



TASC

TRABAJO
DE ASESORIA
ECONOMICA
AL CONGRESO
NACIONAL

30

ISSN 0716 7782

ARCHIVO

REPUBLICA DE CHILE
RESIDENCIA
REGISTRO Y ARCHIVO
NR. 921884
A: 13 ENE 92

P.A.A.	<input checked="" type="checkbox"/>	R.C.A.	<input type="checkbox"/>	F.W.M.	<input type="checkbox"/>
C.B.E.	<input checked="" type="checkbox"/>	M.L.P.	<input type="checkbox"/>	P.V.S.	<input type="checkbox"/>
M.T.O.	<input type="checkbox"/>	E.D.E.C.	<input type="checkbox"/>	J.R.A.	<input type="checkbox"/>

ENERO DE 1992

MODIFICACIONES A LA ACTUAL LEGISLACIÓN DEL SISTEMA DE ISAPRE

Algunas de las medidas que se han anunciado apuntan en la dirección correcta en el sentido de solucionar insuficiencias existentes en la actual legislación sobre el subsistema privado de salud. Sin embargo, mientras no exista una solución integral para todo el sistema de salud (incluyendo FONASA), no parece razonable imponer la obligatoriedad de aportar el 0,9% -como cuenta de ahorro obligatorio para la etapa de afiliado pasivo- a todos los actuales afiliados al sistema de ISAPRE.

El gobierno ha anunciado el próximo envío al Parlamento de un proyecto de ley que modifica la actual legislación sobre Instituciones de Salud Previsional (Ley N°18.933 de 1990). Aun cuando no se conoce la versión final de este proyecto, han trascendido algunos de sus contenidos, generando varios de éstos una fuerte controversia entre los representantes del sector privado y las autoridades de gobierno, en un debate que se ha desarrollado principalmente a través de la prensa. El presente informe TASC analiza los aspectos más relevantes de este proyecto.

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

El surgimiento del sistema privado de salud, constituido por las ISAPRE, representó un significativo avance en el sentido de otorgar una mayor libertad de elección a los cotizantes de un sistema de seguros de salud. Si bien es cierto el acceso a las ISAPRE se encuentra restringido a los estratos de ingresos altos y medios, no es menos cierto que el sistema privado de salud ha sido capaz de expandirse sostenidamente ofreciendo una atención diri-

gida a satisfacer las necesidades de atención de salud de un número cada vez mayor de beneficiarios.

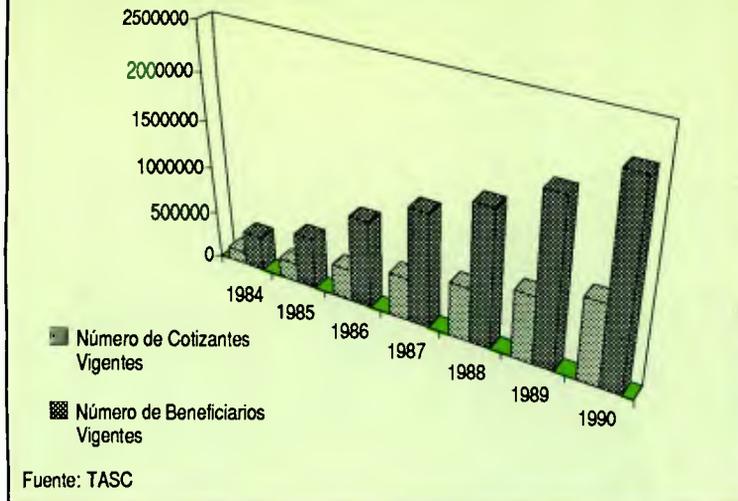
No obstante lo anterior, existe una serie de insuficiencias y problemas dentro del sistema de salud que buscan ser abordados por los principales contenidos del proyecto de ley que se discute. Uno de los problemas más frecuentemente mencionados se refiere a la falta de transparencia del sistema. Las intrincadas cláusulas de los contratos, la referencia a distintos aranceles para establecer el valor de las prestaciones, la falta de una normativa que regule la terminología utilizada y su interpretación, entre otros, dificultan muchas veces una elección racional e informada por parte de los afiliados.

Un segundo elemento que se señala como distorsionador de la operación del mercado es la existencia de la cotización legal obligatoria, lo que en la práctica es equivalente a la fijación de un precio mínimo que obliga a algunos individuos a sobreasegurarse, es decir, a contratar beneficios mayores a los que elegirían libremente de acuerdo a su expectativa de sufrir alguna enfermedad o accidente, su nivel de ingreso y su disposición a asumir por su cuenta parte de los gastos de la atención médica. Esto representa un factor de ineficiencia en la asignación de los recursos e impide

que por la vía de la competencia se reduzcan las utilidades sobrenormales del sistema. Si bien las instituciones compiten a través de otorgar mejores planes a menor costo, en la práctica esto no afecta los márgenes (cotización-gasto en prestaciones y licencias médicas) que les reportan los beneficiarios de menor riesgo relativo (principalmente personas jóvenes), ya que no los induce a utilizar más intensivamente el seguro. Por otra parte, el nivel de los beneficios posibles de otorgar tiene un límite y, en algunos casos, la cotización obligatoria excede de la prima que determinaría el mercado en un equilibrio competitivo para ese nivel máximo de beneficios.

Otra de las insuficiencias mencionadas se refiere a los problemas que enfrentan los enfermos crónicos. Debido a los altos costos que demanda su atención, éstos en general no son aceptados por las instituciones o bien se desincentiva su afiliación mediante el cobro de elevadas primas o de exclusiones y/o períodos de carencia en la cobertura, es decir, períodos de espera para que el seguro entre a cubrir en forma normal ciertas prestaciones, a pesar de estar vigente el contrato de salud. Dentro de la lógica de los seguros, que tienen como función proteger contra eventos futuros inciertos, resulta difícil que las institu-

COTIZANTES Y BENEFICIARIOS DEL SISTEMA DE ISAPRE



Se define, norma y regula el concepto de preexistencia y se incorpora el concepto de indisputabilidad. Esto último implica que transcurrido cierto plazo, desaparecen en forma absoluta los efectos de las exclusiones respecto a las enfermedades preexistentes, hayan sido o no declaradas.

EVALUACIÓN

En lo que respecta a las medidas que apuntan a mejorar la transparencia del mercado, se advierte un avance en cuanto a las atribuciones de la Superintendencia para fiscalizar a las instituciones y para impartir normas relativas a la publicación de información relevante para los demandantes. Sin embargo, con el fin de facilitar la elección entre planes alternativos, es necesario establecer normas más precisas respecto a la terminología y presentación de los contratos. Un elemento que ayudaría a la comprensión por parte del público sería el establecimiento de un arancel referencial único, a base del cual se pacten libremente los topes y coberturas. Si cada institución puede definir libremente su propio catálogo valorizado, la posibilidad de comparar los beneficios otorgados por distintos planes se hace extremadamente difícil porque se desconoce la valoración que el arancel le otorga a cada grupo individual de prestaciones. Ello puede derivar en la presentación a los consumidores de elevados topes y porcentajes de bonificación que aplicados a una base

subvaluada representan beneficios mucho menores que los aparentes. En todo caso, en lo que respecta al arancel de referencia, éste debe entenderse como unidad de cuenta y de ninguna manera puede utilizarse como una forma de regular beneficios y de fijar precios.

A través del mecanismo de restitución de los excedentes entre el precio del plan y la cotización obligatoria, por la vía de destinarlos a la cuenta de ahorro para la tercera edad, se tiende a flexibilizar y optimizar la distribución intertemporal del gasto en seguros de salud. De esta forma, se da cierta libertad a las personas para elegir el monto por el cual desean asegurarse en el presente, permitiendo la opción de incrementar el ahorro para el futuro más allá del 0,9% obligatorio. Esto tenderá a disminuir el problema del sobre-seguro. Sin embargo, la solución aún es limitada, por cuanto el porcentaje de cotización obligatoria para salud continúa siendo fijo y no permite que parte de esos recursos se destinen a otros fines, de acuerdo a las preferencias y riesgo de los individuos. Lo óptimo sería flexibilizar el porcentaje de la renta imponible que se destina tanto a la cobertura de salud presente como futura, manteniendo solamente la obligatoriedad de contratar un plan mínimo y de ahorrar un monto que asegure la cobertura de ese plan mínimo en el futuro.

Las otras dos alternativas de restitución del excedente—copago y aumento de beneficios—no resultan relevantes para aquellos individuos cuyo perfil de gastos está muy por debajo de la

cotización. El financiamiento de copagos más bien incentiva una sobreutilización del sistema y la complejidad que implica la administración del mecanismo puede significar un aumento importante en los gastos.

En relación al problema de discriminación contra los enfermos crónicos, la ley establece algunos mecanismos que entregan una solución parcial. La incorporación del concepto de indisputabilidad, la estipulación precisa de las exclusiones permitidas y la obligatoriedad de otorgar beneficios por las prestaciones incluidas en el listado de la Superintendencia, el perfeccionamiento de la disposición que regula las revisiones anuales de los contratos por parte de la institución y la posibilidad de establecer sanciones, entre otras, tenderían a otorgar una mayor protección al asegurado y a eliminar en parte las barreras a la entrada a los individuos con enfermedades preexistentes. Así por ejemplo, un enfermo de cáncer teóricamente tendría la posibilidad de ingresar a una ISAPRE recibiendo una cobertura del 25% del plan pactado, lo que eventualmente puede ser mejor que los beneficios que otorga FONASA. Sin embargo, existen una serie de resquicios para contravenir estas normas: por la vía de establecer primas prohibitivas para estas personas, especialmente en un esquema de planes individuales o a la carta; generando topes muy restringidos a la cobertura anual de determinadas prestaciones o a la cobertura total del plan de salud; castigando el valor de determinadas prestaciones en el arancel; etc. En este sentido, el concepto de beneficios mínimos equivalentes a un 25% del plan convenido resulta extremadamente impreciso y, por lo tanto, difícil de fiscalizar. Por otra parte, el listado de prestaciones que emitirá la Superintendencia tendría que ser completamente exhaustivo en la incorporación de todas las posibles alternativas de medios diagnósticos y terapéuticos para enfrentar ciertas enfermedades catastróficas, lo que tendería a rigidizar el sistema. Sin embargo cualquier medida relativa al problema de los enfermos crónicos debe considerar que es lógico que el sistema privado establezca determinadas protecciones para regular el ingreso de personas que se encuentran afectadas por enfermedades crónicas y/o preexistentes, así como es lógica

la protección de aquellas personas que estando en el sistema adquirieran enfermedades crónicas y/o catastróficas.

El punto de mayor controversia pública ha sido la creación de la cuenta de ahorro para la tercera edad. Conceptualmente, el mecanismo propuesto apunta en una dirección correcta: permite afrontar una situación que es previsible, a través del ahorro de los propios afectados, evitando de esta forma que éstos pasen a ser carga del Estado en el futuro. El fundamento es equivalente a la existencia del fondo de pensiones. Además, permite una distribución intertemporal de los recursos más eficiente, reduciendo el piso que impone la cotización obligatoria. Cabe hacer notar, sin embargo, que ésta es una solución para quienes serán ancianos en 20 o 30 años más. Es probable que la mayoría de los beneficiarios que actualmente tienen más de 40 años, no estarán en condiciones de financiar las mayores primas asociadas a la vejez y, por lo tanto, tendrán que ser absorbidos por el sistema estatal, a menos que se opte por un subsidio a la demanda que complemente la cotización. Otro aspecto que debería aclararse es la razón que fundamenta la determinación del 6,1% y 0,9% como porcentajes de cotización para el seguro de salud presente y futuro respectivamente.

Por otro lado, la implementación práctica del mecanismo genera algunos inconvenientes. En primer término, al no hacerse extensivo a FONASA, virtualmente congela las posibilidades de expansión del sistema ISAPRE a través de la captación de beneficiarios del sistema de seguro público, lo que afecta principalmente a los sectores medios. Por otra parte, introduce un factor de inequidad, ya que el proyecto establece que en el evento que un afiliado de ISAPRE se traspare a FONASA, lo acumulado en la cuenta pasa a formar parte de su fondo de pensiones, desviándose del financiamiento de sus gastos de salud. Si, como es lo más probable, el individuo se traspara en el momento en que su

perfil de gastos es mayor que sus cotizaciones, significará una carga para el resto de los beneficiarios de FONASA sin que se tenga la posibilidad de destinar lo acumulado en la cuenta al financiamiento del sistema solidario. Todo lo anterior sugiere la necesidad de diseñar una solución más integral que incluya la globalidad de los sistemas previsionales existentes. No obstante, esto debería abarcar una reforma profunda del sistema de seguro público, que al menos permita una relación más directa entre los beneficios que se reciben y el monto de los aportes (cotizaciones).

En segundo lugar, la reducción de la cotización obligatoria para el financiamiento del plan corriente, tendrá como resultado que aquellos beneficiarios de ISAPRE que se encuentren en el margen (los de más bajos ingresos), ya no podrán solventar los planes mínimos ofrecidos y por lo tanto se verán forzados a retirarse del sistema. Para otros significará la adecuación del nivel de beneficios a la menor cotización o el pago de un adicional para mantener el plan vigente. En todo caso, el número de individuos que se verán afectados dependerá de cómo, por la vía de la competencia, el mercado distribuirá el costo entre oferentes (ISAPRE y prestadores) y demandantes (beneficiarios). Las ISAPRE absorberán parte del costo reduciendo sus utilidades o aumentando su eficiencia. Esto último por la vía de reducir sus gastos administrativos o a través de mecanismos de contención de costos que permitan disminuir la transferencia de recursos a los prestadores. Por último, cabe destacar que aquellos individuos que se encuentran sobresegurados en relación a su nivel de riesgo, y que por lo tanto generan un amplio margen de utilidad para la institución, se verán beneficiados con la medida puesto que accederán a beneficios similares pero a un menor costo. Los datos disponibles no permiten estimar con algún grado de precisión cuántos beneficiarios de ISAPRE se verían obligados a retirarse del siste-

ma por efecto del 0,9%. En términos gruesos, y excluyendo la posibilidad que las instituciones asuman parte del costo o aumenten su eficiencia, el número de cotizantes afectados que se verían obligados a emigrar superaría los 200.000 afiliados. Una de las vías para lograr una reducción en el precio de los planes mínimos sería el control de los gastos de administración y ventas en que incurren las instituciones. A junio de 1991, éstos representaron un 17,7% de los ingresos de explotación del sistema, 18,2% en las ISAPRE abiertas y 14,9% en las cerradas. La evolución de este indicador en los últimos años presenta una clara tendencia a la baja y aún no se aprecia un nivel de estabilización, por lo tanto es esperable que el mercado reaccione en esa dirección. Por otra parte, la rentabilidad sobre capital y reservas promedio del sistema, alcanzó a 40,5% en 1990 (ver cuadro), lo que implica un amplio margen para que las instituciones asuman parte del costo mediante la reducción de utilidades.

CONCLUSIÓN

A modo de conclusión cabe destacar, que, mientras no haya una solución integral que incluya a FONASA, no parece razonable imponer la obligatoriedad de aportar el 0,9% a todos los actuales afiliados a ISAPRE, puesto que desde cierta edad y/o nivel de ingresos, lo acumulado en la cuenta no será suficiente para evitar que se vean obligados a trasparse al sistema estatal en la etapa de pasivos, por lo tanto el ahorro forzoso no resulta relevante. En este sentido, el mecanismo debería ser aplicable sólo a los jóvenes que están ingresando al mercado del trabajo. Con todo, cualquier solución del sistema de salud debe partir por reconocer el aporte que el subsistema privado de salud realiza, especialmente si se considera el sostenido aumento de beneficiarios del sistema de ISAPRE en los últimos años.

Esta publicación es una colaboración de **ILADES/Georgetown University**, en asociación con la Unión Social de Empresarios y Ejecutivos Cristianos (USEC), que se realiza con el propósito de contribuir al análisis de los proyectos de leyes que inciden sobre la organización económica y social chilena, para lo cual cuenta con el apoyo económico del CIPE.

Director responsable: Felipe G. Morandé

Para mayor información, se ruega llamar a **TASC**, al teléfono 671 0283, contactarse vía Fax al 698 6873, o bien dirigirse a las oficinas de **ILADES**, Almirante Barroso 6, Santiago.

