IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

SISTEMA DE SALUD PRIVADA

UNIDAD Nº I
Hitos históricos del sistema de salud en Chile

WWW.IPLACEX.CL

Introducción

En el transcurso de esta unidad, y particularmente de esta semana, realizaremos un breve recorrido por los hitos históricos que dan nacimiento y marcan el desarrollo del sistema de salud en Chile, el que contempla al sector público y privados, sectores que hasta el día de hoy intentan superar las dificultades que involucra este ámbito mixto.

Entre las principales reformas incorporadas al sistema de salud a partir de la Constitución de 1980, y que a su vez implicaron el cambio de la estructura y funcionamiento del mismo, se encuentran: a) La creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA); b) La creación de las **Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)**; c) La eliminación y descentralización del SNS, convirtiéndolo en un Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) a través de servicios de salud autónomos y con patrimonio propio distribuidos a lo largo del territorio nacional, y d) La municipalización de gran parte de la atención primaria de salud, manteniendo los Servicios de Salud un rol articulador de la política sanitaria.

Ideas fuerza

Sistema de salud chileno: Recorrido histórico y situación actual.

Constitución de 1980 y sus implicancias en el ámbito de la salud: Decreto Ley 3623 y Ley 18469.

Actores participantes del sistema de salud privada: Cotizantes, aseguradores, prestadores y fiscalizadores.

1. CONTEXTO HISTÓRICO DE LA SALUD PÚBLICA Y PRIVADA EN CHILE

1.1. Contexto general de la Salud Pública

La definición más conocida (y consensuada) de salud pública, señala que ésta es… “una rama de la medicina cuyo interés fundamental es la preocupación por los fenómenos de salud en una perspectiva colectiva”, vale decir, de aquellas situaciones que, por diferentes circunstancias, pueden adoptar patrones masivos en su desarrollo.

En 1920, Winslow señaló que "la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud". La salud pública así considerada se constituye a partir del reconocimiento de la existencia de procesos y problemas colectivos de enfermedad. Esto implicaba que organizaciones, grupos o instituciones debían hacerse cargo de los mismos, pues éstos no podían ser resueltos en el nivel de los individuos. La salud pública requiere para su adecuado desarrollo de la colaboración activa de un conjunto de disciplinas, sin las cuales, la explicación e intervención sobre los problemas de salud sería materialmente imposible, además de incompleta. Desde sus inicios como materia de estudio y durante el transcurso de este siglo, la salud pública se ha visto como una ciencia social a la que concurren un conjunto de disciplinas. Es el aporte conjunto de éstas el que finalmente determina un nivel de comprensión más integral de los procesos de Salud enfermedad. Como eje central de estos aportes se encuentran las disciplinas médico biológicas y particularmente la epidemiología, que tiene un rol central para la comprensión de una gran parte de los fenómenos de Salud. Entre éstas disciplinas pueden señalarse algunas ligadas directamente al ámbito biomédico, a las que se han sumado necesariamente otras provenientes de otras áreas del conocimiento, particularmente las del campo de las ciencias sociales, postergadas inexplicablemente por largo tiempo. Un obstáculo importante para lograr la integración de estas diferentes disciplinas ha sido la tendencia a identificar cada nivel de análisis con alguna de estas disciplinas. Por ejemplo,

existe la confusión de que las ciencias básicas son sólo aplicables a los niveles individuales y subindividual, mientras que el poblacional es patrimonio absoluto de las ciencias sociales. Todas las poblaciones humanas se organizan en sociedades, de ahí que las Ciencias Sociales sean indispensables para una cabal comprensión de la salud de las poblaciones, es decir, de la salud pública. En este ámbito, las Ciencias Sociales han ejercido notable influencia en el estudio de algunos determinantes psicosociales de salud que comenzaron siendo explorados en forma muy reduccionista en el ambiente epidemiológico. A modo de ejemplo, en estos últimos años la contribución de estas disciplinas en el estudio de determinantes socioeconómicos y desigualdades en salud han abierto un mundo nuevo en la comprensión de interacciones entre factores biológicos y sociales. Sin embargo, también existe una dimensión biológica de las poblaciones humanas, expresada en sus características genéticas, la inmunidad grupal y la interacción de la población humana con otras poblaciones, como por ejemplo la interacción microbiológica (dimensión que da origen a la seroepidemiología, bioepidemiología y a la epidemiología genética).

1.1.1. Objetivos principales de la salud pública

- Prevención de epidemias y de propagación de enfermedades.
- Protección contra los daños ambientales.
- Prevención de daños.
- Promoción y fomento de conductas saludables.
- Respuesta a los desastres.
- Garantía de calidad y accesibilidad a los servicios.

Características Principales:

- La salud Pública es una disciplina médica que integra conocimiento de variadas ramas de la medicina y otras disciplinas.
- Su foco de análisis es tanto el individuo como las poblaciones (comunidades).
- El control de la enfermedad y su prevención son piedras angulares en el trabajo en Salud Pública.

1.2. Hitos históricos del sistema de salud en Chile

La Salud es un componente esencial del bienestar individual y social de las personas. La conciencia de la importancia que tiene este factor en tanto indicador de desarrollo de los países ha llevado a suscribirlo a nivel internacional como un Derecho Humano, y a nivel de la legislación chilena, como un derecho fundamental plasmado en la Constitución Política de Chile, particularmente a través de la garantía que asume el Estado de disponer una atención en salud “libre” e “igualitaria” para toda la población. Sin embargo, la protección de la salud en Chile no se condice necesariamente con la exclusividad de un dispositivo público orientado a proveerla. El sistema de salud chileno es un sistema dual, en donde actúan separadamente dos sectores encargados de administrar y entregar las actividades sanitarias del país: el sector público y el sector privado.

Los indicios del sistema de salud en Chile se pueden encontrar desde tiempos de la Colonia (mediados del siglo XVI). A partir de entonces, se ha expandido y consolidado paulatinamente, hasta llegar a configurar una compleja estructura actual, constituida por múltiples instituciones del ámbito estatal, público y privado, que en su conjunto alcanzan una alta cobertura nacional en el ámbito financiero, previsional y asistencial. En este desarrollo, se puede identificar cinco períodos principales:

1.2.1. Período de servicios locales de salud (1552 a 1917)

La creación y crecimiento de ciudades y poblados a través del país, se acompañó del desarrollo de hospitales y otros servicios de la medicina que inicialmente estaban bajo responsabilidad local, especialmente con instituciones de tipo filantrópico, caritativo o de beneficencia. Como hitos del período, destaca la creación del Reglamento Orgánico de la Junta de Beneficencia (1886), que ordena las organizaciones y hospitales locales; la Junta Nacional de Salubridad (1887) para asesorar al gobierno en materias de salubridad y organización nacional del sistema; y el Consejo de Higiene Pública (1892) que asume funciones de gestión nacional del incipiente sistema.

1.2.2. Período de maduración social y del sistema de salud (1917 a 1952)

En la primera mitad del siglo XX, se logró estructurar e integrar más formalmente las entidades de asistencia, protección y seguridad sanitaria de la población. En este período surge una serie de leyes de protección social y laboral, con diversos beneficios sociales a la población y que incluyen aspectos de salud; ello fue favorecido por la formación del Estado de Bienestar y la influencia de las organizaciones de trabajadores. La orientación del progreso social proviene de los avances logrados en Europa, tanto en la protección y seguridad social como en la organización nacional de servicios de salud. Entre los hitos del período destaca que en 1917 se realizó un congreso nacional de todas las sociedades de beneficencia e instituciones previsionales y sectoriales, que dieron mayor organización y estructuración al sistema previsional y asistencial de salud. En 1924 se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y se estableció el Seguro Obrero Obligatorio (ley 4.054); esta última fue destinada a cubrir los riesgos de enfermedad invalidez, vejez y muerte. Posteriormente surgieron varias leyes relacionadas con salud y trabajo. En 1938 se dictó la Ley de Medicina Preventiva. En 1942 se creó el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que cubría al sector de empleados públicos y particulares.

1.2.3. Período del Servicio Nacional de Salud (1952 a 1973)

El Servicio Nacional de Salud (SNS) fue creado en 1952 (basado en el modelo británico) y utilizó la integración de los diversos organismos públicos que prestaban servicios de salud. Durante su existencia, llegó a ser la principal institución nacional de salud, con 120 mil funcionarios distribuidos en una red que alcanzó una importante cobertura geográfica y de población. Su planificación y gestión eran esencialmente centralizadas. Con bastante menor cobertura, existían otras entidades previsionales y asistenciales dependientes de universidades, algunas empresas públicas, fuerzas armadas y policiales. Este período termina abruptamente en 1973 luego de una crisis política y económica global en la cual el Estado estaba excedido en su capacidad de respuesta a las demandas sociales de la población, a los cambios radicales realizados en propiedad y producción, y a la diversidad de intereses contrapuestos y conflictos secundarios en la población.

1.2.4. Período de reformas neoliberales (1973 a 1990)

La reforma radical del sistema de salud que se llevó a cabo en este período fue coherente con la reforma política y económica global adoptada bajo el régimen militar. Sus principios y el modelo adoptado se basan en la línea de postulados neoliberales internacionales promovidos por la Universidad de Chicago (donde se educaron los economistas gubernamentales más influyentes del período) y el Banco Mundial. La reforma cambió y redujo drásticamente el rol y la importancia del Estado, que se enfoca en un rol subsidiario. Al igual que en otros sectores, ello llevó a una reducción de financiamiento y personal del sistema público de salud, descentralización con atención primaria delegada a la administración municipal y una privatización directa o indirecta de arte de sus funciones. El hito principal ocurrió en 1979, cuando en virtud del Decreto Ley 2.763/1979 se reorganizó al Ministerio de Salud y sus instituciones relacionadas y se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). La creación del régimen de prestaciones de salud mediante la denominada ley de salud, (ley 15.469, año 1985), fijó las características del modelo de financiamiento, previsión y atención de salud vigentes, destacando la libertad de optar por alternativas públicas o privadas en la previsión y atención de salud y contribución proporcional al ingreso en el sistema público. Entre 1981 y 1986 se adoptaron iniciativas legales para la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y se concretó el traspaso de la administración de la mayoría de establecimientos de nivel primario a las municipalidades. El modelo estructurado bajo esta base normativa ha recibido reformas específicas posteriores; sin embargo aún mantiene una vigencia y organización global que es bastante similar a su concepción y estructura original, para todo el sistema previsional y asistencial (en cuanto a organización, aseguramiento, financiamiento y provisión de servicios).

1.2.5. Período de gobiernos de la Concertación (1990 a 2010)

Desde 1990, los gobiernos consecutivos de una Concertación de centro izquierda (opositora al régimen militar) se concentraron en recuperar paulatinamente la protección social en salud, recuperar parcialmente la crisis financiera, de otros recursos y de gestión del SNSS. En ese período, se logró realizar inversiones y establecer o fortalecer programas basados en los derechos y necesidades principales de la población, con énfasis en los más desfavorecidos, vulnerables y necesitados en materias relativas a salud, como la parte de

salud de Chile crece Contigo y la ley de Garantías Explícitas en Salud. Desde 1990 se han realizado una serie de reformas específicas en el sistema de salud.

Desde marzo de 2010, el manejo sectorial de salud ha estado bajo la responsabilidad de un gobierno de coalición de centroderecha. El sistema de salud ha sido administrado bajo las mismas condiciones originales de estructura y funcionamiento establecidas en la década de 1980, con énfasis del rol subsidiario del Estado y en la privatización directa o indirecta, lo que incluye los convenios de inversión y la gestión de centros asistenciales más complejos. El marco normativo y político imperante desde la década de 1980 no permite que se produzcan cambios o reformas sustanciales que le permitan mejorar financiamiento, distribución del recurso, fortalecer el desempeño, o adaptarse de modo más dinámico a responder en forma adecuada a las nuevas y diversas necesidades de salud de la población (desde 1980, se ha producido un gran cambio demográfico y epidemiológico en la población).

1.3. Constitución de 1980 y el comienzo de las Isapres

Como ya hemos visto en los párrafos anteriores, el sistema de salud chileno ha pasado por una serie de transformaciones, varias de ellas estructurales, que han marcado su evolución hacia la situación actual. En el año 1844, con la creación de la Junta Nacional de Beneficencia, se comienzan a estructurar las primeras organizaciones sanitarias. Más adelante, y en el ámbito del financiamiento y aseguramiento, en el año 1924 se promulga la Ley del Seguro Obrero Obligatorio, que instala el sistema de financiamiento de tipo contributivo (bismarckiano). En el año 1942 se crea el Servicio Médico Nacional de Empleados-SERMENA (cobertura a funcionarios públicos), y en el año 1952 se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS).

Un cambio fundamental en la historia de la Salud Pública en Chile, y de la conformación del sistema de salud actual en el país, es el que se originó, en el año 1980, a partir de una nueva Constitución de la República de Chile que reconoce, entre otros aspectos, la existencia de un sector privado en salud y de la libertad de elección entre éste y el sector público, además de señalar que el Estado es el encargado de supervigilar el adecuado ejercicio del derecho a la seguridad social.

Las reformas iniciadas a comienzos de los años ochenta cambiaron la estructura y funcionamiento del sistema, siendo las principales:

a. La creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA);
b. La creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE);
c. La eliminación y descentralización del SNS, convirtiéndolo en un Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) a través de servicios de salud autónomos y con patrimonio propio distribuidos a lo largo del territorio nacional, y
d. La municipalización de gran parte de la atención primaria de salud, manteniendo los Servicios de Salud un rol articulador de la política sanitaria.

Otras importantes transformaciones de la época, en el contexto de la seguridad social, fueron la eliminación del aporte del empleador (con excepción del 0,9 por ciento a 3,5 por ciento para accidentes laborales y enfermedades profesionales), el aumento del aporte a salud del trabajador (desde un cuatro por ciento hasta llegar al siete por ciento actual), su afiliación de carácter individual al sistema ISAPRE y el establecimiento de incentivos estatales para aumentar la incorporación de usuarios al sistema privado (subsidios de descanso maternales a cargo del Estado y subsidio del dos por ciento del sueldo de los trabajadores de menores ingresos que se adscribieran a planes colectivos de las ISAPREs). Además, en estos años el SNSS sufrió una fuerte reducción de aportes de parte del Estado (de dos por ciento del PIB a 0,8 por ciento PIB), especialmente en lo hospitalario.

Ya hacia los años noventa, se dictaron diferentes leyes para mejorar el sistema de salud y se crea una institución de regulación y supervisión del mercado de seguros y proveedores de salud, la Superintendencia de ISAPRE, en el año 1990, que más adelante, en el año 2005, se transformaría en la Superintendencia de Salud; se termina con el subsidio del dos por ciento (1999) y se realiza un importante esfuerzo por mejorar el Sistema Público de Salud, recuperando el sector con inversiones en mayor dotación de personal, mejora de sus sueldos y una fuerte inversión en infraestructura y equipamiento.

Desde el año 2003 en adelante se introducen nuevos cambios al sistema, teniéndose como ejes el reconocimiento del derecho a la salud, la equidad, la solidaridad, la eficiencia y la participación social. Es así que se fijan objetivos sanitarios para el país, se establece un modelo de atención centrado en Atención Primaria y trabajo en redes asistenciales y un sistema de priorización exigible (Garantías Explícitas en Salud, GES), asegurando cobertura sanitaria y financiera, tiempos máximos de atención y calidad de atención a partir del año 2005.

Sin embargo, a pesar de su evolución y de la marcada tendencia hacia la búsqueda de la cobertura de los riesgos relacionados con la enfermedad y los costos asociados a su tratamiento, 33 años después de la reforma que separó la seguridad social en salud en una pública y una privada, y nueve años después de la reforma de 2005, nuestro sistema sigue siendo dual y segmentado, y con dos tipos de regímenes: contratos individuales en el aseguramiento privado y contribución social y solidaria en el aseguramiento público. Separados como consecuencia de una fuerte selección de riesgos e ingresos de parte de las ISAPREs y dejando a FONASA como seguro de última instancia.

A continuación se muestra un cuadro que resume los diversos sistemas de aseguramiento en salud vigentes en Chile.

Tabla 1

Sistema	Administración	Financiamiento	Prestadores	Tipo	Características Generales
SNSS-FONASA	Estatal	Actores Sociales (individuos) Estado	Estado Privado con fines de lucro	**Sistema Estatista de Seguro Social (Bismark)**	Solidario Cobertura 77% población
ISAPRE	Privada Con fines de lucro Abiertas y cerradas , por ejemplo Codelco	Actores Sociales (Individuos)	Privado Con fines de lucro	**Seguros Privados de Salud**	No solidario Cobertura 17% población
Fuerzas Armadas	Estatal	Actores Sociales Estatal	Estatal	**Seguro Social de**	Solidario Cobertura 3%
Organismos Administradores de la Ley de Accidentes laborales y Enf. Profesional	mutuales Privada Sin fines de lucro	Actores Sociales (empleadores)	Privado Sin fines de lucro	**Seguros Privados sin fines de lucro**	Solidario dentro de cada mutual. No existe mecanismos de redistribución inter-mutual , ni con el ISL . Cobertura 70 % trabajadores asalariados.
	ISL (EX -INP) Estatal	Actores Sociales (empleadores)	Privados y públicos	**Seguro publico**	ISL tiene algunos programas a los desprotegidos , esto lo realiza en conjunto con MINSAL
	Administración delegada , ejemplo Codelco	Actores Sociales (empleadores)	Privados y públicos	**Seguros Privados sin fines de lucro**	

Fuente: Clasificación de Bohm et. al (2012)

1.4. Las Isapres: Concepto y características

Antes de conceptualizar a las Isapres, debe prevenirse que no existe en ningún texto legal que las regule algún concepto de ellas, por lo que la definición que se entrega a continuación se confeccionó atendiendo a los requisitos y elementos que contemplan los artículos 171 y siguientes del Libro III del D.F.L. Nº 1. Así las cosas, las Isapres: "son personas jurídicas de derecho público o privado, con o sin fines de lucro, y que tiene por objetivo exclusivo el financiamiento de prestaciones y beneficios de salud, con cargo al aporte de la cotización legal para salud o una superior convenida, así como las actividades que sean afines o complementarias de ese fin, las que en ningún caso pueden implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores, y que para su nacimiento requieren registrarse en la Superintendencia de Salud, ente que las fiscaliza".

En mérito del concepto entregado, se pueden mencionar como características de las Isapres, las siguientes:

- Son personas jurídicas, lo cual "está claramente establecido en el artículo 171 inciso 2º (que prescribe que) 'las instituciones deberán constituirse como personas jurídicas'…"

- Son personas jurídicas con o sin fines de lucro. No estando claramente determinado este aspecto en la ley, es posible que se configuren como sociedades, corporaciones, fundaciones, etc., y según el objetivo perseguido tendrán o no fines de lucro.

En la práctica, se han constituido Isapres de dos tipos: Abiertas y Cerradas. Las primeras 'reciben como afiliados a cualquier persona, independiente de su calidad laboral y de su empleador. Es decir, financian las prestaciones a todo tipo de público y tienen un carácter lucrativo, siendo la mayoría de las que existen en el mercado. Estas funcionan como compañías de seguros donde el seguro ofrecido es función del monto de la contribución y el riesgo individual del asegurado'. Las segundas, 'se han organizado por y para grupos cerrados de trabajadores. Puede decirse que son las continuadoras de los servicios médicos de empresa. Se les llama cerradas porque sólo pueden ingresar a ellas el personal de la empresa que las organiza, (y) tienden a pactar contratos con grupos definidos de personas, en general sindicatos y trabajadores de una misma empresa, lo que implica que el riesgo

médico implícito en el plan ofrecido es colectivo en función del riesgo del grupo que se inscribe'.

Conclusión

Durante la presente semana, hemos tratado una breve síntesis del desarrollo del sistema de salud en Chile.

Comenzamos con un contexto general de la salud pública, para dar paso a los principales hitos históricos de salud en nuestro país, comenzando por el período de servicios locales (1552), hasta la modificación estructural que estableció la Constitución de la República de 1980, carta que sentó las bases para la llegada del ámbito privado al sistema de salud, y las actuales propuestas de reforma a este nuevo escenario.

Durante la próxima semana, se presentarán los principales actores que intervienen este sistema privado, sus características y funcionamiento.

Bibliografía

Industria de la salud privada en Chile (2013). Extraído en marzo del 2016, de la Worl Wide Web: http://icrchile.cl/icr/PDF/Informe_Industria_de_la_Salud_Privada_en_Chile_Agosto2013.pdf

Mercado de la Salud Privada en Chile (2012). Extraído en marzo del 2016, de la Worl Wide Web: http://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2012/11/INFORME-PUCV-MERCADO-SALUD.pdf

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

SISTEMA DE SALUD PRIVADA

UNIDAD Nº I
Hitos históricos del sistema de salud en Chile. Actores, características y funcionamiento

WWW.IPLACEX.CL

Introducción

Durante la semana anterior, se presentaron los principales hitos históricos que marcaron el inicio y desarrollo del sistema de salud en Chile, dentro de ellos, el quiebre que marca la Constitución Política de la República del año 1980 al instaurar un sistema mixto de financiamiento, en donde el sector privado marca las bases del actual sistema de salud en nuestro país.

Corresponde a esta semana identificar y caracterizar a los principales actores que integran el actual Sistema de Salud Privada en Chile, y su rol y funcionamiento al interior de éste. Específicamente de mencionará la participación en la estructura de los siguientes actores e instituciones: Cotizantes, Aseguradores, Prestadores y Fiscalizadores.

Respecto al rol regulador y fiscalizador, se presentará, en la parte final de la semana, la estructura de la autoridad sanitaria en Chile.

Ideas fuerza

Actores del sistema de salud privada: aseguradores, prestadores y oferentes.

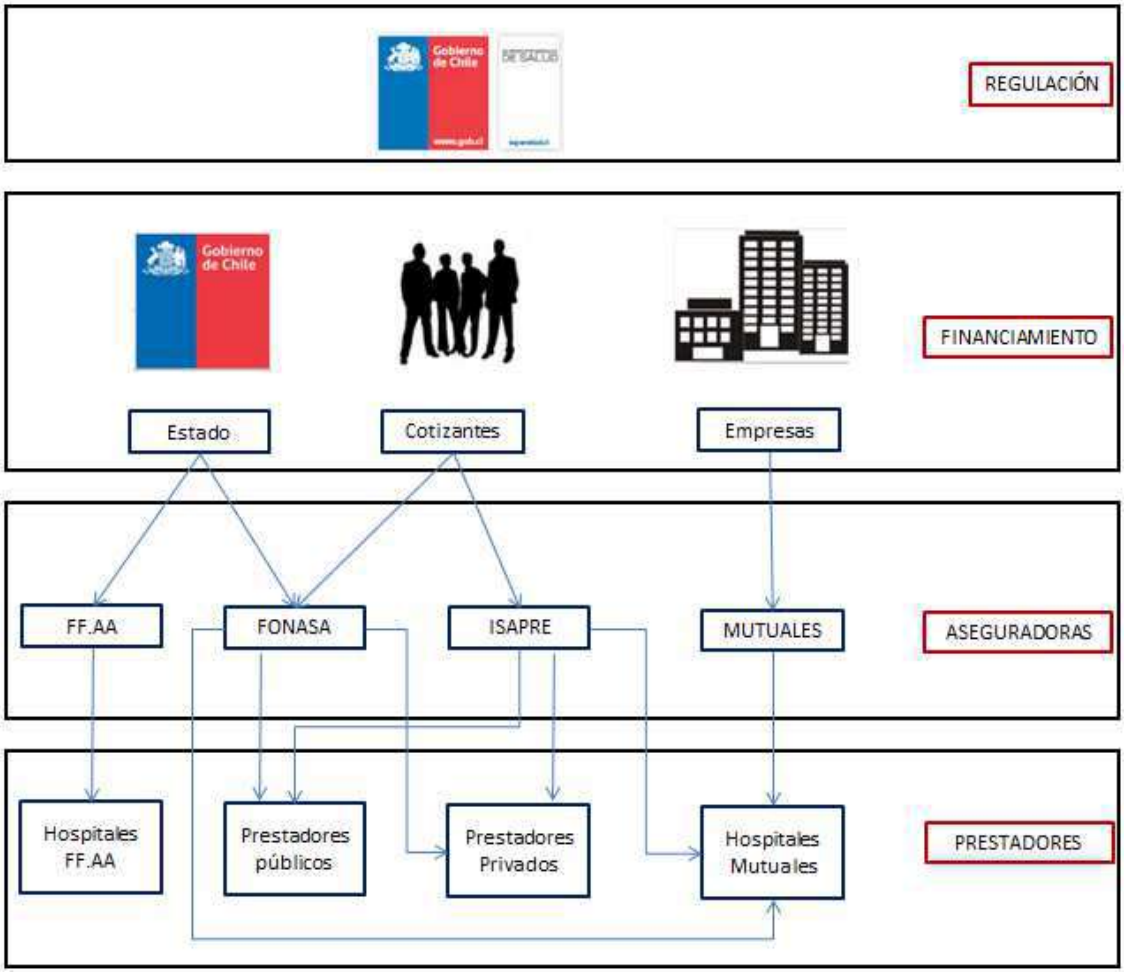
En la estructura de propiedad de las Isapre y prestadores principales que operan en el mercado de la Salud privada en nuestro país, y según los registros de la Superintendencia de Salud, actualmente operan 13.

Chile tiene una autoridad sanitaria dispersa en diferentes organismos de institucionalidad fragmentada.

2. ACTORES Y ENTIDADES QUE CONFORMAN EL SISTEMA DE SALUD PRIVADO

Como ya vimos en la semana anterior, el sistema de salud en Chile opera a través de un sistema mixto a nivel de financiamiento, aseguramiento y atenciones de salud. Interactúan diversos actores en este proceso: Cotizantes, Aseguradores, Prestadores y Fiscalizadores, tal como se expone en el siguiente esquema:

Figura 1



(**Fuente**: Informe de Salud Privada en Chile, 2013)

2.1. Estructura de la propiedad de las Isapre

En el llamado mercado de la salud privada interactúan diversos agentes, los cuales difieren en objetivos y finalidades, por lo cual en este mercado es posible distinguir a su vez otros mercados en su interior (sub---mercados). Tal es el caso del mercado de los **aseguradores** de la Salud, de los **prestadores** de ella, y finalmente otros tales como los **laboratorios clínicos**.

En relación al mercado de los seguros, los **oferentes** que interactúan y compiten son las llamadas Instituciones de Salud Previsional (Isapre).

La confusión entre Isapre y prestadores, especialmente desde la perspectiva de los afiliados y beneficiarios, se hacen explícitas cuando por medio del concepto de *"Redes de Salud"* se integran Isapre y prestadores, que pertenecen a los mismos controladores.

En cuanto a la legalidad de la participación de un mismo grupo controlador en el mercado asegurador (Isapre) y prestador (clínicas) en relación al Art. 173 del Decreto con Fuerza de Ley (DFL) Nº 1 de 2006, caben dos posiciones:

a) Estimar que no se incurre en infracción alguna a la norma, en la medida que unos y otros (Isapre y clínicas) son personas jurídicas distintas, por lo que la Isapre no vulnera la norma si es otra persona jurídica, aun de los mismos dueños, la que realiza la prestación a través de clínicas. Más aun y como se desprende de opiniones vertidas en la discusión parlamentaria de esta norma, la integración vertical no es cuestionable a priori si en definitiva existe competencia horizontal (entre prestadores) y se respeta la Ley Antimonopolios.

b) Considerar la norma en un sentido prohibitivo, "en ningún caso", y los actos que prohíbe la ley son nulos y de ningún valor, salvo en cuanto de designe expresamente otro efecto de la nulidad para el caso concreto (Art. 10 del Código Civil). Esta norma, se complementa con lo dispuesto en el artículo 11 del Código Civil que dispone, "*cuando la ley declara nulo algún acto, con el fin expreso o tácito de precaver un fraude, o de proveer a algún objeto de conveniencia pública o privada, no se dejará de aplicar la ley, aunque se pruebe que el acto que ella anula no ha sido fraudulento o contrario al fin de la ley*". Conforme a esta norma las leyes pueden tener fines expresos o tácitos, y en esta segunda visión más restrictiva, al prohibirse por la ley que las Isapre participen en la administración de prestadores (como lo

son las clínicas) es posible entender que se lo que se pretende es evitar la confusión de roles (administrador de cotizaciones y prestadores) que afecten a los afiliados, particularmente en cuanto se puede visualizar —sin integración vertical— un mercado de prestadores que compitan por precio y calidad para captar afiliados de cualquier Isapre, y en la medida que se tiende a la integración vertical esta libertad de elección disminuye, sin perjuicio que se pueda justificar en una reducción de precios atendido los convenios y las economías de escala, lo que es un análisis que debe considerarse económicamente.

Por otra parte, a la administración de prestadores (clínicas por ejemplo) le está prohibida a las Isapre, y por tanto si así lo hicieren nos encontraríamos con un acto nulo (artículo 10 del Código Civil); en sentido expreso no existe Isapres que administren directamente clínicas, pero sí es indudable que existe una relación de propiedad al pertenecer varias Isapre y prestadores a un mismo grupo económico controlador. *¿Se vulnera la prohibición del artículo 10 del Código Civil?* En sentido expreso y literal no, ya que no es la Isapre la que participa en la administración directamente, pero sí representantes directa o indirectamente de los mismos controladores.

Cabe considerar que el artículo 11 del Código Civil dispone que un acto no deja de ser nulo, por fraude a la ley, cuando se vulnera el fin expreso o tácito la ley.

Por otra parte, en la estructura de propiedad de las Isapre y prestadores principales que operan en el mercado de la Salud privada en nuestro país, y según los registros de la Superintendencia de Salud, actualmente operan 13 Isapre: Banmédica, Cruz Blanca, Consalud, Colmena Golden Cross, FerroSalud, Masvida, Vida Tres, Fundación Fusat, Chuquicamata, Río Blanco, San Lorenzo y Cruz del Norte. La participación porcentual en el mercado a marzo de 2012 es la siguiente:

Tabla 1

ISAPRES ABIERTAS	Cotizantes	% de afiliados del sistema privado
Colmena Golden Cross	248.038	16,07%
Cruz Blanca S.A.	305.241	19,77%
Vida Tres	71.990	4,66%
Ferrosalud	12.541	0,81%
Masvida S.A.	206.974	13,41%
Isapre Banmédica	318.364	20,62%
Consalud S.A.	335.477	21,73%
Total isapres abiertas	1.498.625	97,09%
ISAPRES CERRADAS		
San Lorenzo	1.313	0,09%
Fusat Ltda.	12.979	0,84%
Chuquicamata	12.465	0,81%
Río Blanco	2.163	0,14%
Isapre Fundación	14.876	0,96%
Cruz del Norte	1.171	0,08%
Total isapres cerradas	44.967	2,91%
Total sistema	1.543.592	
Estadísticas básicas sistema a marzo 2012 Superintendencia Salud		

(**Fuente**: Superintendencia de Salud, 2012)

Dependiendo de la libertad para acceder o ingresar a ellas, podemos clasificar a estas Instituciones en abiertas o cerradas. Son abiertas aquellas en las cuales cualquier trabajador podría afiliarse, mientras que en las cerradas su acceso es restringido, ya sea por limitarse a asegurar a trabajadores de un sector determinado o pertenecientes a una empresa en particular como por ejemplo Isapre Chuquicamata Ltda., cuyos servicios van dirigidos a trabajadores y colaboradores de la división Codelco Norte.

Las Isapre cerradas son sociedades privadas que tuvieron su origen en empresa que, previo a la creación del sistema, poseían ya convenios de Salud con sus trabajadores y destinaban recursos para su financiamiento. Cuando se estableció que la cotización para la Salud podía ser destinada a administradoras privadas; estas empresas constituyeron las denominadas Isapre cerradas a modo de aprovechar la cotización de sus empleados para financiar los beneficios otorgados de Salud. De esta manera, estas entidades se caracterizan por la entrada limitada a las personas que trabajan en la empresa y por un volumen significativo de cotizaciones adicionales que son financiadas por las empresas.

Actividad 1

Reflexione en torno a la siguiente interrogante:

¿Cuál es la principal diferencia entre el sistema de salud pública y salud privada?

2.1.1. Oferentes privados del seguro de salud (denominadas Isapre abiertas)

Esquemática de agentes del mercado de la salud privada:

Tabla 2

Grupo	Isapre	Centros Hospitalarios	Centro Ambulatorios	Hospitalización Domiciliaria
Banmédica	Banmédica	Santa María	Vidaintegra	Home Medical Clinic
	Vida Tres	Dávila		
		Vespucio		
Cruz Blanca Salud	Cruz Blanca	Clínica Reñaca	Integramédica	Clinical Service
		Antofagasta Clínica San José de Arica		
Red Salud CChc	Consalud	Tabancura	Megasalud	
		Bicentenario		
		Avansalud		
Colmena	Colmena Golden Cross	Centro Médico Dial		Dial Médica Hospitalización Domiciliaria
Ferrosalud	Ferrosalud	Clínica Central	Centros Médicos Plusmédica	
Masvida	Masvida	Clínica Las Lilas		
		Clínica Universitaria Concepción		

(**Fuente**: elaboración propia)

2.2. Estructura de la autoridad sanitaria en Chile

La reforma de salud llevada a cabo por la dictadura en 1979 pretendió descentralizar el Servicio Nacional de Salud (SNS) con la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), pero puso la dirección de este sistema de provisión de servicios sanitarios en el nivel central del Ministerio de Salud, que hasta ese momento era el ente rector por definición. Por lo tanto, todo el tema de la gestión de la red asistencial estaba instalado como una tarea relevante que consumía la mayor parte de las energías de la institución. La función reguladora y el interés por la salud pública quedaron entonces desplazados de la prioridad.

La ley de Autoridad Sanitaria y Gestión de la reforma de salud del 2004 (Ley 19.937) reorganiza el Ministerio de Salud, creando la Subsecretaría de Redes Asistenciales y la Subsecretaría de Salud Pública, de manera de que las funciones de provisión de servicios y de rectoría se separan. El propósito de esta separación de funciones fue fortalecer el rol rector y regulador de la autoridad sanitaria, crear nuevas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.

Este rediseño orgánico buscaba, en su proyecto inicial, el fortalecimiento de la salud pública a través de una mejor definición de su estructura y funciones, del ejercicio de las funciones esenciales de la salud pública y de la formulación y ejecución de un Plan de Salud Pública, y para ello contemplaba un financiamiento independiente a la cobertura de la atención médica. Sin embargo, la creación de una Subsecretaría de Redes Asistenciales implicó mantener dentro del Ministerio de Salud un énfasis en la prestación de servicios, que era justamente lo que se pretendía corregir con el cambio estructural.

Por otra parte, ámbitos específicos de la función rectora están contenidos en diferentes organismos dependientes del Ministerio de Salud pero autónomos en su gestión. Así, el Instituto de Salud Pública (ISP) realiza entre otras labores la evaluación de la calidad de los laboratorios, la vigilancia de algunas enfermedades, y el control de los medicamentos y dispositivos médicos. La Superintendencia de Salud vigila el funcionamiento de los seguros de salud (FONASA e ISAPRE) y fiscaliza a los prestadores públicos y privados. FONASA, por su parte, tiene la función de recaudar las cotizaciones de salud y los administrar recursos destinados a prestaciones.

Entonces, Chile tiene una autoridad sanitaria dispersa en diferentes organismos de institucionalidad fragmentada, que muchas veces generan un problema de gobierno y obstaculiza el alcance de las metas sanitarias del Ministerio de Salud.

Además de los organismos autónomos, la función rectora está disgregada en el propio Ministerio de Salud entre ambas subsecretarías. Si bien se especifica que la Subsecretaría de Salud Pública tiene por misión asegurar a todas las personas el derecho a protección en salud ejerciendo las funciones reguladoras, normativas y fiscalizadoras que al Estado le competen, con el fin de avanzar en el cumplimiento de los objetivos sanitarios que el país se ha dado para la década, para la Subsecretaría de Redes Asistenciales también se establece como función regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas para su coordinación y articulación. Entonces, existe una superposición de funciones y límites poco claros entre ambas subsecretarías, lo que trae dificultades tanto en la interlocución entre ambas autoridades como en la coordinación con la red. Por ejemplo, el Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente (perteneciente a Redes Asistenciales) estableció requerimientos de bioseguridad para los laboratorios de tuberculosis que eran contradictorios con la Norma Técnica de este Programa (que pertenece a Salud Pública).

En la actualidad, los objetivos estratégicos de la Subsecretaría de Salud Pública quedan restringidos a desarrollar políticas públicas de promoción y prevención de la salud; proteger a la población frente a riesgos sanitarios, emergencias y catástrofes; fortalecer el funcionamiento de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN); optimizar la implementación del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES); y fortalecer políticas de salud orientadas a la reducción de inequidades mediante programas focalizados en adultos mayores, mujeres y niños en situación de riesgo.

A nivel regional, la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión de 2004 establece la separación de las funciones de provisión de servicios de salud y de rectoría entre los Servicios de Salud y las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de salud respectivamente. El proyecto inicial contemplaba incluso la potestad de las SEREMI de intervenir la gestión financiera y sanitaria en aquellos casos considerados insatisfactorios, lo cual finalmente no se concretó.

La SEREMI se definió como una autoridad territorial y funcionalmente desconcentrada, con presencia en todas las regiones del país, y que utilizará normas y estándares definidos por la autoridad central. Sin embargo, existieron problemas en la conducción e implementación del

proceso de reforma, con limitaciones en los recursos humanos, físicos y financieros, así como dificultades para percibir el nuevo rol de estas instituciones de parte de sus propios funcionarios, las que persisten hasta hoy.

Por otra parte, no existen instrumentos formales de articulación ni delimitación de responsabilidades mutuas entre la autoridad sanitaria regional y los servicios de salud, lo que implica desarticulación entre las funciones de salud pública y la planificación de la prestación de servicios. De hecho, el diseño institucional ni siquiera contempla instrumentos para la adecuación de las GES y las metas sanitarias regionales.

Las SEREMI tampoco disponen de instrumentos que les permitan hacer efectivas sus orientaciones, ya que la única forma que los Servicios de Salud adhieran a las políticas de salud pública es mediante incentivos asociados a metas en la red asistencial, por lo que el eje continúa puesto en las acciones de asistencia individual en desmedro de las acciones colectivas de salud.

Lo anteriormente descrito implica además que existen dos canales de diálogo con la Atención Primaria de Salud (APS) municipal: uno desde redes asistenciales, y otro desde la autoridad sanitaria regional, lo que produce confusión en los niveles locales y competencia en la toma de decisiones entre ambas instituciones.

Finamente, el Plan de Salud Pública que se pretendía desarrollar con la reforma no se ha concretado, a pesar de la creación de Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010 y 2011-2020, ya que los planes regionales no contemplan ni el presupuesto ni la potestad de la SEREMI para gestionar el cumplimiento de las metas, cuyas estrategias se desarrollan básicamente en la red asistencial.

Conclusión

Durante la presente semana, se han identificado los principales actores que participan en la estructura del actual sistema privado de salud. Dentro de ellos mencionamos la presencia y características de: Cotizantes, Aseguradores, Prestadores y Fiscalizadores.

En mayor profundidad, se abordó el papel de las Isapre, un breve panorama de su ámbito legal, el que se profundizará en la siguiente unidad, y la participación de las 13 entidades vigentes en la actualidad.

Respecto al ámbito fiscalizador y regulador se pudo apreciar que Chile tiene una autoridad sanitaria dispersa en diferentes organismos de institucionalidad fragmentada, que muchas veces generan un problema de gobierno y obstaculiza el alcance de las metas sanitarias del Ministerio de Salud.

Durante la próxima Unidad, se presentará el Marco Legal que rige el funcionamiento de los actores mencionados durante esta semana.

Bibliografía

Industria de la salud privada en Chile (2013). Extraído en marzo del 2016, de la Worl Wide Web: http://icrchile.cl/icr/PDF/Informe_Industria_de_la_Salud_Privada_en_Chile_Agosto2013.pdf

Mercado de la Salud Privada en Chile (2012). Extraído en marzo del 2016, de la Worl Wide Web: http://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2012/11/INFORME-PUCV-MERCADO-SALUD.pdf

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

SISTEMA DE SALUD PRIVADA

UNIDAD Nº II
Marco legal del sistema de salud privado en Chile

WWW.IPLACEX.CL

Introducción

El Decreto con Fuerza de Ley Nº 3 dictado el 27 de abril de 1981, creó el sistema privado de salud dando con ello origen a las Instituciones de Salud Previsional ISAPRES. El fundamento de lo anterior, fue el permitir el ingreso del sector privado a la gestión y prestación de servicios de salud, para mejorar la eficiencia y eficacia en el sistema, asegurando un mayor acceso y una debida protección al derecho a la salud.

Así, durante esta semana, en primer lugar, se entregará un breve contexto histórico que da cuenta de los principales hitos relativos al ámbito de la salud en Chile, y particularmente al del sector privado que lo rige. En su parte final, se expondrán las leyes y decretos que emanan de las transformaciones ocurridas a partir de 1980, en torno a lo establecido en la Constitución de la República de nuestro país.

La próxima semana, seguirá revisando las disposiciones legales que rigen el actual sistema de salud, y particularmente, las iniciativas de reforma a este sistema.

Ideas fuerza

Sistema de salud privado en Chile: Marco Legal.

La regulación legal del sistema de salud en Chile, pasó 5 décadas sin sufrir grandes modificaciones.

Para que el sistema privado de salud y las Isapres nacieran a la vida del derecho en Chile, debieron dictarse una serie de disposiciones normativas que constituyen el “Origen legal de las Isapres”.

1. MARCO LEGAL QUE RIGE AL SISTEMA DE SALUD PRIVADA EN CHILE

1.1. Breve contexto en torno a la configuración del marco legal del sistema de salud en Chile

Luego de la dictación de la Constitución Política de 1925, se inició un proceso de regulación de la salud de carácter netamente legislativo, que desde su promulgación y hasta 1970, no fue modificado en lo que refiere al derecho a la salud.

Dentro de los hitos más relevantes en relación al ámbito de salud, ocurridos en dicho período, se pueden mencionar los siguientes:

a. Se crearon instituciones sanitarias y seguros de salud dirigidos a cubrir a los obreros por las contingencias de enfermedad o invalidez. Es así como el 8 de septiembre de 1925 se introdujo el Seguro Obrero Obligatorio de Enfermedades e Invalidez, que tenía por objeto la asistencia médica y dental para el imponente, subsidios por enfermedad, indemnizaciones por muerte y pensiones de invalidez y retiro.

b. Se promulgó la Ley de Medicina Preventiva en 1938, "cuyo objetivo central era prevenir el desarrollo de enfermedades por medio de su pesquisa en la fase preclínica y determinar las personas que debían acogerse a reposo preventivo". (Couso y Reyes, 2012, p.7)

c. En 1941, siendo Salvador Allende Ministro de Salud del Presidente Pedro Aguirre Cerda, se envió un proyecto de ley de reforma social, el que recién dio frutos en 1952, año en que se crearon el Servicio Nacional de Salud y el Servicio del Seguro Social.

El proceso de regulación de la salud por vía legislativa finalizó "hacia finales de la década del sesenta, (…donde) se comenzó a plantear la necesidad de revisar el texto constitucional, de manera de caracterizar mejor el derecho a la salud en el mismo, ya que se pensaba que la forma en que se consagraban los derechos económico-sociales en la Constitución de 1925 (incluido el derecho a la salud) era obsoleta. Estas inquietudes, sin embargo, sólo se

tradujeron en una iniciativa concreta a propósito de la elección presidencial de 1970, cuando se planteó la necesidad de modificar y reestructurar los derechos garantizados por la Constitución, especialmente los derechos sociales, como el derecho a la salud”.” (Couso y Reyes, 2012, p.10)

Luego que sucedió dicha elección presidencial, ninguno de los candidatos logró mayoría absoluta, por lo que era el Congreso quien debía zanjar la problemática sobre cuál candidato pasaría a ser el próximo presidente de Chile. El que corría con ventaja era Salvador Allende, quien obtuvo el mayor porcentaje de votos. Así, para poder salir electo presidente, comenzó una serie de negociaciones con la Democracia Cristiana, quien condicionó sus votos a la firma de un documento que asegurara la regulación de algunos derechos sociales.

Es así como nace “la Ley de Reforma Constitucional Nº 17. 398, de 9 de enero de 1971. Esta reforma, denominada Estatuto de Garantías Constitucionales, introdujo una serie de modificaciones en el articulado de la carta de 1925, particularmente en aquellas materias relacionadas con la libertad política, la libertad de expresión, el derecho de reunión, los partidos políticos, la libertad de movimiento, el derecho a la privacidad de las comunicaciones y el régimen de los medios de comunicación. (…) En lo que respecta al derecho a la salud, sin embargo, la modificación no fue sustancial, puesto que lo único que se hizo fue trasladar el inciso final del número 14 del artículo 10 original e incorporarlo como inciso final del nuevo numeral 16 del artículo 10. Adicionalmente, se sustituyó la expresión ‘servicio nacional de salubridad’ que contenía este inciso, por ‘servicio nacional de salud’, es decir, sólo fue un cambio de posición y de palabras, sin desarrollar o profundizar más” (Couso y Reyes, 2012, p.11).

Constitución de 1980

Durante la primera unidad de esta asignatura, ya se abordó la Carta Fundamental de la República del año 1980, que marcaría otro hito relevante en el campo de la salud en Chile.

En este contexto, y en relación a la materia que nos convoca, el surgimiento de las Isapres a comienzos de los años ‘80 se asentó sobre la idea de crear un seguro de salud administrado por entidades privadas, que usaran como prima la cotización obligatoria de salud o una cantidad superior si así lo decidía el afiliado. La obligatoriedad de una cotización de salud se consideró un mal necesario para proteger a las personas de su imprevisión en esa materia.

Uno de los argumentos que alentaba el surgimiento de las Isapres en esa época, era que la administración de este seguro por el sector privado permitiría aprovechar todas las ventajas que representaba la libertad de opción y la eficiencia de gestión propias de ese sector. La existencia de múltiples garantizaría el derecho a la libre elección y, a través de la competencia, se aseguraría una gestión más eficiente

Por otra parte, para que el sistema privado de salud y las Isapres nacieran a la vida del derecho en Chile, debieron dictarse una serie de disposiciones normativas, que se indican a continuación, y que constituyen el "Origen legal de las Isapres".

- Las Actas Constitucionales, primero, y luego la Constitución Política de 1980, explicitan las ideas enunciadas anteriormente. En efecto, éstas se incluyen en el número 9 del artículo 19 de la Constitución, bajo el rubro "El derecho de la protección de la salud".

- En seguida, el D.L. Nº 3. 500 de 1980, en su artículo 84, establece la cotización obligatoria de salud para los trabajadores dependientes, y en el artículo 92 para los independientes. El mismo artículo 84 faculta a los trabajadores para aportar esa cotización a alguna institución o entidad diferente al Estado que le proporcione prestaciones y beneficios de salud.

- Luego, el D.L. Nº 3. 501 radica definitivamente dicha cotización de cargo del trabajador.

- El D.F.L. Nº 3 de 1981 del Ministerio de Salud, a través de toda su normativa, regula la creación y funcionamiento de Instituciones de Salud Previsional o Isapres, y las coloca bajo la supervisión del Fondo Nacional de Salud, Fonasa.

- Finalmente, la Ley Nº 18. 469 que crea el Régimen General de Prestaciones de Salud, en reemplazo de la antigua legislación de salud, reafirma el derecho de la persona para elegir como opción diferente a la estatal el afiliarse a una Isapre. Además establece los beneficios mínimos legales que ésta se obliga a otorgar.

Demás está decir que las normas jurídicas previamente citadas constituyen sólo el origen legal de las Isapres y el sistema privado de salud en nuestro país, por lo que forman parte de un amplio conjunto de otras disposiciones normativas que han regulado, en diversas materias, a ambos.

1.2. Normas Jurídicas aplicadas al Sistema de Salud Privado en Chile

A continuación, se expondrán las diversas normas jurídicas aplicables, actualmente, al sistema privado de salud, a las Isapres y al derecho a la protección de la salud, con una breve explicación de su contenido.

- **Decreto Ley Nº 3. 500:**

  Fue dictado en noviembre de 1980 y permitió establecer la base jurídica sobre la cual se construye el actual régimen de prestaciones de salud. Con él, se estableció un nuevo sistema de pensiones, obligándose a todos los trabajadores y pensionados a cotizar el 7% de sus remuneraciones y pensiones para salud. “Además, y luego de una modificación introducida en mayo de 1981 a su artículo 84 a través del Decreto Ley Nº 3626, se vislumbró el nacimiento de las Isapres, (ya que) por primera vez se da la posibilidad a los trabajadores, de elegir que sus cotizaciones en materia de salud pudieran ser administradas por entidades privadas.

- **Decreto con Fuerza de Ley N° 3**

  Esta norma jurídica fue promulgada el 27 de abril de 1981, y publicada en el Diario Oficial el 19 de mayo del mismo año. Fue creada con la intención de fijar normas para el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud, por instituciones de salud previsional, tal como lo indica su título.

  Su importancia radica en haber sido la primera disposición normativa que creó las Isapres, dando pie al origen definitivo del sistema privado de salud en nuestro país. Regula detalladamente los requisitos que deben cumplir las instituciones para poder existir, las obligaciones que deben ejecutar y las garantías que deben otorgar.

Por otro lado, es la primera norma que habla sobre “contratos de salud”.

Junto con ello, este decreto tiene el mérito de regular por primera vez al ente que fiscalizaría a dichas instituciones, siendo el Fondo Nacional de Salud el ente elegido para cumplir dicha función. Cabe destacar que con el paso de los años, el órgano fiscalizador fue cambiando, pasando por la Superintendencia de Isapres, llegando a la Superintendencia de Salud.

- **Ley N° 18.469:**

Esta ley vino a regular el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud, disponiendo que su ejercicio comprende el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección, recuperación de la salud y rehabilitación del individuo. Además de la libertad de elegir el sistema de salud estatal o privado al que se desee acoger, la misma ley regula la incorporación y el funcionamiento del sistema público de salud.

En ese sentido, básicamente replica lo que señala el artículo 19 Nº 9 de nuestra Constitución Política de la República. Sin perjuicio de ello, esta ley establece un régimen de prestaciones en salud, en donde se asegura a toda la ciudadanía un mínimo de beneficios, independiente del sistema de salud al que adscriban.

Posteriormente, y con la misma finalidad por la que fue dictada esta ley, se promulgó y publicó en el año 2004 la ley Nº 19.966.

- **Ley N° 18.933**

Esta ley fue la primera gran regulación jurídica del sistema privado, luego del DFL N°3. En efecto, esta norma deroga dicho cuerpo legal, creando la Superintendencia de Isapres, dictando normas para el otorgamiento de las prestaciones. Fue promulgada el 12 de febrero de 1990, siendo publicada en el Diario Oficial el 9 de marzo del mismo año.

Como se señaló en el párrafo que antecede, esta norma jurídica creó un ente especializado de fiscalización para el sistema privado de salud, dando origen a la Superintendencia de Isapres, para dejar a Fonasa – antiguo órgano fiscalizador – cumpliendo funciones de asegurador y prestador del sistema público de salud.

Además de ser importante en cuanto a regulación sobre fiscalización se refiere, esta norma trasciende al regular por completo el sistema privado de salud en nuestro país, tomando como base para ello el texto del, ahora derogado, D.F.L Nº 3. Por lo anterior, esta ley fue bautizada como la "Ley de Isapres", ya que ha sido en torno a su texto en que se han realizado todas las reformas que se han llevado a cabo en materia de salud, a través de la dictación de las leyes que se analizan a continuación.

- **Ley N° 19.381**

Esta ley fue promulgada el 13 de abril de 1995 y publicada en el Diario Oficial el 3 de mayo del citado año. Fue Dictada con el objetivo de modificar la ley Nº 18.933, para poder perfeccionar el sistema y los contratos de salud previsional.

Tal como lo sugiere el Mensaje Presidencial en el proyecto de ley enviado al Congreso, las modificaciones que se proponen en él importan un mejoramiento del sistema privado de salud y la pronta aplicación de las normas que en proyecto se contienen, apuntan a solucionar problemas urgentes, y redundarán en un beneficio directo de los usuarios del mismo, contribuyendo de un modo significativo a hacer realidad el ejercicio del derecho a la protección de la salud, garantizado a nivel constitucional en nuestra legislación.

En relación a esta ley, la Superintendencia de Isapres dictó, el 3 de agosto de 1995 la Circular Nº 26, impartiendo instrucciones sobre la implementación de la misma, regulando situaciones específicas en relación a la vigencia de los contratos y definiendo conceptos relevantes para esta materia.

- **Ley N°19.650**

La denominada “Ley de Urgencias” fue publicada el 24 de diciembre de 1999, y elimina el cheque en garantía para las urgencias o emergencias vitales y elimina en forma gradual el subsidio del 2% de la Ley N° 18.566. En efecto, “obliga a las Isapres a pagar a los prestadores de salud, el valor de las prestaciones derivadas de las atenciones que hayan otorgado a sus beneficiarios en estos casos”.

- **Ley N° 19.895**

La denominada “Ley Corta de Isapres” establece diversas normas de solvencia y protección de personas incorporadas a Instituciones de Salud Previsional, Administradoras de Fondos de Pensiones y Compañías de Seguros. Fue promulgada el 14 de agosto de 2003 y publicada en el Diario Oficial el 28 de agosto del mismo año.

- **Ley N° 20.015**

La llamada “Ley Larga de Isapres” fue publicada el 17 de mayo de 2005, y tuvo, como principales objetivos: limitar las alzas de los precios; mantener el contrato de salud para las cargas cuando el cotizante fallece; mantener, sin restricciones, la protección de salud para el beneficiario que pasa a ser cotizante; uniformidad de aranceles; y, dotar a la superintendencia de nuevas herramientas que permitan precaver situaciones riesgosas para los derechos de las personas.

Además, regula materias relativas al funcionamiento del sistema privado de salud, el proceso de adecuación anual de los contratos de salud, las tablas de factores y establece el Fondo de Compensación Solidario para el GES entre las Isapres.

Cabe destacar que la Superintendencia de Salud, haciendo uso de sus facultades normativas, dictó, con fecha 9 de agosto de 2005, la Circular IF/Nº 9, que “Imparte instrucciones sobre la implementación de la Ley Nº 20. 015”, la cual fue modificada con posterioridad por la Circular IF/Nº 19, de 5 de mayo de 2006.

- **Ley N° 19.937**

Esta ley fue promulgada el 30 de enero de 2004 y publicada el 24 de febrero del mismo año, y su objetivo fue, principalmente, establecer una nueva concepción de autoridad sanitaria, regulando materias en torno al sistema salud en su totalidad, partiendo por el Ministerio de Salud, las subsecretarías pertinentes, los secretarios regionales ministeriales, y la creación de la Superintendencia de Salud, derogando, por tanto, a su antecesora legal, la Superintendencia de Isapres.

La importancia de esta ley radica en que se crea un nuevo ente fiscalizador, con funciones plenamente detalladas, aumentadas cualitativa y cuantitativamente en relación a su antecesora.

- **Ley N° 19.966**

Esta ley fue conocida como la “Ley del Auge”, y fue publicada en el Diario oficial el 3 de septiembre de 2004. 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.

Al regular todas las materias que se indicaron previamente, esta norma jurídica modifica los textos de las leyes Nº 18.933 y Nº 18.469. Además, al crear el Régimen de Garantías, se creó la Superintendencia de Garantías en Salud, que estará encargada de supervigilar dicho régimen.

Debe mencionarse que, con fecha 27 de abril de 2005, la Superintendencia de Salud dictó la Circular IF/Nº 2, con el objetivo de impartir instrucciones sobre el ajuste de los contratos de salud a la ley en comento.

- **Decreto con Fuerza de Ley N° 1**

Dictado por el Presidente de la República en virtud de la facultad que le otorgó el artículo 4 transitorio de la Ley N° 20.015 para que, mediante un decreto con fuerza de ley, fijara el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2.763 y de las leyes N° 18.469 y 18.933.

La importancia de este cuerpo legal radica en que fusiona en su texto toda la legislación que regula el sistema de salud chileno, tanto privado como público, lo que facilita el acceso a la información sobre el mismo, y permite a ciudadanía a entender mejor la normativa vigente al respecto.

La importancia de este cuerpo legal radica en que fusiona en su texto toda la legislación que regula el sistema de salud chileno, tanto privado como público, lo que facilita el acceso a la información sobre el mismo, y permite a ciudadanía a entender mejor la normativa vigente al respecto.

Conclusión

Durante esta primera semana de la Unidad II, comenzamos entregando un breve recorrido histórico por los hitos que marcan el marco legal que rige al actual sistema de salud privado en Chile.

Cabe destacar, dentro de este recorrido, la enorme brecha de tiempo en relación a modificaciones realizadas al campo de la salud. Desde 1925, hasta iniciada la década del 70, no hubo mayores cambios legales que incidieran en el funcionamiento y regulación de los actores presentes en el sistema de salud.

Así también, en el corto plazo que va de 1970 a 1980, se asiste a una transformación estructural del sistema, específicamente respecto del rol del Estado, y de la preponderancia del sector privado en el campo de la salud en nuestro país.

Bibliografía

Castillo, F. (2011). Derecho a la salud. Recientes evoluciones de la jurisprudencia constitucional". Extraído en marzo del 2016, de la World Wide Web: http//:www.poder-judicial.go.cr/salaconstitucional/cefeca/Documentos/Derechoalasalud/CONFERENCIADERECHOALASALUD.pdf

Couso, J. y Reyes, M. (2010). Notas acerca del origen y trayectoria del derecho constitucional a la protección a la salud en Chile. Extraído en marzo del 2016, de la World Wide Web: https://www.u-cursos.cl/derecho/2010/1/D123D0851/7/material_docente/objeto/278750

Industria de la salud privada en Chile (2013). Extraído en marzo del 2016, de la World Wide Web: http://icrchile.cl/icr/PDF/Informe_Industria_de_la_Salud_Privada_en_Chile_Agosto2013.pdf

Mercado de la Salud Privada en Chile (2012). Extraído en marzo del 2016, de la World Wide Web: http://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2012/11/INFORME-PUCV-MERCADO-SALUD.pdf

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

SISTEMA DE SALUD PRIVADA

UNIDAD Nº II
Marco legal del sistema de salud privado en Chile

WWW.IPLACEX.CL

Introducción

La situación actual del aseguramiento de la salud en Chile presenta -tal como se puede abstraer del contenido de la semana anterior-, problemas derivados de un ambiente de seguros de salud en competencia relativa y sin regulación económica adecuada: se produce, entonces, riesgo moral, selección adversa y selección de riesgos que derivan en problemas de eficiencia e inequidad. A lo anterior se agregan los problemas de fallas de mercado, poder de mercado, como la integración vertical y otros, que provocan dificultades de acceso a la salud e ineficiencias que redundan en pérdidas sociales evitables. Además, a partir de 2010, con el fallo del TC, se agregan los problemas judiciales, que han derivado en miles de recursos en los tribunales de Justicia.

Los problemas han resultado en efectos para los usuarios, principalmente por la selección de riesgos (descreme) y discriminación; es decir, el interés por captar a aquellas personas jóvenes, sanas y de mayores ingresos, para quienes su cotización es superior a sus necesidades efectivas de prestaciones de salud. Este proceso, en varios sentidos, ha sido posible, también, por la existencia de FONASA, dado que allí la afiliación es abierta y un asegurado ISAPRE que ya no puede costear su plan de salud siempre podrá acceder al seguro público.

Frente a este panorama, se precisa abordar como parte de esta semana, las propuestas de Reforma al actual sistema de salud privado, en tanto alternativas de solución a las problemáticas identificadas.

Ideas fuerza

Sistema de salud privado en Chile: Propuestas de Reforma.

Considerando a Isapres y FONASA, la base del sistema surgido en 1981 se resume bajo el concepto “opt-out”, dado que los ciudadanos tienen la opción de elegir aseguradora de salud y aportan las cotizaciones obligatorias a la escogida

El sistema ISAPRE es un esquema que selecciona y segmenta a la población (el mercado) en base al riesgo de los beneficiarios

2. PROPUESTA DE REFORMA AL SISTEMA PRIVADO DE SALUD

2.1. Análisis de las principales problemáticas del sistema de salud privado

a. Segmentación por ingresos y la selección de riesgos

El sistema de aseguramiento chileno es mayoritariamente público, considerando a FONASA y las instituciones de previsión de las Fuerzas Armadas y Carabineros que son parte del subsistema público, que las Isapres cerradas pertenecen a empresas públicas y que, finalmente, las Isapres abiertas son instituciones privadas que administran las contribuciones a la seguridad social, por definición, de carácter público.

Considerando a Isapres y FONASA, la base del sistema surgido en 1981 se resume bajo el concepto *"opt-out"*, dado que los ciudadanos tienen la opción de elegir aseguradora de salud y aportan las cotizaciones obligatorias a la escogida. Al ingresar a una ISAPRE, la persona y su familia han salido del *pool* de riesgos conjunto de toda la sociedad para entrar a un *pool* de cada aseguradora. Esta elección se establece en un contexto de contrato privado y competencia entre las Isapres.

Pero, ¿Cuáles son los elementos que caracterizan este esquema de aseguramiento de la salud en Chile? En primer lugar, se trata de un sistema segmentado por ingresos, donde la mayor parte de la población de ingresos bajos y medios es beneficiaria del subsistema público y no ejerce la libertad de elección en materia de aseguramiento que consagraría la Constitución, tanto por la falta de ingresos propios como por la imposibilidad de recibir subsidios fiscales para comprar un seguro privado en una ISAPRE.

En cambio, la población de ingresos más altos, que sí puede ejercer la libertad de elección, se concentra en el subsistema privado. Un 79 por ciento de la población (la más pobre) permanece en el sistema público, donde no se dispone de las cotizaciones que los sectores de altos ingresos hacen al sistema de salud. Con esto, se pierde solidaridad directa de ingresos en el interior del sistema y solo se observa la que ocurre a través de los impuestos generales que se ingresan a FONASA. Según datos de la Superintendencia de Salud, las Isapres recaudan 1,4 billones de pesos al año, lo que equivale al 46 por ciento de la recaudación del sistema de salud en su conjunto, para atender solo a un 16,5 por ciento de la población.

Tabla 1

Porcentaje de la población FONASA del total FONASA + ISAPRE, por quintil de ingreso y grupos de edad

Quintil / edad	0-18	19-40	41-65	66 y mas	Todos
1	98,1%	97,6%	97,2%	99,3%	97,9%
2	97,2%	96,8%	97,8%	99,6%	97,5%
3	92,4%	94,1%	94,2%	98,4%	94,2%
4	81,0%	83,9%	87,3%	96,2%	86,1%
5	42,4%	49,6%	58,3%	78,9%	54,4%
Total	87,2%	83,5%	85,5%	94,4%	86,3%

(**Fuente**: elaboración propia)

En segundo lugar, el sistema ISAPRE es un esquema que selecciona y segmenta a la población (el mercado) en base al riesgo de los beneficiarios. El riesgo sanitario, expresado en las Tablas de Factores que se usan para tarificar las primas, permite pronosticar el gasto que llevará a cabo un conjunto de beneficiarios de características similares en un período de tiempo dado. No obstante, la condición de primer orden es que el ingreso bruto por beneficiario sea suficiente para financiar el gasto esperado, el que es determinado por el riesgo sanitario, los gastos de administración y ventas, y generar utilidades para la firma. En consecuencia, desde el punto de vista de las Isapres, el modelo de negocio consiste en seleccionar a aquellos beneficiarios que permiten extraer un ingreso neto positivo, determinado por su ingreso bruto menos el gasto esperado.

Esta forma específica de segmentación trae consecuencias nocivas cuando se da en un contexto que permite diferenciar el plan de beneficios mínimo que otorgan las ISAPRE respecto del plan que otorga FONASA y, por otra parte, le permite a las Isapres comercializar un seguro complementario y/o suplementario que se encuentra subsidiado por la cotización obligatoria de la población de rentas más altas. Se trata, en definitiva, de una forma particular de venta atada en condiciones de asimetría de información.

En la medida en que han convivido, por un lado, un subsistema público (FONASA) con menor disponibilidad de recursos por beneficiario y un mayor riesgo sanitario; y, por otro

lado, un subsistema privado (ISAPREs) con una mayor disponibilidad de recursos por beneficiario y un menor riesgo sanitario, se han ido configurando dos subsistemas paralelos de aseguramiento, lo que genera y profundiza la inequidad en salud y la desigualdad social. Este esquema permite advertir que la segmentación por ingresos es el aspecto más notorio y característico del aseguramiento en salud de nuestro país, agravado por una segmentación de riesgo notorio en los quintiles más altos, donde se segrega por edad.

Pese al enorme crecimiento del aporte fiscal registrado en las últimas dos décadas destinado al subsistema público, las brechas respecto del subsistema privado son sustanciales. Tales brechas se expresan no solo en cuanto al aporte de cotizaciones per cápita entre ambos subsistemas, sino que crecientemente en cuanto al nivel de remuneraciones del personal médico y no médico, a la disponibilidad de especialistas, medicamentos, insumos y recursos tecnológicos, y, en materia de inversión, en infraestructura y equipamiento.

b. Movilidad, cautividad y pre-existencias

La definición de cautividad se encuentra en la propia Ley de ISAPRE. Así, en el Artículo 170 del DFL N° 1 de 2005, se explica que se entiende como *"cotizante cautivo" […] por aquel cotizante cuya voluntad se ve seriamente afectada, por razones de edad, sexo o por la ocurrencia de antecedentes de salud, sea de él o de alguno de sus beneficiarios, y que le impida o restrinja, significativamente o definitivamente, su posibilidad de contratar con otra Institución de Salud Previsional".* Esta es una de las particularidades del sistema chileno, en donde la propia ley admite la potencial existencia de limitaciones a la elección y acceso, cuestión que debe ser modificada.

En términos prácticos, la cautividad en el aseguramiento de la salud en Chile, implica que debido a la edad, sexo o padecimiento de alguna patología que los beneficiarios de las Isapres pueden sufrir las consecuencias de no ser capaces de elegir, en régimen de competencia, la institución a la que desean afiliarse. La cautividad, por lo tanto, se evidencia en la relativa escasez de movilidad entre Isapres, como resultado de un proceso en el que la elección de plan realizada por los individuos no es óptima. Es decir, no es la elección que cada individuo llevaría a cabo si existiera mejor información en cuanto a las coberturas y precios de cada plan, y por tanto, en situación de niveles de competencia adecuados.

c. Estructura de mercado e integración vertical entre Isapres y prestadores

Durante los últimos 10 años, la industria de ISAPRE se ha concentrado. En la actualidad, las cuatro ISAPREs más grandes acumulan un 81 por ciento de la población beneficiaria y algunas se encuentran integradas verticalmente de manera indirecta con clínicas del mismo *holding* al que pertenecen. Hace 10 años las Isapres abiertas eran 12 y el grupo de las 4 mayores contaba con el 75 por ciento de los beneficiaros.

Por otro lado, la industria de ISAPRE presenta importantes barreras a la entrada que impiden el aumento de la competencia, donde los altos costos de contratar médicos, especialistas, clínicas, prestadores institucionales, capacidad para negociar con prestadores, costos de negociación, publicidad, fuerza de ventas para captar afiliados, convenios a costo mayor por menor volumen inicial, entre otros factores, implican que el mercado sea más bien cerrado. La industria también presenta barreras a la salida en relación a los beneficiarios cautivos.

d. Alzas de precios

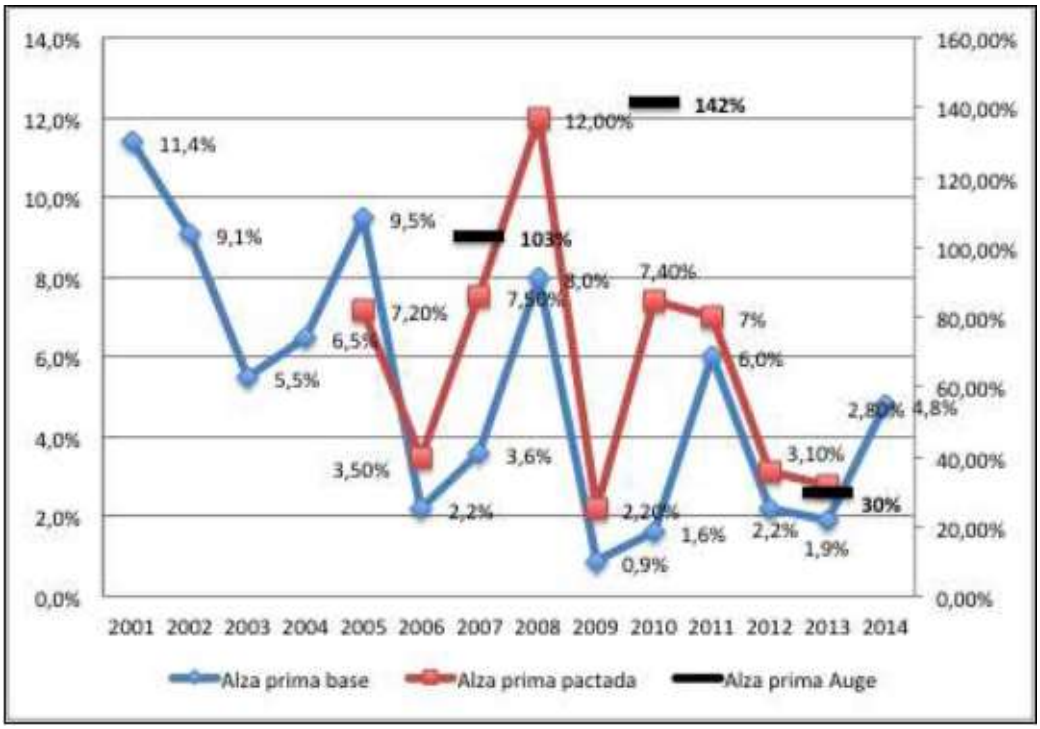
Los precios de las primas de las Isapres suben en términos reales todos los años, además del reajuste automático por el IPC, ya que se encuentran fijados en UF. Así, hay tres precios que considerar: el precio base, la prima pactada que viene a ser la prima base más el ajuste por factores de riesgo y la cantidad de beneficiarios; y finalmente, la prima GES adquiere creciente importancia dado que es casi un punto adicional de la cotización, que lleva a esta a un ocho por ciento en promedio. Algunas Isapres incluyen la prima CAEC en la prima base, la que, en todo caso, no es conocida, por lo que no se incluye en este análisis.

La siguiente figura (2) muestra el comportamiento de las alzas de precios de las primas. Si bien la prima pactada sigue en general la tendencia de las primas base, a excepción del primer período que se registra todos los años, presenta un alza mayor. Por ejemplo, en el año 2006, si bien la prima base creció en promedio en un 2,2 por ciento, la prima pactada -que es la prima total- creció más, anotando un 3,5 por ciento en términos reales. Al año siguiente, la prima base creció en promedio 3,6 por ciento, sin embargo, la prima total lo hizo en un 7,2 por ciento. Además, las garantías explícitas aumentaron ese año, lo que implicó un alza de 103 por ciento promedio de las primas GES. En el año 2008 las primas suben fuertemente, pero la prima pactada lo hace al 12 por ciento mientras que la prima base de los planes lo hizo en un 8 por ciento. En 2010, cuando se readecuaron de nuevo los problemas

GES, la prima AUGE sube en un 142 por ciento, la prima base crece en 1,6 por ciento, pero la prima pactada lo hace en un 7,4 por ciento.

Finalmente, en 2013, cuando nuevamente aumentan las coberturas AUGE, la prima por este concepto creció 30 por ciento en promedio, mientras que la prima base lo hacía a una tasa de 1,9 por ciento y la prima total en un 2,8 por ciento.

Figura 2



(**Fuente**: Elaborado con datos de la Superintendencia de Salud)

De esta forma se aprecia, primero, que los precios siempre aumentaron en el período estudiado; segundo, que la prima base no refleja bien el alza total y real del costo de prepago para los cotizantes, siendo más representativo -pero de poco conocimiento de los usuarios y bajo interés mediático- el alza promedio total de las primas y, tercero, que dependiendo de las ponderaciones que cada componente tenga en la prima total, la aparente caída de la tasa de crecimiento de los precios puede no sustentarse.

2.2. Propuestas de reformas

Las propuestas de reforma al sistema de salud, y los requisitos mínimos que debería cumplir el aseguramiento en salud, pueden sistematizarse en los siguientes términos:

- Universalidad del sistema: todos y todas tienen los mismos derechos en materia de salud.
- Financiamiento solidario del sistema.
- Prestaciones amplias y universales, de carácter integral, incluida la atención primaria, como estrategia de trabajo sanitario y no solo como puerta de entrada al sistema.
- Mecanismos de compra que aseguren eficiencia y eficacia sanitaria.
- En cuanto a los seguros:
  - Afiliación abierta y no discriminatoria (libre elección de institución previsional).
  - Seguro de largo plazo para todo el ciclo vital.
  - Evaluación comunitaria de riesgos a la hora de fijar tarifas.

2.2.1. Propuestas teóricas de reforma

El análisis de las alternativas teóricas proviene de la experiencia internacional de mejores prácticas en lo que a sistemas de salud se refiere, y considera las siguientes modalidades:

- Sistema de Servicio Nacional de Salud.
- Sistema de Seguro Nacional de Salud.
- Sistema de Seguros Sociales de Salud.

Tabla 2
Resumen de las alternativas teóricas propuestas

Sistema	Financiamiento	Descripción	Provisión de servicios	Ventajas	Desventajas
Sistema Servicio Nacional de Salud	Impuestos generales Fórmula de distribución basada en per cápita ajustado por necesidades	Aseguramiento Universal, un solo pool nacional Autoridades de salud con población a cargo Pueden existir seguros complementarios	Predominantemente pública Prestadores privados complementarios (con o sin fines de lucro)	Financiamiento más progresivo posible (con sistema impositivo progresivo)	Se restringe en forma significativa la libertad de elección
				Financiamiento más protegido frente a los ciclos económicos y efectos en el mercado del trabajo	Menores niveles de satisfacción usuaria (excepto países escandinavos)
				Mayores posibilidades de promover equidad y eficiencia en la provisión (planificación de recursos humanos, físicos, financieros)	
Sistema de Seguro Nacional de Salud	Fondo Único de cotización ligada al trabajo e impuestos Pago a prestadores según mecanismo definidos por el Fondo	Aseguramiento Universal, un solo pool nacional, un solo comprador Pueden existir seguros complementarios	Públicos y privados (con o sin fines de lucro)	Solidariza financiamiento Reduce la discriminación por riesgos Admite libertad de elección a nivel de los prestadores	Mayores riesgos de captura del Fondo por parte de grupos de interés (gremios y mecanismos de pago)
	Fondo Único de cotización ligada al trabajo e impuestos Fórmula de distribución basada en per cápita ajustado por necesidades	Aseguramiento Universal, Gestores de red con población a cargo Pueden existir seguros complementarios	Públicos y privados (con o sin fines de lucro)	Solidariza financiamiento Reduce la discriminación por riesgos	Eventuales mayores costos de transacción
				Admite libertad de elección a nivel de los prestadores	
				Reduce los riesgos de captura por parte de grupos de interés	
Sistema de Seguro Social de Salud	Fondo Único con Multiseguros Fórmula de distribución basada en per cápita ajustado por riesgos	Aseguramiento Universal, FONASA y otros (ISAPREs reformadas) Pueden existir seguros complementarios	Predominantemente pública Prestadores privados complementarios (con o sin fines de lucro)	Solidariza financiamiento Reduce la discriminación por riesgos	Mayores costos de transacción Dificulta planificación sanitaria por poblaciones y territorio
				Admite libertad de elección a nivel de aseguradores y prestadores	Requiere mayor capacidad institucional regulatoria
					Mantiene riesgos de segmentación

2.1.2. Propuesta de reforma inmediata al sistema privado de salud

La propuesta de corto plazo, surgida de sectores cercanos al actual gobierno (Presidenta Michelle Bachelet), incluye:

- Un Plan de Seguridad Social (PSS) único y universal, al cual pueden acceder todos los habitantes.
- El PSS contendrá beneficios amplios. A saber, el listado de beneficios de la Modalidad de Atención Institucional (MAI) del sistema Público de Salud, las Garantías Explícitas de Salud (GES), Modalidad Libre elección de FONASA (MLE), Ley de Urgencias, Cobertura de Enfermedades Catastróficas (CAEC) y Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL).
- El PSS tendrá un sistema de copagos estandarizados, con gasto anual tope respecto de la renta.
- El PSS se financiará con la cotización obligatoria de seguridad social fijada por ley (siete por ciento). Se propone que exista la posibilidad para las Isapres de ofertar planes complementarios en redes alternativas a la del PSS, con primas comunitarias reguladas, con un número máximo de tres de este tipo de planes.
- Habrá adscripción libre de las personas al asegurador que elijan, sin petición de declaración de salud (afiliación abierta), se eliminan las pre-existencias y se comenzará a terminar con la cautividad.
- Se propone crear un Fondo Inter-Isapres de compensación de riesgos para permitir la movilidad, el fin de la cautividad y pre-existencias, junto con introducir mayor solidaridad al sistema.
- Se propone crear un Fondo Mancomunado Universal de la seguridad social de salud chilena entre FONASA y las Isapres para romper la segmentación y permitir el financiamiento de prestaciones universales mínimas.
- Se propone generar un Fondo SIL de seguridad social con financiamiento tripartito (Estado, empleadores y trabajadores) para terminar con los problemas para obtener licencias médicas.
- Se propone reafirmar la prohibición de integración vertical que contempla la ley para evitar los efectos nocivos para los afiliados de la aplicación de poder de mercado.

2.2. Fortalezas de las Isapres

En Chile, cuando se habla de salud, el Estado ha sido el gran protagonista, siendo el sector privado un complemento. A la luz de las cifras de hoy día, el sector privado ha crecido, pero sin alcanzar la magnitud del público. En efecto, hoy el 45 por ciento de las atenciones de salud -excluida la atención primaria pública y las atenciones materno infantiles- se realizan en el sector privado, que cuenta con trece Isapres, casi 100 clínicas y sobre 600 centros médicos.

También participan y compiten en este sector de salud privado entidades que pertenecen a empresas públicas. Por ejemplo, Isapres cerradas del Banco Estado y Codelco, u otros prestadores de servicios clínicos que pertenecen a universidades y empresas públicas.

El año 2013 el sector privado atendió al 20 por ciento de los beneficiarios de la salud, excluida la Fuerzas Armadas, y se realizaron más de 100 millones de prestaciones, de las cuales 25 millones fueron consultas médicas, cerca de 800 mil cirugías y más de 50 mil partos. La cifra aportada por las Isapres para el financiamiento de beneficios supera anualmente los tres mil millones de dólares, condiciones que permiten que exista en algunas regiones de Chile un sector privado de salud que otorga atenciones de alto nivel, con tecnología de punta y oportunamente.

El cumplimiento de los estándares de servicio en cuanto a calidad, oportunidad, acceso y cobertura está resguardado por la Superintendencia de Salud, a través del rol fiscalizador que ejerce y las facultades de sanción de que dispone y de exigencia de cumplimiento con los financiadores privados. No obstante los avances consignados, los problemas del sistema no son menores y en parte son la causa misma de la existencia de esta Comisión Asesora Presidencial.

a. Inversiones y recursos humanos

El sistema de financiamiento privado de salud, por medio de las Isapres, ha sido un pilar fundamental para que hoy existan prestadores privados que realizan importantes inversiones hospitalarias en Chile. La estructuración de un sistema de salud con financiadores públicos y privados de salud, impulsó nuevas inversiones en infraestructura a nivel nacional y aceleró la

incorporación de nuevas tecnologías médicas, las cuales, en plazos cortos, han estado disponibles para una cantidad importante de personas, tanto del sector público como privado.

Del mismo modo, se ha colaborado en forma importante a la formación de más personal en el área de salud, que aún sigue siendo deficitario paro los requerimientos del país.

b. AUGE y Cobertura Catastrófica CAEC

El beneficio de Cobertura Catastrófica de las Isapres, CAEC, ha atendido a 78 mil personas, resolviendo sus problemas oportunamente en redes especializadas y con un financiamiento adecuado. La facturación promedio ha sido de 21,3 millones de pesos y la cobertura alcanza al 87 por ciento, siendo el tope de copago máximo al que queda expuesto el afiliado de 126 UF. Lo relevante es que la atención médica de los casos GES ha sido complementado con la Cobertura para Enfermedades Catastróficas (CAEC), otorgando cobertura a las prestaciones no garantizadas en el protocolo, pero sí identificadas como relevantes para cada tratamiento. Este modelo permite asegurar que en el sistema privado se puede trabajar con sistemas más estandarizados, proveedores preferentes y topes de copago.

Conclusión

Resulta complejo determinar el aporte sobre los resultados de salud que tiene el sistema ISAPRE. Primero, porque no existe un contra-factual o comparador apropiado: no sabemos cuál hubiera sido el estado de salud de la población que hoy se encuentra en ISAPRE si éstas no existieran. No basta, para ello, comparar el estado de salud del grupo que no está en Isapres versus el grupo que está en ellas.

Existen una serie de variables que afectan el estado de salud y están fuertemente correlacionados con el hecho de estar afiliado a una ISAPRE, como, por ejemplo el ingreso personal, la escolaridad, la estabilidad y la calidad del trabajo, los niveles de seguridad ciudadana, el acceso a puestos de poder, entre varias otras. Adicionalmente, otros factores que se relacionan con el estado de salud, como la edad y el sexo, también influyen en la probabilidad de encontrarse afiliado en Isapres en relación a FONASA.

Por último, no puede decirse que por el hecho de pertenecer a una ISAPRE, ésta sea responsable por los mejores resultados sanitarios (en variables como la salud auto-reportada, por ejemplo), porque es bastante probable que esos resultados estén asociados también a la política de selección de riesgos (*ex-ante* y *ex-post*) practicada por las Isapres. Por ello, han surgido una serie de análisis críticos y propuestas para la mejora de aspectos que no estarían contribuyendo al principal objetivo de su creación: Libertad de elección y acceso a un sistema de salud de calidad, en beneficio de los ciudadanos.

Bibliografía

Castillo, F. (2011). Derecho a la salud. Recientes evoluciones de la jurisprudencia constitucional". Extraído en marzo del 2016, de la World Wide Web: http//:www.poder-judicial.go.cr/salaconstitucional/cefeca/Documentos/Derechoalasalud/CONFERENCIADERECHOALASALUD.pdf

Couso, J. y Reyes, M. (2010). Notas acerca del origen y trayectoria del derecho constitucional a la protección a la salud en Chile. Extraído en marzo del 2016, de la World Wide Web: https://www.u-cursos.cl/derecho/2010/1/D123D0851/7/material_docente/objeto/278750

Industria de la salud privada en Chile (2013). Extraído en marzo del 2016, de la World Wide Web: http://icrchile.cl/icr/PDF/Informe_Industria_de_la_Salud_Privada_en_Chile_Agosto2013.pdf

Mercado de la Salud Privada en Chile (2012). Extraído en marzo del 2016, de la World Wide Web: http://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2012/11/INFORME-PUCV-MERCADO-SALUD.pdf

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

SISTEMA DE SALUD PRIVADA

UNIDAD Nº III
Análisis del mercado de la salud privada en Chile

WWW.IPLACEX.CL

Introducción

La última unidad de esta asignatura tratará sobre el Mercado de la Salud en Chile, comenzando durante la presente semana, la tríada demanda - oferta - consumidores; el rol de la competencia en el mercado de la salud, y finalmente, competencia de precios.

El mercado de la salud tiene complejidades a la hora de analizarlo, porque la salud en sí misma no es un bien, si no que se genera un mercado relacionado que son las atenciones médicas. Es extensa la literatura que habla de las fallas que existen en este mercado. En el año 1963, Kenneth J. Arrow, explicó los problemas que surgen de la atención de salud, de la siguiente manera: i) motivo del beneficio no es adecuado para explicar la actividad en el mercado médico, porque el médico ha aceptado su papel social dentro de la comunidad, ii) existe una falta de operatividad en el sistema de precios, donde el precio no equipara la oferta y la demanda, además de la ausencia de un bien homogéneo, por lo que se ha necesario mecanismos de regulación, mediante impuestos iii) la ausencia de racionalidad de los pacientes, debido a la falta de información con que cuentan.

Por las consideraciones anteriormente descritas, el diseño de esta unidad fue estructurado en función de entregar el máximo de antecedentes y descripciones para que cada alumno pueda elaborar un análisis respecto a los factores que intervienen en los entramados que se generan en el área, la relación que cruza variados factores y dimensiones: consumidor, oferta y demanda de servicios de salud privada.

Ideas fuerza

Entender al servicio de salud como un mercado resulta complejo, ya que esta función de producción es de naturaleza multifactorial y multidimensional.

Los consumidores, desde la perspectiva de la demanda en salud, buscan atención y mejora en algún aspecto que deteriore su bienestar físico o psicológico, a través de centros ligados a servicios médicos.

Las características del mercado de la salud despiertan dudas sobre el rol que podría jugar la competencia para mejorar la eficiencia y equidad del sistema.

1. FACTORES INTERVINIENTES EN EL MERCADO DE LA SALUD PRIVADA EN CHILE

Es posible definir la ***función de producción de salud*** como la relación entre el nivel de salud alcanzado y los "recursos" (factores de producción) empleados para conseguirlo. A diferencia de la de otros bienes y servicios, esta función de producción es de naturaleza compleja, multifactorial y multidimensional, aceptándose clásicamente que los resultados de salud de la población están condicionados en los países occidentales por cuatro grandes factores o determinantes:

El primero de ellos es la *biología* o la *herencia*. Con referencia a este aspecto, sobre el que no opera la decisión o elección a nivel de políticas colectivas o conductas individuales, un panel de especialistas mundiales concluyó que entre las principales causas de muerte la genética es responsable por aproximadamente el *27%* de los casos.

El segundo condicionante es el *ambiente* en que vivimos. En general, las áreas más pobres son también las más insalubres e incluso ecológicamente adversas, pero también hay factores del deterioro ambiental que afectan casi tanto la salud de los ricos como la de los pobres. Un ejemplo de ello es el deterioro de la capa de ozono que cubre la atmósfera y está directamente relacionada con la incidencia del melanoma o cáncer de piel. Los factores ambientales representan, en promedio, el 19% de los casos de enfermedad.

El tercer factor, que está muy relacionado con el anterior, son los *estilos de vida* que incluyen entre otros, nutrición, tabaquismo, sedentarismo, conductas de riesgo, adicciones, prácticas laborales, etc. Posteriores análisis del tema ampliaron la discusión sobre en qué medida se trata de un problema individual y en qué medida es un problema público, valorando la real posibilidad y responsabilidad de los individuos de modificarlos, en tanto sigan inmersos en las circunstancias existenciales que los llevaron a adoptarlos. Epidemiológicamente se ha cuantificado el peso de los estilos de vida, concluyendo que un 43% de la veces la enfermedad y aun yendo más lejos la muerte reconoce como causa mediata a los hábitos nocivos que signaron a la persona a lo largo de la vida.

Por último está el *sistema sanitario*, constituido por los hospitales, seguros médicos, consultorios, médicos, laboratorios, medicamentos, entre otros. El mismo es responsable por el 11% de los casos de enfermedad o muerte, y ello conduce a reflexionar la escasa incidencia que finalmente tienen los recursos formales de los servicios de salud en

contraposición al monto de los recursos destinados a tal fin, que en todo Occidente consumen aproximadamente el 90% de los recursos de salud.

1.1. Relación demanda – oferta y consumidores

Desde la perspectiva de la demanda, los consumidores buscan mantener o reparar su salud a través de los servicios médicos, estando entonces dispuestos a adquirirlos a veces directamente, o en la mayoría de los casos demandando seguros médicos que les provean esos servicios a través de un pago previo, buscando de esta manera neutralizar el riesgo financiero además del sanitario que saben que les ocasionará un evento de enfermedad.

Desde la perspectiva de la oferta, la respuesta a la demanda de los consumidores se organiza en distintos sub---mercados, que a su vez mantienen importantes interconexiones entre sí, influenciando y modificando su accionar entre unos y otros por distintos mecanismos.

Didácticamente, podemos identificar los siguientes “sub---mercados”, que la mayoría de los autores llaman directamente “mercados de salud”:

Mercado de Recursos Humanos en Salud (educación)
Mercado de Servicios Ambulatorios
Mercado de Servicios de Internación (hospitalización)
Mercado de Medicamentos

a. Tanto sobre la oferta como sobre la demanda la tecnología médica opera como un factor exógeno de alta influencia. El alto ritmo innovativo que caracteriza al sector salud opera a nivel de todos los mercados señalados, disminuyendo su grado de competencia y eficiencia al introducir permanentemente nuevos productos, procesos y formas organizativas de los servicios. La necesidad de obtener rentas diferenciales por la introducción de nuevos productos y servicios origina un aumento de precios y costos, a la vez que induce a una mayor demanda para recuperar costos de Investigación & Desarrollo (I&D) y marketing, apareciendo prácticas oligopólicos o monopólicas que aumentan las barreras de entrada y salida al mercado.

b. Tanto los mercados como los actores de los mismos son dinámicos y cambiantes, asumiendo alternativamente roles de oferta o de demanda, ejerciendo entre ellos múltiples y variadas influencias. Las agrupaciones, alianzas, integraciones verticales y horizontales e incluso las cartelizaciones aparecen con frecuencia. El poder de negociación y lobby de los grandes grupos se reflejan en los precios con más fuerza que los costos competitivos de producción.

1.2. Rol de la competencia en el mercado de la salud

Las características particulares del mercado de la salud generan dudas sobre el rol que podría jugar la competencia para mejorar la eficiencia y equidad del sistema. Cuatro características resultan esenciales:

a) "Suficientes" hospitales (Los consumidores deben tener prestadores alternativos a los cuales asistir).

b) Incentivos a los hospitales para atraer pacientes. (Los prestadores, incluyendo sus dependientes y directores, deben responder a incentivos financieros).

c) Sensibilidad de la demanda a las diferencias entre hospitales (Los consumidores deben estar interesados en hacer elecciones y deben responder a señales de calidad).

d) "Suficiente" información (Debe existir información en el mercado para permitir tanto a los consumidores como a los proveedores la toma de decisiones informadas).

La efectividad del punto (a) dependerá de un análisis caso a caso, según el área geográfica y el tipo de prestación considerada. El punto (b) cobrará especial relevancia al analizar los problemas que pueden generar los acuerdos entre aseguradoras y prestadores y los métodos de financiamiento que tradicionalmente eran utilizados en el sistema público.

Más relevante en lo inmediato resulta la consideración de los puntos (c) y (d), los que se ven seriamente entorpecidos por la naturaleza de los bienes en cuestión, la falta de disponibilidad de información, los costos de adquisición de la misma y las dificultades de procesar los datos disponibles (transformarlas en decisiones de consumo responsables).

La paradoja de un sistema que pretende obtener mejoras por la vía de la competencia, a la vez que reconoce importantes carencias de información sobre calidad y precios de las prestaciones. Cuando el procesamiento y obtención de dicha información muestra diferencias según el nivel de ingresos del sujeto considerado, entonces la competencia puede tener consecuencias distributivas sumamente nocivas.

1.2.1. Competencia dependiente de los precios

En consonancia con lo anterior, debemos preguntarnos primero por los aspectos del mercado de la salud en base a los cuales debe producirse la competencia. Las variables más importantes son el precio de las prestaciones y su calidad, por lo que la literatura y la evidencia se divide en dos corrientes: competencia con precios regulados y competencia con precios determinados por mercado.

1.2.2. Competencia con precios regulados

Lo primero que es importante destacar es que la existencia de “precios regulados” no implica una eliminación de incentivos monetarios, ni, por ende, una supresión de la competencia. Los prestadores aún pueden percibir utilidades, sólo que éstas no estarán relacionadas con cobros más altos de precios, sino con la atención de un mayor número de pacientes y la provisión de tratamientos eficientes en términos de costos tales como implementar tecnologías que disminuyan los costos de un tratamiento determinado y la supresión de prestaciones superfluas.

La teoría económica y la evidencia empírica han tendido a mostrar una importante relación entre aumentos en la competencia y una mejora en la calidad de las prestaciones cuándo existen precios regulados: si los actores no pueden competir por precios, lo harán en dimensiones de “calidad”, la que mejorará como estrategia para atraer un porcentaje mayor de la demanda de mercado. Un aumento en el volumen de casos implicará un aumento de las utilidades del hospital.

El estudio empírico clásico en la materia es el de Kessler y McClelann (2000), quienes, utilizando datos de Medicare (sistema que paga conforme a precios regulados), han mostrado que existe una baja en la mortalidad asociada a infartos al corazón en mercados

con menor concentración entre prestadores de salud (medido como un menor HHI). Kessler y Geppert (2005), sobre la misma base, corroboraron el estudio anterior y mostraron, además, una baja en los reingresos. Gracias a los datos entregados por la reforma inglesa al sistema de salud, que introdujo competencia al interior del NHS, la relación entre competencia y calidad ha podido ser corroborada en varias ocasiones: Gaynor *et al*. (2010), Propper *et al.* (2010), Cooper *et al.* (2011) y Gaynor *et al.* (2012) han mostrado que una mayor competencia al interior del sistema de salud (medido como un menor HHI, un incremento en la elasticidad de la demanda o un aumento en el número de hospitales), se encuentra asociado a menores índices de mortalidad por ataques al corazón y cirugías de emergencia.

Bajo estos supuestos, el punto crítico siempre será el nivel al que se fijen los precios. Si el precio se fija sobre el costo marginal, entonces atraer pacientes será rentable para los hospitales y competirán por ellos. Esto implicará un aumento en la calidad, en la medida que la demanda de los consumidores sea sensible a dicha variable. Dos consecuencias deben destacarse.

Primero, si el precio se fija bajo el costo marginal, los hospitales tenderán a reducir la calidad de sus servicios o, si ello resulta imposible, a intentar seleccionar pacientes, intentando atender solo a los que son menos riesgosos/costosos de tratar.

En segundo lugar, si la calidad de los hospitales no es fácilmente observable, estos tenderán a invertir en aspectos de calidad que sean más notorios para los consumidores (ej. hotelería), pero que no necesariamente se encuentran vinculados a mejores resultados. Por ello, todos los aspectos de calidad que pretendan ser reforzados por la vía de la competencia tienen que poder ser notados por los agentes que son determinantes en las decisiones de consumo.

1.2.3. Competencia con precios determinados por el mercado

Cuando los precios no se encuentran regulados, el impacto de la competencia en la calidad de las prestaciones es más ambiguo. No obstante Gaynor (2012) si ha mostrado que dos importantes conclusiones son claras.

En primer lugar, una disminución en la competencia se encuentra fuertemente asociada con un aumento en los precios, sin que ello esté correlacionado con mejoras en la calidad. Este resultado ha sido también ratificado por la FTC en su estudio retrospectivo sobre efectos de

las fusiones entre prestadores de salud, lo que obliga a jueces y agencias encargadas de velar por la libre competencia a adoptar una actitud mucho menos permisiva frente a las fusiones de prestadores privados de salud.

Por otro lado, Gaynor (2012) ha señalado que en la medida que la demanda se vuelve más elástica frente a la calidad y menos elástica frente a la variable precio, la competencia tendrá un impacto positivo en la calidad de las prestaciones. La existencia de seguros que cubren parte importante del costo de la salud, haciendo a los consumidores más insensibles frente al precio, y la existencia de datos claros sobre calidad pueden potenciar aspectos valiosos de la competencia en el ámbito la salud.

1.3. Beneficios de la elección del prestador

Una de las variables cruciales para el funcionamiento de la competencia en el ámbito de la salud es que los consumidores se encuentren interesados en ampliar su rango de elección de prestadores. Es precisamente esta disposición la que puede ser observada en el estudio sobre opinión y satisfacción de usuarios de la Superintendencia de Salud, en que se muestra la fuerte valoración que tanto los beneficiarios de FONASA como los afiliados a Isapre ponen en la posibilidad de libre elección.

Otra prueba del valor que los consumidores ponen sobre la libre elección es el hecho de que, como veremos más abajo, un porcentaje importante de los beneficiarios de FONASA hace uso de la MLE, llegando a representar una demanda importante al interior del mercado de prestadores privados de salud. Así, existe espacio para aumentar la competencia en nuestro sistema y que los efectos de la competencia mejoren el bienestar de los consumidores.

1.4. Contexto de la salud (indicadores económicos)

La importancia de un primer análisis global del mercado de la salud, y la posibilidad de obtener eficiencias por la vía de la competencia se hace patente al revisar diversos indicadores que muestran la evolución y el estado actual del sector. Para empezar, debe atenderse a la evolución que ha tenido el gasto en salud en los años que van desde 2000 a 2010.

Tabla 1

EVOLUCIÓN DEL GASTO DE SALUD TOTAL EN CHILE

AÑO	PIB (1). MM$	Gto. Público (2). MM$ c/caño	Gasto Público / PIB %	Gto. Privado (3). MM$ c/caño	Gasto Privado / PIB %	GASTO Salud Total MM$ c/caño	Gasto Salud TOTAL / PIB %
2000	40.679.937	1.564.224	3,8%	1.849.187	4,5%	**3.413.411**	8,4%
2001	43.657.602	1.741.755	4,0%	2.043.631	4,7%	**3.785.386**	8,7%
2002	46.484.933	1.791.411	3,9%	2.207.272	4,7%	**3.998.683**	8,6%
2003	51.156.415	1.912.123	3,7%	1.961.355	3,8%	**3.873.478**	7,6%
2004	58.303.211	2.131.176	3,7%	2.129.813	3,7%	**4.260.989**	7,3%
2005	66.192.596	2.349.401	3,5%	2.239.079	3,4%	**4.588.480**	6,9%
2006	77.830.577	2.675.902	3,4%	2.387.980	3,1%	**5.063.882**	6,5%
2007	85.849.774	3.039.685	3,5%	2.655.010	3,1%	**5.694.695**	6,6%
2008	89.262.568	3.500.383	3,9%	3.022.645	3,4%	**6.523.028**	7,3%
2009	91.591.252	4.087.049	4,5%	3.288.587	3,6%	**7.375.636**	8,1%
2010	103.806.380	4.554.093	4,4%	3.495.806	3,4%	**8.049.899**	7,8%

(1) Considera PIB en millones de pesos corrientes serie anual Banco Central.

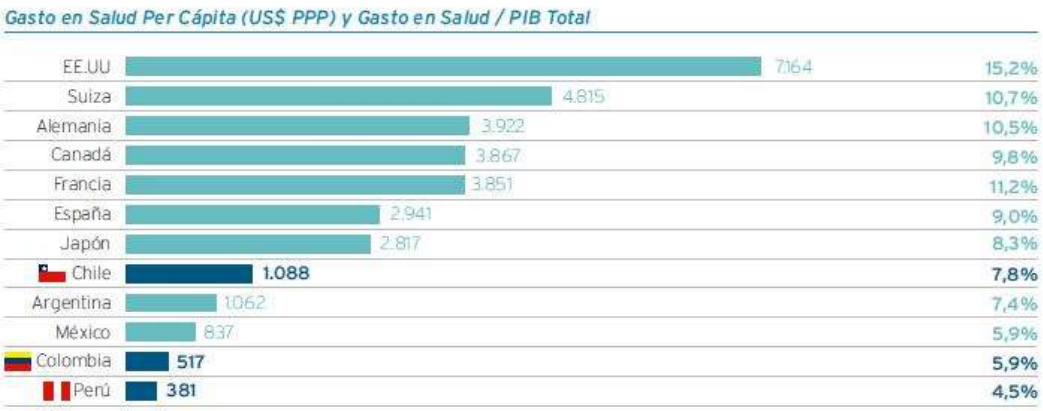
(2) Comprende además del aporte Fiscal Interinstitucional, aporte de cotizaciones Seguridad Social.

(3) Corresponde al gasto realizado directamente por las personas al financiamiento de su salud.

FUENTE: Planificación Institucional - Subdepartamento de Estudios

A primera vista, estos datos parecen encontrarse dentro de los parámetros normales dada la tendencia internacional, e incluso pueden considerarse positivos. No obstante el gasto público en salud se ha casi triplicado y el gasto privado se ha más que duplicado, el porcentaje que dicho gasto representa en el PIB ha disminuido en comparación con el 2000 (aunque se ha incrementado de manera importante desde 2007). Más aún, si comparamos a Chile con otros países del OCDE, nuestro gasto en salud como proporción del PIB aún tiene margen para crecer.

Gráfico 1



El gasto en salud per cápita promedio en el mundo es de aproximadamente US$ 1.100 PPP.

Fuente: Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011.

Lo anterior no implica, empero, que el gasto nacional en salud sea comparativamente bajo. Chile es el país de América del Sur con mayor gasto en salud per cápita (dado que superó a Argentina recientemente) y su gasto en salud como porcentaje del PIB es superior al promedio de los países de la región (6,86%). La tasa de crecimiento anual del gasto *per cápita* es superior al promedio del OCDE.

El potencial de crecimiento del gasto de salud en Chile ha sido promovido por los *holdings* controladores de las principales Isapre como uno de los aspectos atractivos para la inversión en este mercado. Un gasto en salud *per cápita* 7 veces más alto en los EE.UU. (comparado con el gasto en Chile), sumado a un envejecimiento progresivo de la población son las variables que se consideran para la construcción de dichos pronósticos.

La verdadera preocupación, no obstante, aparece cuando las variables recién mencionadas son analizadas desde la perspectiva de los consumidores, así, por ejemplo, cuando el gasto privado es desagregado, separando el gasto de bolsillo de la cotización voluntaria:

Tabla 2

GASTO DE SALUD PRIVADO, AÑOS 2000-2010

Año	Gasto de Bolsillo MM$ c/año	% Part.	Cotización Voluntaria MM$ c/año	% Part.
2000	1.664.677	48,8	184.510	5,4
2001	1.830.060	48,3	213.571	5,6
2002	1.976.504	49,4	230.768	5,8
2003	1.692.663	43,7	268.693	6,9
2004	1.828.086	42,9	301.728	7,1
2005	1.910.562	41,6	328.517	7,2
2006	2.034.981	40,2	352.999	7,0
2007	2.270.751	39,9	384.259	6,7
2008	2.579.339	39,5	443.306	6,8
2009	2.816.509	38,2	472.078	6,4
2010	3.075.486	38,2	420.320	5,2

FUENTE: Boletín Estadístico FONASA.

1.5. Mercados de salud en Chile

En la salud privada de Chile se pueden observar dos mercados claramente diferenciados y profundamente interrelacionados:

a. el mercado de seguros de salud y

b. el mercado de provisión de asistencia sanitaria

La información e incentivos que conforman el vínculo contractual entre los agentes de los dos mercados mencionados, aseguradoras (Isapre) y usuarios en el primero y aseguradora (Isapre) y proveedores, en el segundo, serán objeto de análisis de la siguiente semana.

Conclusión

Durante la presente semana, se expuso la complejidad que implica abordar la salud en un contexto de mercado.

Dicha complejidad radica en la multidimensionalidad de factores que intervienen en un área que pretende poner en circulación un “bien” que no puede reducirse fácilmente a una categoría de compra y venta, ya que su naturaleza involucra directamente al bienestar físico y mental de las personas: la salud.

Así, en una exhaustiva descripción de los factores intervinientes, se incentiva un análisis –de parte de los estudiantes- que ponga en cuestión desde la particularidad de cada análisis, y en relación directa al objeto de análisis complejo, los determinantes de este peculiar mercado.

Durante la próxima y última semana, se analizará el vínculo contractual entre los agentes de los mercados mencionados: aseguradoras (Isapre) y usuarios; y aseguradora (Isapre) y proveedores.

Bibliografía

Gaynor, M.; Haas---Wilson, D.; Vogt, W. (2000). Are Invisible Hands Good Hands? Moral Hazard, Competition, and the Second---Best in Health Care Markets. The Journal of Political Economy, Vol. 108, No. 5.

Gaynor, M.; Seider, H.; and Vogt, W. B. (2005). Is there a volume---outcome effect and does it matter? Yes, and yes. American Economic Review, Papers and Proceedings.

Gaynor, M.; Moreno---Serra, R.; Propper, C. (2010). Death by Market Power: Reform, Competition and Patient Outcomes in the National Health Service. CMPO Working Papers.

Kessler, D.; McClellan, M. (2000). Is hospital competition wasteful? Quarterly Journal of Economics.

Kessler, D. P.; Geppert, J. J. (2005). The effects of competition on variation in the quality and cost of medical care. Journal of Economics and Management Strategy.

Industria de la salud privada en Chile (2013). Extraído en marzo del 2016, de la World Wide Web:
http://icrchile.cl/icr/PDF/Informe_Industria_de_la_Salud_Privada_en_Chile_Agosto2013.pdf

Propper, C.; Sutton, M.; Whitnall, C.; Windmeijer, F. (2010). Incentives and Targets in Hospital Care: Evidence from a Natural Experiment. Journal of Public Economics.

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

SISTEMA DE SALUD PRIVADA

UNIDAD Nº III
Análisis del mercado de la salud privada en Chile

WWW.IPLACEX.CL

Introducción

El papel decisorio del paciente en el mercado de la asistencia sanitaria no se corresponde con el papel que tiene como consumidor en un mercado de bienes de consumo. Hay distintos motivos que lo justifican y que repasaremos más adelante: bien de confianza, existencia de seguro, profesionalismo médico, contratos incompletos y racionalidad limitada en la elección.

En diversos estudios de opinión se establece que la variable más importante para elegir un plan de salud de Isapre es la relación entre su precio y las coberturas que genera en los prestadores, mientras que en segundo lugar de importancia se encuentra la facilidad de acceso del plan a los prestadores (clínicas) libremente elegidos por los usuarios.

En función de estos antecedentes, durante esta última semana, revisaremos las características del mercado asegurador de la salud privada en Chile, y sus contradicciones a partir de su naturaleza privada que otorga un servicio de impacto directo sobre el bienestar físico y mental de los ciudadanos.

Ideas fuerza

Asegurador – Consumidor - Mercado

La selección adversa y la selección de riesgo constituyen comportamientos oportunistas de una y otra parte que se deben intentar contrarrestar con regulación e incentivos.

Las dos medidas tradicionalmente más utilizadas para medir la rentabilidad de una empresa son el ROE (*return on equity*) y el ROA (*return on assets*).

2. MERCADO DE ASEGURAMIENTO DE LA SALUD

La libertad de elección del prestador en grupos sociales de altos ingresos, es un factor clave para juzgar el sistema de salud. En este material se está analizando un servicio que es considerado por los economistas como un bien de confianza cuyas características más importantes son:

a. La calidad de este tipo de bienes no se puede establecer con seguridad y

b. Los proveedores son los “expertos” que determinan la calidad y la necesidad del paciente consumidor.

La aparición de un asegurador (que intermedia en esa relación) cambia la naturaleza del bien salud: desde un bien de confianza hasta un bien de búsqueda o inspección, que son aquellos donde el consumidor aprende sus características mediante su utilización o compra periódica.

Los usuarios no pueden saber hasta qué punto es necesaria la atención de su salud ni tampoco tienen capacidad para evaluar el desempeño del médico o la clínica que los atiende. Esto incluye incapacidad para autoderivarse y es el fundamento más relevante de la existencia y presencia de instancias de medicina familiar o médicos de cabecera que actúen no como freno de la utilización sino como guía del paciente en un entorno asimétrico.

Los estudios de variación de la práctica clínica han ido dejando al descubierto que más recursos no significan más salud y que mayor complejidad no es igual a calidad. En salud más no es mejor.

2.1. Morfología y características del mercado asegurador

El mercado del aseguramiento en Chile se clasifica de acuerdo a quien lo provee en: público y privado. El mercado del aseguramiento público es realizado por Fonasa y el privado por las Isapre. En los sistemas de salud mixtos donde la población se encuentra cubierta por diferentes esquemas de planes públicos y privados los contratos de seguros de salud están sometidos a los problemas de riesgo moral.

Por su importancia, deben destacarse los problemas de racionalidad que produce la distancia entre el tiempo de adquisición y el tiempo de uso del seguro de salud. Normalmente el consumidor comprará un seguro de salud cuando se encuentre sano, por lo que dará menos importancia a las particularidades del contrato (en aspectos de cobertura, calidad de prestadores, etc.) que la que daría en caso de saber con certeza que se enfermará en un tiempo determinado. Una vez enfermo, muchos pacientes se encuentran con coberturas menores a la esperada o con dificultades para asistir al prestador de su preferencia. En términos formales, el problema puede ser descrito como la necesidad de hacer una elección cuando sus beneficios o perjuicios probables son desconocidos. Lo anterior ha llevado a definir el mercado relevante en base a un criterio de “option demand” (OD).

La selección adversa y la selección de riesgo constituyen también comportamientos oportunistas de una y otra parte que se deben intentar contrarrestar con regulación e incentivos. La primera es el ocultamiento por parte de los beneficiarios de enfermedades preexistentes que deben ser declaradas obligatoriamente so pena de no ser cubierta por el contrato y que obliga a pensar en estos casos de sistemas de salud parciales; en la necesidad de construir esquemas universales para enfermedades catastróficas.

La segunda es la selección de riesgo que se expresa a través del rechazo directo o bien cuotas diferenciales para los asociados considerando su edad, sexo, riesgo sanitario, etc., lo que fomenta la construcción de “planes a medida” que cuentan con un bajísimo número de afiliados.

Los contratos tienen a las Isapre en una posición de fuerza, con información respecto de la transacción principal. Es la Isapre quien contrata al prestador, selecciona en base a la calidad del mismo, deriva al paciente, y tiene información específica sobre cada uno de los planes y afiliados.

Una gran cantidad de planes se convierte en una estrategia utilizada para escapar a la comparación, la regulación y la competencia. Cuando se hacen planes a medida, donde no hay uno igual a otro, se hace difícil comparar una cobertura con otra y se construye un nicho de mercado. Esto constituye una típica estrategia de diferenciación de producto donde se busca encontrar un nicho de negocio donde no se compita con otros aseguradores. Si los planes pueden ser a la medida del usuario aumenta la segmentación.

Las Isapre (comprador colectivo) de bienes y servicios de salud, que tiene información epidemiológica y capacidad de monitoreo en base a instrumentos de control de los prestadores prefieren superar la asimetría informativa con el prestador aliándose mediante integración vertical u otros mecanismos y "abandonando" al asociado (paciente) ante el prestador que terminará imponiendo sus condiciones y precio final. La ausencia de modalidades de planes, que permitiría estandarizar y hacer comparable los planes en materia de cobertura, calidad, costos y copagos es otro mecanismo que enturbia la "elección" de planes por parte de los asociados.

2.2. Consumidores

Para poder acceder a un seguro de salud los trabajadores dependientes están obligados a pagar un 7% de su sueldo como cotización obligatoria, la cual puede ser en Fonasa o Isapre, dependiendo de las características y preferencias del individuo. Para el caso de los trabajadores independientes, la ley los obliga a cotizar este 7% de su renta imponible. Otros grupos de la población como los adultos mayores con menores ingresos, o indigentes reciben ayudas del Estado. Un ejemplo de esto es la ley 20.531, publicada el 31 de agosto de 2011. En su primera etapa, que comenzó a regir el 1 de noviembre del año pasado, los jubilados beneficiarios de la pensión básica solidaria o aporte previsional solidario del Estado, quedaron eximidos del pago del 7%. Su segunda etapa comenzará el 1 de diciembre de este año, la cual rebaja la cotización a un 5% a todos aquellos pensionados de la AFP que no pertenecen al grupo anterior, pero que se encuentran dentro del 80% de la población más vulnerable.

En el periodo 2003--2010, el porcentaje de población beneficiaria de un seguro de salud privado se ha mantenido relativamente constante entre un 16% y 17%, mientras que se observa un incremento en la participación del seguro público. De esta forma, en 2010 los beneficiarios del sector público corresponden a un 70% de la población, como se visualiza en el siguiente gráfico:

* Otros Considera a personas particulares y F.F.A.A. no aseguradas en los Seguros Público y Privados antes indicado

Fuente: Fonasa

Al revisar las cifras de los cotizantes de seguros de salud, se observa que en el periodo 2003--2010, los cotizantes de Fonasa superan el 70% de los asegurados, con una tendencia ascendente, mientras que los asegurados de Isapre si bien se mantienen por sobre el 20%, presentan una tendencia descendente.

2.3. Isapre

Como se dijo anteriormente, existen dos tipos de Isapre: abiertas y cerradas. Al revisar la evolución desde 1990, se puede visualizar que el número de cotizantes y beneficiarios de las Isapre abierta han aumentado, mientras que las Isapre cerradas han enfrentado una reducción en ambas categorías.

Cotizantes sector privado

ISAPRE	1990		2011	
	N°	%	N°	%
Abiertas	798.687	93%	1.480.300	97%
Cerradas	64.575	7%	44.999	3%
Total	863.262	100%	1.525.299	100%

Fuente: Elaboración propia en base a información de Fonasa y Superintendencia de Salud.

Beneficiarios sector privado

ISAPRE	1990		2011	
	N°	%	N°	%
Abiertas	1.900.255	90%	2.818.597	96%
Cerradas	208.053	10%	107.376	4%
Total	2.108.308	100%	2.925.973	100%

Fuente: Elaboración propia en base a información de Fonasa y Superintendencia de Salud.

2.4. Rentabilidad de la Isapre

Las dos medidas tradicionalmente más utilizadas para medir la rentabilidad de una empresa son el ROE (*return on equity*) y el ROA (*return on assets*).

El ROE busca determinar la tasa de retorno de la inversión en una empresa y mide la eficiencia de ésta en la generación de utilidades a partir de determinado monto invertido. Esta razón financiera se calcula como la utilidad neta dividida por el patrimonio inicial del período.

El ROA es un indicador que busca determinar qué tan rentable es una compañía en relación a sus activos. Entrega una idea de qué tan eficiente es en el uso de éstos para generar ganancias. En algunas aplicaciones se calcula simplemente dividiendo la utilidad neta por los

activos totales, sin embargo, una aplicación más adecuada supone dividir el resultado operacional por los activos operacionales, ya que esta medida representa de mejor manera la eficiencia en el uso de los activos en las actividades relacionadas con el negocio.

Si bien es cierto, ambas razones financieras son aceptadas y reconocidas como buenos *proxies* para medir la rentabilidad de una empresa, se debe ser precavido en su interpretación dado que, tanto el ROE como el ROA se basan en resultados y datos contables.

En el contexto del mercado de Isapre, diversos métodos han sido usados para medir la rentabilidad del sistema a lo largo de los últimos años. La Superintendencia de Salud considera como indicador de rentabilidad el ratio entre la utilidad neta y el capital y reservas, mientras que Agostini, Saavedra y Willington (2007) utilizaron la tasa de margen operacional calculada como el margen dividido por sus ingresos operacionales. Las Isapre por su parte, históricamente han insistido en que, en la medida en que las estimaciones de rentabilidad omitan la cartera de clientes, activo intangible y presumiblemente de gran valor, los resultados obtenidos serán equivocados. De acuerdo a esta visión, sería más adecuado utilizar, en el cálculo, indicadores relacionados con los márgenes obtenidos por las empresas.

En la presentación de Hernán Doren, presidente de la Asociación de Isapre de Chile, en el Encuentro Nacional de Salud 2011, se compara la rentabilidad de las Isapre con la de otras industrias basándose en el margen neto, definido como la utilidad neta dividido por las ventas totales. En la siguiente tabla se muestran los datos presentados en dicho encuentro:

Indicadores Financieros de Diversas Industrias en Chile
Año Móvil Julio 2010 - Junio 2011

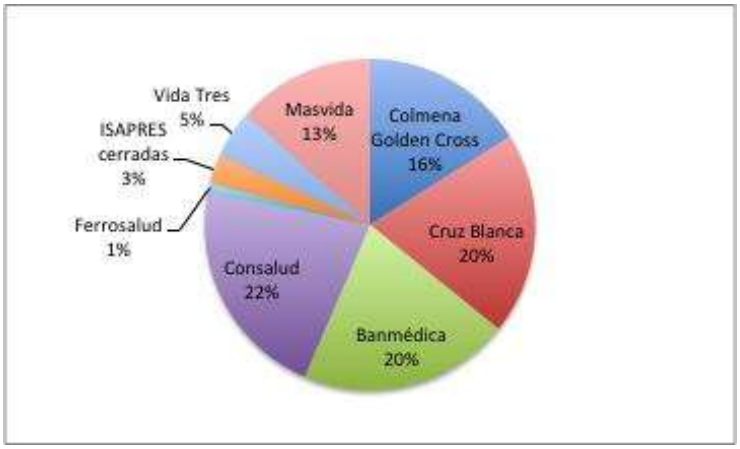
Sectores	Empresas	Ingresos	Utilidad del Ejercicio	Margen de Utilidad
Sanitarias	5	663.055	152.688	23,0%
Bancos	6	6.674.540	1.430.641	21,4%
Telecomunicaciones	2	1.882.291	308.726	16,4%
Electricas	13	8.863.710	1.267.191	14,3%
Clínicas	2	173.848	22.244	12,8%
Combustibles	2	1.236.946	148.386	12,0%
Seguros Vida	30	3.014.192	351.658	11,7%
Embotelladoras	4	2.402.499	282.014	11,7%
Autopistas Concesionadas	10	1.368.300	155.239	11,3%
Retail	4	11.734.004	751.490	6,4%
Isapres	7	1.394.544	68.956	4,9%
Seguros Generales	20	1.545.929	25.995	1,7%
Total	**105**	**40.953.859**	**4.965.228**	**12,6%**

Cifras Expresas en Millones de Pesos (MM$) de Junio de 2011
Fuente: Altura Management en base a datos de: Superintendencia de Valores y Seguros, Superintendencia de Salud, Bolsa de Comercio de Santiago.

2.5. Comportamiento de los agentes

En 1990 existían 21 Isapre abiertas en el país. Desde aquella época hasta hoy se ha verificado una disminución de agentes en el mercado del aseguramiento. Ya sea por una serie de fusiones y adquisiciones o porque la Superintendencia decidió cerrarlas por incumplimientos legales, a 2012 se encuentren vigentes sólo 7 Instituciones.

En el mercado de los seguros, 5 grupos económicos concentran un 96% del mercado (si se considera que Banmédica y Vida Tres pertenecen al mismo *holding*), tal como indica el gráfico que se muestra a continuación:



Además del alto grado de concentración actual, el mercado muestra una tendencia hacia mayores grados de concentración: las Isapre abiertas eran 16 en 1999, pasando a ser 9 en 2004. Actualmente existen 7 Isapre abiertas, no obstante, Ferrosalud posee una estrategia de negocios muy distinta a la de los demás actores y 2 Isapre pertenecen a un mismo holding:

En el ámbito de las Isapre, el portafolio de clientes representa uno de los activos principales de cada compañía: la amplitud de la base de afiliados (*pool* mayor) permite una importante compensación de riesgos, lo que genera ciertas economías de escala en el mercado de los seguros.

No obstante lo anterior, la tendencia al cambio por parte de los afiliados es baja. Así, por ejemplo, las Isapre han tendido a mantener una gran estabilidad en sus respectivas participaciones de mercado, como lo muestra la tabla siguiente:

	2008	2009	2010	2011	2012
Colmena Golden Cross	15,7%	16,8%	16,8%	16,6%	16,5%
Cruz Blanca	21,3%	20,0%	20,0%	20,2%	20,5%
Vida Tres	5,2%	5,1%	5,0%	4,9%	4,8%
Ferrosalud	0,7%	0,9%	0,9%	0,8%	0,8%
Masvida	11,8%	12,8%	13,5%	13,8%	13,9%
Isapre Banmédica	22,0%	22,1%	22,1%	21,4%	21,2%
Consalud S.A.	23,1%	22,3%	21,7%	22,3%	22,3%
Total de Afiliados al sistema de Isapre	1.382.230	1.350.223	1.400.784	1.480.300	1.530.037

Fuente: Elaboración propia en base a información de Fonasa y Superintendencia de Salud.

Ello, a pesar de la entrada de un nuevo actor al mercado en dicho periodo (Ferrosalud). Puede agregarse a este análisis los datos señalados por Thomas Leisewitz en el Encuentro Nacional de Salud (ENASA) 2011, donde señaló que la movilidad al interior del sistema de Isapre durante el 2010 fue de un 6% de los cotizantes totales.

Estos datos se encuentran en consonancia con lo señalado por Agostini *et al.*, cuestión reiterada por el TDLC en el fallo relativo al caso Isapre. De acuerdo a dichos autores, un nuevo entrante al mercado de Isapre, que captase afiliados a una tasa igual a la Isapre que más afiliados captó en cada mes durante 1999--2004, demoraría 4 años en tener una participación equivalente al 8--9% del mercado. La principal explicación se encuentra en la enorme cantidad y dispersión de planes ofrecidos por cada Isapre, según se verá más abajo, los que generan importantes costos de búsqueda y problemas de procesamiento de la información: de acuerdo a (Agostini *et al.*, 2007), un usuario racional apenas alcanzaría a analizar un 1% de los planes que tiene a su disposición, por lo que un sesgo hacia el *statu quo* parece ser una conducta esperable.

La evidencia internacional también tiende a enfatizar los problemas que produce la sobre carga de información. (Frank y Lamiraud, 2009) muestran una extrema dispersión de precios en el mercado de los seguros de salud en Suiza, lo que conduce a baja movilidad de los cotizantes entre planes de salud (en promedio, para los últimos años, alrededor de un 3% de

movilidad anual). Paradójicamente los autores mostraron que la movilidad es mayor en las regiones en que existe un menor número de planes de salud y que dicha movilidad acarrea importantes beneficios para los consumidores (quienes se cambiaron de plan pagan, en promedio, un 16% menos que los que permanecieron en el mismo plan). Todo lo anterior señala que la proliferación de planes y la dispersión de precios son mecanismos que introducen opacidad en el mercado, aumentan la cautividad de los consumidores y entregan, por tanto, poder de mercado a las Isapre.

Como agravante de la condición recién descrita, debe mencionarse que informes recientes han mostrado importantes distorsiones en las percepciones de calidad de los usuarios del sistema de salud. Así, por ejemplo, el perfil del usuario promedio influye la percepción de la calidad de ciertos actores: compañías que obtienen una mayor proporción de usuarios de rentas altas son percibidas como actores de mayor calidad.

En suma, los problemas de información que permean el ámbito de la salud representan la gran piedra de toque para la introducción de reformas que fomenten la competencia al interior de este mercado. Consumidores incapaces de procesar la oferta de planes difícilmente podrán tomar decisiones racionales respecto a la compañía de seguros con la que desean contratar, generando un sesgo hacia la estabilidad que permite a las Isapre contar con una cartera de afiliados relativamente estable y operar en un mercado con importantes barreras de entrada; la falta de indicadores claros de calidad que permitan comparar las prestaciones ofrecidas por los diversos prestadores (públicos y privados) vuelve imposible correlacionar diferencias de precio con diferencias en calidad, volviendo opaca la variable más importante para la elección del plan de Isapre, a saber, los convenios con los prestadores; la dispersión de precios, aumentada por la enorme variabilidad de los convenios y la multiplicidad de aranceles por Isapre impide que los consumidores conozcan de antemano tanto el monto que deberán cubrir personalmente (lo que sólo será explicitado después de recibir la prestación) como su conveniencia. La interacción de todas estas variables disminuye los incentivos que pueden tener los prestadores y aseguradores para competir, conscientes de que la atracción de nuevos clientes es muy costosa (los consumidores no percibirán fácilmente las mejoras en calidad hechas por otros actores), que los clientes actuales son fáciles de retener (la disminución en los esfuerzos por entregar calidad no es fácilmente percibida) y que la demanda por salud es sumamente inelástica, dada la importancia del bien en cuestión y la existencia de seguros que cubren una parte importante de los aumentos de costos. Visto así, resulta más conveniente para los actores involucrados la explotación de los nichos de mercado que tienen asegurados (mediante

aumentos de precios o disminución de calidad en la atención a los clientes leales) antes que un intento por ampliar su cuota de participación en el mercado, dando paso a una hipótesis de “competencia monopolística”.

Conclusión

Esta última semana de la asignatura, se dedicó a revisar las características del mercado de la salud privada, que como declara el término MERCADO se enfrenta a la paradoja de estar inserto en una categoría económica que pretende otorgar un servicio garantizado en la Constitución Política de la República, pero que por su naturaleza privada, intenta obtener el máximo de utilidades posibles.

Reconociendo los esfuerzos y logros que el sistema de salud chileno ha alcanzado a lo largo de su historia, es preocupante la mantención, e incluso profundización, de las desigualdades en los resultados de salud, a las cuales el sistema de salud actual contribuye mediante la discriminación en el proceso de atención, la inequidad en la distribución de los recursos, y una participación comunitaria meramente consultiva respecto de las decisiones de salud.

El desafío parece ser incentivar propuestas de reforma que tiendan a evitar estas brechas de desigualdad, y lograr un sistema de salud de calidad e inclusivo.

Bibliografía

Agostini, Claudio; Saavedra, Eduardo; Willington, Manuel (2007) *Colusión en el Mercado de Isapre: Modelación y Evidencia Empírica*, Ilades Georgetown University Working Papers Inv--184, Ilades Georgetown University.

Agostini, Claudio; Saavedra, Eduardo; Willington, Manuel (2010) Collusion among Health Insurers in Chile: Good, Bad, and Ugly reasons in a Split decision, Antitrust Chronicle, Competition Policy International, vol. 7

Frank, R. and Lamiraud, K. (2009). Choice, price competition and complexity in markets for health insurance. Journal of Economic Behavior and Organization.

Kessler, D. P.; Geppert, J. J. (2005). The effects of competition on variation in the quality and cost of medical care. Journal of Economics and Management Strategy.
Industria de la salud privada en Chile (2013). Extraído en marzo del 2016, de la World Wide Web:
http://icrchile.cl/icr/PDF/Informe_Industria_de_la_Salud_Privada_en_Chile_Agosto2013.pdf

Propper, C.; Sutton, M.; Whitnall, C.; Windmeijer, F. (2010). Incentives and Targets in Hospital Care: Evidence from a Natural Experiment. Journal of Public Economics.

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL