

PRODUCTO Y PRECIOS EN EL SISTEMA ISAPRE

Departamento de Estudios y Desarrollo

Septiembre de 2008

En este documento se describen las principales características del producto ofrecido por las Isapres, su precio y el mecanismo previsto en la ley para la adecuación de los mismos, haciendo énfasis en la problemática que estos temas presentan como fundamento para una nueva revisión de la legislación que los sustenta.

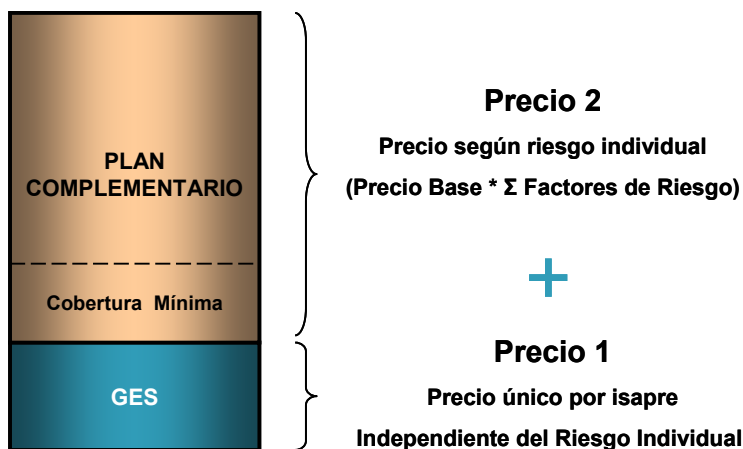
1. Producto

1.1 Antecedentes

Uno de los problemas importantes que todavía presenta el Sistema Isapre tiene que ver con la multiplicidad y complejidad del producto que se comercializa, condiciones que dificultan a los usuarios efectuar comparaciones que les permitan seleccionar el plan de salud más adecuado a sus necesidades y hacer un uso eficiente de los mismos.

Conforme a la ley vigente¹, el producto comercializado por las Isapres se compone de dos partes principales. La primera parte, son las Garantías Explícitas en Salud (GES) cuya prima es pareja para todos los beneficiarios de una misma isapre y la segunda, es el Plan Complementario de Salud, cuyos beneficios no pueden ser inferiores a los que otorga el Fonasa para todas las prestaciones incluidas en su arancel de libre elección y cuyo precio se determina para cada beneficiario en función de su edad, sexo y condición de cotizante o carga.

Estructura del Producto en el Sistema Isapre



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud

¹ Artículos 189 y 190 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud

Si bien con la reforma se logró un avance elemental en términos de la definición del producto y un progreso significativo en lo relativo a la estandarización de los planes de salud, al incorporar las GES como plataforma de beneficios tanto en el Fonasa como en las Isapres, existe aún gran diversidad entre los planes complementarios de salud, a partir de los cuales las isapres entregan cobertura a todas las prestaciones de salud que se producen fuera del contexto de las GES, planes que, pese a la existencia de las GES, todavía son responsables de más del 80% del gasto operacional en el Sistema Isapre.

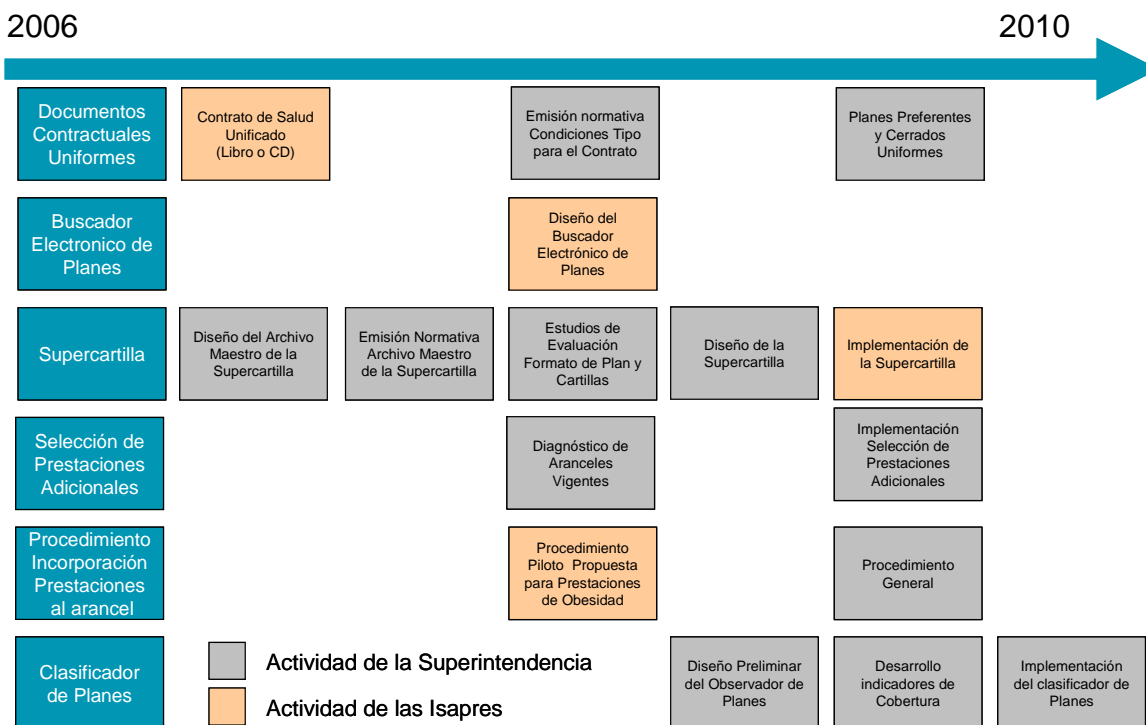
Frente a la diversidad de planes complementarios, la Superintendencia de Salud, en un trabajo conjunto con la Asociación de Isapres de Chile, ha venido desarrollando desde el año 2006, un proyecto sobre “Estandarización y Simplificación de Planes” cuyo propósito ha sido avanzar en la exploración de medidas reglamentarias viables que contribuyan a aumentar la transparencia de los planes de salud y disminuir las asimetrías de información existentes en el Sistema Isapre. Lo anterior, buscando por una parte, empoderar a los usuarios para que puedan ser capaces de comprender y usar adecuadamente el producto que están comprando y por otra, estimular la transparencia y la competitividad en el Sistema Isapre².

En el marco del proyecto señalado, se han consensuado con las Isapres una serie de iniciativas de regulación y autorregulación que se han ido implementando paulatinamente en el tiempo y que se enmarcan dentro las siguientes cinco líneas de acción:

- Uniformar los formatos y contenidos de los diferentes documentos contractuales y particularmente, de los diferentes tipos de planes de salud en comercialización con el propósito de hacerlos comparables.
- Diseñar instrumentos que permitan traducir y hacer comparables las coberturas financieras de las prestaciones o grupos de prestaciones contenidas en el arancel de la MLE.
- Diseñar instrumentos que permitan conocer y comparar las prestaciones anexas al Arancel del Fonasa que están siendo bonificadas por los distintos planes de salud.
- Definir un modelo de búsqueda y comparación de planes en Internet que permita a los usuarios conocer la oferta de planes de cada Isapre según las características del grupo familiar y preferencia en el uso de prestaciones de salud, modelo que constituye un primer paso hacia la venta electrónica de los planes.
- Implementar una herramienta que permita ordenar la oferta de planes en función de determinados atributos del plan de salud que se consideren relevantes en la decisión de compra y permita avanzar hacia la constitución de un número acotado de familias de planes. Una primera etapa en este cometido consiste en definir un instrumento que permita agrupar los distintos planes de salud en función del nivel de bonificaciones para posteriormente implementar un indicador de cobertura efectiva por plan y por isapre que sirvan al usuario en su decisión de compra.

² Ver documentos “Estandarización Planes Avances de Propuestas. Año 2006” y “Estandarización Planes Propuesta Preliminar de Normativa. Año 2007”, ambos elaborados por el Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud.

Proyecto Estandarización y Simplificación de Planes de Salud Programa de Actividades



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

No obstante, los esfuerzos realizados para hacer más transparente el producto ofrecido por las Isapres, subsisten en el mercado múltiples planes complementarios de salud orientados a diferentes segmentos de la población y con un gran margen de variedad acorde, en el extremo, con todos los montos de cotización posibles de obtener para cada grupo objetivo. Esta diversidad de planes se produce especialmente entre las isapres abiertas del Sistema que, bajo una mayor presión competitiva, han intentado maximizar sus ventas estableciendo amplias diferenciaciones al producto.

La complejidad y diversidad de la oferta de planes complementarios de salud redundan en la práctica, en que los usuarios se adscriban al Sistema y a un plan de salud específico sin saber concretamente lo que están comprando, esta falta de claridad con respecto al producto, reduce la competencia entre las Isapres y genera pérdidas de bienestar entre los beneficiarios³.

Algunos economistas plantean que una solución a este problema consiste en definir un determinado número de planes obligatorios para el sistema, los cuales deban ser vendidos por todas las isapres en forma estándar para facilitar a las personas su comparación, quienes sólo tendrían que fijarse en el precio y averiguar la calidad del servicio para elegir el plan más conveniente. Estos economistas no desconocen que una postura económica más ortodoxa no aprobaría la estandarización de los planes, por cuanto, con ello se atenta contra la libertad de elección de los usuarios, derecho que para esa corriente del pensamiento es anterior a todos los demás derechos que pueda tener el usuario. A pesar de ello, se insiste en que las ventajas de la

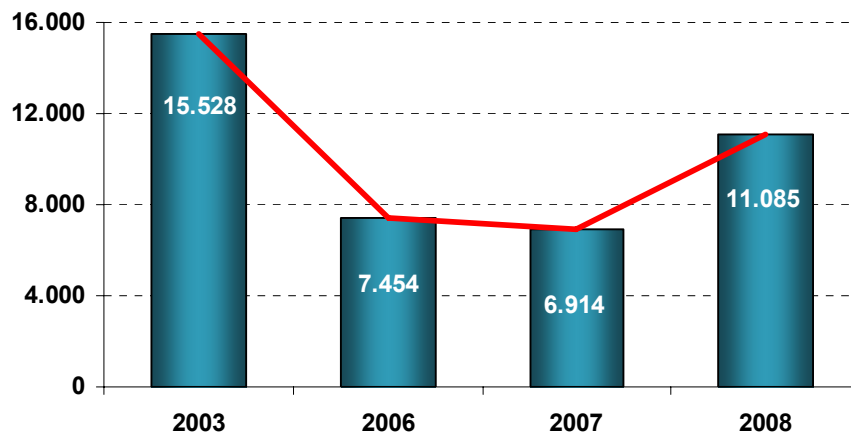
³ Véase Fischer, Ronald: "Cómo reformar el sistema ISAPRE", Perspectivas en Política, Economía y Gestión, 1998, pp 249-261.

estandarización son superiores a lo que se perdería en cuanto a variedad, no sólo en este mercado sino en cualquier otro que implique una evaluación compleja⁴.

1.2 Diagnóstico de la Oferta de Planes Complementarios

A enero de 2008, el Sistema Isapre informa la existencia de 43.092 planes complementarios de salud vigentes, de los cuales, 11.085 se encuentran en comercialización (25,7%). Con respecto a diciembre de 2003, período anterior a la entrada en vigencia de la reforma, la cantidad de planes comercializados (oferta de planes) disminuyó en un 28,6%. Sin embargo, en el último año se observa una recuperación significativa de la oferta de planes complementarios que alcanza un 60,3%, pasando desde 6.914 planes en enero de 2007 a 11.085 en enero de 2008.

Evolución de la Oferta de Planes Complementarios de Salud 2003 a 2008



Fuente: Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud, a partir de la Información del Archivo Maestro de Planes Complementarios

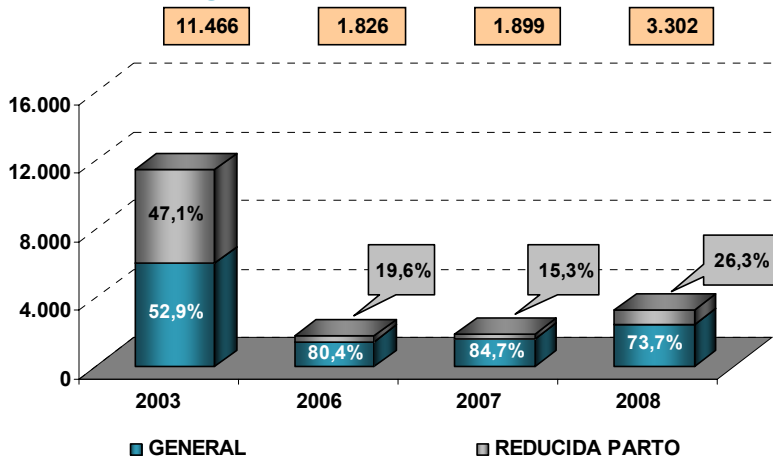
La misma tendencia se advierte entre los **planes individuales en comercialización**, los que a enero de 2008 suman 3.302 planes que representan en torno al 30% de la oferta total. Esta oferta se considera bastante amplia, además, los planes presentan gran diversidad de atributos, todo lo cual hace muy compleja su selección por parte de los potenciales cotizantes.

En cuanto a la **amplitud de la cobertura** que ofrecen, los planes de salud pueden clasificarse en planes con cobertura general y planes con cobertura reducida de parto u honorarios médicos. A enero de 2008, los planes individuales en comercialización son en su mayoría planes con cobertura general (73,7%). Sin embargo, el último año se observa un significativo incremento de los planes con cobertura reducida de parto que alcanza un 197%, pasando de 291 planes en enero de 2007 a 867 en enero de 2008.

Cabe señalar, que la instauración de una cobertura mínima para los planes complementarios de salud en razón de la reforma, contribuyó a disminuir de manera importante la cantidad de planes con coberturas reducidas. Sin embargo, la tendencia descendente mostrada los dos primeros años después de la reforma, se rompe en enero de 2008.

⁴ Véase Engel, Eduardo y Navia, Patricio: Que gane "el más mejor", cap. 4, pp 243-245.

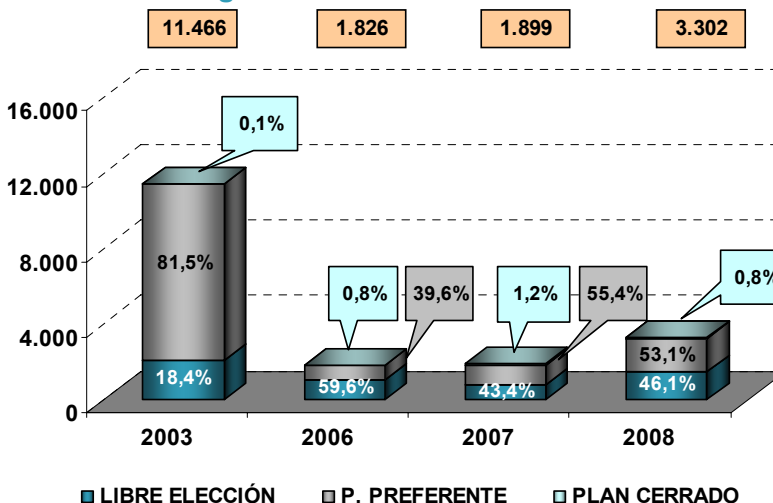
Evolución de la Oferta de Planes Individuales de Salud Según Amplitud de la Cobertura



Fuente: Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud, a partir de la Información del Archivo Maestro de Planes Complementarios

En cuanto a la **modalidad de atención**, los planes pueden clasificarse en planes de libre elección, planes con cobertura preferente y planes cerrados. A enero de 2008, la oferta de planes individuales muestra un cierto equilibrio entre la libre elección y la cobertura preferente mientras que los planes cerrados son escasos. Con respecto a diciembre de 2003, dentro de la oferta de planes individuales se observa una evolución en los planes de libre elección en desmedro de los planes con cobertura preferente cuya relevancia cae desde 81,5% a un 53,1%. También se destaca un incremento de los planes cerrados aunque a una menor escala.

Evolución de la Oferta de Planes Individuales de Salud Según Modalidad de Atención



Fuente: Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud, a partir de la Información del Archivo Maestro de Planes Complementarios

En lo que se refiere a **coberturas**, se observa que un 76,6% de los planes en comercialización ofrecen coberturas superiores al 70%, con diferentes combinaciones entre lo ambulatorio y lo hospitalario, esta cifra es inferior a la que muestra el total de planes vigentes (87,5%) indicando que la oferta de planes ha evolucionado hacia coberturas inferiores. Asimismo, en la oferta de

planes se observa una gran concentración (45,3%) en los tramos con 70%-79% de cobertura ambulatoria con 90%-99% de cobertura hospitalaria en desmedro de planes que presenten 80%-89% de cobertura ambulatoria con 100% de cobertura hospitalaria, los que en el total de planes es equivalente a 28,2%. En general, se puede señalar que los planes en comercialización muestran mayores restricciones que el total de planes, particularmente, con respecto a la cobertura hospitalaria.

Distribución de la Oferta de Planes según tramos de cobertura Ambulatoria y Hospitalaria Enero de 2008

		Cobertura Hospitalaria								Total	Acumulado
		100%	90% - 99%	80% - 89%	70% - 79%	60% - 69%	50% - 59%	< a 50%	s/i		
Cobertura Ambulatoria	100%	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,3%	4,3%
	90% - 99%	1,8%	8,9%	0,3%	0,7%	0,8%	0,0%	0,0%	0,1%	12,6%	16,9%
	80% - 89%	9,7%	0,4%	0,5%	0,2%	0,2%	0,1%	0,0%	0,3%	11,4%	28,3%
	70% - 79%	0,6%	45,3%	0,6%	3,3%	14,3%	6,9%	0,0%	0,0%	71,0%	99,4%
	60% - 69%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	99,7%
	50% - 59%	0,0%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	100,0%
	< a 50%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	s/i	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total		16,4%	55,0%	1,4%	4,2%	15,5%	7,0%	0,1%	0,4%	100,0%	
Acumulado		16,4%	71,4%	72,8%	77,0%	92,5%	99,5%	99,6%	100,0%		

Fuente: Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud, a partir de la Información del Archivo Maestro de Planes Complementarios

Distribución de Planes Vigentes según tramos de cobertura Ambulatoria y Hospitalaria Enero de 2008

		Cobertura Hospitalaria								Total	Acumulado
		100%	90% - 99%	80% - 89%	70% - 79%	60% - 69%	50% - 59%	< a 50%	s/i		
Cobertura Ambulatoria	100%	4,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,2%	4,2%
	90% - 99%	6,0%	2,8%	0,1%	0,3%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	9,4%	13,6%
	80% - 89%	28,2%	6,5%	1,9%	0,7%	0,7%	0,1%	0,0%	0,1%	38,2%	51,8%
	70% - 79%	1,8%	32,2%	0,8%	2,0%	6,4%	2,5%	0,0%	0,0%	45,8%	97,7%
	60% - 69%	0,4%	0,1%	0,6%	0,6%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%	99,5%
	50% - 59%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,4%	100,0%
	< a 50%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	s/i	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total		40,5%	41,9%	3,5%	3,6%	7,6%	2,7%	0,0%	0,1%	100,0%	
Acumulado		40,5%	82,4%	85,9%	89,5%	97,1%	99,8%	99,9%	100,0%		

Fuente: Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud, a partir de la Información del Archivo Maestro de Planes Complementarios

1.3 Conclusiones en Materia de Producto

Si bien la oferta de planes individuales se contrajo de manera importante luego de la entrada en vigencia de las modificaciones legales introducidas a la Ley de Isapres que, entre otras materias, establecieron un máximo de dos tablas de factores para los planes en comercialización, una cobertura mínima para los planes complementarios y un proceso de adecuación de planes circunscrito al precio base de los mismos, el número disponible de planes individuales en comercialización, tanto para los nuevos afiliados como para los cotizantes antiguos afectos a los procesos de adecuación, todavía es bastante amplia (3.302 planes).

Además, los 3.302 planes individuales en comercialización muestran una gran diversidad en sus características, como por ejemplo, en cuanto a la amplitud de la cobertura que otorgan, la modalidad de atención que tienen incorporada, la zona geográfica a la cual se orientan, la

modalidad en que se expresan los precios, la combinación de coberturas ambulatorias y hospitalarias, entre otras, lo que dificulta notablemente la comparación entre ellos y mantiene las asimetrías de información entre los afiliados y las isapres, en desmedro de los primeros, condiciones que alejan a este mercado de la competencia perfecta y lo hacen poco transparente.

En consecuencia, las modificaciones a la Ley de Isapres, introducidas en razón de la reforma al sistema de salud chileno, han contribuido a contraer de manera significativa la oferta de planes complementarios en el Sistema. No obstante, la variedad de planes existentes y la recuperación de la oferta observada el último año, muestra la necesidad de explorar una nueva definición legal de los planes de salud en el Sistema Isapre que contribuya más concretamente a una mayor estandarización y simplificación de los mismos.

Propuestas de orden administrativo están siendo desarrolladas por la Superintendencia de Salud y las propias Isapres, todas orientadas a proporcionar mayor información a los usuarios en cuanto a la elección y uso de los planes de salud. Sin embargo, estas medidas se consideran insuficientes frente a la complejidad y variedad del producto que se comercializa.

Lo anterior, determina la necesidad de efectuar cambios sustantivos sobre la estructura, diseño y cantidad de planes en comercialización, sea esto a través de otorgar mayores atribuciones a la Superintendencia para intervenir en el producto y/o estableciendo por ley uno o más planes de salud estándar para la cartera de isapres e, idealmente, para toda la población del país.

2. Precios de los Planes Complementarios de Salud

2.1 Antecedentes

En el Sistema Isapre, el precio de un plan de salud se fija en consideración del gasto esperado de cada beneficiario asociado al contrato, el cual se determina en función de sus características de sexo, edad y tipo de beneficiario (cotizante o carga), que son las variables permitidas por la ley para establecer precios diferentes entre los beneficiarios de un mismo plan de salud⁵.

Así, el precio correspondiente a un plan específico se obtiene a partir de un precio base, definido para un cotizante tipo o pivote⁶ (cotizante hombre de 30 años) y de una tabla de factores, que muestra la estructura de valores relativos para los diferentes beneficiarios en función de su tipo, sexo y edad. Dicha tabla refleja, entonces, el costo asociado a cada individuo con respecto al pivote, quien asume el factor unitario, ponderando por encima o por debajo de este valor, los costos correspondientes al resto de los beneficiarios según las diferentes combinaciones de sexo y edad, según se trate de un cotizante o de una carga.

De esta forma, el precio total del plan para un grupo familiar se calcula sumando los factores correspondientes a cada uno de los beneficiarios del contrato y multiplicando el resultado de esta suma por el valor base definido para el plan en cuestión.

⁵ Artículo 199 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud

⁶ Circular IF N°6, del 2 de junio de 2005, de la Superintendencia de Salud

Ejemplo Determinación de Precios Familia Tipo

Supuestos:

Plan de Salud: AA

Precio Base (PB) = 2,8 UF

Tabla de Factores:

Grupo Familiar:

Cotizante Hombre 42 años

Cónyuge Mujer 40 años

Hijo Hombre de 9 años



Tramos	Edad	Cotizante Masculino	Cotizante Femenino	Carga Masculino	Carga Femenino
0 a menos de 2 años		2,54	2,31	2,54	2,31
2 a menos de 5 años		1,06	0,87	1,06	0,87
5 a menos de 10 años		0,78	0,65	0,78	0,65
10 a menos de 15 años		0,62	0,62	0,62	0,62
15 a menos de 20 años		0,70	0,87	0,67	0,82
20 a menos de 25 años		0,64	1,30	0,56	1,07
25 a menos de 30 años		0,81	2,02	0,65	1,57
30 a menos de 35 años		1,00	2,64	0,78	2,01
35 a menos de 40 años		1,17	2,48	0,91	1,89
40 a menos de 45 años		1,32	2,24	1,03	1,73
45 a menos de 50 años		1,62	2,47	1,27	1,87
50 a menos de 55 años		2,11	2,82	1,67	2,10
55 a menos de 60 años		2,61	3,21	2,08	2,37
60 a menos de 65 años		3,41	3,35	2,88	2,81
65 a menos de 70 años		4,16	3,50	3,82	3,25
70 a menos de 75 años		5,02	3,92	4,83	3,82
75 a menos de 80 años		6,85	4,55	6,73	4,50
80 años y más		8,05	4,90	8,00	4,89

Cálculo del Precio:

$$\text{Precio} = \text{PB} \times \sum fr_i$$

$$\text{Precio} = 2,8 \times (1,32 + 1,73 + 0,78)$$

$$\text{Precio} = 2,8 \times 3,83$$

$$\text{Precio} = 10,72 \text{ UF}^*$$

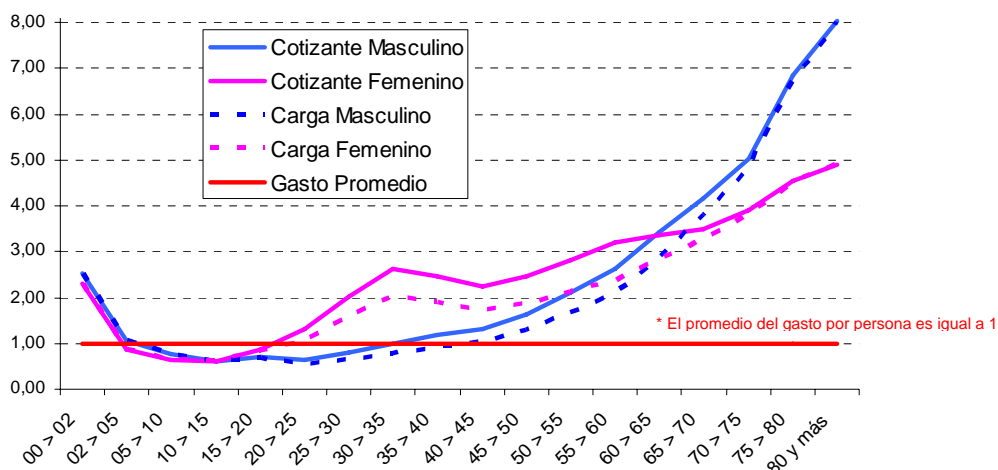
$$\text{Precio} = \$ 222.976$$

$$* \text{UF} = \$ 20.800$$

En la práctica, la metodología establecida para calcular los precios promueve una tendencia a la segmentación, es decir, a diferenciar a los individuos conforme a sus propias características que los hacen más o menos propensos a sufrir un daño o deterioro en su salud que deba ser financiado total o parcialmente por la isapre, asignándoles a cada uno de ellos una prima diferente según su nivel de riesgo.

Esta característica de la industria afecta principalmente a las personas que se encuentran dentro de los grupos de mayor riesgo, entre los que están las mujeres (en edad fértil) y los adultos mayores, situación que socialmente se interpreta como discriminatoria frente a estos grupos.

Gasto Promedio por Beneficiario Normalizado* Año 2006



Fuente: Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud, a partir de la Información del Archivo Maestro de Prestaciones de Salud del año 2006.

Con respecto a las mujeres se plantea que la variable género opera contra ellas, encareciendo su cobertura y adjudicándoles exclusivamente el costo de la reproducción, cuestión que debiera ser de interés y responsabilidad social y no sólo de la madre. Se argumenta además, que el cobro diferenciado contraviene derechos y principios consagrados en la Constitución, en el Código del Trabajo y también en la Convención de Naciones Unidas sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

En relación con la tercera edad, el principal cuestionamiento al Sistema radica en el hecho que la legislación vigente faculta a las isapres para adecuar anualmente los precios de los planes de salud, precios que además, han sido establecidos de manera diferenciada según la edad de los beneficiarios. Esta condición, por una parte, limita el acceso al sistema de las personas de tercera edad, por cuanto, las primas que deben cancelar son bastante altas en relación con las de personas más jóvenes y, por otra, limita la permanencia de los beneficiarios en el Sistema, en una etapa de la vida en que el riesgo por enfermedad aumenta y simultáneamente, los ingresos disminuyen, determinando una inevitable migración hacia el Fonasa.

Con la reforma se introdujeron una serie de modificaciones a la Ley de Isapres, que sin duda han determinado un importante avance en cuanto a hacer más transparentes las primas de los planes de salud, introducir cierta solidaridad en las mismas, controlar las alzas y disminuir en parte la discriminación de precios en el sistema, a saber:

- La introducción de las GES a un precio común para todos los beneficiarios de una misma isapre⁷ junto a la creación de un Fondo de Compensación Solidario entre las isapres abiertas, cuya finalidad es solidarizar los riesgos en salud entre los beneficiarios con relación a las prestaciones contenidas en las GES⁸.
- El establecimiento de una banda para la variación anual de los precios base de los planes complementarios, la cual permite generar incentivos para disminuir la varianza de los precios entre los planes y con ello evitar alzas desmedidas para planes que concentran beneficiarios más riesgosos, ya sea, por sexo o por edad⁹.
- 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 ajustados 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 a través de la diferenciación excesiva de los planes¹⁰.

Todas estas medidas apuntaban en el sentido correcto, pero, han resultado insuficientes para erradicar todos los problemas que enfrenta el Sistema Isapre en materia de precios, haciendo necesario evaluar un nuevo marco legislativo cuyas medidas estén destinadas a dar solución concreta a los problemas que enfrentan los grupos de mayor riesgo. Algunas propuestas en este sentido se orientan derechamente a eliminar la diferencia de precios entre hombres y mujeres en los planes de salud y a buscar nuevos mecanismos de regulación que permitan contener con mayor eficacia la transferencia del incremento en los costos hacia los usuarios, situación que se vuelve insostenible, particularmente, para los adultos mayores.

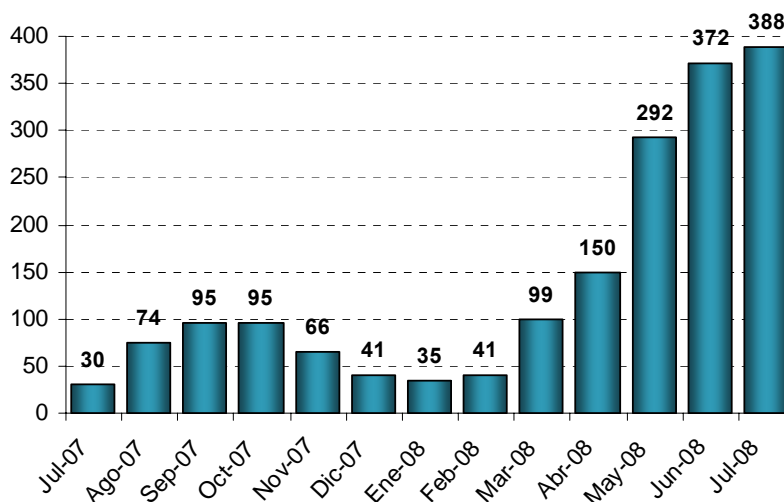
⁷ Último inciso del artículo 205 del DFL N°1, de 2005, del Ministerios de Salud.

⁸ Artículos 210 al 215 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

⁹ Artículo 198 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

¹⁰ Artículo 199 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de salud.

Recursos de Protección contra Isapres Presentados en Corte de Apelaciones de Santiago



Fuente: Poder Judicial

2.2 Tablas de Factores

La ley vigente define la tabla de factores en los siguientes términos:

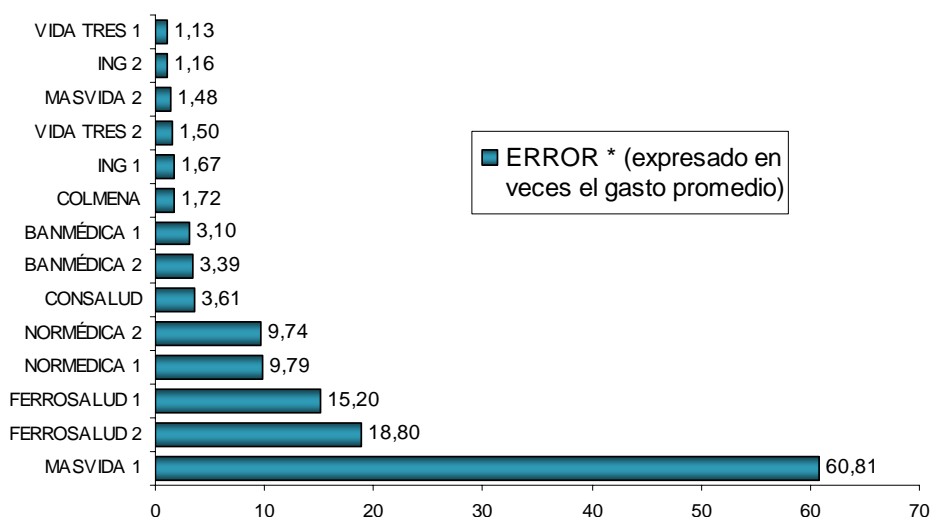
"... aquella tabla elaborada por la Institución de Salud Previsional cuyos factores muestran la relación de precios del plan de salud para cada grupo de personas, según edad, sexo y condición de cotizante o carga, con respecto a un grupo de referencia definido por la Superintendencia, en instrucciones de general aplicación, el cual asumirá el valor unitario. Esta tabla representa un mecanismo pactado de variación del precio del plan a lo largo del ciclo de vida, el que es conocido y aceptado por el afiliado o beneficiario al momento de suscribir el contrato o incorporarse a él, según corresponda, y que no podrá sufrir variaciones en tanto la persona permanezca adscrita a ese plan".

En consecuencia, el diseño establecido para la fijación de precios en el Sistema Isapre lleva implícita la necesidad de diferenciar a los individuos según su nivel de gasto para establecer sus primas en el Plan Complementario, asignándole a cada beneficiario o grupo de ellos un cierto "factor de riesgo" determinado en función de sus características de sexo y edad.

Antes de la reforma, este carácter individual de la prima se prestaba para establecer tablas de factores que más allá de consignar el riesgo real del potencial cotizante servían para vigilar su acceso al plan específico de acuerdo con las políticas comerciales definidas para éste en términos de su mercado objetivo. Claramente, la definición de tablas desapegadas a la estructura de costos efectiva, introducía complicaciones a los usuarios, quienes interpretan esta situación como discriminatoria frente a determinados grupos de personas.

Con la reforma, la intención de regular las tablas de factores fue inducir a las Isapres a establecer 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, etc.). Lo anterior, con el propósito de evitar la discriminación perfecta a través de la diferenciación excesiva de los planes.

Ajuste entre Tablas de Factores en Comercialización y Gasto Promedio. Isapres Abiertas Año 2006

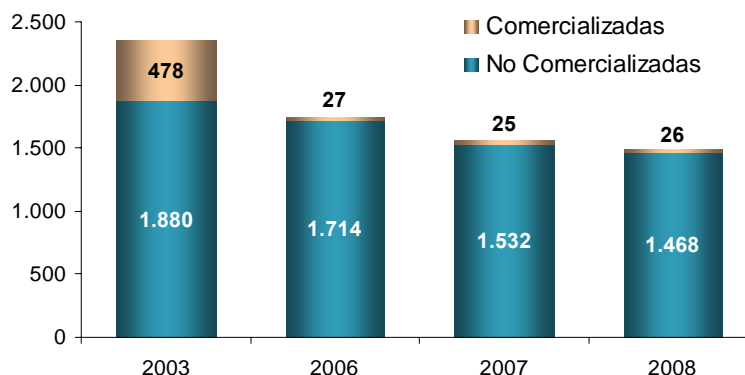


Fuente: Superintendencia de Salud. Estudio "Evaluación de las Tablas de Factores en Comercialización de las Isapres Abiertas y Sugerencias para el Análisis de Reclamos": Departamento de Estudios y Desarrollo, Julio 2008.

El establecimiento de un límite para el número de tablas en comercialización, ha contribuido para que éstas sean una representación más fidedigna de la evolución de los costos a través del tiempo, aunque todavía se presentan algunas tablas bastante desajustadas, Normédica 1 y 2, Ferrosalud 1 y 2 y, especialmente, la tabla 1 de Masvida cuya definición no tiene ninguna coherencia con la tabla de gastos promedio del Sistema. No obstante lo anterior, se advierte una tendencia a fijar estrategias comerciales de más largo plazo, mediante las cuales se disminuyen las posibilidades para la discriminación.

Además, esta medida ha permitido disminuir la cantidad de tablas comercializadas en el mercado, lo que mejora la posibilidad de hacer comparaciones, favoreciendo el objetivo de transparencia. En efecto, con la incorporación de la nueva normativa, las tablas de factores vigentes disminuyeron en un 36,6%, pasando desde 2.358 en diciembre de 2003 a 1.494 enero de 2008. El cambio más significativo se presenta en las tablas de factores que se encuentran en comercialización, las cuales disminuyen desde 478 a 26 en igual período.

Evolución Tablas de Factores Vigentes y en Comercialización



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo a partir de la información del Archivo Maestro de Planes 2003 – 2008.

Además, con respecto a la estructura de las tablas de factores, la reforma se orientó a establecer un formato único de filas (tramos de edad) y columnas (tipos de beneficiarios) y un grupo de referencia común, a fin de hacerlas comparables entre una isapre y otra, planteamiento que constituye un avance en el logro del objetivo de aumentar la transparencia.

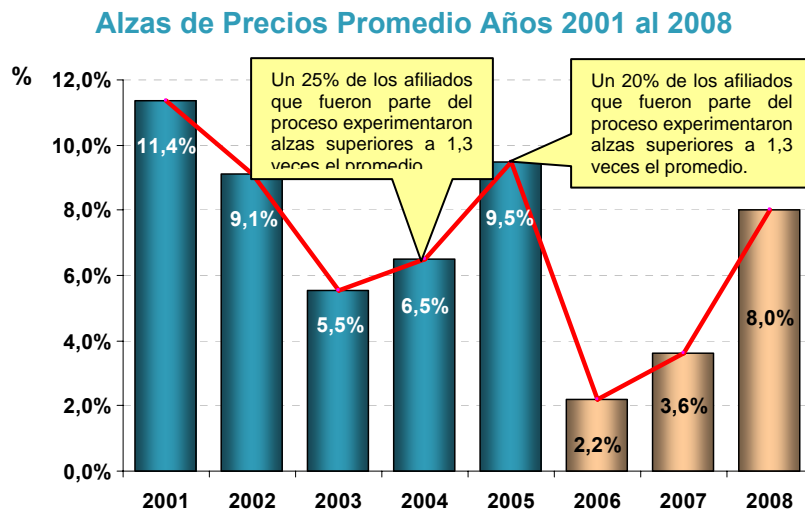
Asimismo, el establecimiento de un número máximo de edades dentro de cada tramo garantiza una cantidad de tramos de edad tal que se suavizan los cambios en los factores de riesgo por el avance de la edad. Por otra parte, el establecimiento de un límite a la relación entre el factor más alto y el factor más bajo de hombres y mujeres en cada tabla, permite mantener acotadas las variaciones de los factores de riesgo dentro de un rango aceptable, el que además, se encuentra avalado por las estadísticas de gasto por edad.

No obstante lo anterior y los avances que la reforma ha introducido al Sistema Isapre en materia de precios, todavía persiste discriminación hacia las mujeres y los ancianos quienes constituyen los grupos con mayor impacto en el costo y por ende presentan los precios más elevados en cualquier plan de salud de Isapre.

2.3 Banda de Precios

La nueva regulación en materia de precios, dispuso que las isapres tenían libertad para establecer los precios de los planes y sus consiguientes variaciones reales, pero estas últimas, debían estar circunscritas a una banda con un límite superior de 1,3 veces el promedio de la isapre y un límite inferior de 0,7 veces dicho promedio. Igualmente, estableció que las isapres estaban obligadas a informar a la Superintendencia sobre las variaciones a aplicar en el período de adecuación siguiente.

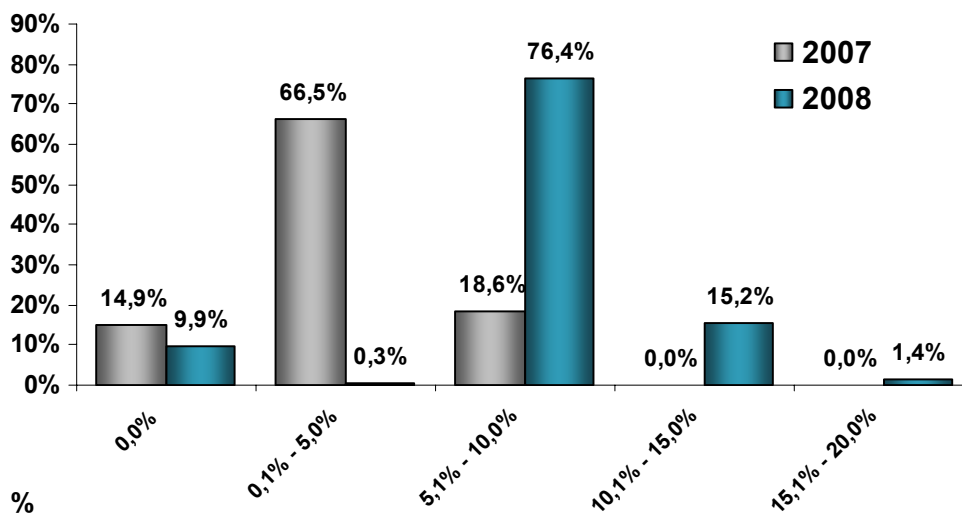
Antes de la reforma, las variaciones de precios presentaban gran dispersión incluso dentro de una misma isapre afectando principalmente a los planes con mayor concentración de enfermos, es así como, un porcentaje superior al 20% de los cotizantes experimentaban alzas superiores al límite de 1,3 veces el promedio de su isapre. Para los períodos en que la banda de precios ha estado vigente, la variación promedio de los precios ha sido inferior a la observada en años anteriores, salvo el último año y, a diferencia de los años precedentes, ningún cotizante ha experimentado alzas superiores a 1,3 veces el promedio informado por su isapre.



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo a partir del Archivo Maestro de Cotizantes y Planes de Salud.

De acuerdo con lo informado por las Isapres, para el período de adecuación de precios vigente entre julio de 2008 y junio de 2009, el 6,6% de los planes que participan del proceso de adecuación no experimentarán alzas, favoreciendo a un 9,9% de los beneficiarios sometidos a este proceso. Un 0,3% de estos planes experimentarán alzas de 5% en los que se encuentran un 0,1% de los beneficiarios, un 76,4% experimentarán alzas entre 5,1% y 10,0%, afectando a más de un 62,1% de los beneficiarios; un 15,2% experimentarán alzas entre 10,1% y 15%, afectando a un 25,3% de los beneficiarios y un 1,4% de los planes experimentará alzas entre 15,1% y 20,0%, afectando al 2,7% restante de los beneficiarios involucrados en el proceso de adecuación.

Beneficiarios según Tramos de Variación del Precio Base



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo a partir del Archivo Maestro de Planes de Salud.

Comparando este proceso con el del año anterior se observa un incremento importante de las alzas de precios que superan incluso las alzas mostradas en los períodos 2003 y 2004 anteriores a las modificaciones legales, lo cual indica que, tal cual se encuentra diseñada la banda, sin un ancla o límite, no es suficiente para moderar el traspaso del incremento en los costos hacia los cotizantes en lo sucesivo.

2.4 Cotizantes Cautivos

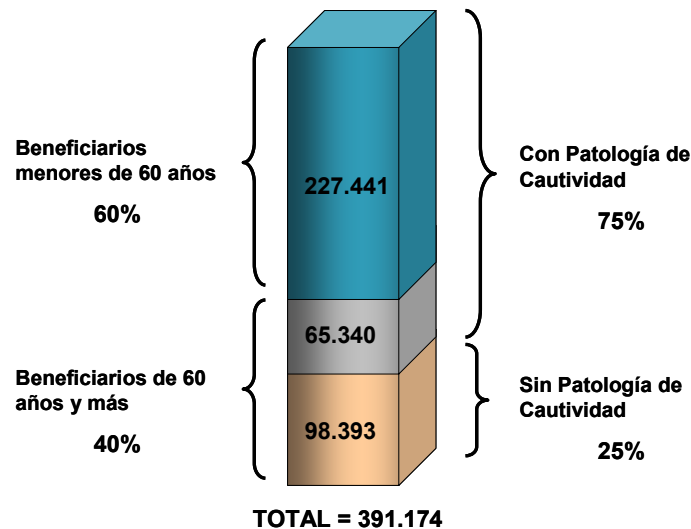
Existen cotizantes que debido a características propias o de alguna de sus cargas, están impedidos para cambiarse de Isapre, por cuanto, ninguna institución del Sistema está dispuesta a recibirlos atendido su nivel de costo esperado. Estos son los denominados cotizantes cautivos, siendo las principales causales de cautividad la edad avanzada y la existencia de alguna enfermedad que impida cambiarse de Isapre.

Los cotizantes cautivos representan alrededor del 14% de la cartera total de beneficiarios del Sistema y continúan en aumento debido al envejecimiento progresivo de la población, es por ello que, en la Reforma, fueron reconocidos legalmente en los siguientes términos:

“... aquel cotizante cuya voluntad se ve seriamente afectada, por razones de edad, sexo o por la ocurrencia de antecedentes de salud, sea de él o de alguno de sus beneficiarios, y que le

impida o restrinja, significativa o definitivamente, su posibilidad de contratar con otra Institución de Salud Previsional.”

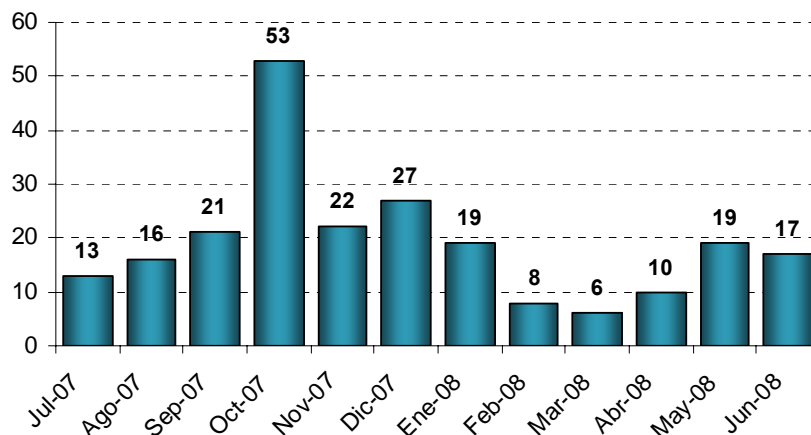
Beneficiarios Cautivos Isapre Abiertas Año 2007¹¹



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo a partir de información del 1) Archivo Maestro de Egresos Hospitalarios con CIE-10 del año 2007, 2) Archivo Maestro de las Personas GES con datos acumulados, 3) Estudio de Verificación del Costo Esperado por Beneficiario de los 56 Problemas de Salud de las GES, realizado por Bitrán y Asociados el año 2006 y, 4) Archivo Maestro de los Beneficiarios de las Isapres Abiertas del mes de junio del año 2008.

Antes de la instauración de la banda de precios y como una forma de proteger a los cotizantes cautivos, la Superintendencia de Salud estableció la práctica de calcular alzas máximas de precios aplicables a los cotizantes con estas características. Así, las alzas máximas eran utilizadas por la Unidad de Controversias frente a los reclamos por alzas de precios presentados por beneficiarios cautivos.

Reclamos por Alzas de Precios Ingresados en la Superintendencia Julio 2007 a Junio 2008



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo a partir de la Información proporcionada por la Unidad de Análisis y Gestión de la Información.

¹¹ Las patologías que determinan cautividad absoluta fueron definidas por el Subdepto. Médico de la Superintendencia de Salud.

Desde su primera aplicación el año 1996 y hasta marzo de 2000, las alzas máximas se calcularon para cada una de las Isapres y afectaban, principalmente, a las Isapres abiertas. Desde abril de 2000 hasta marzo de 2002, se utilizó una nueva metodología para su cálculo que determinaba un índice único para todas las Isapres abiertas y cerradas, donde el alza máxima para el precio del plan de los cotizantes cautivos era igual al cambio en la siniestralidad promedio de todas las Isapres. Más tarde, desde abril de 2003 y hasta antes de la entrada en vigencia de la banda de precios, momento a partir del cual se deja de aplicar, el índice se calculaba con una metodología que permitía igualarlo al cambio en los costos operacionales de las Isapres.

La aplicación de un alza máxima por parte de la Superintendencia se sustenta precisamente en el hecho que, frente a un alza desmedida de precios, un cotizante cautivo se encuentra impedido de cambiarse de isapre y sin posibilidades de defenderse, siendo la Superintendencia el organismo llamado a protegerlo a través de un límite máximo para estas alzas. Sin embargo, este rol asumido por la Superintendencia sólo se aplicaba caso a caso en la medida que el afiliado presentara un reclamo de esta naturaleza y, podía ser cuestionado por las isapres, debido a que la ley no le asignaba atribuciones explícitas a la Superintendencia para ejercer estas funciones.

Con la entrada en vigencia de la banda de precios, la Superintendencia dejó de calcular y aplicar este índice de alza máxima para cautivos. No obstante, las variaciones de precios informadas para el último proceso de adecuación con incrementos entre 5% y 20% real de los precios base, determina su reposición a partir de este año y plantea la necesidad de incorporar en la ley atribuciones de este tipo para la Superintendencia aunque sea de manera transitoria mientras no se encuentren soluciones más eficaces para contener la escalada de costos en el Sistema Isapre.

2.5 Conclusiones en Materia de Precios

La metodología establecida para calcular los precios de los planes de salud en el Sistema Isapre promueve la segmentación, es decir, la diferenciación de los individuos conforme a sus características de sexo y edad, para asignarles a cada uno de ellos, una prima diferente según su nivel de riesgo. Esta característica de la industria afecta principalmente a las mujeres en edad fértil y a los adultos mayores, situación que socialmente se interpreta como discriminatoria frente a estos grupos.

Si bien las modificaciones introducidas a la Ley de Isapres en razón de la Reforma, apuntaron en el sentido correcto, por cuanto, han permitido disminuir el número de tablas de factores en comercialización, ajustarlas mejor al nivel de gasto promedio de la Industria, dosificar en el tiempo las alzas de precios por efecto del aumento en la edad y disminuir la dispersión de las alzas de precios al interior de una misma isapre, todo esto, resulta insuficiente para erradicar todos los problemas que enfrenta el Sistema Isapre en materia de precios, haciendo necesario evaluar un nuevo marco legislativo cuyas medidas estén destinadas a dar solución concreta a los problemas que enfrentan los grupos de mayor riesgo.

Una solución transitoria en este sentido sería darle carácter legal al alza máxima para cotizantes cautivos o en su defecto, darle atribuciones a la Superintendencia de Salud para ejercer funciones de este tipo.

Algunas propuestas más radicales en este ámbito se orientan derechamente a eliminar la diferencia de precios entre hombres y mujeres en los planes de salud y a buscar nuevos mecanismos de regulación que permitan contener con mayor eficacia el incremento en los costos del Sistema y su transferencia hacia los usuarios, situación que se vuelve particularmente insostenible para los adultos mayores.

Una idea que contribuye a la eliminación de las diferencias de precios por sexo y/o edad consiste en constituir un Fondo de Compensación más amplio en el Sistema Isapre, por ejemplo, un fondo de riesgo compartido para los gastos asociados a enfermedades catastróficas, con el cual, además, se incentiva la libre movilidad al interior del Sistema.

Otras medidas complementarias en este sentido se relacionan con el mejoramiento de la información del gasto asociado a los beneficiarios del Sistema Isapre, que permita dar a conocer el gasto promedio en salud por beneficiario y sus variaciones anuales, lo que permite avanzar hacia índices de precio y cantidad del Sistema. También se postula la necesidad de transparentar la información de precios de los prestadores y de implementar instrumentos que permitan cotizar las distintas prestaciones de salud.