



SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

Documento de Trabajo

Caracterización del mercado de seguros complementarios de salud en base a la encuesta CASEN 2015

Departamento de Estudios y Desarrollo

Fecha de Presentación: 7 de diciembre de 2016

Fecha de Publicación: 13 de abril de 2017

Resumen

Este documento tiene por objeto explorar a través del análisis de estadísticas descriptivas la hipótesis de existencia de selección adversa y riesgo moral en el mercado de seguros complementarios de salud privados, por fuera de la seguridad social. Las conclusiones del estudio indican que no existen indicios de selección adversa, sino más bien se señala que las compañías de seguros captarían en promedio los mejores riesgos. Respecto de la existencia de riesgo moral, se señala la posibilidad de su existencia en la demanda de consultas de especialidad, dentales, salud mental, y eventualmente hospitalizaciones.

Palabras Clave:

Industria de seguros de salud complementarios, Demanda de seguros de salud complementarios, Demanda de prestaciones sanitarias, Estado de salud, Selección adversa, Riesgo moral, Chile.

Tabla de Contenidos

Contenido

1.	Antecedentes.....	5
2.	Objetivos	7
3.	Metodología y Fuentes de Información.....	8
4.	Aspectos generales de la teoría de seguros de salud.....	9
5.	Caracterización del mercado de seguros de salud.....	13
5.1	Aspectos generales.....	13
5.2	Caracterización de la demanda por seguros complementarios	17
5.3	Condición de salud	28
5.4	Demanda de prestaciones.....	31
6.	Conclusiones	37
7.	Referencias	40
8.	Anexos	41

Resumen Ejecutivo*

El estudio de la industria de seguros complementarios de salud que operan por fuera de la seguridad social es prácticamente inexistente en nuestro país. Lo anterior contrasta con el crecimiento vertiginoso que este segmento de la industria de seguros ha tenido los últimos quince años, ubicándola por lejos entre los segmentos de negocio más dinámicos del conjunto de la industria de seguros.

Este estudio tiene un carácter descriptivo y exploratorio. Descriptivo pues tiene por objeto entregar algunos antecedentes acerca de la evolución reciente de la industria de seguros complementarios de salud, en el sentido que lo desarrolla Copetta, C. (2008). Adicionalmente, a partir de los micro datos que entrega la encuesta CASEN 2015 se realiza una caracterización demográfica, económica y social de las personas que dicen contar con un seguro complementario.

Finalmente, se explora la hipótesis de *selección adversa* y *riesgo moral* mediante el análisis de estadísticas básicas de condiciones de salud de la población con y sin seguro complementario de salud. A continuación se compara la demanda por un conjunto de prestaciones sanitarias para las poblaciones con y sin seguro de salud. Tanto para el análisis de condiciones de salud, como de demanda de prestaciones sanitarias, se considera para cada una de las poblaciones en análisis el sistema de aseguramiento en salud al que pertenecen.

Los resultados exploratorios de existencia de *selección adversa* indican que no existen indicios de su existencia, más bien lo que se observa es que las compañías de seguro captarían buenos riesgos, es decir a aquellas personas relativamente más sanas. Respecto del riesgo moral, hay alguna evidencia de que podría estar operando en la demanda por consultas de especialidad, dentales, de salud mental, y en las demandas derivadas correspondientes a exámenes de laboratorio y Rx, y ecografías.

En síntesis, los resultados señalan que las poblaciones con seguro complementario de salud son las relativamente más sanas y al mismo tiempo son la que demandan relativamente más prestaciones de salud.

Por último, se hace necesario avanzar en testear estadísticamente la plausibilidad de la existencia tanto de *selección adversa* como de *riesgo moral*, que será el próximo paso de esta investigación en curso.

* Se agradecen los valiosos comentarios realizados a un borrador de este estudio realizados en jornada de discusión interna del Departamento de Estudios y Desarrollo. En particular, se agradecen los aportes de Marlene Sánchez, Gonzalo Leyton, Eduardo Salazar, Jorge Neira, Pedro Olivares, Roberto Tegtmeier, y David Debrott. Una versión preliminar de este trabajo fue presentada en el IV Congreso Chileno de Salud Pública realizado en la Universidad Católica del Norte, Coquimbo en el mes de diciembre del año 2016.

1. Antecedentes

El aseguramiento en relación a eventuales eventos de enfermedad cuenta en Chile con al menos dos modalidades. La primera corresponde al aseguramiento en las instituciones adscritas a la seguridad social como son el seguro público (Fonasa) y el seguro privado administrado por las Isapre. En estas instituciones es donde todos los trabajadores formales tienen la obligación de cotizar el 7% de la remuneración imponible, teniendo la opción, voluntaria, en las Isapre de aumentar el monto de cotización con objeto de mejorar las coberturas ofrecidas o simplemente para completar el valor del plan ofrecido por este tipo de instituciones.¹ Además, existe la posibilidad de contratar seguros privados complementarios de salud que operan por fuera de las instituciones adscritas a la seguridad social, que corresponde a empresas pertenecientes al mercado financiero y que son reguladas en sus operaciones por la Superintendencia de Valores y Seguros, los cuales tienen en general dos formatos, el seguro individual y el seguro colectivo.² Adicionalmente, existen otro tipo de oferentes que operan con distintas medidas regulatorias que también ofrecen seguros de salud, por ejemplo los seguros que ofrecen algunas clínicas privadas.³

No obstante lo anterior, no existe en Chile un rol específico, desde la perspectiva sanitaria, asignado a la industria de seguros privados, sólo en el informe de la Comisión Asesora Presidencial⁴ que abordó los ámbitos de reforma a la Ley de Isapre se le asigna un rol específico a este sector, pero en un arreglo institucional distinto del actual. Por ahora este sector opera como un seguro más que compete en el mercado por sus clientes.

Esta arquitectura *ampliada* del aseguramiento en salud se ha venido modificando con cierta rapidez en las últimas dos décadas. En efecto, al menos hay tres dimensiones que conviene considerar de manera de dar cuenta de estos cambios.

En primer lugar vale la pena considerar el total de recursos que las personas están entregando a las distintas instituciones para garantizar su aseguramiento ante eventos de enfermedad; por otra parte, es relevante considerar el número de personas que está considerando importante la contratación de seguros privados; y en tercer lugar habría que considerar los eventuales vacíos de regulación del mercado de seguros complementarios de salud.

Esta modificación en la arquitectura del aseguramiento en salud, de acuerdo a las dimensiones recién mencionadas, puede estar teniendo eventuales impactos en la asignación de recursos a la salud que no necesariamente son deseables socialmente. Así, por ejemplo sería de interés conocer cómo impacta esta arquitectura de aseguramiento en salud en el acceso a las prestaciones de salud de la población, y si esas prestaciones están siendo demandadas por la población que efectivamente las necesita, en otras palabras sería conveniente analizar si no estamos en presencia de problemas de *riesgo moral* o un patrón de sobre aseguramiento que genera un exceso de demanda de prestaciones en segmentos de población con bajas necesidades sanitarias, lo cual puede estar llevando a una asignación de recursos que se aleje de niveles de bienestar deseables y alcanzables con un patrón de asignación de recursos más "racional". Dicho de otro modo, la idea es que es posible mejorar el estado de salud de un segmento importante de la población sin desmejorar el estado de salud de otro.⁵

¹ Este aporte complementario en la práctica es un seguro adicional que compete con aquellos que se ofrecen por fuera de las instituciones de la seguridad social.

² En Anexo se presenta una definición general de este tipo de seguros.

³ Estos son seguros que ofrecen algunas Clínicas privadas, pero cuyo riesgo es cubierto por alguna compañía aseguradora, y a su vez el seguro es intermediado por una empresa corredora de seguros, que asume las responsabilidades sobre los seguros que intermedian.

⁴ CAP (2014).

⁵ Bienestar asociado a un determinado nivel de salud.

Lo anterior es relevante, pues Chile cuenta con un sistema de aseguramiento segregador por ingreso y riesgo sanitario, que es ineficiente sanitariamente, lo cual podría estar siendo reforzado por un mercado de seguros complementarios privados que más que resolver problemas del sistema dual chileno, los estaría agravando y reproduciendo en el tiempo.

Desde una perspectiva estructural este cambio en la arquitectura de aseguramiento general en salud es posible de explicar por el sistemático aumento del ingreso de las familias, así como la percepción de mala calidad de los prestadores públicos, la existencia crónica de listas de espera para consultas de especialidad, intervenciones quirúrgicas, exámenes diagnósticos de alto costo y las muy bajas coberturas del Fonasa en la MLE en caso de requerir hospitalizaciones y otras atenciones en prestadores privados. Desde la perspectiva del sistema de aseguramiento privado cabe mencionar eventuales problemas de cobertura en algunos problemas de salud, todo lo cual ha inducido un vertiginoso aumento en acceso a los seguros complementarios de salud.

Mencionar también que a pesar del vertiginoso crecimiento de esta industria, no se encuentran estudios de ella, existiendo un vacío notable de conocimiento público, con la excepción del trabajo de Copetta, C. (2008) de hace ocho años atrás llevado a cabo en este departamento. Dicho todo lo anterior, este trabajo tiene por objetivo caracterizar la demanda de seguros complementarios de salud y explorar la existencia de problemas asociados a *riesgo moral* y *selección adversa*.

2. Objetivos

El estudio que se presenta es de carácter descriptivo y exploratorio. Es descriptivo pues mediante el uso de estadísticas básicas se caracteriza la industria, la demanda por seguros complementarios, el estado de salud y la demanda por un conjunto de prestaciones sanitarias para la población con y sin seguro complementario⁶. Y es exploratorio en el sentido de que a partir del análisis del estado de salud y la demanda por prestaciones sanitarias se exploran de manera intuitiva las hipótesis de *selección adversa* y de *riesgo moral* en la industria de seguros complementarios.

Dicho lo anterior, los objetivos planteados para este estudio son los siguientes:

- Caracterizar la evolución de la industria de seguros complementarios en Chile
- Caracterizar la demanda por seguros complementarios
- Explorar la existencia de *Selección adversa*
- Explorar la existencia de *Riesgo moral*

⁶ Se debe entender el concepto de “complementario” en un sentido amplio, aun cuando la pregunta que se realiza a los encuestados menciona el concepto de seguro complementario, es posible que las respuestas contemplen un conjunto mayor de seguros de salud.

3. Metodología y Fuentes de Información

En términos metodológicos habría que separar la sección donde se aborda la caracterización de la industria de las secciones donde se realiza la caracterización de la demanda, el estado de salud de la población y la demanda de prestaciones sanitarias, pues el abordaje de cada sección responde a objetivos y características distintas.

En el primer caso se trata de tener una visión acerca de la evolución de los productos asociados a la industria de seguros de salud, su tasa de crecimiento y comparar ese crecimiento con algunas otras variables auxiliares de manera de tener algunos parámetros de comparación. La información en este caso corresponde a registros administrativos proporcionados por la Asociación de Aseguradores de Chile A.G.

En el segundo caso, tanto para la caracterización de las personas con seguro complementario, como para el análisis exploratorio de condiciones de salud y demanda por prestaciones sanitarias se utiliza como fuente de información los micro datos de la encuesta CASEN 2015. Así, en primer lugar se identifica a las personas que dicen tener seguro de salud complementario.⁷ Una vez identificadas las personas se procede a caracterizar esta demanda de acuerdo a un conjunto de atributos demográficos, económicos y sociales.

La caracterización de las condiciones de salud de la población con y sin seguro complementario se realiza a partir de cinco indicadores de salud, cuatro de carácter objetivo y uno subjetivo. Entre las variables de condición de salud objetivas se considera aquellas personas que dicen tener un diagnóstico de cáncer; las personas que dicen tener diagnóstico de enfermedades crónicas; aquellas personas que dicen tener las dos anteriores más un conjunto de otros problemas de salud; y aquellas personas que dicen haber enfermado o haber tenido algún accidente en los últimos tres meses. La variable de carácter subjetivo considera la autoevaluación que se realiza a través de una nota de 1 a 7 respecto de su auto reporte de salud.⁸ Para todas estas variables se compara a la población con y sin seguro complementario de acuerdo al sistema de aseguramiento en salud.

El análisis de la demanda de prestaciones sanitarias considera las consultas generales, de especialidad, dentales, salud mental, exámenes de laboratorio, Rx o ecografías, y hospitalizaciones. Se consideran las consultas promedio de acuerdo al sistema de aseguramiento y tenencia de seguro complementario.

Algunas limitaciones de este estudio es necesario tener en consideración. En efecto, dada las características de la fuente de información de la Encuesta CASEN 2015, no es posible detectar si el seguro es individual o colectivo; no se puede especificar qué tipo de seguro tiene la persona⁹; no es posible identificar qué agente (Compañía aseguradora, clínica, Banco, etc.) ofrece el seguro complementario; y eventualmente puede existir algún sesgo de confusión entre seguros complementarios privados puros, con los complementarios de las Isapre.

En consideración de lo anterior, se debe señalar que los análisis acerca de los seguros complementarios corresponden a lo que podríamos denominar un “seguro complementario general”.

⁷ Específicamente la pregunta con la cual se identifica a las personas con seguro complementario de salud es la siguiente: ¿Algún miembro de su núcleo familiar se encuentra cubierto por un Seguro de Salud complementario ante riesgo de enfermedad o accidente?

⁸ Específicamente, la pregunta que se realiza al entrevistado es la siguiente: Ahora, en una escala de 1 a 7, donde 1 corresponde a muy mal y 7 a muy bien, ¿qué nota le pondría a su estado de salud actual?

⁹ Hospitalización, Oncológico Mujer, Catastrófico, Urgencias Médicas, accidentes, etc.

4. Aspectos generales de la teoría de seguros de salud

Parece conveniente comenzar este estudio con al menos algún rudimento de la teoría económica de seguros de manera de familiarizarse con los aspectos centrales que están a la base de la motivación de estudiar algunas dimensiones del mercado y la industria de seguros complementario complementarios de salud en Chile.

La industria de seguros tiene sentido en la medida que provee a los agentes económicos de seguridad ante eventos adversos. Por seguridad se entiende no el impedimento de la ocurrencia de eventos adversos, sino más bien que ante la ocurrencia de un evento el agente económico podrá amortiguar o compensar las pérdidas financieras que tal evento le provocará.

Básicamente en la operación de un seguro complementario intervienen tres agentes económicos¹⁰, en primer lugar están los asegurados, quienes demandan este tipo de seguros; en segundo lugar están las compañías aseguradoras quienes ofrecen estos servicios; y en tercer lugar están los proveedores, que son quienes ofrecen las prestaciones sanitarias. Los flujos de dinero pasan de los asegurados a las compañías aseguradoras mediante el pago de la prima, y además cuando se hace uso de algún servicio sanitario también por lo general éste hace un copago, que en el caso de los seguros complementarios se adopta el concepto de deducible, a los prestadores.

En el momento que el asegurado hace uso de una prestación sanitaria, las compañías aseguradoras transfieren a los proveedores o prestadores los recursos asociados a la prestación, y por último los proveedores entregan el servicio. Estas relaciones son las que se muestran en la Figura 1, donde las flechas gruesas indican flujo de recursos, y la línea punteada flujo de servicios sanitarios.

Figura 1: Relaciones de agentes económicos en la operación de un seguro complementario



Fuente: Elaboración propia, adaptado de Cutler, D. and Zeckhauser, R. (1999).

¹⁰ Existe también un cuarto actor muy relevante que son las empresas, quienes demandan seguros privados colectivos para sus trabajadores.

Los eventos adversos son inciertos en el sentido de que los agentes económicos no saben cuándo ocurrirán, sin embargo, hay certeza de que pueden ocurrir, en consecuencia los eventos adversos tienen asociada una probabilidad de ocurrencia.

Por otra parte, es necesario entender que la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso no es igual para todos los agentes económicos, esto en razón de un conjunto de atributos que hacen de cada agente económico una entidad particular, de tal manera que desde una perspectiva poblacional lo que la sociedad enfrenta es un conjunto de riesgos o un pool de riesgos. En consecuencia la sociedad tiene agentes económicos que los puede ordenar desde los de más bajo riesgo, hasta los de más alto riesgo.

Como señala Pauly, M. (1987) llegado a cierto nivel de ingresos las personas preferirán realizar un gasto pequeño en el presente que soportar un gasto grande con una cierta probabilidad en el futuro, de ahí que algunos economistas planteen que llegado a cierto nivel de ingresos todas las personas demandaran un seguro. En definitiva las personas demandan seguros porque con ello reducen el impacto de shocks inesperados que puedan reducir drásticamente su consumo o riqueza.

El mercado de seguros de salud tiene dos agentes económicos genéricos, las empresas aseguradoras y las personas que enfrentan riesgos y que optan por asegurarse frente a ellos. Para que este encuentro sea beneficioso socialmente se requiere que la información con que cuentan los agentes sea simétrica.

Formalmente, y de la forma más simple, la caracterización de un mercado de seguros supone en primer lugar una caracterización de los estados de la naturaleza donde se reconocen dos: uno es sin evento adverso, y otro con evento adverso.

En segundo lugar, cada estado supone un nivel de riqueza de los agentes económicos asociado a uno y otro estado de la naturaleza. En tercer lugar, se considera la prima que pagan los agentes económicos a las empresas aseguradoras, y los montos de compensación que dichas empresas se obligan a pagar en caso de ocurrencia del evento adverso.

Siguiendo el razonamiento de Rothschild, M. y Stiglitz, J. (1976), hay un aspecto crucial en el desarrollo de este modelo básico y es el conocimiento de la probabilidad de ocurrencia de un siniestro o evento adverso. Es crucial pues afecta los beneficios esperados de las compañías de seguros y la utilidad esperada de los individuos. El modelo básico desarrollado por estos autores supone que esa probabilidad de ocurrencia es conocida por los individuos que demandan seguros, pero no por las compañías, de tal manera que éstas no pueden discriminar a sus clientes potenciales. Intuitivamente se puede pensar en la existencia de distintos riesgos de siniestros para distintos individuos, así los individuos de mayores riesgos demandaran seguros con mayores coberturas, mientras que los de menores riesgos demandarán seguros con menores coberturas.¹¹

Por otra parte, si bien las compañías no cuentan con información acerca de la probabilidad de siniestro de sus clientes, si cuentan con información de mercado a partir de la cual pueden hacer alguna inferencia respecto de ese parámetro en particular, sin embargo no parece rentable hacer estos esfuerzos de inferencia. Más bien las compañías acumulan información una vez captado el cliente, y de ahí para adelante, de acuerdo a los siniestros que el cliente

¹¹ En Chile los contratos de las pólizas son anuales y en función de los siniestros que los clientes tengan se les renueva o suben las primas. Adicionalmente, la información del cliente que obtiene la compañía aseguradora pasa a ser conocida por la industria, en consecuencia la persona que tiene la mala suerte de enfermarse un año es muy posible que al año siguiente ya no tenga acceso a los seguros complementarios, situación que evidentemente, desde una perspectiva de sanitaria debiera ser regulada.

tenga se va modificando el conocimiento acerca del parámetro en cuestión, como también los parámetros que definen los contratos de seguros como son la prima y la cobertura.

Una de las grandes fallas de los mercados de seguros es la asimetría de información. Esta asimetría de información da lugar a dos problemas asociados a los seguros de salud, uno es el riesgo moral, y el otro es la selección adversa.

De acuerdo a Pauly, M. (1999) el riesgo moral se manifiesta de dos formas. La primera (riesgo moral tipo I) afecta la probabilidad de enfermar, y consiste en que el individuo una vez que está asegurado puede relajar las acciones preventivas, por ejemplo, no vacunarse o exponerse al frío, etc. Todo lo cual aumentará la probabilidad de enfermar y por tanto de aumentar innecesariamente el uso de prestaciones sanitarias¹².

El riesgo moral tipo II, dice relación con la demanda directa de prestaciones, que consiste en que una vez asegurado el individuo demanda más prestaciones sanitarias de las que hubiera demandado sin estar asegurado. Este comportamiento es normal puesto que una vez asegurado el precio que paga el demandante es menor al valor total de una prestación, razón por la cual evidentemente demandará más que cuando se enfrentaba a un precio mayor. Sin embargo, lo que caracteriza al comportamiento asociado al riesgo moral es que la demanda de prestaciones sanitarias aumenta sin impactos significativos en la salud, es decir, es un sobre consumo innecesario socialmente.¹³

Estrechamente vinculado al riesgo moral aparece el problema del *agente-principal*, que básicamente identifica a un tercer actor de las relaciones económicas que se establecen en la operación de un seguro de salud como son los proveedores, de esta manera, en el caso del riesgo moral, es el "paciente" el que demanda más prestaciones de las necesarias, lo que supone que la decisión es de exclusiva responsabilidad de él, lo cual supone que el paciente conoce su enfermedad, la variedad y cantidad de tratamientos que necesita así como sus precios.

En el caso del problema de la relación agente (paciente) - principal (prestador/proveedor) la decisión de demandar más prestaciones es tomada en conjunto paciente y prestador, donde éste último tiene un rol relevante pues "monopoliza" parte importante del conocimiento, que el paciente por lo general no tiene, y es esa relación a la que se enfrentan las compañías aseguradoras. Así, en el caso de *riesgo moral* es el paciente asegurado el que demanda una mayor cantidad de prestaciones, y en el caso del *agente-principal* es el proveedor el que ofrece o induce al "agente" a demandar una mayor cantidad de prestaciones.¹⁴ Tal como señalan Cutler, D. and Zeckhauser, R. (1999), *ex ante* los incentivos de pacientes y aseguradores se alinean, pues los primeros sufragan el costo de la prima y las aseguradoras se comprometen a pagar cuando el paciente se enferme. Sin embargo, cuando el paciente se enferma y demanda prestaciones sanitarias los incentivos divergen.

Por otra parte, en la teoría de seguros se dice que hay problemas de selección adversa cuando una de las partes contratantes desconoce información importante en relación al seguro que

¹² Decimos "aumentar innecesariamente el uso de prestaciones sanitarias" en el sentido de que dichos usos o demandas son evitables.

¹³ En Eisenhauer, J. (2006) se discute un enfoque alternativo al enfoque convencional que plantea que el problema del riesgo moral no necesariamente es ineficiente socialmente, pues el hecho de demandar más prestaciones cuando se está asegurado versus cuando no se está se debe a que corresponden a dos funciones de demanda distintas, es decir, a una distinta disponibilidad de pago. En este enfoque la cobertura del seguro es analizada como una transferencia de ingreso desde la aseguradora al paciente, razón por la cual este último aumenta su ingreso disponible, aumentando exógenamente la demanda, lo cual gráficamente se ilustra en un desplazamiento hacia afuera de dicha curva.

¹⁴ Cutler, D. and Zeckhauser, R. (1999).

se transa. En el caso de los seguros de salud, en general se dice que existe selección adversa cuando los demandantes de seguros se guardan información acerca de su real estado de salud.

De acuerdo a Cutler, D. y Zeckhauser, R. (1999), cuando los planes sólo pueden cobrar precios promedio, los planes con mayores coberturas atraerán de manera desproporcionada a las personas más enfermas, y los planes más modestos atraerán de manera desproporcionada a los más saludables.

Como resultado de la selección adversa, los planes con altas coberturas tendrán que cargar las primas por encima de los planes moderados no sólo porque ofrecen más beneficios, sino también porque atraen una mezcla peor de afiliados. Estos diferenciales de primas, cuando se transmiten a los asegurados, se inclinarán contra los planes más generosos.

5. Caracterización del mercado de seguros de salud

5.1 Aspectos generales

En la Tabla 1 se muestran las magnitudes de recursos involucrados tanto en las instituciones de la seguridad social como aquellos que tienen que ver con los seguros privados complementarios. Se ha agregado la primera columna con el PIB del país de manera de tener un orden de magnitud relativo de los recursos en cuestión.

Al año 2015 los recursos involucrados en los seguros complementarios de salud alcanzan a 17 millones de UF, lo que es equivalente a aproximadamente 443 mil millones de pesos anuales, mientras que los recursos de los beneficiarios de Isapre alcanzan al mismo año un monto de 88 millones de UF, equivalentes a 2,3 billones de pesos anuales.

Por otra parte, se aprecia a simple vista que el crecimiento de los montos asociados a la prima directa de los seguros de salud ha crecido por sobre todos los recursos asociados a la seguridad social y el producto interno bruto del país, tal como se verá más adelante.

Tabla 1: Flujo anual de PIB y fondos asociados a seguros de salud, 2008-2015. (Mill. de UF)

Año	PIB	Total aportes a Isapre (1)	Cotizaciones Fonasa	Prima directa seguro de salud
2008	4.375	56	44	7
2009	4.605	60	49	7
2010	5.173	64	52	8
2011	5.442	69	57	10
2012	5.649	74	62	11
2013	5.887	80	67	15
2014	5.992	83	66	15
2015	6.146	88	70	17

Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de Banco Central de Chile, Superintendencia de Salud; Fonasa y Asociación de Aseguradoras de Chile AG.

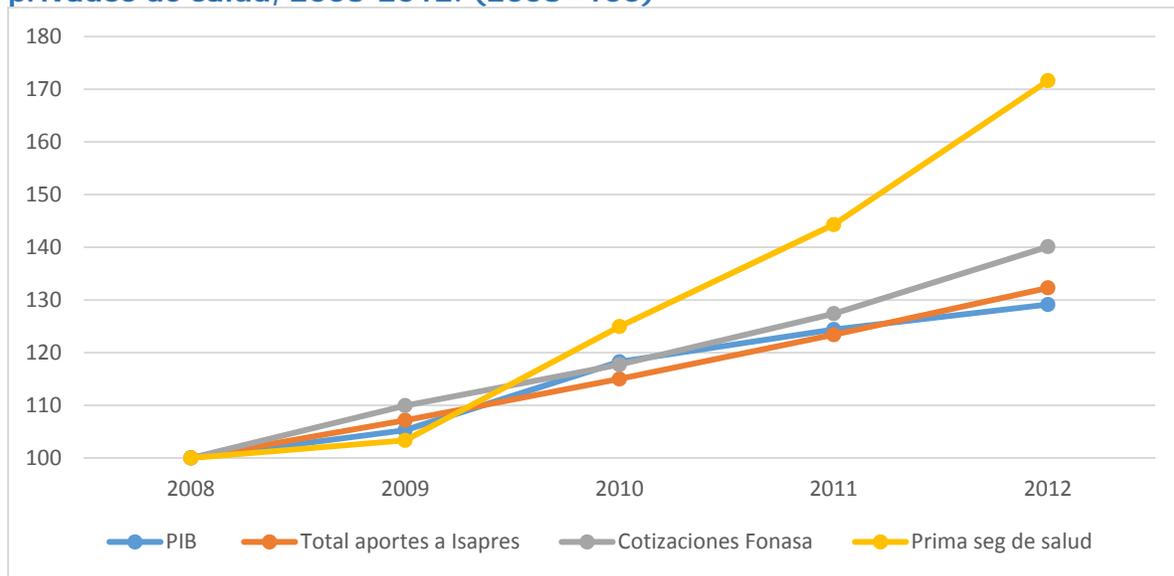
(1) Considera Isapre abiertas y cerradas; se suman aporte obligatorio de 7%, Cotización adicional voluntaria y Aporte adicional.

En el Gráfico 1 se aprecia la evolución que han tenido los montos de cotizaciones de Fonasa e Isapre, el PIB y la prima de los seguros complementarios. Claramente, a partir del año 2009 los montos asociados a los seguros complementarios muestran una evolución significativamente mayor que todas las demás categorías consideradas, cuya diferencia se va ampliando a través del tiempo hasta el año 2012.¹⁵

¹⁵ Se toma hasta el año 2012 pues de acuerdo a ACh (2016), desde el año 2013 en adelante las instrucciones para clasificar los seguros de salud y de vida cambiaron, razón por la cual no son comparables. Sintéticamente, hasta el mes de febrero del año 2013 la clasificación de las pólizas de seguro se regían por la Circular N° 1439, la cual establecía que "El criterio a considerar para clasificar una póliza de seguro en un ramo de la FECU es la naturaleza del riesgo principal cubierto, según la definición de cobertura que cada póliza contiene, con prescindencia de otros beneficios obtenidos en el texto y con abstracción de la forma de pago de la indemnización, tales como: devolución de primas o devolución de valor de rescate.

Por tanto, se debe determinar si el seguro corresponde a un riesgo de fallecimiento, de sobrevivida o de salud, entre otros que se contemplan en la FECU". A partir de marzo de 2013, la clasificación de las pólizas se rige por la Circular N° 2.050, la cual establece que "[...] la información de aquellos seguros que cubren diversos riesgos en una misma póliza, su información deberá incluirse en el ramo específico correspondiente a cada riesgo cubierto, cualquiera se trate la clasificación a la que pertenezca la póliza". ACh (2016).

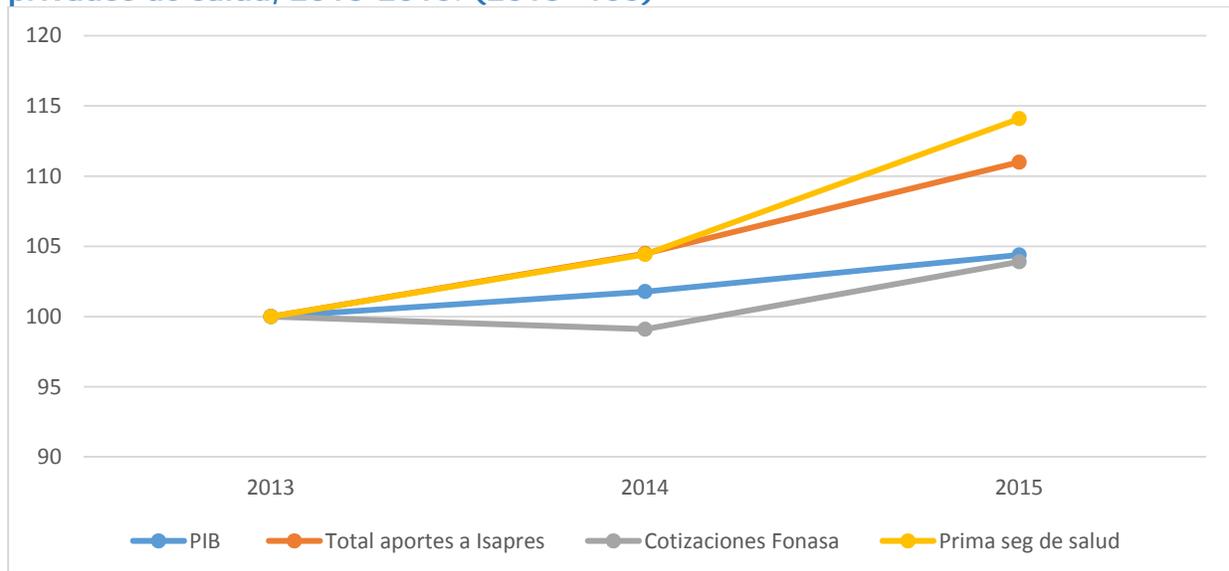
Gráfico 1: Evolución de PIB, Total cotizaciones Isapre, Fonasa y primas de seguros privados de salud, 2008-2012. (2008=100)



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de Banco Central de Chile, Superintendencia de Salud; Fonasa y AACH (2016).

En el Gráfico 2 se repite el mismo Gráfico 1, pero con los años 2013 al 2015, donde como se mencionó cambiaron las instrucciones de clasificación de cada uno de los seguros privados en análisis. No obstante lo anterior, se aprecia que los montos asociados a los seguros complementarios de salud siguen mostrando un crecimiento por sobre el resto de categorías, a pesar que las diferencias son bastante menores que las observadas en el Gráfico 1.

Gráfico 2: Evolución de PIB, Total cotizaciones Isapre, Fonasa y primas de seguros privados de salud, 2013-2015. (2013=100)

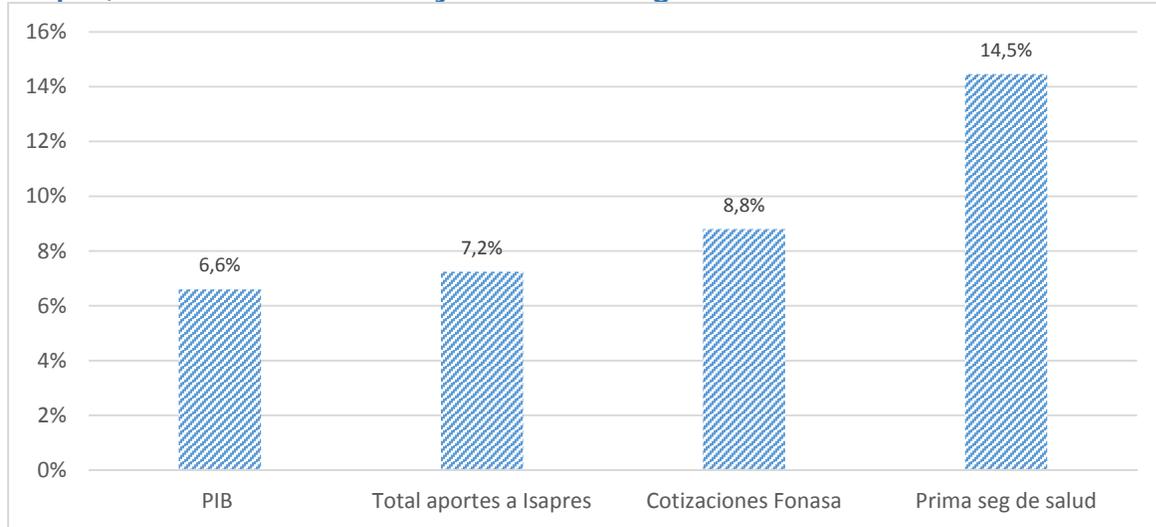


Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de Banco Central de Chile, Superintendencia de Salud; Fonasa y AACH. (2016).

En términos sintéticos, la evolución de los montos asociados a los seguros de salud observados en el Gráfico 1, se ve claramente en el Gráfico 3, donde se aprecia que el crecimiento promedio

entre los años 2008 y 2012 de éstos es más del doble que el registrado por el PIB del país y del total de cotizaciones de las Isapre alcanzando a 14,5% promedio anual, lo cual revela el gran dinamismo de este nicho de la industria de seguros en el país.¹⁶

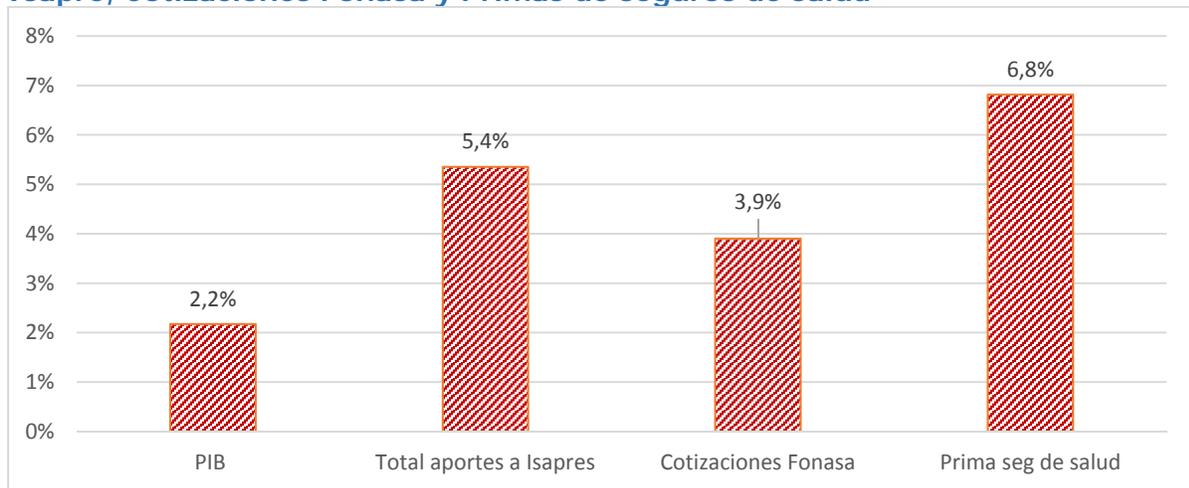
Gráfico 3: Tasa de crecimiento promedio anual (2008-2012) de PIB, Total aportes Isapre, Cotizaciones Fonasa y Primas de seguros de salud



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de Banco Central de Chile, Superintendencia de Salud; Fonasa y AACH (2016).

Para el periodo 2013-2015 el crecimiento medio anual de los seguros complementarios también es superior a las demás categorías, siendo más del triple del crecimiento del PIB y algo superior al crecimiento de las cotizaciones totales de los afiliados a las Isapre, alcanzando un crecimiento medio anual de 6,8%.

Gráfico 4: Tasa de crecimiento promedio anual (2013-2015) de PIB, Total aportes Isapre, Cotizaciones Fonasa y Primas de seguros de salud

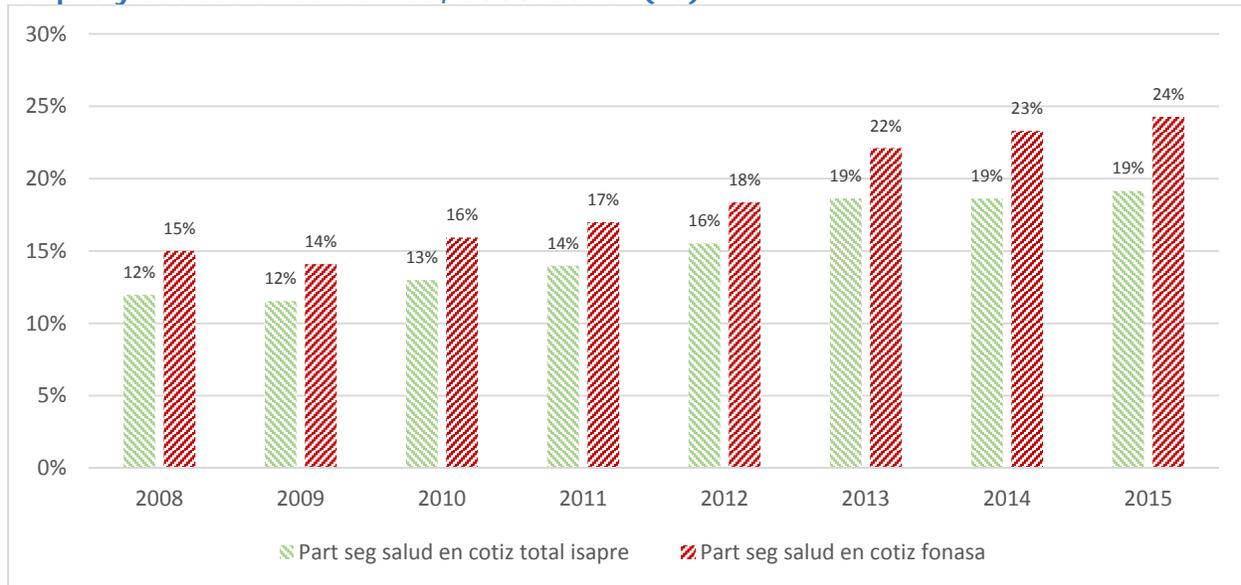


Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de Banco Central de Chile, Superintendencia de Salud; Fonasa y AACH (2016).

¹⁶ De hecho el rubro de seguros de salud si bien es pequeño en términos de montos relativos en relación a otros tipos de seguros, es de los que más han crecido en la última década.

En el Gráfico 5 se muestra la participación de los recursos que se están destinando a los seguros complementarios en el total de recursos de cotizaciones destinados a las Isapre y Fonasa. Se aprecia claramente en ambos casos que la participación relativa ha venido aumentando, de tal manera que la industria de seguros privados va jugando un rol muy importante en el aseguramiento en salud en general.¹⁷

Gráfico 5: Participación de total de prima de seguros privados en total cotizaciones Isapre y cotizaciones Fonasa, 2008-2015. (%)



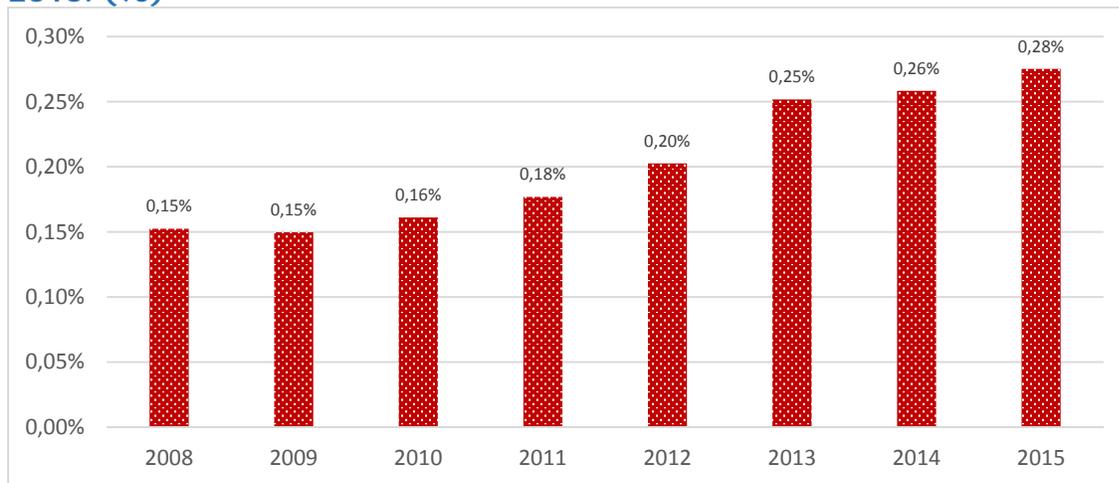
Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de Superintendencia de Salud; Fonasa y ACh (2016).

(*) Las cotizaciones de Fonasa sólo están disponibles hasta el año 2014.

Lo que se infiere del Gráfico anterior, es reforzado con la evolución de la participación de los seguros complementarios en el PIB del país, la cual crece tanto en los periodos 2008-2012 como en el periodo 2013-2015, llegando al año 2015 a una participación de 0,28% del PIB.

¹⁷ Téngase presente el cambio de metodología de contabilización de los seguros complementarios a partir del año 2013, diferencia que al separar los periodos no afecta la tendencia de aumento, aun cuando en el caso de la participación en las cotizaciones de las Isapre en los últimos años se mantiene constante en 19%.

Gráfico 6: Participación de total primas de seguros de salud privados en el PIB, 2008-2015. (%)



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de Banco Central de Chile y Asociación de ACh (2016).

Toda la información en cuanto a tendencias de la industria de seguros de salud revisadas hasta aquí muestran una continuidad respecto de lo reportado en el estudio anterior llevado a cabo por Copetta, C. (2008).

5.2 Caracterización de la demanda por seguros complementarios

De acuerdo al marco conceptual que nos entrega la teoría de seguros, se caracteriza la demanda por seguros de salud complementarios en Chile utilizando los micro datos que entrega la Encuesta CASEN 2015. La población de referencia son los jefes de núcleo familiar de 14 años y más.

Nuestro análisis se concentra en algunos aspectos sociodemográficos de la población que dice tener un seguro complementario de salud,¹⁸ siempre considerando el sistema de aseguramiento en salud que dice tener la persona. Así, se muestra la población con seguros complementarios de acuerdo a decil de ingreso, nivel educacional, oficio, rama de la producción en la que trabaja, edad, tamaño del hogar.

A continuación, y con el objetivo de explorar la hipótesis de *riesgo moral* en la demanda de prestaciones sanitarias, se muestran antecedentes respecto de la demanda de algunas prestaciones, dividiendo la población entre aquellos que no cuentan con seguro complementario y los que sí, considerando el sistema de aseguramiento en salud en ambos casos. En particular se muestra la demanda por consultas médicas generales, consultas de especialidad, consultas de urgencia, consultas dentales, hospitalizaciones, consultas de salud mental, demanda de Rx o ecografías y exámenes de laboratorio.

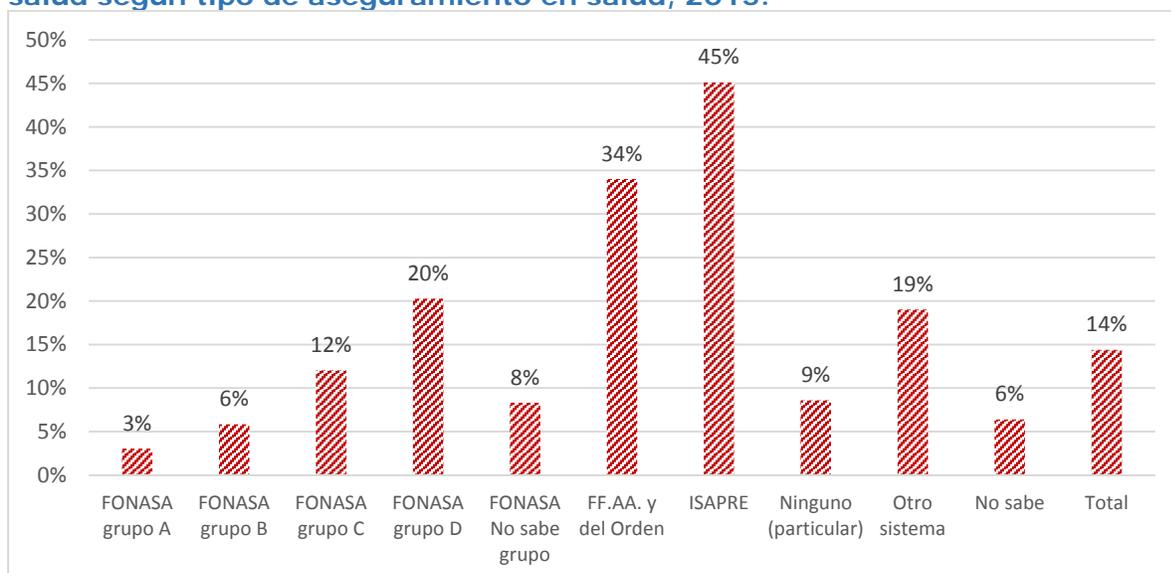
Finalmente, y con el objetivo de explorar la hipótesis de *selección adversa* se presentan antecedentes respecto de algunos indicadores de condición de salud de la población, dividiendo la población entre aquellos que no cuentan con seguro complementario y los que

¹⁸ Específicamente, la pregunta que se hace a los encuestados es la siguiente: ¿Algún miembro de su núcleo familiar se encuentra cubierto por un Seguro de Salud complementario ante riesgo de enfermedad o accidente? El término "seguro complementario" es utilizado en la encuesta de manera genérica para referirse a cualquier tipo de seguro relacionado a salud y accidentes, que sea diferente de los planes obligatorios por Ley (FONASA, ISAPRES, FFAA, etc.).

sí, considerando el sistema de aseguramiento en salud en ambos casos. En particular se muestran antecedentes acerca del auto reporte de salud como una medida subjetiva. También se muestran antecedentes de indicadores objetivos de la condición de salud como tener diagnóstico de cáncer, enfermedades crónicas y algún problema de salud.

En el Gráfico 7 se constata que las personas con seguro complementario alcanzan al 14% de los jefes de núcleo familiar, correspondiente a 947.810 personas. Al considerar el sistema de aseguramiento se constata que el 45% de las personas que cotizan en Isapre poseen seguro complementario, le sigue en importancia las personas del sistema de salud de las FFAA y de orden con un 34%, el 20% de quienes están en el grupo D del Fonasa, el 19% que tiene otro sistema de salud, el 12% de los que están en el grupo C del Fonasa, el 9% de los que no tienen ningún sistema de salud, el 6% de los que están en el Grupo B del Fonasa y el 3% del Grupo A.¹⁹

Gráfico 7: Porcentaje de jefes de núcleo familiar con seguro complementario de salud según tipo de aseguramiento en salud, 2015.



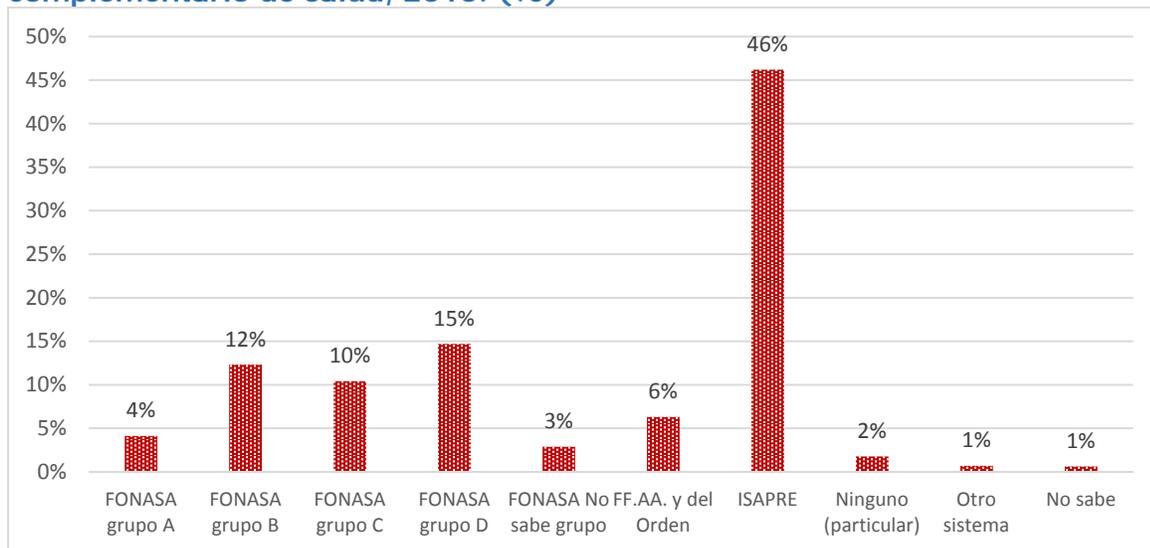
Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de CASEN 2015.

En el Gráfico 8 se observa que del total de personas que dicen tener un seguro complementario de salud, un 46% pertenece a su vez a alguna Isapre, le siguen en importancia aquellas personas adscritas al grupo D del Fonasa con un 15% y del grupo B con un 12%. Del total de personas con seguro complementario, un 44% pertenece al Fonasa.²⁰

¹⁹ Comparaciones con la CASEN 2013 (que no se muestran en este reporte) indican que el acceso a seguros complementarios de salud ha aumentado en los afiliados al Fonasa en todos los grupos.

²⁰ Información publicada en www.pulso.cl el 17 de noviembre del año 2016 señala que un estudio realizado por AON Chile estima que un 56% de los usuarios de seguros complementarios está afiliado al Fonasa y un 44% a alguna Isapre. La diferencia con nuestros datos está dada por la distinta fuente de información, en el estudio de OAN se mide el comportamiento de 250 mil usuarios de seguros de salud en 89 empresas con seguros complementarios. Adicionalmente, en el caso nuestro consideramos un 10% de los usuarios que están en otras alternativas distintas del Fonasa e Isapre.

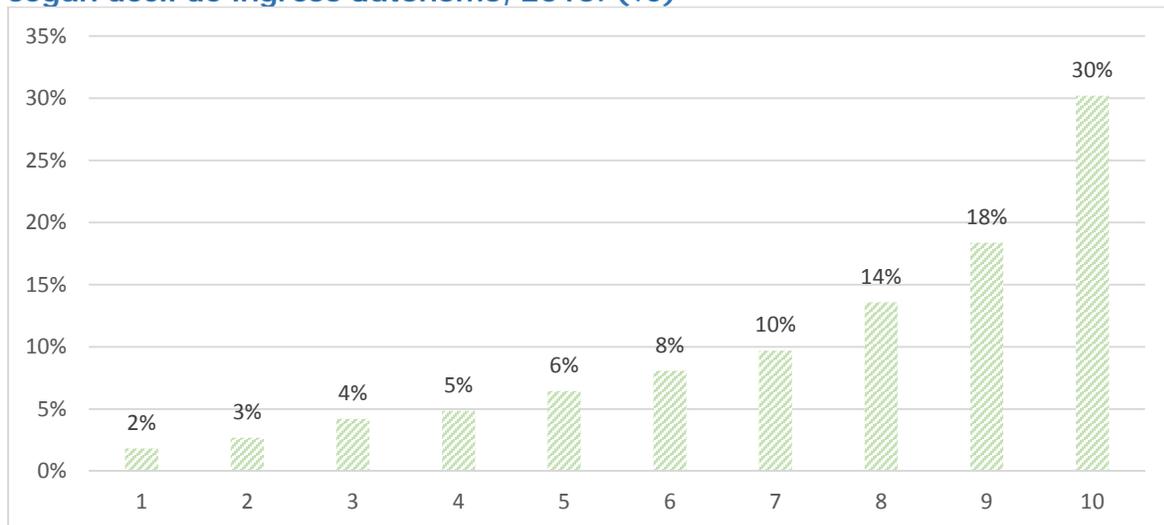
Gráfico 8: Tipo de aseguramiento en salud de jefes de núcleo familiar con seguro complementario de salud, 2015. (%)



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de CASEN 2015.

En el Gráfico 9 se muestra el porcentaje de jefes de núcleo familiar que señalan tener un seguro complementario según decil de ingreso autónomo al que pertenecen. Claramente se observa que las personas que estarían accediendo a este tipo de aseguramiento por fuera de la seguridad social pertenecen a los segmentos de población de mayores ingresos, donde los dos deciles de mayores ingresos concentran al 48% del total de personas con seguros complementarios, mientras que sólo un 5% pertenece a los dos deciles de menores ingresos.

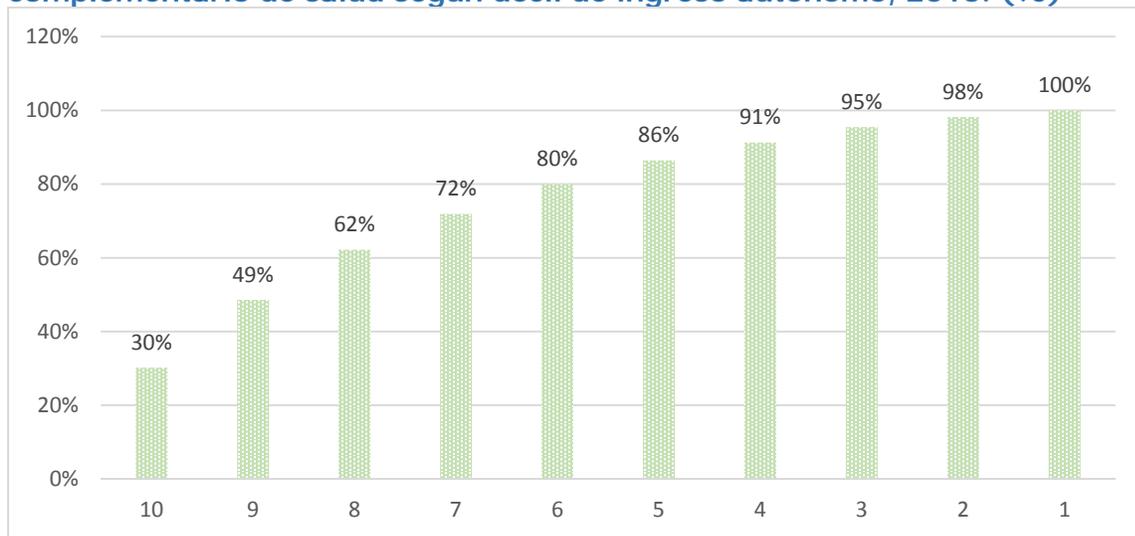
Gráfico 9: Jefes de núcleo familiar que dicen tener seguro complementario de salud según decil de ingreso autónomo, 2015. (%)



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de CASEN 2015.

En el gráfico 10 se refuerza la inferencia anterior, pues ordenando los deciles de ingreso de mayor a menor, se observa con claridad que la mitad de la población, es decir, los cinco deciles de mayores ingresos concentran al 80% del total de personas que señalan poseer un seguro de salud complementario.

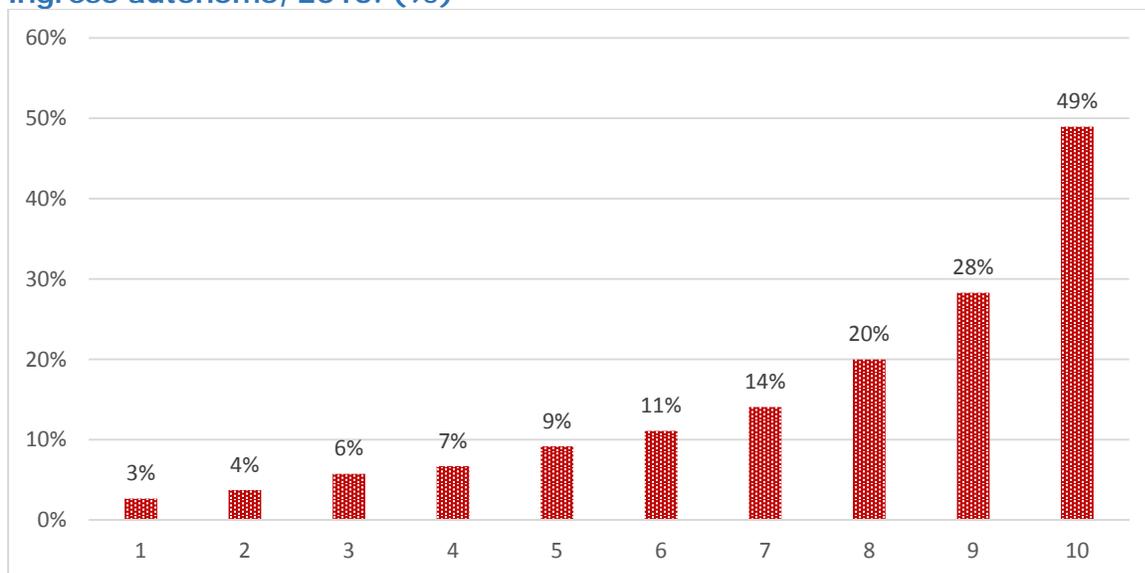
Gráfico 10: Distribución acumulada de jefes de núcleo que dicen tener seguro complementario de salud según decil de ingreso autónomo, 2015. (%)



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de CASEN 2015.

Por otra parte, si se considera qué porcentaje de jefes de núcleo familiar tiene seguro complementario de salud en cada agrupación por decil de ingreso, se constata en el Gráfico 11 que en el decil de mayores ingresos el 49% de las personas que lo componen dice tener un seguro complementario de salud. Esta respuesta afirmativa va disminuyendo de manera importante a medida que se desciende en los deciles hacia los de más bajos ingresos. En efecto, de los jefes de núcleo familiar pertenecientes al decil inmediatamente inferior al decil 10, sólo el 28% dice tener un seguro complementario y en el decil 8 baja a 20%, en el resto de deciles de ingreso las personas con seguro complementario no pasan del 14%, siendo de 3% y 4% en los deciles 1 y 2 de menores ingresos respectivamente.

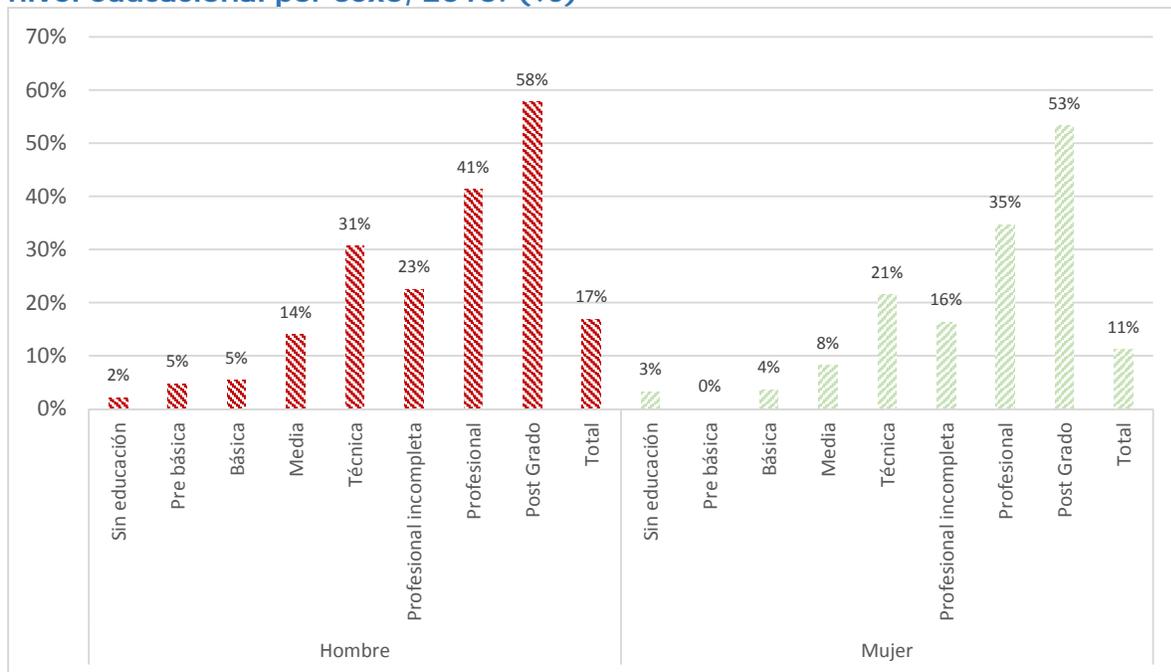
Gráfico 11: Jefes de núcleo familiar con seguro complementario de cada decil de ingreso autónomo, 2015. (%)



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de CASEN 2015.

En el Gráfico 12 se muestra qué porcentaje de personas dice tener un seguro complementario de salud de acuerdo a cada nivel educacional y el sexo del jefe(a) de núcleo familiar.²¹ En términos generales, del total de jefes de núcleo familiar hombres, un 17% dice tener seguro complementario, mientras que en mujeres esta cifra disminuye a 11%. El nivel educacional que tiene una mayor frecuencia de personas con seguros privados de salud son los que alcanzan postgrado, quienes tienen en aproximadamente un 58% y 53% en hombres y mujeres respectivamente. Para ambos sexos le sigue en importancia aquellas personas que tienen un nivel educacional asociado a profesional que en hombres alcanza a 41%, y en mujeres a 35%.

Gráfico 12: Porcentaje de jefes de núcleo familiar con seguro complementario según nivel educacional por sexo, 2015. (%)

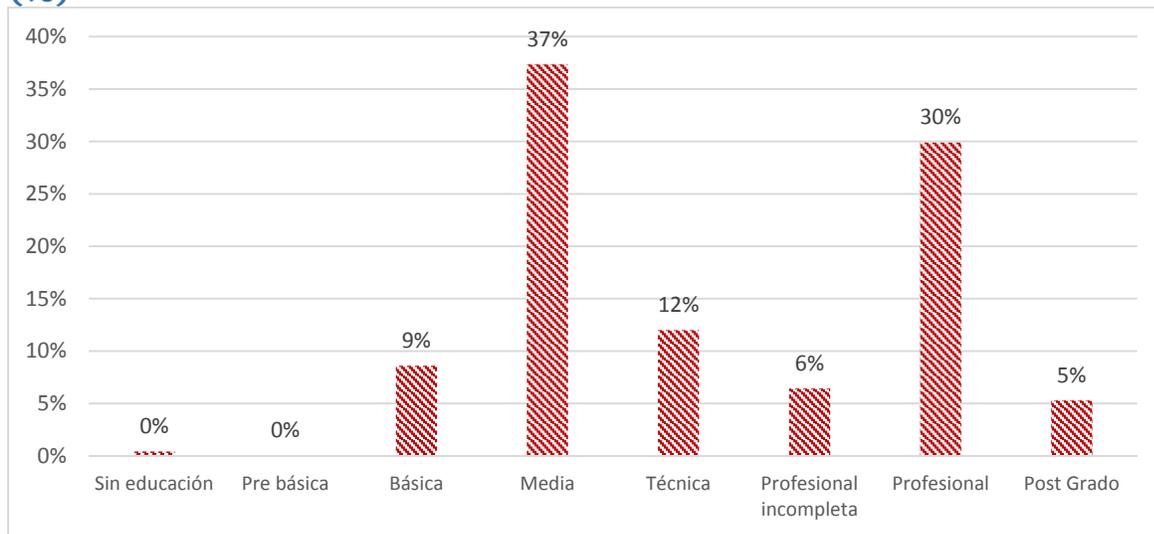


Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de CASEN 2015.

Al considerar como referencia la distribución de las personas con seguro complementario de acuerdo a su nivel educacional la perspectiva cambia respecto del Gráfico anterior, pues el nivel educacional está concentrado en aquellas que tienen enseñanza media con 37% y en profesionales y post grado que juntos suman un 35%, los restantes niveles educacionales tienen una participación menor con 12% en el caso de educación Técnica, educación básica con 9% y las personas con carreras profesionales incompleta con un 6%.

²¹ En el gráfico se muestra un agrupamiento de las categorías de nivel educacional que especifica el formulario de la encuesta CASEN 2015. El ordenamiento utilizado es el siguiente: **Sin educación**: Nunca asistió; **Pre básica**: sala cuna, jardín infantil, pre kínder, y educación especial; **Básica**: primaria o preparatoria, y educación básica; **Media**: Humanidades, educación media científico humanista; técnica, comercial, industrial, normalista; educación media técnico profesional, y técnico nivel superior incompleto; **Técnica**: Técnico nivel superior completo; **profesional incompleto**; **profesional completo**: profesional completo, y post grado incompleto; **post grado completo**.

Gráfico 13: Personas con seguro complementario según nivel educacional, 2015. (%)

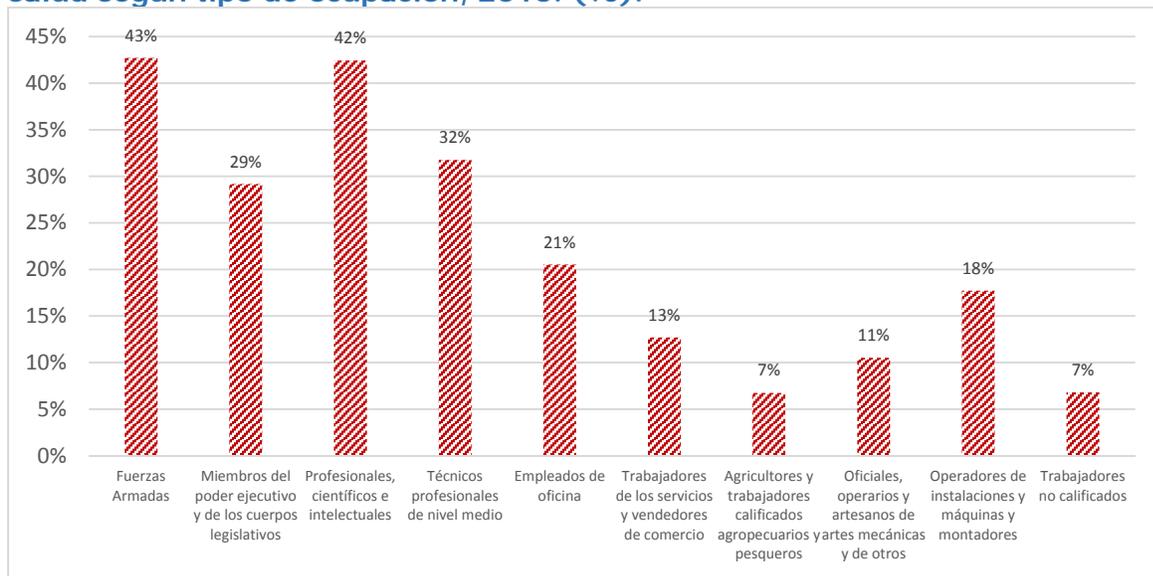


Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de CASEN 2015.

En el Gráfico 14 se muestra el porcentaje de personas con seguro complementario según tipo de ocupación. Se aprecia que las ocupaciones con mayor proporción de personas con seguro complementario de salud son las FFAA y de orden, y Profesionales, científicos e intelectuales, con un 43% y 42% respectivamente. Le siguen en importancia Técnicos profesionales de nivel medio y Miembros del poder ejecutivo y de los cuerpos legislativo con 32% y 29% respectivamente.²² Las ocupaciones que registran menor porcentaje de personas con seguro complementario son Trabajadores no calificados, y Agricultores y trabajadores calificados y pesqueros, ambos oficios con un 7%.

²² Es relevante tener en consideración el alto porcentaje de personas de las FFAA y de orden con seguros complementarios, pues este grupo poblacional tiene una característica que no tienen otras personas de otras ocupaciones y que es no tener acceso a las Garantías Explícitas en Salud (GES). También este grupo poblacional se caracteriza por tener el gasto de bolsillo en salud más alto en relación a las personas con otro tipo de aseguramiento en salud, tal como se señala en Ibáñez, C. *et al* (2015).

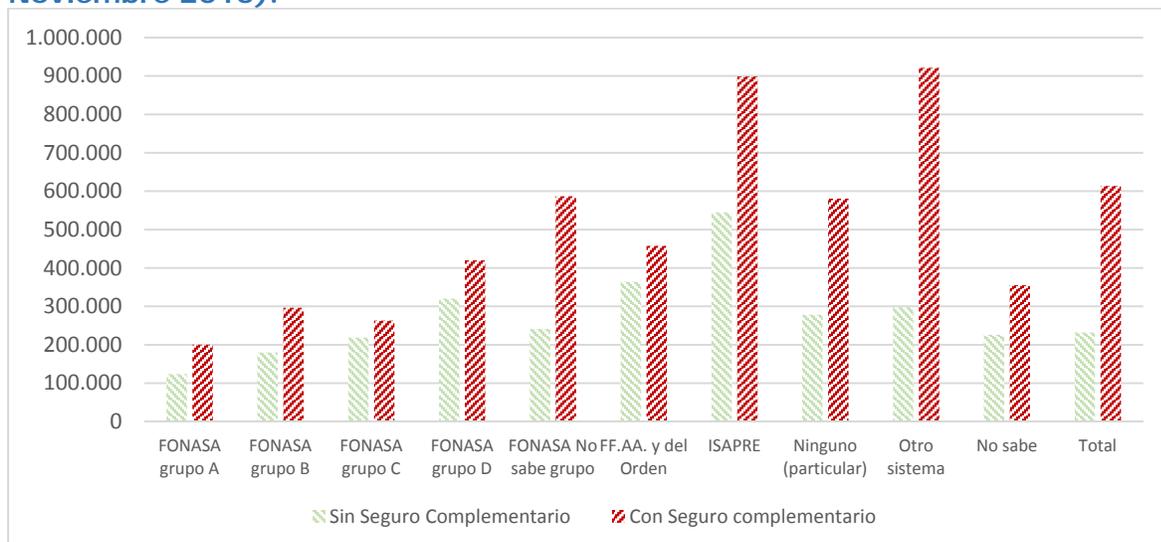
Gráfico 14: Porcentaje de jefes de núcleo familiar con seguro complementario de salud según tipo de ocupación, 2015. (%)



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de CASEN 2015.

En el Gráfico 15 se muestran los jefes de hogar con y sin seguro complementario de salud según sistema de aseguramiento en salud e ingreso autónomo promedio. Se constata que para todos los sistemas de aseguramiento las personas que dicen tener un seguro complementario, sus ingresos promedio son mayores que los de las personas que no poseen seguro. Y las mayores diferencias en ingreso entre quienes tienen y no tienen seguro complementario se observan en aquellos que pertenecen a otros sistemas de salud, particulares e Isapre.

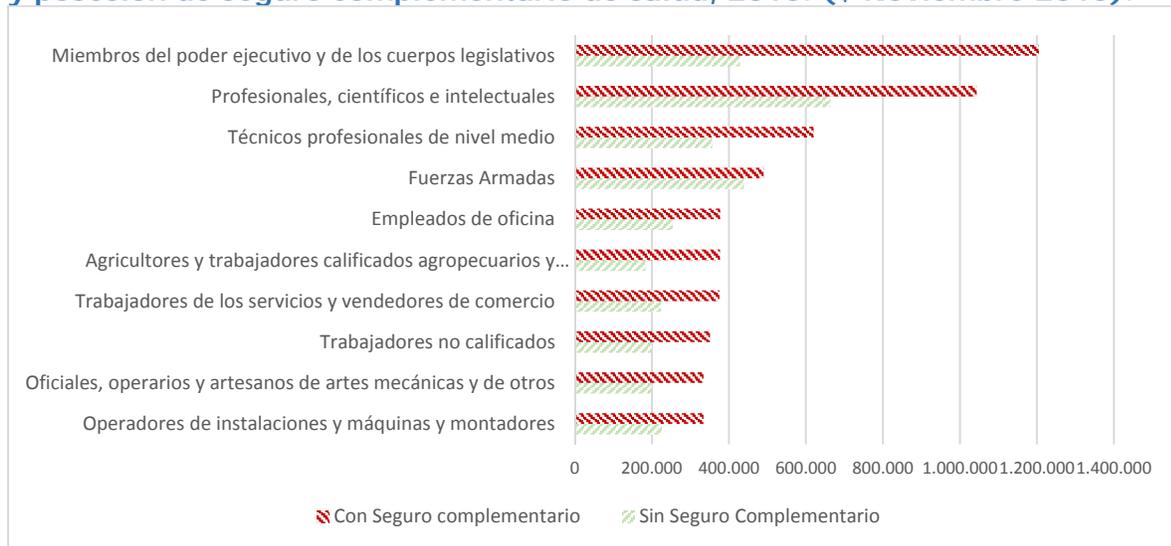
Gráfico 15: Ingreso per cápita autónomo promedio del núcleo familiar según sistema de aseguramiento en salud y posesión de seguro complementario de salud, 2015. (\$ Noviembre 2015).



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de CASEN 2015.

En el Gráfico 16 se realiza el mismo ejercicio anterior, pero considerando el oficio de las personas. Se constata para todas las categorías de oficio que aquellas personas con seguro complementario de salud tienen un ingreso autónomo promedio superior a aquellas personas que no poseen el seguro. Las mayores diferencias se observan en Miembros del poder ejecutivo y de los cuerpos legislativos; profesionales, científicos e intelectuales; y técnicos profesionales de nivel medio.

Gráfico 16: Ingreso per cápita autónomo promedio del núcleo familiar según oficio y posesión de seguro complementario de salud, 2015. (\$ Noviembre 2015).



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de CASEN 2015.

En el Gráfico 17 se muestra el porcentaje de jefes de núcleo familiar que dicen tener un seguro complementario de salud de acuerdo a la rama de la producción donde trabajan. Se aprecia que la rama donde existe mayor proporción de personas con seguro complementario es la de Organizaciones y órganos territoriales con un 70%²³, le siguen en importancia la Intermediación financiera con un 48% y Explotación de minas y canteras con 40%. Más abajo encontramos las ramas de Administración pública y defensa y Suministro de electricidad y agua, ambas con un 33%, seguida de Servicios sociales y de salud, y Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler ambas con 30%.

Las ramas con menor proporción de personas con seguro complementario es Hogares privados con servicio doméstico con un 4%, Agricultura, ganadería, caza y silvicultura con 7%, seguida de Hoteles y restaurant con 9%.

²³ Esta cifra hay que tomarla con cautela pues el número de observaciones es muy pequeña en esta rama, lo cual puede estar sobre estimando el porcentaje de gente con seguro complementario.

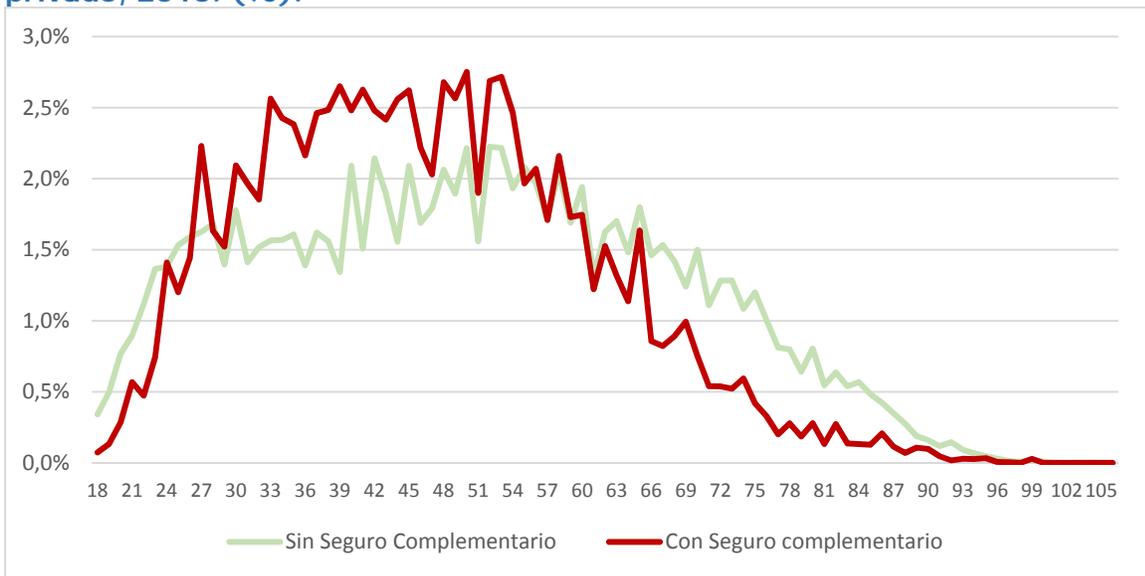
Gráfico 17: Personas con seguro complementario de salud según rama de la producción, 2015. (%).



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de CASEN 2015.

En el Gráfico 18 se muestra la distribución de las personas con y sin seguro de salud privado de acuerdo a su edad. Se observa que la distribución de las personas con seguro complementario tiene una mayor concentración respecto de aquellas sin seguro complementario de salud en el tramo de edad de 29 a 55 años representando un 64% del total de personas con seguro complementario versus un 48% de las personas sin este tipo de seguro en este mismo tramo de edad. Entre el tramo de edad entre 61 a las máximas edades la concentración es menor.

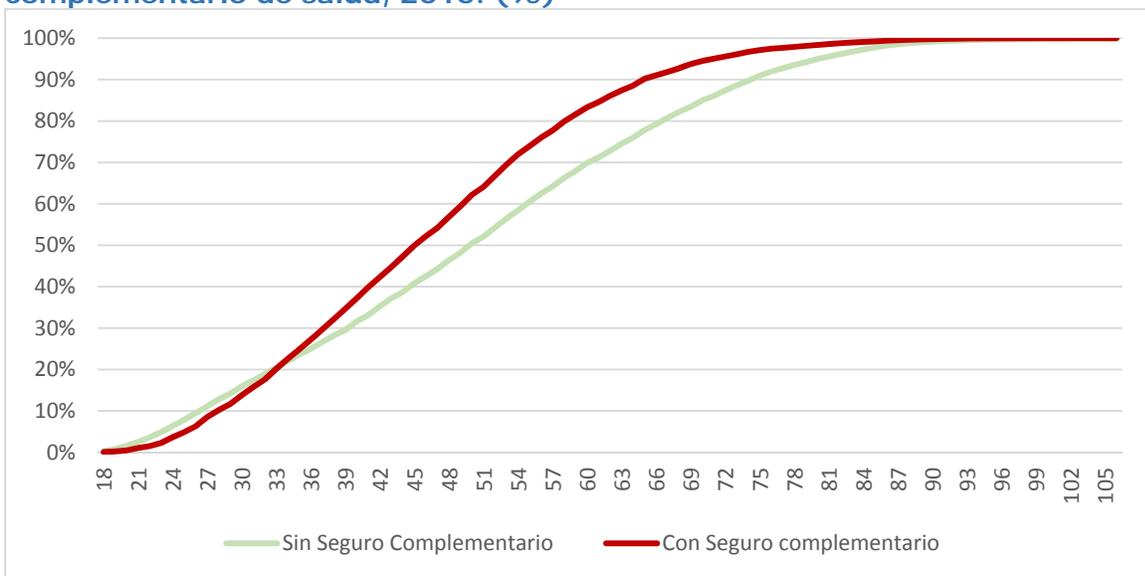
Gráfico 18: Distribución por edad de jefes de núcleo familiar con seguro de salud privado, 2015. (%)



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de CASEN 2015.

En el Gráfico 19 se muestra la frecuencia acumulada por edad de las personas con y sin seguro de salud, se constata que para las personas con seguro complementario la mediana corresponde a los 45 años, es decir, el 50% de las personas con seguro complementario de salud tiene entre 18 y 45 años, mientras que la mediana para aquellas personas sin seguro complementario es de 50 años. A su vez, se observa que sólo un 10% de las personas con seguro complementario de son mayores de 65 años.

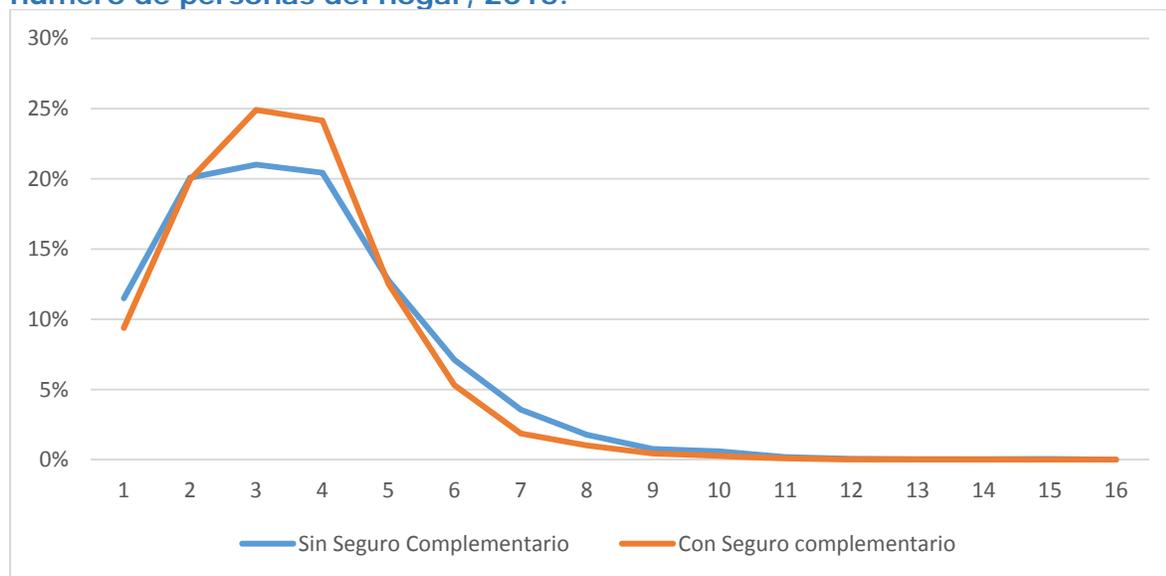
Gráfico 19: Frecuencia acumulada según edad de jefes de núcleo familiar con seguro complementario de salud, 2015. (%)



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de CASEN 2015.

En el Gráfico 20 se muestra a las personas con y sin seguro complementario de acuerdo al tamaño del hogar. Se observa que las personas con seguro complementario se concentran en hogares entre 2 y 5 personas, concentrando al 82% de la población con seguro, mientras que la población sin seguro con ese mismo número de personas concentra el 74% de esa población. Adicionalmente, se aprecia que en los hogares con 5 y más miembros del hogar la tenencia de seguro complementario es menor que las personas sin seguro, concentrando 9% y 14% respectivamente.²⁴

Gráfico 20: Distribución de personas con y sin seguro complementario de salud según número de personas del hogar, 2015.



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de CASEN 2015.

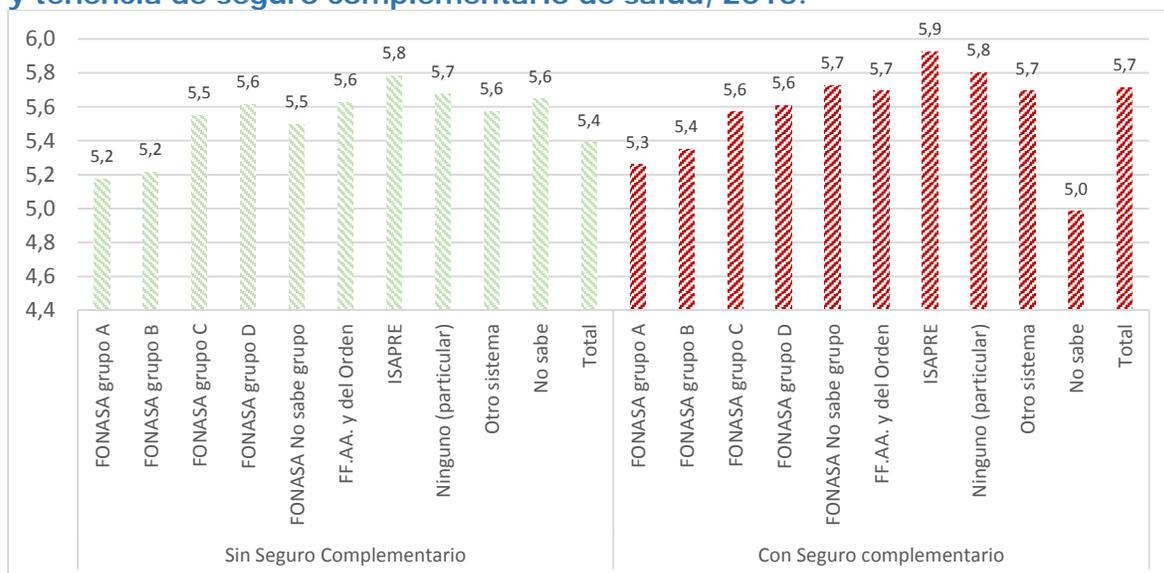
²⁴ Este hecho, al igual que la baja proporción de personas mayores que tienen seguro complementario, se explica por un efecto precio, en el sentido de que las primas son muy altas y eventualmente en políticas de las compañías de seguro de no vender pólizas a personas con beneficiarios muy numerosos y de edades avanzadas.

5.3 Condición de salud

A continuación se muestran antecedentes acerca del estado de salud de las personas diferenciando por tenencia de seguro complementario de salud y según sistema de aseguramiento en salud. Estos antecedentes son relevantes por cuanto a partir de ellos se puede inferir la posible existencia de problemas de *selección adversa*.

En el Gráfico 21 se presenta una medida subjetiva del estado de salud como es el auto reporte de salud evaluado de 1 a 7, siendo 1 el peor estado de salud y 7 el mejor. Se observa que a nivel general las personas con seguro complementario tienen una mejor evaluación de su salud, siendo de 5,7 versus 5,4 para aquellas personas que no tienen seguro complementario. Al comparar el auto reporte según tipo de aseguramiento se constata que con la excepción de la categoría no sabe, todas las demás muestran una autoevaluación igual o superior de las personas con seguro complementario versus las que no cuentan con tal seguro.

Gráfico 21: Auto reporte de salud en escala de 1 a 7 según sistema de aseguramiento y tenencia de seguro complementario de salud, 2015.

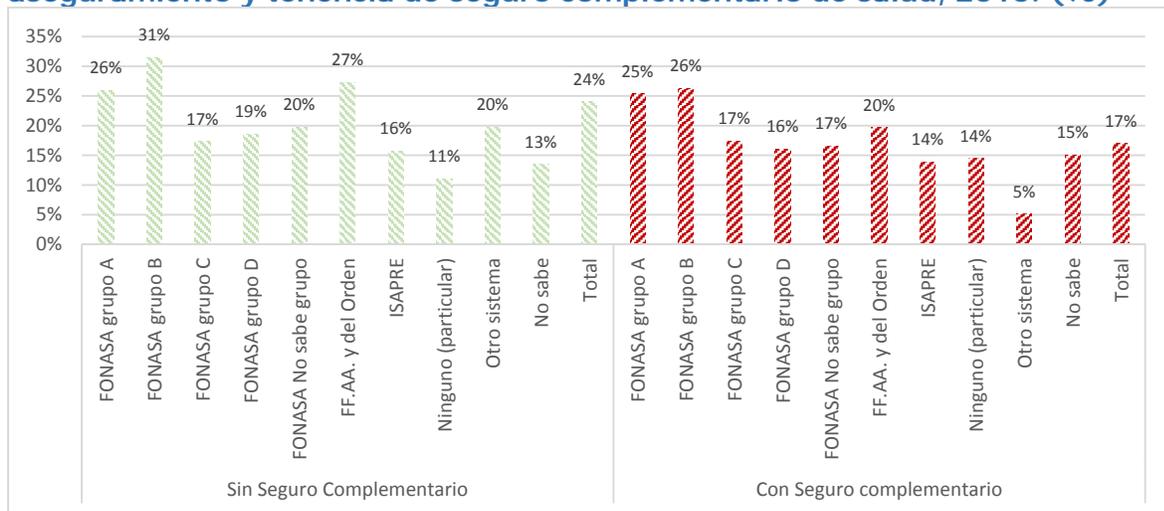


Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de CASEN 2015.

En el Gráfico 22 se muestran los porcentajes de personas con alguna enfermedad crónica según tipo de aseguramiento y posesión de seguro complementario.²⁵ A nivel total se aprecia que las personas con seguro complementario presentan una prevalencia menor, siendo ésta de 17% versus 24% de aquellas personas que no cuentan con dicho seguro. Al comparar por tipo de aseguramiento, se constata que con la excepción de la categoría no sabe, todas las restantes las prevalencias son iguales o mayores en aquellas personas que no cuentan con seguro complementario en relación a las que sí tienen.

²⁵ Las enfermedades crónicas consideradas son: Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Asma moderada o grave, e Insuficiencia renal crónica.

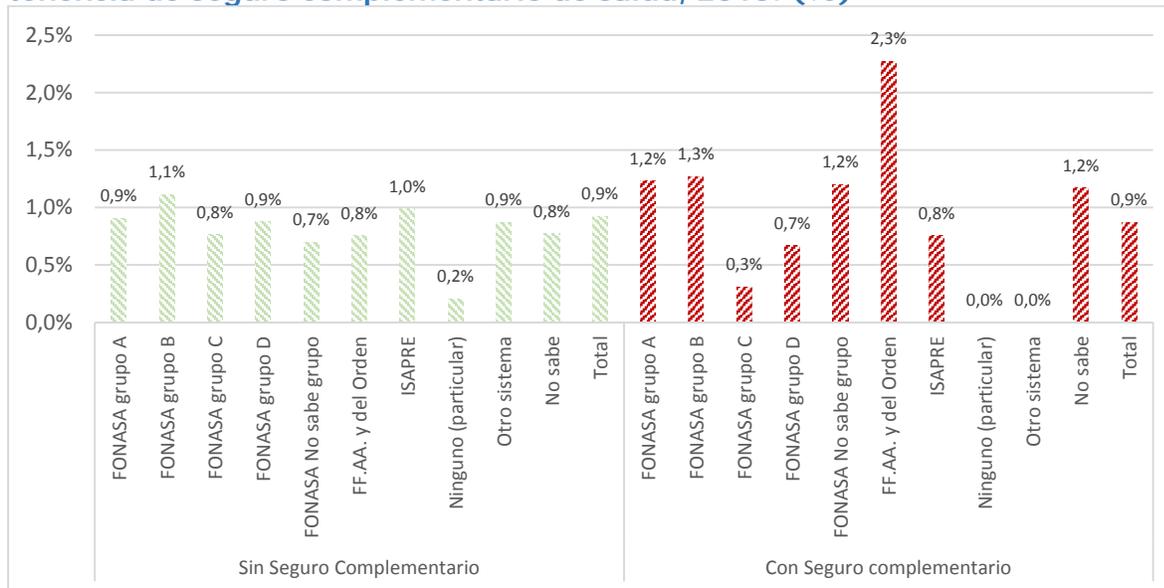
Gráfico 22: Porcentaje de personas con enfermedades crónicas según tipo de aseguramiento y tenencia de seguro complementario de salud, 2015. (%)



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de CASEN 2015.

En el Gráfico 23 se comparan las personas que señalan tener un diagnóstico de Cáncer de acuerdo a si poseen un seguro complementario según sistema de aseguramiento en salud.²⁶ En el total el porcentaje de personas que señalan tener algún diagnóstico de cáncer es el mismo. Al comparar por sistema de aseguramiento se constata que las diferencias no son tan importantes, con la excepción de las personas que están en el sistema de aseguramiento de las FF.AA. y de orden, que en el caso de aquellos que tienen seguro complementario alcanzan al 2,3%, mientras que los que no cuentan con dicho seguro alcanzan a 0,8%.

Gráfico 23: Porcentaje de personas con cáncer según tipo de aseguramiento y tenencia de seguro complementario de salud, 2015. (%)

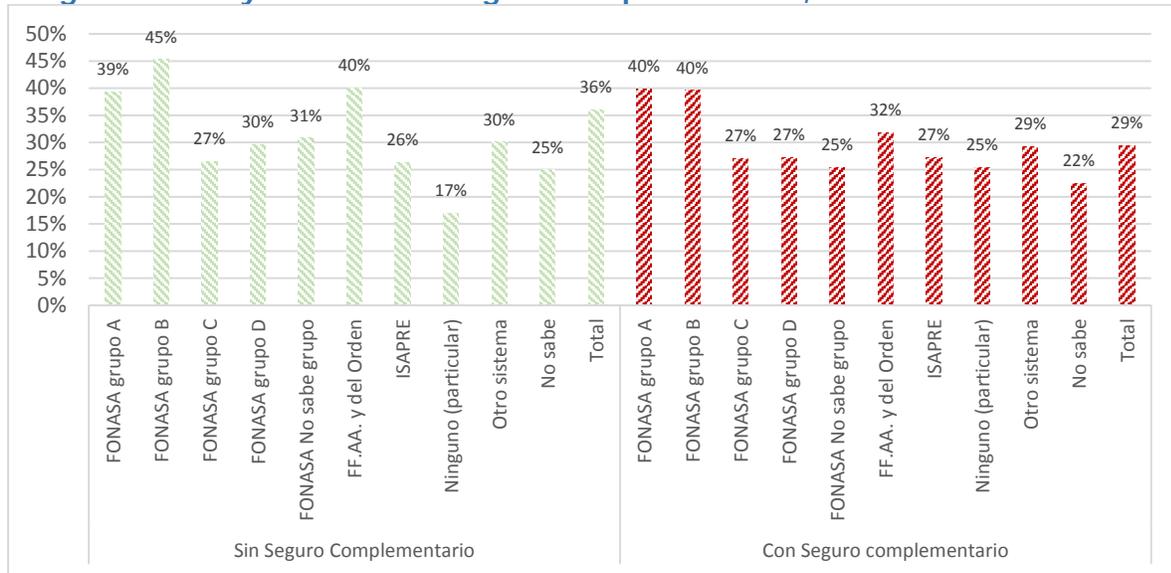


Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de CASEN 2015.

²⁶ Los tipos de Cáncer considerados son los siguientes: Cáncer gástrico, de útero, testículo, próstata, colorectal y leucemia.

En el Gráfico 24 se muestra el porcentaje de personas que tienen algún problema de salud.²⁷ En el total se observa que el porcentaje de personas con algún problema de salud es mayor en quienes no poseen un seguro complementario. Al comparar según aseguramiento en salud se constata que para todas las categorías de aseguramiento el porcentaje es prácticamente igual o mayor en quienes no poseen seguro complementario en relación a quienes si poseen, con la excepción de las personas sin aseguramiento en salud que alcanzan al 25% en quienes poseen seguro complementario versus 17% en quienes no poseen dicho seguro.

Gráfico 24: Porcentaje de personas con algún problema de salud según sistema de aseguramiento y tenencia de seguro complementario, 2015.



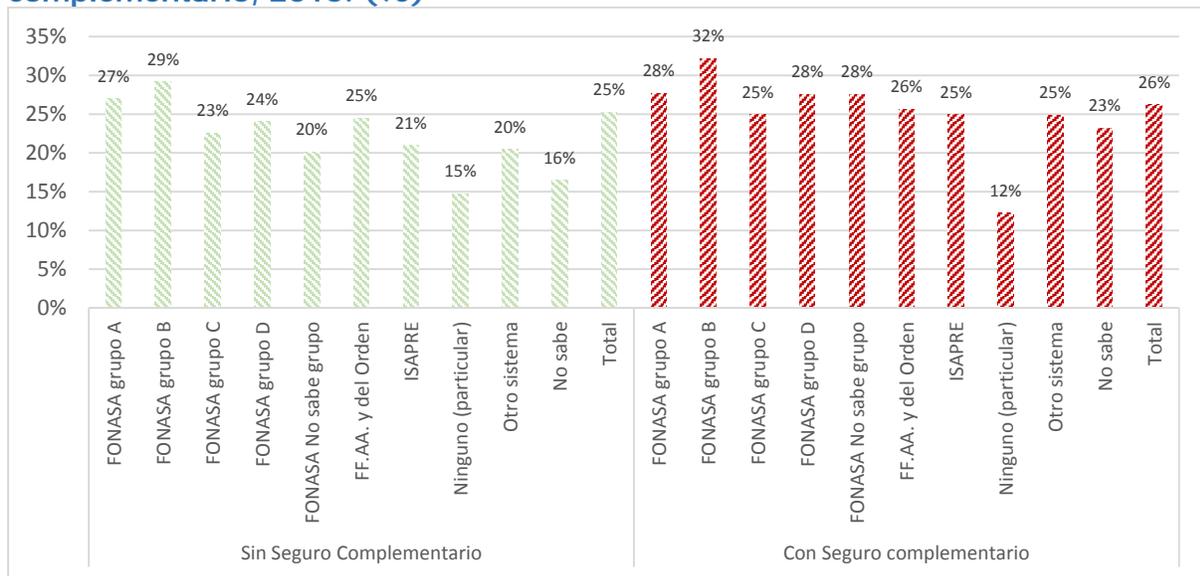
Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de CASEN 2015.

Una situación algo distinta, respecto de las variables de salud comentadas con anterioridad, se presenta cuando se considera la variable que hemos denominada de riesgo en salud.²⁸ En efecto, en el Gráfico 25 si se considera el total se observa que las personas con seguro complementario tienen una prevalencia de 26%, un punto porcentual más que aquellas personas sin seguro. Al considerar cada sistema de aseguramiento se constata que aquellas personas con seguro complementario tienen mayor prevalencia que aquellas sin seguro para todas las categorías de sistema de aseguramiento, con la excepción de "ninguno", todo lo cual contrasta con los resultados comentados para las demás variables de estado de salud.

²⁷ Esta estadística adiciona además de Cáncer y enfermedades crónicas ya señaladas con anterioridad, los siguientes problemas de salud: Depresión, Infarto agudo al miocardio, Cataratas, Accidente cerebral isquémico, Trastorno bipolar, Lupus, y otra condición de salud.

²⁸ Esta variable se construye a partir de la respuesta a la pregunta: En los últimos 3 meses, ¿tuvo algún problema de salud, enfermedad o accidente?, donde las alternativas son: 1. Sí, enfermedad provocada por el trabajo; 2. Sí, enfermedad no provocada por el trabajo; 3. Sí, accidente laboral o escolar; 4. Sí, accidente no laboral ni escolar; 5. No tuvo ninguna enfermedad o accidente; y 9. No sabe /no recuerda. Riesgo de salud será igual a 1 cuando se responda 1 o 2 o 3 o 4 o 5; y 0 cuando se responda 5; cuando se responde 9 se considera perdido.

Gráfico 25: Riesgo de salud por sistema de aseguramiento y tenencia de seguro complementario, 2015. (%)



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de CASEN 2015.

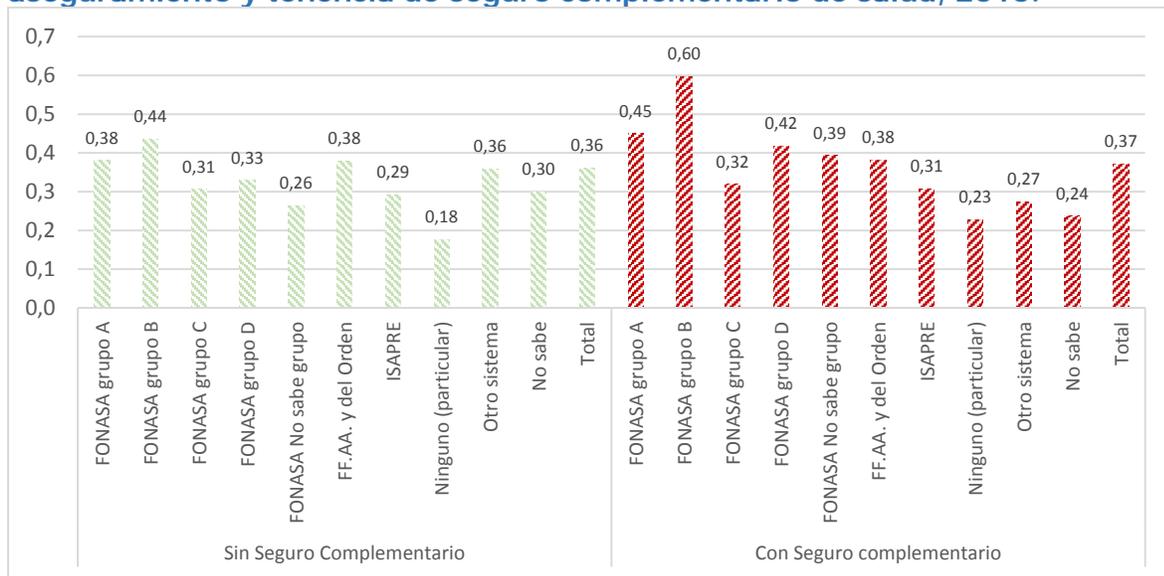
5.4 Demanda de prestaciones

A continuación se presentan antecedentes sobre la demanda de prestaciones de salud de las personas con y sin seguro de salud, con objeto de constatar si existen diferencias que pudieran estar explicadas por problemas asociados a *riesgo moral*.

En el gráfico 26 se muestra la demanda de consultas médicas generales para personas con y sin seguro complementario de salud, de acuerdo a su sistema de aseguramiento. Se observa que para el total la diferencia es mínima, siendo de 0,37 prestaciones para personas con seguro y de 0,36 para personas sin seguro.

Por sistema de aseguramiento, se observan diferencias importantes para los afiliados a los grupos A, B y D de Fonasa donde la cantidad de consultas generales de las personas con seguro complementario son notoriamente superiores a las de aquellas personas con igual sistema de aseguramiento pero sin seguro complementario.

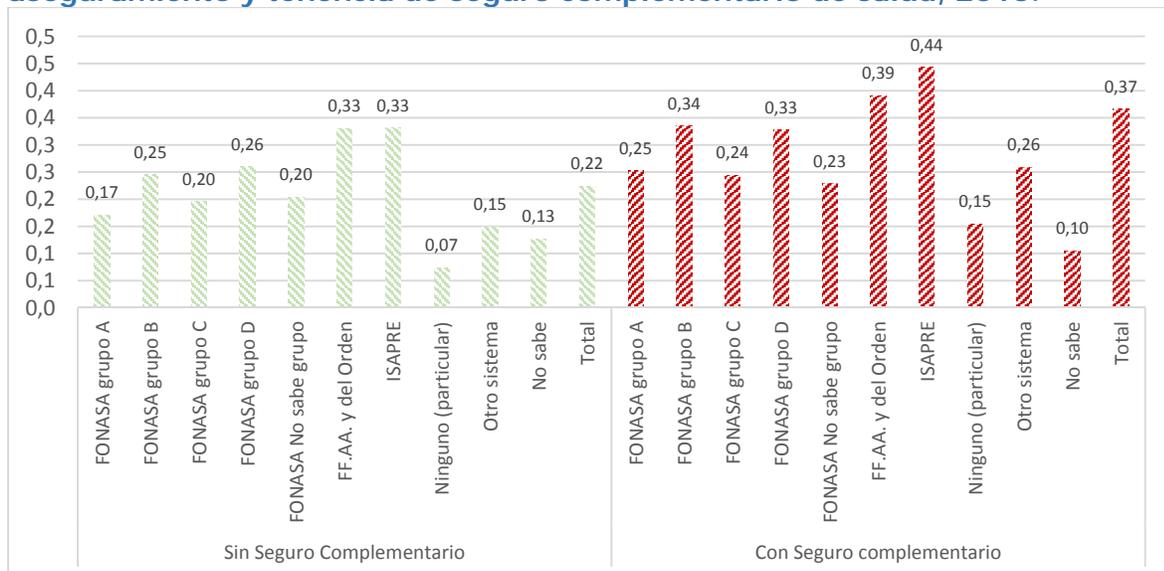
Gráfico 26: Número de consultas médicas generales promedio por sistema de aseguramiento y tenencia de seguro complementario de salud, 2015.



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de CASEN 2015.

En el Gráfico 27 se presenta la demanda de consultas médicas de especialidad. Al considerar el total de la población con y sin seguro se aprecia que la diferencia es importante, siendo de 0,37 consultas de especialidad para las personas con seguro y de 0,22 para la población sin seguro complementario. Al realizar la comparación por tipo de aseguramiento se observan diferencias en prácticamente todas las categorías de aseguramiento institucionales con la excepción de las personas que responde no sabe, siendo en todos estos casos superior la demanda en aquellas personas con seguro complementario.

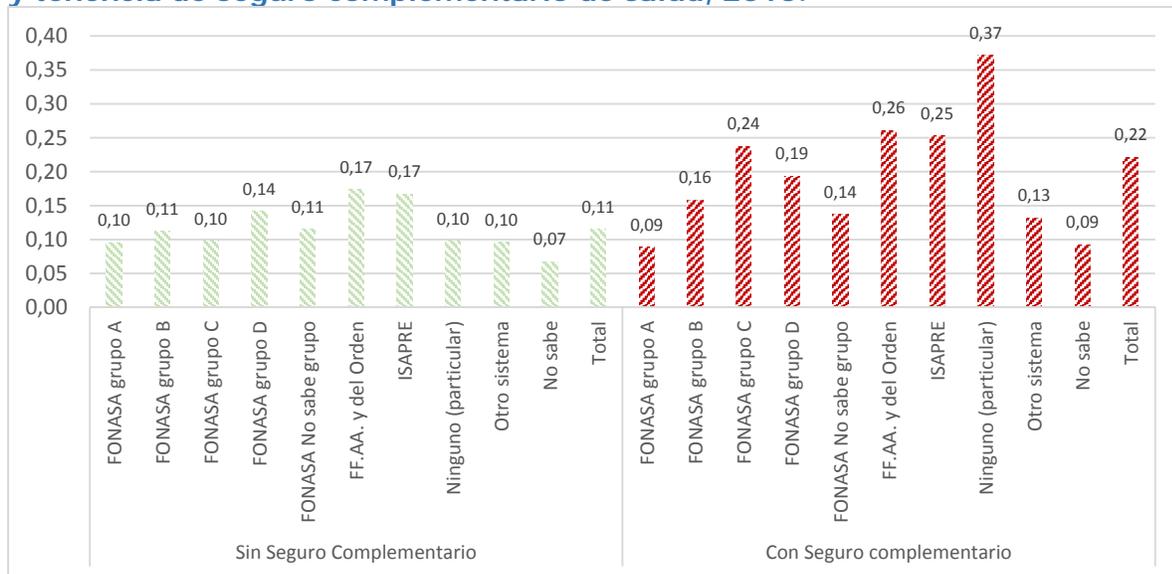
Gráfico 27: Número de consultas de especialidad promedio por sistema de aseguramiento y tenencia de seguro complementario de salud, 2015.



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de CASEN 2015.

En el Gráfico 28 se muestra la demanda de consultas dentales. Se constata que en total el número de consultas dentales para las personas con seguro complementario la demanda es el doble de aquellas personas sin seguro complementario. Al comparar por el tipo de aseguramiento, se observan diferencias importantes en las personas que no cuentan con ningún sistema de aseguramiento pero tienen seguro complementario quienes demandan 0,37 consultas dentales, mientras que aquellas personas que no cuentan con dicho seguro sólo demandan 0,1. También se observan diferencias en las personas que pertenecen a Isapre, FF.AA y de orden, y grupos D, C y B de Fonasa.

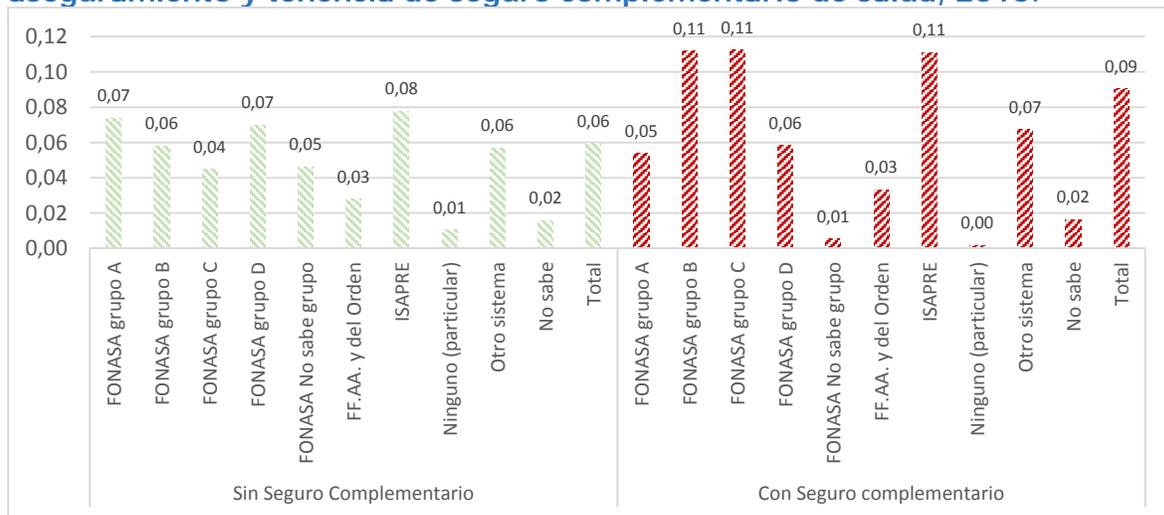
Gráfico 28: Número de consultas dentales promedio por sistema de aseguramiento y tenencia de seguro complementario de salud, 2015.



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de CASEN 2015.

En el Gráfico 29 se muestra la demanda de consultas de salud mental. Se constata que en total el número de consultas para las personas con seguro complementario es superior al de aquellas personas sin seguro complementario. Al comparar por el tipo de aseguramiento, se observan diferencias importantes en las personas de los grupos B y C del Fonasa quienes prácticamente el doble de consultas de salud mental en relación a aquellas personas sin seguro complementario, así como también en beneficiarios de Isapre.

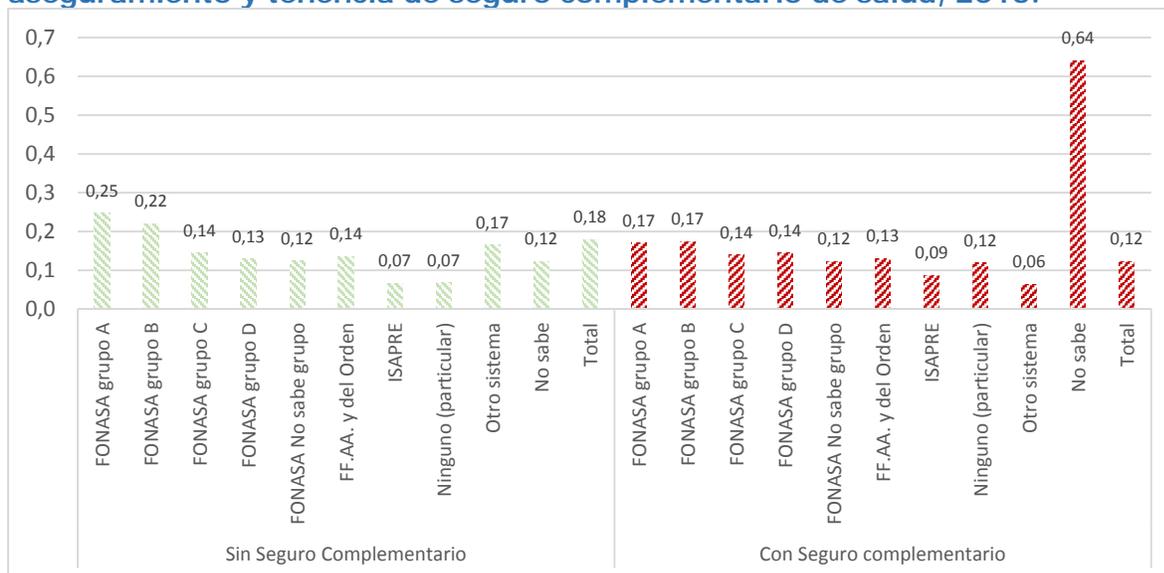
Gráfico 29: Número de consultas de salud mental promedio por sistema de aseguramiento y tenencia de seguro complementario de salud, 2015.



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de CASEN 2015.

En el Gráfico 30 se muestra la demanda de consultas de urgencia. En este caso no se presenta evidencia sobre riesgo moral, pues en prácticamente todas las categorías de aseguramiento las consultas de urgencia de aquellas personas sin seguro complementario son superiores a la de aquellas personas con seguro complementario, con la excepción de la categoría no sabe e Isapre.

Gráfico 30: Número de consultas de urgencia promedio por sistema de aseguramiento y tenencia de seguro complementario de salud, 2015.



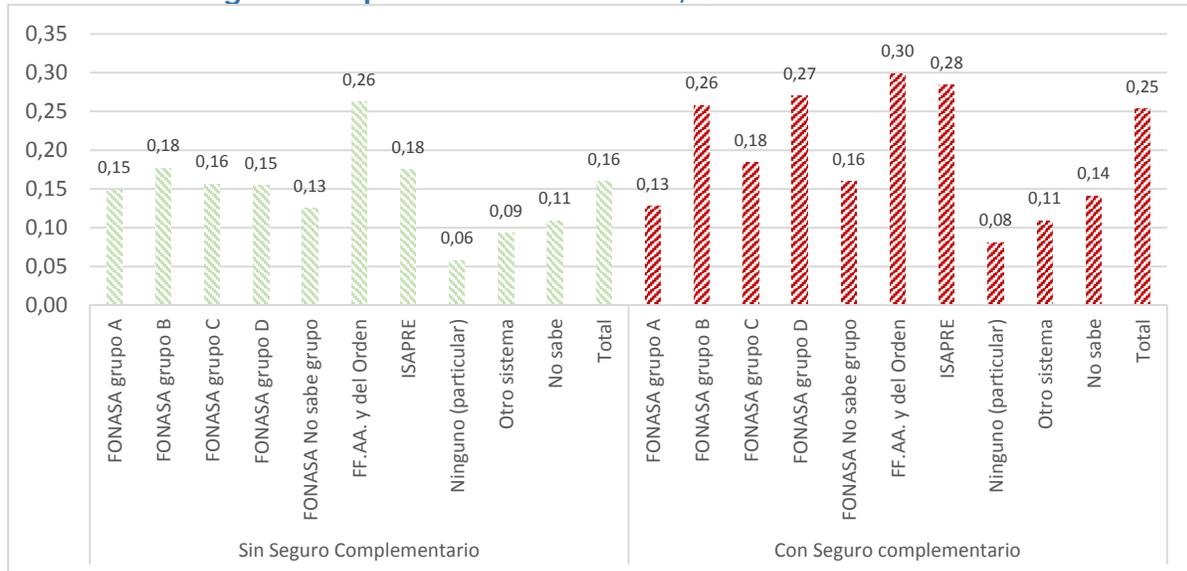
Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de CASEN 2015.

En el Gráfico 31 se muestra la demanda de radiografías (Rx) o ecografías.²⁹ Se constata que en total el número de exámenes para las personas con seguro complementario es superior al

²⁹ En el caso de las radiografías, ecografías, y exámenes de laboratorio se debe tener en consideración que estas demandas corresponden a demandas derivadas de las consultas médicas, razón por la cual los resultados arrojan los

de aquellas personas sin seguro complementario siendo de 0,25 y 0,16 exámenes en promedio respectivamente. Al comparar por el tipo de aseguramiento, se observan diferencias para todos los sistemas de aseguramiento con la excepción de grupo A del Fonasa.

Gráfico 31: Número de Rx o ecografías promedio por sistema de aseguramiento y tenencia de seguro complementario de salud, 2015.

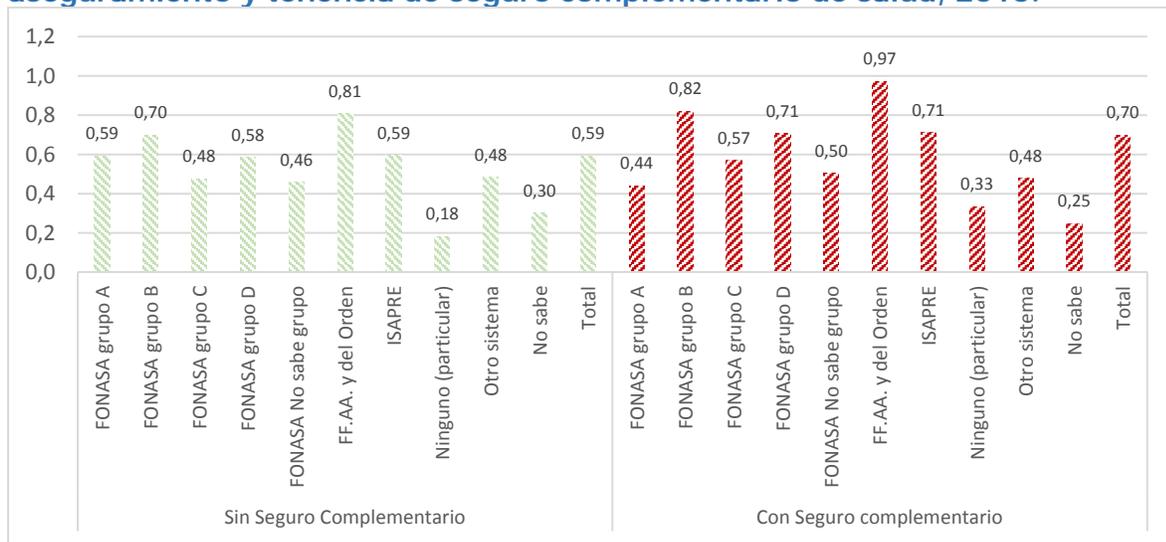


Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de CASEN 2015.

En el Gráfico 32 se muestra la demanda de exámenes de laboratorio. A nivel general se aprecia una mayor demanda en las personas que poseen seguro complementario en relación a las que no tienen, siendo de 0,70 y 0,59 respectivamente. Al comparar por sistema de aseguramiento, se constata que en algunas categorías la demanda de quienes poseen seguro complementario es mayor, tales como Grupos B, C y D del Fonasa, FF.AA y de orden e Isapre, y particulares.

mismos resultados en el sentido de mostrar un mayor uso en beneficiarios con seguro complementario en relación a los que no lo tienen.

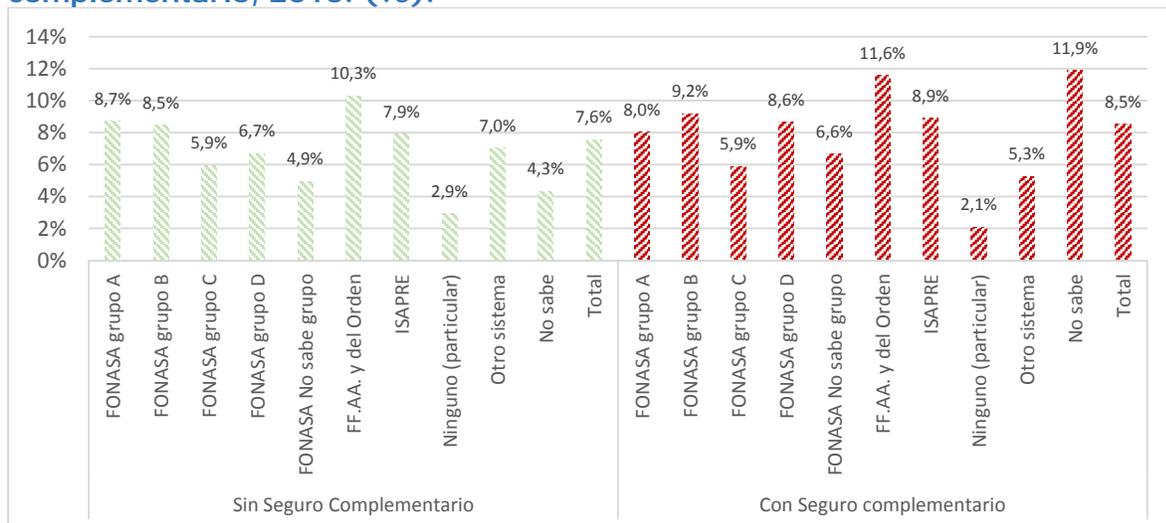
Gráfico 32: Número de exámenes de laboratorio promedio por sistema de aseguramiento y tenencia de seguro complementario de salud, 2015.



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de CASEN 2015.

En el Gráfico 33 se muestra el porcentaje de personas que tuvieron algún tipo de hospitalización.³⁰ En el total se aprecia que las personas que tienen seguro complementario presentan un porcentaje levemente superior en relación a las personas que no cuentan con seguro. Al comparar según tipo de aseguramiento constatamos que en algunas categorías las personas con seguro complementario muestran un mayor porcentaje de hospitalizaciones, es el caso de las categorías no sabe, Isapre, FF.AA y de orden, grupo D, B y no sabe grupo del Fonasa.

Gráfico 33: Hospitalizaciones por sistema de aseguramiento y tenencia de seguro complementario, 2015. (%).



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base de CASEN 2015.

³⁰ Las alternativas de respuesta son las siguientes: Sí, por enfermedad que requirió intervención quirúrgica; Sí, por enfermedad que sólo requirió tratamiento médico; Sí, por embarazo; Sí, por parto normal o inducido; Sí, por cesárea; Sí, por accidente que requirió intervención quirúrgica; Sí, por accidente que sólo requirió tratamiento médico; Sí, por otra razón.

6. Conclusiones

Respecto de las características de la industria de seguros de salud, se reafirman las conclusiones ya señaladas en Copetta, C. (2008) en cuanto al crecimiento por sobre otras industrias de seguros, del PIB y de las cotizaciones a la seguridad social en salud que tomamos como referencia. Esto ha implicado un aumento significativo de los montos globales que las familias y las empresas, en el caso de los seguros colectivos, están destinando a este tipo de seguros. En efecto, para el periodo 2008-2012 el crecimiento medio anual del PIB fue de 6,6%, el total de aportes a las Isapre creció a una tasa promedio anual de 7,2% y las cotizaciones al Fonasa en 8,8%, mientras el crecimiento de los montos asociados a las primas de los seguros de salud complementarios creció a una tasa anual de 14,5%. En el periodo 2013-2015, el PIB creció a una tasa de 2,2%, el total de aportes a las Isapre a una tasa de 5,4%, y las cotizaciones al Fonasa disminuyeron a una tasa promedio de 0,9%, mientras que los montos de las prima de los seguros de salud crecieron a una tasa de 6,8%.³¹

La participación de los montos de las primas de los seguros de salud complementarios respecto del PIB aumenta desde un 0,15% en el año 2008 a un 0,2% en el año 2012. Con la nueva forma de clasificar estos seguros la participación de las primas en el PIB sube a 0,28% en el año 2015. Al comparar los montos de las primas de los seguros de salud complementarios como porcentaje de las cotizaciones que se realizan a las Isapre y al Fonasa se constata que en el año 2008 éstas representaban el 12% de las cotizaciones a las Isapre y el 15% de las cotizaciones al Fonasa, mientras que al año 2012 éstas alcanzan al 16% y 18% respectivamente.³²

La caracterización de la demanda por seguros complementarios indica, sintéticamente, que las personas con este tipo de seguros se concentra en afiliados a las Isapre alcanzando un 46% y en proporción levemente inferior en afiliados al Fonasa con 44% de forma decreciente desde los grupos D al A, así como también en los sistemas de aseguramiento de las FFAA y de orden. Asimismo la demanda se concentra en los deciles de mayores ingresos donde un 80% de las personas con este tipo de seguros pertenece a los cinco deciles de mayores ingresos.

La mayor concentración de personas con este tipo de seguros se observa en el nivel educacional de post grado, alcanzando a 58% en hombres y a 53% en mujeres con este nivel educacional, le siguen en importancia los profesionales con un 41% y 35% en hombres y mujeres respectivamente. Las personas con nivel educacional técnico alcanzan un 31% en hombres y un 21% en mujeres. El nivel educacional sin educación, pre básica y básica son los que tienen menos porcentaje de personas con seguro complementario tanto en hombres como en mujeres siendo inferiores al 5% tanto para hombres como en mujeres. No obstante lo anterior, cuando se evalúa el nivel educacional respecto del total de las personas con este tipo de seguros se constata que el nivel educacional que concentra una mayor proporción de la demanda son las personas con enseñanza media con un 37%, y los profesionales y postgrado donde ambos suman un 35%.

Desde la perspectiva de las ocupaciones de las personas, se aprecia que las con mayor proporción de personas con seguro complementario de salud son las FFAA y de orden, y Profesionales, científicos e intelectuales, con un 43% y 42% respectivamente. Le siguen en importancia Técnicos profesionales de nivel medio y Miembros del poder ejecutivo y de los cuerpos legislativo con 32% y 29% respectivamente. Las ocupaciones que registran menor

³¹ La diferenciación en estos dos periodos se debe a los cambios ocurridos en la forma de clasificar los seguros de salud desde el año 2013, razón por la cual las estadísticas no son comparables con la serie anterior.

³² Con la nueva forma de clasificar los seguros de salud al año 2014 la participación de los montos de las primas alcanzan al 19% de las cotizaciones realizadas a las Isapre y al 23% de las que se realizan al Fonasa.

porcentaje de personas con seguro complementario son Trabajadores no calificados, y Agricultores y trabajadores calificados y pesqueros, ambos oficios con un 7%.

Se constata que desde la perspectiva de la rama de producción en la que trabajan los individuos con este tipo de seguro, en orden de importancia, corresponden a un 70% de las personas que trabajan en Organizaciones y órganos territoriales, seguido de un 48% de las personas que trabajan en Intermediación financiera; un 40% de las que trabajan en Explotación de minas y canteras; un 33% de las personas que trabajan en Administración pública y defensa, y en Suministro de electricidad, gas y agua; un 30% de las personas que trabajan en Servicios sociales y de salud, y Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler. Las ramas de la producción con menor cantidad de personas con seguros complementarios en Hogares privados con servicio doméstico con un 4%; Agricultura, ganadería, caza y silvicultura con un 7% y hoteles y restaurantes con 9%.

Por otra parte se muestra que las personas con seguro complementario pertenecen en una proporción importante al tramo de edad entre los 29 y los 55 años, concentrando estos a un 64% del total de personas con seguro complementario.³³ La edad mediana de aquellas personas con seguro complementario es de 45 años, es decir, el 50% de la población entre 18 y 45 años tiene seguro complementario, mientras que edad mediana de las personas sin seguro de salud es de 50 años. Se observa también que sólo un 10% de las personas mayores de 65 años cuenta con un seguro complementario de salud.

Desde la perspectiva del tamaño del hogar se observa que las personas con seguro complementario se concentran en hogares entre 2 y 5 personas, concentrando al 82% de la población con seguro, mientras que la población sin seguro con ese mismo número de personas concentra el 74% de esa población. Adicionalmente, se aprecia que en los hogares con 6 y más miembros del hogar la tenencia de seguro complementario es menor que las personas sin seguro, concentrando 9% y 14% respectivamente.

Respecto de la exploración acerca de la posible existencia de *riesgo moral* en la demanda por prestaciones de salud, se constata la posible existencia de este problema en la demanda por consultas de especialidad, consultas dentales, y en menor medida en las hospitalizaciones, así como en las demandas derivadas por Rx o ecografías y exámenes de laboratorios. Este problema de riesgo moral en la demanda de algunas prestaciones de salud tiene distinta magnitud según el sistema de aseguramiento primario en salud de las personas, siendo más evidente en personas aseguradas en Isapre, FFAA y de orden, y en el Tramo D del Fonasa.

Respecto de la exploración acerca de la posible existencia de *selección adversa*, se constata que ésta no existe, al menos tal como se explica comúnmente en la literatura teórica sobre teoría de seguros en cuanto a que los individuos esconden información respecto de su real estado de salud, asegurándose las personas con más potencial de enfermarse. En el caso chileno, lo que se observa es más bien lo contrario, es decir, que las personas que dicen contar con un seguro complementario son las más sanas, esto tanto desde la perspectiva de una medida subjetiva como el auto reporte en salud, como al considerar las medidas objetivas como son el diagnóstico de cáncer o la presencia de enfermedades crónicas, o alguna problema de salud.

De verificarse estos resultados en términos estadísticos, estaríamos en presencia de problemas importantes desde una mirada de salud pública y de bienestar social, pues por una parte habría un conjunto de recursos que las familias estarían destinando a un segundo o tercer nivel de aseguramiento, que como consecuencia de la existencia de riesgo moral

³³ Las personas sin seguro complementario de este mismo tramo de edad suman un 48%.

estarían demandando prestaciones más allá de lo deseable socialmente con implicancia para la asignación de recursos y que estarían distorsionando una asignación socialmente óptima.

En segundo lugar si se comprueba la presencia de selección adversa, operando en un sentido contrario, los únicos que ganan son las empresas aseguradoras, y como consecuencia se genera una asignación socialmente ineficiente de los recursos donde se deja de asegurar precisamente a la población que tiene mayores riesgos.

El próximo paso entonces es realizar una segunda etapa de esta investigación que aborde los problemas de riesgo moral y selección adversa con una metodología precisa que entregue resultados robustos estadísticamente, que permitan testear estadísticamente las hipótesis de existencia de *riesgo moral* y de *selección adversa*.

7. Referencias

AACH A.G. (2016): Boletín Estadístico 2006-2015 salud y vida. Departamento de Estudios, Asociación de Aseguradores de Chile A.G.

Copetta, C. (2008): El Mercado de los Seguros Complementarios de Salud. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

CAP (2014): Informe Final Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado. Segunda Edición, septiembre 2015.

Cutler, D. and Zeckhauser, R. (1999): The anatomy of health insurance. Working Paper 7176, NATIONAL BUREAU OF ECONOMIC RESEARCH

Eisenhauer, J. (2006): The Theory of Demand for Health Insurance: A Review Essay. Journal of Insurance Issues, 2006, 29, 1, pp. 71–87.

Ibáñez, C.; Arpón, P.; Acevedo, R.; Inostroza, X. (2015): Estudio del gasto catastrófico y del gasto de bolsillo en salud para el período 1997-2012. Ministerio de Salud, Instituto de Análisis de Políticas Públicas y Gestión (IAPPG).

Jowett, M. (2004): Theoretical insights into the development of health insurance in low-income countries. Discussion Paper 188, Centre for Health Economics, University of York.

Pauly, M. (2007): Insights on Demand for Private Voluntary Health Insurance in Less Developed Countries. En Private Voluntary Health Insurance in Development Friend or Foe?; Editors Alexander S. Preker, Richard M. Scheffler, and Mark C. Bassett; The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.

Preker, A.; Scheffler, R.; and Bassett, M. Editors (2007): Private Voluntary Health Insurance in Development Friend or Foe?. THE WORLD BANK, Washington, D.C.

Rothschild, M. and Stiglitz, J. (1976): Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information. The Quarterly Journal of Economics, Vol. 90, No. 4.

8. Anexos

Seguros de Salud y Vida³⁴

Un Seguro de Salud es una protección que cubre los gastos y desembolsos relacionados con asistencia farmacéutica, médica, quirúrgica, hospitalaria, entre otros. Estos seguros pueden ser contratados de forma individual o colectiva y sus coberturas pueden ser complementarias a planes de Isapre/ Fonasa o catastróficos.

Los Seguros de Salud complementarios están principalmente enfocados a contratos colectivos suscritos por un empleador o un ente negociador, como sindicatos o unidades internas de empresas. En esta modalidad, las tarifas o primas son menores respecto de los Seguros de Salud individuales y se entregan coberturas similares a los beneficiarios. Ello se explica porque existe una mayor diversificación del riesgo en relación a los seguros individuales.

Los Seguros de Salud catastróficos tienen por objetivo hacer frente a enfermedades o accidentes de alto costo. Estos otorgan su cobertura a través de reembolsos, con deducible (costo que debe asumir el beneficiario) y un tope máximo anual.

Caso distinto lo constituyen los seguros indemnizatorios, los cuales no tienen deducible y ante el diagnóstico de una de las enfermedades incluidas en la póliza, pagan de inmediato la totalidad del monto de capital asegurado.

Por su parte, los Seguros de Vida se pueden describir bajo la siguiente agrupación de ramos: Vida Entera: es aquella cobertura que garantiza el pago de un capital inmediatamente después del fallecimiento del asegurado mientras se encuentre vigente la póliza, esto es hasta el valor mínimo entre la edad de fallecimiento y el límite de edad (actualmente 110 años), y ya sea por enfermedad o accidente. La indemnización se pagará al o los beneficiarios inscritos en la póliza, a la muerte del asegurado.

Temporal Vida: es aquella cobertura que se caracteriza porque el capital es pagadero a los beneficiarios inmediatamente después de la muerte del asegurado, ya sea por enfermedad o accidente y si es que la muerte ocurre durante un plazo determinado (antes de terminar el plazo convenido como duración del seguro). Si el asegurado vive al final del plazo estipulado, queda cancelado el seguro.

Protección Familiar: es aquella cobertura que protege a todos integrantes del grupo familiar, por el riesgo patrimonial asociado al fallecimiento u otros riesgos como invalidez o desmembramiento cuando ello esté estipulado en la póliza.

Incapacidad o Invalidez: es aquella cobertura que cubre la incapacidad del asegurado por causa de debilitamiento de su capacidad física o intelectual, por enfermedad o accidente. El pago de la indemnización corresponde al pago de un capital o de una renta, según lo previsto en la póliza.

Asistencia: es aquella cobertura que cubre servicios, asistencias o gastos generados por el deceso del asegurado de la póliza.

³⁴ Boletín Estadístico Salud y Vida (2006-2015), pp. 5.