

SUPERINTENDENCIA DE SALUD
Departamento de Estudios y Desarrollo



Avances en el Monitoreo de la Reforma y su Impacto en los Beneficiarios del Sistema Isapres

Departamento de Estudios y Desarrollo

Julio de 2007

La Superintendencia de Salud ha iniciado el desarrollo de instrumentos necesarios para el monitoreo y evaluación de la reforma. El presente documento se refiere a los avances en la determinación de los principales impactos de la reforma, a la fecha, en los beneficiarios de las Isapres. Este esfuerzo, además, forma parte de los compromisos de la Superintendencia con el Ministerio de Salud y el Ministerio Secretaría General de la Presidencia, consistentes en evaluar la implementación de la reforma en el sistema Isapre, su impacto en los beneficiarios y obtener un modelo de evaluación de la reforma.

El estudio aquí planteado pretende aportar y complementar las otras iniciativas de monitoreo y evaluación dentro del sector, así como, dentro de la propia Superintendencia. En particular, establece variables trazadoras, indicadores claves y una metodología pertinente, para avanzar en el monitoreo y evaluación de la reforma de salud y su impacto en la discriminación por riesgos y, por lo tanto, con énfasis en el sistema Isapre.

1. Introducción

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

El objetivo de una política de monitoreo y evaluación de la reforma, no es otro que contribuir a una implementación que sea coherente con los objetivos que se ha planteado. De este modo, se trata de conocer hasta qué punto los cambios en la implementación están contribuyendo a mejorar los niveles de equidad y eficiencia. De esta forma, esta política podrá proveer de información relevante para analizar factores críticos y poder formular las medidas que corresponda, para mejorar diseños de manera oportuna.

Para ejecutar el monitoreo y evaluación fue preciso primero definir un marco teórico, alimentado desde la experiencia anterior en evaluación de procesos de cambios en salud en Chile e internacional. Este marco permitió definir las líneas basales claves de la evaluación, de las cuales se requería el desarrollo de un diagnóstico detallado. Posteriormente, sería preciso ir evaluando períodos crecientes de implementación de los cambios, en la medida del paso del

tiempo y de la generación de la información pertinente y poder comparar en base a los indicadores planeados, la ejecución de la reforma con la línea basal.

El presente documento, concreta una fase del monitoreo y evaluación de la reforma, avanzando en los ámbitos claves propuestos, con énfasis en la protección financiera, el acceso y la discriminación por riesgo. Se trata de dar cuenta del estado de variables trazadoras, indicadores claves y presentar el avance en el seguimiento de los ámbitos claves.

2. Marco Teórico para el Monitoreo y Seguimiento de la Reforma¹

2.1 Reforma de Salud y Evaluación

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

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

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

Para continuar en el empeño de avanzar en el bienestar de la población, en especial respecto a las desigualdades existentes, se han propuesto cambios sustantivos a través de la Reforma del Sistema de Salud más acordes con los cambios demográficos y epidemiológicos y las necesidades de salud cambiantes que enfrenta el país, así como también, frente a los problemas del sistema de salud, y las inequidades evidenciadas. Con esta meta fundamental, en base a los objetivos sanitarios y los grandes objetivos planteados por la Reforma, se han definido estrategias y acciones materializadas en las cinco leyes promulgadas entre los años 2003 y 2005². Estas son las siguientes:

- ▶ Ley N° 19.888, de 2003, conocida como la “Ley de Financiamiento”, publicada en el Diario Oficial el día 13/08/2003 que, entre otras medidas, considera alzas del IVA y de impuestos específicos para financiar dos importantes iniciativas en materia social: el Plan de Salud con Garantías Explícitas (Auge) para todos los beneficiarios del Fonasa y el Programa Chile Solidario, que busca ofrecer nuevas oportunidades de desarrollo e inserción social y productiva a las familias indigentes.

¹ Sección Desarrollada en el documento “Acceso e Impacto de las GES en su primer año de Implementación” del proyecto de Evaluación de la Reforma del Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud por X. Riesco.

² Ley 19.966, Ley 19.937, Ley 19.888, Ley 19.895, Ley 20.015.

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

Lo objetivos centrales planteados por la Reforma en Chile se refieren a: a) mayor equidad en el acceso y calidad de los servicios de salud; b) eficacia en las acciones realizadas; c) adecuada protección financiera frente a los eventos de enfermedad; d) mayor y mejor respuesta a las expectativas de la población; y e) mayor participación de la población. Todo lo anterior, mejorando la eficiencia del Sistema en su conjunto, para asegurar la sustentabilidad en el tiempo

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

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

2.2 Evaluación, Monitoreo y Seguimiento de las Reformas

Las reformas de salud son procesos, y el monitoreo, seguimiento y evaluación de éstas constituye una de las etapas del proceso, la que tiene por propósito conocer hasta qué punto las estrategias y acciones impulsadas, están efectivamente contribuyendo al logro de los objetivos planteados, y al principio fundamental de mejorar el estado de salud de toda la

población. En la experiencia internacional se señala que es importante que el diseño de las herramientas de evaluación y seguimiento, se desarrolle lo más precozmente posible dentro del proceso, a fin de detectar y corregir oportunamente los problemas evidenciados.

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

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

Resulta particularmente importante el estudio del proceso de implementación, etapa donde se ha evidenciado la mayor dificultad en muchas de las Reformas durante las últimas décadas (Bennet S, McPake B, Mills A, 1997). Asimismo, la evaluación del contenido e impacto de la reforma, debe siempre contextualizarse en relación al avance del proceso de implementación de los cambios; en este marco los resultados observados son orientadores para ir avanzando en el proceso.

2.3 Metodología de Evaluación

Un eje principal de la metodología de evaluación propuesta, *consiste en la elaboración de líneas basales respecto de la situación pre reforma de los grandes objetivos planteados*, con el propósito de comparar en el tiempo el impacto de las estrategias y acciones impulsadas.

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

Se puede señalar que, los efectos esperados de la reforma de salud son la disminución de las brechas de equidad en diferentes ámbitos: en el financiamiento para los hogares, en las necesidades de salud, en la utilización de servicios y en el acceso. Para medir este proceso se hace necesario un diseño y métodos que permitan levantar variables y ámbitos claves del desarrollo de los cambios esperados, así como un seguimiento sistemático de ellos.

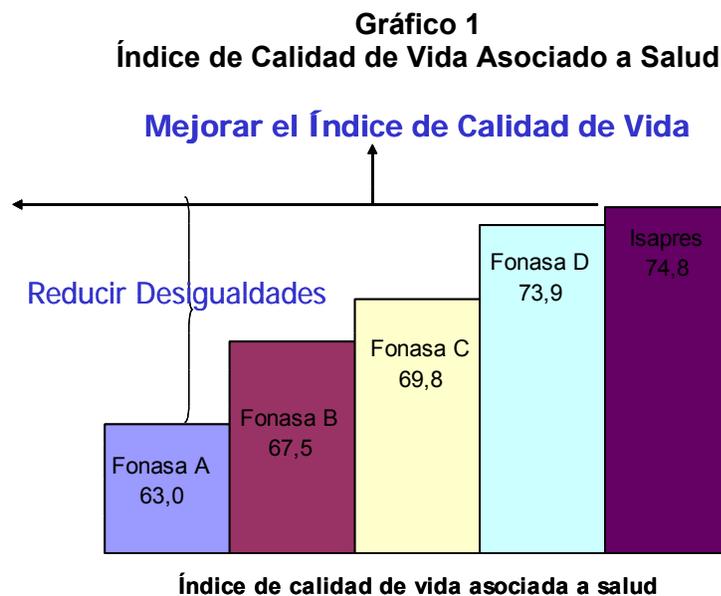
A la Equidad se le asocia el Financiamiento y el Acceso a la provisión de salud. A su vez, el financiamiento debe ser medido de acuerdo a sus fuentes de origen, distribución y gasto, en particular el gasto de bolsillo. En el caso de la provisión, es necesario conocer los niveles y distribución del acceso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

Los aspectos de discriminación por riesgo, presentes en el sistema de salud chilenos, tienen consecuencias tanto en la equidad como en la eficiencia del sistema en su conjunto. En este documento, se prioriza por establecer líneas basales y presentar un avance en el monitoreo al año 2006, es decir, a dos años de la implementación de la reforma y, dentro de ella, del nuevo marco regulatorio del sistema Isapre.

3. Monitoreo y Evaluación de la Discriminación por Riesgo en el Sistema de Salud

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

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



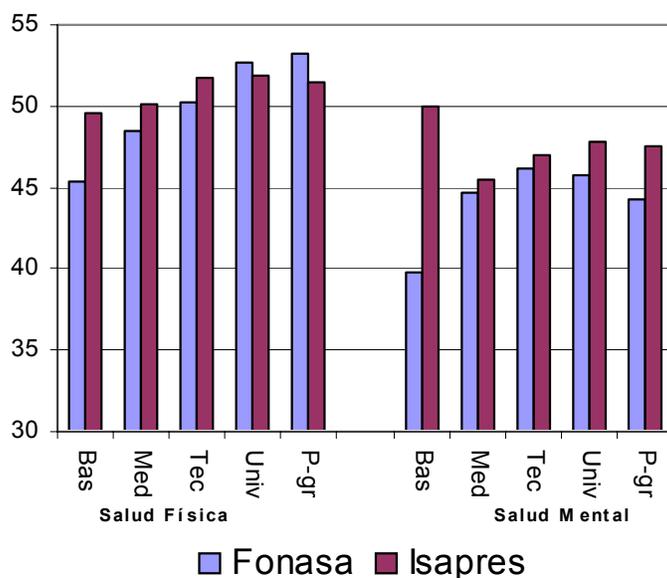
Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

La calidad de vida asociada a salud fue medida para el año 2005, como se observa en el gráfico 1, además de ser muy desigual depende del nivel de ingresos de los grupos de beneficiarios del sistema de salud chileno.³

Lo mismo ocurre con el nivel educacional, siendo aquellos grupos de peor calidad de vida asociada a salud los con menos educación y pertenecientes al Fonasa. No obstante, aquí llama la atención que los grupos de mejor calidad de vida asociada a la salud física son aquellos pertenecientes al Fonasa con mayor nivel de educación, pero esta relación se revierte a favor de los beneficiarios de Isapres si consideramos la salud mental, elemento que se ha manifestado como relevante en variados estudios de los últimos años.

³ Ver el estudio "Calidad de Vida Relacionada a la Salud en Población General. Chile 2005". Preparado por P. Olivares. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud (2006).

Gráfico 2
Estado de Salud y Nivel Educativo, por Previsión



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

La discriminación por riesgo en salud, no sólo es un problema de solidaridad, principalmente provoca ineficiencia. Primero, porque genera desincentivos a responder adecuadamente a los requerimientos de los afiliados de alto riesgo. Esto provoca un problema de calidad en los tratamientos, entre otros de los enfermos crónicos. Segundo, provoca segmentación del mercado: se cobrarán primas más bajas a afiliados de bajo riesgo y primas más altas a los individuos de mayores riesgos. Esto genera un problema de solidaridad en el conjunto del sistema de seguridad social. Tercero, la selección será más rentable que mejorar la eficiencia en la producción de atención de salud, ya que los seguros prefieren invertir en mejorar la selección de riesgos y no en reducir costos y, por lo tanto, no invertirán en mejorar la eficiencia. Los seguros más eficientes, que apliquen menos selección, pueden perder participación en el mercado respecto de los seguros más ineficientes, resultando en una pérdida de recursos para la sociedad. Además, mientras un seguro individual puede obtener ganancias de la selección y beneficiarse, para la sociedad esto es una pérdida de bienestar general⁴.

En la reforma al sector salud se han contemplado una serie de modificaciones a la Ley de Isapres, que permiten disminuir la discriminación a través de las siguientes medidas principales:

- ▶ La introducción de las GES en todos los contratos de salud, a un precio común para todos los beneficiarios de una misma isapre y el otorgamiento de una cobertura mínima en los planes complementarios, equivalente a la que otorga el Fonasa en su modalidad de libre elección para todas las prestaciones contempladas en dicho arancel.
- ▶ La exigencia que la adecuación anual de los planes complementarios deba afectar sólo al precio base de los mismos, dejando explícito que las modificaciones de beneficios darán origen a la suscripción de un nuevo plan de salud de entre los que se comercializan,

⁴ Detalle de los efectos de la discriminación pueden encontrarse en Cid, Muñoz, 2006, IAS, Universidad de Chile.

impidiendo de esta forma que las isapres modifiquen arbitrariamente los beneficios de aquéllos planes que concentran más beneficiarios siniestrosos.

- ▶ El establecimiento de una banda para la variación anual de los precios base de los planes complementarios, con la cual se generan incentivos para disminuir la varianza de los precios entre sus planes, lo que a su vez evita alzas desmedidas para planes que concentran beneficiarios más riesgosos, ya sea, por sexo o por edad.
- ▶ La exigencia en cuanto a mantener sólo dos tablas de factores en comercialización, lo que obliga a las isapres a fijar factores de riesgo más ajustadas al perfil de gasto de la población objetivo y reduce la posibilidad de establecer tablas particulares para planes orientados a grupos más específicos (hombres jóvenes, mujeres independientes sin cargas) con lo cual, se evita la discriminación perfecta a través de la diferenciación excesiva de los planes.
- ▶ La creación de un Fondo de Compensación Solidario entre todas las isapres abiertas, cuya finalidad es solidarizar los riesgos en salud entre sus beneficiarios con relación a las prestaciones contenidas en las GES.

La evaluación y monitoreo de estas medidas se abordará tomando como Línea Basal la situación pre-reforma fijada en diciembre de 2003, en aspectos tales como: tamaño y composición de la cartera de beneficiarios; cantidad de planes y tablas de factores de riesgo; utilidades de las isapres; entre otros elementos que, comparados en el tiempo, permitan evaluar la efectividad de las medidas adoptadas. A la vez, y para efectos de mantener una visión global, se presentan algunos resultados recientes de la evaluación de acceso y protección financiera.

4. Avances de la Evaluación

Un resumen los diagnósticos basales se presenta a continuación, a la vez que se muestran algunas evaluaciones del período de implementación inicial de los cambios, comparando con la línea basal.

4.1 Evaluación de la Protección Financiera

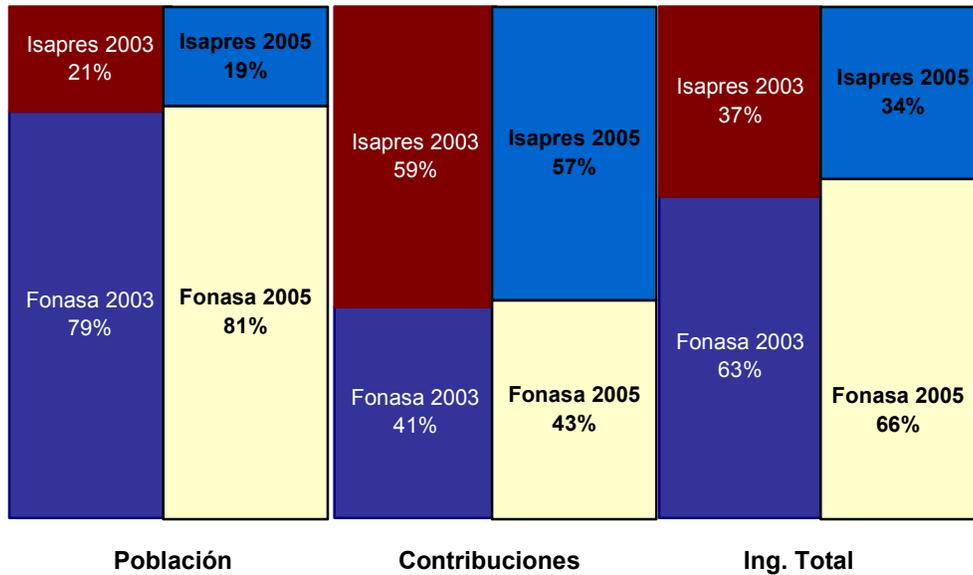
Línea Basal de la Protección Financiera

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

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

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

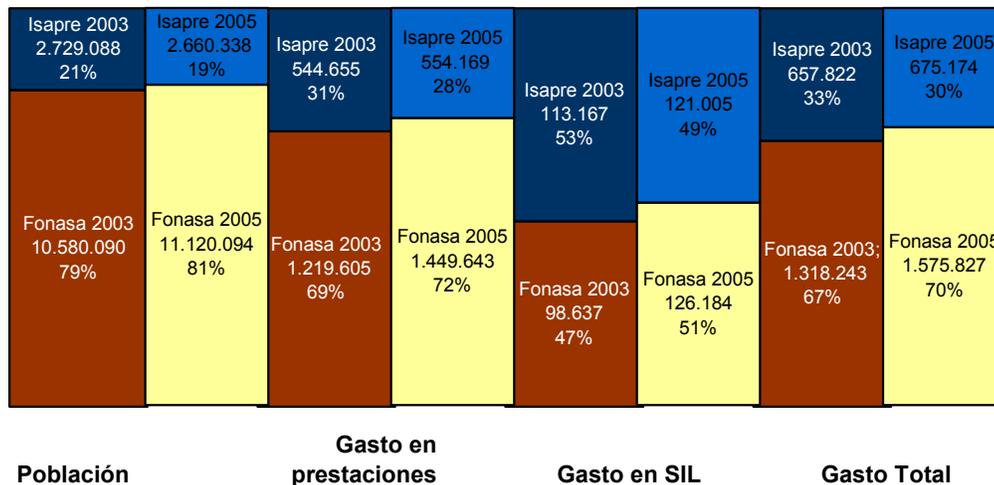
Gráfico 3
Distribución de los Ingresos Fonasa e Isapres
Cotizaciones e ingresos totales 2003 y 2005



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

Por el lado de los gastos también ocurrió un aumento de la participación del Fonasa en 3 puntos porcentuales, ver gráfico 4, con mayor énfasis en el gasto en el subsidio de incapacidad laboral.

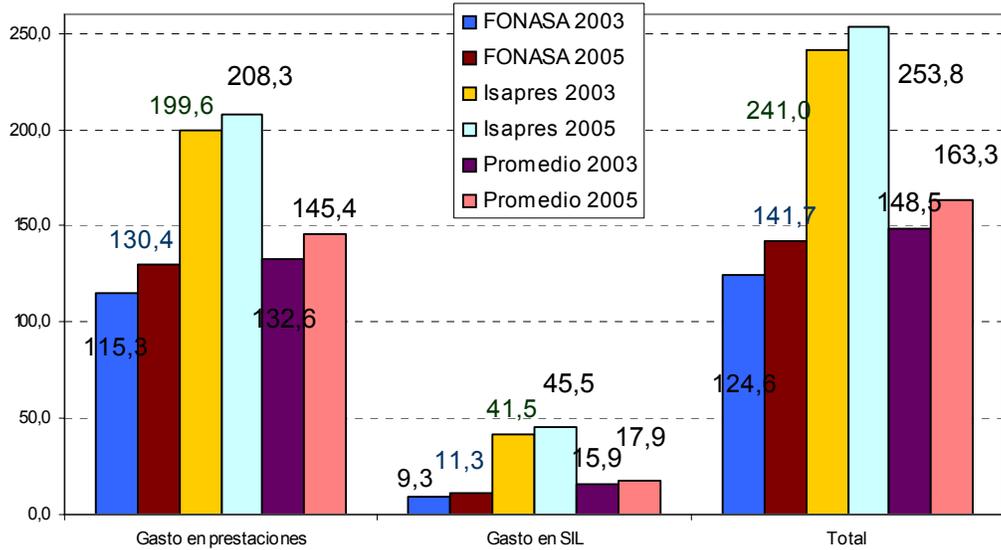
Gráfico 4
Distribución del Gasto Fonasa e Isapre años 2003 y 2005



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

Como se observa en el gráfico 5, en el período en cuestión la brecha en el gasto total entre los beneficiarios de Fonasa e isapre disminuyó en un 7,4%.

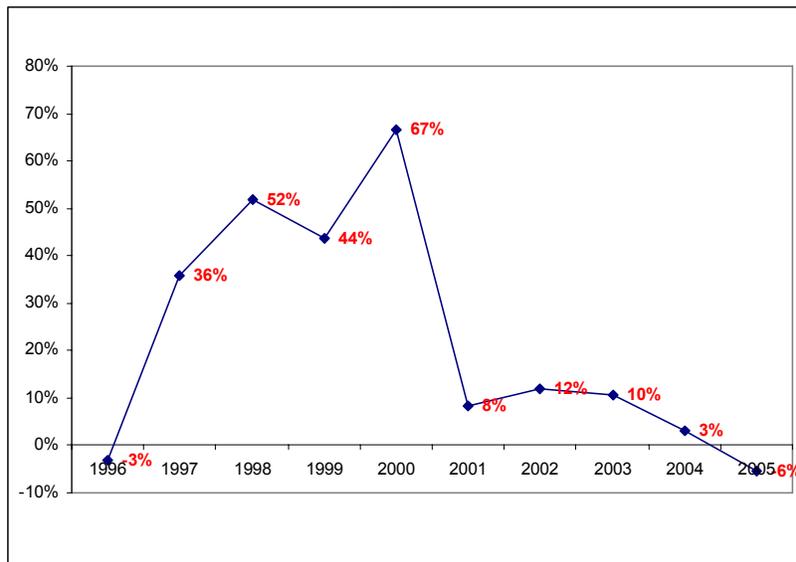
Gráfico 5
Gasto Per Cápita Isapres y Fonasa años 2003 y 2005



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

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

Gráfico 6
Evolución de la Brecha del Gasto Per Cápita en Prestaciones Fonasa e Isapres 1996-2005

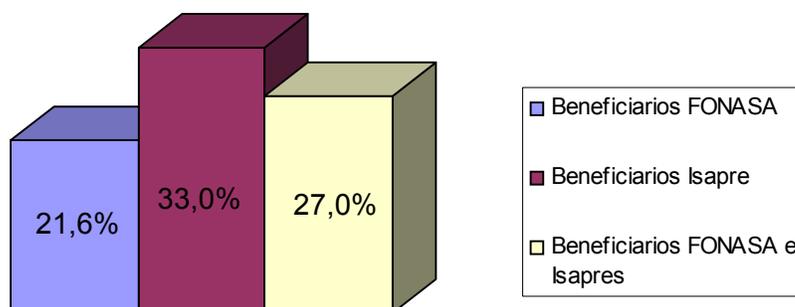


Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

Gasto de bolsillo

El financiamiento por la vía del gasto de bolsillo es de un 22% en Fonasa y de un 33% en las Isapre. En el sistema isapre, el financiamiento proviene de las cotizaciones y en Fonasa de una mezcla entre aporte fiscal y cotizaciones.

Gráfico 7
Porcentaje de Gasto de Bolsillo en Salud por Sistema Previsional, año 2000



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

Análisis de los Co-pagos de los Beneficiarios de Isapre

Dentro del gasto de bolsillo, los co-pagos por prestación alcanzan en promedio el 35% del valor cobrado a los usuarios por cada prestación, y no se han visto modificados significativamente respecto al año de la línea base (2004). Se diferencian de manera significativa entre prestaciones ambulatorias, con un co-pago promedio cercano a un 42% por evento, y las prestaciones hospitalarias, con un co-pago promedio de un 27% por evento.

Tabla 1
Co-pagos por Prestación en Isapres, por Sexo y Nivel de Atención, años 2004 y 2006

Ítem	% copago	% copago
	2006	2004
Atencion Ambulatoria Masculino	41,6%	40,9
Atencion Hospitalaria Masculino	27,4%	27,8
Total Masculino	34,5%	34,4
Atencion Ambulatoria Femenino	42,4%	41,8
Atencion Hospitalaria Femenino	26,9%	27,3
Total Femenino	35,0%	34,8
Total Ambulatoria	42,0%	41,4
Total Hospitalaria	27,2%	27,5
Total	34,8%	34,6

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

Los co-pagos, en mujeres, son levemente superiores en términos globales y absolutos, que en hombres. En los eventos ambulatorios, los promedios de los co-pagos tienden a aumentar en la medida que los eventos se asocian a personas de mayor edad.

Por su parte, para el año 2002, en los eventos hospitalarios los co-pagos son notablemente menores para los niños menores de cinco años. En general, los co-pagos promedio para mujeres son más altos que para los hombres, a diferencia de las atenciones ambulatorias hasta los 25 años y luego de los 60 años.

Tabla 2
Co-Pagos Esperados (per-cápita) por Grupos de sexo y edad y Nivel de Atención, 2002

	Femenino			Masculino		
Atención Ambulatoria						
Tramo Edad	Facturación Promedio	Promedio Co-pagos	% Co-pago	Facturación Promedio	Promedio Co-pagos	% Co-pago
00 a 04	10.563	4.152	39,3%	10.901	4.350	39,9%
05 a 24	10.511	4.449	42,3%	11.327	4.840	42,7%
25 a 44	10.202	4.304	42,2%	10.737	4.194	39,1%
45 a 64	9.710	3.971	40,9%	10.215	4.142	40,5%
65 y mas	10.859	4.788	44,1%	11.916	5.298	44,5%
Atención Hospitalaria						
00a 04	46.351	10.793	23,3%	50.049	12.552	25,1%
05 a 24	77.632	22.688	29,2%	79.530	22.945	28,9%
25 a 44	100.522	25.130	25,0%	96.101	21.321	22,2%
45 a 64	91.348	26.665	29,2%	86.207	25.301	29,3%
65 y mas	74.051	24.792	33,5%	75.957	25.911	34,1%

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

Pese a la mantención global de los montos y proporciones de co-pagos, existe un cambio provocado por las GES. En efecto, mientras a nivel general el co-pago se mantiene, en los problemas GES este alcanza, en promedio, un poco más del 9%. Incluso, cuando se consideran las prestaciones asociadas a la solución de los problemas GES, pero que no ingresan a dicho sistema de garantías, el co-pago no supera, en promedio, el 21%.

Tabla 3
Co-pagos GES 25 y Copagos GES 25 más copagos en prestaciones no contenidas en el Decreto

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

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

También hay un impacto en las coberturas de las GES-CAEC, medidas a un año plazo. En efecto, al comparar los co-pagos ocurridos con la existencia de las GES y simular lo que hubiese ocurrido al existir sólo la CAEC (Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas), se aprecia un mejora de un 35%.

Tabla 4
Cobertura GES 25 para casos catastróficos comparado con la CAEC (simulación)

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

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

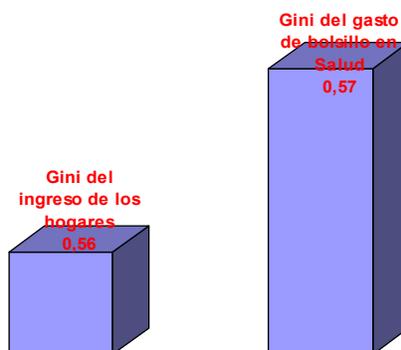
No obstante, hay que tener en cuenta que la CAEC operaba con un deducible acumulable bi-anualmente, lo que en algunos casos esta ganancia para los usuarios se puede ver revertida. Es decir, aquellas personas que tienen un problema catastrófico de una duración de un año, tendrán una ganancia sustantiva con la existencia de las GES, pero aquellos que tengan un problema más prolongado pueden ver mermados sus beneficios.

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

El gasto de bolsillo en salud en los hogares

En Chile el gasto de bolsillo en salud de los hogares está muy concentrado de acuerdo a los ingresos de los mismos. El gasto en salud desde el bolsillo de los hogares es inequitativo, de hecho el coeficiente de Gini del gasto en salud de los hogares es muy alto de 0,57.⁵

Gráfico 8
Distribución del Gasto de Bolsillo de los Hogares



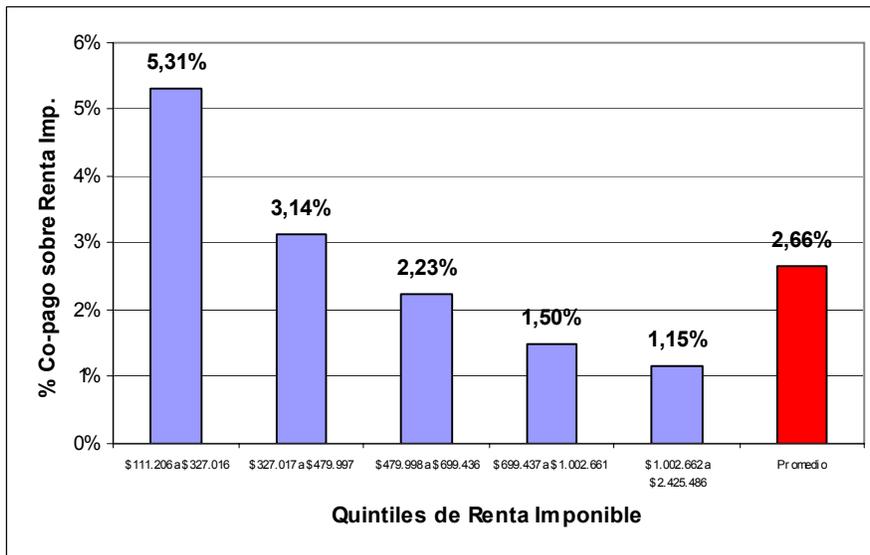
Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud, con Encuesta de Presupuestos Familiares 1996-1997, Instituto Nacional de Estadísticas.

⁵ Ver "Monitoreo y Seguimiento de la Reforma: Determinación de la Línea Basal de Protección Financiera". Preparado por C. Cid, X. Riesco, A. Muñoz, R. Tegtmeier, M. Inostroza. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud (2006).

El gasto en subsidios en salud por parte del estado, ayuda a corregir la situación descrita, dado que es progresivo y su focalización ha ido mejorando. Igualmente, el nivel y desigualdad del gasto de bolsillo en salud, en parte es compensado por la política de financiamiento estatal.⁶

Finalmente, con relación a este tema, para una muestra de prestaciones hospitalarias se estimó, para el año 2002, la línea basal del impacto de los co-pagos en los ingresos imposables de los cotizantes de las isapres. En la línea basal, los impactos son regresivos y sus montos hacen presumir que los co-pagos de este tipo son muy importantes en el gasto de bolsillo total de los hogares.

Gráfico 9
Estimación de Co- Pago Medio de Cotizantes Isapre a Nivel Hospitalario sobre la Renta Anual, por Quintil de Renta Imponible de la Muestra, año 2002



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud, C. Cid et. al. 2006.

Situación del Gasto de Bolsillo al año 2005

Una evaluación reciente del Ministerio de Salud, permite hacer algunas actualizaciones respecto de la línea basal de protección financiera⁷.

El estudio referido, establece que la media del gasto en salud como porcentaje del gasto total de los hogares es de un 8,6% (neto de reembolsos), equivalente aproximadamente a \$36 mil en promedio por hogar. Además, el gasto es desigual, tal como se ha descrito en la determinación de la línea basal de protección financiera establecida en "Monitoreo y Seguimiento de la Reforma: Determinación de la Línea Basal de Protección Financiera" de C. Cid et. al. (2006), siendo mucho mayor en el quintil de mayor capacidad de gasto (12,2%), mientras que en el quintil de menor capacidad de gasto es significativamente menor (4,2%).

⁶ En el estudio "Monitoreo y Seguimiento de la Reforma: Determinación de la Línea Basal de Protección Financiera" de C. Cid et. al., se demuestra que el Coeficiente de Gini para el ingreso municipal total per cápita es de 0,40 y que los subsidios en salud han aumentado su participación en los quintiles de menores ingresos.

⁷ No referimos a Ministerio de Salud- OPS (2006) "Primer Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud" Informe de Resultados Módulos F y G, Gasto de Bolsillo en Salud.

Tabla 5
Gasto de Bolsillo Neto de los Hogares en Salud 2005

Quintil	Tramos de gasto total del Hogar	Gasto Medio en Salud	Porcentaje
Quintil I	0 a \$125.700	3.845	4,2%
Quintil II	\$125.701 a \$200.800	11.932	7,4%
Quintil III	\$200.801 a \$297.000	22.349	9,1%
Quintil IV	\$297.001 a \$478.467	40.793	10,9%
Quintil V	\$478.468 y mas	99.278	12,2%

Fuente: Adaptado de MINSAL, 2006

Por otra parte, el informe actualiza y confirma conclusiones anteriores, respecto de que el ítem de mayor participación en el gasto de bolsillo de los hogares lo constituye la farmacia y elementos asociados, como anteojos, aparatos, audífonos, y que este componente es mayor, en términos relativos, para los más pobres (como porcentaje del total de gasto en salud). No obstante, los resultados no son tan drásticos como los que se desprenden de utilizar la Encuesta de Presupuestos Familiares 1996-1997 del INE, utilizada anteriormente para determinar la línea base en el estudio señalado en el párrafo anterior. Por ejemplo, el gasto equivalente, guardando las diferencias metodológicas y de representatividad⁸, del primer quintil en farmacia y productos asociados es de un 89% y aquí es sólo del 76%, en el quinto quintil es de un 49% en la encuesta MINSAL 2005 y de un 62% en la encuesta INE 97. Sería interesante establecer, cuanto de este cambio es producto de nuevas tendencias del consumo de los hogares y cuanto por diferencias metodológicas.

Por su parte, el estudio del MINSAL también confirma la regresividad del gasto en medicamentos y farmacia.

El segundo elemento de mayor importancia del gasto en salud de los hogares, lo componen las consultas médicas y dental, que constituyen el 33% del gasto en el quintil de mayor gasto y luego, en un tercer nivel de importancia, están los exámenes. En ambos casos ocurre que, a mayor capacidad de gasto, mayor porcentaje de co-pago en estos ítems.

Por último, el estudio del MINSAL 2005 aportan nuevos antecedentes sobre la concentración del gasto de bolsillo en salud, señaladas en el análisis realizado con la encuesta del INE, pero nuevamente los resultados son más atenuados. De esta forma, la relación de gasto general de los hogares más ricos respecto de los más pobres, agrupados en quintiles, es de 9,8 veces y en el caso del gasto en salud es de 28 veces. Al utilizar los datos obtenidos de la encuesta del INE esta diferencia era casi de 40 veces.

⁸ Cabe señalar que ambos estudios son totalmente diferentes en términos metodológicos y de representatividad. La encuesta del INE es representativa de la población urbana de la Región Metropolitana, mientras que la encuesta del MINSAL es representativa del país a nivel urbano. Además de las diferencias de construcción de la encuesta, los resultados en la encuesta del MINSAL se presentan en relación al gasto de los hogares, mientras que en la del INE se considera fuertemente el ingreso. En el estudio de C. Cid y colaboradores se trabajó con el ingreso disponible, de acuerdo a los parámetros de la metodología de la Organización Mundial de Salud. También debe considerarse las diferencias que puedan haber por los distintos años de aplicación, 1997 para la encuesta del INE y el año 2005 para la encuesta del MINSAL.

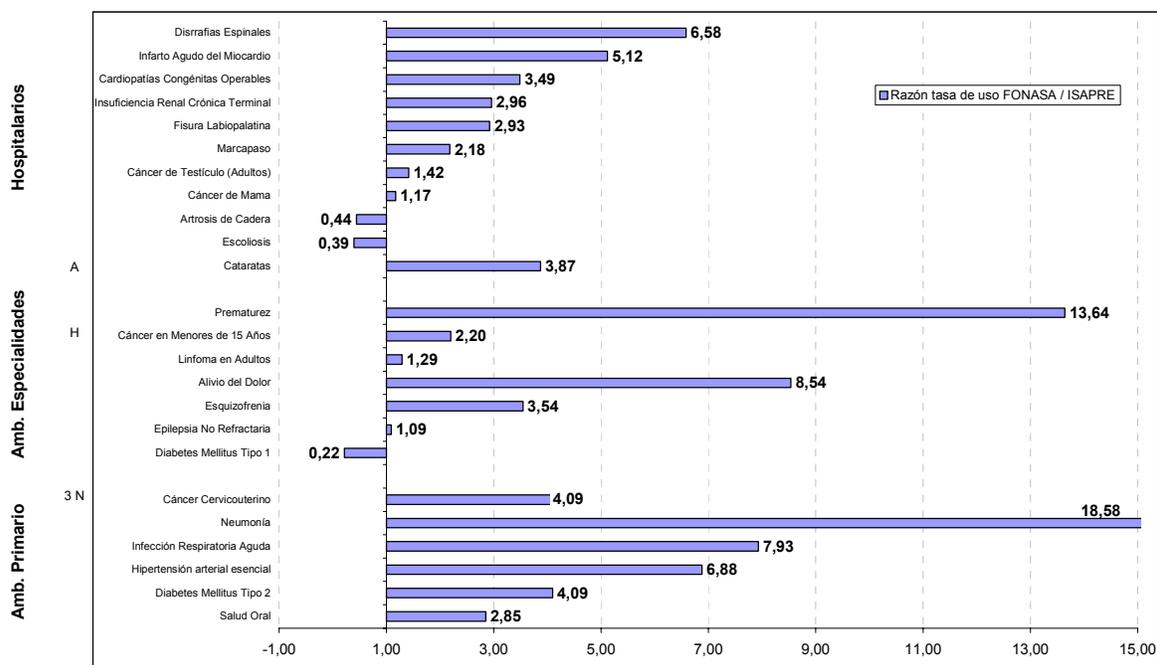
4.2 Evaluación del Acceso⁹

Utilización de las GES en Isapres y Fonasa

La comparación de las tasas de uso entre Fonasa e Isapre muestra que en promedio los beneficiarios Fonasa han utilizado casi 5 veces más las GES que los beneficiarios de Isapre durante su primer año de implementación, observándose diferencias importantes entre los distintos problemas de salud.

Dentro del Fonasa se destaca el bajo uso en algunos y el excelente acceso en otros. Entre estas últimas destacan el alivio del dolor, disrafias espinales, prematuridad y el IAM, dentro de los problemas de salud que involucran atención de especialidades y nivel hospitalario. A nivel de la APS, la neumonía, IRA e HTA muestran altas tasas de uso, llamando la atención la tasa de uso de la DM-II, inferior a la esperada, aún a pesar de la buena cobertura de ese programa en el nivel primario. Pareciera importante analizar en mayor profundidad las posibles dificultades en la implementación, registro, subregistro, etc. que pueden estarse presentando, como también y fundamental, los problemas de capacidad de oferta y/o redes, que está teniendo el sector público en la solución de estos problemas de salud.

Gráfico 10
Razón entre Tasas de Uso GES Fonasa – Isapre Según Nivel de Atención.



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud. X. Riesco et. al. 2007

En Isapre llama la atención la lentitud observada en la implementación de las GES, así como la disparidad en la evolución entre los distintos problemas de salud y entre las distintas Isapres. Destaca como particularmente baja la utilización para el alivio del dolor y cuidados paliativos, las disrafias espinales, las IRA, la Neumonía en el adulto mayor y la HTA.

⁹ Ver informe completo de Superintendencia de Salud, 2007, X. Riesco y cols.

Por otra parte, se observa una evolución favorable en Epilepsia, Escoliosis y Artrosis de cadera, asociado seguramente a la protección en medicamentos en Epilepsia y por el alto costo de las intervenciones para el tratamiento de las escoliosis y artrosis de cadera, problemas de salud que representan oportunidades de grandes beneficios para los beneficiarios de Isapre. Finalmente, destacan por la alta utilización la DM-I y el VIH-SIDA, probablemente asociado a la buena cobertura en medicamentos que estas patologías presentan.

Cobertura y Acceso de las GES en Isapres

En ISAPRE destaca el bajo uso respecto de los casos estimados así como la disparidad entre los problemas de salud, incluyendo los problemas de salud de resorte ambulatorio y aquellos intra hospitalarios.

En términos generales, la baja cobertura de las GES en Isapre resulta preocupante ya que refleja dificultades en la implementación de este derecho en desmedro de los beneficiarios de los seguros privados. Al menos dos de las causas probables de este bajo uso, se relacionan con las redes ofrecidas por las Isapres, así como por la baja difusión de las garantías.

Fuera de la tendencia global, destaca que ciertos problemas de salud han mostrado un buen uso en el sector Isapre, a saber: DMI y escoliosis, seguidos por cáncer de testículo, linfoma del adulto y luego por cataratas, artrosis de cadera, cánceres infantiles, fisura labio palatina y disrafias espinales. Por otra parte, llama la atención que los grupos de mayores ingresos de las Isapre han utilizado algunas GES en mayor proporción que los grupos de menores ingresos. Sería interesante analizar en más detalle las características operativas del sistema para estos problemas de salud, a fin de tomar los buenos incentivos y ampliarlos para el resto de los problemas de salud que muestran bajo uso.

Los problemas de salud que destacan por sus bajas coberturas son: cardiopatías congénitas operables, alivio del dolor y cáncer de mama, para resorte hospitalario. Lo mismo ocurre para la Neumonía en mayores 65 y la Epilepsia en el ámbito ambulatorio.

Respecto de los problemas de salud crónicos, como la DMII y la HTA, su éxito sanitario se relaciona directamente con la capacidad del sistema de pesquisar y mantener en control a la población prevalente, la que dado el tipo de patología no suele consultar espontáneamente. Por esta razón, parece importante impulsar estrategias activas de pesquisa y monitoreo de las poblaciones con patologías crónicas, más que la realización de intervenciones aisladas en las Isapres, a fin de efectivamente beneficiar a la población de los riesgos cardiovasculares.

Características de los Beneficiarios de las GES en Fonasa e Isapres

En el Fonasa, el grupo de ingresos que más utiliza las GES es el grupo B, lo que puede deberse a que en ese grupo de ingresos se acumula la mayor cantidad de adultos mayores, los que a la vez son los mayores demandantes de patologías con GES durante el primer año de su funcionamiento.

Los grupos de ingresos C y D del Fonasa son los grupos que menos usan las GES. Esto puede indicar que hay menor uso de estos problemas de salud en estos grupos y/o que están usando en mayor medida la modalidad de libre elección para solucionar patologías GES.

En Isapre, durante el primer período de vigencia de las GES hubo poco más de 83.000 casos en el sistema Isapre, correspondiente a 71.699 personas. Prácticamente la mitad de los

usuarios GES en Isapres son cargas y la otra mitad son cotizantes. Los grupos familiares asociados a beneficiarios que han hecho uso de las GES presentan, en promedio, un número de cargas notablemente más altas que el promedio del sistema.

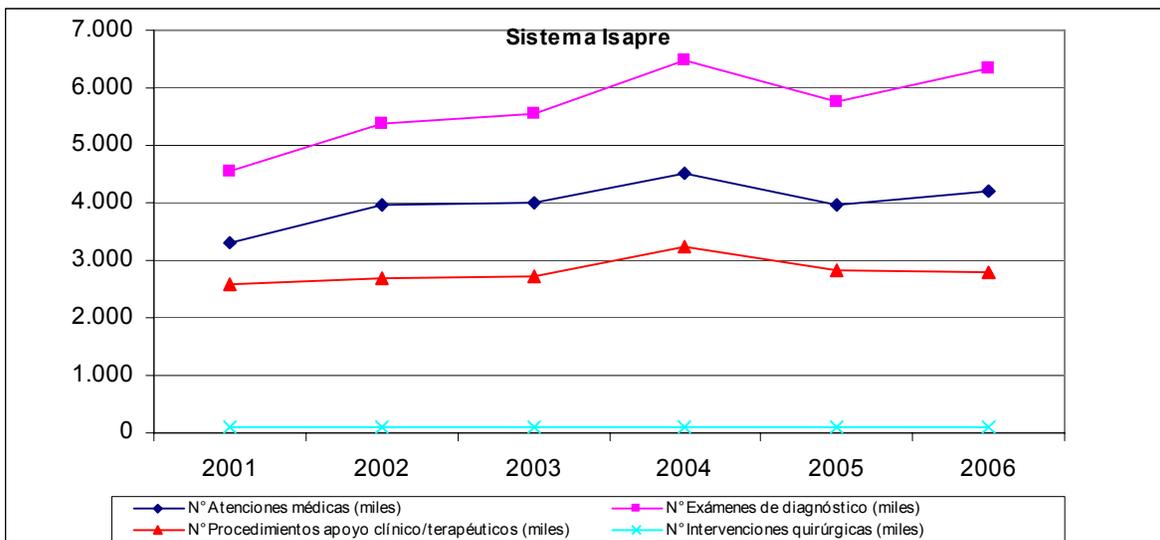
Las personas que usaron las GES presentan un promedio de ingreso superior al de la totalidad del sistema, especialmente notoria en aquellos que han utilizado las cardiopatías congénitas, fisura labiopalatina y en menor medida, diabetes mellitus tipo 1 y otros como disrafias espinales y escoliosis. Adicionalmente, este grupo también tiene más cargas, generalmente niños y viejos, por lo que su ingreso per cápita es inferior a la media del sistema. En definitiva, son familias que usan más intensivamente las GES asociadas a problemas de niños y adultos mayores, en redes que algunas Isapres han logrado ofrecer a niveles de calidad similares a los que estaban habituados, pero ahora con una mayor protección financiera.

Lo anteriormente señalado, desmiente aquellos estudios que indicaban que al AUGE sería usado por la franja de menores ingresos de los cotizantes de Isapres. Por el contrario, el AUGE es utilizado por todo tipo de beneficiarios.

Actividad Ambulatoria en el Sistema Isapres

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

Gráfico 11
Evolución de las Prestaciones en Isapres 2001 – 2005 (tasas por 1.000)



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

La caída transitoria de la actividad ambulatoria en el 2005 puede deberse, entre otros, a un ajuste en el riesgo moral de la actividad ambulatoria, fenómeno demostrado en el sistema Isapre. Es probable que las GES y las demás reformas regulatorias al sistema hayan ayudado a dicha tendencia, disminuyendo el riesgo moral. No obstante, lo que cae notoriamente son las consultas médicas, pero la relación exámenes/consultas aumenta de modo significativo, lo que

podría significar una disminución “poco sana” de la actividad o una mayor complejidad asociada a cada una de las consultas efectuadas, lo que debe ser revisado con mayor atención.

Tabla 6
Prestaciones Médicas Seleccionadas, Sistema Isapres 2001-2006

Variables seleccionadas	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nº de isapres en operación	26	19	18	18	18	18
Nº de prestaciones (en miles)						
Nº Atenciones médicas	11.482	11.451	11.089	12.169	10.588	11.253
Nº Exámenes de diagnóstico	15.758	15.549	15.363	17.397	15.438	17.028
Nº Procedimientos apoyo clínico/terapéuticos	8.956	7.783	7.548	8.659	7.549	7.500
Nº Intervenciones quirúrgicas	316	313	313	316	269	292
Nº Otras prestaciones	2.729	2.542	2.362	2.286	1.991	2.631
Sin clasificar	2.887	1.998	1.583	1.768	1.659	2.831
Total prestaciones	42.127	39.635	38.258	42.595	37.494	41.535
Relación Exámenes/Consultas	1,37	1,36	1,39	1,43	1,46	1,51
Tasas de Prestaciones						
Nº Prestaciones promedio por beneficiario	11,3	13,7	13,8	15,9	14,0	15,5
Nº de prestaciones por c/1000 beneficiarios						
Nº Atenciones médicas (miles)	3.321	3.969	3.995	4.532	3.960	4.192
Nº Exámenes de diagnóstico (miles)	4.557	5.390	5.535	6.479	5.775	6.343
Nº Procedimientos apoyo clínico/terapéuticos (miles)	2.590	2.698	2.719	3.225	2.824	2.794
Nº Intervenciones quirúrgicas (miles)	91	108	113	118	101	109
Nº Otras prestaciones (miles)	789	881	851	852	745	980
Sin clasificar (miles)		693	571	659	620	1.055
Total prestaciones (miles)	11.348	13.740	13.784	15.863	14.025	15.472
Egresos total	263.415	242.602	302.031	248.235	248.169	278.142
Población Isapre	2.940.795	2.828.228	2.729.088	2.678.432	2.660.338	2.684.554
Tasas de egresos	89,6	85,8	110,7	92,7	93,3	103,6

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

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

5. Evaluación de la Discriminación por Riesgos y Eficiencia del Sistema de Salud

5.1 Planes y Ges como cobertura mínima

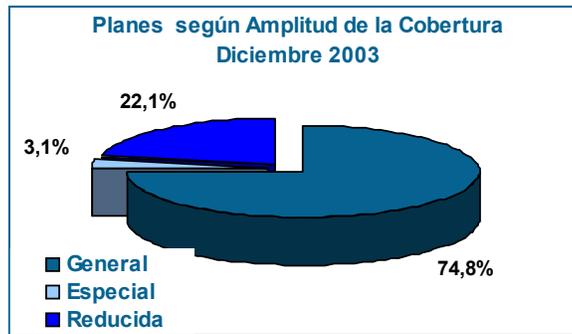
Respecto a los planes, el objetivo de la reforma era reducir su número, promover su estandarización e incentivar la generación de planes que dieran cuenta de todo el ciclo de vida del individuo. Una forma de medir el logro de estos objetivos es el número de planes y sus tipos de cobertura.

La Línea Base: Diciembre de 2003

En diciembre de 2003, de un total de 47.298 planes de salud informados, un 74,8% corresponden a planes con cobertura general (35.404 aprox.); un 22,1% a planes con cobertura reducida de parto (10.449 aprox.); y un 3,1% a planes especiales (1.445 aprox.), los que, en su mayoría, corresponden a planes sin cobertura de parto.

Las isapres abiertas que presentaban una mayor proporción de planes especiales eran Consalud y Vida Tres, con un 12,2% y un 9,6%, respectivamente. Asimismo, las isapres abiertas con una mayor proporción de planes con cobertura reducida de parto eran Sfera y Colmena con un 93,8% y un 35,3%, respectivamente.

Gráfico 12



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

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

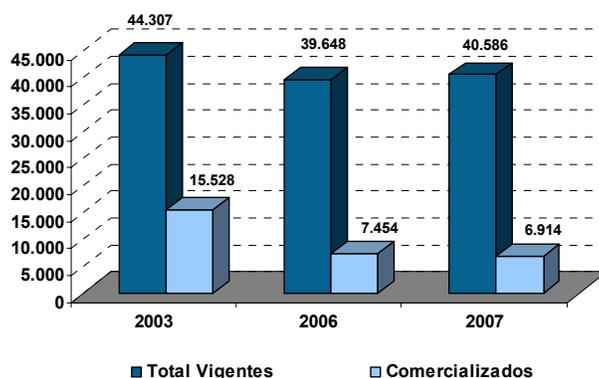
Las isapres abiertas que concentraban una mayor proporción de cotizantes en planes especiales eran Consalud y Vida Tres, con un 22,2% y un 11,9% de sus cotizantes, respectivamente. Asimismo, la isapre abierta que concentraba una mayor proporción de sus cotizantes en planes con cobertura reducida de parto era Sfera, con un 97,6%.

Al aplicar el número de cargas promedio por cotizante, observada en el mes de diciembre del año 2003, se obtiene que los planes especiales concentraban a un 6,7% de los beneficiarios del Sistema (181.652 aprox.) mientras que los planes con cobertura reducida de parto a un 23,8% (649.328 aprox.)

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

Una evaluación actualizada, como muestra el gráfico 13, permite establecer que los planes han ido disminuyendo, especialmente aquellos en comercialización. De hecho entre el año base y el 2006 disminuyeron en un 55%.

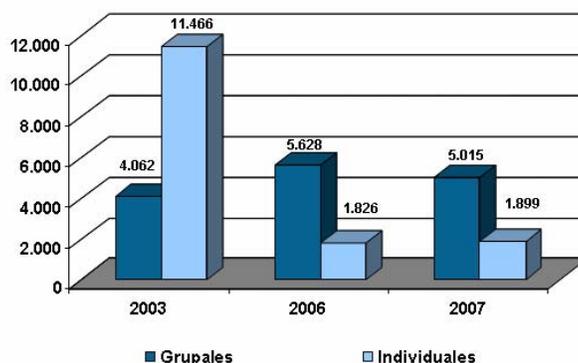
Gráfico 13
Evolución de la cantidad de planes de salud vigentes y en comercialización



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

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

Gráfico 14
Evolución de la cantidad de Planes de salud en comercialización según tipo



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

5.2 Tabla de Factores

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

Por lo tanto, una forma de medir la efectividad es la disminución de la cantidad de tablas de factores y los beneficiarios que se encuentran con tablas dentro de este contexto y aquellos en transición.

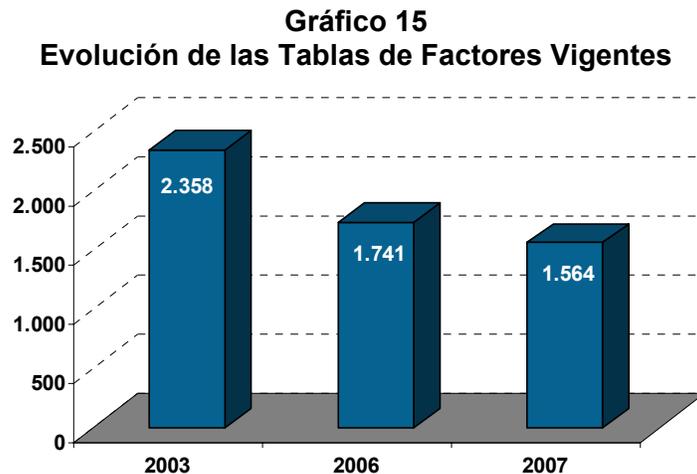
Con respecto a la estructura de la tabla de factores, la reforma se orientaba a establecer un formato único de filas (tramos de edad) y columnas (tipos de beneficiarios) y un grupo de referencia común, a fin de hacerlas comparables entre una isapre y otra, planteamiento que constituye un avance en el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

El establecimiento de un número máximo de edades dentro de cada tramo garantiza una cantidad de tramos de edad tal que se suavicen los cambios en los factores de riesgo por el avance de la edad.

Por otra parte, la reforma estableció un límite a la relación entre el factor más alto y el factor más bajo de hombres y mujeres en cada tabla, manteniendo acotadas las variaciones de los factores de riesgo dentro de un rango aceptable, avalado por las estadísticas de gasto por edad.

Línea Base y su Evolución

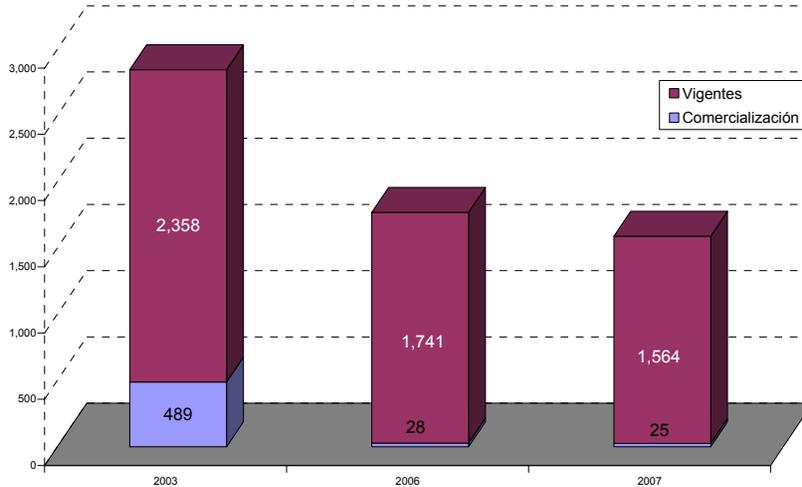
A Diciembre de 2003, existían 2.358 tablas de factores para los planes de salud vigentes y 489 tablas para los planes en comercialización.



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

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

Gráfico 16
Tablas de Factores Vigentes y en Comercialización



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

5.3 Banda de Precios

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

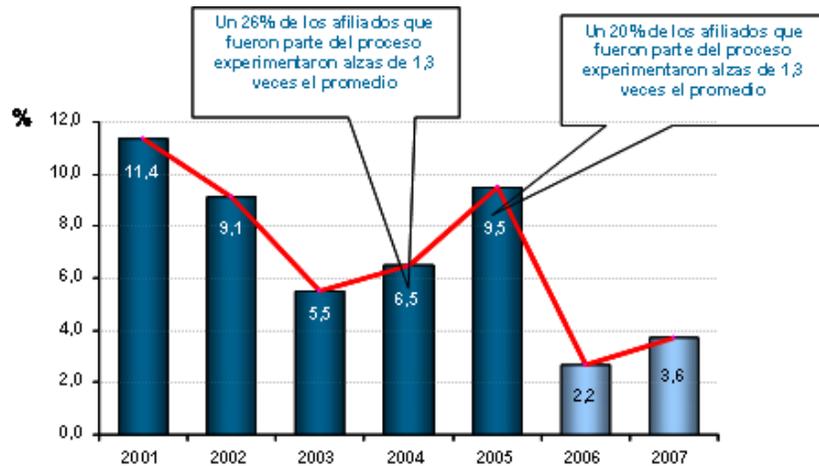
La nueva regulación en la materia, estableció que las isapres tenían libertad para establecer los precios de los planes y sus consiguientes variaciones reales, pero que estas últimas debían estar circunscritas a una banda con un límite superior de 1,3 veces el promedio de cada isapre y un límite inferior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

En el período señalado en el párrafo anterior, un 37,8% de los cotizantes experimentaron alzas superiores al límite de 1,3 veces el promedio de cada isapre y que el alza promedio de los precios de los planes de dichos cotizantes ascendió a un 19,9% nominal¹⁰.

Como se observa en el gráfico 17, para los períodos en los cuales la banda de precios se encuentre vigente, la variación promedio de precios es inferior a los años anteriores. Adicionalmente, a diferencia de los años precedentes, ningún cotizante experimentará alzas de precios superiores en 1,3 veces el promedio informado por las isapres.

¹⁰ La diferencia entre las alzas promedio de todos los cotizantes de la muestra y la de aquellos cuya alza es superior al límite da cuenta de la gran dispersión que presentan las alzas de precios al interior de cada isapre.

Gráfico 17
Evolución de las Variaciones de Precios, Alzas de Precios Promedio Años 2001 al 2007

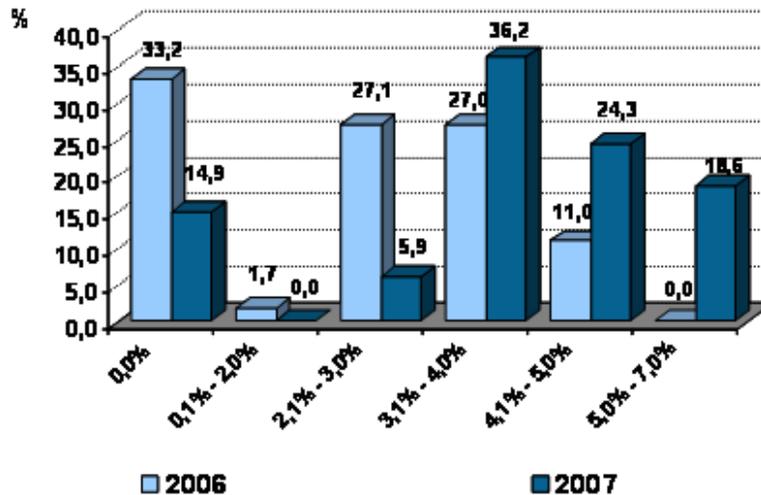


La regulación de precios ha contribuido a controlar las variaciones reales de los precios base de los planes de salud complementarios en el Sistema Isapre.

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

Finalmente, al comparar el período 2006 y 2007, para evaluar el impacto de los aumentos de precios en los beneficiarios, se obtiene un aumento de los afiliados afectados por aumentos de precios entre un 3,1% y un 7%.

Gráfico 18
Beneficiarios según Tramos de Variación del Precio Base, Adecuación 2006 y 2007



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

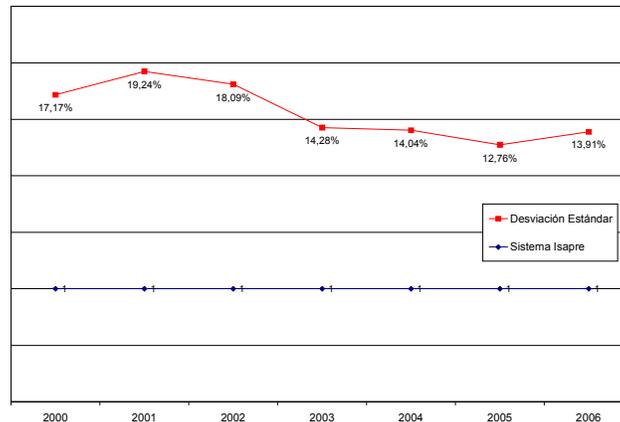
5.4 Fondo de Compensación Solidario

El objetivo principal del Fondo de Compensación Solidario es disminuir la selección de riesgos asociados a las GES. Por lo tanto, para la evaluación y seguimiento del Fondo de Compensación Solidario se analizará, entre otros indicadores, por la evolución de las brechas

de riesgo entre isapres, ya que debería tenderse a la homogeneización de las carteras de riesgos entre las isapres.

Como se observa en el gráfico 19, efectivamente ha ocurrido una disminución en la heterogeneidad de las carteras de beneficiarios entre Isapres, lo que muestra una homogeneización de los riesgos. Esto ello viene ocurriendo desde el año 2001, con un repunte en el 2006 que pone al sistema con un nivel de heterogeneidad de riesgos inferior al que tenía en el 2004.

Gráfico 19
Evolución del Riesgo entre Isapres 2000-2006



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

Al analizar las isapres ganadoras y perdedoras en el proceso de ajuste de riesgo de las GES con 40 problemas de salud, ver tabla 7, se obtiene que la Isapre más favorecida es Fusat, la que recibe, por beneficiario, 11,75 veces el promedio de las transferencia promedio por persona. A su vez, la más desfavorecida es Sfera, que debe aportar, por beneficiario, 8,23 veces el promedio de transferencias per-cápita, le siguen las isapres Normédica y MásVida que deben aportar más de 5 veces el promedio de los aportes per cápita.

Tabla 7
Isapres Ganadoras y Perdedoras en el Ajuste de Riesgo, GES 40

	Monto Transferencia	% de Participación	Monto Percápita	Veces el promedio percápita
Isapres Receptoras				
Colmena	147.968.927	29%	398	1,98
Vida Tres	110.138.615	21%	817	4,07
Consalud	133.626.281	26%	239	1,19
El Teniente Fusat	105.398.755	21%	2.360	11,75
Ferrosalud	15.689.730	3%	901	4,49
Total Transferencia	512.822.308	100%	201	1,00
Isapres Aportadoras				
Banmédica	- 79.636.343	-16%	131	0,65
Normédica	- 53.491.382	-10%	1.098	5,47
ING	- 124.447.585	-24%	228	1,14
Mas Vida	- 202.459.386	-39%	1.054	5,25
Sfera	- 52.787.612	-10%	1.652	8,23
Total Transferencia	- 512.822.308	-100%	201	1,00

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

Finalmente, ver tabla 8, al evaluar el ingreso per cápita de las isapres participantes del Fondo de Compensación, se obtiene que esta variable es muy similar entre las isapres receptoras y las aportantes. Al incorporar esta variable en las isapres que reciben mayores aportes relativos, ver tabla 7, se obtiene que la isapre “más favorecida”, Fusat, tiene un ingreso per cápita equivalente a un 59% del promedio, es decir, la isapre con los beneficiarios con menores ingresos, recibe una transferencia por persona casi 12 veces superior al promedio. Incluso, la isapre con los beneficiarios con ingresos promedios es la que realiza el mayor aporte a las receptoras.

Se espera que la correlación entre riesgo en salud e ingresos mejore aún más con el aumento de los problemas de salud con GES.

Tabla 8
Isapres Participantes del Fondo: Participación de Mercado y Rentas de los Cotizantes
Diciembre de 2006

	Participación de Mercado	Renta Imponible Promedio	Número de Cargas Promedio	Ingreso Percápita Promedio	Veces Ingreso Percápita Promedio
Isapres Receptoras					
Colmena	14,7%	693.132	1,11	329.264	1,13
Vida Tres	5,4%	640.328	0,99	321.195	1,11
Consalud	23,3%	569.302	1,28	249.715	0,86
Fusat	1,6%	416.110	1,43	171.587	0,59
Ferrosalud	0,9%	428.746	1,05	209.163	0,72
Isapres Aportantes					
Masvida	8,3%	710.076	0,99	356.822	1,23
Banmédica	23,9%	510.702	0,94	263.383	0,91
ING Salud	19,9%	549.266	1,03	270.719	0,93
Normédica	1,9%	598.385	1,38	251.133	0,87
Promedio		577.149	0,99	290.186	1,00

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

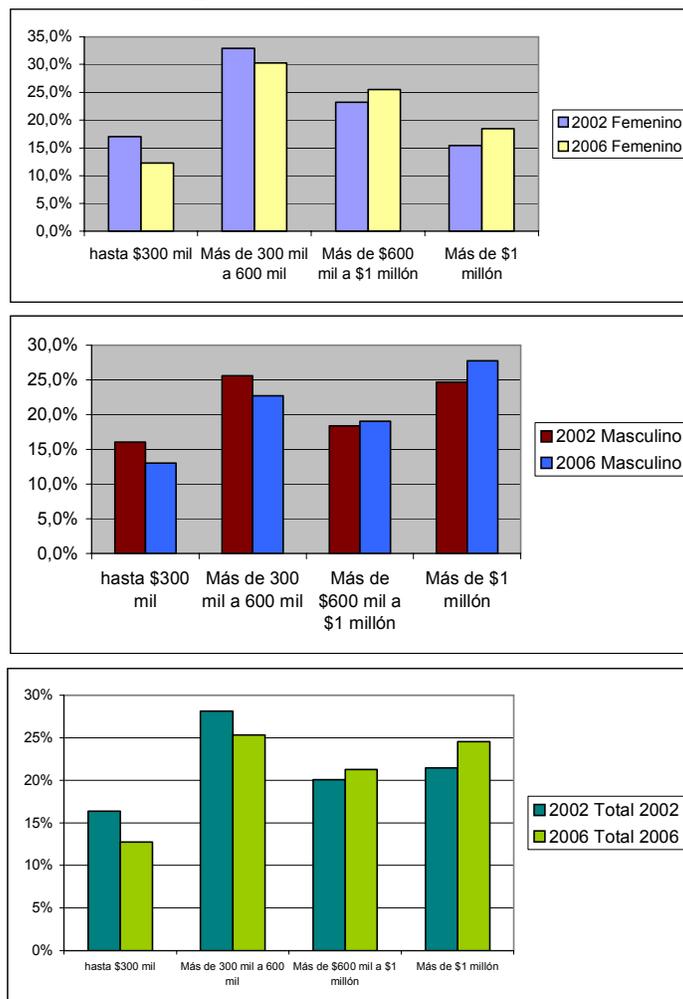
5.5 Evaluación del Impacto en la Cartera de Beneficiarios del Sistema Isapres

Durante el diseño de la reforma y su implementación se esperaba que en el sistema isapre las carteras de beneficiarios se homogeneizaran y que comenzara a aumentar la participación de mujeres en edad fértil y los adultos mayores. En esta sección analizamos los primeros indicios de esta información.

La información contenida en el gráfico 20, muestra que en los cotizantes de isapre ha aumentado la participación de las personas con rentas superiores a \$600 mil mensuales, tanto para hombres como para mujeres¹¹.

¹¹ Para aislar el efecto del aumento general de los ingresos en el período, hemos ajustado los ingresos de los cotizantes con el índice general de remuneraciones del INE.

Gráfico 20
Cartera de Cotizantes en Isapres, según Nivel de Ingreso Ajustado, 2002 y 2006



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

Por otra parte, como se observa en la tabla 9, los cotizantes del sistema Isapre cada vez tienen menos cargas y su cotización pactada es mayor¹². Esto ocurre para todos los rangos de edad y tanto para hombres como para mujeres.

¹² La disminución en el número de cargas no es sólo una tendencia en los cotizantes de isapres sino que también de los pertenecientes al Fonasa.

Tabla 9
Algunas características de los Cotizantes 2002 y 2006

Grupos de edad		Año 2002		Año 2006	
		Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
00-19 años	Cotizantes dic	2.105	5.102	2.651	8.751
	Numero Cargas	0,21	0,68	0,13	0,17
	Cotiz Pact Prom	0,95	0,82	0,99	0,91
20-44 años	Cotizantes dic	282.098	545.465	272.225	534.073
	Numero Cargas	0,76	1,46	0,60	0,98
	Cotiz Pact Prom	2,56	2,63	2,92	2,77
45-59 años	Cotizantes dic	114.434	208.774	124.531	219.353
	Numero Cargas	0,83	1,97	0,72	1,62
	Cotiz Pact Prom	3,09	3,81	3,51	4,39
60 y + años	Cotizantes dic	36.782	67.753	46.555	78.026
	Numero Cargas	0,18	0,96	0,18	0,89
	Cotiz Pact Prom	3,44	4,63	4,11	5,71

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

Nota: Los valores de la cotización pactada promedio son en UF.

En la tabla 10 se puede colegir un aumento en la participación de los adultos mayores desde un 8% en el 2002 a un 10% en el 2006, marcado particularmente por un aumento en la participación de las mujeres en el total de cotizantes, que genera una mayor participación en 2 puntos porcentuales en los afiliados de ese grupo de edad.

Tabla 10
Distribuciones relevantes de los cotizantes comparación 2002 y 2006

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

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

Al analizar la evolución en la participación relativa de los distintos grupos de cotizantes, ver tabla 11, se observa un aumento de las personas mayores de 44 años, especialmente de las mujeres. Para casi todos los grupos, el número de cargas promedio disminuye y la cotización pactada aumenta. Esto último es coincidente con el mayor ingreso promedio de los cotizantes del sistema.

Tabla 11
Aumento/Disminución entre 2002 y 2006

Grupos de edad		Femenino	Masculino
00-19 años	Cotizantes dic	26%	72%
	Numero Cargas	-37%	-76%
	Cotiz Pact Prom	4%	10%
20-44 años	Cotizantes dic	-3%	-2%
	Numero Cargas	-21%	-33%
	Cotiz Pact Prom	14%	5%
45-59 años	Cotizantes dic	9%	5%
	Numero Cargas	-13%	-18%
	Cotiz Pact Prom	14%	15%
60 y + años	Cotizantes dic	27%	15%
	Numero Cargas	0%	-8%
	Cotiz Pact Prom	19%	23%

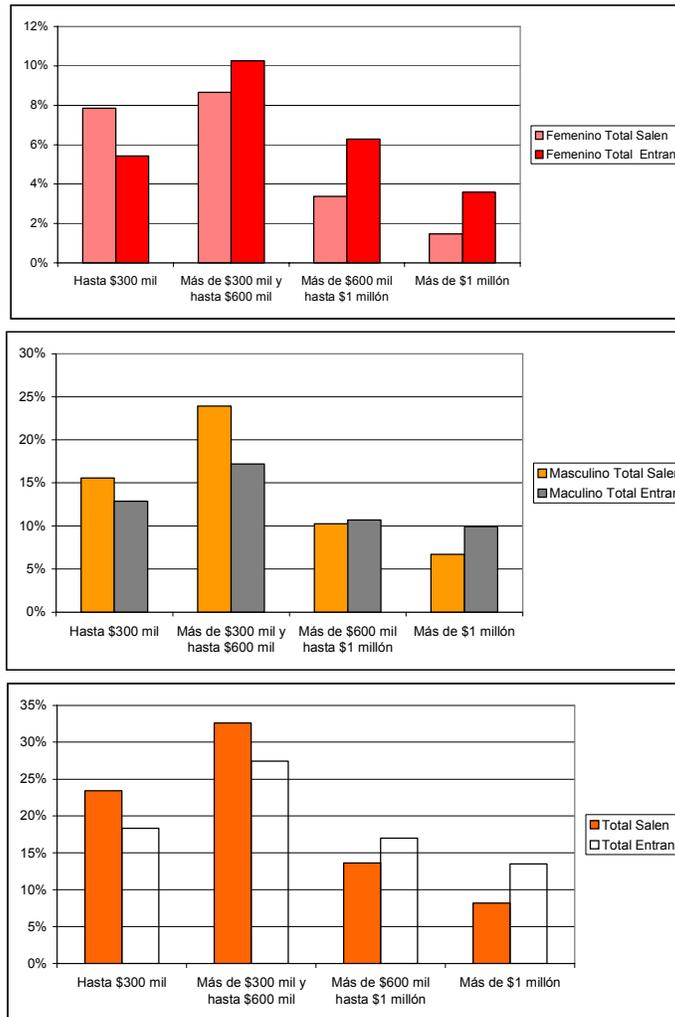
Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

En resumen, entre los años 2002 y 2006, si bien se ha producido un aumento en la participación de los grupos de mayores ingresos, a la vez se ha generado una mayor participación de mujeres y adultos mayores en el sistema.

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

Para el período de análisis, también realizamos un análisis respecto de las personas que ingresaron y aquellas que abandonaron el Sistema Isapre. En primer lugar, ver gráfico 21, se obtiene que al sistema, proporcionalmente, ingresan más personas con rentas superiores a los \$600 mil y se retiran afiliados con rentas inferiores a esa renta. En el caso de las mujeres, a diferencia de los hombres, también ingresan fuertemente cotizantes con rentas entre los \$300 y \$600 mil.

Gráfico 21
Cotizantes que Ingresaron y Salieron entre los años 2002 y 2006



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

Por otra parte, ver tabla 12, los cotizantes que salieron del sistema tenían una mayor cantidad de cargas que aquellos que ingresaron. Respecto a las mujeres, las que ingresan presentan una mayor participación en el tramo de edad fértil y entran, en términos relativos, en todos los grupos de edad, a diferencia de los hombres que lo hacen principalmente entre los 20 y 44 años de edad.

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

Tabla 12
Características de los Cotizantes que Salen y Entran al Sistema Isapre, 2002 y 2006

Grupos de edad		Salen		Entran	
		Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
0 a 19 años	Cotizante	1.058	2.891	2.063	8.108
	Cargas por cotizante	0,06	0,06	0,08	0,06
	Cot pactada Prom	0,92	0,79	1,05	0,92
20 a 44 años	Cotizante	86.158	167.898	110.278	221.258
	Cargas por cotizante	0,71	1,18	0,37	0,48
	Cot pactada Prom	2,03	1,78	2,45	1,93
45 a 59 años	Cotizante	22.932	48.505	14.358	23.703
	Cargas por cotizante	0,71	1,79	0,65	1,14
	Cot pactada Prom	2,43	2,73	2,88	2,87
60 y más años	Cotizante	9.444	21.443	3.257	1.890
	Cargas por cotizante	0,13	0,93	0,14	0,70
	Cot pactada Prom	2,75	3,44	3,81	4,39
Todos los cotizantes	Total Cotizantes	119.592	240.737	129.956	254.959
	Cargas por cotizante	0,66	1,27	0,39	0,53
	Cot pactada Prom	2,15	2,11	2,51	2,00

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

En tabla 13, se observa que ingresan proporcionalmente más mujeres de las que salen, especialmente cuando son adultos mayores. En efecto, aun cuando ingresan pocos adultos mayores lo hacen más mujeres que hombres, tanto es así que este es el único rango de edad donde la proporción de los que entran se invierte a favor del sexo femenino.

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

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

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

En resumen, para el período de análisis comprendido entre los años 2002 y 2006, aumentó la participación de cotizantes mujeres y los adultos mayores. En otras palabras, la implementación de las distintas regulaciones contempladas en la reforma del sistema de salud y, en particular, de las isapres ha logrado disminuir la discriminación en contra de estos grupos etarios.

Referencias

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Superintendencia de Salud (2006). “Monitoreo y Seguimiento de la Reforma: Determinación de la Línea Basal de Protección Financiera”. Preparado por C. Cid, X. Riesco, A. Muñoz, R. Tegtmeier, M. Inostroza. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

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

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

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

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

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