



Evaluación de la Reforma de Salud en el Sistema Isapres y su Impacto en los Beneficiarios: Informe Final 2008

Departamento de Estudios y Desarrollo

Diciembre 2008

Este informe hace parte de 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 misma durante el año 2008.

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. Este trabajo se realiza 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.

El documento se centra en los posibles efectos de los cambios normativos propuestos por la reforma, que en su conjunto forman un paquete de regulaciones destinados a disminuir la discriminación por riesgos, sobre todo contra adultos mayores y mujeres y el fomento de la protección financiera para el acceso a la atención de salud. Preocupación central tiene el efecto de las regulaciones, como el Fondo de Compensación Solidario entre Isapres Abiertas, la banda de precios para el alza de las primas base y las tablas de factores, en la movilidad de los cotizantes.

1. Antecedentes

La Reforma ha definido estrategias y acciones materializadas en cinco leyes promulgadas entre los años 2003 y 2005¹. La Ley N° 19.895, de 2003, conocida como la “Ley Corta de Isapres”, 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. La Ley N° 19.966, de 2004, conocida como la “Ley del Auge”, en lo principal, establece un plan de

¹ Ley 19.966, Ley 19.937, Ley 19.888, Ley 19.895, Ley 20.015

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. La Ley N° 20.015, de 2005, conocida como la “Ley Larga de Isapres”, 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. Para ser más precisos en el mundo Isapre, la reforma introdujo los siguientes cambios:

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.

De esta forma 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 y favorecer la movilidad de los cotizantes para mejorar la competencia. 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.

El objetivo de una política de monitoreo y seguimiento de la reforma es 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. Consiste en describir y analizar los procesos asociados, teniendo en cuenta las distintas fases de avance y los actores involucrados. 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 también a disponer de un modelo de evaluación de la Reforma de Salud en los aspectos ya señalados, desde una perspectiva cuantitativa y cualitativa.

Cabe señalar que el análisis específico de las GES y su otorgamiento, no es parte directa de este informe sino de un informe aparte que integra también el proyecto de evaluación de la reforma (Riesco et. al., 2007)

En lo que sigue de este documento en el punto 2 se presentan los objetivos de la evaluación de 2008. En el punto tres un marco de referencia respecto de la metodología general para luego desde el punto 4 al 6 describir los resultados principales organizados en tres áreas: Tendencias de la discriminación por riesgos, gasto de bolsillo en salud y copagos en Isapres y evaluación de la calidad percibida y la satisfacción de los usuarios. En el punto 7 se entregan las conclusiones y recomendaciones. Este es el cuarto y último informe del año 2008, y se desarrollan la totalidad de los temas y metodologías que se han propuesto en ocasiones anteriores.

2.- Objetivos del Informe

El objetivo de este trabajo es medir, a través de un modelo definido, si la Reforma de Salud ha contribuido a disminuir la discriminación por riesgos, especialmente dirigida contra las mujeres y los adultos mayores en el Sistema Isapre, si ha permitido un mejor acceso mediante la disminución de la carga financiera de los cotizantes y beneficiarios y si ha facilitado consecuentemente la movilidad de los cotizantes. Para esto se han definido los siguientes objetivos específicos:

1. Comparar las características centrales de los cotizantes que había al momento previo a la reforma (tomando Diciembre de 2004 como línea basal) y las características actuales (Junio de 2008), para conocer los cambios ocurridos.
2. Comparar las características principales de los cotizantes que han salido del sistema durante el período de reforma y aquellos que han ingresado al sistema, con el fin de medir las tendencias centrales del reemplazo. Si el punto anterior representa una mirada estática del “stock” de cotizantes, esta mirada pretende ser una mirada a la dinámica o el “flujo” de los mismos.
3. Comparar las características principales de los cotizantes que están ingresando al sistema privado, con la reforma en plena operación, respecto de las características de los beneficiarios en su conjunto para evaluar la efectividad de las regulaciones introducidas al sistema con la reforma.
 - a. Conocer qué tipo de coberturas tienen las personas que están ingresando al sistema, así como, otras características relevantes como el precio del plan, la cobertura de carátula de los mismos, las tablas de factores contratadas, el nivel de bonificaciones, etc. y ver las diferencias en las coberturas efectivas en prestaciones o grupos de prestaciones de mayor frecuencia. Es decir, analizar si el aumento de cobertura se produce con caída de beneficios o viceversa.

- b. Evaluar si la protección financiera de los beneficiarios que ingresan en 2007, es mayor o menor (o igual) a la de los cotizantes que permanecen en el sistema. Para ello se considera el gasto en co-pagos y primas generales pagadas, es decir, el impacto monetario completo de la salud sobre los hogares de cotizantes
4. Medir la evolución de la cobertura financiera general del sistema isapre, el impacto del aumento de precios base de los planes complementarios y el de la comercialización de las tablas de factores reguladas por ley, para monitorear el grado de discriminación existente y los efectos de las regulaciones introducidas por la reforma.
5. Conocer el grado de satisfacción de los usuarios con su sistema de salud, fijando una línea base de esta medición.

3.- Metodología

La metodología es descriptiva basada en las bases de datos existentes en la Superintendencia de Salud, principalmente el archivo maestro de prestaciones, el archivo maestro de planes y el archivo maestro de tablas de factores.

3.1 Para evaluar la evolución de la discriminación por riesgos y movilidad

Durante el diseño de la reforma y su implementación se esperaba que, producto de las medidas tendientes a disminuir la discriminación por riesgos, comenzara a aumentar la participación de mujeres y de adultos mayores en los cotizantes y beneficiarios del sistema. Para analizar el impacto en la cartera de afiliados a Isapres e inferir los efectos de los cambios legales, se comparan las características principales de los cotizantes del sistema Isapres de Junio del año 2008, respecto de diciembre del año 2004. Además, se comparan los cotizantes que se retiraban del sistema entre el año 2004 y Junio de 2008 con los que ingresaron en dicho período. Las características a comparar son el sexo y la edad, la distribución de la renta declarada, la distribución de las cotizaciones pactadas y de las cargas. Esta última es una variable relevante, o de ajuste, para el análisis de las variables asociadas a ingresos y cotizaciones.

Además, es posible comparar la tendencia con comparaciones anteriores, como por ejemplo la última de ellas que fue hecha a Diciembre de 2007

Finalmente, se analiza si las tablas de factores que actualmente comercializan las isapres describen mejor los perfiles de gastos de las carteras que las antiguas, a través del cálculo de los errores cuadráticos medio de las tablas respecto de los gastos observados principalmente en 2004 (antes de la reforma) y actuales (a 2008)

Primas, coberturas y protección financiera en cotizantes nuevos

Se trabajó con las bases de datos de los cotizantes que ingresan al sistema y con la base de datos de todos los que forman parte del sistema, en sus componentes de cotizantes (archivo maestro de cotizantes), de prestaciones (nuevo archivo maestro de prestaciones) y planes (archivo maestro de planes).

En primer lugar, se han separado los cotizantes que ingresaron y luego permanecieron en el sistema Isapre durante el año 2007. Estos suman más de 266 mil personas beneficiarios, cargas y cotizantes, y más de 180 mil cotizantes. No obstante lo anterior, para efectos del

análisis más detallado de las coberturas financieras, se han seleccionado los cotizantes de 6 Isapres abiertas, que son las que presentan información más consistente, dado que esta información se encuentra en proceso de validación en la Superintendencia de Salud.

A partir de la muestra de isapres, se establecen las coberturas financieras y co-pagos para los cotizantes, calculando un promedio general y un promedio por cada Isapre. Luego se comparan las coberturas financieras y los co-pagos de los cotizantes que ingresaron, con los del sistema en su conjunto, el año 2007. Luego, se comparan las primas promedio pagadas por los cotizantes que ingresan con las del conjunto de los cotizantes del sistema, para inferir, en conjunto con lo anterior, el impacto global en el gasto total de bolsillo en salud de los beneficiarios, considerando que este se compone de la prima (cotización pactada) más el co-pago en prestaciones. Finalmente, se comprueban las coberturas de las carátulas de los planes de ambos grupos.

3.2 Gasto de bolsillo y la evolución de los co-pagos en Isapres: 2001-2008

En primer término, se evalúan los copagos promedio por prestaciones de todo el sistema para niveles ambulatorio y hospitalarios y luego por sexo y edad para buscar la evolución desde el año 2001 a Junio de 2008 de las diferencias encontradas originalmente en copagos por nivel de atención y copagos de mujeres, niños y adultos mayores, en particular deteniéndonos mayormente en los adultos mayores de ambos sexos.

Posteriormente se analizan las alzas de precios y sus efectos en los grupos vulnerables ya señalados, diferenciando las alzas según sexo y edad de los beneficiarios.

3.3 Evaluación Cualitativa de la Calidad: Percepción y satisfacción

También se incorpora la evaluación y seguimiento de la percepción de las personas que están en el sistema acerca del mismo. Ello como una manera indirecta de monitorear la calidad. En particular en una perspectiva de seguimiento, se propone evaluar los siguientes aspectos:

- Evolución de la evaluación subjetiva del sistema de salud
- Para evaluar por primera vez y sentar un parámetro base, se propone analizar los siguientes aspectos:
- Evolución de la percepción acerca de la transparencia de la información relevante en el sistema.
 - Actitudes de los afiliados frente al sistema de salud
 - Decisiones familiares en materia de salud

4.- Tendencias de la discriminación por riesgos 2004 - 2008

4.1 Cotizantes 2004 versus cotizantes 2008

Mujeres e ingresos

La información contenida en la Tabla 1, muestra que entre los años 2004 y 2008 (Diciembre y Junio, respectivamente) entre los cotizantes del sistema isapre ha aumentado la participación porcentual de las personas con rentas superiores a \$600 mil mensuales, sobre todo personas con ingresos mayores a un millón de pesos, tanto para hombres como para mujeres y a su vez, ha disminuido la participación en el sistema de cotizantes de menores ingresos. Este es un dato que se ha venido observando desde hace algún tiempo y ha sido progresivo y continuado. Hay que tener en cuenta que el aumento nominal de remuneraciones a nivel del país ha sido de un 26,1% y de un 5,5% en términos reales (Cálculos desde INE, 2008) para el período en cuestión, lo que sostiene en gran parte este cambio de ingresos en el sistema isapre.

Tabla 1: Cotizantes por sexo, por tramo de Ingreso, 2004 versus 2008 en porcentaje

Tramo de ingreso	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
	12/2004	12/2004	6/2008	6/2008
Sin información	10,8%	14,5%	12,1%	16,4%
0 a \$300 mil	17,6%	17,6%	9,7%	10,2%
> \$300 mil a \$600 mil	34,5%	25,4%	26,2%	21,3%
> \$600 mil a \$1 millón	22,9%	18,5%	27,1%	19,3%
> \$1 millón	14,2%	23,9%	24,9%	32,8%
Total	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. Los cuadros dan cuenta de este problema, pero esas cifras no son consideradas para el análisis.

El cambio más importante se produce en mujeres cotizantes que ganan más de \$1 millón, que pasan de una participación de 14,2% en 2004 a un 23,9% en el 2008, es decir, aumentan en un 97% lo que en términos absolutos significaron casi 59 mil mujeres. El aumento de las mujeres también es importante en el tramo inmediatamente anterior, 34%, siendo que las mujeres cotizantes aumentaron en un 13% en todo el período. Desde este tramo hacia abajo disminuye la participación de cotizantes mujeres. La mayor disminución de cotizantes mujeres se da en el tramo de cotizantes que ganan menos de 300 mil pesos, con un 38%.

Por sobre los \$300 mil y hasta \$1 millón de ingresos mensuales, las mujeres son más importantes porcentualmente que los hombres. Por sobre un millón de pesos las mujeres son, proporcionalmente, menos que los hombres, a pesar del aumento relevante ya señalado y la brecha se ha ido haciendo menor aún cuando sigue siendo relevante.

El cambio de los cotizantes en números absolutos, según sexo, entre los tramos de ingresos de los años escogidos puede verse en la siguiente tabla:

Tabla 2: Cotizantes por sexo, según tramo de Ingreso, 2004 versus 2008

Tramo de ingreso	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
	12/2004	12/2004	6/2008	6/2008
Sin información	45.994	117.286	57.866	146.490
0 a \$300 mil	74.804	142.170	46.463	91.084
> \$300 mil a \$600 mil	146.759	204.691	125.301	190.599
> \$600 mil a \$1 millón	97.218	149.530	129.990	172.898
> \$1 millón	60.480	193.160	119.374	293.976
Total	425.255	806.837	478.994	895.047

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Entre el 2004 y el 2008, en el sistema isapre ocurrió una disminución de cotizantes mujeres de ingreso medio y bajo y un aumento de cotizantes mujeres de ingresos altos. Esto pudo deberse a reemplazo y/o a que las mismas cotizantes vieron aumentados sus ingresos en el período. Cabe señalar que la media de los ingresos del trabajo (salario medio) es cercano a los \$338 mil (octubre de 2007) y, por otra parte, como se señaló anteriormente, el aumento de remuneraciones reales fue de sólo 5,5% en el período (INE, 2008)

Adultos mayores

Si consideramos ahora la edad, en la tabla 3 se puede ver un aumento en la participación de los adultos mayores en el sistema isapre. También se aprecia que las mujeres de esa edad

aumentan más que los hombres. En el caso de las mujeres cotizantes adultas mayores el aumento va desde un 9,7% sobre el total de cotizantes en el año 2004 a un 10,7% en el 2008. Lo mismo que las beneficiarias mujeres que aumentan su participación desde un 11,3% a un 12% del total de beneficiarios. Con todo, el sistema no llega a la participación nacional de adultos mayores estimada para el año 2008, 12,4% (cálculos con información DEIS 2008), ni en cotizantes, ni en el total de beneficiarios y tampoco por sexo, mujeres representan un 13,7% los hombres un 11,0%.

Tabla 3: Distribuciones de los cotizantes y cargas mayores de 60 años comparación 2004 y 2008

	Femenino			Masculino		
	Cotizante	Carga	Beneficiarios	Cotizante	Carga	Beneficiarios
200412						
> 60 años	41.352	39.224	80.576	71.629	2.719	74.348
Todos	425.255	289.313	714.568	806.837	1.156.953	1.963.790
% > 60 años	9,7%	13,6%	11,3%	8,9%	0,2%	3,8%
200806						
> 60 años	51.272	42.573	93.845	85.850	2.759	88.609
Todos	478.994	300.991	779.985	895.047	1.110.090	2.005.137
% > 60 años	10,7%	14,1%	12,0%	9,6%	0,2%	4,4%

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

Además, hay que ajustar por el envejecimiento natural de la población para reflejar el ingreso real de personas nuevas y no el envejecimiento de las que ya estaban en el sistema. En efecto, para tener un parámetro de comparación, de acuerdo a datos Celade 2004, en un lapso de 5 años ocurre aproximadamente un 15% de aumento de personas mayores de 60 años a nivel general de la población chilena. En este caso, el aumento entre el 2004 y el 2008 (tres años y medio) fue de un 24% en cotizantes mujeres y de un 20% en cotizantes hombres, mayor al 15% y en menos tiempo. No obstante, el aumento fue de un 16% y un 19% en beneficiarios mujeres y hombres, respectivamente. Esto antecedentes nos indican que la cartera de cotizantes y beneficiarios no sólo ha envejecido la cartera sino que también han ingresado nuevos adultos mayores al sistema isapre.

Así, al analizar la evolución en la participación relativa de los distintos grupos de cotizantes entre 2004 y 2008, se observa un aumento de las personas mayores de 60 años, especialmente de las mujeres, aún ajustando por el envejecimiento de la población.

Características en mujeres y adultos mayores, por edad

La tabla 4 muestra los porcentajes de aumento y disminución en variables de relevancia para caracterizar la cartera de cotizantes de los grupos históricamente discriminados en el sistema isapre. En el caso de las mujeres, la tabla 4 muestra que el número de cargas por cada una de ellas ha disminuido y que la cotización ha aumentado, tanto la pactada por cotizante como la calculada según el número de beneficiarios por cotizantes, llamada "per cápita" en el cuadro. Ambos conceptos de cotizaciones crecen, 10% y 14% respectivamente, en términos reales más que la tasa de crecimiento de las remuneraciones (5,5%), lo que nos indica que podría haber una pérdida para las cotizantes que ya estaban en el sistema al tener que cancelar un mayor porcentaje de su ingreso por (ceteris paribus todo lo demás) igual plan.

Tabla 4: Características de Mujeres Cotizantes entre 2004 y 2008, por edad (cotizaciones en UF)

2004/12					
Tramo de edad	Cotizantes	Cargas	Cargas por cotizante	Cotización por cotizante	Cotización per cápita
00-19	2.113	108	0,05	1,00	0,95
20-44	263.431	184.152	0,70	2,77	1,63
45-59	118.359	98.020	0,83	3,35	1,83
60-64	41.352	7.033	0,17	3,88	3,32
Total	425.255	289.313	0,68	3,03	1,80

2008/06					
Tramo de edad	Cotizantes	Cargas	Cargas por cotizante	Cotización por cotizante	Cotización per cápita
00-19	2.495	192	0,08	1,07	0,99
20-44	292.579	186.314	0,64	3,08	1,88
45-59	132.648	105.895	0,80	3,62	2,01
60-64	51.272	8.590	0,17	4,17	3,57
Total	478.994	300.991	0,63	3,34	2,05

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

Al comparar a las mujeres cotizantes con los hombres cotizantes se aprecian tendencias ya conocidas como la significativa menor cantidad de cargas por cotizante en las mujeres (en los hombres es más del doble) y la tendencia a la disminución de las cargas en ambos sexos, pero que es menos pronunciada en las mujeres. Lo mismo que las cotizaciones per cápita que son mayores en las mujeres. Pero por cotizante, las cotizaciones son menores y aumentan menos que el aumento en los hombres. En otras palabras, si bien las cotizaciones pactadas crecen más para las mujeres que para los hombres, la situación se revierte al considerar las cotizaciones per cápita (es decir, incluyendo a las cargas) que varían menos para las mujeres que para los hombres, es decir, la disminución de las cargas es menor en mujeres que en hombres.

Tabla 5: Características de Hombres Cotizantes entre 2004 y 2008, por edad (cotizaciones en UF)

2004/12					
Tramo de edad	Cotizantes	Cargas	Cargas por cotizante	Cotización por cotizante	Cotización per cápita
00-19	6.727	360	0,05	0,77	0,73
20-44	519.283	657.608	1,27	2,71	1,19
45-59	209.198	429.597	2,05	4,15	1,36
60-64	71.629	69.388	0,97	5,26	2,67
Total	806.837	1.156.953	1,43	3,29	1,35

2008/06					
Tramo de edad	Cotizantes	Cargas	Cargas por cotizante	Cotización por cotizante	Cotización per cápita
00-19	8.482	550	0,06	1,03	0,97
20-44	565.217	575.913	1,02	2,88	1,43
45-59	235.498	453.248	1,92	4,50	1,54
60-64	85.850	80.379	0,94	5,84	3,02
Total	895.047	1.110.090	1,24	3,57	1,60

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

En suma, entre los años 2004 y 2008 disminuyen las cargas por cada cotizante y aumentan fuertemente las primas pactadas. Esto es coherente con el hecho que aumenten los ingresos de los cotizantes, ya que deben poder ser cubiertas, aún cuando en promedio el ingreso aumente menos que las primas, y con el reemplazo producido, en particular en mujeres y adultos mayores. En la comparación, debe considerarse que entre diciembre de 2004 y Junio de 2008 el índice general de remuneraciones aumentó en un 5,5% en términos reales. Es decir, aún si aislásemos los cambios asociados al aumento de los salarios reales, producidos por el crecimiento económico sin relación directa con decisiones frente a los seguros de salud, el aumento de las cotizaciones es importante.

Por otra parte, se debe tener en cuenta que la disminución en el número de cargas no es sólo una tendencia en los cotizantes de isapres sino que también de los pertenecientes al Fonasa, y últimamente, con los resultados de la encuesta CASEN 2006 se ha evidenciado que la baja tasa de crecimiento poblacional es un problema general del país. Por lo tanto, si bien en el sistema privado hay un incentivo fuerte a disminuir las cargas de los cotizantes y la disminución está siendo muy importante, esto puede ser efecto también de la situación general de caída de la natalidad en el país.

Características en mujeres y adultos mayores, por Ingreso

Si repetimos el análisis anterior pero ordenando a las cotizantes por renta tenemos la tabla 6. En ella es posible apreciar que las cotizaciones por beneficiario de las mujeres de mayores ingresos prácticamente se mantienen, no así para las mujeres con ingresos más bajos que aumentan. Incluso esto se manifiesta en las cotizaciones pactadas por cotizante que disminuye en los últimos dos tramos. Esto es coherente con los resultados encontrados con la encuesta de presupuestos familiares del INE que revisaremos más adelante.

Tabla 6: Algunas características de las Mujeres Cotizantes 2004 y 2008 por ingreso (cotizaciones en UF)

2004/12						
Tramo de ingreso	Cotizantes	Cotizaciones	Cargas	Cotización		
				Cargas por cotizante	por cotizante	Cotización per cápita
Sin info	45.994	148.101,29	26.841	0,58	3,22	2,03
Hasta \$300 mil	74.804,00	143.401	36.045	0,48	1,92	1,29
Entre \$300 y \$600 mil	146.759,00	351.842	93.004	0,63	2,40	1,47
Entre \$600 mil y \$1 millón	97.218,00	337.041	75.017	0,77	3,47	1,96
Más de \$1 millón	60.480,00	307.752	58.406	0,97	5,09	2,59
Total	425.255,00	1.288.137,20	289.313,00	0,68	3,03	1,80
2008/06						
Tramo de ingreso	Cotizantes	Cotizaciones	Cargas	Cotización		
				Cargas por cotizante	por cotizante	Cotización per cápita
Sin info	57.866,00	195.197	31.268	0,54	3,37	2,19
Hasta \$300 mil	46.463,00	107.395	18.174	0,39	2,31	1,66
Entre \$300 y \$600 mil	125.301	301.419,36	64.408	0,51	2,41	1,59
Entre \$600 mil y \$1 millón	129.990	415.886,91	84.816	0,65	3,20	1,94
Más de \$1 millón	119.374	577.603,75	102.325	0,86	4,84	2,61
Total	478.994	1.597.502	300.991	0,63	3,34	2,05

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Pero estas últimas tendencias observadas para las cotizantes mujeres no son privativas de ellas. De hecho, en los cotizantes hombres también ocurre una disminución de primas reales

para los grupos de mayores ingresos. Cabría destacar que esta disminución es en promedio más pronunciada en las mujeres.

Tabla 7: Algunas características de los Hombres Cotizantes 2004 y 2008 por ingreso (cotizaciones en UF)

2004/12						
Tramo de ingreso	Cotizantes	Cotizaciones	Cargas	Cargas por cotizante	Cotización por cotizante	Cotización per cápita
Sin info	117.286	342.749	117.466	1,00	2,92	1,46
Hasta \$300 mil	142.170	219.488	86.868	0,61	1,54	0,96
Entre \$300 y \$600 mil	204.691	479.433	265.709	1,30	2,34	1,02
Entre \$600 mil y \$1 millón	149.530	532.055	259.346	1,73	3,56	1,30
Más de \$1 millón	193.160	1.080.993	427.564	2,21	5,60	1,74
Total	806.837	2.654.719	1.156.953	1,43	3,29	1,35

2008/06						
Tramo de ingreso	Cotizantes	Cotizaciones	Cargas	Cargas por cotizante	Cotización por cotizante	Cotización per cápita
Sin info	146.490	439.527	125.200	0,85	3,00	1,62
Hasta \$300 mil	91.084	164.753	39.545	0,43	1,81	1,26
Entre \$300 y \$600 mil	190.599	423.416	156.689	0,82	2,22	1,22
Entre \$600 mil y \$1 millón	172.898	574.102	227.804	1,32	3,32	1,43
Más de \$1 millón	293.976	1.597.170	560.852	1,91	5,43	1,87
Total	895.047	3.198.968	1.110.090	1,24	3,57	1,60

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

En resumen, entre los años 2004 y 2008, 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 de la reforma. Es decir, disminuye levemente la discriminación pero a un costo económico sustentado por el aumento en los ingresos de los grupos discriminados.

4.2 Comparación entre cotizantes que abandonaron y los que ingresaron al Sistema isapre entre Diciembre de 2004 y Junio de 2008

Realizamos un análisis del flujo de cotizantes, tomando a las personas que ingresaron y aquellas que abandonaron el Sistema Isapre durante el período comprendido entre el 1 de Enero de 2005 y el 30 de Junio de 2008, para conocer las características del reemplazo durante este período de vigencia de la reforma.

Por ingresos

En primer lugar, se obtiene que ingresaron significativamente más personas con rentas superiores a los \$600 mil y se retiran afiliados con rentas inferiores a ese nivel. En el caso de los mujeres, a diferencia de los hombres, no ingresan mas cotizantes de los que salen en términos relativos (si en términos absolutos) con rentas entre los \$300 y \$600 mil, grupo en el que se produce el mayor movimiento y reemplazo (salidas y entradas)

Tabla 8: Cotizantes que Salieron e Ingresaron al Sistema Isapres entre el 2004 y 2008, por sexo y tramo de ingreso

Tramo de renta	Femenino		Masculino		Total	
	Salen	Entran	Salen	Entran	Salen	Entran
Sin info	19,7%	17,3%	27,1%	25,5%	24,7%	22,7%
Hasta \$300 mil	31,5%	13,9%	31,2%	17,7%	31,3%	16,4%
Entre \$300 y \$600 mil	31,8%	31,3%	26,0%	26,5%	27,9%	28,1%
Entre \$600 mil y \$1 millón	12,5%	22,8%	9,6%	15,6%	10,6%	18,1%
Más de \$1 millón	4,5%	14,7%	6,0%	14,7%	5,5%	14,7%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

2Fuente: 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.

Las personas que ingresan y que presentan ingresos sobre un millón de pesos son notoriamente mayores que los que salen, más aún en mujeres, en términos relativos y absolutos.

Tabla 9: Características de las cotizantes Mujeres que salen y que entran entre 2004 y 2007, por ingresos (cotizaciones en UF)

Tramo de renta	Salen		Cotización		
	Cotizantes	Cotizaciones	Cargas por cotizante	por cotizante	Cotización per cápita
Sin info	17.472	44.647,78	0,58	2,56	1,62
Hasta \$300 mil	27.939	45.844,39	0,51	1,64	1,09
Entre \$300 y \$600 mil	28.139	63.555,07	0,66	2,26	1,36
Entre \$600 mil y \$1 millón	11.106	36.892,94	0,71	3,32	1,94
Más de \$1 millón	3.954	18.668,46	0,83	4,72	2,59
Total	88.610	209.608,64	0,61	2,37	1,47
Entran					
Sin info	24.652	66.288,17	0,40	2,69	1,93
Hasta \$300 mil	19.732	34.109,31	0,32	1,73	1,31
Entre \$300 y \$600 mil	44.489	92.236,52	0,35	2,07	1,53
Entre \$600 mil y \$1 millón	32.493	93.756,36	0,41	2,89	2,05
Más de \$1 millón	20.930	85.558,25	0,49	4,09	2,74
Total	142.296	371.948,61	0,39	2,61	1,88

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

La tabla muestra que entran más cotizantes que las que salen, sobre todo en el tramo de mayor ingreso, que la cotización media de las mujeres que entran es mucho más alta y al considerar la cotización per cápita es aún mayor, producto de la menor cantidad de cargas de las cotizantes que ingresan.

Tabla 10: Características de las cotizantes Hombres que salen y que entran entre 2004 y 2007, por ingresos (cotizaciones en UF)

Salen						
Tramo de renta	Cotizantes	Cotizaciones	Cargas por cotizante	Cotización		
				por cotizante	Cotización per cápita	
Sin info	49.436	91.833,23	0,73	1,86	1,08	
Hasta \$300 mil	56.941	71.468,48	0,59	1,26	0,79	
Entre \$300 y \$600 mil	47.411	103.730,33	1,44	2,19	0,90	
Entre \$600 mil y \$1 millón	17.571	60.360,61	1,83	3,44	1,21	
Más de \$1 millón	10.968	58.509,80	1,95	5,33	1,81	
Total	182.327	385.902	1,05	2,12	1,03	
Entran						
Sin info	66.908	136.481	0,69	2,04	1,21	
Hasta \$300 mil	84.880	117.313	0,57	1,38	0,88	
Entre \$300 y \$600 mil	75.550	167.285	1,15	2,21	1,03	
Entre \$600 mil y \$1 millón	28.677	97.254	1,40	3,39	1,41	
Más de \$1 millón	14.922	77.178	1,65	5,17	1,95	
Total	270.937	595.511	0,91	2,20	1,15	

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Las características de los hombres son notablemente distintas. Igual ingresan más que los que salen pero sus cotizaciones medias son menores, sin embargo medida por cotizante y por beneficiario son mayores pero en menor medida que en el caso de las mujeres cotizantes.

Por edad

Respecto a las mujeres, las cotizantes que ingresan, presentan una mayor participación en el tramo de edad fértil y entran distribuidas 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 indicó que las cargas podían pasar a ser cotizantes sin una nueva declaración de salud, la acción del Fondo de Compensación Solidario, las tablas de factores definidas y la banda de precios para el alza de las primas base, todos elementos que pueden estar en alguna medida contribuyendo a estos resultados.

Tabla 11: Características de las cotizantes MUJERES que salen y que entran entre 2004 y 2008, por edad (cotizaciones en UF)

Salen						
Tramo de edad	Cotizantes	Numero Cargas	Cargas por cotizante	Cotización		
				por cotizante	Cotización percápita	
00-19	1.060	61	0,06	1,04	0,98	
20-24	6.503	1.421	0,22	1,37	1,13	
25-39	44.364	28.980	0,65	2,26	1,37	
40-44	9.559	9.384	0,98	2,43	1,23	
45-59	18.387	12.710	0,69	2,67	1,58	
60-64	4.381	1.112	0,25	3,01	2,40	
65-mas	4.356	296	0,07	3,19	2,99	
Entran						
00-19	1.881	183	0,10	1,16	1,05	
20-24	17.369	3.122	0,18	1,80	1,52	
25-39	93.690	34.020	0,36	2,70	1,98	
40-44	10.421	7.841	0,75	2,69	1,54	
45-59	15.264	9.857	0,65	2,90	1,76	
60-64	1.717	371	0,22	3,25	2,67	
65-mas	1.954	121	0,06	3,72	3,51	

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

En el caso de los adultos mayores, cabe agregar que tanto para aquellos que entran como los que salen, presentan cotizaciones pactadas equivalente a cerca del doble del promedio de sus respectivos grupos de referencia, si bien las cotizaciones de los que ingresan son más altas que los que se retiraron del sistema en este grupo etario. Las mujeres prácticamente no tienen cargas a esa edad y los hombres bajan de 0,76 a media carga por cotizante entre quienes salen e ingresan respectivamente, a su vez los hombres adultos mayores que se fueron pagaban primas per cápita menores a las mujeres, en cambio los que ingresan pagan primas per cápita mayores a las mujeres de esa edad que ingresan (3,89 vs 3,51).

Tabla 12: Características de los cotizantes Hombres que salen y que entran entre 2004 y 2008, por edad (cotizaciones en UF)

Salen						
Tramo de edad	Cotizantes	Numero Cargas	Cargas por cotizante	Cotización		
				por cotizante	Cotización percápita	
00-19	3.934	206	0,05	0,74	0,70	
20-24	25.538	4.415	0,17	0,89	0,76	
25-39	81.743	78.316	0,96	1,80	0,92	
40-44	20.507	37.553	1,83	2,45	0,87	
45-59	34.047	56.421	1,66	2,87	1,08	
60-64	7.728	8.045	1,04	3,44	1,69	
65-mas	8.830	6.727	0,76	4,41	2,51	
Entran						
00-19	7.803	509	0,07	1,05	0,98	
20-24	53.312	8.783	0,16	1,26	1,08	
25-39	161.697	88.545	0,55	2,29	1,48	
40-44	19.230	23.353	1,21	2,76	1,24	
45-59	27.183	31.972	1,18	2,98	1,37	
60-64	1.596	1.216	0,76	4,08	2,32	
65-mas	544	270	0,50	5,82	3,89	

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

En efecto, en el grupo de mayores de 60 años, lo que se aprecia es que los cotizantes que ingresan, tienen rentas mayores que las que tenían los que salían del sistema, pero que deben cotizar más allá de esa brecha para poder permanecer en el sistema. Es decir, ha habido un importante aumento de las primas para ese grupo de edad que seguramente sustenta y permite el ingreso al sistema de estos grupos de adultos mayores.

Se observa que ingresan pocas personas adultas mayores pero que la brecha entre los que entran y salen es menor en las mujeres que en los hombres, especialmente cuando son adultos mayores. En efecto, aun cuando ingresan pocos adultos mayores lo hacen más mujeres que hombres, 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.

En resumen, para el período en análisis, aumentó la participación de cotizantes mujeres y 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 la participación de mujeres y adultos mayores. Esto ha ocurrido con un evidente mayor costo para los cotizantes.

4.3 - Impacto de la Reforma en los Beneficiarios Nuevos en primas y coberturas

En este apartado se comparan a los cotizantes nuevos con el conjunto de cotizantes para el año 2007, para identificar los aspectos diferenciales de quienes están ingresando al sistema isapre.

Datos Generales

Los cotizantes que ingresaron al sistema en 2007 y permanecieron en él son 180.383. Claramente existen aspectos diferenciales de este grupo respecto del conjunto de cotizantes del sistema. En primer lugar, se aprecia una baja cantidad de cargas por cotizante (0,48 frente a 1,04 en el total del sistema). En segundo término, la cotización pactada media del grupo que ingresa es inferior a la del conjunto de los cotizantes (\$41,2 mil versus \$67,7 mil), lo mismo, pero en mucho menor medida dado el bajo número de cargas, para la cotización por persona del grupo nuevo que es más baja que la del conjunto (\$31,3 mil versus \$39,6 mil). El porcentaje de mujeres existente en el grupo que ingresa al sistema es de 33% contra un 35% del conjunto del sistema y pero sobre todo llama la atención, la edad promedio de los cotizantes, con una diferencia de 10 años menos para los que entran (31 años versus 41 años). En síntesis, las personas que las isapres admitieron durante 2007, se caracterizan por ser en su mayoría hombres muy jóvenes, la mayoría solos o sin cargas (una carga cada dos cotizantes) y una cotización por debajo del promedio de la cartera total.

Tabla 13: Variables básicas para beneficiarios que ingresaron y permanecieron en el sistema Isapre en 2007 (cotizaciones en pesos de diciembre de 2007)

Variables	Entraron	Todos
Beneficiarios	266.635	2.776.912
Cotizantes	183.383	1.358.946
Cargas por cotizante	0,48	1,04
Cotización pactada promedio por cotizante	41.196	67.725
Cotización pactada percápita (por beneficiario)	31.307	39.563
Planes por 1000 beneficiarios	11	18
Edad media	31	41
Mujeres cotizantes	33,1%	34,9%

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

No obstante lo anterior, si a las primas medias le aplicamos el riesgo medio de la cartera para reflejar el menor riesgo de los que ingresan y, por lo tanto, el menor gasto esperado promedio de los cotizantes que ingresa, obtenemos un riesgo 26% menor al conjunto de la cartera y, por ende, es esperable que se les cobren primas menores. La comparación ajustada se incorpora más adelante.

Coberturas y co pagos en cotizantes nuevos por Isapre

Del total de beneficiarios que ingresaron en 2007, por motivos de integridad de los datos y para efectos de analizar la cobertura financiera por isapre, se han seleccionado un grupo de 6 Isapres abiertas que representan el 60% de los cotizantes que ingresaron.

La Tabla muestra que para este conjunto de isapres, la cobertura financiera de las personas que ingresan al sistema fue de un 72,7%, con un 27,3% de co-pago por caso en promedio. La isapre con la mayor cobertura fue Normédica con un 20,7% de copago en promedio y la con menor cobertura fue ING Salud con un 29,3% de copago. Las Isapres más grandes del Sistema Consalud y Banmédica muestran una cobertura pareja de 27% de copago promedio.

Tabla 14: Cobertura financiera de los beneficiarios que ingresaron 2007. Isapres escogidas. (Pesos de diciembre de 2007)

Isapre	Los que entraron			
	facturado	bonificado	copagos	% copago
Normédica	370.868.840	293.979.146	76.889.694	20,7%
Cruz Blanca	2.310.278.113	1.634.097.552	676.180.561	29,3%
Vida Tres	723.201.728	532.291.451	190.910.277	26,4%
Ferrosalud	117.521.144	88.208.325	29.312.819	24,9%
Banmédica	2.576.138.753	1.880.117.800	696.020.953	27,0%
Consalud	2.849.030.191	2.074.689.746	774.340.445	27,2%
Total	8.947.038.769	6.503.384.020	2.443.654.749	27,3%

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Nota metodológica: Este cuadro fue construido mediante cruce del RUT de los cotizantes ingresados y que permanecen durante 2007 con la nueva base de datos de prestaciones 2007. Esto es posible dado que la nueva base de datos de prestaciones contiene RUT.

Las coberturas financieras son mayores para las personas que ingresan al sistema, respecto del conjunto de beneficiarios que se encontraban en el en el año 2007, y, por lo tanto, los copagos son significativamente menores para los que ingresan. En efecto, la Tabla muestra las cifras para el total de beneficiarios con un co-pago promedio de 34%.

Tabla 15: Cobertura financiera de los beneficiarios 2007. Isapres escogidas (pesos de diciembre de 2007)

Isapre	Todos			
	facturado	bonificado	copagos	% copago
Normédica	16.568.825.790	9.663.749.946	6.905.075.844	41,7%
Cruz Blanca	191.297.538.496	128.645.767.514	62.651.770.982	32,8%
Vida Tres	84.115.674.299	55.587.930.190	28.527.744.109	33,9%
Ferrosalud	4.300.562.517	2.959.811.159	1.340.751.358	31,2%
Banmédica	227.260.731.507	151.044.310.682	76.216.420.825	33,5%
Consalud	155.864.235.435	100.615.918.191	55.248.317.244	35,4%
Total	679.407.568.044	448.517.487.682	230.890.080.362	34,0%

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Nota metodológica: este cuadro se obtiene como resultado directo de la nueva base de datos de prestaciones del año 2007

Hay que destacar que las diferencias de cobertura entre cotizantes son distintos entre isapres, por ejemplo: Normédica presenta tanto el copago más alto en su cartera total como el copago más bajo entre los cotizantes que ingresan. Las Isapres más importantes, por su peso en la cartera total, como Banmédica y Consalud, también presentan diferencias en esta brecha, siendo mayor en Consalud con 2 puntos porcentuales. Mientras que la isapre ING muestra el tratamiento más parejo entre unos y otros cotizantes, con una brecha menor de co-pagos.

Impacto financiero real en cotizantes nuevos

La pregunta que nos hacemos es si la alta cobertura financiera de los cotizantes que están ingresando al sistema respecto del conjunto que permanece se ve compensado a través del costo de las primas. Es decir, lo que podemos reportar, con la información disponible, como gasto en salud de los cotizantes en isapres, se representa en la fórmula (1)²:

Deberíamos medir el impacto en función del gasto total en salud del cotizante que puede representarse en esta fórmula:

$$\text{Gasto en salud} = \text{cotización obligatoria} + \text{cotización voluntaria} + \text{copago} + \text{pagos directos} + \text{gasto en medicamentos}$$

No obstante, dada la información disponible sólo podemos medir una parte y suponer los otros elementos de la fórmula como constantes. La ecuación que podemos analizar, por lo tanto, es la siguiente:

$$\text{Gasto en salud} = \text{cotización obligatoria} + \text{cotización voluntaria} + \text{copago} \quad (1)$$

² En esta fórmula faltaría el gasto directo de las personas en medicamentos y en atenciones de salud que no pasan por la isapre, pero no contamos con registros sistemáticos de ello, así que para efectos de esta reflexión los supondremos constante.

Tabla 16 Primas promedio cotizantes que ingresaron respecto del total de cotizantes 2007 (pesos de diciembre de 2007)

Isapre	Los que entran		Todos
	Prima por beneficiario	Prima por beneficiario	Prima por beneficiario
Normédica	27.501		27.257
ING Salud	33.032		41.535
Vida Tres	47.876		62.265
Ferrosalud			28.737
Banmédica	30.403		37.954
Consalud	23.702		28.569
Promedio	28.879		37.297

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Nota metodológica: Obtenido del cruce de los Rut de los cotizantes que ingresaron y permanecieron durante 2007 con la base de datos de cotizantes de diciembre de 2007. Para los cotizantes totales obtenido directamente de dicha base de datos

Si ajustamos las primas por edad y sexo vemos que aún con el ajuste por el riesgo asociado a las carteras, las primas en promedio son menores en un 42% para los cotizantes y sólo un 9% en el caso de la cotización por beneficiarios, este último es un índice más real dado que considera la menor cantidad de cargas de aquellos cotizantes incorporados al sistema.

Tabla 17: Primas ajustadas según riesgo de la cartera (pesos de diciembre de 2007)

Variables	Los que entraron	Todos	% de mayor cotización
Cotización pactada promedio por cotizante	47.635	67.725	42%
Cotización pactada per cápita (por beneficiario)	36.200	39.563	9%

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Nota metodológica: Se aplicó un factor de 0,86 de riesgo promedio a las primas de los cotizantes que ingresan para dar cuenta del menor riesgo que ellos tienen. Para obtener este factor se aplicaron los factores de riesgos por sexo y edad de la cartera total a la cartera que ingresa.

Las primas pagadas per cápita ajustadas, por aquellos que ingresan al sistema, son más bajas que el conjunto en un 9% y la cobertura financiera del grupo es un 24,5% superior a la del conjunto. En este sentido, en promedio, al considerar el gasto pagado ex - ante con la prima y el gasto posterior en copagos, el gasto esperado del grupo es inferior al del conjunto de beneficiarios.

No obstante, si analizamos lo anterior por isapres vemos que el menor valor de las primas en promedio es provocado casi exclusivamente por las isapres ING Salud y Vida Tres. Incluso Isapres grandes como Consalud presenta una prima per cápita mayor para sus cotizantes nuevos.

Tabla 18: Primas promedio corregidas de cotizantes que ingresaron respecto del total de cotizantes del 2007 (cotizaciones en pesos de diciembre de 2007)

Isapre	Todos		Los que entran	
	Prima por beneficiario		Factor de ajuste por riesgo cartera	Prima por beneficiario ajustada
Normédica	27.257		0,86	32.113
ING Salud	41.535		0,92	36.029
Vida Tres	62.265		0,99	48.212
Ferrosalud	28.737		0,92	-
Banmédica	37.954		0,82	36.955
Consalud	28.569		0,78	30.383
Promedio	37.297		0,84	34.546

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Si sumamos a la prima por beneficiario de estas isapres, el gasto en co-pagos por beneficiario se puede comparar con mayor detalle el impacto en el gasto de los cotizantes que ingresan al sistema versus lo que ya están. Para ello consideraremos las primas corregidas por riesgo. Evidentemente los gastos en co pagos y primas de los que entran son menores, como se aprecia en las tablas 6 y anualizado en las tres primeras columnas de la tabla 19.

No obstante lo anterior, queda por analizar el valor de los consumos sanitarios de unos y de otros, dado que si a estas primas y co pagos menores se asocian a consumos menores, podría no haber ganancia alguna para el grupo que ingresa al sistema, independientemente de lo que ocurra para el pool en su conjunto.

Tabla 19: Primas, co pagos y facturado anual, cotizantes que ingresaron respecto del total 2007 (pesos de diciembre de 2007)

Isapre	Los que entraron		Gasto del cotizante en salud por benef	Facturado por beneficiario
	Prima por beneficiario	Co-pago per cápita		
Normédica	330.008	11.024	341.032	53.171
ING Salud	396.380	14.642	411.021	50.026
Vida Tres	574.511	21.125	595.636	80.027
Ferrosalud	-	7.455		29.888
Banmédica	364.836	11.806	376.642	43.697
Consalud	284.422	8.974	293.396	33.017
Total	346.550	11.561	358.111	42.329
Todos				
Normédica	327.087	108.010	435.097	259.171
ING Salud	498.419	120.290	618.709	367.288
Vida Tres	747.184	207.032	954.216	610.445
Ferrosalud	344.846	55.182	400.028	177.000
Banmédica	455.442	125.228	580.670	373.401
Consalud	342.833	85.920	428.753	242.394
Total	447.566	115.532	563.097	339.958

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

En efecto, la diferencia en el valor del consumo es muy grande, es decir, aquellos que ingresan consumen valores que son cercanos a sólo un 12% de lo que consume el total de la cartera. No

obstante, no pasa lo mismo con las primas y estas son el 77% de las primas pagadas por el conjunto. Visto desde esta perspectiva, si bien los que entran pagan primas muy altas para la siniestralidad que presentan éstas no pueden ser menores, ya que el precio base del plan y los factores de riesgo son iguales para todos los participantes de un plan, de otra forma no existirían los incentivos para compartir riesgo entre los nuevos y los antiguos cotizantes ni menos entre hombres y mujeres y jóvenes con adultos mayores.

La Cobertura Nominal de los Planes

Por otra parte, los planes ofrecidos y contratados por las personas que ingresan al sistema son 11 por cada mil beneficiarios, mientras que la cantidad de planes de la cartera en su conjunto son 18 por mil. Además, en las coberturas nominales (o de carátula del plan) son bastante diferentes. Probablemente, obedeciendo a una política comercial de las isapres estas coberturas nominales son mucho más altas que las coberturas nominales del conjunto. En lo hospitalario es un 96% versus un 91%, pero sobre todo en lo ambulatorio con un 92% para los cotizantes que ingresan versus un 77% de la cartera en su conjunto.

Tabla 20 Bonificaciones nominales comparadas entre planes de los cotizantes que ingresan y el conjunto de planes de los cotizantes 2007 (Enero, 2008)

Cotizantes	Bonificación Prestaciones Ambulatorias	Bonificación Prestaciones Hospitalarias
Todos	77,12%	90,66%
Los que entran	92,26%	96,44%

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

A pesar que las cifras nominales de las coberturas de los planes de los cotizantes que entraron al sistema en 2007, son coherentes con los hallazgos hasta ahora descritos, estas son bastante más altas que lo real, lo que se aprecia al observar los co-pagos. Esto quiere decir que la diferencia debe estar explicada por los topes de cobertura, los que deben ser relativamente menores.

4.4 Tablas de factores

La ley planteo la exigencia de mantener sólo hasta dos tablas de factores para los planes en comercialización por isapre, obligando a las isapres a fijar factores de riesgo más ajustados al perfil de gasto de la población objetivo y reducir 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 Superintendencia fijó la estructura de las tablas de factores para un período de 5 años. La gran mayoría de tablas en comercialización fueron informadas durante el mes de Julio de 2005. No obstante, tres Isapres que inicialmente habían informado sólo una tabla de factores, informaron de la implementación de una segunda en fechas similares; Banmédica y Vida Tres en Marzo de 2007 y la isapre ING en Febrero de 2008.

Previamente se evaluó el grado de ajuste de las tablas actualmente en comercialización con los perfiles de gasto de los últimos años en un informe reciente (Cid, Muñoz, 2008), en el se concluyó que las tablas son muy heterogéneas y que algunas de ellas presentan diferencias importantes y que queda espacio para mejorar la regulación y su implementación. El siguiente cuadro muestra lo mencionado.

Tabla 21 Medición de la diferencia de las tablas de factores en comercialización y el perfil de gasto del sistema Isapre

2005		2006	
Error Cuadrático Medio		Error Cuadrático Medio	
En pesos		En pesos	
Vida Tres 1	233.107	Vida Tres 1	266.051
ING 2	301.939	ING 2	272.071
Vida Tres 2	314.213	Mas Vida 2	347.277
Mas Vida 2	356.434	Vida Tres 2	352.388
ING 1	450.273	ING 1	393.409
Colmena	475.724	Colmena	404.656
Banmédica 1	816.827	Banmédica 1	730.059
Banmédica 2	880.822	Banmédica 2	798.529
Consalud	926.239	Consalud	848.975
Normédica 2	2.323.078	Normédica 2	2.291.545
Normédica 1	2.335.354	Normédica 1	2.304.284
Ferro 1	3.550.235	Ferro 1	3.576.800
Ferro 2	4.345.900	Ferro 2	4.425.227
Mas Vida 1	11.846.137	Mas Vida 1	14.310.482

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud, Cid, Muñoz, 2008

Los valores que informa la tabla anterior son el error cuadrático medio entre los gastos esperados que representan los factores de las tablas de las isapres y sus gastos reales por sexo y edad de sus carteras para los años que indica.

Aquí se busca determinar si las tablas de factores reguladas por la ley son mejores que las usadas anteriormente, en el sentido esperado, es decir, si los factores de riesgos fijados han estado más ajustados a los perfiles de gastos reales de los beneficiarios. La legislación interpretó que las tablas de factores son mejores mientras más se acerquen al gasto real de los beneficiarios de las Isapres.

El método consistió, en generar un indicador que posibilitara medir el grado en que las tablas de factores en comercialización, se acercan más al perfil de gastos reales de los beneficiarios del sistema que las tablas de factores usadas más frecuentemente antes de la reforma de salud. Para ello se tomaron dos tablas de gran frecuencia en el período 2003-2004 (8,17% de los planes), las que a su vez iniciaron su aplicación en planes de Julio de 1996 y, mayormente, en Octubre de 1999. Dichas tablas se compararon con el perfil de gasto promedio por grupos de edad y sexo del año 2004 (se presenta también el año 2005), luego estos resultados se compararon con las tablas post reforma de las Isapres evaluadas según el gasto promedio del año 2006, calculando el error cuadrático medio (ECM) anualmente.

Tabla 22 Error Cuadrático Medio (estandarizado) de tres las Tablas actualmente en comercialización y dos de las antiguas más frecuentes

Año	Tablas actuales			Tablas antiguas	
	Tabla 1	Tabla 2	Tabla 3	Tabla 1	Tabla 2
2004		No existían		2,90	12,01
2005	2,20	1,47	4,52	3,53	8,64
2006	1,67	1,16	3,61	4,13	7,44

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

La comparación correcta sería los errores cuadráticos de cuando se usaban las tablas antiguas (ECM de tablas año 2004 con respecto a gasto medio de ese año: 2,90 y 12,01) versus los errores cuadráticos de las tablas usadas actualmente comparadas con los gastos actuales (ECM de tablas año 2006 con respecto a gasto medio de ese año: 1,67, 1,16 y 3,61). Aún cuando, se puede evaluar, también, los errores de las tablas actuales respecto de los errores de las tablas antiguas medidos respecto de los gastos actuales, para conocer como sería la situación hoy (2006) con esas tablas de factores (4,13 y 7,44). En cualquier caso, la comparación siempre favorece a las tablas de factores que se comercializan en la actualidad (post reforma).

Tabla 23 Relación entre el factor más bajo y el más alto por sexo de cada tabla: Tres Tablas actualmente en comercialización y dos de las antiguas más frecuentes

Tablas evaluadas	Cotizantes		Cargas	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Tabla 1 Nueva	9,45	8,18	9,45	8,18
Tabla 2 Nueva	9,17	8,91	10,00	8,18
Tabla 3 Nueva	7,14	6,00	8,33	8,00
Tabla 1 Antigua	5,70	2,39	6,70	4,73
Tabla 2 Antigua	6,01	1,67	11,29	3,68

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Por otra parte la regulación fijo normas para las diferencias entre el factor de riesgo más bajo y más alto por sexo de las tablas de factores, señalando que la diferencia entre factores de mujeres no puede ser superior a 9 y en hombres a 14. Las dos tablas que se ha evaluado tienen diferencias sustantivamente menores, con la única excepción de los hombres cargas en la segunda de ellas que se presenta menos ventajosa que las nuevas.

En síntesis, los resultados indican que si bien la regulación ha generado tablas de factores que reflejen de mejor forma el gasto de los beneficiarios de Isapres, también indican que se puede avanzar a una regulación más exigente y flexible, de manera de que, por un lado, se disminuyan las diferencia con el gasto real y, por otro lado, se tienda hacia la prima comunitaria, al menos en el componente de sexo, e idealmente al igual que en el componente AUGE, donde las diferenciación por sexo y edad para cobrar primas pierde sentido.

4.5 Evolución de la Brecha de riesgos entre Fonasa e Isapres

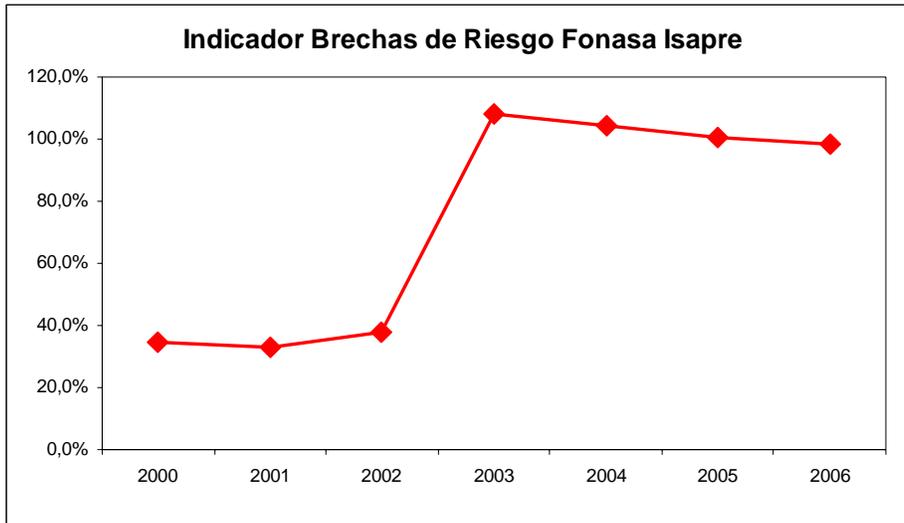
Los movimientos de cartera en isapres, tienen en general efectos sobre los riesgos de la cartera del Fonasa. Si bien este informe esta preocupado del sector isapre, conocer la evolución de los riesgos de ambas carteras en una forma de conocer si la selección de riesgos sigue afectando al sistema en su conjunto. Para ello construimos un indicador que hemos venido presentado hace varios informes.

Este indicador se construye ajustando por riesgo a la población cotizante de Fonasa e Isapre según los costos esperados por sexo y edad de la reforme. Esto es según los costos esperados oficiales de las 56 GES y luego comparando los niveles de riesgo Fonasa respecto al riesgo Isapre. Por lo tanto, el indicador muestra el porcentaje de mayor riesgo que presenta la población Fonasa respecto de la población Isapre.

En el entendido que la reforma debe tener efectos positivos en ambos mundos del aseguramiento, se esperaba que esta brecha disminuyera. Ello ha ocurrido en forma suave y

lenta partir de 2004 que no es posible corroborar para 2007, producto del desfase de información sobre población cotizante que maneja Fonasa. Sin embargo, la disminución de la brecha dista todavía de alcanzar los niveles menores que tuvo a inicios de los 2000 (probablemente antes de las manifestaciones de la crisis asiática sobre el desempleo)

Gráfico 1: Brecha de riesgo entre Fonasa e Isapre 2000-2006



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Midiendo el riesgo en salud por sexo y edad, y con costos esperados iguales para Fonasa e Isapres, sabemos que el mayor porcentaje de riesgo del Fonasa ocurre por su mayor cantidad de adultos mayores y mujeres que contiene su cartera. Si, como hemos visto, en los últimos años han aumentado los adultos mayores y mujeres en términos netos en Isapre, es probable que este aumento compense la salida de mujeres y adultos mayores hacia el Fonasa y la incorporación de nuevos adultos mayores y mujeres al sector público, en términos de riesgo.

Cabe mencionar que este indicador no dice nada respecto del riesgo de la cartera total de Fonasa que incluye al grupo A de beneficiarios, cercanos al 24% del total.

5 Gasto de bolsillo en salud y Copagos en Isapres

5.1 El gasto de bolsillo en salud de los hogares del Gran Santiago 1997 versus 2007

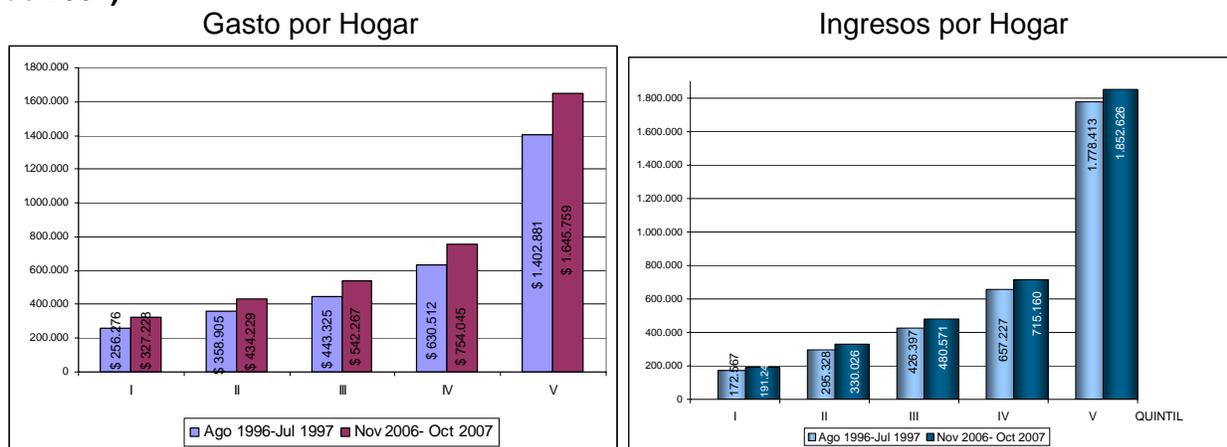
El Instituto Nacional de Estadísticas (INE) establece el gasto en salud incluyendo el gasto en consumo final efectivo de los hogares en servicios médicos, dentales y farmacológicos. Además, incluye la cotización adicional al 7% del ingreso obligatorio para salud que se hace en las isapres. A su vez el concepto de ingreso se refiere a ingreso corriente disponible, proveniente de ingresos del trabajo dependiente e independiente, rentas de propiedad y transferencias corrientes recibidas. Adicionalmente, define que “El ingreso del trabajo dependiente excluye impuestos y pagos provisionales obligatorios. Tanto en el gasto como en el ingreso se incluye el excedente al 7% que el trabajador dependiente paga por su plan de salud ya que es un gasto voluntario” (INE, 2008).

En este apartado compararemos de manera general el gasto de los hogares computados en la Encuesta de Presupuestos familiares del INE del 2007 con la misma encuesta del año 1997.

Promedios y totales

Tanto el gasto total de los hogares como los ingresos totales por hogar han aumentado entre ambas encuestas. Sin embargo, el gasto crece más que el ingreso en todos los quintiles, pero sobre todo en el primer quintil, donde el indicador gasto sobre ingreso aumenta en un 15%, los demás quintiles oscilan entre el 8% (segundo quintil) y el 13% (quinto quintil) de crecimiento de este indicador.

Gráfico 2: Gasto e Ingreso Mensual por Hogar, Gran Santiago, 1997 y 2007 (Pesos Abril de 2007)



Fuente: Elaborado con datos INE, 2008 por Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Gasto en salud

En nuestro informe acerca de la protección financiera de los hogares del año 2006 situábamos una línea base acerca del gasto de bolsillo en salud por parte de los hogares (Cid, et al. 2006), según quintil de ingreso per cápita, sin ajuste alguno esta alcanzaba al 6,3% del gasto en los hogares del Gran Santiago en 1997³ promedio mensual.

³ Para ser más precisos la encuesta de presupuesto familiares en esa ocasión fue tomada entre agosto de 1996 y julio de 1997 por parte del INE. La última, cuando nos referimos a 2007 fue tomada entre noviembre de 2006 y octubre de 2007.

Según los datos del INE de la última encuesta de presupuestos familiares, en el año 2007 este indicador cayó a 5,6% del gasto de los hogares en promedio, no obstante subió, en valor absoluto, el gasto en salud en un 8% desde \$38.716 a \$41.787 en moneda de Abril de 2007. Por otra parte, estos dos fenómenos indican que el gasto total de los hogares creció más que el gasto total promedio en salud. En efecto, el gasto total subió en un 20,5%, desde \$614.535 a \$740.706.

Si consideramos el ingreso de los hogares, el gasto en salud sobre el ingreso aumentó desde un 5,8% a un 5,9% entre 1997 y 2007. Esto ocurre dado que el ingreso total promedio no aumentó de la misma forma que el gasto, el ingreso mensual por hogar aumentó sólo un 7,2% a diferencia del gasto que lo hizo, como ya dijimos, en un 20,5%

En el año 2007, el INE midió también el gasto de los hogares en las ciudades capitales de Chile, además de la Región Metropolitana. En cuanto a salud el gasto de los hogares del Gran Santiago es levemente superior (5,64%) al gasto de los hogares a nivel nacional (5,42%).

Distribución por bienes y quintiles de ingreso

Si analizamos los ítems de gasto posible de los hogares según el INE. En términos relativos (porcentuales), el gasto de bolsillo en salud de los hogares de la RM entre 1997 y 2007 es el más persistente, por ejemplo es el de menor caída (-0,7 puntos porcentuales) y disminuye menos que los gastos en vivienda (-1 punto porcentual) y enseñanza (-2 puntos porcentuales), por ejemplo. Los ítem que más caen son Recreación y esparcimiento (-2,6 puntos porcentuales) y Alimentos y bebidas (-2,2 puntos porcentuales). Los ítem que aumentan son Vestuario y calzado (en 0,8 puntos porcentuales), Transporte y comunicaciones (en 1,3 puntos porcentuales) y Otros bienes y servicios (en 4,5 puntos)

En términos de grupos de gasto, podemos señalar que el gasto en salud ha seguido siendo mayor para los quintiles de mayor ingreso y menor para los de menores, esto es obvio en términos absolutos pero también funciona en términos porcentuales o relativos aún cuando hay una contracción en los gastos de los quintiles de mayores ingresos (quintiles 4 y 5).

Tabla 24: Gasto en salud y enseñanza en hogares RM en 1997 y 2007 (pesos de Abril 2007 y porcentaje)

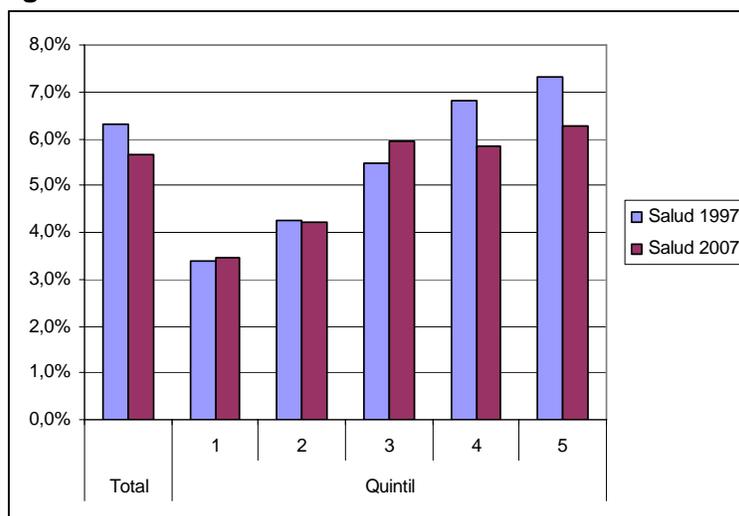
	Total		1		2		3		4		5	
1997												
Salud	38.716	6,3%	8.341	3,4%	14.676	4,3%	23.446	5,5%	42.367	6,8%	104.752	7,3%
Enseñanza	44.366	7,2%	7.898	3,2%	12.817	3,7%	16.592	3,9%	40.029	6,4%	144.495	10,1%
Resto	531.453	86,5%	229.290	93,4%	317.190	92,0%	387.495	90,6%	539.670	86,8%	1.183.616	82,6%
Total	614.535	100%	245.529	100%	344.683	100%	427.533	100%	622.066	100%	1.432.863	100%
2007												
Salud	41.787	5,6%	11.271	3,4%	18.289	4,2%	32.305	6,0%	43.908	5,8%	103.165	6,3%
Enseñanza	45.737	6,2%	14.434	4,4%	22.783	5,2%	31.809	5,9%	53.592	7,1%	106.069	6,4%
Resto	653.182	88,2%	301.523	92,1%	393.157	90,5%	478.153	88,2%	656.545	87,1%	1.436.525	87,3%
Total	740.706	100%	327.228	100%	434.229	100%	542.267	100%	754.045	100%	1.645.759	100%

Fuente: Elaborado con información INE 2008, encuestas de presupuestos familiares, en www.ine.cl. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

En efecto, la diferencia del gasto en salud del quintil más rico respecto al más pobre pasó desde 12,6 veces a 9,2 veces, explicado por un aumento en el gasto de los más pobres y una disminución del gasto de los más ricos. Esto es consistente a la relación 20/20 que existe respecto del gasto total de los hogares, donde la diferencia del quintil más rico respecto del más pobre pasó desde 5,8 veces en 1997 a 5,0 veces en el 2007. Es decir, si bien la brecha de

gasto de los hogares en salud va más allá de la diferencia entre ambos quintiles del gasto total, la disminución de la brecha es más profunda en salud que en el gasto general, 27,1% y 13,8%, respectivamente. Pero esto es provocado por la disminución del gasto de los más ricos y no por la disminución del gasto de los más pobres, ya que este aumenta en términos absolutos y porcentualmente se mantiene. En cambio, en el quintil 5 el gasto disminuye en términos absolutos y porcentuales.

Gráfico 3: Gasto promedio mensual de los Hogares en Salud por quintil de ingreso per cápita, Gran Santiago 1997 versus 2007



Fuente: Elaborado con datos del INE, 2008

Los resultados son relevantes para el sistema Isapres si consideramos que la gran mayoría de sus integrantes pertenecen a los quintiles de mayores ingresos, es decir, con excepción del quintil 3, los beneficiarios isapres deberían estar cercanos a este análisis en que el gasto de bolsillo en salud ha disminuido en forma regresiva.

5.2 Evolución de los Co pagos en el sistema Isapre: 2001 - 2008

Los datos que se presentan corresponden a la suma de los copagos sobre el total de los gastos facturados por los beneficiarios del sistema isapre en cada uno de los años. Los datos 2008 corresponden al período enero – junio.

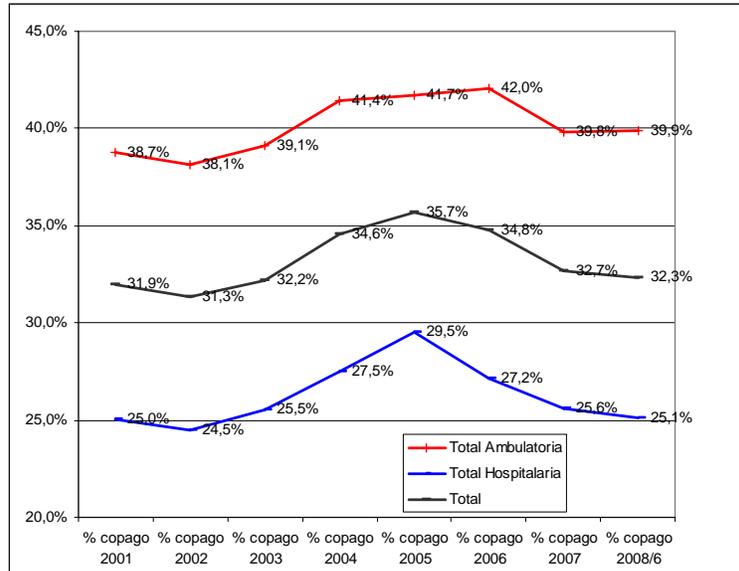
Tabla 25: Copagos por prestaciones en el sistema Isapre, según sexo y nivel de atención, 2001- 2008

Ítem	% copago		% copago		% copago		% copago	
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008/6
Atencion Ambulatoria Masculino	38,4%	37,9%	38,8%	40,9%	41,3%	41,6%	39,7%	39,5%
Atencion Hospitalaria Masculino	25,4%	25,0%	26,0%	27,8%	29,6%	27,4%	25,2%	24,3%
Total Masculino	32,0%	31,4%	32,2%	34,4%	35,4%	34,5%	32,3%	31,5%
Atencion Ambulatoria Femenino	39,0%	38,3%	39,3%	41,8%	42,0%	42,4%	40,0%	40,1%
Atencion Hospitalaria Femenino	24,8%	24,2%	25,2%	27,3%	29,4%	26,9%	25,9%	25,8%
Total Femenino	31,9%	31,3%	32,2%	34,8%	35,9%	35,0%	33,1%	33,0%
Total Ambulatoria	38,7%	38,1%	39,1%	41,4%	41,7%	42,0%	39,8%	39,9%
Total Hospitalaria	25,0%	24,5%	25,5%	27,5%	29,5%	27,2%	25,6%	25,1%
Total	31,9%	31,3%	32,2%	34,6%	35,7%	34,8%	32,7%	32,3%

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Hay un quiebre de la tendencia alcista de los copagos, a partir del año 2006 en general y hospitalario y, en lo ambulatorio, a partir del año 2007. La caída es mucho más pronunciada en lo hospitalario que en lo ambulatorio. En el siguiente Gráfico es posible apreciar la situación de manera más directa.

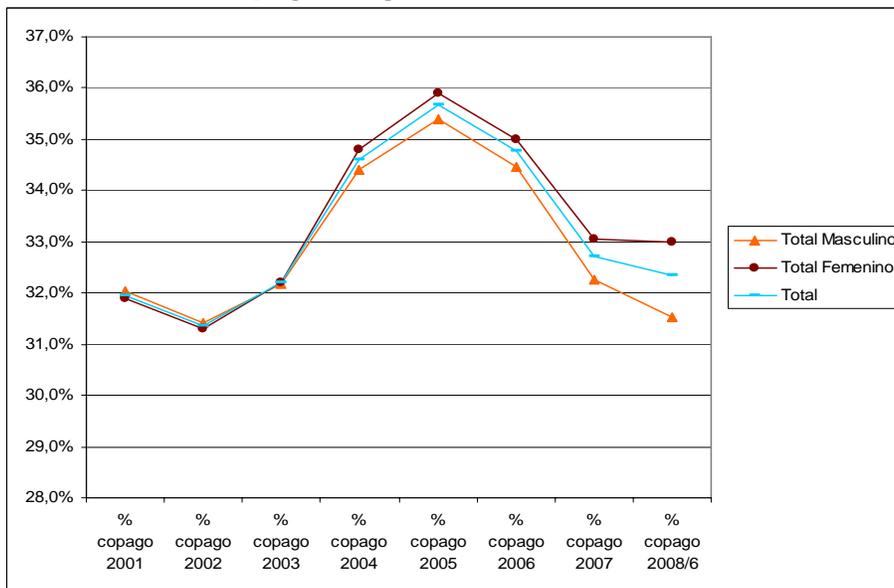
Gráfico 4: Evolución de los copagos según nivel de atención



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

También es posible ver que disminuyen los copagos para ambos sexos. Pero esta disminución se caracteriza por el aumento de la brecha entre hombres y mujeres, disminuyendo más el copago para los hombres que para las mujeres, lo cual no era así al comienzo del período analizado (entre 2001 y 2003). Lo anterior se aprecia con facilidad en el Gráfico 5.

Gráfico 5: Evolución de los copagos según sexo



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

En cuanto a los adultos mayores, en general, en todos los años la cobertura es mejor para hombres que para mujeres, pero lo distintivo es que para los últimos años, en promedio, las coberturas hospitalarias son mejores para las mujeres y las ambulatorias favorecen a los hombres.

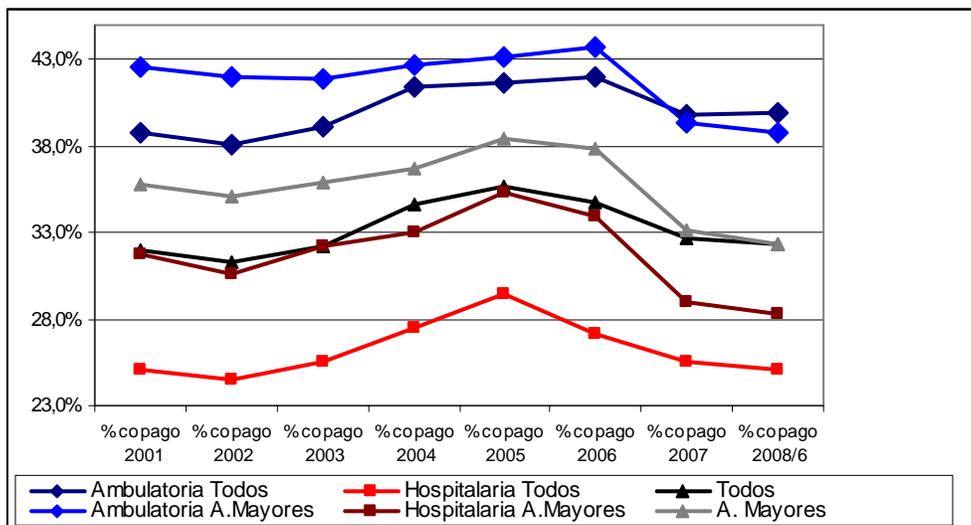
Tabla 26: Copagos por prestaciones para los Adultos Mayores (60 y más años) en el sistema Isapre, según sexo y nivel de atención, 2001- 2008

Ítem	% copago 2001	% copago 2002	% copago 2003	% copago 2004	% copago 2005	% copago 2006	% copago 2007	% copago 2008/6
Atencion Ambulatoria Masculino	43,3%	42,5%	42,2%	42,9%	43,1%	44,0%	39,7%	39,0%
Atencion Hospitalaria Masculino	31,7%	30,6%	32,6%	33,2%	35,0%	33,9%	28,9%	27,8%
Total Masculino	35,8%	34,8%	35,9%	36,3%	37,8%	37,4%	32,6%	31,6%
Atencion Ambulatoria Femenino	42,1%	41,6%	41,5%	42,6%	43,2%	43,6%	39,1%	38,6%
Atencion Hospitalaria Femenino	31,9%	30,6%	31,5%	32,8%	35,8%	34,0%	29,3%	28,9%
Total Femenino	36,6%	35,5%	36,0%	37,0%	39,2%	38,4%	33,7%	33,2%
Total Ambulatoria	42,6%	42,0%	41,8%	42,7%	42,7%	43,8%	39,4%	38,8%
Total Hospitalaria	31,8%	30,6%	32,2%	33,0%	35,3%	33,9%	29,0%	28,3%
Total	35,8%	35,1%	35,9%	36,7%	38,5%	37,9%	33,1%	32,4%
Diferencia con el total	3,8%	3,8%	3,7%	2,1%	2,8%	3,1%	0,4%	0,0%

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Llama poderosamente la atención el acercamiento que ha habido en el tiempo de los niveles de copago de los adultos mayores con el promedio de todos los beneficiarios. Tanto es así que en el 2008 prácticamente no existe brecha global, aunque para dicho grupo poblacional la cobertura ambulatoria es inferior y la hospitalaria superior a la del resto de la población.

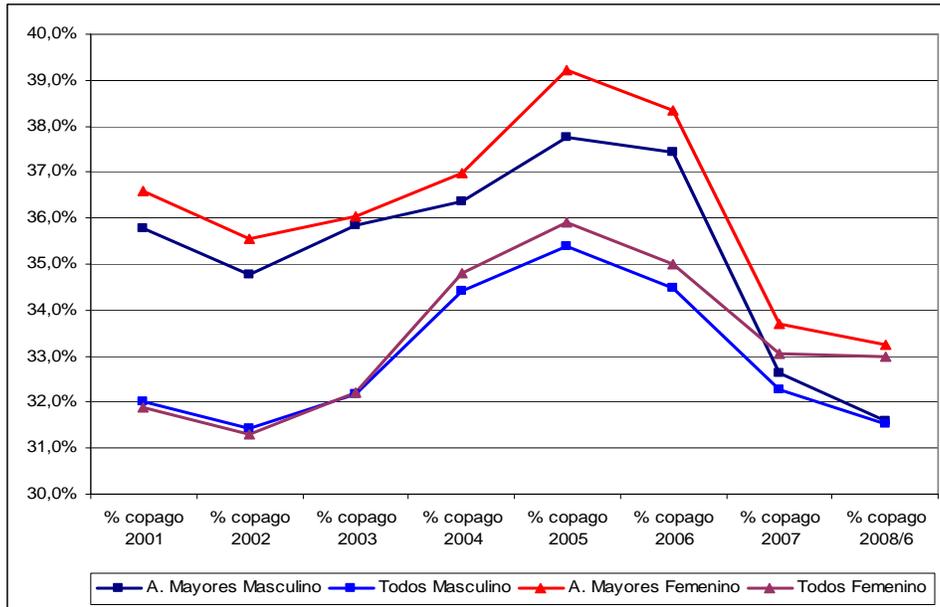
Gráfico 6: Evolución de los copagos según nivel de atención, comparación del conjunto de beneficiarios versus Adultos Mayores (60 y más años)



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

En el análisis por sexo, encontramos en el 2008 una nivelación de los copagos promedio de los hombres adultos mayores con el conjunto de los beneficiarios. Esto no ocurre con las mujeres, aunque la tendencia parece ser a la igualdad aún se mantienen una diferencia en contra de las mujeres adultas mayores, tal y como se aprecia en el Gráfico 7.

Gráfico 7: Evolución de los copagos según sexo, comparando al conjunto de beneficiarios versus adultos mayores



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

5.3 Variación del precio base de los planes complementarios de las isapres

Las Isapres tienen la facultad de revisar anualmente los contratos de salud pudiendo sólo modificar el precio base. La variación proyectada del precio base de los planes individuales, expresados en pesos o en unidades de fomento, no puede ser superior a 1,3 veces el promedio ponderado de todas ellas, ni inferior a 0,7 veces dicho promedio. Además, las isapres pueden optar por no ajustar los precios base de aquellos planes de salud en que la variación proyectada sea igual o inferior a un 2% dentro de la banda antes señalada.

De un total de 43.092 planes de salud vigentes en enero de 2008, un 67% (76% de los beneficiarios) participan en el proceso de adecuación que se lleva a cabo entre los meses de julio de 2008 y junio de 2009. De estos últimos, el 93,4% (26.941 planes) experimentarán alzas de precios efectivas. El resto de los planes corresponden a las Isapres que no efectúan el proceso de adecuación o forman parte de aquéllos cuya variación de precios es igual o inferior a un 2% y respecto de los cuales las Isapres han ejercido la opción de no adecuarlos.

De acuerdo con lo informado por las Isapres, los precios base de los planes de salud que participarán de este proceso de adecuación, experimentarán alzas efectivas que van desde un 5,0% a un 20,0%.

Tabla 27: Características de los Cotizantes según Tramos de Variación del Precio Base

Variación Precios	Planes	Cotizantes	Numero Cargas	Edad Cotizante	Cotización Pactada	Renta Imponible	Sexo Femenino
0,0% - 2,0%	1.918	118.159	0,9	39	66.861	783.700	40,5%
5,0% - 10,0%	22.123	743.123	0,9	41	69.513	680.357	31,7%
10,1% - 20,0%	4.818	317.337	1,0	41	71.295	664.257	37,7%
Total	28.859	1.178.619	1,0	41	69.676	686.429	34,3%

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud, Sánchez, 2008

En la tabla 27 se aprecia que, en general, los cotizantes que no experimentarán alzas de precios durante este proceso, presentan, en promedio, un menor número de cargas que el resto de los cotizantes sujetos al proceso, son más jóvenes, son más mujeres y tienen mayor poder adquisitivo que el resto.

Asimismo, los cotizantes que experimentarán las alzas más importantes, presentan en promedio, un mayor número de cargas que el resto de los cotizantes sujetos al proceso, son igualmente viejos, pero más mujeres y tienen un menor poder adquisitivo, aunque, efectúan cotizaciones más elevadas.

Interesa aquí destacar como se ha distribuido las alzas del último proceso respecto del sexo y edad de los beneficiarios. Por este motivo en la siguiente tabla se muestran los aumentos de precio por grupo de edad y por sexo.

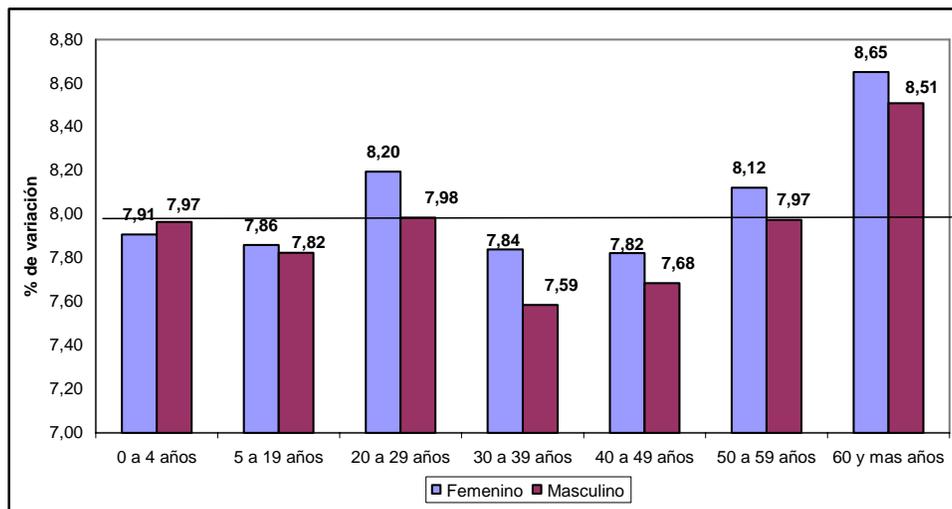
Tabla 28: Variación del precio base de planes adecuación 2008 por sexo y grupo de edad

Grupo de edad	Femenino	Masculino	Total
0 a 4 años	7,91	7,97	7,94
5 a 19 años	7,86	7,82	7,84
20 a 29 años	8,20	7,98	8,07
30 a 39 años	7,84	7,59	7,70
40 a 49 años	7,82	7,68	7,75
50 a 59 años	8,12	7,97	8,05
60 y mas años	8,65	8,51	8,58
Total	7,99	7,85	7,92

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Claramente los grupos mas perjudicados son los niños menores de 5 años, más los niños que las niñas y los mayores de 50 años, sobre todo las mujeres. En efecto, en el gráfico la línea indica el alza promedio y se puede ver además que los menos perjudicados son los beneficiarios hombres de 30 a 39 años, mientras que el grupo más perjudicado son las beneficiarias mujeres mayores de 60 años.

Gráfico 8: Variación del precio base de planes adecuación 2008 por sexo y grupo de edad

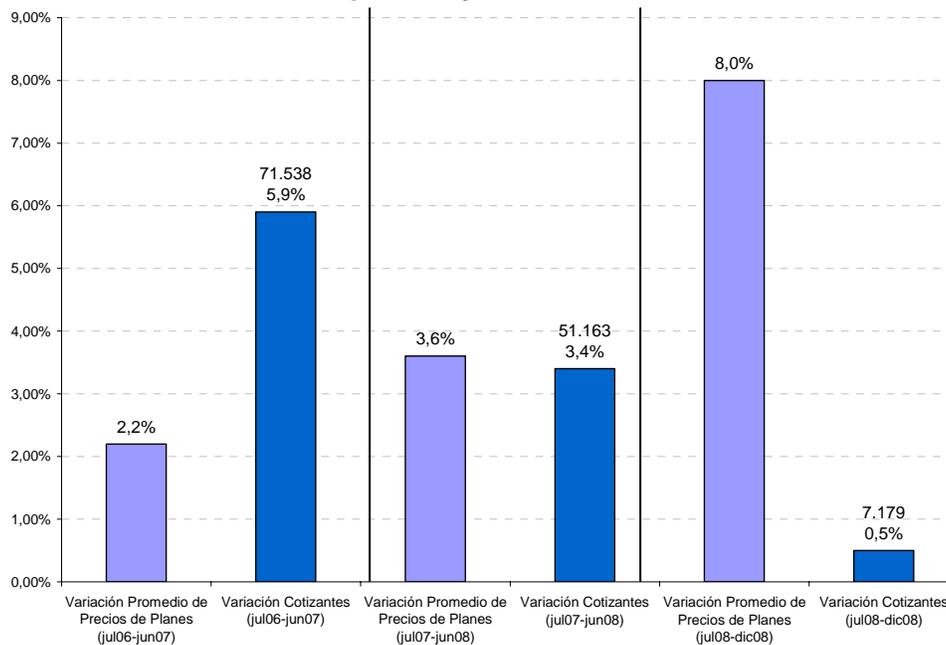


Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

En todo caso, cabe destacar que la diferencia máxima de variación en los hombres es de un 11%, que ocurre entre los grupos de 60 y más años versus el de 40 a 49 años. Para las mujeres, la diferencia máxima de variación de precios ocurre entre los grupos de 60 y más años versus las mujeres de 30 a 39 años y es de un 12%. Estas diferencias son menores a la banda de 30% actualmente vigente y puede estar mostrando que aún quedaría espacio para regular mejor la variación esperada de precios.

El gráfico siguiente muestra el promedio ponderado de las variaciones efectivas de los precios de los planes de salud comparado con el movimiento neto de cotizantes. Es evidente que hay una correlación entre el aumento de precios del conjunto del sistema isapre y el crecimiento de la cantidad de cotizantes, al extremo que para el segundo semestre de este año se estima una variación cercana al 0,5%, casi nula, ante la última alza del 8,0%.

Gráfico 9: Relación entre banda de precios y cartera de cotizantes



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

6 Evaluación de la percepción y la satisfacción de los usuarios

La medición de la satisfacción de los usuarios de Isapres es un objetivo central en la práctica de la Superintendencia de Salud, esto se mide anualmente a través de un estudio de opinión a nivel nacional en que se evalúa el comportamiento de ellos con el fin de direccionar estrategias de mejoramiento o de nuevas políticas.

Desde los inicios de la Reforma de Salud se ha monitoreado aspectos relativos a ésta. Desde el año 2007 se han incorporado técnicas innovadoras en el ámbito de la investigación de mercado que han permitido conocer de mejor forma la percepción de los usuarios. Los estudios han considerado triangulación metodológica, concepto que implica utilizar diversos métodos para

verificar los resultados y ampliar la rigurosidad técnica de la investigación⁴. Lo antes mencionado ha facilitado el análisis de conceptos y áreas de interés para iniciar diferenciación e identificar las estrategias que le competen a la Superintendencia de Salud en el proceso de Reforma.

Los estudios de opinión institucionales han sido de representación nacional, incluyendo encuestas presenciales a usuarios de Fonasa e Isapres. Durante el período 2004-2007, han concentrado su foco de atención en determinar la satisfacción de los usuarios con su sistema de salud, determinar la percepción y su actitud frente a la Reforma. Adicionalmente, en 2007 se integra un estudio cuali-cuantitativo, el que en su fase cualitativa, mediante técnicas proyectivas, explora los significados en torno a los conceptos de protección - salud, su vinculación con el sistema de salud e ideas y experiencias en torno al AUGE, entre otros temas.

6.1 Percepción de protección respecto de al sistema isapre

Cuando se evalúa cuán protegidos se sienten los usuarios frente a un problema de salud, se observa que a partir de 2004 la evolución positiva que representa las percepciones de “muy protegido” y “protegido” en la población isapre disminuyó en el 2005, para luego aumentar en 2006 y 2007, recuperando e incluso sobrepasando, levemente, su nivel original (2004) de evaluación positiva. La evaluación negativa es más dura y varía muy poco en el período, partiendo con 11% en 2004 y presentando un 12% en 2007.

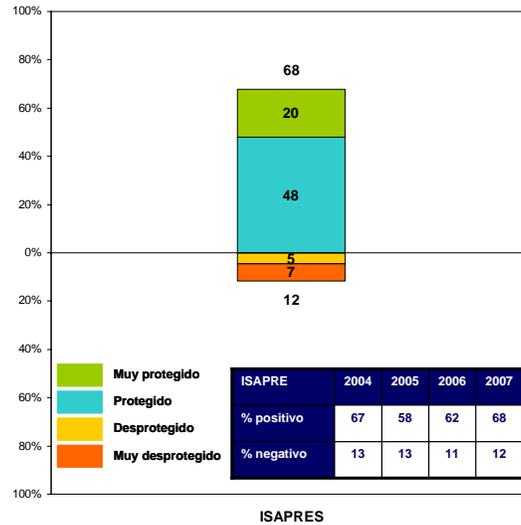
Este resultado no debe ser analizado aisladamente, debe conjugarse con la asociación simbólica de cómo es percibida la protección y la salud por los individuos. En los individuos de Isapres el significado de protección es más abstracto e impersonal y se asocia predominantemente a “seguridad” en un 41%⁵.

Con todo, se puede formular un índice de sensación de protección hacia aquellos aspectos que resultan relevantes para los usuarios y que podría constituir la línea basal para próximas mediciones.

⁴ La información incluida en el estudio 2007 realizado por Criteria Research que muestra las series estadísticas pertenecen a los estudios de opinión de: Adimark 2004 - 2005 y Data Voz 2006.

⁵ Ver anexo, Red Semántica, Estudio de Opinión a Usuarios del Sistema de Salud: Conocimiento y Posicionamiento de la Superintendencia de Salud, GES-AUGE y otros aspectos de la Reforma, encuesta a hogares RM y macrozonas geográficas del país año 2007-2008. Bases: Total de entrevistados 1447, FONASA 876, ISAPRES 571.

Gráfico 10: Percepción de la protección otorgada por el Sistema de Salud (Año 2004-2007)



Fuente: Estudio de Opinión 2007, Departamento de Estudios y Desarrollo, elaborado por Critería Research.

Profundizando en el año 2007 y visto por sexo, se aprecia que hay diferencias en la percepción de protección en los beneficiarios de isapres. Aunque en mujeres la sensación de protección es menor que en los hombres y que el promedio de la muestra (42,9% versus 46,7% en “Protegido” y 17,3% versus 20,4% en “Muy protegido”), ello no se manifiesta como sensación de desprotección sino que más bien como ambivalencia en que no se siente ni protegidas ni desprotegidas (28,8%). En cambio, en los hombres, la sensación de protección es superior al promedio de la muestra, pero hay mucho menos ambivalencia y más sentimiento de desprotección que la muestra (5,5% versus 5% en “Desprotegido” y 8,6% versus 6,9% en “Muy desprotegido”) y que las mujeres (5,5% versus 4,5% y 8,6% versus 5,1%).

Tabla 29: Respuesta a la pregunta B4: En general, frente a un problema importante de salud ¿Cuán protegido se siente Usted actualmente? De beneficiarios de isapres, en porcentajes

	Ni protegido				Muy desprotegido	No responde	
	Muy protegido	Protegido	desprotegido	Desprotegido			
Hombre 18-35	21,8%	55,1%	6,4%	1,3%	15,4%	0,0%	100%
Hombre 36-50	29,1%	43,6%	12,7%	10,9%	3,6%	0,0%	100%
Hombre >50	16,7%	50,0%	26,7%	6,7%	0,0%	0,0%	100%
Mujer 18-35	15,7%	52,9%	18,6%	4,3%	8,6%	0,0%	100%
Mujer 36-50	20,0%	32,7%	40,0%	3,6%	3,6%	0,0%	100%
Mujer >50	16,1%	38,7%	32,3%	6,5%	0,0%	6,5%	100%
Promedio	20,4%	46,7%	20,4%	5,0%	6,9%	0,6%	100%
Todos los Hombres	23,3%	50,3%	12,3%	5,5%	8,6%	0,0%	100%
Todas las Mujeres	17,3%	42,9%	28,8%	4,5%	5,1%	1,3%	100%
Todos los Mayores de 50	16,4%	44,3%	29,5%	6,6%	0,0%	3,3%	100%

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Si incorporamos la edad, vemos que las personas mayores de 50 años manifiestan diferencias respecto del promedio de la muestra en torno a la protección, el porcentaje de personas que se sienten muy protegidas o protegidas es significativamente más bajo que el promedio y el

porcentaje de sentimiento de desprotección es mayor al promedio (6,6% versus 5%). No obstante esto último, llama la atención que no haya personas mayores que se sientan muy desprotegidas frente a un 6,9% de personas que así lo declaran en promedio de la muestra.

En el caso de las mujeres mayores de 50 años, la sensación de “muy protegido” es bastante menor al promedio (16,1% versus 20,4%) lo mismo que en “protegido” (38,7% versus 46,7%). En cambio, se sienten ambivalentes en el sentido que responden ni protegido ni desprotegido sobre el promedio (32,3% versus 20,4%). La diferencia significativa respecto de los hombres de la misma edad, ocurre en que estos se sienten “protegidos” en un porcentaje mayor al promedio (50% versus 46,7%) y hay un menor porcentaje de ambivalencia, aún cuando es mayor al promedio. En las demás consultas, hombre y mujeres mayores de 50 años mantienen porcentajes parecidos. Cabe hacer notar que en las personas mayores hay un porcentaje mayor de no respuestas (3,3% versus el promedio que es 0,6%)

6.2 Percepción de satisfacción respecto de su sistema de salud

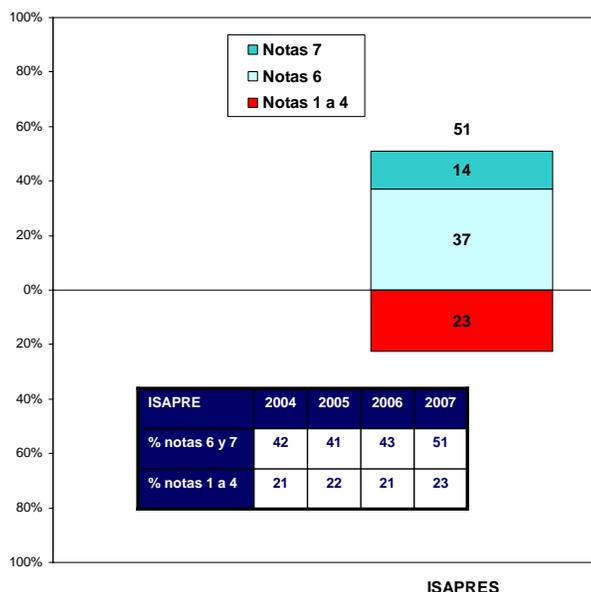
Una segunda interrogante medida es el nivel de satisfacción que tienen los usuarios con su actual sistema de salud. La actitud en los usuarios es bastante crítica respecto de su sistema de salud, a nivel general. En las Isapres la percepción de satisfacción aumenta desde el 2004 al 2007 desde un 41% a un 51%.

Complementariamente al análisis anterior de “protección”, se exploró en el estrato inconsciente el concepto “salud”, para pesquisar las asociaciones que se producen cuando a los usuarios se les pregunta cuán satisfechos están con su actual sistema de salud y de esta manera, conocer efectivamente, a quién están evaluando cuando responden. Posteriormente, precisar los estratos a monitorear que impacten en ellos y que se relacionen con el proceso de Reforma.

Los usuarios de isapres asocian el concepto salud en un 25% a los médicos, en un 21% a clínicas y en un 16% a hospitales. Sin embargo, incorporan también a este concepto en un 13% de las asociaciones directas a la Isapre. De este modo, cuando los beneficiarios responden y evalúan la satisfacción de su sistema de salud integran dentro de su evaluación a prestadores y al seguro previsional de salud.⁶

⁶ Ver anexo, Red Semántica, significado del concepto de Salud.

Gráfico 11: Satisfacción o insatisfacción de los usuarios con su actual Sistema de Salud (2004-2007)



Fuente: Estudio de Opinión 2007, Departamento de Estudios y Desarrollo, elaborado por Critería Research

Es posible analizar las respuestas para las mujeres y para los adultos mayores. En el caso de los adultos mayores, llama la atención que tanto hombres como mujeres se declaran más satisfechos que el promedio (ver promedio ponderado), pareciera que el grado de inconformidad va disminuyendo con la edad, lo que aparece más claro cuando se evalúa el porcentaje de personas por grupo que califican entre 1 y 3 a su sistema de salud.

Tabla 30: Resumen Respuesta a la pregunta B5: ¿Cuán satisfecho o insatisfecho está Usted con su actual sistema de salud? De beneficiarios de isapres, en porcentajes de notas de 1 a 7

	Nota		
	1 a 4	6 y 7	1 a 3
Hombre 18-35	27,3%	57,1%	19,5%
Hombre 36-50	20,0%	49,1%	10,9%
Hombre >50	20,0%	46,7%	10,0%
Mujer 18-35	18,8%	53,6%	13,0%
Mujer 36-50	27,8%	46,3%	7,4%
Mujer >50	16,1%	51,6%	6,5%
Promedio	22,5%	51,6%	12,3%
Todos los Hombres	23,5%	52,5%	14,8%
Todas las Mujeres	21,4%	50,6%	9,7%
	Promedio ponderado		
Hombres mayores de 50 años			5,64
Mujeres mayores de 50 años			5,35
Todos los hombres			5,28
Todas las mujeres			5,22

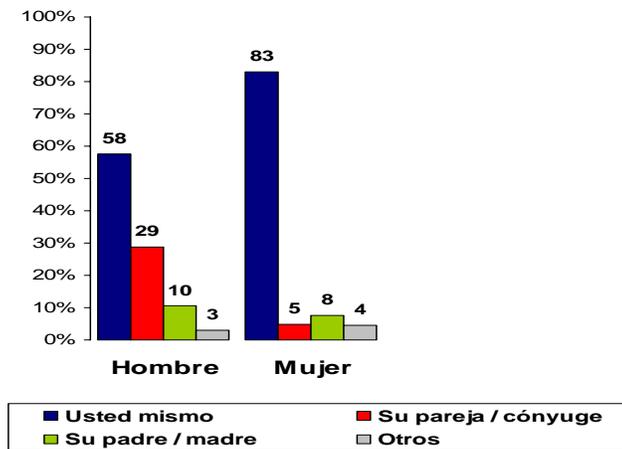
Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Si se analiza exclusivamente el sexo femenino, lo distintivo es que hacen una evaluación menos crítica que el promedio y que los hombres, pero no demasiado diferente, pero también hacen una evaluación menos optimista. Por lo tanto, hay más ambigüedad en las respuestas de las mujeres (representados por la nota 5 como evaluación)

6.3 Decisiones familiares en materia de salud

Otro aspecto evaluado es aquel que incorpora una visión de quienes son los decidores en materia de salud. En este sentido, la mujer tiene un papel relevante cuando enfrenta enfermedades o eventos de salud de los distintos integrantes de su hogar, ella es quien se encarga habitualmente de solicitar la atención médica y tramitarla. Del mismo modo, la mujer tiene activa participación en la selección del plan.

Gráfico 12: Personas que toman decisiones en salud



Fuente: Estudio de opinión SIS 2007

6.4 Transparencia y comparabilidad de planes de salud en usuarios de Isapres

En el contexto de estandarizar y simplificar los planes de salud en el sistema isapre, se han evaluado las dimensiones de valor que importan a las personas en el momento de la elegir un plan de salud⁷. El objetivo es identificar e implementar normativa que permita aumentar la transparencia y comparabilidad de los planes de salud, entregar las herramientas necesarias para que los usuarios seleccionen su plan y estimular entre otros la competencia entre las Isapres. Asimismo, reducir la incertidumbre del mercado. Para lograr lo anterior, se ha investigado, mediante un estudio cualitativo en una primera etapa, con uso de técnicas proyectivas en que se han explorado sobre las temáticas de evaluación de su plan actual, valoración de dimensiones – atributos, expectativas y necesidades no cubiertas.

Los resultados indican que los aspectos más importantes que valoran en términos generales son: el acceso, el servicio de calidad y la libertad de elección a los prestadores privados, se reconoce como un mercado poco transparente y que no le brinda las condiciones para elegir libremente qué es lo mejor para él difícilmente se vuelve una decisión racional e informada.

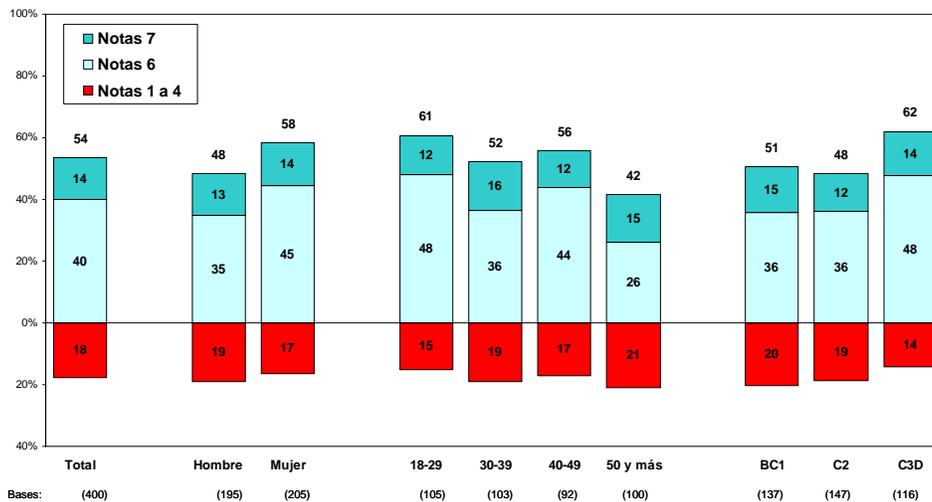
⁷ Estudio cuali-cuantitativo, Dimensiones de valor para el usuario en la selección de un plan de salud, Departamento de Estudios y Desarrollo, elaborado por Criteria Research, 2008.

Finalmente, el estudio revela que las dimensiones de valor que tiene el usuario se asocian al ciclo de vida, a las dimensiones de servicio, entre las más importantes, ambulatorio, hospitalarias, urgencia, catastróficas y prestaciones adicionales (dental, psiquiátricas, etc.). Por otro lado, los atributos valorados son el porcentaje de cobertura, tope, simuladores de precios, prestadores y médicos en convenio, calidad de los prestadores y prestaciones adicionales de la isapre (ejemplo farmacia).

En una segunda etapa, se ha completado la investigación cuantitativamente en 400 sujetos beneficiarios pertenecientes al Gran Santiago y sobre la base de las dimensiones de valor levantadas en la investigación cualitativa. Se aplicó la técnica de Conjoint analysis con lo cual se obtuvo relevantes conclusiones e indicadores que nos permitirán determinar una línea basal de control en algunos aspectos.

La evaluación de los usuarios sobre su actual plan de salud, refleja que la satisfacción con este producto es mayor en las mujeres, en los grupos más jóvenes y los estratos de bajos ingresos (C3 y D). Respecto de la evaluación por tramos de edad, los más insatisfechos resultan ser las personas de 50 años y más que aparecen con un 21%. En general, el nivel de satisfacción con el plan de salud actual es mediocre, revelando desconfianza hacia el producto, pero sin críticas específicas. Hay un malestar inespecífico que proviene del desconocimiento, la desinformación y la consecuente falta de control de los usuarios sobre las características efectivas del producto.

Gráfico 13: Evaluación de los usuarios de Isapre de su actual plan de salud (2007)



Fuente: Estudio Dimensiones de valor que tiene el usuario al elegir su plan

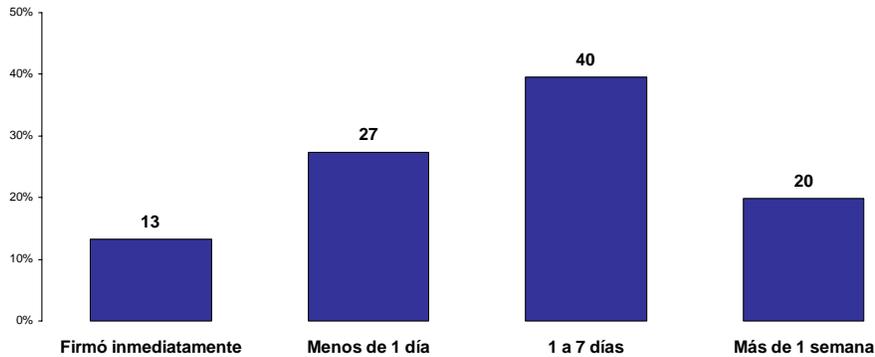
Por otra parte, cabe mencionar que a la hora de elegir un plan el cotizante debe identificar diferentes elementos que involucran la decisión de elección y compra. La configuración lógica en el proceso de selección del plan hace alusión a la asesoría que éste recibe por parte del personal de la Isapre, que en algunos segmentos (C3D) hace más vulnerables a estos individuos. En este sentido, los usuarios están siendo asesorados en la elección de su plan en un 78% por los vendedores de la Isapres. Esto da fuerza a la importancia de implementar un comparador de planes que ayude a la transparencia del sistema y de herramientas a los cotizantes para la selección del plan.

Gráfico 14: Agentes que influyen en la elección del plan de salud (Año 2007)



Adicionalmente, al observar el tiempo que demora el cotizante en preferir y decidir la elección de su plan, se constata que en un 40% de las personas demoran menos de 24 horas en elegirlo desde que le mostraron la opción del plan hasta que firmó.

Gráfico 15: Tiempo que demora el usuario en elegir el plan de salud (2007)



Fuente: Estudio Dimensiones de valor que tiene el usuario al elegir su plan

Otro elemento evaluado y relacionado con los cambios incorporados en la Reforma es la tabla de factores, cuando se les pregunta si han mirado la información de la tabla de factores sólo un 44% asegura haberla visto, lo que se acentúa en los sujetos más jóvenes y en el grupo socioeconómico C3D. Interesa a nuestra institución que la gente se empodere, entre otros temas sobre el conocimiento de la tabla de factores y los nuevos cambios.

Gráfico 16: Recuerdo y conocimiento en la tabla de factores del plan de salud



Fuente: Estudio Dimensiones de valor que tiene el usuario al elegir su plan

Finalmente, las conclusiones de este estudio dan cuenta, en primer lugar, que el ordenamiento de las prestaciones para las personas en la elección del plan cobra importancia, es decir, la comparación de aquellas de mayor a menor riesgo médico y financiero, si lo que busca es seguridad-protección. En segundo lugar, mostrar referencias de precio para construir percepción de conveniencia y en tercer lugar, contar con instrumentos de comparación que incorpore prestaciones asociadas al ciclo de vida.

7.- Conclusiones y recomendaciones

7.1 Movilidad y Cotizantes Nuevos

Comparando los “stocks” de cotizantes 2004 y 2008

La reforma ha colaborado en aumentar la participación de las mujeres y los adultos mayores y desde 2004 en disminuir, leve pero sostenidamente, la brecha de riesgo por edad y sexo entre las familias de los cotizantes del Fonasa y las Isapres. No obstante, lo anteriormente señalado está ocurriendo a un alto costo económico para los usuarios.

Analizando el Flujo de cotizantes 2004 y 2008 y profundizando en los cotizantes nuevos

El flujo de cotizantes que sale y que entra al sistema durante el período de análisis, ratifica las tendencias de reemplazar cotizantes de menores ingresos por cotizantes de mayores ingresos, capaces de pagar primas por persona más altas. Con todo, ingresan más mujeres y adultos mayores que los que se retiran del sistema.

Se puede afirmar que las personas que las isapres han estado admitiendo durante 2007, se caracterizaron por ser muy jóvenes, en su mayoría hombres solos o sin cargas, que cotizan por debajo del promedio de la cartera total.

Facilitado por que los cotizantes que ingresan y permanecen en el sistema isapre durante 2007 tienen menos cargas, el sistema ha logrado, en promedio, ofrecerles coberturas mayores a precios de planes menores. Sin embargo, esto se produce en un contexto de menor consumo por prestaciones de las personas que ingresan al sistema, respecto de la cartera en su conjunto.

Las mayores coberturas financieras para quienes ingresan están explicadas fundamentalmente por dos de las seis isapres analizadas en detalle, ING y Vida Tres, donde las diferencias de primas son notables entre la cartera en su conjunto y los que ingresan en el año 2007.

Al analizar el gasto total de los cotizantes, es decir, prima más copagos como gasto directo de bolsillo, vemos que el aumento de cobertura no se debe a un traslado de una porción del co-pago al prefinanciamiento de la prima en base al gasto esperado. Hay un 9% de diferencia entre primas (ajustadas por riesgo) y un 24% de diferencias entre co-pagos. Esta observación de lo que ha estado ocurriendo podría ser favorable, ya que siempre es mejor y más eficiente para el sistema incentivar el prefinanciamiento que el gasto de bolsillo al momento de enfermar, siempre y cuando no exceda la siniestralidad real el cálculo de un costo esperado ex – ante.

Por último, la característica encontrada acerca de las coberturas financieras se expresan también en la política de comercialización de planes, con coberturas nominales ofrecidas en los planes bastantes más altas con relación al resto de la cartera. Sin embargo, estas no se corresponden con la brecha encontrada y parecen abultados, lo que sólo puede explicarse por una menor cobertura vía topes de gasto o aranceles de cálculo de co pago más bajos (aranceles de las Isapres).

7.2 Co-pagos y protección financiera

Entre los años 1997 y el 2007, el gasto de bolsillo en salud de los hogares del Gran Santiago prácticamente se ha mantenido (dependiendo de cómo se mida, si sobre el ingreso o sobre el gasto total) o ha disminuido levemente, pero esto último ha ocurrido para el grupo de ingresos

más alto. Los resultados de la encuesta INE son especialmente relevantes para el sistema Isapres, si consideramos que la gran mayoría de sus integrantes pertenecen a los quintiles de mayores ingresos, es decir, con excepción del quintil 3, los beneficiarios isapres deberían experimentar una reducción en que el gasto de bolsillo.

Por otra parte, los copagos por prestación han estado disminuyendo levemente desde el año 2005 a junio de 2008. Entre los copagos de adultos mayores y el conjunto de los beneficiarios se ha venido reduciendo la brecha hasta, prácticamente, cero en junio de 2008. En cualquier caso, llama la atención que el copago hospitalario, en promedio, es más bajo en adultos mayores que en el conjunto (el espejo de aquello es que el copago ambulatorio sea mayor). Las mujeres presentan desde el 2003 copagos crecientemente superiores a la de los hombres.

Si bien en los procesos de adecuación los precios son superiores en los planes con mayor concentración de mujeres y adultos mayores, las diferencias son significativamente menores que lo permitido por la banda de precios, con los consiguientes espacios para una mejora en la regulación.

Las tablas de factores actualmente en comercialización, si bien se acercan más a los perfiles de gastos de los usuarios que las tablas antiguas no obstante, en algunos casos, pueden presentar diferenciales de factores de riesgo por sexo superiores a las antiguas.

7.3 Percepción de los Usuarios

La percepción de protección se ha mantenido en los últimos años entre los usuarios de isapres. Pero debe ser relativizado por el hecho que el significado de protección tiene acepciones distintas a salud y, en cierto modo, inesperadas (como asociaciones a la familia o la seguridad pública). La satisfacción con el sistema de salud en usuarios es bastante crítica y en Isapres aumenta positivamente entre 2004 y 2007. Para los usuarios del sector privado el sistema se asocia con los proveedores y con las isapres y no sólo con uno de ellos.

En el sistema isapre, la sensación de protección presenta diferencias importantes para mujeres y adultos mayores. Lo mismo ocurre con el nivel de satisfacción con el sistema isapre. En general, el nivel de satisfacción con el plan de salud en el sistema isapre es mediocre, desconfiado del producto y con poco conocimiento del mismo, lo que hace que las críticas sean genéricas e inespecíficas.

7.4 Recomendaciones

En resumen, las mediciones arrojan avances y movimientos hacia los objetivos deseados pero sería deseable pasar a una nueva etapa de regulación que permita profundizar los impactos y disminuir las desviaciones. Para esto se necesita poner al sistema Isapre y al sistema de salud en su conjunto al nivel de la regulación existente en sistemas similares a nivel internacional, en temas tan relevantes como las innovaciones al Fondo de Compensación Solidario, la movilidad de los cotizantes y mejorar la regulación de los planes de salud así como de sus precios, a saber:

Innovaciones al Fondo de Compensación Solidario entre ISAPRES y aumentar la movilidad de cotizantes

Teniendo en cuenta el informe de evaluación del Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud del 2007, el informe del panel de expertos del 2008 y el presente análisis, podemos afirmar que existen razones importantes para acometer una mejora al fondo

de ajuste de riesgo. Por un lado, es posible explorar una nueva fórmula de ajuste que incorpore la morbilidad como ajustador de riesgo, además de sexo y edad, y por otro lado, una metodología que permita mejorar la predictibilidad del modelo y subsanar el problema del flujo relativamente mayor de recursos hacia las Isapres con menores tasa de uso de las GES.

Como es conocido, existen importantes grupos de beneficiarios de Isapres que no pueden elegir otra institución más que la que están, debido a que presentan enfermedades o condiciones de salud (como el embarazo, o simplemente por edad e ingreso) que serán consideradas pre-existentes en una nueva y no será aceptada, lo que limita la movilidad y la competencia. Además, llegado el momento, estas personas podrían no seguir pagando el plan que mantienen y tendrían que migrar al Fonasa, con consecuencias negativas para el conjunto del sistema.

En aras de evitar dicho problema, se propone analizar modelos de fondo de riesgo compartido para los altos riesgos y/o altos costos, como los existentes en Holanda, Bélgica, Alemania, Israel y en varios sitios de los Estados Unidos. El análisis de un modelo como el comentado podría darse a la luz de la experiencia con la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), que funciona como un reaseguro para altos costos pero individual por ISAPRES, no constituyendo un pool entre entidades. Con el fin de evitar problemas de auto-selección relacionados a situaciones catastróficas, aspectos regulatorios como la conveniencia de exigir a las personas una antigüedad en el sistema podrían ser importantes.

Regulación de precios de los planes

Se trata de mejorar la regulación de precios existente, ya que la capacidad de manipulación por parte de las isapres ha superado las expectativas y las alzas vienen siendo demasiado altas. En efecto, la reforma dotó a la Superintendencia de un mecanismo de regulación de precios de planes a través de una banda del 30%, con el objetivo de disminuir la varianza de los precios y evitar los casos extremos de alza que castigan a los individuos más riesgosos. No obstante la baja sostenida en las alzas anuales de precios en los últimos años y, ciertamente, en la varianza entre beneficiarios, en el presente año se revirtió con un alza de 8% real.

En pos de alinear el marco regulatorio chileno con las mejores prácticas internacionales en materia de regulación de precios de planes, se propone una revisión exhaustiva de las experiencias en Europa y Estados Unidos en salud como en otros sectores con ideas similares aplicables al sector salud. Un elemento importante a considerar es que la regulación de precios debe ir acompañada de la regulación de productos, en este caso de los planes de salud.

Referencias

Cid C, Muñoz A (2008). “Evaluación de la Reforma de Salud en el Sistema Isapre y su Impacto en los Beneficiarios (Parte III de 2008)”. Departamento de Estudios y Desarrollo. Superintendencia de Salud. Septiembre de 2008

Cid C, Muñoz A (2008). “Evaluación de la Reforma de Salud en el Sistema Isapre y su Impacto en los Beneficiarios (Parte II de 2008)”. Departamento de Estudios y Desarrollo. Superintendencia de Salud. Junio de 2008

Cid C, Muñoz A (2008). “Evaluación de la Reforma de Salud en el Sistema Isapre y su Impacto en los Beneficiarios (Parte I de 2008)”. Departamento de Estudios y Desarrollo. Superintendencia de Salud. Marzo de 2008

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. www.supersalud.cl

Ibern P, Ellis R y Wasem J and Vargas V (2008). “Panel de Expertos para la Evaluación del Fondo de Compensación entre Isapres”. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud, Octubre de 2008. www.supersalud.cl

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

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.

Instituto Nacional de Estadísticas (INE), (2008). Resultados Encuesta de Presupuestos Familiares Nov. 2006 – Oct. 2007, 08 de Julio de 2008. presentación en www.ine.cl

Instituto Nacional de Estadísticas (INE), (2008). Metodología VI Encuesta de Presupuestos Familiares 2006 - 2007. www.ine.cl

Instituto Nacional de Estadísticas (INE), (2008). Estadísticas del Mercado del Trabajo. Índice General de Remuneraciones, en www.ine.cl

Ministerio de Salud, Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS (2008). Estadísticas de Población. <http://deis.minsal.cl> (intranet)

Pezoa M. (2008). “Cómo piensan, siente y evalúan los usuarios del sistema la implementación de la reforma de salud”. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud, Diciembre 2008, por publicar.

Sánchez M. (2008) “Análisis de los planes de salud” Departamento de Estudios y Desarrollo. Superintendencia de Salud. www.supersalud.cl

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. www.supersalud.cl

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 (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. . www.supersalud.cl

Superintendencia de Salud (2005). "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. . www.supersalud.cl