

## Análisis

Medwave. Año XI, No. 12, Diciembre 2011. Open Access, Creative Commons.

# Los problemas del aseguramiento privado en salud en Chile: en busca de una solución para una historia de ineficiencia e inequidad

**Autor:** Camilo Cid<sup>(1)</sup>

**Filiación:** <sup>(1)</sup>Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

**Correspondencia:** [camilocid@gmail.com](mailto:camilocid@gmail.com)

**doi:** 10.5867/medwave.2011.12.5264

## Ficha del Artículo

**Citación:** Cid C. Los problemas del aseguramiento privado en salud en Chile: en busca de una solución para una historia de ineficiencia e inequidad. *Medwave* 2011 Dic;11(12) doi: 10.5867/medwave.2011.12.5264

**Fecha de envío:** 15/11/2011

**Fecha de aceptación:** 17/11/2011

**Fecha de publicación:** 1/12/2011

**Origen:** solicitado

**Tipo de revisión:** con revisión editorial interna

## Resumen

El concepto de aseguramiento de la salud es de vital importancia para la política sanitaria, ya que permite que los ciudadanos repartan el riesgo derivado de los gastos en salud que puedan necesitar y que tengan acceso a provisión de los servicios médicos cuando los necesiten. La necesidad de repartir el riesgo individual de enfermar es una consecuencia directa de la incertidumbre que caracteriza al sector de salud. En el caso de los seguros de salud en Chile estos son capaces de obtener equilibrio financiero (cuando son públicos) o beneficios (cuando son privados) mediante la fijación de una prima. Normalmente la información es asimétrica, y una de las fallas se debe a que el seguro privado tiene mejor información, lo que induce selección de riesgos. Una forma de regular esto es establecer un seguro obligatorio con una prima única proporcional a la renta, de manera que se incentive el aporte de acuerdo a ingresos (independientemente de los riesgos) y la eficiencia del pool, al estar todos incorporados. Una propuesta natural y que es funcional al sistema actual, es la generación de un fondo solidario único y el establecimiento de una prima comunitaria amplia que lo financie. Se analiza la viabilidad del fondo solidario único y sus requisitos, y se analiza el plan garantizado de salud que el gobierno propondrá como reforma al sector de las ISAPRE.

## Abstract

The concept of health insurance is of vital importance for health policy. Beneficiaries are able to share the risk arising from health expenses, and are ensured access to health care provisions whenever necessary. The need to share an individual's risk to become ill is the direct consequence of the uncertainty that surrounds the health sector. Chilean health insurance companies are able to reach financial balance (the state-owned insurer) or profits (privately-owned insurers) by setting a premium rate. Information flow tends to be asymmetric and one of the shortcomings of this system is that the private health insurance companies have better information, which leads to risk selection. A form of regulation would be to set a premium rate proportional to income thus incentivizing contributions in accordance with income (independent of risk) and pool efficiency if the whole population is included. A natural solution that would be functional to the current system is the creation of a single pool together with a broad community premium rate to finance the fund. The article analyses the feasibility of a single fund, its requisites, and the health plan that the Chilean government is proposing in its bill to reform the private health insurance sector.

## Abreviaturas:

FONASA: Fondo Nacional de Salud

ISAPRE: Institución de Salud Previsional

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OMS: Organización Mundial de la Salud

## ¿Cuál es el problema del aseguramiento en salud hoy día en Chile?

Recurriremos a la teoría y conceptos, todos ellos desarrollados hace muchos años en el campo de la economía de la salud<sup>1</sup>, para responder esta pregunta de la forma más apegada posible al caso concreto de Chile.

El concepto de aseguramiento de la salud es de vital importancia para la política sanitaria, ya que permite que los ciudadanos repartan el riesgo derivado de los gastos en salud que puedan necesitar y que tengan acceso a provisión de los servicios médicos cuando los necesiten.

La necesidad de repartir el riesgo individual de enfermar es una consecuencia directa de la incertidumbre que caracteriza al sector de salud, ya que la necesidad de atenciones y su demanda son, generalmente, inciertas. Pero, en cambio, a nivel agregado sí se puede predecir la cantidad de atenciones que tendrán que ser provistas para una población determinada. Este es el aporte del seguro de salud para un país, que es capaz de absorber los riesgos individuales de todos los asegurados y convertirlos en un único riesgo poblacional, lo cual es más eficiente y más equitativo.

En el caso de los seguros de salud en Chile, como las ISAPRE (instituciones de salud previsual) o FONASA (Fondo Nacional de Salud, el asegurador público) en su rol de aseguramiento, estos son capaces de obtener equilibrio financiero (cuando son públicos) o beneficios (cuando son privados), al responsabilizarse de las pérdidas ocurridas aseguradas por los individuos, mediante la fijación de una prima. Para que este proceso funcione bien es de vital importancia la información de que disponen, tanto la oferta como la demanda. Pero normalmente esta información es asimétrica, cuestión que constituye la fuente principal de las fallas del sistema de seguros y el fundamento de la necesidad de regulación.

Una de estas fallas, debida a la mejor información de que dispone el seguro, es la selección de riesgos. El seguro privado tiene el incentivo de evitar el riesgo seleccionando aquellos pacientes que se espera le proporcionen beneficios, así como evitando otros pacientes que pudieran proporcionarle pérdidas. Además, en un mercado de seguros privados de salud que compiten entre sí, en que la prima depende de las características individuales de los asegurados, el seguro anticipa con exactitud el gasto en salud asociado al cuidado del enfermo crónico; entonces la fijación de la prima va a corresponder al riesgo individual del enfermo. De este modo, la prima es significativamente más grande que si el riesgo absorbido fuera el poblacional. De esta forma, el seguro privado de salud se enfrenta a riesgos poblacionales, pero fuerza a los individuos a pagar primas ajustadas a los riesgos individuales.

Una forma de regular esto es establecer un seguro obligatorio con una prima única proporcional a la renta, de manera que se incentive el aporte de acuerdo a ingresos (independientemente de los riesgos) y la eficiencia del pool, al estar todos incorporados. Esa es la línea que uno encuentra en todos los sistemas de seguridad social; en Chile también, mediante el 7% obligatorio para salud y con la obligación de estar asegurado para los trabajadores formales. Pero claramente esto no ha sido suficiente.

Cuando hablamos del problema del aseguramiento en salud en Chile, estamos haciendo referencia a la selección de riesgos, por una parte, y al concepto de contrato individual de seguros privados -opuesto al concepto de seguridad social-, por otra. La solución se basa en una apropiada regulación que reponga el concepto de seguridad social de salud, esto es: que el objetivo prioritario de la política pública en salud sea preservar el principio de atención sanitaria social, es decir, acceso a la salud a todas las personas en función de la necesidad, sin importar su disponibilidad a pagar, tal como lo plantea la OMS (Organización Mundial de la Salud). Para lograr tal objetivo se requeriría de un seguro obligatorio, de cobertura universal, con una provisión de servicios con alto grado de gasto público, tal como es el estándar conocido en la mayoría de los países de la OCDE (Organización de Cooperación para el Desarrollo Económico) y de la UE (Unión Europea).

En Chile, la base fundamental del sistema creado por el régimen militar hace 30 años, exactamente se resume en que los ciudadanos tienen la opción de elegir entre seguro de salud público o seguros privados. Cuando aportan sus cotizaciones a una ISAPRE, se podría entender que se está optando por salir del "pool" de riesgos conjuntos de toda la sociedad para entrar en un "pool" individual de cada ISAPRE. Esta elección se realiza en un entorno de competencia, pero se trata de una competencia por seleccionar riesgos, en vez de una competencia por generar mayor valor en salud. Este es el problema central de lo que ha estado ocurriendo en el sistema de aseguramiento privado en Chile.

El resultado de lo anterior es que hay grupos de personas que son discriminados en el sistema ISAPRE (adultos mayores, niños, mujeres en edad fértil, enfermos crónicos), los cuales, ante una necesidad de salud, terminan siendo cautivos de la ISAPRE; y que mientras más compleja sea su situación de salud, mayor es la dificultad para satisfacer sus necesidades. A la larga son expulsados del sistema y se ven obligados a afiliarse a FONASA, donde nunca antes han contribuido, y donde llegan en el momento en que tienen necesidad de mayores gastos en salud. En suma: ineficiencia e inequidad.

### La solución funcional

Los problemas requieren de una respuesta regulatoria sólida para proteger a los ciudadanos y mejorar el

bienestar social. Cualquier cambio regulatorio necesita afrontar el problema de la selección de riesgos. Pero hay que tener en cuenta que las tablas de factores de riesgo y su uso para subir los precios de las ISAPRE, son sólo la consecuencia y no la causa del problema. Es decir, los diferenciales y alzas excesivas de precios de las primas de las aseguradoras privadas surgen de la tarificación en función del riesgo. Lo que hay que mitigar es la selección de riesgos; si ésta se elimina, el problema desaparecerá.

Una propuesta natural y que es funcional al sistema actual, y por eso la llamamos solución funcional, es la generación de un fondo solidario único y el establecimiento de una prima comunitaria amplia que lo financie. Con ello se podrá establecer un mecanismo que genere una compensación equitativa de los riesgos. Si no se introduce esta modificación al sistema, resultará siempre más rentable para las ISAPRE y los proveedores privados competir por seleccionar los usuarios con menores riesgos en lugar de buscar mayor eficiencia y calidad.

Actualmente, el supuesto constitucional es que los ciudadanos pueden escoger entre estar en FONASA o en una ISAPRE; es decir, existen dos "pools" de riesgos distintos; uno público, y otro privado. Luego, cada ISAPRE constituye un fondo separado y no solidario con el resto del sistema de aseguramiento privado. En consecuencia, existen al menos ocho fondos de riesgo en Chile (FONASA y 7 ISAPRE abiertas). Se requiere transformarlos en uno solo, que permita la compensación de riesgos al conjunto de las aseguradoras, abarcando tanto la pública FONASA, como las privadas. Esta medida representaría un cambio sustancial respecto del modelo actual. Países como Holanda, Alemania, Bélgica, Suiza, entre otros, han evolucionado con éxito hacia sistemas de este tipo.

En primer lugar, un fondo nacional único tiene la ventaja de que los aportes a él se establecen en función de la cotización legal del 7% (o sea, según ingreso), mientras que la asignación de recursos se establece según necesidad o riesgo de enfermar, haciendo realidad el principio de equidad en el financiamiento proclamado por la OMS. Ello debe estar acompañado de la obligatoriedad de aceptación por parte de las ISAPRE de todas las personas que le soliciten ingreso, independientemente de su edad, sexo o riesgo de enfermar, lo que FONASA ya hace. Esto evitaría, de una vez por todas, la existencia de períodos de carencia y preexistencias, que limitan el acceso.

En segundo lugar, la oferta debe ser equivalente en cuanto a beneficios (prestaciones) y a cobertura financiera (copago), ya que si existen diferencias en cobertura de prestaciones o coberturas financieras, habrá espacio para algún tipo de competencia por selección, en lugar de una competencia por conseguir mayor eficiencia y calidad. En este sentido, definimos que un plan único de salud es un solo conjunto de beneficios para todos los ciudadanos, beneficios en servicios ofrecidos y cobertura financiera. Si no es así, aún cuando el listado de beneficios sea el

mismo, existirán tantos planes diferentes como coberturas financieras se diseñen.

### **Propuesta de PGS no es la solución funcional**

Recientemente se ha informado que el gobierno propondrá una reforma al sistema privado de salud de las ISAPRE. Para ello propondría un plan garantizado de salud llamado PGS y unos arreglos de financiamiento que aún no están muy claros.

El problema que se enfrenta en salud es la inequidad y también la ineficiencia que produce un sistema segmentado entre ISAPRE y FONASA, que ha generado una salud para personas de bajos ingresos y otra para altos ingresos, donde usualmente los primeros son más propensos a enfermar que los segundos, lo cual agrava la situación.

A pesar del éxito que el sistema de aseguramiento privado ha tenido en el descreme de su población beneficiaria, lo que le ha generado altas ganancias (cerca de 30% sobre capital y reservas -en promedio- desde su creación), y a pesar del subsidio implícito que ha recibido al descargar todos sus peores riesgos en el asegurador público durante años; los problemas de discriminación por riesgo y el rechazo generalizado ante el mismo por parte de sus propios usuarios, han mostrado al sistema ISAPRE como inviable en el largo plazo.

Dado lo anterior, la solución funcional debe considerar al conjunto del financiamiento y aseguramiento de la salud, esto es, a FONASA e ISAPRE, y no sólo a estas últimas como propone el proyecto de PGS.

Las ISAPRE administran una cotización social de salud y, por lo tanto, tienen las mismas obligaciones constitucionales que FONASA para con sus usuarios, es decir: asegurar el acceso a la salud. Esta es la interpretación correcta del fallo del Tribunal Constitucional del año pasado<sup>2</sup>. Para lograr lo anterior, las ISAPRE cuentan con un financiamiento de seguridad social que constituye el 7% de cotización obligatoria.

En este contexto se debe conformar el fondo central entre las ISAPRE y FONASA, que solidarice lo que siempre debió ser solidarizado, esto es: el 7% de la cotización social de los usuarios. Como se ha señalado, el fondo deberá reunir estos recursos y redistribuirlos a través de todos los aseguradores, de acuerdo con las necesidades de salud de sus usuarios.

Por otro lado, si efectivamente se quiere incentivar la competencia en calidad, los usuarios que lo deseen podrían destinar un monto adicional al 7% para pagar primas planas iguales, que algunas ISAPRES pudiesen cobrar de acuerdo al costo y calidad de la atención que ofrecen sus redes. El costo de oportunidad de no estar en FONASA corresponderá a esta prima plana.

Finalmente, los recursos del 7% obligatorio (y subsidios equivalentes para quienes no tienen recursos), traducidos a un monto monetario, deben financiar un conjunto

amplio y completo de beneficios de salud, que sea igual para todos. Para otorgar este conjunto de beneficios, cada asegurador deberá contar con una sola red acreditada de prestadores y cumplir a cabalidad su rol de control de costos frente a ellos, lo que debe ser fiscalizado por la Superintendencia de Salud.

Esta es una estructura de regulación de recomposición de la seguridad social que limita la competencia por precios. En efecto, se debe limitar la competencia vía precio de las primas (que, finalmente, es una competencia por quién discrimina mejor) y fomentar la calidad y el control de costos. Esta es la mera aplicación racional y de sentido común que puede apreciarse, también, en las soluciones desarrolladas en el contexto europeo ante similares problemas.

En ningún caso se presenta aquí un diseño detallado sino líneas gruesas, ya que evidentemente, cualquier intento de implementación requeriría de estudios en detalle que abarquen cada una de las aristas del sistema.

### Comentarios finales

En definitiva, la solución funcional consiste en entender que las ISAPRE pertenecen a un sistema de seguridad social obligatorio que debe funcionar admitiendo que hay que transferir recursos entre sanos y enfermos, entre generaciones, entre sexos y entre distintas rentas, de manera que los riesgos se compensen a lo largo de la vida entre individuos que tienen riesgos distintos.

Pero es válido preguntarse si existen otras soluciones. Cuando nos referimos a un tipo de solución (la funcional) admitimos la existencia de otras. Desde mi punto de vista, existe también la solución que podemos llamar radical, que consistiría en cambiar de concepción del sistema para cubrir las necesidades de salud de los chilenos, esto es: pasar de un sistema de seguridad social de salud, a un sistema nacional de salud financiado por impuestos

generales de la Nación. Este es un camino posible y hay experiencia internacional al respecto, como el caso español. Los principios que esta solución implica son los mismos que la anterior y, en términos técnicos, la mancomunación de recursos sobre la base de capacidad de aportes y su distribución en base a necesidades, la haría la entidad estatal.

Evidentemente, esta salida nos lleva más directamente a la discusión sobre la estructura impositiva vigente que, como se sabe, en Chile es regresiva; porque para implementarla se requerirá aumentar drásticamente el presupuesto para salud y se requerirá contar con fuentes para ello, y estos recursos deberían provenir de una base progresiva de aportes de la sociedad.

### Notas

#### Declaración de conflictos de intereses

El autor ha completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por Medwave, y declara no tener conflictos de intereses. El formulario puede ser solicitado contactando al autor responsable.

### Referencias

1. Nos referimos a los avances desarrollados por Arrow (1963) acerca de la incertidumbre y las fallas en los mercados de salud, los de Newhouse (1997, 2000) acerca de las dificultades para valorar y aplicar los modelos económicos en salud bajo la existencia del riesgo moral y la selección adversa, y de Rothschild y Stiglitz (1976), sobre el rol de la regulación en los mercados de seguros de salud. ↑
2. Zuñiga A. El derecho a la protección de la salud en la Constitución chilena, antes y después de la reforma AUGE. Medwave 2011 Ago;11(08). ↑ | [Link](#) |



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.