91,6%	1.951
Planes de Salud	7.543	20,2%	29.798	79,8%	37.341
Cotizantes	204.263	16,2%	1.056.617	83,8%	1.260.880

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

c) Banda de precios

La evaluación de esta medida se realizará utilizando como Línea Basal la variación estimada de las cotizaciones pactadas entre diciembre de 2002 y diciembre de 2003, como proxy a la variación de los precios de los planes en ese período.

El fin último de la banda de precios es, obviamente, impedir el alza exagerada de precios de los planes complementarios de salud, en particular para aquellas personas que pertenecían a los planes más siniestrosos, compuestos en mayor proporción por mujeres en edad fértil, adultos mayores y enfermos. En otras palabras, el objetivo es introducir incentivos para generar subsidios desde los planes con un menor gasto a aquellos señalados anteriormente.

Los resultados de una simulación efectuada por el Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud, indican que un 37,8% de los cotizantes experimentaron alzas superiores al límite entre diciembre de 2002 y diciembre de 2003 y que el alza promedio de los precios de los planes de estos cotizantes ascendió a un 19,9% nominal²².

Tabla 3
Alza de Primas Promedio y Número de Alzas Limitadas en el 2003

	Cotizantes de la Muestra				Cotizantes con alzas superiores		
	Número Cotizantes	% Cartera	Alza Cot Pactada	Alza Máxima	Número Cotizantes	% Muestra	Alza Cot Pactada
Promepart Isapre	37.791	66,3%	4,6%	6,0%	5.042	13,3%	31,4%
Colmena Golden Cross	47.609	30,5%	4,2%	5,4%	10.776	22,6%	20,9%
Normédica S.A.	9.154	42,3%	3,2%	4,2%	3.182	34,8%	23,0%
Ing Salud S.A.	177.815	62,3%	6,7%	8,7%	80.680	45,4%	17,4%
Vida Tres S.A.	48.517	71,5%	8,9%	11,6%	23.243	47,9%	20,0%
Mas Vida S.A.	55.359	59,0%	8,3%	10,8%	16.607	30,0%	21,7%
Isapre Banmédica S.A.	139.094	62,3%	7,8%	10,1%	74.215	53,4%	17,1%
Sfera S.A.	9.464	45,6%	-0,5%	-0,3%	9.273	98,0%	1,5%
Consalud S.A.	151.071	60,6%	7,7%	10,0%	36.618	24,2%	32,9%
Isapres Abiertas	675.874	57,5%	7,1%		259.636	38,4%	19,7%
San Lorenzo Ltda.	56	2,7%	-23,4%	-16,4%	39	69,6%	7,2%
FUSAT	8.184	44,9%	1,6%	2,1%	911	11,1%	24,9%
Chuquicamata Ltda.	727	7,1%	4,4%	5,7%	68	9,4%	136,5%
Río Blanco Ltda.	-						
F.A.S.T. Banco Del Estado	4.375	33,4%	4,1%	5,4%	434	9,9%	34,5%
Ferrosalud S.A.	325	5,2%	7,0%	9,1%	51	15,7%	71,0%
Istel S.A.	4.956	86,2%	10,2%	13,2%	1.257	25,4%	51,7%
Cruz Del Norte Ltda.	-						
Isapres Cerradas	18.623	31,8%	4,7%		2.760	14,8%	40,4%
Total Isapres	694.497	56,3%	7,0%		262.396	37,8%	19,9%

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

²² La diferencia entre las alzas promedio de todos los cotizantes de la muestra y la de aquellos cuya alza es superior al límite da cuenta de la gran dispersión que presentan las alzas de precios al interior de cada isapre.

d) Fondo de Compensación Solidario

El objetivo principal del Fondo era atacar la selección de riesgos cuyos alcances estaban limitados por las GES. Por lo tanto, para la evaluación y seguimiento del Fondo de Compensación Solidario se analizará, entre otros indicadores, la evolución de las brechas de riesgo entre isapres, en el tiempo, ya que debería tenderse a la homogeneización de las carteras de riesgos entre los seguros.

5. Evaluación del Impacto de la Reforma en los Beneficiarios

En este apartado se muestran las evaluaciones de los distintos componentes de la reforma implementados durante este período.

5.1 Evaluación de la Protección Financiera

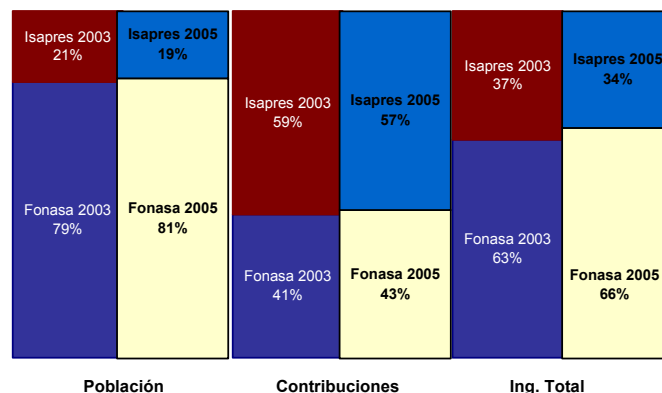
Línea Basal de la Protección Financiera

En Chile el gasto total en salud es, aproximadamente, un 7,6% del PIB. No obstante, sólo el 5,5% del PIB se realiza en el sistema de seguridad social de salud (Isapres y Fonasa). El 2,9% del PIB es gastado por el Fonasa y el 2,6% del PIB por el sistema privado. El resto del gasto es ejecutado por los sistemas complementarios de accidentes laborales (Mutuales, Ley 16.744), Fuerzas Armadas, particulares y otros.

La primera fuente de financiamiento son las contribuciones obligatorias del 7% y adicionales (en el caso de isapres) que representa el 50% a nivel de Fonasa e isapres. El segundo lugar, están los gastos de bolsillo que representan un 27% del total y, en tercer lugar, el aporte fiscal que corresponde a un 23% de total de las fuentes.

Si bien tanto las fuentes de financiamiento como los gastos de ambos sistemas presentan diferencias, entre los años 2003 y 2005 se ha visto una mejoría en esta desigualdad. En efecto, Fonasa aumentó su participación en los ingresos agregados en un 3% y en términos per cápita en una disminución de la brecha respecto a los beneficiarios de isapres en un 7,7%.

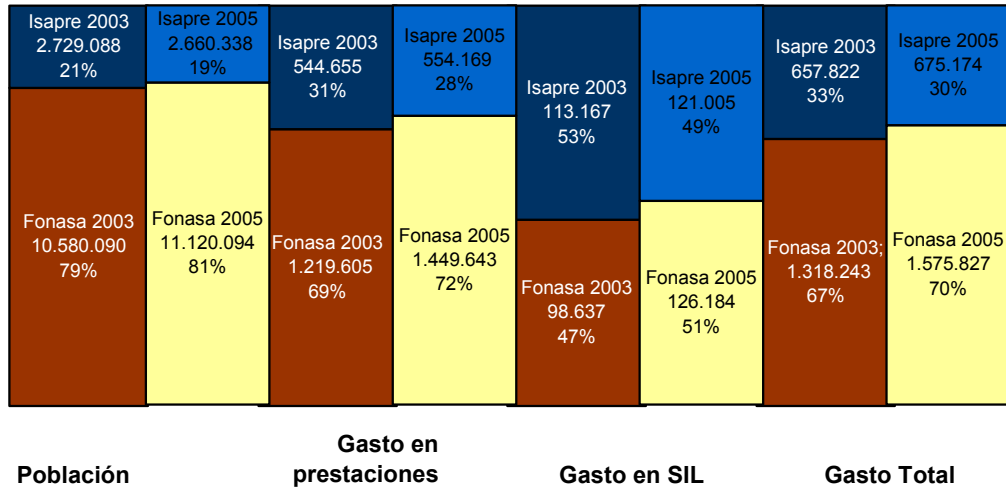
Gráfico 2
Distribución de los Ingresos de Fonasa e Isapres
Cotizaciones e ingresos totales 2003 y 2005



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

Por el lado de los gastos también ocurrió un aumento de la participación del Fonasa en 3 puntos porcentuales, ver gráfico 3, con mayor énfasis en el gasto en el subsidio de incapacidad laboral.

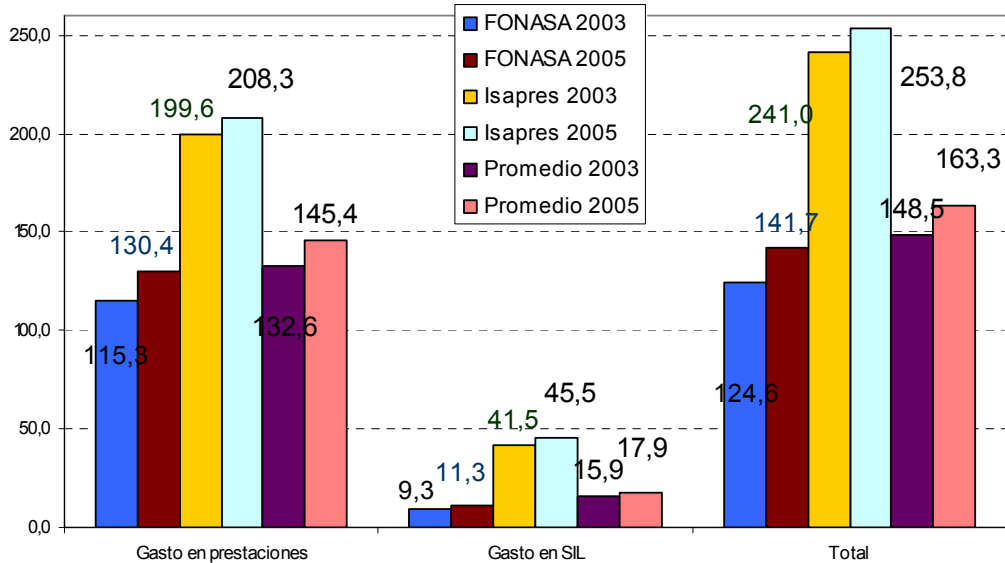
Gráfico 3
Distribución del Gasto Fonasa e Isapre, años 2003 y 2005
\$ Diciembre de 2005



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

Como se observa en el gráfico 4, en el período en cuestión la brecha en el gasto total entre los beneficiarios de Fonasa e isapre disminuyó en un 7,4%.

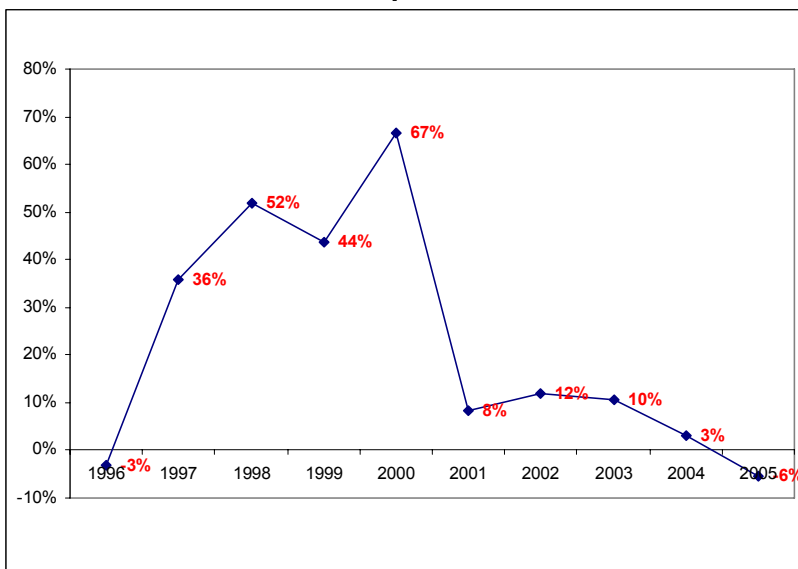
Gráfico 4
Gasto Per Cápita Isapres y Fonasa años 2003 y 2005
\$ Diciembre de 2005



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

Al analizar la brecha en el gasto per cápita en prestaciones, se obtiene que en los últimos años su crecimiento ha disminuido y que incluso fue negativo en el año 2005 respecto al 2004, en menos 6%. En otras palabras, aumentó en mayor proporción el gasto en prestaciones de los beneficiarios de Fonasa que los de Isapre.

Gráfico 5
Evolución de la Brecha del Gasto Per Cápita en Prestaciones
Fonasa e Isapres 1996-2005



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

Análisis de los Co-pagos de los Beneficiarios de Isapre

A continuación se analizan los copagos por prestación en el Sistema Isapre clasificados según sexo, edad y según nivel de atención, en un horizonte de tiempo que abarca los años 2001 a 2006.

a) Copagos según nivel de atención

Los copagos por prestación, como porcentaje del gasto total, en promedio han aumentado desde el 32% al 35% en el período analizado. Desde 2004 en adelante las diferencias no son muy importantes, pero en el año 2005 hubo un aumento importante alcanzando el 35,7% en promedio, volviendo a bajar el 2006 a 34,8% sin llegar a alcanzar el nivel inferior de 2004 en que en promedio eran el 34,6% del valor total de cada prestación.

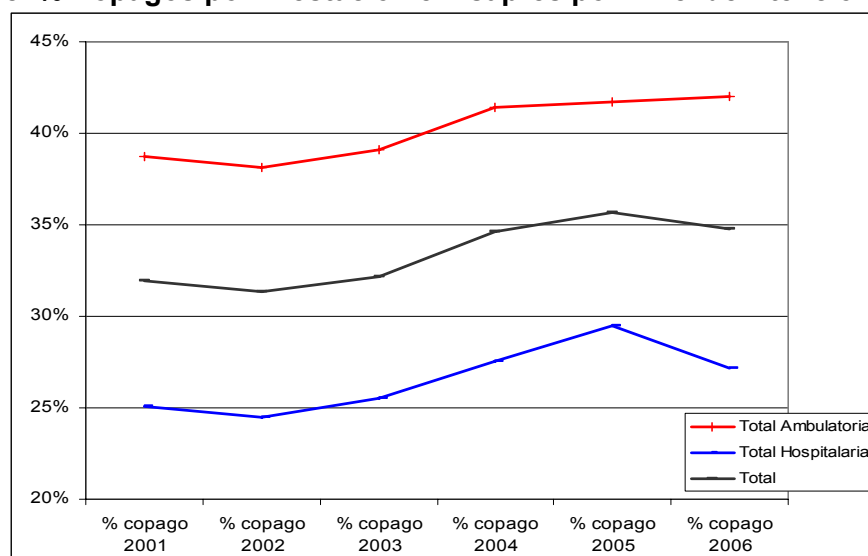
Tabla 4
Co-pagos por Prestación en Isapres, por Sexo y Nivel de Atención, años 2001 a 2006

Ítem	% copago		% copago		% copago	
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Atencion Ambulatoria Masculino	38,4%	37,9%	38,8%	40,9%	41,3%	41,6%
Atencion Hospitalaria Masculino	25,4%	25,0%	26,0%	27,8%	29,6%	27,4%
Total Masculino	32,0%	31,4%	32,2%	34,4%	35,4%	34,5%
Atencion Ambulatoria Femenino	39,0%	38,3%	39,3%	41,8%	42,0%	42,4%
Atencion Hospitalaria Femenino	24,8%	24,2%	25,2%	27,3%	29,4%	26,9%
Total Femenino	31,9%	31,3%	32,2%	34,8%	35,9%	35,0%
Total Ambulatoria	38,7%	38,1%	39,1%	41,4%	41,7%	42,0%
Total Hospitalaria	25,0%	24,5%	25,5%	27,5%	29,5%	27,2%
Total	31,9%	31,3%	32,2%	34,6%	35,7%	34,8%

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

Claramente los copagos se diferencian de manera significativa entre prestaciones ambulatorias, con un copago promedio que aumentó desde un 39% a un 42% por evento en ese nivel de atención, y las prestaciones hospitalarias, con un co-pago promedio que pasó desde un 25% a un 27% por evento. Evidentemente, son los copagos de las prestaciones ambulatorias los que más han crecido en el período, como porcentaje del gasto total.

Gráfico 6
Evolución del % Copagos por Prestación en Isapres por Nivel de Atención. 2001 a 2006



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Es importante notar que a partir de 2004, pero en particular en 2006, luego de alcanzar un máximo de 29,5% en 2005, se produce una disminución del copago hospitalario a 27,2%, que contrasta con la tendencia creciente del copago ambulatorio. Es probable que ello este reflejando algún impacto de las GES, que se ha concentrado en lo hospitalario, dado que es el copago más importante en términos absolutos y que mayor daño puede causar en las familias. De hecho el copago ambulatorio fue en promedio en diciembre de 2006 de \$4.997, mientras que el copago hospitalario promedio a la misma fecha fue de \$22.755, es decir, más de 4,5 veces mayor que el ambulatorio, pero esta relación ha caído notablemente (fue de 6 veces en

2005). De esta forma, y visto otros de nuestros estudios²³, aparentemente las Isapres han reformado su set de planes en oferta otorgando una mayor cobertura hospitalaria, disminuyendo de esta forma el copago total de sus beneficiarios.

Tabla 5
Evolución del monto de los copagos promedios y relación Hosp./Amb. (\$ junio de 2007)

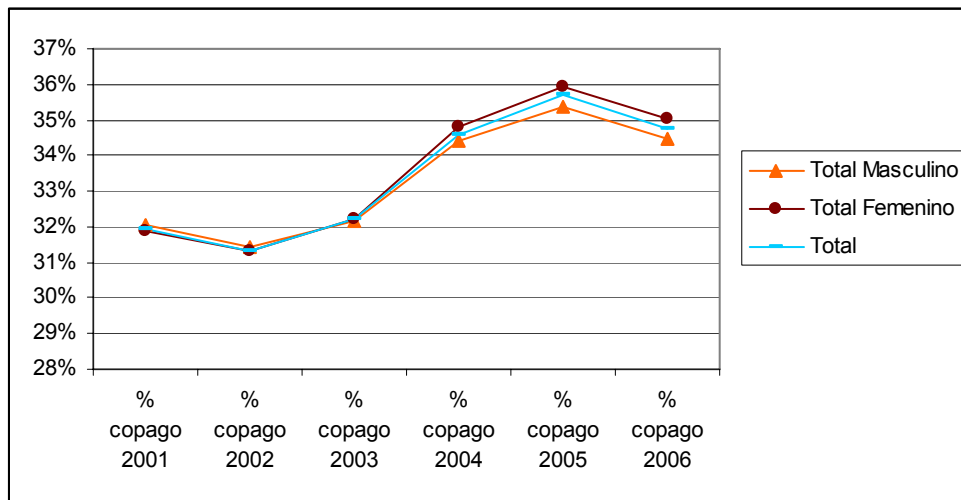
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Tipo Atencion						
Atencion Hospitalaria	16.893	20.986	23.689	25.131	24.458	22.755
Atencion Ambulatoria	4.367	4.374	4.687	4.992	4.054	4.997
Veces lo hospitalario de lo ambulatorio	3,87	4,80	5,05	5,03	6,03	4,55

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

b) Copagos según sexo y edad de los beneficiarios

Al analizar los co-pagos por sexo, se aprecia que las diferencias no son muy importantes, pero a partir de 2004 se perfila un poco mayor para las mujeres que para los hombres. Además los co-pagos, en mujeres, son levemente superiores en términos globales y absolutos (monto total), que en hombres.

Gráfico 7
Porcentaje de copagos en el sistema Isapre, según sexo, 2001 - 2006



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

c) Impacto GES en los Copagos

El copago en los problemas GES 25 alcanza, en promedio, un poco más del 9%. Incluso, cuando se consideran las prestaciones asociadas a la solución de los problemas GES, pero que no ingresan a dicho sistema de garantías (por estar fuera del protocolo), el copago no supera, en promedio, el 21%.

²³ Superintendencia de Salud, septiembre 2007, M. Sánchez, A. Muñoz.

Tabla 6
Co-pagos GES 25 y
Copagos GES 25 más copagos en prestaciones no contenidas en el Decreto

	GES 25		GES 25 y No GES 25
Total copagos	627.909.234	Total copagos	1.552.433.692
Total facturado	6.714.692.848	Total facturado	7.639.217.306
% de copago GES	9,4%	% de copago	20,3%

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud, Cifras calculadas para GES 25.

También hay un impacto en las coberturas de las GES-CAEC, medidas a un año plazo. En efecto, al comparar los co-pagos ocurridos con la existencia de las GES 25 y simular lo que hubiese ocurrido al existir sólo la CAEC, se aprecia un mejora de un 35% para los beneficiarios. No obstante, hay que tener en cuenta que la CAEC operaba con un deducible acumulable bi-anualmente, lo que en algunos casos esta ganancia para los usuarios se puede ver revertida. Es decir, aquellas personas que tienen un problema catastrófico de una duración de un año, tendrán una ganancia sustantiva con la existencia de las GES, pero aquellos que tengan un problema más prolongado pueden ver mermados sus beneficios. Sería interesante explorar el mejoramiento de la cobertura en este sentido²⁴.

Tabla 7
Cobertura GES 25 para casos catastróficos comparado con la CAEC (simulación)

	Total copagos	Copago medio	Desv. típ.
GES	990.242.342	1.765.138	442.373
CAEC	1.527.246.300	2.717.520	1.662.897
Ganancia	537.003.958	952.382	
Ganancia en %	35%	35%	

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud, 561 casos GES.

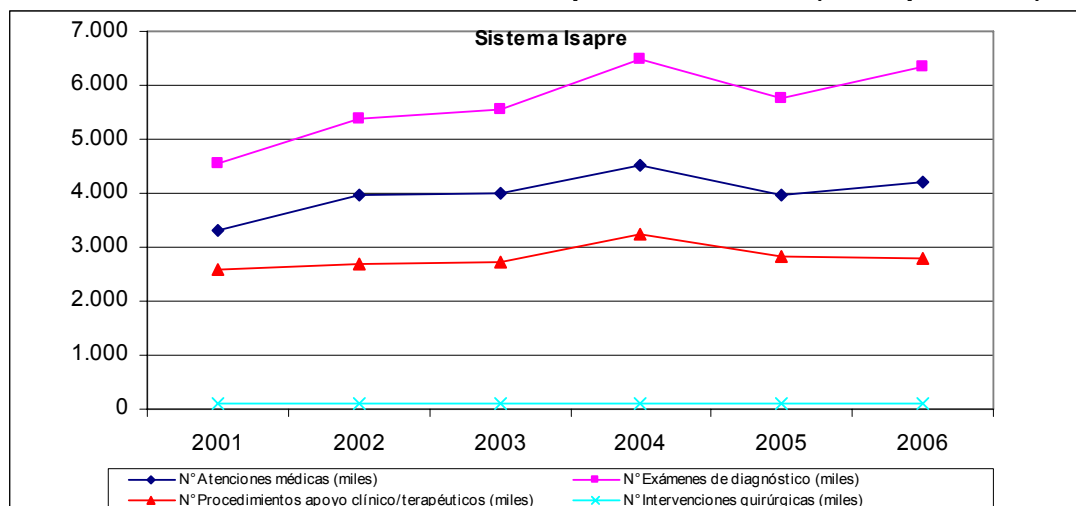
5.2 Evaluación del Acceso²⁵

En Isapres, las atenciones médicas y otras asociadas tuvieron un alto crecimiento hasta el año 2004, pero en el año 2005 presentan una disminución importante para recuperarse en el 2006 pero sin alcanzar el nivel del 2004. Por su parte, los egresos hospitalarios se comportan de manera más errática y se mantienen prácticamente en el mismo nivel entre los años 2004 y 2006.

²⁴ Cabe señalar que hay un efecto que no ha podido ser considerado, el deducible GES se acumula por grupo familiar y no por cada evento particular como era en la CAEC, esto indudablemente debe traer más beneficios para los usuarios, especialmente cuando los problemas incorporados en la GES alcancen los 56 problemas de salud.

²⁵ Ver informe completo de Superintendencia de Salud, 2007, X. Riesco y cols.

Gráfico 8
Evolución de las Prestaciones en Isapres 2001 – 2005 (tasas por 1.000)



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

La caída transitoria de la actividad ambulatoria en el 2005 puede deberse, entre otros, a un ajuste en el riesgo moral de la actividad ambulatoria, fenómeno demostrado en el sistema Isapre. Es probable que las GES y las demás reformas regulatorias al sistema hayan ayudado a dicha tendencia, disminuyendo el riesgo moral. No obstante, lo que cae notoriamente son las consultas médicas, pero la relación exámenes/consultas aumenta de modo significativo, lo que podría significar una disminución “poco sana” de la actividad o una mayor complejidad asociada a cada una de las consultas efectuadas, lo que debe ser revisado con mayor atención.

Tabla 8
Prestaciones Médicas Seleccionadas, Sistema Isapres 2001-2006

Variables seleccionadas	2001	2002	2003	2004	2005	2006
N° de isapres en operación	26	19	18	18	18	18
N° de prestaciones (en miles)						
N° Atenciones médicas	11.482	11.451	11.089	12.169	10.588	11.253
N° Exámenes de diagnóstico	15.758	15.549	15.363	17.397	15.438	17.028
N° Procedimientos apoyo clínico/terapéuticos	8.956	7.783	7.548	8.659	7.549	7.500
N° Intervenciones quirúrgicas	316	313	313	316	269	292
N° Otras prestaciones	2.729	2.542	2.362	2.286	1.991	2.631
Sin clasificar	2.887	1.998	1.583	1.768	1.659	2.831
Total prestaciones	42.127	39.635	38.258	42.595	37.494	41.535
Relación Exámenes/Consultas	1,37	1,36	1,39	1,43	1,46	1,51
Tasas de Prestaciones						
N° Prestaciones promedio por beneficiario	11,3	13,7	13,8	15,9	14,0	15,5
N° de prestaciones por c/1000 beneficiarios						
N° Atenciones médicas (miles)	3.321	3.969	3.995	4.532	3.960	4.192
N° Exámenes de diagnóstico (miles)	4.557	5.390	5.535	6.479	5.775	6.343
N° Procedimientos apoyo clínico/terapéuticos (miles)	2.590	2.698	2.719	3.225	2.824	2.794
N° Intervenciones quirúrgicas (miles)	91	108	113	118	101	109
N° Otras prestaciones (miles)	789	881	851	852	745	980
Sin clasificar (miles)		693	571	659	620	1.055
Total prestaciones (miles)	11.348	13.740	13.784	15.863	14.025	15.472
Egresos total	263.415	242.602	302.031	248.235	248.169	278.142
Población Isapre	2.940.795	2.828.228	2.729.088	2.678.432	2.660.338	2.684.554
Tasas de egresos	89,6	85,8	110,7	92,7	93,3	103,6

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

Nota: La población beneficiaria considerada corresponde a la de Diciembre de cada año.

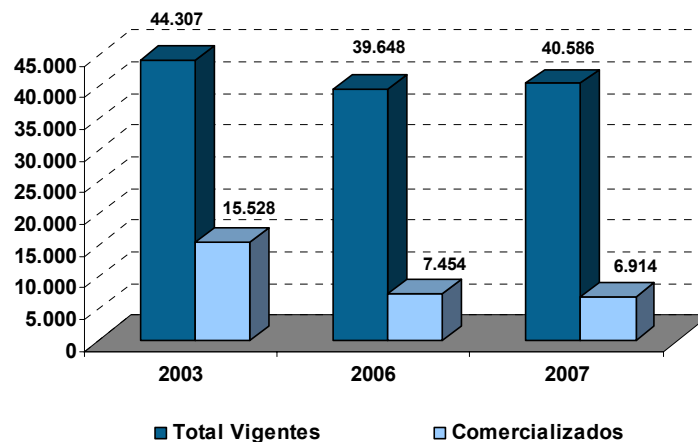
5.3 Evaluación de la Discriminación por Riesgos y Eficiencia del Sistema

a) Planes y Ges como cobertura mínima

Respecto a los planes, el objetivo de la reforma era reducir su número, promover su estandarización e incentivar la generación de planes que dieran cuenta de todo el ciclo de vida del individuo. Una forma de medir el logro de estos objetivos es el número de planes y sus tipos de cobertura.

Una evaluación actualizada, como muestra el gráfico 9, permite establecer que los planes han disminuido, especialmente aquellos en comercialización. De hecho entre el año base, 2003, y el 2007 bajaron en un 55%.

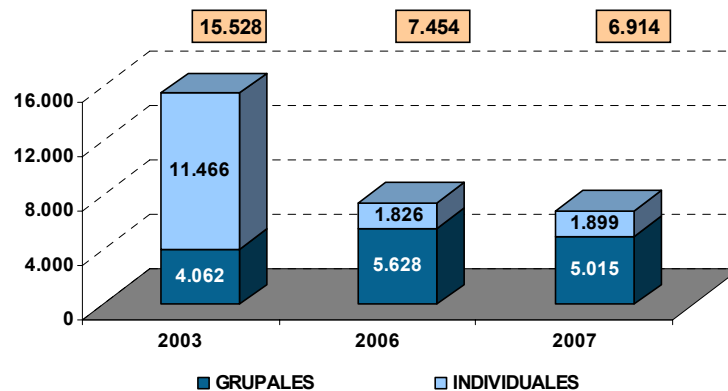
Gráfico 9
Evolución de la cantidad de planes de salud vigentes y en comercialización



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

Por otra parte, en los planes en comercialización ha aumentado significativamente la participación de los planes grupales y disminuido los planes individuales. Ambas tendencias son aspectos positivos para el sistema

Gráfico 10
Evolución de la cantidad de Planes de salud en comercialización según tipo



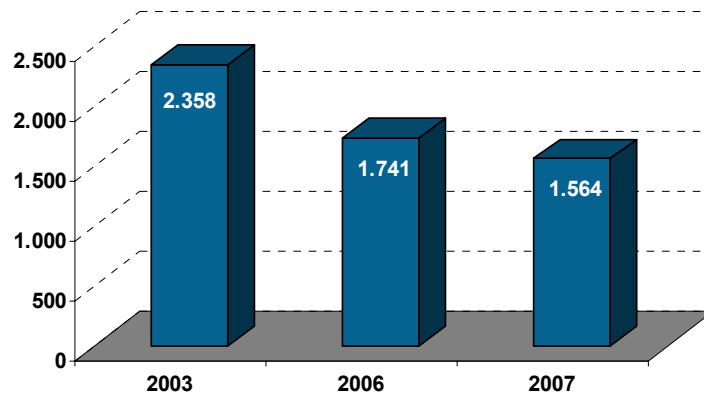
Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

b) Tabla de Factores

Una forma de medir la efectividad asociada a limitar tanto el número de tablas de factores de los planes en comercialización como su estructura y contenido, es observar la disminución de la cantidad de tablas de factores y los beneficiarios que se encuentran con tablas dentro de este contexto y aquellos en transición.

Como se señaló en el punto 4 de este informe, a Diciembre de 2003 existían 2.358 tablas de factores para los planes de salud vigentes y 489 tablas para los planes en comercialización.

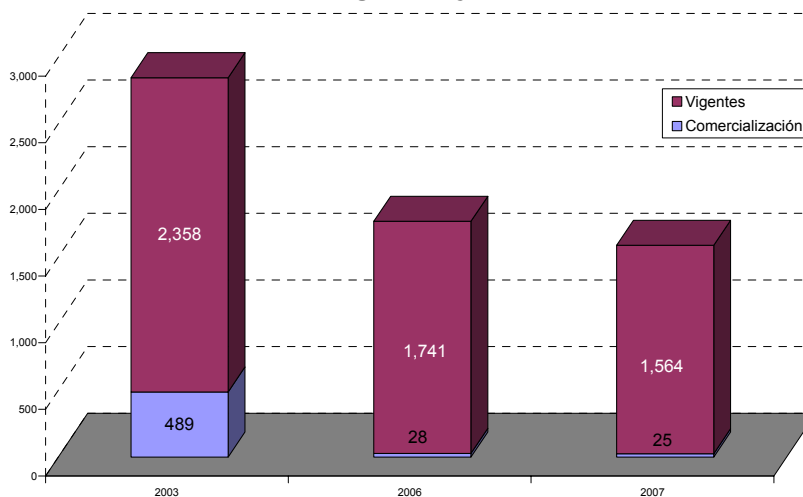
Gráfico 11
Evolución de las Tablas de Factores Vigentes



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

Con la incorporación de la nueva normativa, las tablas de factores vigentes han disminuido en un 34%, desde 2.358 en diciembre de 2003 a 1.564 tablas para los planes de salud informados en Enero de 2007. Pero el cambio más drástico se ha producido en las tablas de factores que se encuentran en comercialización, para igual período disminuyeron desde 489 a 25, es decir, en un 95%.

Gráfico 12
Tablas de Factores Vigentes y en Comercialización



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

c) Banda de Precios

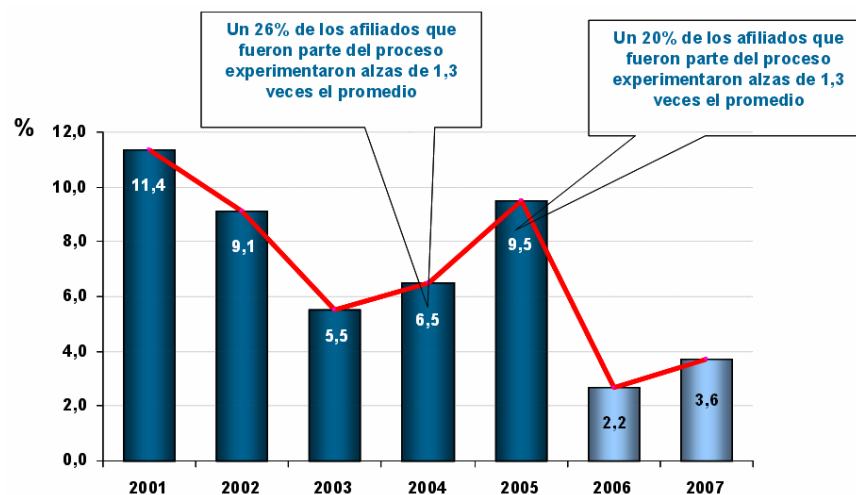
La evaluación de esta medida se realizará utilizando como Línea Basal la variación estimada de precios entre Diciembre de 2002 y Diciembre de 2003. Esta medida buscaba impedir el alza exagerada de precios de planes que se venía observando, por lo tanto, la forma de medir su efectividad es conociendo las alzas efectivas realizadas en los últimos años.

La nueva regulación en la materia, estableció que las isapres tenían libertad para establecer los precios de los planes y sus consiguientes variaciones reales, pero que estas últimas debían estar circunscritas a una banda con un límite superior de 1,3 veces el promedio de cada isapre y un límite inferior de 0,7 veces dicho promedio. Igualmente, estableció que las isapres estaban obligadas a informar a la Superintendencia, a más tardar, en marzo del año en curso de las variaciones a aplicar en el período comprendido entre julio de mismo año y junio del año siguiente.

En el período señalado en el párrafo anterior, un 37,8% de los cotizantes experimentaron alzas superiores al límite de 1,3 veces el promedio de cada isapre y que el alza promedio de los precios de los planes de dichos cotizantes ascendió a un 19,9% nominal²⁶.

Como se observa en el gráfico 13, para los períodos en los cuales la banda de precios se encuentre vigente, la variación promedio de precios es inferior a los años anteriores. Adicionalmente, a diferencia de los años precedentes, ningún cotizante experimentará alzas de precios superiores en 1,3 veces el promedio informado por las isapres.

Gráfico 13
Evolución de las Variaciones de Precios, Alzas de Precios Promedio Años 2001 al 2007



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

²⁶ La diferencia entre las alzas promedio de todos los cotizantes de la muestra y la de aquellos cuya alza es superior al límite da cuenta de la gran dispersión que presentan las alzas de precios al interior de cada isapre.

d) Impacto en la Cartera de Beneficiarios del Sistema Isapres

Durante el diseño de la reforma y su implementación se esperaba que, producto de las medidas tendientes a disminuir la discriminación, comenzara a aumentar la participación de mujeres y de adultos mayores.

La información monetaria, en esta parte, se presenta en términos reales en pesos de junio de 2007. Por otra parte, para aislar el posible efecto “crecimiento económico” en los cotizantes, que se puede reflejar en el aumento general de los salarios en el período, hemos ajustado los ingresos de los cotizantes con el índice general de remuneraciones del INE, entre diciembre de 2002 y diciembre de 2006 y entre diciembre de 2002 y junio de 2007

Cotizantes 2002 versus 2006

La información contenida en la Tabla 9, muestra que entre los años 2002 y 2006, en los cotizantes de isapre ha aumentado la participación de las personas con rentas superiores a \$600 mil mensuales, tanto para hombres como para mujeres.

Tabla 9
Cartera de Cotizantes en Isapres, según Nivel de Ingreso, 2002 versus 2006

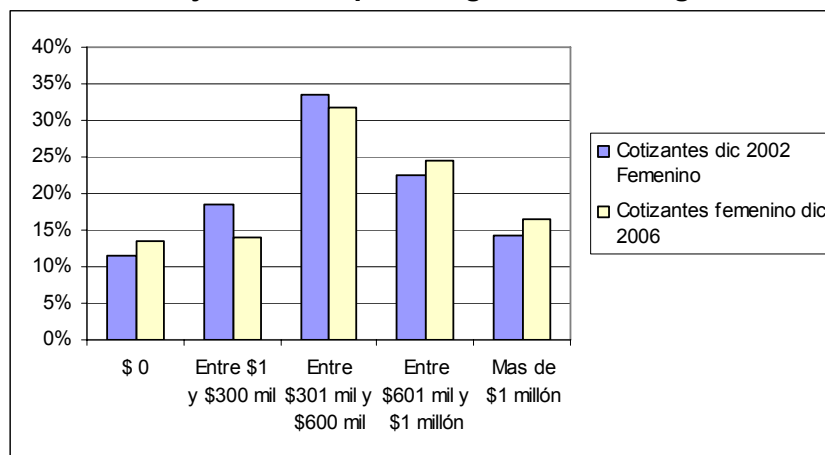
Tramos de renta declarada	Cotizantes	Cotizantes	Cotizantes	Cotizantes
	dic 2002 Femenino	dic 2002 masculino	femenino dic 2006	masculino dic 2006
\$ 0	11,4%	15,3%	13,4%	17,6%
Entre \$1 y \$300 mil	18,4%	17,1%	14,0%	14,5%
Entre \$301 mil y \$600 mil	33,5%	25,9%	31,7%	23,3%
Entre \$601 mil y \$1 millón	22,4%	18,1%	24,4%	18,8%
Mas de \$1 millón	14,3%	23,5%	16,5%	25,8%

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Nota: Las bases de datos registra de forma certera la cotización de las personas. La renta mantiene problemas de registros reflejados en las personas que aparecen con renta 0. Los cuadros dan cuenta de este problema, pero esas cifras no son consideradas para el análisis.

Este cambio es más importante en mujeres que ganan entre \$600 mil y \$1 millón (de 22,4% a 24,4%) que en hombres. A su vez, en este tramo las mujeres son más importantes porcentualmente que los hombres y llama la atención que por sobre un millón de pesos las mujeres son, proporcionalmente, bastante menos que los hombres, aunque aumentan entre 2002 y 2006 (14,3% a 16,5%)

Gráfico 14
Cartera de Cotizantes Mujeres en Isapres, según Nivel de Ingreso, 2002 versus 2006



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Nota: Las bases de datos registra de forma certera la cotización de las personas. La renta mantiene problemas de registros reflejados en las personas que aparecen con renta 0. Esas cifras no son consideradas para el análisis.

En la tabla 10 se puede colegir un aumento en la participación de los adultos mayores desde un 8% en el 2002 a un 10% en el 2006, marcado particularmente por un aumento en la participación de las mujeres en el total de cotizantes, que genera una mayor participación en 2 puntos porcentuales en los afiliados de ese grupo de edad y de 3 puntos en el caso femenino. Con todo, el sistema no llega a la participación nacional de adultos mayores (mayores de 60 años) estimada para el año 2005 en 12% (Celade, 2004).

Tabla 10
Distribuciones relevantes de los cotizantes comparación 2002 y 2006

	Año 2002			Año 2006		
	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total
Adultos mayores en el total	9%	9%	8%	12%	10%	10%
Distribución del Total por sexo	34%	66%	100%	35%	65%	100%
Distribución del Total adultos mayores por sexo	35%	65%	100%	37%	63%	100%

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

Al analizar la evolución en la participación relativa de los distintos grupos de cotizantes entre 2002 y 2006, se observa un aumento de las personas mayores de 60 años (19%), especialmente de las mujeres (27%). Para todos los grupos, el número de cargas promedio disminuye, excepto para las mujeres mayores de 60 años para quienes las cargas aumentaron en un 9%. Para todos los grupos la cotización pactada aumenta, siendo el aumento más relevante el de los mayores de 60 años (26%).

Tabla 11
Aumento/Disminución entre 2002 y 2006

Grupo de edad		Variaciones 2002 - 2006		
		Femenino	Masculino	Total
0 a 19 años	Cotizantes	26%	72%	58%
	Cargas promedio	15%	-9%	-4%
	Cot pactada promedio	8%	14%	12%
20 a 44 años	Cotizantes	-3%	-2%	-3%
	Cargas promedio	-16%	-27%	-25%
	Cot pactada promedio	19%	10%	13%
45 a 59 años	Cotizantes	9%	5%	6%
	Cargas promedio	-10%	-11%	-11%
	Cot pactada promedio	18%	20%	19%
60 años y mas	Cotizantes	27%	15%	19%
	Cargas promedio	9%	-4%	-6%
	Cot pactada promedio	24%	28%	26%
Total	Cotizantes	2%	2%	2%
	Cargas promedio	-15%	-20%	-19%
	Cot pactada promedio	20%	16%	18%

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

En resumen, entre los años 2002 y 2006, si bien se ha producido un aumento en la participación de los grupos de mayores ingresos y una disminución de las cargas, a la vez se ha generado una mayor participación de mujeres y adultos mayores en el sistema, aspecto deseado al iniciar los cambios regulatorios en el contexto de la reforma.

Análisis de Cotizantes que Salieron e Ingresaron al Sistema Isapres entre el 2002 – 2006 y 2007

Para el período en estudio, también realizamos un análisis respecto de las personas que ingresaron en 2006 y 2007 y aquellas que abandonaron el Sistema Isapre en 2002. En primer lugar, se obtiene que al sistema, proporcionalmente, ingresan más personas con rentas superiores a los \$600 mil y se retiraron en 2002 afiliados con rentas inferiores a esa renta. En el caso de las mujeres, a diferencia de los hombres, también ingresan fuertemente cotizantes con rentas entre los \$300 y \$600 mil, grupo en el que se produce el mayor movimiento y reemplazo

Tabla 12
Cotizantes que Salieron e Ingresaron al Sistema Isapres entre el 2002 – 2006 y 2007

	Salen		Entran		Entran		Total salen	Total entran	Total entran
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino			
	2002	2002	2006	2006	2007	2007	2002	2006	2007
\$ 0	20,1%	26,3%	18,6%	28,2%	18,3%	27,2%	24,3%	25,0%	24,1%
Entre \$1 y \$300 mil	26,2%	23,1%	20,2%	25,5%	20,3%	24,8%	24,2%	23,7%	23,3%
Entre \$301 mil y \$600 mil	33,2%	29,7%	33,7%	23,8%	33,7%	24,6%	30,8%	27,1%	27,7%
Entre \$601 mil y \$1 millón	14,1%	12,8%	18,3%	12,7%	18,6%	13,2%	13,2%	14,6%	15,0%
Mas de \$1 millón	6,3%	8,1%	9,2%	9,8%	9,1%	10,2%	7,5%	9,6%	9,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Nota: Las bases de datos registra de forma certera la cotización de las personas. La renta mantiene problemas de registros reflejados en las personas que aparecen con renta 0. Esas cifras no son consideradas para el análisis.

Por otra parte, los cotizantes que salieron del sistema tenían una mayor cantidad de cargas que aquellos que ingresaron.

Respecto a las mujeres, las que ingresan en 2006 y 2007, presentan una mayor participación en el tramo de edad fértil y entran, en términos relativos, en todos los grupos de edad, a

diferencia de los hombres que lo hacen principalmente entre los 20 y 44 años de edad. El hecho que estén ingresando en mayor proporción este tipo de cotizantes femeninos, es un cambio de tendencia, que puede estar explicado por distintas razones, como el aumento de la fuerza laboral femenina y de sus salarios reales, pero no se debe menospreciar los posibles efectos de la regulación introducida con la reforma, por ejemplo, la disposición que permitió a las cargas pasar a ser cotizantes, sin una nueva declaración de salud en su isapre de origen.

En el caso de los adultos mayores, cabe agregar que tanto para aquellos que entran como los que salen, presentan cotizaciones pactadas superiores casi en un 50% a sus respectivos grupos de referencia.

En la Tabla 13, se observa que ingresan pocas personas adultas mayores en 2006 (1%) pero que entran proporcionalmente levemente más mujeres de las que salen, (34% versus 33%) especialmente cuando son adultos mayores (63% versus 31%). En efecto, aun cuando ingresan pocos adultos mayores lo hacen más mujeres (63%) que hombres (37%), tanto es así que este es el único rango de edad donde la proporción de los que entran se invierte a favor del sexo femenino.

Tabla 13
Distribuciones de los Cotizantes que Entran y Salen del Sistema Isapre, 2002 y 2006

	Salen			Entran		
	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total
Adultos Mayores en el Total						
por sexo	8%	9%	9%	3%	1%	1%
Distribución del total por						
sexo	33%	67%	100%	34%	66%	100%
Distribución de los Adultos						
Mayores por Sexo	31%	69%	100%	63%	37%	100%

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

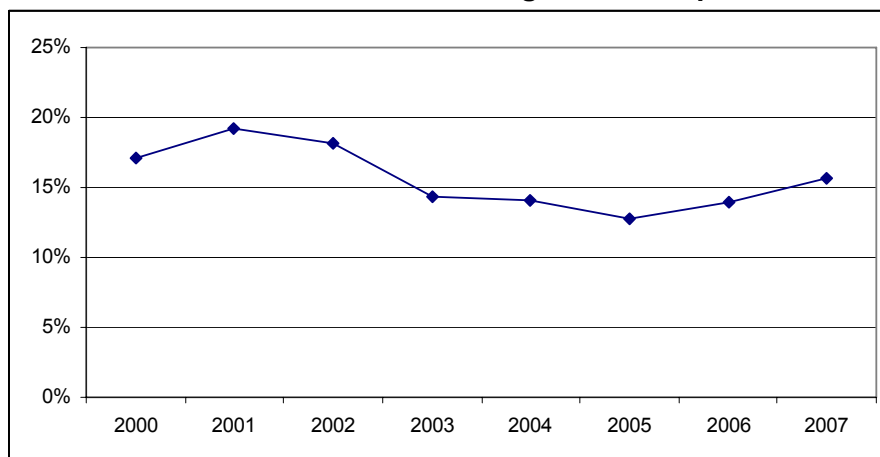
En resumen, para el período y carteras en análisis comprendido por los cotizantes que salían del sistema en el año 2002, y los que entraron en los años 2006 y 2007, aumentó la participación de cotizantes mujeres y los adultos mayores. En otras palabras, la implementación de las distintas regulaciones contempladas en la reforma del sistema de salud y, en particular, de las isapres ha logrado disminuir la discriminación en contra de estos grupos etarios, aumentando en términos relativos su participación.

Evolución de los Riesgos en el Sistema Isapre

En ocasiones anteriores hemos desarrollado un indicador global de los riesgos del sistema y entre las Isapres. Este indicador consiste en evaluar los riesgos desde el año 2001 en adelante (a diciembre de cada año) con los costos esperados del sistema basados en la construcción de un ajuste de riesgos por sexo y edad como ajustadores y para la totalidad de los gastos en prestaciones del sistema.

Al hacer este ejercicio es posible obtener el riesgo medio de la cartera y el riesgo de cada una de las Isapres. Luego evaluamos las desviaciones entre ellos, esperando que este indicador evolucione disminuyendo en la medida que efectivamente se hagan más homogéneas las carteras entre las Isapres en su composición de riesgos. A continuación se presenta el indicador que sintetiza esta evaluación actualizado a Junio de 2007.

Gráfico 15
Desviación estándar del índice de riesgo de las Isapres, 2001-2007



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

La tendencia observada, en el riesgo entre Isapres, no se vio confirmada en los últimos períodos, aumentando la variabilidad en el primer semestre de 2007. No obstante, lo que ocurre es que en su conjunto la cartera del sistema crece menos en riesgos pero éste no está distribuido de manera homogénea entre las Isapres. Por ejemplo, en 2007 hay una Isapre pequeña (Fusat) que ha acumulado mayores riesgos (39% por sobre el promedio) y afecta desproporcionadamente el indicador de desviación del conjunto de ellas.

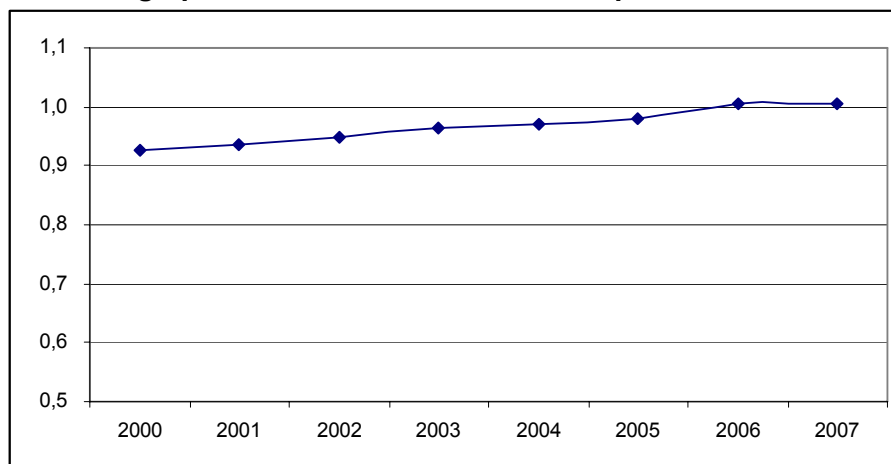
Tabla 14
Índice de riesgo según costos esperados isapres abiertas según sexo y edad, 2000-2007

Institución	Años							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Colmena	1,04	1,04	1,04	1,04	1,04	1,03	1,04	1,04
Normédica	0,86	0,86	0,88	0,87	0,86	0,87	0,87	0,85
ING	0,95	0,95	0,94	0,95	0,96	0,97	0,98	0,99
VidaTres	1,00	1,04	1,05	1,06	1,07	1,08	1,09	1,10
MasVida	0,91	0,91	0,90	0,90	0,91	0,90	0,88	0,88
Banmédica	1,02	1,04	1,04	1,03	1,00	0,99	0,99	1,00
Sfera	0,79	0,80	0,80	0,79	0,80	0,82	0,83	
Consalud	1,01	1,01	1,02	1,03	1,02	1,03	1,02	1,00
Fusat	1,12	1,11	1,15	1,18	1,20	1,23	1,31	1,39
Ferrosalud	1,42	1,50	1,45	1,27	1,25	1,16	1,06	1,04
Sistema Isapre	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Desviación estándar Isapre	17,17%	19,24%	18,09%	14,28%	14,04%	12,76%	13,91%	15,63%

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Existe un crecimiento natural del riesgo que tienen que ver con el ingreso de población de mayor edad que hemos venido observando y más en el largo plazo con el envejecimiento de la población, es por ello que evaluando un indicador de la cartera en su conjunto tenemos una evolución creciente, como muestra el gráfico 16.

Gráfico 16
Riesgo promedio de toda la cartera Isapres 2000 - 2007



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

El crecimiento del nivel de riesgo de la cartera en su conjunto, oscila entre 0,97% y 1,37% entre los años 2000 y 2005. En 2006 el crecimiento es de 2,32% el más importante del período. No obstante, el crecimiento del riesgo cambia de tendencia en 2007 disminuyendo a 0,21%, el más bajo de todo el período.

Finalmente, la tabla 15 muestra el riesgo de las Isapres abiertas en el contexto del riesgo general del sistema de seguridad social de salud, es decir, considerando a los cotizantes del Fonasa²⁷. De esta forma, se observa que la diferencia de riesgo es alta (más del doble), probablemente provocado por la fuerte participación de adultos mayores en Fonasa (grupo B, formado principalmente por pensionados). No obstante, en el período en análisis, dada la información disponible de los cotizantes, la brecha de riesgo entre las Isapres y el Fonasa presenta una disminución.

Tabla 15
Índice de riesgo según costos esperados Isapres Abiertas y Fonasa según sexo y edad, 2003-2006

Institución	2003	2004	2005	2006
Colmena	0,644	0,645	0,644	0,642
Normédica	0,540	0,538	0,544	0,537
ING	0,587	0,600	0,602	0,607
VidaTres	0,655	0,662	0,671	0,675
MasVida	0,556	0,563	0,561	0,544
Banmédica	0,636	0,623	0,619	0,610
Sfera	0,487	0,498	0,513	0,510
Consalud	0,635	0,637	0,640	0,629
Fusat	0,731	0,747	0,769	0,811
Ferrosalud	0,785	0,779	0,725	0,656
Sistema Isapre	0,620	0,622	0,623	0,618
FONASA	1,289	1,270	1,247	1,224
Brecha de Riesgo Fonasa Isapre	108,0%	104,3%	100,3%	98,1%

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

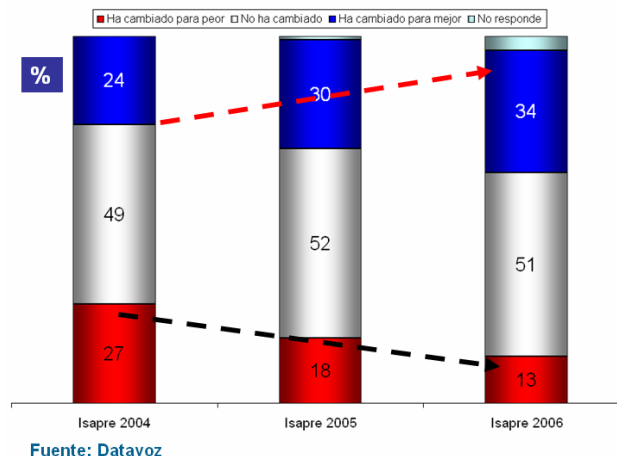
²⁷ En este ejercicio, los cotizantes del Fonasa se han incorporado al ajuste de riesgos con costos esperados del sistema isapre, dado que no es posible calcularlos para Fonasa por falta de información.

Conclusión

Se dispone de un informe que, en primer lugar, propone un modelo para evaluar la reforma de salud en el logro de sus objetivos, particularmente en aquellos componentes considerados esenciales de monitorear en su impacto con relación a los beneficiarios de isapres. En segundo lugar, establece un diseño metodológico para definir las líneas basales asociadas a los componentes de protección financiera, acceso y discriminación de riesgos y eficiencia del sistema. En tercer lugar, se definen las líneas basales de los principales aspectos del componente discriminación de riesgos y eficiencia del sistema, considerado especialmente relevante en lo comprometido con el MINSAL y SEGPRES, evaluar impacto de la reforma en los beneficiarios de isapres. Finalmente, con relación a los principales resultados de la evaluación del impacto de la reforma en los beneficiarios de isapres se destaca:

- Una disminución de las brechas de gasto entre los beneficiarios del Fonasa y las Isapres en un 7,4% entre el 2003 y el 2005.
- Los copagos de los beneficiarios de isapres disminuyen entre el 2005 y el 2006 tanto para hombres como para mujeres a pesar de que para ese período aumentan las tasas de uso de las prestaciones.
- Entre el 2003 y el 2007, disminuyen en un 55% los planes en comercialización y, especialmente, los individuales en un 83%, dentro de los planes en comercialización aquellos con cobertura reducida de parto caen en un 95%. Las tablas de factores de los planes en comercialización bajan en un 95% y los aumentos de los precios de los planes de los últimos dos años son casi un tercio de las experimentadas en los primeros cinco años de la década.
- Lo anteriormente señalado, ha colaborado en aumentar la participación de las mujeres y los adultos mayores y en disminuir, leve pero sostenidamente, la brecha de riesgo por edad y sexo entre las familias de los cotizantes del Fonasa y las Isapres.

En este contexto, los estudios de opinión muestran un aumento creciente y persistente de los beneficiarios de isapres que evalúan positivamente los cambios implementados en el sistema de salud.



Finalmente, en el entendido que los resultados de la evaluación indican, por una parte, que a la fecha la implementación de la reforma se orienta en la dirección deseada y, por otra parte, que se ha iniciado un proceso para aumentar la transparencia y comparabilidad de los planes, se propone esperar los resultados de evaluaciones posteriores para sugerir modificaciones legales que permitan corregir o profundizar los resultados de la reforma en el sistema isapre.

Referencias

Cid C, Riesco X, Muñoz A, Inostroza M (2005). "Monitoreo y Seguimiento de la Reforma: Determinación de la Línea Basal de Protección Financiera". Departamento de Estudios y Desarrollo. Superintendencia de Salud.

Cid C. (2005). "Diagnoses-Based Risk Adjustment Model for Improving Solidarity and Efficiency: First Proposal for Chilean Health Care System and Comparison with the Demographic Model". Draft paper para obtener grado PhD en Economía de la Salud. Department of Economics, Institute for Health Care Management, University of Duisburg-Essen. Essen.

Christopher J.L. Murray, Ke Xu, Jan Klavus, Kei Kawabata, Piya Hanvoravongchai, Riadh Zeramdini, Ana Mylena Aguilar-Rivera, David B. Evans (?). "Assessing The Distribution of Household Financial Contributions to the Health System: Concepts and Empirical Application".

Hernández S., Sandoval H., Delgado I. (2005) "Las diferencias entre lo público y lo privado" en "En la perspectiva de la equidad. Determinantes sociales de la salud en Chile". Jadue L., Marín F. (editoras), pags. 21-28, Octubre 2005.

Guzmán J. M. CELADE-División de Población CEPAL, Naciones Unidas (2004). Proyecciones y desafíos del envejecimiento en Chile. Presentación y datos.

Holst Jens (2002). "El Sistema previsional de salud: Problemas de equidad y selección intermedia de riesgos". Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), Proyecto sectorial.

Iniciativa Reforma Sector Salud. LACASS (1999). "Línea Basal para el Seguimiento y la Evaluación de las Reformas del Sector Salud en América Latina" Ediciones Especiales N°2.

Ke Hu, David B Evans, Kei Kawabata, Riadh Zeramdini, Jan Klavus, Christofer J L Murray (2003). "Household catastrophic health expenditures: a multicountry analysis". The Lancet, Vol 362, July 12, 2003.

Koolman X. and van Doorslaer E. (2003). "On the interpretation of a concentration index of inequality". Department of Health Policy & Management, Erasmus University. Rotterdam, The Netherlands.

M. Whitehead (1991) " Los Conceptos y Principios de la Equidad en salud" OMS-OPS, Serie Reprints N°9, Washington DC, 1991

Ministerio de Planificación y Cooperación (2000). "Impacto Distributivo del Gasto Social 2000. Informe Ejecutivo". Mideplan, Julio de 2001. Disponible en www.mideplan.cl.

Ministerio de Planificación y Cooperación (2004). "CASEN 2003. Principales Resultados Salud". Disponible en www.mideplan.cl

Ministerio de Salud (1999). "Una Contribución al Fortalecimiento del Sector Salud Chileno. Informe de Evaluación Proyectos Minsal-Banco Mundial". Unidad Coordinadora de Proyectos Minsal-Banco Mundial, Agosto, 1999.

Ministerio de Salud. Unidad de Economía de la Salud (2004). Informe sobre Equidad en Salud. M. Matus. Borrador, Diciembre de 2004.

Ministerio de Salud – OPS (2007). “Primer Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud. Informe de Resultados Módulos “F” y “G” Gasto de Bolsillo en Salud”.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). “Financiamiento de los sistemas de salud y el análisis del impacto del gasto de bolsillo en los hogares”. Departamento del Financiamiento de los Sistemas de Salud. Presentación de Ana Mylena Aguilar-Rivera, Agosto de 2005.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1998). “La Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los Procesos de Reforma del Sector Salud”. OPS-OMS, Junio 1998.

OMS (2005). Comisión de Determinantes de la Salud

Rawls John (1971). “Teoría de la Justicia”. Fondo de Cultura Económica, México, 1978.

Riesco X. con colaboración de Marcoleta B. (2005) “Evaluación del Financiamiento y Gestión de los Flujos Financieros en APS en Chile”. Departamento de Economía de la Salud. División de Planificación Sanitaria-MINSAL.

Sapelli C., Vial B. (1998). “Utilización de Prestaciones de Salud en Chile: ¿Es Diferente entre Grupos de ingreso? Cuadernos de Economía Universidad Católica de Chile. Año 35, N°106, pp. 343-382. Diciembre de 1998.

Superintendencia de Isapres (2004). “Propuesta Evaluación de la Reforma”. Preparado por J. Labbé y M. Concha. Departamento de Estudios, Agosto de 2004.

Superintendencia de Salud (2005). “Análisis General de los Egresos Hospitalarios Año 2004”. Preparado por R. Tegtmeier. Departamento de Estudios y Desarrollo, Septiembre de 2005.

Superintendencia de Salud (2005). “Evaluación de la Reforma Segunda Parte: Determinación de Líneas Basales”. Preparado por C. Cid, E. Salazar. Departamento de Estudios y Desarrollo, Septiembre de 2005.

Superintendencia de Salud (2005). “Ranking de Salud Regional Chile 2005”. Documento de Trabajo preparado por P. Olivares. Departamento de Estudios y Desarrollo, Junio 2005.

Superintendencia de Salud (2005). “Calidad de Vida Relacionada a la Salud en Beneficiarios de Isapres. Validez del cuestionario EQ-5D”. Documento de Trabajo preparado por P. Olivares. Departamento de Estudios y Desarrollo, Junio 2005.

Superintendencia de Salud (2005). “Perfil del Estado de Salud de Beneficiarios de Isapres”. Departamento de Estudios y Desarrollo. Superintendencia de Salud por P. Olivares.

Superintendencia de Salud (2005). “Determinación de Líneas Basales para el Monitoreo y Seguimiento de la Reforma”. Departamento de Estudios y Desarrollo. Superintendencia de Salud por C. Cid

Superintendencia de Salud (2006). "Calidad de Vida Relacionada a la Salud en Población General. Chile 2005". Preparado por P. Olivares. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

Superintendencia de Salud. "Monitoreo y Seguimiento de la Reforma: Determinación de la Línea basal de Protección financiera". Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud, por C. Cid, X. Riesco, A. Muñoz, R Tegtmeier, M Inostroza.

Superintendencia de Salud (2007). "Acceso e Impacto de las GES en su primer año de Implementación". Documento de Trabajo. Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud por X. Riesco, C. Cid, A. Muñoz.

Superintendencia de Salud. "Evaluación de la Reforma en el Sistema Isapre, Diseño Metodológico y Definición de Líneas Basales Críticas", Documento de Trabajo, Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud por M. Sánchez, C. Cid, A. Muñoz.

Superintendencia de Salud. "Planes de Salud, Análisis a Enero de 2006", Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud por M. Sánchez.

The World Bank. Latin America and the Caribbean Region (2005). "Beyond Survival. Protecting Households From the Impoverishing Effects of Health Shocks. Regional Study". Preliminary Draft June 14, 2005.

Wagstaff Adam, van Doorslaer Eddy (1992). "Equity in the Finance of health care: Some international comparisons". Journal of Health Economics 11 (1992) 361-387. North Holland.

Wagstaff A., van Doorslaer E. (1996). "Progressivity, horizontal equity and reranking in health care finance: a decomposition analysis for the Netherlands". Journal of Health Economics 16 (1997) 499-516.

Wagstaff Adam, van Doorslaer Eddy (2000). "Equity in Health Care Finance and Delivery". En Handbook of Health Economics, Volume 1, Edited by A. J. Culyer and J. P. Newhouse.

Wagstaff Adam (2001). "Measuring Equity in Health Care Financing: Reflections on and Alternatives to the World Health Organization's Fairness of Financing Index". Development Research Group and Human Development Network. World Bank.

Wagstaff A. and van Doorslaer E. (2002). "Overall vs. Socioeconomic Health Inequality: A Measurement Framework and Two Empirical Illustrations"

Whitehead M. (1991) "Los Conceptos y Principios de la Equidad en Salud" OMS-OPS, Serie Reprints N°9, Washington DC, 1991

WHO (1986). Social Justice and Equity in Health. Report on a WHO Meeting. Copenhagen Oficina Regional de la OMS para Europa