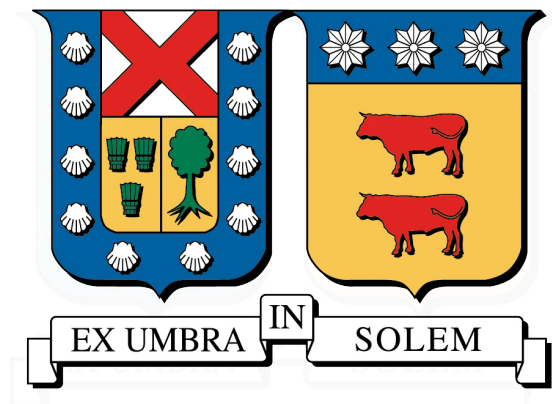


UNIVERSIDAD TÉCNICA FEDERICO SANTA MARÍA
DEPARTAMENTO DE INDUSTRIAS
SANTIAGO - CHILE



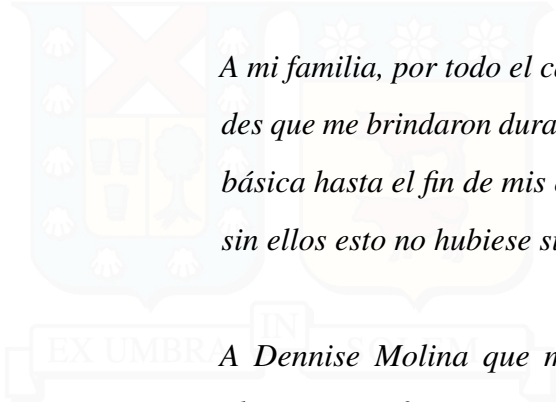
Regulación en el Alza de Precios del Sistema de Isapres

Javier Alejandro Saavedra Araya

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
INGENIERO CIVIL INDUSTRIAL

PROFESOR GUÍA : DR. Javier Scavia
PROFESOR CORREFERENTE : Sr. José Miguel González

Junio 2017



A mi familia, por todo el cariño, apoyo y facilidades que me brindaron durante estos años, desde la básica hasta el fin de mis estudios universitarios, sin ellos esto no hubiese sido posible.

A Dennise Molina que me acompañó en todo el proceso y fue mi punto de apoyo durante el desarrollo de este documento.

A mis profesores, por acompañarme e instruirme en esta etapa, principalmente a Javier Scavia por la disposición y la guía para sacar adelante este proyecto.

A mis amigos, ya que estos son parte fundamental de mi vida y siempre me han apoyado y acompañado en todas las etapas.

A mis compañeros de trabajo que me dieron el espacio y tiempo, principalmente a Jacob Novoa y Andrés Hernández por las facilidades proporcionadas en el proceso.

Índice de Contenidos

1. Introducción	1
1.1. Motivación	1
1.2. Objetivos Generales y Especificos	2
1.2.1. Objetivos Generales	2
1.2.2. Objetivos Especificos	2
2. Situación del Sistema de Salud Chileno	3
2.1. Historia del Sistema de Salud Chileno	3
2.1.1. Inicios	3
2.1.2. Reforma de Salud de la Década de los Ochenta	4
2.1.3. Reformas de salud 1990 - 2007	6
2.1.3.1. Ley N° 19.381 de 1995	6
2.1.3.2. Ley de Urgencias (1999) y Cobertura Catastrófica (2000)	6
2.1.3.3. Ley de Solvencia de las Isapres (Ley N° 19.895 de 2003 o Ley Corta de Isapres)	7
2.1.3.4. Ley de Garantías Explícitas en Salud (Ley N° 19.996 de 2005 o Ley GES) y Decreto con Fuerza de Ley N° 1 (DFL N° 1 de 2005), que establece el General de Garantías en Salud y Crea la Superintendencia de Salud.	7
2.1.3.5. Regulación de Precios y Fondo de Compensación en Isapres para GES (Ley N° 20.015 de 2005 o Ley Larga de Isapres)	8
2.2. La Actual Conformación del Sistema de Previsión de Salud en Chile	10
2.2.1. Isapres	11
2.2.1.1. Afiliación	11
2.2.1.2. Beneficios	12
2.2.1.3. Prestadores	13
2.2.1.4. Financiamiento	13
2.2.1.5. Excedentes y Excesos	13
2.2.1.6. Adecuación de los Planes	15
2.2.1.7. Modificación de Contratos de Salud	16
2.2.1.8. Terminación de Contrato	17
2.2.2. Fonasa	18
2.2.2.1. Afiliación	18

2.2.2.2.	Beneficios	18
2.2.2.3.	Red de Prestadores	18
2.2.2.4.	Plan de Salud	19
2.2.2.5.	Financiamiento	19
2.2.3.	Resumen	19
2.3.	Estadísticas	20
2.3.1.	Isapres Participantes	20
2.3.2.	Cobertura Poblacional	22
2.3.3.	Prestaciones Médicas	27
2.3.4.	Licencias Médicas	28
2.3.5.	Resultados Financieros	30
3.	Situación del Sistema de Salud en Otras Naciones	34
3.1.	Criterios de Selección	34
3.2.	Sistemas de Salud	35
3.3.	Australia	38
3.3.1.	Provisión de Servicios de Salud	38
3.3.2.	Gastos en Salud	39
3.3.3.	Medicare y Seguros Privados	42
3.3.4.	Alzas de los Seguros	43
3.4.	Alemania	45
3.4.1.	Provisión de Servicios de Salud	45
3.5.	Holanda	46
3.5.1.	Provisión de Servicios de Salud	46
3.5.2.	Seguro de Salud Estandar y Primas	47
3.6.	Corea del Sur	48
3.6.1.	Provisión de Servicios de Salud	48
3.7.	Reino Unido	50
4.	Revisión Bibliográfica	52
4.1.	Propuesta de Regulación al Problema de los Precios, Planes y Cautivos en Isapres y su Relación con el Fondo de Compensación Solidario	52
4.1.1.	El cambio de aseguradora en seguros voluntarios	53
4.1.2.	Regulación y Reformas de los Programas de Seguros Sanitarios.	56
4.1.2.1.	Regulación de acceso	56
4.1.2.2.	Información -Precio, calidad, cobertura de los planes	58
4.1.2.3.	Regulación de precios	59
4.1.2.4.	Análisis del Plan de Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas	60
4.1.2.5.	Comentarios relativos a Cautividad	62
4.1.3.	Sobre el Entorno Institucional	63
4.1.4.	Regulación de Precios en Isapres	64
4.2.	Regulation of price increases. David B- Ridley, Su Zhang.	67
4.2.1.	Introducción	67
4.2.2.	Modelo Básico	69

4.2.2.1.	Equilibrio de precios en el modelo básico	70
4.2.3.	Fuga de Consumidores	71
4.2.3.1.	Equilibrio de precio	71
4.2.3.2.	La regulación puede disminuir tanto el precio inicial como los consiguientes	72
4.2.4.	Beneficio y Bienestar Social	73
4.2.4.1.	Beneficio	73
4.2.4.2.	Bienestar Social	74
4.3.	Circular IF N° 14 y N° 205.	74
4.3.1.	CIRCULAR IF N°14	74
4.3.1.1.	OBJETIVO DEL NUEVO PROCEDIMIENTO DE ADE- CUACIÓN	74
4.3.1.2.	CALCULO DE LA BANDA DE PRECIOS	75
4.3.1.3.	Envío de información a la intendencia	77
4.3.1.4.	Fiscalización	77
4.3.2.	CIRCULAR IF N°205	78
4.3.2.1.	Objetivo	78
4.3.2.2.	Modifica la Circular que contiene el Compendio de In- formación	78
4.3.2.3.	Del envío de información a la Intendencia sobre varia- ción de precios base	78
4.4.	Judicialización contra las Isapres: ¿Un callejón sin salida?	79
4.5.	Análisis de la Banda de Precios en el Sistema de Isapre	83
4.5.1.	Antecedentes	83
4.5.2.	Proceso de Adecuación de Contratos Julio 2016 a Junio 2017	84
4.5.2.1.	Promedios Ponderados de las Variaciones de los Precios Base (PPV)	84
4.5.2.2.	Planes Afectos al Proceso de Adecuación de Precios Base.	86
4.5.3.	Beneficiarios Afectos al Proceso de Adecuación de Precios Base	87
4.5.4.	Variaciones de los Precios Base	89
4.5.5.	Variaciones en comparación al periodo anterior	91
4.5.6.	Evolución Histórica de las Alzas de Precios Base.	92
4.6.	Resultados Financieros Provisionales del Sistema Isapre	94
4.6.1.	Resultados Financieros	94
4.6.2.	Ingresos de Actividades Ordinarias	96
4.6.3.	Costos y Gastos de Administración y Ventas	97
4.6.3.1.	Costos	97
4.6.3.2.	Gastos de Administración y Ventas	97
4.6.4.	Estandares Legales	99
4.6.4.1.	Antecedentes	99
4.6.4.2.	Cumplimiento	99
4.6.5.	Conclusiones	104
5.	Propuesta	107

6. Recomendaciones y Limitaciones de la Propuesta **113**

6.1. Integración Vertical 113

6.2. Cantidad de Planes Disponibles 115

6.3. Desaturación del Sistema Público 115

Bibliografía **117**



Índice de Tablas

2.1. Participación de mercado 2015. Fuente: Asociación de Isapres en base a información de SIS	22
2.2. Evolución usuarios por tramo etario. Fuente: Asociación de Isapres con información del SIS	26
2.3. Evolución de las prestaciones otorgadas. Fuente: Asociación de Isapres con información del SIS.	27
2.4. Evolución de las prestaciones por usuario. Fuente: Asociación de Isapres con información del SIS	28
2.5. Tasas de crecimiento porcentual SIL. Fuente: Asociación de isapres con datos del SIS.	30
2.6. Evolución Resultados Financieros (% de los ingresos operacionales). Fuente: Asociación de Isapres con Información del SIS.	31
2.7. Evolución de Resultados en millones de pesos. Fuente: Asociación de Isapres con información del SIS.	33
3.1. Estadísticas demográficas. Fuente: World Bank (2016)	35
3.2. Fuentes de Financiamiento. Fuente: Fonasa (2016); AIHW(2014); Federal Health Reporting (2016)	36
3.3. Fuentes de Financiamiento. Fuente: Statistics Netherlands (2016); Korean Statistical Information Service (2016); Office for National Statistics (2016).	37
3.4. Aumento porcentual promedio de las aseguradoras australianas. Fuente: Iselect 2017.	44
4.1. PPV Informado por las Isapres. Fuente: Superintendencia de Salud.	85
4.2. Proceso de Adecuación Julio 2016 -Junio 2017. Fuente: Superintendencia de Salud.	86
4.3. Beneficiarios Afectados por Isapre. Fuente: Superintendencia de Salud.	88
4.4. Planes y Beneficiarios según tramos de Variación del Precio Base. Fuente: Superintendencia de salud.	89
4.5. Promedio ponderado de las variaciones reales de precios base (%). Fuente: Superintendencia de salud.	91
4.6. Resultados Financieros Enero - Diciembre	95
4.7. Ingresos de Actividades Ordinarias.	96
4.8. Costos Enero - Diciembre. Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo	98

4.9. Gasto de Administración y Ventas.Fuente: Superintendencia de Salud.
Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo. 98



Índice de Figuras

2.1.	Excesos en la isapre en millones de pesos. Fuente: Superintendencia de Salud	15
2.2.	Cantidad de Isapres Participantes en el tiempo. Fuente: Isapres de Chile con información de SIS	21
2.3.	Evolución Afiliados. Fuente: Asociación de Isapres con informacion del SIS	23
2.4.	Cotizantes por ingreso en el tiempo. Fuente: Asociación de Isapres con información del SIS	24
2.5.	Evolución en la cartera de cotizantes. Fuente: Asociación de Isapres con información del SIS	25
2.6.	Evolución del gasto en SIL en moneda del 2015. Fuente: Asociacion del isapres con datos del SIS	29
2.7.	Recursos de protección y costas por adecuación de planes. Fuente: Asociacion de isapres con datos del SIS.	32
3.1.	Provisión de salud en Australia. Fuente: AIHW(2014)	39
3.2.	Gasto en salud vs GDP (%). Fuente: AIHW 2014	40
3.3.	Distribución del gasto en salud. Fuente: AIHW 2014	41
3.4.	Gastos distribuidos por financiador. Fuente: AIHW 2014.	41
3.5.	Sistema de salud coreano. Fuente: Chun (2009).	49
4.1.	Distintas zonas dependiendo del nivel de regulación λ .	70
4.2.	Nº de Recursos de protección y Costas Judiciales. Fuente: Estadísticas del poder judicial	81
4.3.	Planes Afectos al proceso de adecuación. Fuente: Superintendencia de Salud	87
4.4.	Beneficiarios Afectos al Proceso de Adecuación de Precios	88
4.5.	Impactos según tramos de variación. Fuente: Superintendencia de salud.	90
4.6.	Porcentaje de Beneficiarios Afectados con Alzas por Tramos de Variación de Precios. Fuente: Superintendencia de Salud	92
4.7.	Evolución del Promedio de las Variaciones de Precios Base 2001 a 2016. Fuente: Superintendencia de salud.	93
4.8.	Resultados Financieros del Sistema Isapre. Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo	95
4.9.	Evolución Estándar Legales. Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo.	100
4.10.	Estándar de Patrimonio. Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo.	101

4.11. Estándar de Liquidez. Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo. 102

4.12. Estándar de Garantía. Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo. 103



1 | Introducción

1.1. Motivación

El siguiente trabajo busca sacar a relucir la situación actual del sistema de salud en Chile desde sus inicios y las leyes que fueron conformando el sistema como se conoce al día de hoy. Han pasado 36 años de desarrollo del sistema de salud privado de Chile, que han dejado muchas lecciones en el camino y posibilidades de mejora a futuro. Es posible ver una reseña histórica sobre el desarrollo del sistema Isapre y el marco regulatorio que lo ha normado a través de los años, además de aspectos institucionales y de operación que han caracterizado al sistema de salud chileno. Luego, se exponen las experiencias internacionales con sus respectivos sistemas de salud a modo de conocer realidades distintas a la chilena, para este ejercicio se presenta el caso de Australia, Alemania, Holanda, Corea del Sur y el Reino Unido. Para complementar, se investiga sobre la teoría económica de la regulación de precios, los problemas que representa la cautividad para la población junto con métodos para mejorar la situación, normas legales sobre adecuación de precio para las isapres y además se analiza a fondo el problema de judilización que enfrentan actualmente las isapres. Finalmente, para concluir se presenta una propuesta de mejora en la regulación de las alzas efectuadas en los planes comercializados por las isapres que beneficie a los cotizantes y las compañías privadas que administran dichos recursos, también se presentan las limitantes de la propuesta y recomendaciones que se creen pertinentes.

1.2. Objetivos Generales y Especificos

1.2.1. Objetivos Generales

Realizar una investigación sobre el sistema de Isapre con la finalidad de analizar las posibles falencias y mejoras al sistema de regulación de precios.

1.2.2. Objetivos Especificos

- Investigar la configuración del sistema de salud chileno, tanto público como privado para tener una noción general de los antecedentes.
- Investigar la legislación actual sobre adecuación de precios para conocer la situación en esta materia, además de comparar con otras economías.
- Conformar una propuesta de mejora de la actual regulación de precios en el sistema de Isapres para crear una solución que sirva tanto al sistema como al cliente.

2 | Situación del Sistema de Salud Chileno

2.1. Historia del Sistema de Salud Chileno

2.1.1. Inicios

Es importante para analizar la situación actual del sistema de salud chileno el saber de dónde proviene y cómo se gestó el sistema con el que se administra actualmente Chile.

El origen del sistema de salud chileno se remonta a 1844, cuando aparecen las primeras organizaciones sanitarias, de la mano de la creación de la junta nacional de beneficencia. Sin embargo, el concepto de seguro aparece por primera vez durante la primera parte del siglo XX, con la creación en 1924 del ministerio de higiene, asistencia y previsión social (Posteriormente ministerio de salud) y la promulgación de la ley de seguro obrero obligatorio [Asociación Gremial de Isapres AG \(2016\)](#).

El sistema de seguro obrero obligatorio es el primero en usar un financiamiento contributivo, es decir, que los aportes eran de los trabajadores. Más tarde se crea el servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena). En 1952 se crea el servicio nacional de salud (SNS), que atendía a obreros y la población no cubierta por el sermena. Con el SNS, desaparece el seguro obrero obligatorio [Asociación Gremial de Isapres AG \(2016\)](#).

En 1968, se promulga la ley N°16.744, la que establece las normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y asume los compromisos de pago de pensiones y beneficios, así como el cobro de la cotización de dicho seguro (Mutuales de Seguridad, Instituto de Seguridad Laboral), separando estos eventos de las obligaciones medicas del

seguro nacional de salud. Este seguro existe hasta el día de hoy en nuestro país [Asociación Gremial de Isapres AG \(2016\)](#).

En síntesis, hacia mediados de los años setenta, el sistema de salud chileno estaba organizado de la siguiente manera: El ministerio de Salud Pública junto con el Servicio Nacional de Salud ejercían las funciones normativas y controladoras. Adicionalmente, el sistema nacional de Salud, administraba y operaba el sector público de salud, que como se señaló, entregaba cobertura a obreros e indigentes, quienes hasta antes de 1979 no tenían acceso a medicina de libre elección, y en caso de atenderse en el sector privado debían asumir el costo total de la prestación. El Sermena, dependía del ministerio de salud pública y era una institución semifiscal, la cual financiaba las prestaciones de salud de los empleados, quienes podían elegir de entre un registro de prestadores inscritos, debiendo pagar un copago en el lugar de atención. La legislación establecía que todos los trabajadores debían cotizar obligatoriamente parte de sus salarios, los obreros inscritos al SNS, además recibían aportes de los empleadores y aportes fiscales, mientras que los empleados adscritos al Sermena, recibían suplementariamente solo aporte de sus empleadores [Asociación Gremial de Isapres AG \(2016\)](#).

2.1.2. Reforma de Salud de la Década de los Ochenta

La conformación del actual sistema de salud se originó en la década de los ochenta, es aquí donde se dieron los primeros pasos en relación a los temas de salud pública que conocemos actualmente. Lo anterior se gatilla debido a la promulgación de una nueva Constitución Política para la República de Chile, la cual reconoce en su Art.19 n°9 inc.1° como una garantía constitucional el derecho a la protección de la salud [Asociación Gremial de Isapres AG \(2016\)](#).

Según la constitución se extrae lo siguiente:

“El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de Instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la

que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea este estatal o privado”

Un punto importante a destacar es el que menciona la libre elección entre un sistema privado y público de salud, esto genera un cambio en la forma que se lleva la salud en Chile que antes era casi de exclusiva responsabilidad estatal. La ley mantiene la obligación de cotizar, pero la libre elección entre sistema de salud privado o estatal da origen a las instituciones de salud previsionales (Isapres) y faculta a la ley para regular a estas entidades privadas que perciben cotizaciones obligatorias de salud, y que de esta forma sustituyen al Estado en el otorgamiento y financiamiento de las prestaciones de salud [Asociación Gremial de Isapres AG \(2016\)](#).

Adicionalmente, con la Constitución de 1980 se redefine el rol del Ministerio de Salud y se descentraliza la provisión de salud estatal. En el caso de la atención primaria, se traspasó la administración de los centros de atención primaria desde el Servicio Nacional de Salud a los municipios. Con ello, se disolvió el SNS y se descentralizó la salud pública en 27 centros autónomos con patrimonio propio a cargo de las funciones operativas, de gestión y desarrollo de su red y cuya jurisdicción quedó asociada a determinadas zonas. En relación con la recaudación y administración de los recursos destinados a la provisión de salud estatal, se fusionaron los antiguos asegurados dependientes del estado (SNS y Sermena), dando origen al Fondo Nacional de Salud, Fonasa (DL N° 2.763 de 1979), que se constituyó como un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio [Asociación Gremial de Isapres AG \(2016\)](#).

Es así como en la década de los ochenta se generaron grandes cambios, creando Fonasa, el nacimiento de las isapres y la descentralización del servicio nacional de salud, junto con la municipalización de gran parte de la atención primaria de salud. En materia de seguridad social a partir de los ochenta, las cotizaciones legales (salud y pensiones) pasaron a ser de cargo exclusivo de los trabajadores, eliminándose el aporte de empleador.

En la década de los noventa, en tanto, se promulgaron diversas leyes en pro de fortalecer el sistema de salud estatal y regular más a la actividad privada. Es así como en 1990 (Ley N°18.933 de 1990) se creó la Superintendencia de Isapres (existe hasta el 2005 cuando se transforma en la Superintendencia de Salud), institución que regula y supervisa el mercado

de seguros y proveedores de salud, asimismo, las isapres para constituirse deben registrarse en dicha Superintendencia. Por su parte, el Fonasa desde su constitución es supervisado por el Minsal y debe someterse a sus políticas, normas y planes [Asociación Gremial de Isapres AG \(2016\)](#).

2.1.3. Reformas de salud 1990 - 2007

Entre 1990 y 2007 Chile enfrentó una seguidilla de reformas, las que tenían como fundamento el reconocimiento del derecho a la salud, la equidad, solidaridad, la eficiencia y la participación social. De esta forma, las reformas afectaron primordialmente a la Superintendencia de Isapre, el Estatuto de Atención Primaria y reemplaza el Régimen de Prestaciones de Salud por el Régimen General de Garantías en Salud, incorporándose tanto para el sector público como para el sistema Isapre, la obligación de entregar el conjunto de prestaciones Garantías Explícitas en Salud [Asociación Gremial de Isapres AG \(2016\)](#). De acuerdo a lo antes mencionado hay una serie de leyes y reformas que impactaron directamente al sistema de salud, las cuales según el documento de la Asociación Gremial de Isapres es como sigue:

2.1.3.1. Ley N° 19.381 de 1995

Esta normativa estableció los contenidos mínimos de los contratos, eliminó los periodos de carencia y detalló expresamente qué prestaciones podían ser excluidas de las coberturas ¹. Además se declaró que los excedentes son propiedad de los afiliados ².

2.1.3.2. Ley de Urgencias (1999) y Cobertura Catastrófica (2000)

La ley de urgencias tuvo como fin perfeccionar algunas normas en el área de la salud. Mediante esta normativa, se prohibió a los establecimientos de salud públicos y privados,

¹Las preexistencias no declaradas pueden ser excluidas de cobertura, mientras que las preexistencias declaradas tendrán una carencia por un periodo de 18 meses. Asimismo, quedan sin cobertura las prestaciones cubiertas por otras leyes, la atención de enfermería, las hospitalizaciones con fines de reposo, las prestaciones derivadas de la participación del beneficiario en actos de guerra, la cirugía plástica con fines de embellecimiento, medicamentos ambulatorios y las prestaciones que no estén contenidas en el arancel de Fonasa.

²Se entiende como excedente a la diferencia entre el monto y el 7 por ciento obligatorio

exigirles a los afiliados que debiesen atender, montos en dinero, cheque u otro instrumento financiero para asegurar el pago futuro de las prestaciones otorgadas o condicionar de cualquier otra forma dichas atenciones, cuando esta fueran de carácter de urgencia vital. En el caso de las isapres, estas instituciones deben pagar directamente al establecimiento de salud el valor de las prestaciones que se haya otorgado a sus afiliados, hasta que el paciente se encuentre estabilizado y sea trasladado a un centro asistencial que corresponda a su plan de salud. Por su parte, las isapres como medida de autorregulación crearon un seguro catastrófico, el que sería entregado a todos sus beneficiarios para enfrentar financieramente una enfermedad catastrófica, fijándose un deducible por sobre el cual se accedería al pago total de la enfermedad, siempre y cuando esté atendiendo en la red de prestadores preferentes de su Isapre.

2.1.3.3. Ley de Solvencia de las Isapres (Ley N° 19.895 de 2003 o Ley Corta de Isapres)

Luego de la quiebra de la isapre Vida Plena en el año 2003, el gobierno envió al congreso un proyecto de ley que establecía diversas normas de solvencia y protección a las personas pertenecientes a las isapres, AFP y compañías de Seguro, y que culminó con la dictación de la Ley N°19.895. Esta normativa posteriormente se incorporó a la reforma de Salud del año 2005, y por tanto quedó contenida en el DFL N°1 de 2005. En particular, se legisló en lo referente al capital mínimo requerido al momento de ser registradas como Isapres (Montos mínimos de cinco mil U.F más una garantía de dos mil U.F), al patrimonio de las Isapres (Deben mantener un monto igual o superior a 0,3 veces el de sus deudas totales) y la liquidez de las isapres (la relación entre activo y pasivo no puede ser inferior a 0,8), entre otras.

2.1.3.4. Ley de Garantías Explícitas en Salud (Ley N° 19.996 de 2005 o Ley GES) y Decreto con Fuerza de Ley N°1 (DFL N° 1 de 2005), que establece el General de Garantías en Salud y Crea la Superintendencia de Salud.

En el DFL1 del Ministerio de Salud de 2005 está contenida la reforma a la salud que se basa en los pilares del GES y la autoridad sanitaria. En concreto, esta ley crea el Régimen

General de Garantía Explícita de Acceso; la Garantía Explícita de Calidad; la Garantía Explícita de Oportunidad y la Garantía Explícita de Protección Financiera, todas las cuales apuntan a la ampliación de las prestaciones a un mayor número de personas y a un mayor número de enfermedades. En términos simples, el plan GES incluye un listado de patologías cuyo diagnóstico y tratamiento cuenta con Garantías Explícitas en Salud (GES), referidas al acceso, calidad, oportunidad y protección financiera para todos los chilenos (Fonasa e Isapres).

El precio o prima del GES es igual para todos los beneficiarios de Isapre, sin que se pueda aplicar para su determinación la discriminación de precios por edad y sexo, como ocurre con el contrato del plan base. El precio del GES varía cada tres años, contados desde la vigencia del respectivo decreto GES, o en un plazo inferior si el decreto es revisado antes del periodo señalado si se agregan problemas de salud y/o una enfermedad.

La determinación de las patologías incluidas en el GES es elaborada por el Ministerio de Salud, de conformidad a un procedimiento establecido en la ley y en el reglamento, y deben ser aprobadas por el Ministerio de Hacienda. El Ministerio de Hacienda fija un marco de recursos disponibles en el Fonasa y el valor de la Prima Universal, expresada en UF, al que deberán ajustarse dichas garantías.

Por otra parte, en el año 2005 se reemplaza la Superintendencia de Isapres por la Superintendencia de Salud, organismo funcionalmente descentralizado (se relaciona con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud), dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, cuyas funciones principales son supervigilar y controlar a las Isapres y a Fonasa, y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley, además de fiscalizar a todos los prestadores de salud públicos y privados, respecto de su acreditación y certificación.

2.1.3.5. Regulación de Precios y Fondo de Compensación en Isapres para GES (Ley N° 20.015 de 2005 o Ley Larga de Isapres)

La reforma del año 2005 normó un sistema para fijar las alzas en los planes de salud, estableciendo los aspectos en que se componía el precio del plan y estableciendo la forma en que este podía reajustarse anualmente. De esta forma, el servicio está compuesto por (i)

un precio base (ajustado por un factor de riesgo) y (ii) la prima GES por beneficiario (tarifa plana). En la reforma del 2005, se estableció que el precio base se reajusta a través de dos mecanismos contemplados en la Ley: la “adecuación” del precio base y la aplicación de tablas de factores de riesgo (sexo, edad y condición de cotizante o beneficiario). Además, los planes están fijados en UF, por lo que contemplan un reajuste inflacionario mensual.

- (i) Adecuación de los planes: el artículo 197 del DFL N° 1 de 2005 modifica el conjunto de riesgos a considerar para efectos de la aplicación de un ajuste de tarifas. La ley incentivó la ampliación de la consideración de los riesgos a toda la cartera de la Isapre, como una forma de colectivizar en todos los beneficiarios de una Isapre el ajuste de tarifas (hasta antes de esta ley, algunos planes no tenían reajuste, pero otros, con población con más problemas de salud, sufrían reajustes más altos).

En el artículo 198, en tanto, se establecen las reglas a las que se debe someter la Isapre³, reglas de cómo la Superintendencia de Salud recibe el precio de cada plan y las propuestas de modificación de precio, el que debe circunscribirse a una banda (Que varía de 0,7 a 1,3) . La autoridad debe fiscalizar que el alza de estos precios se ajuste a la ley y que no haya discriminación entre afiliados (la ley prohíbe hacer rebajas).

- (ii) Tabla de Factores de Riesgo: Está definida en el artículo 170 letra n) del DFL N° 1 de 2005. La norma señala: “La expresión Tabla de Factores por aquella tabla elaborada por la Institución de Salud Previsional cuyos factores muestran la relación de precios del plan de salud para cada grupo de personas, según edad, sexo y condición de cotizante o carga, con respecto a un grupo de referencia definido por la Superintendencia, en instrucciones de general aplicación, el cual asumirá el valor

³La ley contempla que El procedimiento de adecuación de precios se inicia con una carta al afiliado con tres meses de anticipación de la fecha en que se cumpla la anualidad. Establece que las Isapres una vez al año pueden revisar los planes de salud y modificar el precio base el plan en condiciones que no exista discriminación entre afiliados de un mismo plan y en las mismas condiciones que se están ofreciendo a los nuevos contratantes. La modificación sólo puede estar referida al precio del plan, no a los beneficios o coberturas, los que no se pueden modificar. Si el afiliado no está de acuerdo con el nuevo precio cobrado puede solicitar un plan alternativo, por el mismo precio que paga, planes que deben estar en comercialización en ese momento y, si el afiliado no está conforme con las opciones propuestas puede desafiliarse (opción que es más complicada de tomar para pacientes con preexistencias, ya que es poco probable lo acepten en seguro privado de la competencia. Si lo aceptan en Fonasa).

unitario. Esta tabla representa un mecanismo pactado de variación del precio del plan a lo largo del ciclo de vida, el que es conocido y aceptado por el afiliado o beneficiario al momento de suscribir el contrato e incorporarse a él, según corresponda, y que no podrá sufrir variaciones en tanto la persona permanezca adscrita a dicho plan”.

Es importante mencionar que, en el año 2010, el Tribunal Constitucional dictó una sentencia que derogó parte de la normativa de la Tabla de Factores. En la práctica congeló la aplicación de dicha tabla para aumentar los precios de los afiliados y beneficiarios cuando cambiaran de tramo de edad²⁵. Esto, por considerarlo contrario al derecho a la protección de la salud, el principio de igualdad y el derecho de seguridad social que no admite trato discriminatorio de ningún tipo.

- (iii) Recursos de Protección con el fin de frenar adecuación precios base de planes: los tribunales también interfirieron en la modificación del alza de los precios bases, mediante la aceptación de recursos de protección (comenzaron el año 2007) interpuestos por los beneficiarios del sistema Isapre, con el fin de frenar los precios base de sus planes. Los jueces han fallado, en su mayoría, a favor de quienes han apelado en contra del alza de precio base, justificando su decisión en que estos aumentos constituyen actos arbitrarios y unilaterales por parte de las Isapres, dejando de lado consideraciones de incrementos de costos de la salud y que las Isapres están facultadas por ley para modificar anualmente los precios de sus planes.

2.2. La Actual Conformación del Sistema de Previsión de Salud en Chile

En Chile, se obliga por ley a destinar para efectos de salud el siete por ciento del sueldo o pensión que una persona perciba con un tope imponible. Las instituciones facultadas por ley para recibir la cotización para salud y a cambio otorgar y financiar las prestaciones de salud, y gestionar y pagar los subsidios por incapacidad laboral (SIL) provenientes de licencias médicas curativas (enfermedades comunes), son el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), que pertenece al sistema público, y las Instituciones de Salud Previsional (Isapres),

las cuales pertenecen al sector privado. ([Asociación Gremial de Isapres AG, 2016](#))

De esta forma, el sistema previsional de salud en Chile es mixto, pues cuenta con participación pública y privada en lo que se refiere al aseguramiento de la salud (también es mixto a nivel de financiación y provisión de atenciones de salud). Actualmente, el sector previsional de salud cubre al 95 % de la población, estando un 76 % de dicha población adscrita a Fonasa y un 19 % en las Isapres. Del resto de la población, cerca de un 3 % está vinculado a las Fuerzas Armadas y Carabineros y el remanente dispone de seguros privados distintos a las Isapres o no cuenta con aseguramiento ([Asociación Gremial de Isapres AG \(2016\)](#)).

2.2.1. Isapres

2.2.1.1. Afiliación

Las Isapres, al momento de la suscripción del contrato de salud con un futuro cotizante, sólo pueden evaluar el riesgo individual de salud de esa persona y sus beneficiarios, utilizando para ello la declaración de salud. Las instituciones de salud previsional no podrán excluir de la posibilidad de solicitar la afiliación, a priori, a ningún grupo de personas, basadas en consideraciones tales como el sexo, edad, condición de salud, condición laboral, etnia, preferencia sexual u otras de los futuros cotizantes y/o sus beneficiarios. Sin perjuicio de aquello, las isapres siempre son responsables de proporcionar la información suficiente y la orientación adecuada a las personas acerca de los planes que más se ajusten a sus requerimientos y necesidades. ([Superintendencia de Salud, 2016](#))

Conforme lo anterior, evaluados positivamente los antecedentes que proporcionen las personas para suscribir el contrato de salud, de acuerdo a lo establecido en los párrafos primero y segundo de este Título, aquéllas son libres para elegir cualquier plan de salud que forme parte de la cartera de planes en comercialización o que estén disponibles para su suscripción, debiendo la isapre posibilitar al potencial cotizante esta elección, no obstante que debe considerarse el límite respecto del monto de los excedentes, establecido en el inciso sexto, del artículo 188 del D.F.L. N°1, de 2005, de Salud, al celebrar el contrato de salud. ([Superintendencia de Salud, 2016](#))

La isapre utilizará la Declaración de Salud para registrar las enfermedades, patologías o condiciones de salud preexistentes, en los términos señalados en el inciso segundo del N° 6 del artículo 190 del DFL N° 1 de sus potenciales cotizantes y personas beneficiarias. Para estos efectos, el o la cotizante deberá llenar la antedicha declaración, de acuerdo a la normativa vigente, y firmarla en señal de conformidad con el contenido de lo declarado en materia de enfermedades o condiciones de salud preexistentes. La isapre deberá entregar al potencial cotizante un comprobante que indique la fecha del llenado de la Declaración de Salud, la identificación del postulante y la fecha en que se va a pronunciar respecto a la aceptación o el rechazo de la incorporación. ([Superintendencia de Salud, 2016](#))

Una vez aceptada la declaración de salud por las partes, se completarán los restantes documentos contractuales y se firmarán el plan de salud, la selección de prestaciones valorizadas, las condiciones generales del contrato. ([Superintendencia de Salud, 2016](#))

En caso de rechazo de la afiliación en la fecha estipulada, la isapre deberá justificar fundadamente el motivo de aquél en la Sección F “Resultado de la evaluación por parte de la isapre”. Al momento de comunicar tal situación al postulante, deberá devolverle el ejemplar de la Declaración de Salud destinado a él, con todos los antecedentes aportados por éste. ([Superintendencia de Salud, 2016](#))

2.2.1.2. Beneficios

Las isapres deberán disponer de mecanismos alternativos que garanticen la continuidad del otorgamiento de los beneficios relacionados con la ejecución del contrato de salud, al momento en que éstos sean requeridos por los beneficiarios. ([Superintendencia de Salud, 2016](#))

En relación a los planes de salud y su prima, en el caso de las Isapres el precio de cada plan depende de la cobertura del plan contratado (bonificación y copagos), la mayor o menor libertad para elegir prestadores y del riesgo de los beneficiarios (sexo y edad). Por lo que en Isapres existen múltiples planes complementarios y por tanto múltiples primas para dichos planes (misma prima para mismo plan complementario, pero que se multiplica por el factor de riesgo del afiliado). Por su parte, la prima GES es igual para todos los beneficiarios dentro de una misma Isapre (varía entre Isapres) [Asociación Gremial de Isapres AG \(2016\)](#).

2.2.1.3. Prestadores

La red de prestadores de las isapres es particular a cada una de ellas, pudiendo tener beneficios especiales en ciertas instituciones particulares. Sumado a lo anterior, dependiendo del plan al que esté sujeto el usuario (Determinado por el precio pagado), podrá acceder a beneficios de libre elección en cualquier institución privada, por lo que las opciones de prestadores son casi ilimitadas.

2.2.1.4. Financiamiento

En relación al financiamiento, los beneficios que reciben los afiliados a Isapres se financian exclusivamente con el aporte de los cotizantes, lo que en muchos casos implica un aporte adicional a la cotización legal. En efecto, se estima que los cotizantes de Isapre pagan en promedio el 10 % de su salario imponible. En concreto, de lo recaudado por las Isapres en el año 2015, un 72 % correspondió a cotización legal y el 28 % restante a aporte voluntario [Asociación Gremial de Isapres AG \(2016\)](#).

Previendo el problema de los costos crecientes en salud, la reforma al sistema Isapre del año 2005, facultó a las Isapres para poder ajustar las tarifas (no su contenido) de sus planes base (mismo para todos los beneficiarios de dicho plan) una vez al año. Sin embargo, la operación del sistema Isapre ha tenido que enfrentar diversos problemas en lo que respecta al ajuste de tarifas, básicamente, producto de modificaciones a lo establecido en la ley en lo referente al ajuste de los precios base de los planes, tales como, la declaración de inconstitucionalidad de la tabla de factores de riesgo (2010) y la judicialización de la adecuación de precios [Asociación Gremial de Isapres AG \(2016\)](#).

2.2.1.5. Excedentes y Excesos

Los excedentes corresponden a la diferencia entre el 7 % aportado vs el precio del plan (Precio base + GES). Estos excedentes se acumulan automáticamente en una cuenta para el usuario, y pueden ser usados para comprar productos farmacéuticos, pagar prestaciones, contratar complementos al plan, entre otros. ([Asociación Gremial de Isapres AG, 2016](#))

Corresponden a la diferencia positiva producida entre la cotización mínima para salud,

con el tope legal respectivo, y la suma del precio de las GES y del precio del plan convenido. Las diferencias que se generen pasarán a constituir los excedentes de cotización y deberán ser destinados a la cuenta corriente individual. (Superintendencia de Salud, 2016)

La cuenta corriente es la cuenta que la isapre está obligada a abrir a favor de aquellos afiliados que generen excedentes y que no hayan renunciado expresamente a ellos, en virtud de lo señalado en el inciso primero del artículo 188 del DFL N° 1. (Superintendencia de Salud, 2016)

Al momento de celebrarse el contrato de salud, el monto de los excedentes a destinar a la cuenta corriente individual no podrá ser superior al 10 % de la cotización mínima para salud, calculada sobre el monto promedio de los últimos tres meses de la remuneración, renta o pensión, según sea el caso, sin perjuicio del tope legal establecido. Con todo, cualquier otro excedente que se produzca durante la anualidad correspondiente por aumentos permanentes o transitorios de la renta imponible del cotizante, deberá incrementar siempre su cuenta corriente. (Superintendencia de Salud, 2016)

Por otro lado, también existen los excesos que se dan cuando se entrega a la isapre más del 7 % del sueldo, esto puede ocurrir por remuneraciones extraordinarias o rentas de dos o más empleadores. Estos excesos pueden pedirse de vuelta por parte del usuario y deben ser devueltos en efectivo, vale vista, cheque nominativo o depósito en cuenta corriente. En la figura 2.1 se puede observar la evolución de estos montos. (Asociación Gremial de Isapres AG, 2016)

Corresponde a la cotización percibida por la isapre en el respectivo mes, que sobrepase el monto que resulte mayor entre el Total Cotización Pactada y la Cotización Mínima Legal para Salud. (Superintendencia de Salud, 2016)

Con el objeto de mantener permanentemente informados a los cotizantes y ex - cotizantes respecto a las sumas que las isapres les adeudan por concepto de excesos de cotización y, promover con ello un proceso de devolución permanente en el tiempo, estas últimas deberán constituir un Registro Individual sobre los excesos y los documentos de pago pendientes de cobro, el que deberá estar permanentemente actualizado, teniendo la precaución de rebajar los montos que se encuentren cobrados en cada ejercicio (Superintendencia de Salud, 2016).

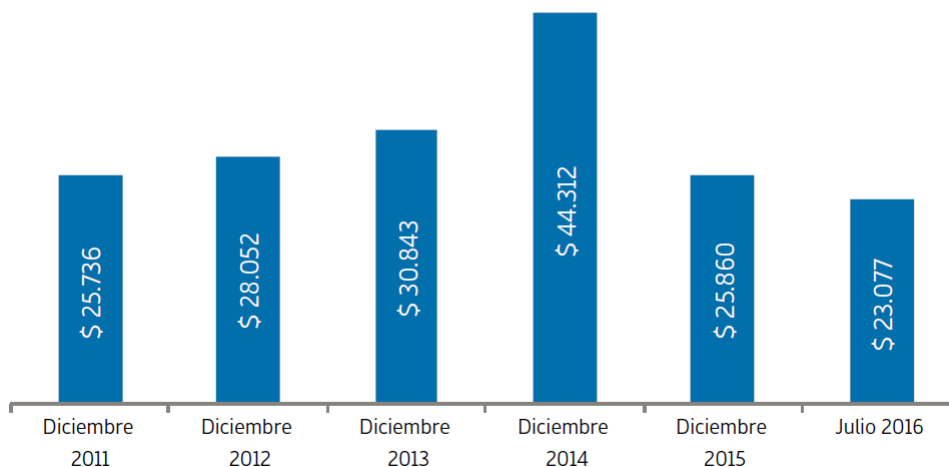


Figura 2.1: Excesos en la isapre en millones de pesos. Fuente: Superintendencia de Salud

2.2.1.6. Adecuación de los Planes

El procedimiento de adecuación anual del contrato de salud a que se refiere el inciso tercero del artículo 197 del DFL N° 1, comprende la remisión de la carta de adecuación, el pronunciamiento del o la cotizante y la formalización del acuerdo. ([Superintendencia de Salud, 2016](#))

La isapre que opte por ejercer la facultad de adecuación que le confiere la ley, deberá remitir al o la cotizante que corresponda, una carta certificada al último domicilio registrado por dicha persona. En consecuencia, la isapre estará obligada a identificar en la carta respectiva el o los plan(es) alternativos que deberá ofrecer a la persona afiliada, de entre los que comercializa, cuyo precio base sea equivalente o el que más se aproxime al que tenía el plan vigente antes de la adecuación, a menos que se trate del precio del plan mínimo que ella ofrezca, en cuyo caso deberá ofrecer el plan cuyo precio base más se acerque al precio del plan antes de la adecuación. La isapre deberá estar siempre en condiciones de acreditar la circunstancia de haber remitido las cartas de adecuación dentro del plazo previsto. ([Superintendencia de Salud, 2016](#))

Una vez que la persona afiliada reciba la carta de adecuación de la isapre, podrá pronunciarse sobre su contenido, hasta el último día hábil del mes en que se cumple la anualidad de su contrato. En conformidad a la ley, la aceptación del o la cotizante podrá

ser expresa o tácita. Será tácita, cuando transcurrido el plazo previsto por la ley, el o la cotizante no se manifieste respecto de la oferta formulada por la Institución, ya que en este caso se entenderá que acepta el plan adecuado, efecto que deberá ser informado en la respectiva carta de adecuación. (Superintendencia de Salud, 2016)

Una vez que se haya formalizado el consentimiento entre las partes según las reglas precedentes, la adecuación deberá perfeccionarse suscribiéndose o emitiéndose, según sea el caso, los documentos contractuales que correspondan. (Superintendencia de Salud, 2016)

2.2.1.7. Modificación de Contratos de Salud

En conformidad a lo dispuesto en el artículo 197, inciso primero, del DFL N° 1, durante la vigencia del contrato de salud la Institución deberá, a requerimiento de la persona afiliada, ofrecerle un nuevo plan de salud, en el evento que se encuentre en situación de cesantía, experimente una variación permanente en el monto de la cotización legal o en la composición de su grupo familiar. (Superintendencia de Salud, 2016)

- Cesantía: Para estos efectos, deberá entenderse que el cotizante tiene la calidad de cesante desde que se pone término a su relación laboral, cualquiera sea la causal que haya originado esta situación. Para que el o la cotizante acredite su condición de cesante, bastará la presentación de cualquier instrumento auténtico que pruebe dicho carácter. En este evento, la isapre deberá ofrecer a la persona cotizante, al menos, el plan de menor precio de entre aquéllos que comercialice. En la misma oportunidad la isapre deberá informar al afiliado o afiliada el saldo disponible en su cuenta de excedentes de cotización, en caso que corresponda, señalando el derecho que le asiste de destinar tales excedentes para cubrir cotizaciones en caso de cesantía
- Variación Permanente de la Cotización: Por variación permanente de la cotización, se entenderá aquella modificación de la cotización previsional legal de salud, derivada de un aumento o disminución de la remuneración imponible. En este evento, la isapre deberá ofrecer a la persona cotizante, al menos, un plan de salud, de entre aquellos que comercializa, cuyo precio más se ajuste a la nueva cotización legal acreditada.
- Variación en el Grupo Familiar: La isapre deberá ofrecer un nuevo plan de salud,

cada vez que el afiliado o afiliada lo solicite y se fundamente en la variación de la composición del grupo familiar. Esto puede darse por incorporación de beneficiarios, retiro de beneficiarios o por que la carga pasa a ser cotizante, en todos los casos la documentación pertinente debiera ser presentada por ambas partes.

2.2.1.8. Terminación de Contrato

La isapre podrá poner término al contrato de salud cuando el o la cotizante incurra en alguno de los incumplimientos contractuales señalados en el artículo 201 del DFL N° 1. Para efectos de ejercer las facultades de término de contrato contempladas en la ley, la isapre deberá cursar un FUN⁴ tipo 2, cuya copia respectiva será remitida al o la cotizante, adjunta a una carta certificada que indique claramente la causal de término de contrato. Si el o la cotizante reclama en contra del término de contrato dentro del plazo indicado precedentemente, éste se mantendrá vigente hasta la resolución del reclamo con excepción de las prestaciones derivadas de enfermedades preexistentes no declaradas. En este caso, la isapre dispondrá de diez días hábiles, contados desde que se le notifique el reclamo respectivo, para comunicar esta situación, por carta certificada, a las entidades encargadas del pago de la cotización, para efectos del correcto entero de las cotizaciones y el acceso a los beneficios pactados. ([Superintendencia de Salud, 2016](#))

Los casos para dar termino a contrato pueden ser los siguientes:

- Incumplimiento de Pago
- Muerte de Afiliado
- Por pérdida de la relación laboral con una empresa
- Desahucio o desafiliación
- Desahucio o desafiliación
- Desafiliación con ocasión de la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud.

⁴ Formulario unico de notificación

- Por mutuo acuerdo

2.2.2. Fonasa

2.2.2.1. Afiliación

La afiliación se puede realizar en cualquier sucursal o a través del portal en línea. Sin perjuicio de lo anterior las personas que por su condición socioeconómica carecen de recursos para cotizar en una previsión de salud también tienen la calidad de beneficiarios. (Fonasa, 2017)

2.2.2.2. Beneficios

Los beneficios que entrega el Seguro Público de Salud son universales, integrales, solidarios y equitativos, y se encuentran sustentados en un Plan de Salud único para todos sus beneficiarios. Esto significa que sigue una lógica distinta a la del sistema de salud privado (Isapres), y no se hace diferencias por sexo, edad, ingresos, etnias o nacionalidades, ni tampoco se ponen obstáculos a los beneficiarios que tienen una enfermedad preexistente, o que presentan condiciones de salud en riesgo. (Fonasa, 2017)

El objetivo fundamental del Plan de salud, es proteger al beneficiario durante todo su ciclo vital. Un desafío importante que involucra actividades tales como la promoción de hábitos de salud, la prevención de enfermedades o problemas de salud, la curación y rehabilitación de los mismos, o la administración de cuidados paliativos (en enfermedades terminales). (Fonasa, 2017)

2.2.2.3. Red de Prestadores

Para otorgar las prestaciones médicas (no pecuniarias) contempladas en el Plan de Salud, se conforma una red de Prestadores, tanto a nivel del sistema público de atención, como a través del sistema privado de atención, cuya misión es gestionar y entregar de manera inteligente la protección de salud al paciente, en función del ciclo vital en el que está situado, y según el tipo de actividad que éste necesite (promoción, prevención, curación, etc.) (Fonasa, 2017)

2.2.2.4. Plan de Salud

En Fonasa, existe un único plan, en el cual sólo varían ciertos copagos para los tramos de ingresos C (10 % copago) y D (20 % copago) para la modalidad de atención institucional (MAI), los que también tienen acceso a la modalidad de libre elección (MLE). En el caso de Fonasa, la prima corresponde únicamente al monto que resulte de la cotización legal para salud sobre la remuneración imponible [Asociación Gremial de Isapres AG \(2016\)](#).

2.2.2.5. Financiamiento

En el caso de Fonasa es financiado a través de aumentos en el aporte fiscal y también mediante el racionamiento a través de las listas de espera, mientras que en el caso de las Isapres las alzas en los costos de salud se traducen en alzas en las primas y por tanto en incrementos en el aporte voluntario [Asociación Gremial de Isapres AG \(2016\)](#).

2.2.3. Resumen

En resumen, de lo anterior se puede desprender lo siguiente:

- Isapre : Para la afiliación se requiere de una suscripción de contrato, la isapre además tiene la facultad de rechazar la solicitud de afiliación. El precio del plan está compuesto por el precio base más la tabla de factores de riesgo y la prima ges plana por beneficiario. Existen múltiples planes y su cobertura estará sujeta al valor del precio base. Las preexistencias pueden dar lugar a cobertura parcial o al rechazo de la solicitud. El financiamiento es mediante la cotización legal más una cotización voluntaria.
- Fonasa: La afiliación es automática, el precio es el 7 % de cotización y este precio no varía al menos que cambie el sueldo del afiliado. El plan es único para todos y no hay cobertura diferenciada dependiendo de lo pagado. Las preexistencias no se consideran como un factor al momento de dar la cobertura y solo es necesario pagar la cotización legal.

Es importante destacar que a pesar de que se habla de libertad de elección entre los afiliados, en la realidad el sistema no funciona tan óptimamente como se ideó, básicamente debido a que hay una diferencia en la atención de salud otorgada estando en Fonasa e Isapre, en el primer caso se trata de un servicio público que está financiado por el gobierno (que en muchos casos es lento y deficiente) y en el segundo de instituciones privadas financiadas por privados, lo que finalmente genera una discriminación en costos de servicio, es decir, si alguien no puede financiar un plan en una isapre (Con su 7% de cotización obligatoria) no podrá acceder a estos servicios de mayor calidad y por lo tanto no tendrá otra elección que irse a Fonasa. En suma, la libertad de afiliación entre el sector público y privado que la Constitución garantiza, solo sería verdaderamente libre si los afiliados de Fonasa pudieran trasladar sus subsidios públicos hacia la demanda del sector privado.

Algunos problemas que se plantean actualmente al sistema de Isapres son entre otros, la transparencia en el sentido de que es muy difícil comparar planes entre una isapre y otra debido a la forma de plantear los planes, las discriminaciones de precio por edad, sexo y condición de salud, la existencia de cotizantes cautivos y la judicialización de adecuaciones de precio (esto es más un problema para las isapres que para el cotizante).

2.3. Estadísticas

Para entender el panorama actual de las isapres es bastante útil hacer uso de recursos gráficos y análisis de datos existentes y públicos. La asociación de isapre en base a datos publicados por la Superintendencia de Salud (SIS) hace público una serie de gráficos y análisis que se muestran a continuación.

2.3.1. Isapres Participantes

El número de instituciones de salud previsual ha mostrado una disminución en las últimas décadas, lo que ha obedecido a fusiones y absorciones que se fueron dando con el correr de los años. En particular, durante el quinquenio 1990-1995 el número de Isapres se mantuvo en torno a las 35, alcanzando a 26 a fines de 1999. Esta tendencia a la baja continuó en la década del 2000, cayendo el número de Isapres desde 23 a 13 en el 2009.

Desde entonces el número de Isapres se ha mantenido en 13, de las cuales 7 son abiertas y 6 cerradas.

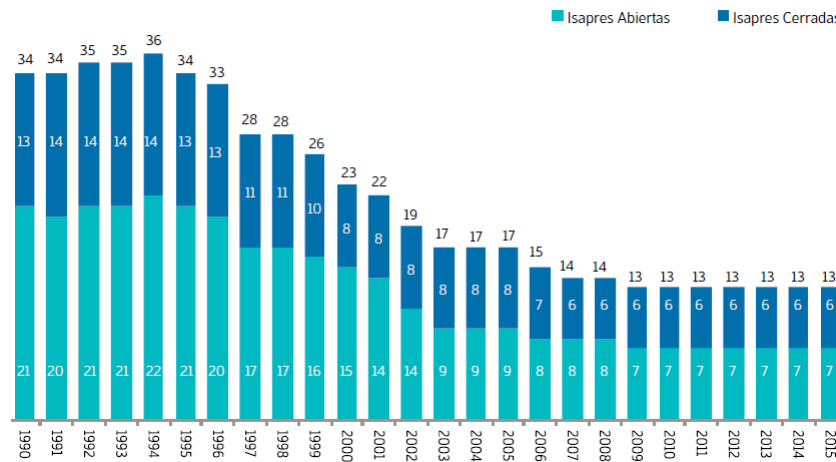


Figura 2.2: Cantidad de Isapres Participantes en el tiempo. Fuente: Isapres de Chile con información de SIS

A futuro no debiesen esperarse aumentos en el número de entidades, al menos en lo que respecta a Isapres abiertas, puesto que el desarrollo del sistema alcanzó un grado de consolidación y de equilibrio competitivo, que dificulta la entrada al mercado de nuevos competidores. Por el contrario, si no se logra poner fin a la judicialización o si las condiciones económicas y políticas del país empeoran, la tendencia podría ser hacia nuevas fusiones, en la búsqueda de economías de escala que permitan seguir reduciendo los costos administrativos y operacionales del sistema.

En tanto, al observar la participación de mercado de las Isapres en términos de beneficiarios, se concluye que ningún actor de la industria de Isapres abiertas ostenta una participación muy por sobre otro actor (Vida Tres pertenece al mismo holding que Isapre Banmédica), ubicándose en torno a 20 % la participación de las tres Isapres más grandes.

ISAPRES	BENEFICIARIOS	PARTICIPACIÓN
Isapres Abiertas	3.314.427	97,0 %
Consalud	666.359	20,1 %
Banmédica	673.143	20,3 %
Cruz Blanca	709.204	21,4 %
Masvida	570.113	17,2 %
Colmena Golden Cross	535.422	16,2 %
Vida Tres	138.553	4,2 %
Óptima	21.633	0,7 %
Isapres Cerradas	96.060	3,0 %
Total Sistema	3.410.487	100,0 %

Tabla 2.1: Participación de mercado 2015. Fuente: Asociación de Isapres en base a información de SIS

2.3.2. Cobertura Poblacional

Si se analiza la cobertura poblacional del sistema (Figura 1.2), se observa que entre los años 1990 y 1997, el sistema Isapre presentó un crecimiento sostenido. Luego, los efectos de la crisis asiática de 1998 (desempleo) y el aumento del valor de los planes de salud para un porcentaje importante de trabajadores de ingresos más bajos (en 1999 se eliminó el subsidio del 2 % del sueldo de los trabajadores de menores ingresos que se adscribieran a planes colectivos de las Isapres), llevaron a que una parte de los afiliados de las Isapres migraran del sistema.

Sin embargo, a partir del 2006 y en adelante (excepción años 2008 y 2009 que el crecimiento fue nulo debido a la crisis subprime), el sistema volvió a mostrar un crecimiento sostenido, incrementándose en promedio 4 % anual durante los últimos 5 años. En concreto, en el año 2015 se registró el mayor número de cotizantes (1.902.448) desde que se tiene

registro, mientras las cargas (1.508.039) anotaron su mayor nivel desde el año 2002, con ello se registró un total de 3.410.487 beneficiarios de Isapre al cierre del 2015, lo que representa cerca del 19 % de la población del país.

Se observa, que a partir del año 2009 el número de cotizantes supera al número de cargas, tendencia que se acentúa cada año. Dado eso, el número de cargas por cotizante ha caído desde 1,44 en 1990 a 0,8 en el 2015.

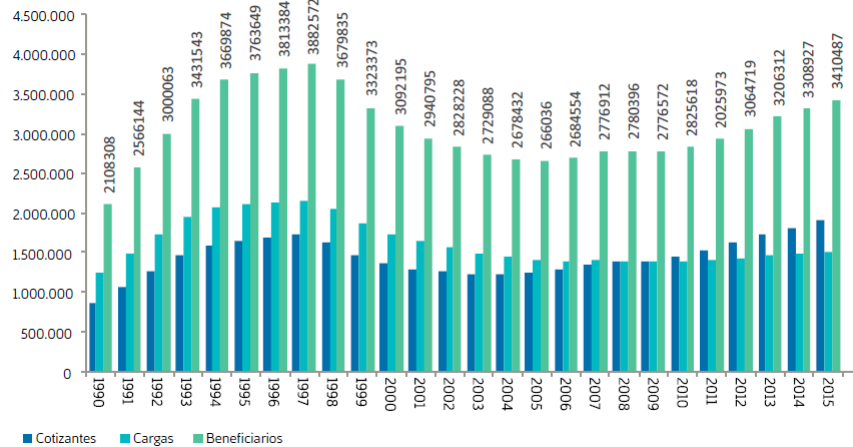


Figura 2.3: Evolución Afiliados. Fuente: Asociación de Isapres con información del SIS

En relación al género, un 54 % de los beneficiarios de Isapre son hombres y un 46 % mujeres. Sin embargo, en relación a los cotizantes, un 64 % corresponde a hombres y apenas un 36 % a mujeres, en línea con lo que se observa en la composición de la participación laboral. En los últimos 25 años las mujeres han ganado apenas 4 % de participación como cotizantes.

Por otra parte, la población beneficiaria al sistema Isapre se concentra mayoritariamente en la Región Metropolitana (58 %), lo que no ha cambiado con el paso del tiempo. Le sigue la V región (7,4 %) y la VIII región (6,9 %).

Desde el punto de vista de la condición previsional de los cotizantes, en el año 2015, un 85 % correspondía a trabajadores dependientes, un 3 % a trabajadores independientes, un 6 % a pensionados y un 6 % voluntario. Hay que señalar que, al inicio, en el sistema Isapre, cotizaban básicamente trabajadores dependientes.

En cuanto a las rentas imposables, hay que señalar que en el año 2000 los cotizantes

dependientes que registraban rentas entre \$0 y \$ 300.000 eran el 28 % de los cotizantes totales, cayendo su participación a sólo el 3 % en el 2015. Por el contrario, los cotizantes dependientes con rentas superiores a \$700.000 hoy son el 71 %, cuando en el 2000 eran el 24 % (Ver figura 1.3). Esto pone en evidencia la segmentación que ha sufrido este mercado desde su creación, lo que en parte fue consecuencia de la eliminación del subsidio del 2 % a trabajadores de menores ingresos (en el año 1999) en conjunto con una evolución de la atención de salud hacia una medicina más especializada (mayores costos en salud).

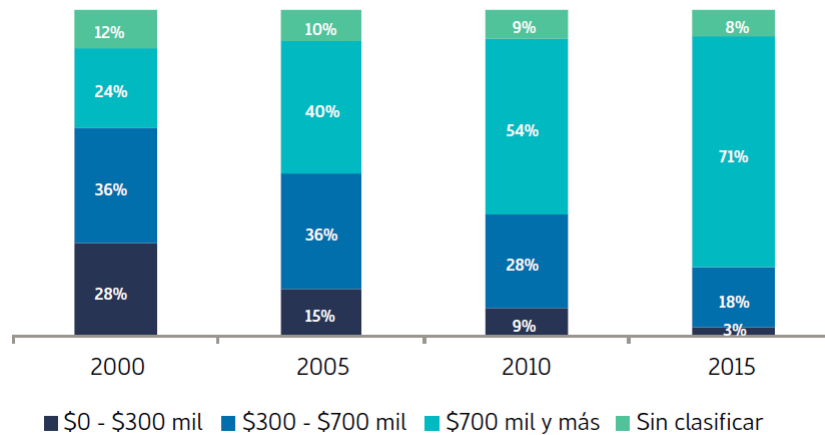


Figura 2.4: Cotizantes por ingreso en el tiempo. Fuente: Asociación de Isapres con información del SIS

En cuanto al perfil etáreo de los afiliados al sistema se tiene que la población que registra un mayor crecimiento es el de mayores de 60 años, mientras que el crecimiento de los niños se ha ralentizado. En efecto, en los últimos 25 años la población de adultos mayores se ha triplicado, registrándose 283.873 mayores de 60 años en el sistema Isapre al cierre del 2015. Lo anterior, da cuenta de que la cartera Isapre envejece, en concordancia con el envejecimiento de la población total del país.

En línea con la tendencia mundial de menores tasas de fecundidad y mayor esperanza de vida de la población, la tasa de menores de 20 años en relación a los mayores de 60 años ha caído pronunciadamente en el sistema Isapre. En efecto, a principios de los 90 esta relación era cercana a 12 jóvenes por cada mayor de 60 años, mientras que hoy esta relación es de 3,3 jóvenes por cada adulto mayor.

Con todo, el envejecimiento poblacional es un fenómeno que no es ajeno al sistema

Isapre y que una vez que se inicia es difícil de revertirlo sistemáticamente, pues los factores que llevan al envejecimiento sólo seguirán profundizándose (la caída en las tasas de fertilidad, la caída sostenida en las tasas de mortalidad y la esperanza de vida). Lo anterior, queda de manifiesto en la figura 1.4, donde se presenta una síntesis de la evolución de la composición de la cartera del sistema Isapre y en donde se observa que los menores de 20 años han pasado de ser el 39 % de la cartera Isapre a 28 % entre los años 1991 y 2015, mientras los adultos mayores han pasado de ser el 3 % de la cartera al 8 %. Asimismo, las cifras constatan que las Isapres concentran un mayor número de beneficiarios menores de 60 años (92 % en el 2015), lo cual es natural, dada la normativa que rige al sistema de Isapres, que permite un financiamiento exclusivo mediante recursos propios del cotizante y en donde este jubila a los 65 años en el caso de los hombres y 60 años en el caso de las mujeres, por lo que su permanencia en el sistema de Isapre dependerá del monto de su jubilación y ahorros (y no de subsidios).

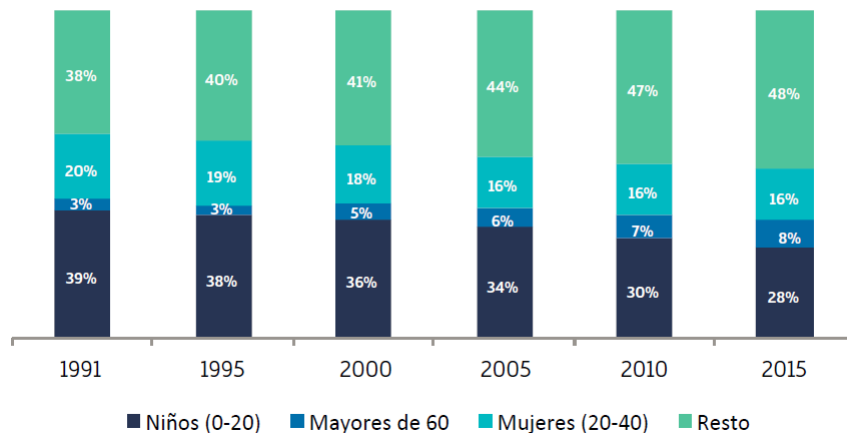


Figura 2.5: Evolución en la cartera de cotizantes. Fuente: Asociación de Isapres con información del SIS

No obstante, en los últimos años el porcentaje de la cartera que pertenece al grupo etario de 60 y más años ha aumentado, pasando desde una participación de la cartera total del 3,3 % (83,6 mil beneficiarios) en 1991 a 8,3 % (283 mil beneficiarios) en el 2015. Revisar tabla 1.2

Beneficiarios Isapres					
	menor 60	% Cartera	Mayor 60	%Cartera	Total
1991	2.482.493	96,70 %	83.651	3,50 %	2.566.144
1995	3.643.685	96,80 %	120.964	3,20 %	3.763.649
2000	2.492.211	95,40 %	142.631	4,60 %	3.084.842
2005	2.499.053	94,00 %	160.285	6,00 %	2.659.338
2010	2.618.217	92,70 %	207.401	7,30 %	2.835.618
2015	3.126.127	91,70 %	283.837	8,30 %	3.410.000

Tabla 2.2: Evolución usuarios por tramo etario. Fuente: Asociación de Isapres con información del SIS

La población Isapre de adultos mayores (8 %) se encuentra algo por debajo el perfil poblacional del país (15 % de adultos mayores de la población total), lo que como se indicó es producto de que el financiamiento en el sistema Isapre es mediante recursos propios y la prima depende del perfil de riesgo (sexo y edad) del usuario, por lo que una vez que se jubila la permanencia en el sistema dependerá de si con la pensión y ahorros el afiliado podrá seguir financiando su salud. Las cifras en todo caso demuestran, que contrariamente a lo que se cree, una vez que los cotizantes de Isapre jubilan, de ellos, una parte importante decide quedarse en el sistema, pese a que les signifique una prima mayor; esto puesto que reconocen que en el sector privado contarán con una atención oportuna y de calidad, en la etapa de vida que más lo necesitarán. La permanencia de los adultos mayores en el sistema Isapre también se vio acentuada con la resolución del año 2010 del Tribunal Constitucional que congeló el ajuste por factor de riesgo de la prima del plan base, es decir, a partir del 2010 la prima del plan base no se incrementa en la medida que envejecemos sólo presenta diferencias de acuerdo al género del afiliado.

Si bien, la no discriminación por edad es positiva para la población que envejece, esto significa que las Isapres (sus afiliados) enfrentarán costos crecientes que serán cada vez mayores, porque como se señaló el número de adultos mayores seguirá en aumento y el

gasto de ellos es significativamente mayor que el del resto de la cartera (el 8 % de la cartera de adultos mayores gasta el 20 % del monto facturado en prestaciones médicas), por lo que las Isapres deberán tener que encontrar la forma de hacer frente a estos mayores costos provenientes de una cartera que envejece.

En síntesis, se puede decir que la población beneficiaria de Isapre es una población joven, pero la participación de los adultos mayores ha venido creciendo rápidamente en los últimos años. Se concentra mayoritariamente en la región Metropolitana y existe equilibrio entre ambos sexos, posee rentas medias-altas y está compuesta mayoritariamente por cotizantes dependientes, siendo el número de cotizante mayor al de cargas.

2.3.3. Prestaciones Médicas

En línea con lo mencionado anteriormente sobre el aumento de beneficiarios en el sistema de isapres, es posible observar una relación directa con la cantidad de prestaciones médicas otorgadas. En el año 2015 el número de prestaciones otorgadas por el sistema alcanzó más de 83 millones, de las cuales casi 31 millones correspondieron a exámenes de diagnóstico y cerca de 15 millones a consultas médicas. Con todo, en el año 2015 el sistema financió en promedio 25 prestaciones por beneficiario.

N°Prestaciones (en Miles)	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
N° Atenciones médicas	6.891	11.982	13.228	10.584	11.922	12.678	13.465	14.428	14.772	14.782
N° Exámenes de diagnóstico	6.306	12.978	17.144	15.436	20.653	23.855	25.566	27.901	29.408	30.931
N° Procedimientos apoyo clínico/terapéuticos	3.153	6.562	8.962	7.549	12.157	13.715	14.444	16.004	17.244	18.139
N°Intervenciones quirúrgicas	157	298	368	269	355	425	446	432	445	441
N° Otras prestaciones	2.133	4.697	3.760	1.142	1.785	1.936	1.986	2.253	2.296	2.321
N° Prestaciones Adicionales	-	-	-	4.432	6.416	8.798	10.526	12.187	13.874	15.724
Sin Clasificar	-	-	-	1.658	-	-	-	-	4	1.305
Total Prestaciones	18.640	36.518	43.462	41.070	53.289	61.406	66.434	73.206	78.043	83.643

Tabla 2.3: Evolución de las prestaciones otorgadas. Fuente: Asociación de Isapres con información del SIS.

Nº Prestaciones por cada beneficiario	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nº Atenciones médicas	3,3	3,2	4,3	4,0	4,2	4,3	4,4	4,5	4,5	4,3
Nº Exámenes de diagnóstico	3,0	3,4	5,5	5,8	7,3	8,2	8,3	8,7	8,9	9,1
Nº Procedimientos apoyo clínico/terapéuticos	1,5	1,7	2,9	2,8	4,3	4,7	4,7	5,0	5,2	5,3
Nº Intervenciones quirúrgicas	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Nº Otras prestaciones	1,0	1,2	1,2	0,4	0,6	0,7	0,6	0,7	0,7	0,7
Nº Prestaciones Adicionales	-	-	-	1,7	2,3	3,0	3,4	3,8	4,2	4,6
Sin Clasificar	-	-	-	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
Total Prestaciones	8,8	9,7	14,1	15,4	18,9	21,0	21,7	22,8	23,6	24,5

Tabla 2.4: Evolución de las prestaciones por usuario. Fuente: Asociación de Isapres con información del SIS

Como se puede ver en la tabla 2.3 y la tabla 2.4 la tendencia al alza es clara, desde 1990 hasta 2015 ha aumentado de 9 prestaciones por beneficiario a 25, además es posible ver el desglose por tipo de atención. Es importante mencionar que en el año 2015 los menores de 60 años utilizaron en promedio 21 prestaciones en cambio los mayores de 60 presentaron en promedio 60 prestaciones, lo que es una clara representación de los gastos que generan la gente de mayor edad en el sistema.

2.3.4. Licencias Médicas

El sistema de seguridad social en Chile considera distintos subsidios para el empleado que se encuentra imposibilitado de trabajar, conocidos como Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL). Dependiendo del tipo de licencia médica el financiamiento del SIL es distinto y su pago es realizado por diferentes instituciones. En este contexto, en Chile existen tres tipos de SIL: (i) el que proviene de licencia médicas por enfermedades curativas y reposo maternal suplementario, (ii) el SIL por descanso maternal (pre y post natal) y enfermedad grave de hijo menor a 1 año; y (iii) el SIL derivado de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

El SIL proveniente de enfermedades curativas y reposo maternal suplementario, es gestionado y financiado por los sistemas de previsión de salud público y privado, es decir, por Fonasa y las Isapres, dependiendo de donde el trabajador se encuentre afiliado.

En el año 2015, los subsidios por incapacidad laboral (SIL) representaron el 25 %

del gasto sobre la cotización legal de las Isapres, observándose en los últimos años un importante aumento de esta razón, puesto que desde la creación del sistema hasta el año 2005 se había mantenido en torno a 20 %. Esta situación ha implicado una carga financiera que cada vez se hace más significativa para las Isapres.

En el año 2015, en el sistema Isapres se pagaron algo más de 1,6 millones de licencias médicas, duplicándose respecto a 10 años atrás. En tanto, si consideramos que los cotizantes que son sujetos al pago de licencias médicas (cotizante activo) son cercanos a 1,6 millones, se desprende que en promedio cada cotizante activo hace uso de una licencia al año, tendencia que se ha elevado de manera importante con el correr de los años. En la figura 2.6 se puede observar la tendencia al alza del gasto en SIL.

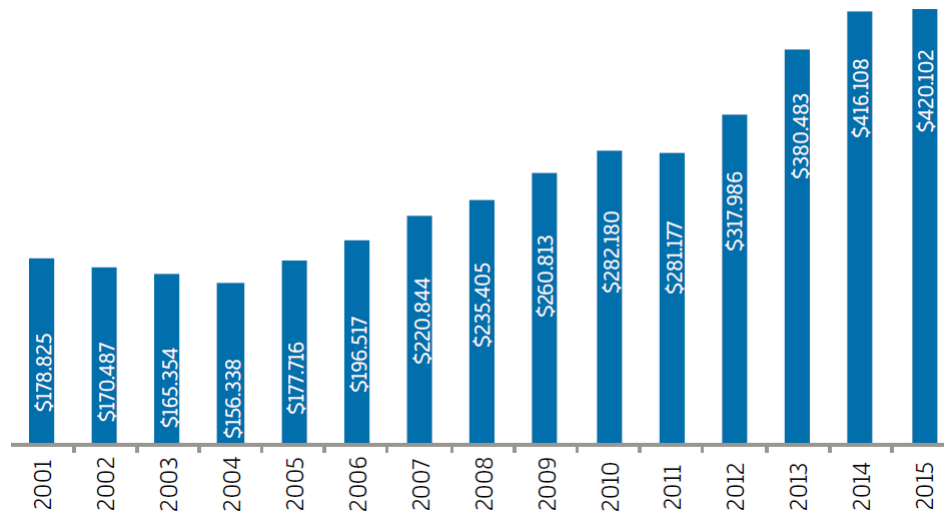


Figura 2.6: Evolución del gasto en SIL en moneda del 2015. Fuente: Asociación del isapres con datos del SIS

Al analizar el gasto en SIL por cotizante (tabla 2.5), se observa que entre los años 2005 y 2015 éste aumento 61 % en términos reales (5 % promedio anual), impulsado en mayor medida por un incremento en la tasa de incapacidad laboral (efecto cantidad), la que se elevó 42 % real (4 % promedio anual), mientras que el gasto por día pagado de subsidio (efecto precio) creció 13 % real (1 % promedio anual). En concreto, la tasa TIL ha pasado de un promedio de 5,4 días de licencia pagados por cotizante en el 2005 a 7,6 en el 2015, es decir, se ha incrementado en 2,2 días en promedio. Por su parte, el mayor incremento en el monto pagado por día SIL (efecto precio), obedece a un mejoramiento de los salarios

y/o aumento de los topes imposables, por lo que era de esperarse este efecto fuese positivo, pues la renta imposable de los cotizantes de Isapre se ha incrementado en promedio 3 % anual real en los últimos 10 años, mientras el tope imposable ha pasado de 60 UF a 74,3 UF.

							CRECIMIENTO	
	2005	2012	2013	2014	2015	2005 - 2015	Prom. Anual	
Costo total SIL (MM\$ de 2015)	177716	317986	380483	416108	420102	136 %	9 %	
Costo SIL por Cotizante Año (\$ 2015)	161306	228894	256320	267608	259093	61 %	5 %	
Nº de días de Sil por cotizante activo	5,4	7,1	7,3	7,7	7,6	42 %	4 %	
Costo SIL por día pagado (P)	30111	32047	35165	34579	34125	13 %	1 %	

Tabla 2.5: Tasas de crecimiento porcentual SIL. Fuente: Asociación de isapres con datos del SIS.

Con todo, el incremento del gasto SIL explicado por el aumento de cotizantes o de sus rentas, es inevitable. Sin embargo, es preocupante el aumento observado en el número de días pagados en SIL por cotizante (efecto cantidad), pues puede estar indicándonos que la población o está más enferma (o se diagnostican más enfermedades) o estamos frente a la presencia de posibles abusos que no están siendo detectados por las contralorías de las Isapres. Se cree que este posible abuso se da en base a el mal planteamiento de la ley que retribuye en un 100 % para cualquier tipo de licencia y que esto debería ser exclusivo para enfermedades más graves a manera de evitar el problema.

Durante los últimos años la cantidad de licencias médicas ha ido en alza (9 % anual). Hay que destacar que algunas patologías son de difícil comprobación objetiva debido a su naturaleza, este es el caso de los diagnósticos de salud mental o enfermedades osteomuscular. Teniendo en cuenta todo lo anteriormente mencionado, es fácil deducir que esto es algo negativo para las isapres y Fonasa ya que aumenta los costos y se vuelve una carga cada vez mayor.

2.3.5. Resultados Financieros

Los gastos de las Isapres están compuestos por los costos operacionales (técnicos) y por los gastos de administración y venta (GAV). Los costos técnicos corresponden a aquellos incurridos por concepto de reembolso de prestaciones médicas y licencias médicas (pago

de SIL), es decir, son gastos inherentes a temas de salud de los afiliados. Por su parte, los GAV corresponden a los gastos necesarios para operar las Isapres y prestar servicios de atención a sus beneficiarios y la venta de planes. En el sistema Isapre, el financiamiento de estos gastos proviene en un 100 % de la cotización –legal y adicional voluntaria- de sus afiliados, lo que constituye el ingreso operacional de las Isapres.

De la tabla 2.6 se desprende que durante los últimos 25 años la siniestralidad se ha elevado en 13 puntos porcentuales (Costos operacionales como porcentaje de los ingresos operacionales), mientras que los GAV como porcentaje de los ingresos se han reducido en 9 puntos porcentuales. En particular, se tiene que para el año 2015 de las cotizaciones percibidas por las Isapres, un 88 % se destinó a financiar los gastos operacionales (siniestralidad) o beneficios de sus usuarios, mientras que un 12 % a financiar los GAV. Hay que mencionar, que de los gastos operacionales del 2015, la siniestralidad de las prestaciones médicas (70 % de los ingresos) fue sustancialmente mayor que la del gasto en licencias médicas (18 % de los ingresos), aunque ambos gastos se han incrementado de manera importante en el tiempo.

RUBROS	1990	1995	2000	2005	2010	2015
Ingreso Operacional	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Costo de Operación	74,8 %	76,4 %	81,4 %	78,6 %	84,7 %	87,7 %
Prestaciones de Salud	58,1 %	61,5 %	65,6 %	65,6 %	69,1 %	69,6 %
Licencias Médicas	16,7 %	14,9 %	15,8 %	14,0 %	15,6 %	18,1 %
Margen de Explotación	25,2 %	23,6 %	18,6 %	21,4 %	15,3 %	12,3 %
GAV	21,1 %	20,0 %	17,7 %	14,5 %	12,6 %	12,2 %
Resultado Operacional	4,1 %	3,6 %	0,9 %	6,8 %	2,7 %	0,1 %
Resultado no Operacional	4,3 %	2,2 %	1,2 %	0,2 %	1,6 %	2,1 %
Impuesto a la Renta	0,7 %	0,2 %	0,2 %	1,2 %	0,7 %	0,5 %
Resultado Financiero	7,7 %	4,8 %	1,8 %	5,8 %	3,6 %	1,6 %

Tabla 2.6: Evolución Resultados Financieros (% de los ingresos operacionales). Fuente: Asociación de Isapres con Información del SIS.

Los costos operacionales han ido en alza si se toma en cuenta el periodo total, tanto

en valor real como en porcentaje de los ingresos, lo que se puede explicar por el aumento de cotizantes, cantidad de licencias médicas pagadas y prestaciones. Los GAV por otro lado si bien han aumentado en valor real, han disminuido como porcentaje de los ingresos por lo que se ve un manejo eficiente de los costos de administración y venta. Los GAV se representan en un 50 % por la contratación de capital humano, que al atender mayor cantidad de gente tiene que aumentar en consecuencia, sin embargo, otro costo importante es el de los juicios a los que se ven enfrentadas las isapres constantemente, en los que generalmente gana la parte querellante y por lo tanto las isapres se ven obligadas a cubrir los costos de los abogados más el costo que implica el no aumento del plan. En el año 2015, los recursos de protección alcanzaron 133.503, lo que implicó un costo sólo por concepto de costas cercano a los 21.500 millones de pesos, a lo que hay que sumar los costos por concepto de menores ingresos producto del congelamiento de la tarifa. A septiembre del 2016, ya habían ingresado algo más de 158 mil recursos de protección, ya que en este año a la adecuación de precios base se sumó el ajuste de la tarifa GES, lo que elevó la cantidad de presentación de causas. Con ello, se estima que en el año 2016 los recursos de protección podrían bordear los 186 mil y el pago de costas podría alcanzar por sobre los \$ 30 mil millones. Lo mencionado anteriormente se puede ver la figura 2.7.

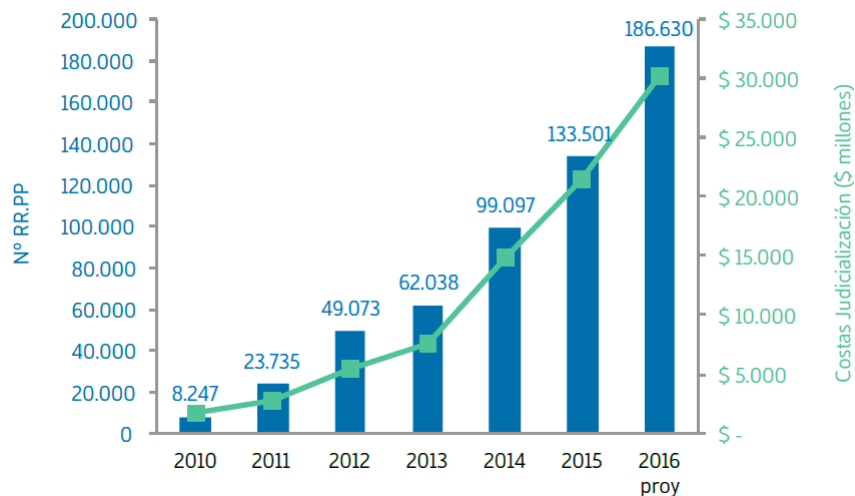


Figura 2.7: Recursos de protección y costas por adecuación de planes. Fuente: Asociación de isapres con datos del SIS.

En suma, en los últimos años la judicialización junto con la mayor entrega de beneficios,

han llevado a una caída del resultado operacional del sistema Isapre y con ello la utilidad del sistema, la que alcanzó los \$ 37.249 millones en el 2015 (tabla 2.7). También ha llevado a una disminución de la rentabilidad sobre los ingresos (Tabla 2.6), la cual en el 2015 fue de 1,6 % para el sistema Isapre .

RUBROS	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ingreso Operacional	1.640.975	1.767.445	1.895.863	2.025.932	2.138.113	2.264.610
Costo de Operación	1.389.346	1.491.524	1.609.670	1.780.803	1.857.389	1.986.427
Prestaciones de Salud	1.133.354	1.228.832	1.320.915	1.448.447	1.486.526	1.576.454
Licencias Médicas	255.992	262.692	288.756	332.356	370.863	409.973
Margen de Explotación	251.629	275.921	286.193	245.130	280.724	278.183
GAV	206.740	212.054	214.233	236.314	252.060	277.033
Resultado Operacional	44.889	63.866	71.960	8.816	28.663	1.151
Resultado no Operacional	25.899	33.484	44.580	42.307	52.712	48.403
Impuesto a la Renta	11.771	19.689	24.965	9.181	18.843	12.304
Resultado Financiero	59.018	77.660	91.575	41.941	62.532	37.249

Tabla 2.7: Evolución de Resultados en millones de pesos. Fuente: Asociación de Isapres con información del SIS.

3 | Situación del Sistema de Salud en Otras Naciones

3.1. Criterios de Selección

Los criterios de selección fueron principalmente tres: en primer lugar, la búsqueda de experiencias heterogéneas, que representaran alternativas distintas al actual sistema de seguros de salud en Chile, en términos de sus pilares, actores y mecanismos de asignación de recursos. Para esto, se optó por escoger sistemas que de alguna manera son representativos de ciertos modelos a nivel mundial, por ejemplo, Reino Unido como paradigma de un sistema público u Holanda como arquetipo de un sistema eminentemente privado. Segundo, la selección tomó en cuenta sistemas que pudieran ser comparables al chileno, en el sentido que fueran relativamente similares en términos de estar enfrentando discusiones similares a las planteadas por la Comisión para el caso chileno -como fragmentación, eficiencia o falta de solidaridad- en lugar de otros temas como cobertura universal, reducción de mortalidad infantil o prevención de enfermedades transmisibles. En este sentido, las experiencias de países como Alemania o Australia podrían dar luces sobre cómo enfrentar algunos de estos temas. Finalmente, también fueron considerados casos de países que han enfrentado o están enfrentando importantes procesos de reforma en sus sistemas de salud, principalmente en lo referente a sus sistemas de financiamiento de salud. En este grupo es posible encontrar los casos de Corea del Sur, Australia y Holanda. ([Superintendencia de Salud, 2017c](#))

Todos los países seleccionados tienen un alto nivel de desarrollo y con sistemas de salud de alto desempeño. Lo anterior permite enfocar la discusión en temas relevantes para

el sistema chileno (solidaridad, calidad, incremento de costos), evitando presentar casos de países cuyos sistemas de salud y financiamiento de salud tienen objetivos distintos como los principales (acceso a seguros, cobertura de salud). La selección de países también permite mirar experiencias de países que no sólo enfrentan desafíos, sino también condiciones relativamente similares a las de Chile. ([Superintendencia de Salud, 2017c](#))

País	Poblacion	Población sobre	Tasa de	Tasa de	Tasa de	Esperanza de	Tasa de
	Total	65 años	nacimientos	Defunciones	natalidad	Vida al	mortalidad
	(miles)	(% del total)				Nacer	Infantil
Chile	17762,65	10,7	13,2	5,1	1,8	81,5	7,2
Australia	23470,12	14,7	12,9	6,5	1,9	82,3	3,2
Alemania	80970,73	21,1	8,6	10,8	1,4	80,8	3,2
Corea del Sur	50423,96	12,7	8,6	5,3	1,2	82,2	3
Holanda	16865,01	17,7	10,4	8,3	1,7	81,3	3,3
Reino Unido	64559,14	17,5	12	8,8	1,8	81,1	3,7
OECD	1270974,17	15,9	11,9	8,1	1,7	80,1	6,1
MUNDO	7259691,77	8,1	19,4	7,7	2,5	71,5	32,6

Tabla 3.1: Estadísticas demográficas. Fuente: World Bank (2016)

3.2. Sistemas de Salud

Tal como se señaló anteriormente, la selección de países permite contar con un grupo de naciones similares a Chile en términos de sus desafíos de salud y contexto, pero a la vez, suficientemente distintas como para mostrar alternativas, principalmente en cuanto al diseño del sistema de financiamiento de salud. Al comparar a Chile con el resto de los países, se aprecia que no sólo tiene un gasto per cápita en salud considerablemente más bajo si no que, comparado con la mayoría de los países, gasta una menor proporción de su PIB en salud; de hecho su gasto en salud como porcentaje del PIB es casi 5 puntos porcentuales menor que el promedio de los países OECD e incluso, menor que el promedio mundial. En segundo lugar, su gasto público (como % del gasto total en salud) también es bajo, principalmente comparado con países europeos, aun cuando el gobierno destina un porcentaje de su presupuesto a salud similar al de otros países. Finalmente, el gasto de

bolsillo en el país se sitúa dentro del rango superior (mayor a 30 % del gasto total en salud), junto a Corea del Sur (ambos también con participación del sector público en el gasto de salud menor a 50 %).

País	Fuentes
Chile	1. Gasto Público: 55,5 %
	1.1 Gobierno Central: 30,2 %
	1.2 Seguro Obligatorio: 25,3 %
	2. Gasto Privado: 44,5 %
	2.1 Pacientes (gasto de bolsillo): 37,3 %
	2.2 Seguros Privados Voluntarios: 7,2 %
Australia	1. Gasto Público: 69,7 %
	1.1 Gobierno Central: 42,4 %
	1.2 Gobiernos locales (estados): 27,3 %
	2. Gasto Privado: 30,3 %
	2.1 Pacientes (gasto de bolsillo): 17 %
	2.2 Aseguradores Privados: 8 %
Alemania	1. Público: 84,6 %
	1.1 Gobierno: 6,6 %
	1.2 Seguro Obligatorio: 78,0 %
	2. Privado: 15,4 %
	2.1 Seguros Privados Voluntarios: 1,5 %
	2.2 Fasto de bolsillo: 13,0 %
2.3 Empresas: 0,5 %	
2.4 Otros: 0,5 %	

Tabla 3.2: Fuentes de Financiamiento. Fuente: Fonasa (2016); AIHW(2014); Federal Health Reporting (2016)

Observando las tablas 3.2 y 3.3 es posible ver que Holanda, Alemania y Reino Unido tienen sistemas de salud financiados principalmente por gasto público (sobre el 80 % del gasto total en salud), sin embargo, el "gasto público" es variable de nación en nación, en el caso del Reino Unido implica una inyección directa desde el gobierno al sistema. Por su

País	Fuentes
Holanda	1. Público: 87,6 %
	1.1 Gobierno: 7,3 %
	1.2 Contribuciones Obligatorias: 80,3 %
	1.2.1 cuidados de largo Plazo: 22,0 %
	1.2.2 Seguro de Salud Obligatorio: 58,3 %
	2. Privado: 12,2 %
	2.1 Seguro Complementario Voluntario: 5,9 %
	2.2 Gasto de Bolsillo: 5,2 %
	2.3 Empresas: 0,9 %
	3 Extranjero: 0,2 %
Corea del Sur	1. Público: 54,3 %
	1.1 Gobierno: 11,5 %
	1.2 Fondo de Seguridad Social: 42,8 %
	2. Privado: 45,7 %
	2.1 Seguros Privados: 6,2 %
	2.2 Gasto de Bolsillo: 35,2 %
	2.3 Instituciones Sin Fines de Lucro: 0,6 %
2.4 Corporaciones: 3,4 %	
Reino Unido	1. Público: 79,6 %
	1.1 Gobierno: 79,5 %
	1.2 Seguros Obligatorios: 0,1 %
	2. Privado: 20,4 %
	2.1 Seguros Voluntarios: 3,6 %
	2.2 Gasto de Bolsillo: 14,8 %
	2.3 Instituciones sin fines de lucro: 1,6 %
2.4 Empresas: 0,6 %	

Tabla 3.3: Fuentes de Financiamento. Fuente: Statistics Netherlands (2016); Korean Statistical Information Service (2016); Office for National Statistics (2016).

parte, el aporte directo del gobierno al sistema holandés y alemán es cercano al 7 % , con la mayoría de los fondos provenientes de las contribuciones obligatorias (recolectadas por instituciones privadas).

3.3. Australia

3.3.1. Provisión de Servicios de Salud

La provisión de servicios está a cargo de una compleja red de instituciones y profesionales, que incluyen médicos generales (general practitioner, GP), enfermeros y otros profesionales médicos, hospitales, clínicas, y agencias de salud gubernamentales y no gubernamentales, que ofrecen servicios de salud en distintos niveles (salud pública y servicios preventivos en la comunidad, salud primaria, servicios de emergencia, atención hospitalaria, y cuidados paliativos y recuperativos). [Superintendencia de Salud \(2017c\)](#)

Se observa que casi el 80 % de los recursos del sistema son usados por hospitales y atención primaria, mientras que tanto la provisión como el financiamiento de los proveedores tiene componentes públicos y privados. Es interesante notar que, mientras la mayor parte de los hospitales son de responsabilidad (administración) pública, la atención primaria se compone principalmente de proveedores privados (que incluyen instituciones con y sin fines de lucro), que operan con financiamiento mayoritariamente público. La coordinación y regulación de los proveedores, tanto públicos como privados (registro de hospitales y profesionales médicos), se encuentra en manos del gobierno (a nivel estatal y territorial). [Superintendencia de Salud \(2017c\)](#)

La puerta de entrada al sistema de atención de salud es la atención primaria, esto es, consultas con un médico general (general practitioner, GP) u otro profesional (dentista, enfermero, nutricionista, etc.), el que entrega el primer servicio y puede remitir al paciente hacia otros niveles del sistema (hospital público o especialista), ordenar exámenes, prescribir recetas o sugerir tratamientos. La atención primaria es entregada a través de diversas formas: GPs, centros comunitarios, servicios de atención a población indígena o al interior de la comunidad. [Superintendencia de Salud \(2017c\)](#)

La salud secundaria es entregada por especialistas o instituciones (hospitales), y se accede a ella a través de remisiones (inter-consultas) desde un médico de atención primaria. Lo anterior se puede observar en la figura 3.1

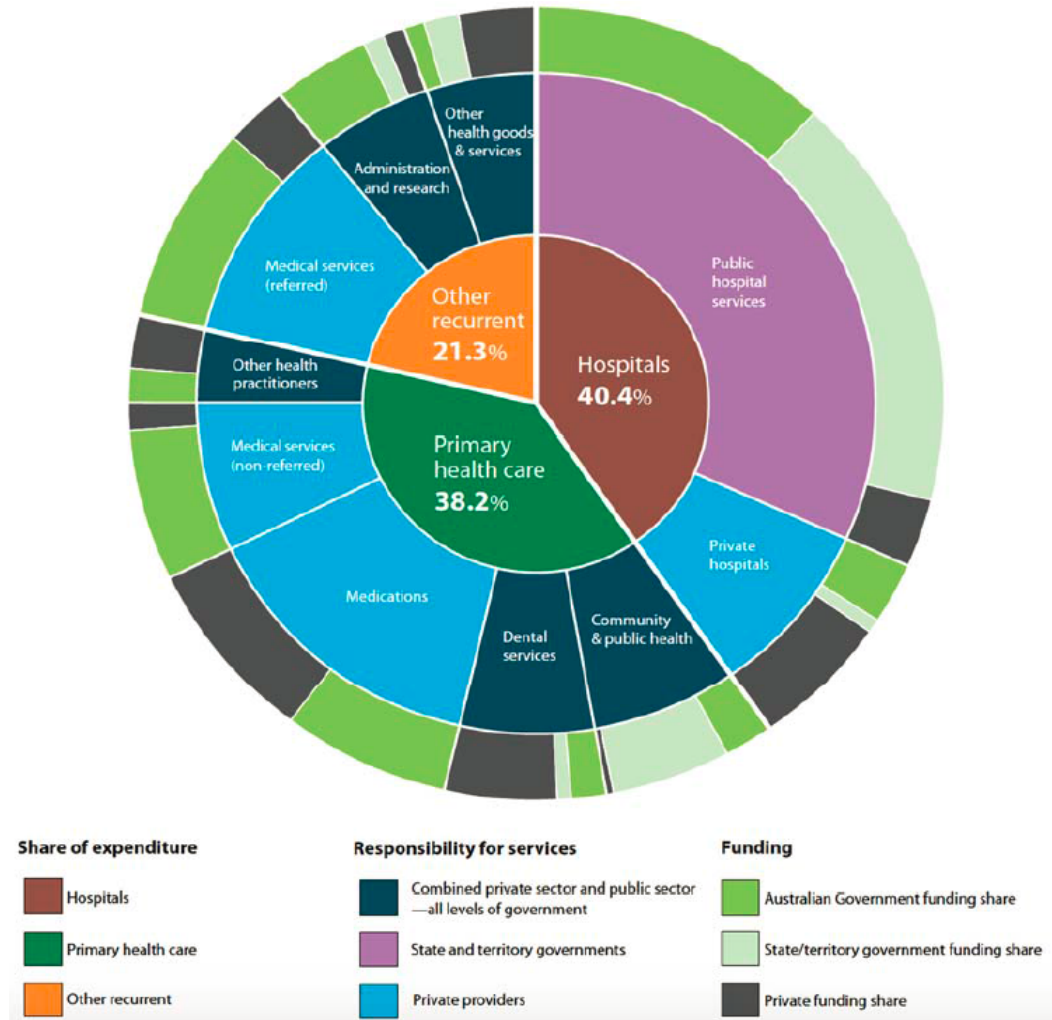


Figura 3.1: Provisión de salud en Australia. Fuente: AIHW(2014)

3.3.2. Gastos en Salud

El gasto en salud en Australia se estima en \$140,2 billones para los años 2011-2012 en comparación a los \$82,9 billones estimados en el 2001-2002. Casi el 70 % del gasto en 2011-2012 fue financiado por el gobierno. El restante 30,3 % (\$42,4 billones) fue pagado por pacientes (17 %), aseguradoras privadas (8 %) y seguros de accidentes (5 %). [Australian Institute of Health and Welfare \(2014a\)](#)

El gasto en salud ha aumentado más rápido que la economía. El ratio de gasto en salud en comparación al crecimiento neto (GDP) ha aumentado de 6,8 % en el año 1986 a 9,5 % en el año 2012 (figura 3.2). EL total de gasto en salud ha aumentado en términos reales en un promedio de 5,4 % por año en la última década, mientras que el crecimiento (GDP) ha aumentado tan solo un 3,1 % promedio por año. [Australian Institute of Health and Welfare \(2014b\)](#)

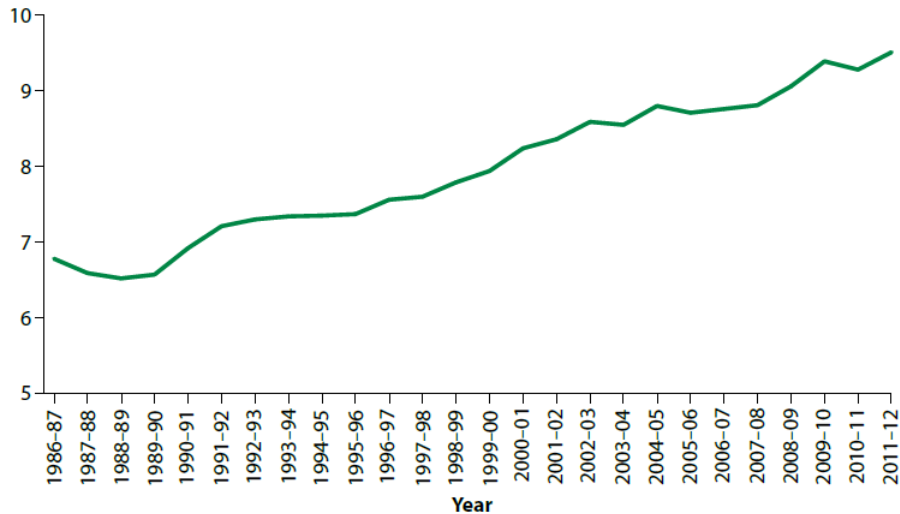


Figura 3.2: Gasto en salud vs GDP (%). Fuente: AIHW 2014

Los gastos se van principalmente a 4 áreas: Hospitales, atención primaria, otros gastos recurrentes, y gasto en capital. En 2012 el mayor gasto fue para los hospitales tanto privados como públicos (38,2 % del total de gasto en salud). El segundo gasto más grande se ve en la atención primaria (36,1 % del total del gasto en salud). La atención primaria incluye un amplio rango de servicios de salud, como los servicios de doctores, dentales y otros profesionales de la salud, además contempla el costo de algunos medicamentos que no son provistos por el hospital. La distribución del gasto se puede observar en la figura 3.3.

Es importante saber como se distribuye el gasto anteriormente mencionado entre todas las fuentes de financiamiento (Figura 3.4). Los servicios de Hospitales tanto públicos como privados recibieron un total de \$53,3 billones en 2012. La mayor fuente de financiamiento fueron los gobiernos territoriales (42,8 %) y el gobierno australiano (36,5 %). Los servicios de atención primaria recibieron \$50,6 billones en financiamiento. El gobierno de Australia fue el principal financiador (45,7 %).

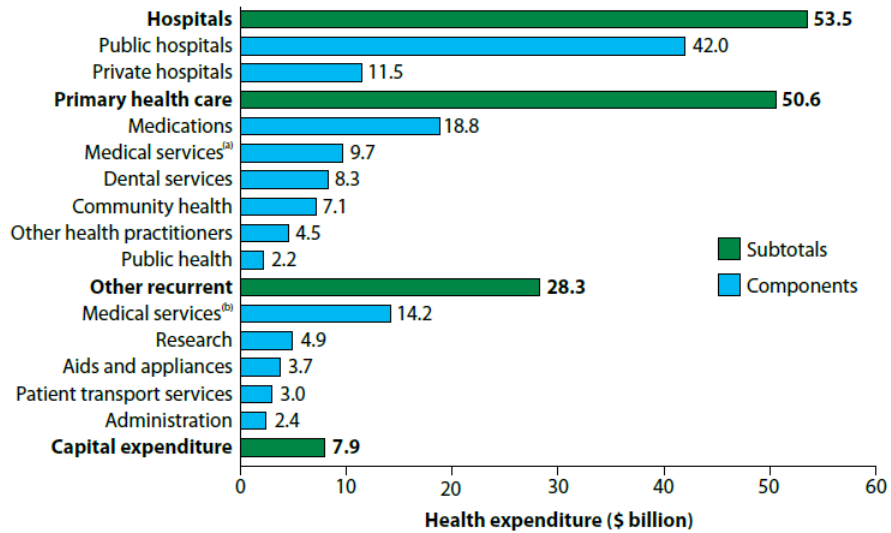


Figura 3.3: Distribución del gasto en salud. Fuente: AIHW 2014

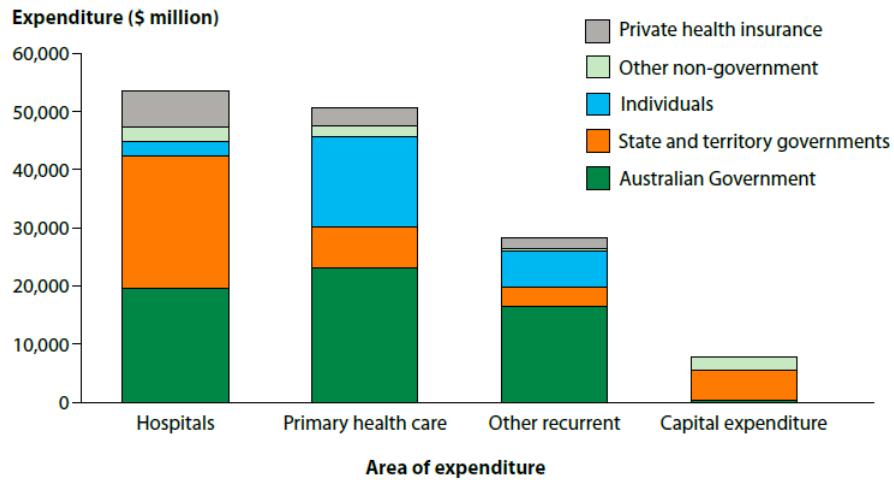


Figura 3.4: Gastos distribuidos por financiador. Fuente: AIHW 2014.

3.3.3. Medicare y Seguros Privados

El sistema de salud australiano está compuesto de un seguro público universal llamado Medicare que se introdujo el año 1984 para proveer tratamiento gratis o subsidiado por profesionales de la salud. [Australian Institute of Health and Welfare \(2014a\)](#). Medicare se compone de 3 partes: hospital, médico y farmacéutico. Incluye tratamiento gratis para los pacientes en hospitales públicos, y el pago de beneficios para servicios de salud profesional dentro de las normas establecidas, junto con una variada subvención de medicamentos y drogas para el tratamiento del paciente. Una persona puede tener solo el sistema Medicare o puede tener una mezcla de seguro privado y medicare. [Australian Institute of Health and Welfare \(2014a\)](#)

Las aseguradoras privadas también cubren una serie de servicios que no están contemplados por Medicare, como los servicios de ambulancia, servicios dentales, lentes por prescripción, y tratamientos de fisioterapia. Los pacientes que se atienden de manera privada tienen mayor flexibilidad al elegir su doctor y pueden optar a una reducción en el tiempo de atención para cirugía mediante la utilización de un hospital privado⁵. De acuerdo al gobierno australiano el 47 % de los australianos tienen algún tipo de seguro para hospitales privados. [Australian Institute of Health and Welfare \(2014a\)](#)

Todos los australianos tienen que pagar el impuesto a la salud para financiar *Medicare* (Medicare Levy), este impuesto asciende a un 2 % del ingreso sujeto a impuesto. Este impuesto puede reducirse en caso de que el ingreso de la persona esté bajo cierto rango, en algunos casos hay gente que no tiene que pagar dicho impuesto. [Australian taxation Office \(2017\)](#)

El gobierno australiano tiene varias iniciativas que incitan a la gente a optar por un seguro de hospital privado. Estas iniciativas son “*Australian Government Private Health Insurance Rebate*”, el “*Medicare Levy Surcharge*” y el “*Lifetime Health Cover*”. Esto se hace para promover el uso del servicio privado, destapando el servicio público. El primero apunta a hacer los seguros privados más asequibles ayudando a los australianos con una devolución dependiendo del nivel de ingreso. El segundo (MLS) es un impuesto adicional

⁵En comparación a uno público

(Por sobre el impuesto del 2 % para Medicare) aplicable a los australianos que no tienen cubierto los servicios hospitalarios privados. El MLS aplica para los que ganan sobre \$90.000 (solteros) o \$180.000 (Familias). Finalmente, el LHC está pensado para que los más jóvenes tomen un seguro privado. El LHC aumenta en un 2 % la tarifa del hospital privado por cada año sobre 30 que no tengan cobertura en un hospital privado, siendo la carga máxima un 70 %. [Iselect \(2017b\)](#)

3.3.4. Alzas de los Seguros

Como se explicó anteriormente dentro del sistema de salud de Australia hay 2 opciones principales: seguro público (Medicare) o seguro privado. Para financiar el primero cada australiano debe pagar el 2 % de su ingreso afecto a impuesto que puede cambiar dependiendo de las iniciativas del gobierno a las que se acoja cada australiano. El gobierno incentiva activamente a los australianos a tomar un seguro privado para poder desaturar el servicio público mediante las iniciativas mencionadas anteriormente. La gente que opta por el seguro privado sin embargo tiene que enfrentar las alzas en los precios de manera anual, específicamente el primero de abril de cada año. Estos aumentos generalmente cubren los costos crecientes en los servicios de medicina o los aumentos en la tecnología médica. Este aumento es notificado mediante carta certificada a cada uno de los clientes de las distintas compañías aseguradoras. Algunas aseguradoras permiten el pago adelantado de la prima para todo el año a cambio de mantener el precio del año anterior (esto es retrasar el aumento en un año) [Iselect \(2017a\)](#). Desde el 2010 las aseguradoras han aumentado sus precios un 54,6 % como se puede ver en la tabla 3.4.

Los aumentos en las primas de las aseguradoras privadas están bajo la aprobación del ministro de salud luego de una cautelosa examinación por el departamento de salud y el regulador de los seguros privados de salud (APRA). De acuerdo a la sección 66-10 del acta de las aseguradoras privadas del 2007 las distintas aseguradoras tienen que presentarse para la aprobación del ministro de salud australiano ante cualquier cambio de las tarifas [Australian Department of Health \(2017\)](#). Las aseguradoras deben proveer información financiera detallada y de costo/beneficio para justificar los incrementos que planean realizar, toda la información puede ser auditada si APRA así lo determina. [Ombudsman \(2017\)](#)

Año	Aumento promedio %.
2010	5,78 %
2011	5,56 %
2012	5,06 %
2013	5,60 %
2014	6,20 %
2015	6,18 %
2016	5,59 %
2017	4,84 %
Total	54,60 %

Tabla 3.4: Aumento porcentual promedio de las aseguradoras australianas. Fuente: Iselect 2017.

Los beneficios pagados por las aseguradoras pueden aumentar cuando los costos relacionados a los hospitales, médicos y otros asuntos de salud aumentan, o si los asegurados tienen un incremento en el uso de los servicios. Algunos factores específicos pueden ser los sueldos de las enfermeras, personal del hospital, cargos de los doctores, el costo del equipo médico y la tecnología cada vez más compleja o procedimientos más complicados y caros. [Ombudsman \(2017\)](#)

Aunque todas las aseguradoras tienen fondos para cubrir estos incrementos en la entrega de beneficios, esto solo puede aguantar temporalmente. Si las aseguradoras prevén un aumento constante en el costo de la entrega de beneficios deben aumentar la prima por seguro para seguir siendo un negocio viable. [Ombudsman \(2017\)](#)

Los distintos paquetes de las aseguradoras privadas junto con sus precios y coberturas pueden observarse en una página única (PrivateHealth.gov.au), y permite a los consumidores buscar el plan que más le acomode, la página es amigable y los distintos seguros son fácilmente comparables ya que usan medidas similares de costos y coberturas. [Australian Department of Health \(2017\)](#)

3.4. Alemania

3.4.1. Provisión de Servicios de Salud

La provisión de servicios de salud en Alemania está principalmente diferenciada en salud pública, proveedores de atención ambulatoria (primaria y secundaria) y atención hospitalaria : mientras la atención ambulatoria es provista principalmente por profesionales independientes con contratos con alguna aseguradora y registrados en la asociación de médicos del seguro (Kassenärztliche Vereinigung), la atención hospitalaria es entregada por tres distintos tipos de instituciones: hospitales públicos, hospitales sin fines de lucro y hospitales privados. Por su parte, la salud pública (promoción y educación) es de responsabilidad estatal (Länder).

Los profesionales médicos se pueden clasificar entre:

- i) Práctica privada, que atienden sólo pacientes con seguro privado o que pagan directamente.
- ii) Práctica asociada al seguro, es decir, pueden atender todo tipo de pacientes (deben estar reconocidos por la asociación de médicos del seguro).

Por su parte, los centros de salud (hospitales) se dividen en:

- i) Públicos (Öffentliche Krankenhäuser), financiados directamente a través del gobierno (inversiones) y mediante los seguros de salud (gastos operacionales), con administración municipal (gobierno federal sólo a cargo de hospitales militares y los estados poseen hospitales universitarios) y regulados por gobierno y asociaciones médicas. En 2012 representaban el 48 % del total de camas del país.
- ii) Sin fines de lucro (Frei gemeinnützige Krankenhäuser), financiados directamente a través del gobierno (inversiones) y mediante los seguros de salud (gastos operacionales), administrados por organizaciones de caridad (iglesia, ONGs) y regulados por gobierno y asociaciones médicas. En 2012 representaban el 34 % del total de camas del país.

- iii) Con fines de lucro (Privatkrankenhäuser), financiados directamente a través del gobierno (inversiones) y mediante los seguros de salud (gastos operacionales), administrados como empresas privadas y regulados por gobierno y asociaciones médicas. En 2012 representaban el 18 % del total de camas del país.

El sistema alemán se caracteriza por no tener una “puerta de entrada” definida: los pacientes pueden seleccionar cualquier médico acreditado para su atención. Para los asegurados del seguro público, la atención es realizada por médicos familiares (que pueden ser especialistas) a través de la participación en un programa de manejo de enfermedades (en caso de necesitar atención para enfermedades específicas), en el cual médico y paciente fijan objetivos específicos para el tratamiento, de acuerdo a lo establecido por el contrato con la aseguradora. A su vez, el médico familiar puede remitir el paciente a (otros) especialistas u hospitales. En este sentido, los médicos familiares son más coordinadores que puerta de entrada al sistema.

La atención ambulatoria es realizada principalmente por proveedores privados con fines de lucro, mientras que los cuidados de largo plazo son llevados a cabo por profesionales (principalmente enfermeras) en instituciones con y sin fines de lucro.

3.5. Holanda

3.5.1. Provisión de Servicios de Salud

El sistema de salud holandés divide explícitamente los cuidados curativos, los cuidados de largo plazo y la salud pública, con cuerpos legales, financiamiento y provisión separados. La atención curativa incluye la interacción de proveedores de salud primaria (GPs), secundaria y terciaria (hospitales, centros de salud y especialistas) y otros proveedores (farmacias, atención de urgencias médicas), mientras que la atención de largo plazo es realizada por instituciones de cuidados de largo plazo (casas de reposo y asilos). Por su parte, la salud preventiva es principalmente realizada por prestadores públicos, bajo la responsabilidad de las municipalidades. El país cuenta con una extensa red de proveedores, que asegura una amplia cobertura nacional: el tiempo promedio de viaje para llegar al GP

más cercano es 1,3 minutos y 7,7 para llegar al hospital más cercano.

Al igual que en el caso australiano, los GPs de atención primaria son usados como puerta de entrada al sistema, con el fin de controlar los costos por atención de especialistas. De hecho, sólo el 4 % de las consultas a médicos generales se traspasan a la atención secundaria. La provisión de atención primaria es privada, con profesionales ejerciendo de manera independiente o a través de cooperativas de profesionales. Los pacientes se registran con un médico general, que tienen derecho a elegir y cambiar; por su parte, los médicos también tienen el derecho a no aceptar un paciente (ej. por sobreoferta o distancia geográfica).

La atención secundaria y terciaria se realiza luego de una remisión desde la atención primaria. Los proveedores son principalmente (más del 90 %) privados sin fines de lucro (Daley et al., 2013), y son pagados a través de Combinaciones Diagnóstico-Tratamiento (Diagnose-Treatment Combinations, DBC), sistema inspirado en DRGs, pero más flexible.

Los cuidados del largo plazo se realizan a través de instituciones (asilos y casas de reposo) y cuidados comunitarios (en el hogar), las cuales son pagados en función de la intensidad y complejidad del cuidado.

3.5.2. Seguro de Salud Estandar y Primas

Cualquier persona que vive o trabaja en Holanda está obligada a tomar el paquete estándar de salud para cubrir sus costos. Este seguro cubre el 41 % de todos los gastos de salud del país. Según cifras del 2012 los cotizantes pagan aproximadamente \$133.000 pesos chilenos con un deducible de \$285.000. Los costos de salud son financiados en un 50 % por los pagos que realiza el empleador al fondo común, el gobierno aporta el 5 % y el restante 45 % es aportado por las primas pagadas por cada persona.

El paquete estándar está conformado por el gobierno. Todas las aseguradoras ofrecen el mismo paquete y están obligadas a aceptar a cualquiera que aplique al seguro, y debe cobrarle a todos la misma prima por seguro, independiente de su edad o estado de salud.

El sistema de seguros de salud está basado en el principio social de la solidaridad. Entre todos pagan el costo total de la salud, todos colaboran en el pago por ejemplo de maternidad o geriátrico.

No todos los cuidados de salud están cubiertos por el paquete estándar de salud. Se puede optar a un mayor nivel de seguro de salud, por ejemplo, para servicios dentales o fisioterapia. Los seguros de salud adicionales no son obligatorios y además uno puede tomar el seguro estándar y el adicional en distintas aseguradoras. Las aseguradoras pueden rechazar a gente que quiera tomar un seguro adicional si así lo estiman.

La prima nominal es igual para todos, pero la gente con menos ingresos puede acceder a ciertos beneficios de ayuda al pago de la prima. Los niños menores de 18 años no pagan por el paquete estándar de servicios de salud y deben ser inscritos dentro de los primeros 4 meses de vida por sus padres.

Adicionalmente a la prima nominal, hay que pagar una tasa de contribución que está relacionada con el nivel de ingreso de cada persona. Esta contribución, es un porcentaje del ingreso de cada trabajador y está estipulada en el acta ZVW y es por esto que se llama la contribución ZVW, que es aportada por el empleador .

3.6. Corea del Sur

3.6.1. Provisión de Servicios de Salud

Como en otros países, en Corea del Sur la salud pública (promoción, educación y prevención) se encuentra en manos del Estado, mientras que la provisión de salud curativa está principalmente a cargo de privados. Al contrario de otros países, los servicios de salud pública son entregados a través de hospitales y servicios de salud públicos, que representan cerca del 10 % de la oferta de proveedores.

En términos de atención curativa, el sistema coreano se compone de dos niveles:

- i. Nivel 1 (atención primaria y secundaria): Clínicas, hospitales y hospitales generales
- ii. Nivel 2 (atención terciaria): Hospitales universitarios especializados de atención terciaria (44 instituciones en 2014)

La atención primaria es entregada por proveedores privados (90 %), principalmente doctores ejerciendo de manera privada o en grupos de profesionales. Existen variados servicios

(cuidados generales, diagnóstico, salud infantil, operaciones, entrega de medicamentos, emergencias, rehabilitación, servicios de enfermería, servicios preventivos, transporte) y proveedores de atención primaria (hospitales, clínicas, centros de salud, instituciones de salud oriental, farmacias). Dado que los hospitales proveen servicios de atención primaria, principalmente enfocada en servicios curativos, compiten con los hospitales terciarios tanto en servicios de atención ambulatoria como hospitalaria.

El acceso a atención secundaria es relativamente fácil, ya que los profesionales de atención primaria no hacen de puerta de entrada formal al sistema; en este sentido, el rol de la atención primaria en el sistema de salud es escaso, lo que resulta en competencia en lugar de coordinación entre proveedores. Sin embargo, para acceder a servicios en hospitales terciarios (y obtener cobertura financiera del seguro), se requiere una remisión desde instituciones de nivel 1. Lo explicado anteriormente se puede ver en la figura 3.5.

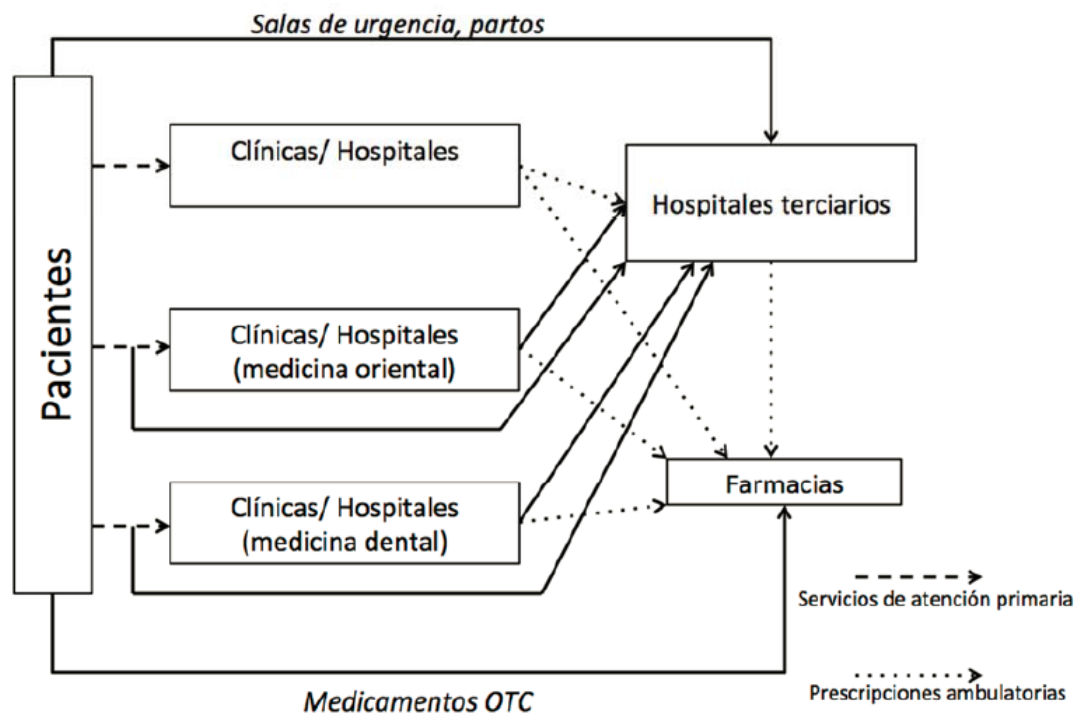


Figura 3.5: Sistema de salud coreano. Fuente: Chun (2009).

3.7. Reino Unido

La red del NHS está compuesta por distintas organizaciones que proveen servicios a los pacientes, separados entre salud primaria, secundaria y terciaria. De acuerdo al sitio web del NHS la atención primaria es el primer punto de contacto para la mayoría de la población y es entregada por distintos proveedores, como GPs ⁶, dentistas, farmacéuticos y optometristas. El rol de los GPs es clave, siendo encargados de lidiar con un amplio rango de problemas de salud, incluyendo educación, vacunas y operaciones sencillas. Usualmente trabajan de manera privada o en grupos de profesionales, y tienen la facultad de remitir pacientes a hospitales en caso de no poder lidiar personalmente con un problema de salud (para exámenes, tratamiento o consulta especialista). Los pacientes se deben registrar con un GP (que maneja, por ejemplo, los registros médicos) para acceder a atención. La salud pública es de responsabilidad del Departamento de Salud, cuyo objetivo es la protección y mejora del estado de salud de la población, así como la reducción de las desigualdades; el Departamento de Salud no provee servicios de manera directa, sino que lo hace a través del NHS, autoridades locales y la Agencia de Protección de la Salud (HPA) .

Por su parte, los servicios de atención secundaria están a cargo de comisiones clínicas (Clinical Commissioning Groups, CCG) cuya misión es planificar el cuidado hospitalario, rehabilitación, servicios de urgencia, servicios de salud comunitarios, salud mental y algunos servicios de GPs. Los CCGs deben decidir qué servicios se requieren en un área específica y asegurar su provisión. El acceso a atención hospitalaria requiere una remisión desde la atención primaria (excepto en casos de emergencia). Los hospitales son mayormente públicos y administrados por asociaciones -NHS trusts- que aseguran que una alta calidad de servicio sea entregada y que el dinero sea gastado de manera eficiente.

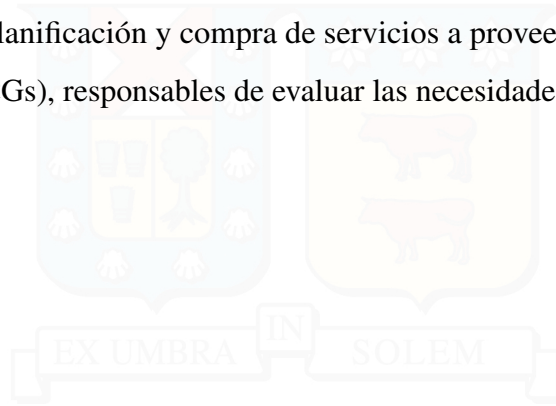
El NHS financia tanto hospitales propios como de otros proveedores de servicios (caridad, organizaciones privadas, empresas sociales). Los proveedores funcionan como empresas dentro del alero de la NHS, en donde cada uno tiene su propia junta directiva, responsable por su calidad y estabilidad financiera.

En general, los servicios son gratuitos, excepto en algunos casos en que se permite

⁶General Practitioner, es un médico que no se especializa en ningún área en específico.

cobro de copago (medicamentos, salud dental y oftalmológica, transporte, pelucas y ropas especiales) –cuyo objetivo es principalmente ayudar en el financiamiento del NHS-, y los pacientes pueden elegir su médico general y hospital para recibir la atención.

La red de proveedores es financiada a través de impuestos generales y cuenta con un presupuesto fijo. La planificación y compra de servicios a proveedores es llevada a cabo por comisionados (CCGs), responsables de evaluar las necesidades de la población.



4 | Revisión Bibliográfica

A continuación se hará una revisión bibliográfica de distintos *papers* que serán útiles en la creación de la propuesta final.

4.1. Propuesta de Regulación al Problema de los Precios, Planes y Cautivos en Isapres y su Relación con el Fondo de Compensación Solidario

Lo que sigue fue extraído directamente del documento presentado a la Superintendencia de salud con año 2009, En la realización de este informe han contribuido: Manuel García-Goñi, Randall Ellis, Peter Zweifel, Pere Ibern, José Francisco Pacheco y Norma Padrón. [Solutions \(2009\)](#)

El seguro sanitario cumple distintos objetivos a nivel de políticas públicas. En primer lugar capacita a los individuos a repartir el riesgo derivado de los gastos sanitarios que puedan necesitar, mientras que también les proporciona acceso a la provisión de los servicios médicos, que de otra manera, sin seguro, no podrían permitirse.

La necesidad de repartir el riesgo individual es una consecuencia directa de una de las características diferenciales del mercado de servicios sanitarios. Mientras que en otros mercados la oferta y la demanda pueden ser conocidas en buena medida, cuando hablamos de salud, la demanda a nivel individual no se conoce. En cambio, en el nivel agregado sí se puede conocer o predecir (con un error aceptable) la cantidad de servicios que tendrán que ser provistos para una población determinada dadas sus características. Una compañía aseguradora, ya sea de naturaleza pública o privada, por tanto, es capaz de absorber los

riesgos individuales de todos sus asegurados y convertirlos en un único riesgo poblacional. una prima de seguro (el precio) por evitar el riesgo de de la necesidad de servicios sanitarios cuyo coste es desconocido. Las compañías aseguradoras (de naturaleza privada) son capaces de obtener beneficios a pesar de responsabilizarse de las pérdidas concurridas aseguradas por los individuos mediante la fijación de dicha prima de seguro, aprovechando la distinta disposición hacia el riesgo de cada individuo (que presentan aversión al riesgo individual) frente a la de la compañía aseguradora (neutral hacia el riesgo poblacional).

En un mercado privado de seguros los individuos tienen que tener en cuenta su nivel de renta a la hora de adquirir un seguro. Pero la prima de seguro va a depender de sus características individuales. Por tanto, el problema se agrava cuando un individuo sufre una condición crónica. El motivo es que la aseguradora anticipa con exactitud el gasto sanitario asociado al cuidado del enfermo crónico, y la fijación de la prima de seguro va a corresponder al riesgo individual del enfermo, con lo que es significativamente más grande que si el riesgo absorbido fuera el poblacional. Este problema está asociado a los contratos de seguros individuales. La compañía aseguradora se enfrenta tan sólo a riesgos poblacionales mientras fuerza a los individuos a pagar primas ajustadas a los riesgos individuales.

4.1.1. El cambio de aseguradora en seguros voluntarios

Un mercado en competencia perfecta debe permitir la movilidad de los consumidores entre contratos ofrecidos por diferentes compañías aseguradoras. El inconveniente que se presenta en el mercado de seguros sanitarios para alcanzar la competencia perfecta es la falta de información sobre los contratos, y un movimiento perfectamente libre, sin ninguna barrera hacia el cambio de plan de seguro. La elección del consumidor sólo puede considerarse como libre si no sufre barreras al cambio de seguro sanitario. Cuando al contrario, la elección del consumidor está condicionada por la información imperfecta sobre precios o calidades de contratos de seguros ofrecidos por distintas empresas, ese resultado puede hacerles llevar a una decisión subóptima. Esto es lo que parece ocurrir en la elección de los planes Isapres.

Distintos trabajos recogen evidencia de la dificultad que los consumidores encuentran

en mercados en proceso de o ya liberalizados, como el de los seguros sanitarios. Esta evidencia se basa en la existencia de costes derivados del cambio de proveedor (switching), lo que les hace reaccionar sólo de manera débil o imperfecta a variaciones en precios o calidad de los servicios.

Admitiendo la existencia de los costes del cambio y que la estructura del mercado puede favorecer tal situación, es necesario analizar si existe una pérdida de bienestar significativa en los consumidores. Esto es factible dado que la baja sensibilidad a los precios en los asegurados puede provocar un incentivo añadido a las empresas aseguradoras a incrementar sus precios y por tanto a reducir el excedente del consumidor para incrementar los beneficios empresariales, con la entrada de una mayor proporción de empresas aseguradoras privadas.

Existe una contrapartida, al menos desde el punto de vista de los incentivos empresariales, a la existencia de costes de cambio de seguro altos, que resulta positiva para los consumidores. Y es que una vez que la aseguradora mantiene “cautivos” a los consumidores, le interesa que su estado de salud sea el mejor posible para ahorrar en costes de atención sanitaria. Se sugiere el análisis de la especialización de distintas Isapres en algunas patologías que en principio, cabría esperarse que proporcionaran pérdidas. Como consecuencia la aseguradora puede incrementar la calidad del servicio o los cuidados preventivos como inversión para mejorar los resultados futuros. En cualquier caso, es necesario añadir que si bien la inversión en salud es positiva, ésta no debe ser promocionada mediante restricciones a la competencia como las derivadas de la “cautividad” de los asegurados.

La regulación para limitar la cautividad y atenuar el impacto de la selección de riesgos en el mercado de seguros sanitarios pasa por una estandarización de los paquetes básicos ofrecidos por las distintas compañías acompañados de una mayor transparencia en la información facilitada a los consumidores. Esto es lo que en el mercado de Isapres vendría incluido en las Garantías Explícitas de Salud (GES). La legislación debe también permitir que cada periodo de tiempo, que normalmente se suele establecer en un año, los individuos puedan legalmente cambiar de proveedor sin ningún coste. Con transparencia y un mercado privado abierto, la competencia en precios debería florecer. En cualquier sistema se espera que la movilidad de cotizantes sea mayor si no hay un mercado muy concentrado, es decir, cuando haya un mayor número de proveedores (fondos aseguradores) participantes.

En el caso de países como Bélgica, Holanda e Israel el mercado de proveedores opera a nivel nacional lo que implica un menor número de proveedores, mientras que en Alemania los fondos (sickness funds) operan sólo en uno o varios estados, pero hay más a nivel nacional. En Suiza, por ejemplo, los cotizantes tienen opciones que se limitan a la provincia de residencia y como consecuencia hay muchos y más pequeños proveedores. Siendo así que en Suiza, hay un mínimo de 35 fondos aseguradores por cada residente de un mismo canton, mientras que en Bélgica e Israel los individuos solo tienen acceso a 4 o 5 opciones a nivel nacional.

Es evidente que la cantidad de proveedores disponibles al cotizante tendrá un impacto sobre la decisión del cotizante al cambiar de fondo asegurador o decidir no hacerlo. Sin embargo es relevante estudiar las opciones que enfrentan los consumidores. Esto es equivalente a las coberturas que pueden elegir los individuos en los contratos con los planes Isapres en Chile. Las opciones son:

- 1. Elecciones entre fondos de seguros públicos o privados
- 2. Elecciones de proveedor de primer contacto con los pacientes
- 3. Elecciones de fondos públicos de seguro sanitario
- 4. Elección de hospital

Para diferentes grupos poblaciones estas elecciones tendrán un mayor o menor peso a la hora de elegir un proveedor sanitario, y una pieza clave a considerar es la interacción de las coberturas básicas y complementarias. La elección de cobertura es un tanto compleja ya que el individuo toma en consideración sus necesidades actuales, y futuras. Los beneficios suplementarios/complementarios generalmente requieren que el individuo tome aún más decisiones respecto a sus necesidades futuras, y dependiendo de las características y preferencias individuales este puede ser o no un motivo de cambio.

En Holanda, se encontró que las razones de cambio más citadas entre el grupo de mayor movilidad para cambiar de un plan a otro fue que los beneficios suplementarios de la póliza anterior eran restringidos (30.6 %), que los individuos estaban insatisfechos con el servicio en general (25.4 %) y por último que la tasa de la prima base era muy alta un 18.7 %.

Una de las estrategias introducidas ha sido aplicar periodos de elección que se han introducido con el propósito específico de promover o habilitar la movilidad de cotizantes. En la mayoría de los países de mayor avance en esta área, los consumidores pueden cambiar de compañía aseguradora con cierta frecuencia. En el caso de Bélgica, es cada trimestre, siendo éste uno de los períodos más cortos. Sin embargo esta reforma ha tenido poco éxito y sólo el 1 % de los cotizantes se cambia luego de un año con la misma aseguradora.

Por otro lado, en Alemania el marco legal habilita a los cotizantes a cambiar de fondo asegurador una vez al año y estudios muestran que la movilidad no es muy alta y que aquellos que ejercen su derecho anual de cambio de fondo asegurador son generalmente aquellos en buena salud o muy jóvenes.

4.1.2. Regulación y Reformas de los Programas de Seguros Sanitarios.

Los retos más apremiantes de los programas de seguro social ya sean públicos o nacionales, son la búsqueda de acceso, cobertura, financiamiento y eficiencia del sistema. Los distintos sistemas internacionales han buscado soluciones a estos retos mediante la diversificación y combinación de estrategias de carácter privado y público.

4.1.2.1. Regulación de acceso

La búsqueda hacia la eficiencia y la organización del sistema de seguros sanitarios internacionales se enfocó particularmente al acceso y el diseño de diversas medidas para proveer cobertura a aquellos que pertenecían a poblaciones vulnerables o que, al ser considerados como “de riesgo” no contaban con acceso suficiente a los servicios sanitarios.

Una forma de implementar regulación para promover la solidaridad de acceso sanitario son las reformas y regulaciones que prohíben a las compañías o fondos aseguradores a rechazar a cotizantes basándose en su situación de salud. Estas regulaciones no son sólo de carácter prohibitivo sino que, mediante la implementación de formulas de ajuste de riesgos, atenta regulación de las primas y/o subsidios a estas, indirectamente también sirven para promover a los fondos aseguradores a mejorar su eficiencia en la producción de productos

y servicios para responder mejor a las necesidades de los consumidores.

La introducción de mecanismos para promover una cobertura básica y proveer acceso básico en el sector sanitario se ha dado de forma paulatina y en diferentes grados en los distintos países. La línea común ha sido la de buscar un equilibrio entre modelos controlados por el sector de oferta y de demanda.

Continuando con el ejemplo de Holanda, luego de experimentar una baja satisfacción de la población con el sistema sanitario de los sesenta y setenta, se implementaron políticas dirigidas a generar igualdad de acceso por parte de los individuos mediante la competencia entre proveedores de seguros sanitarios. Esto requirió cambiar las estructuras de mercado que anteriormente estaban más concentradas en la oferta (búsqueda de calidad y tecnología en los servicios ofrecidos) a unas más enfocadas en la demanda.

La obligatoriedad del seguro sanitario es algo característico de los sistemas de seguridad social, en búsqueda de una diversificación estable en el contexto de combinación de opciones públicas y privadas. En Suiza, por ejemplo, el gobierno ha implementado la obligatoriedad de seguro sanitario y ha impulsado una competencia administrada en el ámbito de seguros. En concreto, el gobierno Suizo definió los beneficios de cobertura “estándares”, prohibiendo la discriminación de aseguradores hacia potenciales asegurados, proporcionando extensiva información al público en precios e incluso ajustando, de acuerdo al riesgo, los pagos a las aseguradoras. De este modo, los hogares no enfrentan el coste total de cobertura y pueden comprar cobertura adicional si lo desean, lo que de hecho sucede con gran frecuencia.

De hecho, la opción de obtener cobertura suplementaria o complementaria sobre la cobertura básica inicial es bastante común en Holanda, Suiza, Bélgica, Israel y Alemania. Estos seguros se pueden comprar adicionalmente de la cobertura básica obligatoria y, dependiendo de diversos factores hay países en los que una mayor proporción de la población opta por este tipo de cobertura y otros en los que no. En Alemania por ejemplo, solo un 10 % de la población asegurada escoge también seguros suplementarios, mientras que en Israel es un 50 % y en Suiza un 70 %. Pero en países como Bélgica y Holanda el porcentaje es de hasta un 90 %.

El precio y comprensibilidad de la cobertura básica está en función de diversos elemen-

tos, el más importante siendo la habilidad del sistema de sustentar la demanda de estos servicios de carácter básico y la capacidad de asignar recursos efectivamente.

Las reformas más recientes en cuanto acceso, se han esforzado por promover una equidad de acceso a las poblaciones vulnerables como niños, personas de mayor edad y aquellos con discapacidades físicas o mentales y se han concentrado en crear canales de información y programas a los que se puedan acceder con facilidad. Esto en muchas ocasiones ocurre mediante cobertura ligada a la cobertura de otro familiar. En el caso de niños esto sucede con frecuencia, ya que mediante la cobertura de los padres ellos están cubiertos (con elección a comprar cobertura adicional).

4.1.2.2. Información -Precio, calidad, cobertura de los planes

El acceso a la información sobre precios, calidad y cobertura de los planes de seguros sanitarios es de vital importancia para la efectiva implementación de reformas y gestión sanitaria. Desafortunadamente, en el mercado de servicios y planes sanitarios la información es compleja y muchas veces cambiante. A medida que la competencia aumenta, los individuos enfrentan un mayor flujo de información, a la que en ocasiones el acceso es desigual o ineficiente, o a la que simplemente los consumidores tienen dificultad de asimilar.

La asimilación de nuevas políticas aun cuando son diseñadas y ajustadas a las necesidades de la población no ocurre tan fácilmente. Esto se ha demostrado empíricamente en diversos estudios en los que se ha encontrado evidencia de un sesgo de status quo, en donde la elasticidad de las primas es significativamente mayor en personas de reciente acceso a elección de plan (nuevos empleados) que para aquellos que ya tienen tiempo con la misma póliza de seguro. En otras palabras, aun cuando nuevos planes sean introducidos no quiere decir que la población hará uso efectivo de estos.

Es por esto que la información tiene un papel de tanta relevancia en los términos de acceso. Si bien es el gobierno, el sistema sanitario el que delimita las opciones disponibles a los individuos, es la información (y la comprensión de esta) lo que permite a los individuos ejercer óptimamente sus opciones disponibles.

Los puntos de acceso a la información también son relevantes y pese a varias reformas

internacionales, aun hoy día, son limitantes al acceso de ciertas poblaciones. Quizás el más importante punto de acceso de seguros sanitarios en países como Alemania y Estados Unidos, es el empleador. En este sentido, el empleador actúa como intermediario entre la compañía o fondo asegurador y el cotizante.

4.1.2.3. Regulación de precios

En sistemas que buscan una competencia administrada o compaginar el sistema sanitario dual público-privado con objetivos de eficiencia e innovación, los gobiernos, como administradores de recursos se enfrentan a disyuntivas constantes. Primero, en cuanto a cómo operar el sistema sanitario, el gobierno puede decidir operar el sistema sanitario o contratar proveedores privados. Un riesgo es el sacrificar la calidad por tratar de obtener una eficiencia a un nivel de sector privado. Segundo, el gobierno debe decidir el grado de coste compartido. Coberturas más amplias reducen el costo de enfermedad, pero podrían provocar un consumo desmedido. Finalmente, los gobiernos se enfrentan a decisiones de competencia y selección de riesgo. Es fácil imaginar que alguien con mayor riesgo a enfermar, o ya enfermo, prefiera coberturas más amplias que alguien que se encuentra sano.

Las reformas sanitarias se han dado de diversas formas en los distintos países. Sin embargo, las décadas de los ochenta y noventa estuvieron marcadas por un marcado interés en la necesidad de controlar los precios de los servicios sanitarios que se habían disparado a causa del poco control sobre los reembolsos que las aseguradoras pagaban a los proveedores sanitarios, lo cuales no estaba regulados. En Holanda, la reforma de Precios Sanitarios (*The Health Care Prices Act (1982)*) habilitó al gobierno a controlar las tarifas de los médicos con el objetivo de controlar la evolución del gasto sanitario.

La regulación de precios ha tenido un efecto directo que es el grado de responsabilidad sobre el riesgo que los fondos/compañías aseguradoras incurren. Esto tiene impacto en la variación de precios que los cotizantes enfrentan y finalmente en el abanico de opciones que enfrentan. En la literatura reciente, frecuentemente se habla del “switching” o cambio de un plan a otro. Por parte de los cotizantes el beneficio es en términos de precios más accesibles o coberturas que satisfagan mejor sus necesidades. Por parte de los sistemas sanitarios, la movilidad de cotizantes es favorable para la competencia y por consecuencia

para la eficiencia y buena utilización de los recursos sanitarios.

En Estados Unidos el sistema sanitario es un híbrido entre competencia administrada (managed competition) y provisión social mediante programas como el Medicare y Medicaid. La competencia de los proveedores de seguros sanitarios está centrada en la prima anual de los servicios de salud comprensivos, y no en los servicios individuales y la información y acceso a los planes está bastante limitada por los empleadores. El resultado es que los precios son bastante elevados, el acceso es un tanto limitado y la movilidad no es tan elevada por parte de los cotizantes.

4.1.2.4. Análisis del Plan de Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas

En el ámbito de la gestión sanitaria se busca conseguir que la población tenga acceso a servicios necesarios, que éstos cubran las necesidades de la población y que haya accesibilidad. Uno de los problemas que los sistemas sanitarios enfrentan, es el de diseñar canales de acceso para aquellas personas cuyo tratamiento resulte en costes financieros catastróficos y empobrecimiento. Ignorar la necesidad de afrontar el problema de enfermedades catastróficas tiene repercusiones muy grandes a nivel poblacional, que desembocan en la deterioración de la salud.

Este es un problema que tanto países desarrollados como no desarrollados enfrentan. No es poco común el escuchar de casos de personas que retrasan tratamientos o simplemente no los utilizan por que no pueden pagarlos, o de casos en los que los individuos sufren una catástrofe financiera luego de incurrir en costes de tratamientos sanitarios. En fin, que estos mismos efectos financieros terminan por influir en el estado de salud de la población y en su habilidad de enfrentar el mejoramiento de su salud.

Hay diversos enfoques que los sistemas sanitarios han tomado para proveer cobertura y acceso con fines de prevenir catástrofes financieras. Cualquiera que sea la amplitud o magnitud del programa, generalmente se opera como una “cobertura sobre la cobertura”. Es decir, individuos que cuentan con una cobertura de seguro sanitario, una vez que alcanzan un límite para los gastos de copago o “bolsillo” son cubiertos por una “cobertura catastrófica”.

La literatura académica no discute mucho sobre la cobertura catastrófica en los países Europeos ya que las tasas de cobertura de seguro sanitario son muy altas, y los sistemas

se pueden definir como de acceso universal. Esto no quiere decir que la necesidad de cobertura catastrófica, es decir, de prevenir el empobrecimiento de los individuos a causa de problemas de salud no sea contemplado.

Cabe destacar que la definición de riesgos o enfermedades catastróficas varía de sistema a sistema. En Estados Unidos, muchas enfermedades crónicas son consideradas catastróficas y en una extensión menor o mayor están cubiertas por los programas como Medicare y Medicaid para poblaciones vulnerables. Sin embargo, el mayor número de los individuos participa en programas de competencia administrada (managed competition) o dirigidos al consumidor (consumer-directed health care), los cuales están amalgamados y varían de estado a estado. Estos últimos programas, dirigidos mayormente al consumidor y no a los proveedores, proporcionan información sobre comparación y niveles de coberturas.

Los instrumentos operativos principales son los deducibles de las pólizas de seguro y cuentas de ahorro (con preferencia fiscal). Estas cuentas de ahorro se usan para financiar el copago de gastos no catastróficos, hasta que se llega al tope del deducible y la cobertura catastrófica se hace efectiva. De entre las provisiones legales más recientes, está aquella que dice que individuos que compren un seguro sanitario con deducible de \$1050 USD para un individuo o de \$2100 USD para una familia, califican para abrir las cuentas de ahorro (HSA).

En Chile, la Cobertura Adicional para enfermedades Catastróficas (CAEC) es un beneficio adicional al plan de salud de base que permite financiar, cumplidos ciertos requisitos y completado el deducible, hasta en un 100 % de los gastos derivados de atenciones de alto costo, tanto hospitalarias como algunas ambulatorias, realizadas en el país.

De acuerdo con la información más reciente, la implementación del CAEC ha significado un gasto promedio por persona atendida de 14 millones 800 mil pesos, de los cuales la ISAPRE bonifica 12 millones 800 mil, mientras que el usuario paga dos millones de pesos, incluido el deducible y a junio del 2006, las Isapres han facturado por este concepto la suma de \$212 mil 600 millones de pesos.

4.1.2.5. Comentarios relativos a Cautividad

Los retos a los que se enfrentan los gobiernos para financiar la cobertura del riesgo de enfermar obligan a una adaptación constante al entorno. La Reforma de Salud en el Sistema Isapres obliga asimismo a evaluar posibles mejoras o recomendaciones.

Dentro de los cambios legislativos de la reforma el más significativo ha sido la introducción de las GES a un precio común para todos los beneficiarios de una misma Isapre y el otorgamiento de una cobertura mínima en los planes complementarios:

- **Ventajas.** El objetivo claro de esta medida es tratar de evitar una discriminación entre los asegurados de una misma Isapre. Asegurando un mínimo de cobertura es más complicado discriminar las coberturas a distintos pacientes dependiendo de sus características y por tanto, se reducen los incentivos a la selección de riesgos dentro de una misma Isapre.
- **Inconvenientes.** Esta medida no tiene en cuenta un posible efecto secundario en el largo plazo. Si existen (como es el caso) asegurados cautivos, que no tienen facilidades para cambiar de Isapre, se puede reducir la varianza de las coberturas en planes de una misma Isapre pero puede incrementarse la varianza entre los planes ofrecidos por distintas empresas aseguradoras. Podría llegarse al caso de una serie de Isapres especializados en un grupo determinado de pacientes que no puedan moverse hacia distintos planes. La causa es que la legislación del precio común se limita a los beneficiarios de una misma Isapre. Por otra parte la forma como se presta las GES tiene su importancia, y en función de como se estructure la red los costes diferenciales pueden ser excesivos.

La capacidad de elección de aseguradora estimula la eficiencia en la medida que la información disponible sea adecuada, accesible y equilibrada. La existencia de usuarios cautivos en Isapres implica considerar que tal capacidad de elección ha disminuido fruto de la utilización estratégica de la información. El objetivo de garantía de la cobertura del riesgo de enfermar reside en promover la eficiencia en la gestión de la cobertura. Si en lugar de competir en la gestión, se compite por la selección de riesgo las posibilidades de conseguir una mayor eficiencia se diluyen.

La consideración de cautividad en Isapres obliga a una definición compleja y a una estimación longitudinal en el tiempo que requeriría mayor desarrollo. Sin embargo, intuyendo a partir de la información disponible que tal cautividad puede existir, podemos preguntarnos:

¿Qué es prioritario resolver la cautividad o afrontar la selección de riesgos?

En otras palabras, hay que actuar sobre la consecuencia o sobre la causa. Lo fundamental es actuar sobre la causa y mejorar la regulación existente para evitar la competencia en términos de selección de riesgos. Para ello las cuestiones clave a abordar son las relativas a:

- Plan básico de cobertura que permita comparación efectiva entre aseguradoras en términos de prestaciones y coste equivalente.
- Impulso a desarrollar información para el consumidor para la elección de planes.
- Establecimiento de nuevos flujos de fondos financieros para cobertura

La regulación de precios máximos podría atenuar la competencia entre planes e introduciría alta complejidad en su diseño al no tener los planes estandarizados. En cualquier caso no frenaría la selección de riesgos. Se ha considerado que resulta prioritario situar el énfasis en los mecanismos que permitan la comparabilidad y eviten las posibilidades de selección.

4.1.3. Sobre el Entorno Institucional

La situación actual del sistema de salud chileno refleja la evolución histórica y los patrones regulatorios que sucedieron fundamentalmente a partir de los años 80. La modernización del sistema de salud para conseguir mayor eficiencia y equidad tiene que ver con principios pero también con reformas institucionales.

En concreto y por lo que se refiere al sector salud, hay oportunidades para desarrollar una función de supervisión regulatoria de las aseguradoras de salud en el marco de la supervisión financiera y de seguros general y bajo unos criterios homogéneos propios de toda entidad aseguradora. Más allá de esta actividad supervisora, la Superintendencia tiene establecido un papel fundamental en la regulación del sistema de salud. Es por ello

que en un marco de seguro universal con capacidad de elección de aseguradora, a la Superintendencia le correspondería una actividad reguladora estricta en este ámbito no financiero, mientras que el ámbito financiero de las Isapres y la actividad de seguro privado voluntario quedarían en el marco de la supervisión financiera y de seguros convencional.

Las recomendaciones aportadas por OCDE representan un punto de partida para la reforma regulatoria, sin embargo cada país tiene una trayectoria particular y los informes muestran precisamente que más allá de tendencias consistentes que pueden servir de guía, las excepciones son fruto del momento de desarrollo en que cada entorno se encuentra.

4.1.4. Regulación de Precios en Isapres

La fijación de una prima voluntaria equivalente para todos los usuarios de una Isapre puede ser objeto de aumentos anuales superiores a los niveles deseables en la medida que el mercado no es necesariamente competitivo debido a un número limitado de oferentes. Si bien existirá competencia entre Isapres en calidad y en prima voluntaria, el regulador puede establecer una regulación de precios con el objetivo de maximizar el bienestar social.

Las dos opciones de regulación de la prima voluntaria que aparecen como apropiados en el entorno de las Isapres serían la **regulación de precios máximos** o la **competencia por comparación** (yardstick competition). La elección por uno u otro sistema requiere un análisis detallado.

La regulación de precios máximos o price cap es un sistema de regulación de precios por incentivos que tiene como objetivo moderar el crecimiento de los precios de una empresa mientras esta tiene poder de mercado. En concreto, el regulador establece un límite máximo al precio de un servicio o al precio medio de una cesta de servicios de la empresa. Esta restricción incentiva a la aseguradora a reducir sus costes, puesto que esta es su única estrategia posible para mejorar su rendimiento de explotación cuando no puede aumentar los precios.

El **IPC-X** es uno de los diseños de price cap más utilizados por las agencias reguladoras. Consiste en actualizar el precio medio de los servicios de la empresa regulada teniendo en cuenta el índice de precios al consumo (IPC) y un factor de corrección (X) que refleja la mejora esperada de la productividad. De este modo, cuando $IPC < X$, el precio medio debe

reducirse no sólo en términos reales, sino también nominales. Por otro lado, cuando $IPC > X$, el precio medio de los servicios puede aumentar en términos nominales. Cabe señalar que para el sector salud cabría añadir un factor adicional que justificaría un aumento de costes y que se relaciona con la calidad. En concreto, correspondería aplicar $IPC - X + C$, ya que aumentos de calidad fruto de nuevas prestaciones e innovación tecnológica efectiva deben ser considerados.

Los principales objetivos de una agencia reguladora cuando aplica el *price cap* a una empresa son los siguientes:

- a. Aumentar la eficiencia de la empresa regulada. La fijación de precios máximos incentiva a la empresa a reducir sus costes, ya que sólo así puede aumentar sus beneficios por unidad.
- b. Aumentar el bienestar de los consumidores. La limitación de los precios aumenta el excedente del consumidor.

La Yardstick Competition, o competencia por comparación es un mecanismo regulatorio que simula el comportamiento de un mercado competitivo. Para ello, compara el funcionamiento de una empresa con el de sus rivales en el mismo mercado, o con empresas parecidas que actúan en mercados diferentes. La empresa más eficiente establece la mejor práctica y se utiliza como referencia para regular a la industria.

Con la Yardstick, el incentivo financiero de la empresa regulada depende de su funcionamiento relativo. Si la empresa funciona relativamente mejor que las demás es recompensada, y si funciona relativamente peor es penalizada.

Uno de los primeros autores en analizar el Yardstick Competition fue Andrei Shleifer. Este autor examina el Yarstick cuando las empresas son idénticas y cuando sólo son similares. Según Shleifer, si se aplica el Yardstick en empresas idénticas se incentiva la eficiencia productiva. Sin embargo, cuando se aplica a empresas parecidas pero no iguales (el caso más habitual), se pueden crear distorsiones en el funcionamiento de las empresas que reducen el bienestar.

Potters, Rockenbach, Sadrieh y van Damme han mostrado que existen dos formas de aplicar la Yardstick Competition. La primera consiste en aplicar una Yardstick Discrimina-

toria, que implica regular de forma diferente a cada empresa. En esta situación, las empresas pueden acabar teniendo comportamientos muy variados. Si las empresas actúan de forma competitiva, sus costes acabarán estando muy próximos a los socialmente óptimos. En cambio, también tendrán muchos incentivos a coludir para maximizar beneficios.

La segunda variante es la Yardstick Uniforme. En este caso, todas las empresas son reguladas del mismo modo. Como resultado, las empresas tienen menos incentivos a aumentar la eficiencia, porque no compiten entre ellas. Sin embargo, también tienen menos incentivos a coludir.

En resumen, no hay un diseño del Yardstick claramente mejor que el otro. El regulador debe sopesar las ventajas y desventajas de cada opción y decidir cual de las dos es la más apropiada.

En la práctica, el regulador establece los precios de la empresa regulada teniendo en cuenta la eficiencia de las N empresas del mercado. En particular, establece que el precio de la empresa i , donde $i=1, \dots, N$ debe ser igual al coste medio de sus $N-1$ rivales.

$$P = \frac{\sum_{i=1}^{\text{inf}} C_i}{N - 1} \quad (4.1)$$

donde P_i es el precio máximo que puede fijar la empresa i , y C_i es el coste medio de la empresa i . Observe que a cada empresa se le permite cargar un precio igual al coste medio de sus $N-1$ rivales. Por tanto, el precio de las empresas no tiene en cuenta su propio coste.

Este sistema de regulación de precios incentiva a las empresas a comportarse de forma eficiente. Si una empresa es más eficiente que sus competidores, es decir tiene un coste medio menor, podrá fijar un precio mayor que sus costes y obtendrá un beneficio positivo. Por el contrario, si una empresa es menos eficiente que sus rivales, se verá obligada a fijar un precio menor que su coste medio, y tendrá pérdidas. Ante esta situación, la empresa intentará reducir sus costes para conseguir beneficios.

Por supuesto uno de los problemas de la competencia por comparación es precisamente la posibilidad de colusión. Ello debe ser objeto de vigilancia por las autoridades de la competencia correspondientes.

4.2. Regulation of price increases. David B- Ridley, Su Zhang.

En los siguientes párrafos se dará a conocer el trabajo de David B.Ridley y Su Zhang pues se cree de utilidad para la propuesta que será introducida en el capítulo 4 de esta tesis. En el documento se habla desde un punto de vista económico sobre los beneficios de un alza de precio restringida. [Ridley y Zhang \(2017\)](#)

4.2.1. Introducción

El cuidado de la salud está fuertemente regulado en la mayoría de los países adinerados. Sin embargo, en los Estados Unidos, los reguladores generalmente se encuentran en contra de la regulación de los niveles de precio, pues les parece mejor regular el límite de cambio del precio. Por ejemplo, en los cuidados de salud al comienzo del 2011, las alzas de precios superiores al 10 % debían ser revisadas por el gobierno. En el hospital y en el mercado de médicos, el fiscal de Massachusetts limitó los incrementos de precios teniendo como límite el índice de precios al consumidor para los proveedores más grandes de USA a comienzos del 2014. Así como el caso antes mencionado, en otros estados se aplican políticas similares para el control del precio de las distintas drogas en el mercado.

Las firmas pueden incrementar los precios debido a que la disposición a pagar del consumidor aumenta debido a la adicción o el fenómeno de adopción de costos. En los cuidados de la salud, el valor de la medicina, un plan de aseguramiento o el valor de los proveedores suele aumentar en el tiempo. Es por esto que los consumidores son más sensibles al precio al momento de contratar el servicio que en el futuro. En estos ejemplos, los consumidores pueden decidir comprar nuevamente y tienen una propensión a pagar mayor en el futuro. Como resultado, los consumidores esperan que las firmas aumenten sus precios en el tiempo.

En el texto se referirá a las políticas de limitación del alza de precio como “regulación de la inflación” debido a que restringen las alzas de precio mas no los precios iniciales. Se demostrará que limitar el incremento en el precio puede ayudar tanto al consumidor como

a la firma, esta limitante ayuda a que las firmas se pueden comprometer a cierto camino de precios que incrementará la demanda en los consumidores con visión a futuro.

En estudios anteriores se vio que la regulación de la inflación comprimiría los precios del primer y segundo periodo y reduciría el beneficio para la firma, en este documento se muestra que no es necesario que se compriman los precios o que se reduzca el beneficio con esta limitante. Los precios pueden moverse juntos, bajando al unísono si el consumidor tiene visión de futuro. Además, se demuestra que, en contraste a la literatura previa, la regulación de la inflación puede incrementar la inflación e incrementar el beneficio para la firma.

Hipotesis 1 La regulación de la inflación puede disminuir los precios e incrementar el beneficio.

La primera hipótesis de este documento es que la regulación de la inflación puede reducir los precios e incrementar el beneficio. Esto ocurre cuando los consumidores tienen suficiente visión de futuro. Con estos consumidores la demanda es mayor cuando la firma baja sus precios, y con más demanda el beneficio de la firma aumenta.

Hipotesis 2 La regulación de la inflación puede aumentar la inflación.

La segunda hipótesis es que la regulación de la inflación puede incrementar la inflación cuando la restricción no es vinculante en un inicio. La inflación aumenta debido a que la firma baja su precio de lanzamiento (inicial) para que la regulación sea vinculante y se compromete a un precio menor en el futuro.

Para esto es necesario partir de una situación sin restricciones. Luego es necesario introducir la restricción que no es vinculante a esos precios. SI el consumidor tiene visión de futuro, la demanda a precios iniciales menores aumentara debido a que la regulación comprime el precio del segundo periodo. Con mayor demanda a menor precio, la firma baja el precio inicial lo que incrementa la inflación y hace que la restricción sea vinculante lo que aumenta la demanda. La restricción puede beneficiar a ambos, el consumidor y la firma.

4.2.2. Modelo Básico

El modelo básico provee un primer acercamiento sobre la maximización de beneficio en mercados con costos de adopción. En el modelo básico, no hay pérdida de clientes (turnover), por lo que todos los clientes vuelven en el periodo dos, sin embargo, no necesariamente compran en ese periodo. También se ve el caso en el que los clientes “mueren” y son reemplazados por nuevos clientes.

Es importante destacar que, si bien se habla de monopolistas, es posible considerar que al estar cautivos los consumidores su única opción es la firma en la que se encuentran por lo que se puede considerar como un monopolio. Incluso si fuesen firmas competitivas las firmas tendrían incentivos a cobrar altos precios a los consumidores que vuelven en el segundo periodo, si el costo de adopción es lo suficientemente alto, entonces las firmas tratarían de venderle a sus consumidores previos y no habría competencia entre las firmas. Los clientes nuevos del mercado no estarían interesados en consumir en la firma ya que los precios por periodos estarían diseñados para los consumidores previos que ya tienen una disposición a pagar más.

El monopolista vende el servicio en uno de los dos periodos ($t=1,2$). En cada periodo, el consumidor contrata en uno o cero unidades de servicio. La sucesión de eventos es como sigue:

- El gobierno anuncia la regulación a la inflación λ a la firma y el consumidor.
- La firma anuncia el precio en el periodo 1.
- Los consumidores aprenden p_1 y anticipan el precio maximizador de beneficio en el segundo periodo, sujeto a la restricción.
- Los consumidores deciden si comprar o no en el periodo uno. Los que compran asumen un costo de adopción s .
- La firma anuncia el precio del periodo dos p_2 que está restringido por la regulación de la inflación $p_2 \leq p_1 * (1 + \lambda)$.

- Los consumidores deciden si comprar en el periodo 2. Los que compran por primera vez asumen un costo de adopción s .

Los consumidores de la firma tienen visión a futuro. Los incrementos de precio son regulados por lo que los incrementos de precio no pueden exceder a $\lambda \geq 0$.

4.2.2.1. Equilibrio de precios en el modelo básico

El precio que maximiza el beneficio en el primer periodo es menor o igual al precio si fuese un solo periodo. El precio que maximiza el beneficio en el segundo periodo es mayor o igual al precio del primer periodo, y menor o igual al precio del primer periodo más la adopción de costo. El precio del segundo periodo no será tan bajo como para atraer a los consumidores de largo plazo que decidieron no comprar en el primer periodo, porque esos consumidores estaban dispuestos a pagar lo mismo en el primer periodo que en el segundo. Del mismo modo, el aumento en el precio del segundo periodo no será tan alto como la adopción de costo, ya que la firma invirtió en esos consumidores y no quiere dejar de venderle a ellos luego de que incurrieron en el costo de adopción. Por lo tanto el precio de adopción en el segundo periodo debe ser: $p_1 \leq p_2 \leq p_1 + s$.

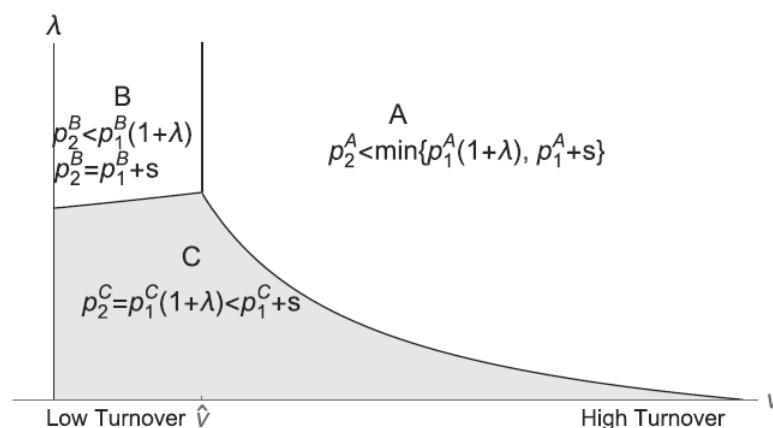


Figura 4.1: Distintas zonas dependiendo del nivel de regulación λ .

Si observamos la figura 4.1 el caso B ocurre cuando la restricción de aumento de precio no es vinculante, por lo que la firma tiene la opción de fijar el precio del segundo periodo en lo máximo posible para no perder los clientes que ya posee. Por otro lado el caso C se

da cuando la restricción si es vinculante por lo que el aumento de precio será menor a la adopción de costo sumado al precio del primer periodo e igual al costo del primer periodo multiplicado por la restricción lambda más uno, que considerando que $p_1 * (1 + \lambda) \leq p_1 + s$.

4.2.3. Fuga de Consumidores

Antes se asumía que los consumidores eran los mismos en ambos periodos y tenían la opción de decidir si comprar o no en cada periodo. Ahora se plantea la opción de que los consumidores dejan el mercado y son reemplazados por nuevos consumidores. Esto puede ocurrir en la vida real cuando un consumidor de antibiótico termina con el tratamiento, por ejemplo, ya que, aunque el precio del siguiente periodo sea menor el decidirá no comprar porque ya no tiene la necesidad de hacerlo. Se mostrará que la firma aumentara el precio en menos que la adopción de costo si la fuga de consumidores es alta. Hay dos tipos de consumidores; el primero es de corto plazo (un periodo) y el segundo de largo plazo (dos periodos).

4.2.3.1. Equilibrio de precio

Dado que los consumidores de largo plazo tienen mayor propensión a pagar un precio alto en el segundo periodo, el precio que maximiza el beneficio en el segundo periodo es mayor o igual al del primer periodo. El precio del segundo periodo no será tan bajo como para atraer a los consumidores de largo plazo que decidieron no comprar en el primer periodo, porque esos consumidores estaban dispuestos a pagar lo mismo en el primer periodo como en el segundo. Del mismo modo, el alza de precio no será tanta como para superar la adopción de costo, porque la firma no quiere dejar de venderle a los consumidores que ya tiene. Por lo tanto, el precio maximizador del segundo periodo debe ser: $p_1 \leq p_2 \leq p_1 + s$.

La regulación de precios tiene varios efectos en los precios. Un efecto es el de comprometerse a un precio por parte de la firma, lo que provocará un aumento en la demanda en caso de que el precio de lanzamiento sea bajo y si los consumidores tienen visión a futuro. Otro efecto es “el retorno de la inversión” que aumenta el precio inicial bajo una regulación de la inflación. La firma sin restricciones pone un precio inicial inferior para invertir en

ventas futuras (puede aumentar luego el precio todo lo que quiera), en cambio la firma restringida recibe un menor retorno de la inversión de un precio inicial más bajo, y por lo tanto aumenta el precio, además un precio inicial mayor permite un precio mayor a futuro en comparación a haber partido con un precio menor. Cuál de las opciones predomine dependerá de la cantidad de consumidores nuevos.

Cuando la fuga de consumidores es baja (pocos clientes nuevos) y la restricción es muy alta como se ve en el caso B de la figura 4.1. Como la mayoría de los consumidores vuelven en el segundo periodo entonces el alza se fija en la adopción de costos. A medida que la restricción se vuelve más estricta entonces el precio inicial y los posteriores precios aumentan, y el alza de precio será menor a la adopción de costo. Si se consideran mercados con una alta fuga de clientes y la restricción es alta, como se observa en el caso A, entonces el alza de precio será menor a la adopción de costo.

4.2.3.2. La regulación puede disminuir tanto el precio inicial como los consiguientes

Cuando los consumidores tienen visión a futuro, la restricción puede incrementar el beneficio de la firma reduciendo el precio del primer y segundo periodo.

Proposición 1 Una restricción a la inflación puede hacer que el precio del primer y segundo periodo disminuyan siempre que el consumidor tenga visión de futuro.

Los precios bajan debido a que el efecto de compromiso de la firma a precios más bajos permite que la demanda aumente ya que los consumidores saben que los precios no aumentarán mucho en los periodos posteriores, gracias a la restricción impuesta. El aumento de la demanda aumentará por consecuencia el beneficio para la firma. Esto solo ocurre si el consumidor tiene una visión a futuro y puede ver más allá de un periodo. En este caso en particular disminuirá el precio, aumentará la demanda, el beneficio para la firma y el bienestar social. En caso contrario (consumidor sin visión de futuro) disminuirá el precio, la demanda, el bienestar social y el beneficio para la firma. Otro efecto sorprendente es que la regulación de la inflación puede hacer que la inflación aumente. Si la restricción al alza de precio no es vinculante, la firma puede aumentar la inflación para que sea vinculante,

disminuyendo el precio inicial. De esta forma, la firma se mueve del caso A al C, y la cantidad demandada y el beneficio aumenta.

Proposición 2 La introducción de regulación a la inflación puede hacer que la inflación aumente, si el precio que maximiza el beneficio inicial disminuye para que hacer la restricción vinculante.

4.2.4. Beneficio y Bienestar Social

La regulación de la inflación puede aumentar el beneficio y bienestar social como se demostró anteriormente. En esta parte se verá un tratamiento más formal a dicha propuesta, mostrando en qué condiciones se cumple.

4.2.4.1. Beneficio

Cuando la fuga de consumidores es alta, entonces el beneficio es menor, porque hay menos consumidores que vuelven que ya hayan pagado el costo de adopción. Sin embargo, la baja de beneficio cuando hay alta fuga no se cumple si los consumidores tienen visión de futuro. Los consumidores con visión de futuro saben que la fuga de clientes es alta por lo que las firmas no aumentarían sus precios más allá de la propensión al alza de los clientes. Si el alza de precio en el segundo periodo es inferior a s entonces la demanda en el primer periodo por parte de los consumidores a largo plazo será mayor. Cuando la fuga de clientes es alta, entonces el beneficio aumentará a medida que los consumidores vean a futuro. A medida que los consumidores obtienen visión a futuro la restricción se vuelve más estricta, en el caso extremo de que los consumidores tengan mucha visión a futuro, entonces el precio del segundo periodo será igual al del primero ($p_1 = p_2$).

Proposición 3 La regulación de la inflación puede incrementar el beneficio de la firma cuando los consumidores tienen visión de futuro.

Algunas firmas podrían impulsar las restricciones al alza de precio para aumentar sus beneficios, sin embargo, estas restricciones impuestas por el gobierno pueden no aumentar el beneficio de la firma.

4.2.4.2. Bienestar Social

Claramente el bienestar social del consumidor aumenta si la firma decide disminuir los precios en ambos periodos. La firma disminuirá los precios en ambos periodos si los consumidores son lo suficientemente conscientes del futuro o si la fuga de clientes es alta.

Proposición 4 La regulación de la inflación incrementa el bienestar del consumidor si reduce los precios en ambos periodos lo que ocurre cuando la fuga de clientes es alta o si los consumidores tienen una visión de largo plazo.

4.3. Circular IF N° 14 y N° 205.

4.3.1. CIRCULAR IF N°14

Hace referencia a las reglas a las que debe sujetarse el procedimiento de adecuación anual de los precios base de los planes complementarios.

4.3.1.1. OBJETIVO DEL NUEVO PROCEDIMIENTO DE ADECUACIÓN

De acuerdo a la ley N°20.015, el artículo 38 de la Ley N°18.933 dispone que las instituciones de Salud Previsional podrán revisar anualmente los contratos de salud pudiendo solo modificar el precio base de los planes. Esta disposición se encuentra vigente a contar del 1 de julio de 2005.

El punto 2 del artículo 38 bis dispuso que, la variación del precio de cada plan de salud no podrá ser superior a 1,3 veces el promedio de las variaciones, ni inferior a 0,7 veces dicho promedio.

Esta regla, tiene por objetivo vincular el porcentaje de variación del precio de cada uno de los planes revisados en el procedimiento de adecuación con el promedio ponderado de las variaciones de todos ellos, en un mismo periodo, buscando delimitar la dispersión de las alzas que puede existir al interior de una misma Isapre y con ello, mejorar el nivel de solidaridad entre sus beneficiarios.

4.3.1.2. CALCULO DE LA BANDA DE PRECIOS

La Isapre deberá efectuar el calculo de la banda de precios con la información que se indica en las letras siguientes:

- Planes revisados en el procedimiento de adecuación en trámite. Deben incluirse todos los planes individuales que tengan, a lo menos, un cotizante con beneficios vigentes en el mes de enero del año correspondiente, salvo aquellos cuyo precio base se encuentre expresado en el porcentaje de la cotización legal para salud.
- Variaciones de precios proyectadas por la Isapre para cada uno de los planes señalados en el punto anterior:

Dicha variación deberá calcularse sobre precios base expresados en unidades de fomento. Para expresar en UF los precios base de los planes de salud que se encuentren establecidos en moneda de curso legal, la Isapre deberá utilizar el valor que dicha unidad monetaria tenga al 31 de diciembre del año anterior.

Las variaciones de precios deberán expresarse en porcentaje, aproximando la cifra a un solo decimal.

Las variaciones de precios pueden ser equivalentes a cero (0 %), pero, de igual forma deberán considerarse para el cálculo de la banda de precios.

- La cartera de cada uno de los planes señalados precedentemente.

La cartera debe estar referida a los cotizantes y sus cargas con beneficios vigentes en el mes de enero del año correspondiente, salvo aquellos cotizantes que hayan pactado, con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley N°20.015, una renuncia al desahu-

cio que se encuentre vigente y que, en consecuencia, los exime del procedimiento de adecuación en trámite.

El promedio ponderado de las variaciones se calculará sumando las variaciones de precios de cada uno de los planes revisados en el proceso de adecuación, ponderadas por el porcentaje de participación de su cartera respectiva en el total de la cartera. El promedio ponderado de las variaciones se calcula como sigue:

$$PPV = \frac{\sum_{i=1}^n V_{pi} * b_i}{B} \quad (4.2)$$

Donde:

- PPV: Promedio Ponderado de las variaciones de precios.
- V_{pi} : Variación porcentual del precio base del plan i .
- b_i : Cartera del plan i .
- B: Cartera total equivalente a la suma de los b_i .
- n: Cantidad de planes revisados en el procedimiento de adecuación.

El promedio ponderado de las variaciones de precios deberá expresarse en porcentaje, aproximando la cifra a un solo decimal.

La variación del precio base de cada plan de salud no podrá ser superior a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones de todos ellos, ni inferior a 0,7 veces dicho promedio.

En consecuencia, la banda de precios se calcula como sigue:

- Variación Máxima Posible = $PPV \times 1,3$
- Promedio Ponderado de las Variaciones = PPV
- Variación Mínima Posible = $PPV \times 0,7$

Las variaciones de precios ajustadas a esta regla, se aplicarán a todos los contratos que cumplan anualidad entre los meses de julio del año que corresponda y junio del

año siguiente, considerando el precio base que cada cotizante tenga al momento de la adecuación, el cual, en virtud de un dictamen judicial, resolución de esta Superintendencia u otra razón justificada, puede ser distinto al precio base vigente o de lista para el plan respectivo.

Conforme a lo dispuesto en el número 4 del artículo 38 bis de la Ley N° 18.933, las Isapres podrán optar por no ajustar los precios base de aquellos planes de salud en que la variación de precios proyectada, dentro de la banda, sea igual o inferior a 2 %.

4.3.1.3. Envío de información a la intendencia

A más tardar, el último día hábil del mes de marzo de cada año las Isapres deberán remitir a esta intendencia, un archivo plano denominado “Archivo de banda de precios”, cuya estructura se define en el anexo de la presente Circular, el cual contiene la siguiente información:

- Promedio Ponderado de las variaciones de precios proyectadas para el procedimiento de adecuación en trámite.
- RUT correspondientes a los cotizantes que no están afectados al proceso de adecuación en trámite, por cuanto, tiene pactada una renuncia al desahucio que, a la fecha de cumplimiento de la anualidad de sus contratos, aún se encuentre vigente.
- Planes cuyos precios no serán ajustados en el procedimiento de adecuación en trámite, por cuanto, la variación de precios proyectada para los mismos es igual o inferior al 2 % dentro de la banda.

4.3.1.4. Fiscalización

Esta Intendencia fiscalizará el cumplimiento de las instrucciones comprendidas en la presente Circular y dejará sin efecto alzas de precios que no se ajusten a lo señalado precedentemente, ello sin perjuicio de la eventual aplicación de lo dispuesto en el artículo 45 de la Ley N° 18.933 y de lo establecido en el artículo 19 de la Ley Orgánica de la Superintendencia.

4.3.2. CIRCULAR IF N°205

4.3.2.1. Objetivo

4.3.2.2. Modifica la Circular que contiene el Compendio de Información

Modifícanse el Anexo del archivo Maestro Planes Complementarios de Salud contenido en el Título III “Planes Complementarios de Salud, Tabla de Factores y Selección de Prestaciones Valorizadas” que forma parte del Capítulo II “Archivos Maestros” y el Título IV “Información a la Intendencia de Fondos y Seguros Provisionales sobre variación de precios base”, comprendido en el Capítulo IV “Información relativa al funcionamiento de las isapres”, ambos de la Circular IF N° 124, que contiene el Compendio de Información, por lo que a continuación se indica:

4.3.2.3. Del envío de información a la Intendencia sobre variación de precios base

Reemplazase el texto contenido en el Título IV “información a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales sobre variación de precios base” por lo siguiente: “Las isapres deberán informar antes del día 31 de marzo de cada año el valor porcentual del promedio ponderado de las variaciones de precios (PPV) que proyectan aplicar durante el proceso de adecuación en trámite, como así también, el rango porcentual en que fluctuarán dichas variaciones de precios.

Para efectos de dar cumplimiento a la normativa, las isapres deberán remitir la información solicitada por medio de un correo electrónico dirigido al intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y a la Jefatura del Departamento de Estudios y Desarrollo de esta Superintendencia, respectivamente. Cabe hacer presente, que la información que se remita a la Superintendencia deberá ser única no podrá modificarse con posterioridad a su envío aún cuando el plazo legal para informar se encuentre vigente. Asimismo, el valor del promedio Ponderado de las Variaciones de Precios (PPV) no podrá ser informado al público en general por ningún medio antes que venza el plazo para su remisión a este Organismo.

En el caso en que la Isapre opte por modificar los precios base de los planes de salud,

deberá informar además del Promedio Ponderado de las Variaciones de Precios, las razones y variables que explican dicho cambio.

Si la aseguradora opta por no aplicar variaciones de precios en el proceso de adecuación de contratos que se inicia en el mes de julio, deberá de igual forma comunicar dicha circunstancia mediante correo electrónico de acuerdo a las especificaciones ya indicadas.”

4.4. Judilización contra las Isapres: ¿Un callejón sin salida?

Lo que sigue fue extraído de un documento generado por la asociación de isapres de Chile en relación al alza en costos a la que se ven afectadas las isapres año a año. [Asociación de Isapres \(2016\)](#)

Las Isapres son instituciones privadas facultadas por ley para captar la cotización obligatoria de los trabajadores que libre e individualmente han optado por ellas, sustituyendo de este modo al Estado (Fonasa) en el otorgamiento y financiamiento de las prestaciones de salud y las licencias médicas (provenientes de enfermedades origen común). Lo anterior, las hace estar sometidas a una robusta y rigurosa regulación, cuya última gran modificación quedó plasmada en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del Ministerio de Salud del año 2005 (en adelante, DFL1).

En el DFL1 de 2005 quedó establecido que las Isapres están obligadas a suscribir contratos de plazo indefinido con sus cotizantes, pudiendo modificar de dicho contrato anualmente sólo el precio base de los planes de salud, en condiciones que no impliquen discriminación entre afiliados de un mismo plan y con variaciones de precios similares dentro de una misma Isapre (banda). Además, los nuevos planes que se presentaban en los períodos de adecuación debían ofrecerse en las mismas condiciones en que se ofrecían a los nuevos contratantes.

En la discusión parlamentaria de la reforma del año 2005 se optó por esta fórmula regulada de alza de precios, pues los legisladores se dieron cuenta de los desafíos que presentaba la regulación del mercado de la salud privada en relación al aumento de costos, en virtud al desarrollo de la medicina, el envejecimiento de la población y la mayor demanda

por atenciones médicas. En concreto, la evidencia internacional en materia de salud ha mostrado, al menos durante las últimas tres décadas, que el gasto en salud en el mundo ha crecido por sobre la expansión de las economías y la inflación (planes en UF), además de constituir una parte cada vez mayor.

Así, y de acuerdo a lo estipulado en la normativa, las Isapres envían cartas a sus cotizantes informando lo anterior, las cuales contienen explicaciones, tanto respecto de la regulación y sus consecuencias, como del crecimiento de los costos de salud que justifican estas adecuaciones de precios.

Sin embargo, dos años después de promulgado este nuevo marco legal (2007), y con mayor intensidad a partir del año 2011, se comienza a judicializar el proceso de adecuación de precio anual de las Isapres. En concreto, algunos cotizantes del sistema Isapre comienzan a interponer recursos de protección, con el fin de frenar las alzas anuales de los precios base de sus planes, los cuales son aceptados por Tribunales.

Los jueces han resuelto en su mayoría a favor de los cotizantes y han condenado a las Isapres a pagar las costas judiciales, lo que ha incentivado tanto a afiliados (fallo a favor de frenar alza) y a abogados (pago costas) a continuar con la presentación de estos recursos de protección, los que se han incrementado a tasas crecientes con los años. En concreto, en el año 2015 los recursos de protección alcanzaron 133.503 a nivel nacional, lo que implicó que las Isapres tuvieran que pagar, sólo por concepto de costas, 21.545 millones de pesos, a lo que hay que sumar los costos por concepto de menores ingresos producto del congelamiento de la tarifa. Para tener una idea, el pago en costas del año 2015 fue equivalente a 900 mil consultas médicas o a 3,8 millones de exámenes de laboratorio.

A septiembre de 2016, ya han ingresado 158.724 recursos de protección (incluidos GES), y estimaciones de Altura Management apuntan a que al cierre de este año los recursos de protección alcanzarían una cifra algo por sobre los 186.000 (figura 4.2, equivalentes a un pago en costas cercano a los 30 mil millones de pesos. Este año, las Isapres deben sumar a lo anterior el pago en impuestos de 35 % sobre el pago de costas, en caso que prospere el criterio del SII de considerar como gasto rechazado el pago en costas originadas en los juicios de cotizantes en contra de las Isapres por la adecuación de precio de los planes de salud. De ser así, esta resolución obligará a las Isapres a pagar impuestos retrospectivamente

desde el año tributario 2013, lo que según estimaciones de Altura Management implicaría un gasto cercano a \$ 40 mil millones pesos.

La continuidad de presentación de recursos de protección pone en riesgo la viabilidad del sistema, sin darse cuenta los demandantes que son ellos los únicos perjudicados con la desaparición del sistema Isapre, puesto que se quedarían sin su asegurador privado de salud. En efecto, la judicialización ha generado una merma importante en los recursos financieros que las Isapres requieren para cumplir los beneficios pactados con sus afiliados, tanto por la imposibilidad de reajustar los precios de sus planes de acuerdo al crecimiento en los costos de salud (congelación precio base), como por el pago de costas de los abogados. Ambos costos - menores ingresos por congelamiento de tarifas y pago de costas judiciales - están siendo pagados por la cartera no judicializada (cerca del 90 %), puesto que los ingresos de las Isapres provienen exclusivamente del aporte de sus cotizantes.

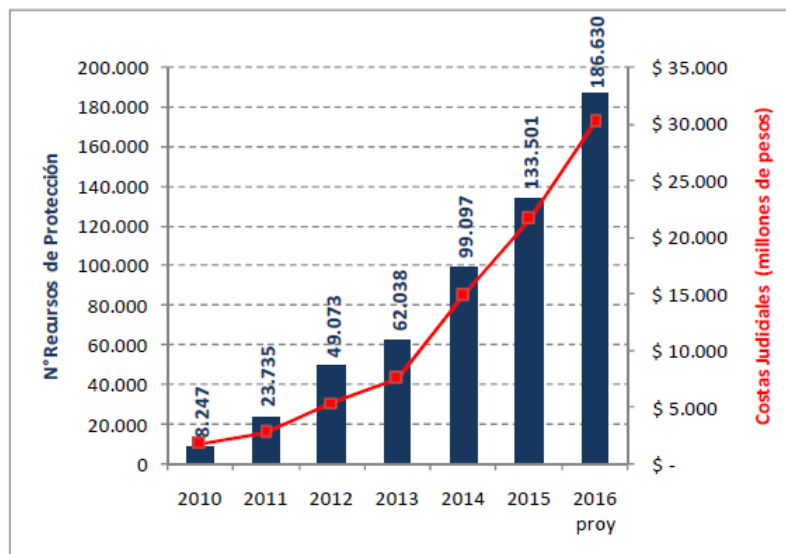


Figura 4.2: N° de Recursos de protección y Costas Judiciales. Fuente: Estadísticas del poder judicial

Respecto a la dificultad legal que tienen las Isapres para justificar en forma individual el alza, como solicitan los jueces, hay que recordar que en el art. 197 se prohíbe el tratamiento individual de los beneficiarios y contratos, a lo que se suma que en cada plan se maneja un pool de riesgos, por lo que en el ajuste es mirando el pool de riesgo completo de un plan y de una Isapre (banda). En consideración a esto, las Isapres no pueden justificar las adecuaciones caso a caso de los afiliados, pero si en base a lo que ocurre dentro del plan

del afiliado y de su Isapre, como se informa en las cartas de adecuación. Dado lo anterior, es inútil y además imposible explicar la adecuación a un afiliado en particular, puesto que la ley busca generar solidaridad entre asegurados, por lo que sólo se pueden explicar las alzas de precios desde una perspectiva del conjunto del plan y de su Isapre. Todo lo anterior ha llevado a un círculo vicioso en donde las Isapres están imposibilitadas de explicar las alzas como lo solicitan los jueces (riesgo individual), puesto no es lo que corresponde al mecanismo contemplado por ley para la adecuación de precios (riesgo conjunto).

Adicionalmente, la sentencia de los jueces que obliga a congelar el precio de unos afiliados en desmedro de otros, vulnera el trato igualitario que se consignó en el DFL1. Lo que es contradictorio con la protección y solidaridad que se buscaba en el artículo 197 del DFL1.

En la búsqueda de poner fin a la judicialización y de entregar parámetros objetivos a las alzas de precios – como han solicitado los Tribunales –, en marzo de 2015 la Asociación de Isapres propuso a la Superintendencia de Salud una solución técnica elaborada por la Universidad de Chile, la cual recoge los problemas de ajuste de tarifas con un modelo de sector de precios regulado. En concreto, las Isapres estaban dispuestas a entregar su facultad de modificar el precio de sus planes a un Panel de Expertos, para que vise dichas modificaciones, es decir, que actué como árbitro en la validación de las alzas de los precios bases. Sin embargo, el Superintendente en ese momento consideró no era conveniente trabajar en paralelo en la reforma y en esta solución para las judicializaciones, por lo que dejó este trabajo como insumo para una eventual futura reforma del sector.

Por su parte, el Poder Judicial también ha advertido el problema que hoy presenta para los Tribunales la presentación desmedida de recursos de protección contra las Isapres, haciendo tanto el Presidente de la Corte de Apelaciones de Santiago, don Carlos Gajardo, como el Presidente de la Corte Suprema, don Hugo Dolmestch, un llamado a las autoridades políticas pues señalan que sólo en ellos está la facultad de solucionar el problema.

Con todo, las Isapres han hecho todo lo que está a su alcance para poner fin a la judicialización, por lo que urge que el Poder Ejecutivo inste a las autoridades de la Superintendencia de Salud y/o legisladores a solucionar el problema que está generando el cuerpo legal vigente en materia de adecuación de precios. Se debe entender, que la judicialización contra

las Isapres es una acción individual que conlleva a un costo social creciente y que pareciera estar siendo avalado por el Ejecutivo, a través de la indiferencia mostrada frente a los llamados a solucionar con urgencia el problema de la judicialización.

La solución al problema de la judicialización radica en la Superintendencia de Salud, pues dicha entidad cuenta con las herramientas para aplicar fórmulas de tipo administrativas para enfrentar y solucionar los problemas que aquejan hoy a las Isapres y sus beneficiarios, sin embargo, no se ve exista una real disposición por parte de la autoridad para implementar las mejoras que el sistema requiere. Es más, pese a que valida los procesos de ajuste año a año y que tiene la información respecto al aumento de costos del sector, critica públicamente el actuar de las Isapres en materia de precios y llama a los cotizantes a frenar las alzas de precios estipuladas, lo que definitivamente no es parte de su mandato. Por el contrario, su rol es el de velar por el buen funcionamiento del sistema, resguardar su solvencia y de ese modo, proteger a los beneficiarios frente a una posible cancelación del registro de una Isapre.

4.5. Análisis de la Banda de Precios en el Sistema de Isapre

Lo que sigue se extrajo del análisis sobre el alza de precios base de los planes de isapre realizado por la Superintendencia de Salud. [Superintendencia de Salud \(2017a\)](#)

4.5.1. Antecedentes

En conformidad a lo dispuesto en el artículo 197 del DFL N°1, de 2005, de Salud, las isapres podrán revisar anualmente los contratos, pudiendo modificar el precio base de los planes de salud. En todo caso, las modificaciones de precios que se apliquen deberán sujetarse a las reglas establecidas en el artículo 198 del mismo decreto. En lo principal, estas reglas disponen lo siguiente:

- Las adecuaciones de precios se aplicarán a todos los contratos que tengan anualidad entre julio de cada año y junio del año siguiente, en este caso, el proceso de adecua-

ción corresponde a los contratos cuya anualidad se cumpla entre los meses de julio 2016 y junio 2017, ambos inclusive.

- Antes del 31 de marzo de cada año, las isapres deberán informar a esta Superintendencia, para cada plan vigente en enero del mismo año, lo siguiente:
 - El precio base expresado en UF.
 - La variación proyectada del precio base, y
 - la cartera de beneficiarios
- La variación proyectada del precio base de cada plan no podrá ser superior a 1,3 veces el promedio ponderado de todas ellas, ni inferior a 0,7 veces dicho promedio.
- Las isapres podrán optar por no ajustar los precios base de aquellos planes de salud en que la variación proyectada de precios sea igual o inferior a 2 %, dentro de la banda antes señalada.

4.5.2. Proceso de Adecuación de Contratos Julio 2016 a Junio 2017

4.5.2.1. Promedios Ponderados de las Variaciones de los Precios Base (PPV)

La tabla 4.1 , muestra en las columnas de la izquierda, el PPV informado por cada isapre y las variaciones mínimas y máximas en que éstas podrían fluctuar de acuerdo con el mecanismo de cálculo previsto en la ley (banda de precios). Este mismo cuadro, muestra en las columnas de la derecha, el PPV efectivo de cada isapre y las variaciones mínimas y máximas que se producirán en la práctica. El PPV informado y el PPV efectivo pueden diferir porque la legislación vigente entrega a las isapres la opción de no adecuar los planes cuya variación informada sea inferior o igual a 2 %. Asimismo, las variaciones mínimas y máximas pueden ser distintas porque las isapres pueden aplicar alzas parejas a todos sus planes o no ocupar todo el ancho legal de la banda de precios.

Blanca, Consalud y Fusat. Las alzas de precios en estas isapres fluctuarán entre un 3,9 % y un 12,5 % real. En esta oportunidad, sólo la isapre Cruz Blanca ocupará el ancho de banda

ISAPRE	Variacion minima legal	PPV informado %	Variacion máxima legal
Colmena	4,2 %	6,0 %	7,80 %
Cruz Blanca	6,7 %	9,6 %	12,44 %
Vida Tres	0,0 %	0,0 %	0,00 %
Óptima	0,0 %	0,0 %	0,00 %
Masvida	0,0 %	0,0 %	0,00 %
Banmédica	0,0 %	0,0 %	0,00 %
Consalud	5,3 %	7,6 %	9,84 %
I. Abiertas	0,0 %	4,4 %	12,50 %
San Lorenzo	0,0 %	0,0 %	0,00 %
Fusat	2,7 %	3,9 %	5,01 %
Chuquicamata	0,0 %	0,0 %	0,00 %
Río Blanco	0,0 %	0,0 %	0,00 %
Fundación	0,0 %	0,0 %	0,00 %
Cruz del Norte	0,0 %	0,0 %	0,00 %
I. Cerradas	0,0 %	2,4 %	5,10 %
Sistema	0,0 %	4,4 %	12,50 %
Planes con Alza	2,7 %	7,9 %	12,50 %

Tabla 4.1: PPV Informado por las Isapres. Fuente: Superintendencia de Salud.

establecida en la ley, mientras Colmena y Fusat informan un alza uniforme para todos sus planes, Consalud decidió utilizar una banda de ancho inferior al legalmente establecido.

Por su parte, las isapres que optaron por no efectuar un proceso de adecuación de contratos durante este período, son: Banmédica, Vida tres, Óptima, Masvida, San Lorenzo, Chuquicamata, Río Blanco, Fundación y Cruz del Norte.

La variación promedio ponderada del Sistema es equivalente a un 4,4 % real considerando las variaciones informadas por las isapres para cada plan de salud y sus respectivas carteras de beneficiarios a enero de 2016. Este promedio se eleva a 7,9 % real si sólo se consideran los planes y beneficiarios que experimentarán alzas de precios.

4.5.2.2. Planes Afectos al Proceso de Adecuación de Precios Base.

En el procedimiento de adecuación de contratos las isapres deben incluir todos los planes individuales que tengan a lo menos un cotizante con beneficios vigentes en el mes de enero de cada año, salvo aquéllos cuyo precio base se encuentre expresado en el porcentaje de la cotización legal para salud (7 %).

Isapre	Planes	Adecuados		No adecuados	
	Informados	Planes	%	Planes	%
Colmena	26.012	2.917	99,6 %	12	0,40 %
Cruz Blanca	10.698	7.297	98,7 %	99	1,30 %
Vida Tres	5.749	0	0,0 %	5.737	100,00 %
Óptima	854	0	0,0 %	141	100,00 %
Masvida	2.493	0	0,0 %	2.460	100,00 %
Banmédica	10.106	0	0,0 %	9.317	100,00 %
Consalud	7.404	4.882	99,9 %	5	0,10 %
Totales	63.316	15.096	45,90 %	17.771	54,10 %

Tabla 4.2: Proceso de Adecuación Julio 2016 -Junio 2017. Fuente: Superintendencia de Salud.

De un total de 63.316 planes de salud vigentes en enero de 2016, un 51,9 % participan en el proceso de adecuación de contratos (33.217 planes individuales expresados en pesos o en UF). Ver figura 4.3. De estos últimos, un 45,9 % (15.096 planes) experimentarán alzas

de precios efectivas. El 54,1 % restante corresponden a las isapres que no efectuarán el proceso de adecuación o forman parte de aquéllos que no presentan cartera vigente en enero de 2016, lo anterior si hablamos de los planes de Isapres abiertas. Ver tabla 4.2

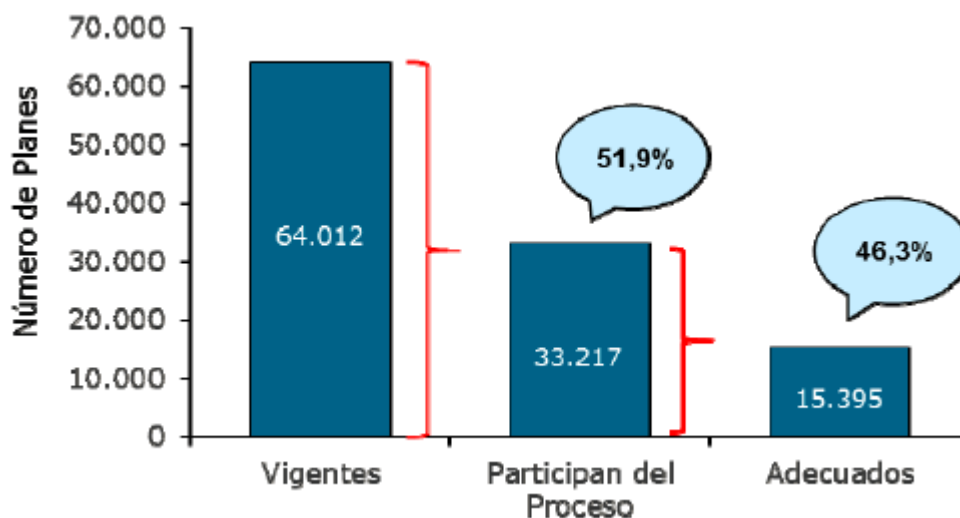


Figura 4.3: Planes Afectos al proceso de adecuación. Fuente: Superintendencia de Salud

4.5.3. Beneficiarios Afectos al Proceso de Adecuación de Precios Base

De un total de 3.422.667 beneficiarios con coberturas vigentes en el mes de enero de 2016, un 88,1 % participan en el proceso de adecuación de contratos por cuanto se encuentran adscritos a planes individuales cuyos precios se encuentran expresados en pesos o UF. De estos últimos beneficiarios, un 55,2 % (1.664.916 beneficiarios) experimentarán alzas de precios. El resto de los beneficiarios pertenecen a las isapres que no efectuarán el proceso de adecuación de precios. Ver figura 4.4.

En la práctica, los beneficiarios que se van a ver afectados con alzas de precios efectivas durante este período de adecuación de contratos, representan un 48,6 % del total de beneficiarios vigentes en el Sistema a enero de 2016. En el cuadro siguiente, se puede observar la proporción de beneficiarios afectados en cada una de las isapres que aplicará alzas respecto del total de beneficiarios vigentes en cada una de ellas. Estos valores alcanzan un 80 % en Colmena, 92,2 % en Cruz Blanca y un 86,2 % en Consalud, entre las isapres abiertas.

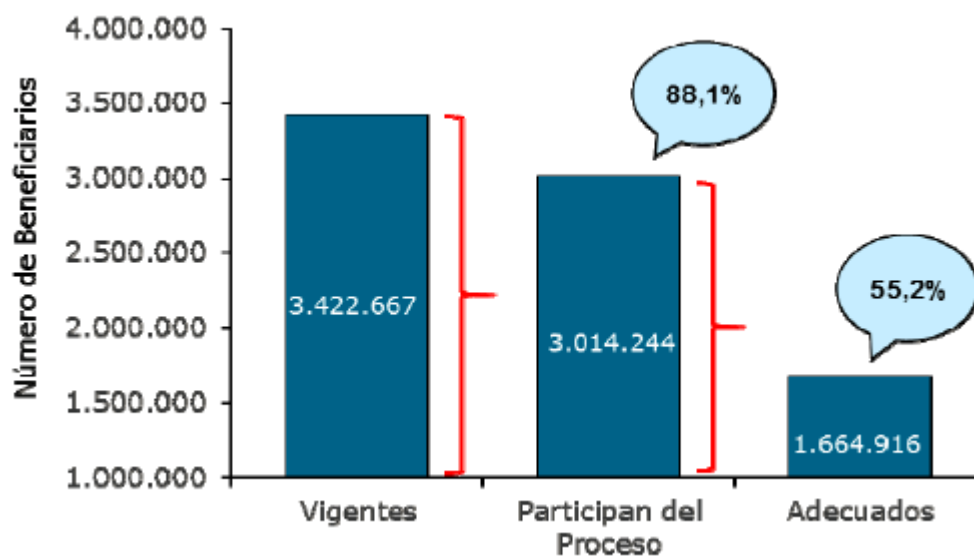


Figura 4.4: Beneficiarios Afectos al Proceso de Adecuación de Precios

Isapre	Promedio	Beneficiarios	Beneficiarios	%
	Alzas	Isapre	con	
Colmena	6,00 %	538.011	430.512	80,00 %
Cruz Blanca	9,60 %	711.330	655.863	92,20 %
Consalud	7,50 %	666.861	575.164	86,20 %

Tabla 4.3: Beneficiarios Afectados por Isapre. Fuente: Superintendencia de Salud.

4.5.4. Variaciones de los Precios Base

De acuerdo con la normativa vigente, las variaciones de los precios base deben expresarse en porcentaje, aproximando la cifra a un solo decimal. Tales variaciones de precios pueden ser equivalentes a cero (0,0 %), pero, de igual forma deberán considerarse para el cálculo del promedio ponderado. Con respecto a los planes cuyos precios base se encuentren expresados en pesos, se debe considerar la variación real del precio, no la nominal, es decir, aquélla que excede a la variación anual del IPC. Lo anterior, para hacerla comparable con las variaciones que experimentarán los planes cuyos precios base se encuentren expresados en UF.

En la tabla 4.4 se resume la información proporcionada por las isapres al 30 de marzo de 2016, sobre las variaciones de precios que serán efectivamente aplicadas a los planes de salud, indicando para distintos tramos de variación, el número de planes y beneficiarios asociados.

Variación	Planes	Cotizantes	Cargas	Beneficiarios
0,00 %	17.822	742.180	607.148	1.349.328
0,1 % - 2,0 %	0	0	0	0
2,1 % - 4,0 %	299	1.944	1.433	3.377
4,1 % - 6,0 %	2.917	255.614	174.898	430.512
6,1 - 8,0 %	4.788	371.858	261.534	633.392
8,1 - 10,0 %	4.573	248.790	186.513	435.303
10,1 % - 12,0 %	808	21.557	15.463	37.020
12,1 - 14,0 %	2.010	73.789	51.523	125.312
Totales	33.217	1.715.732	1.298.512	3.014.244

Tabla 4.4: Planes y Beneficiarios según tramos de Variación del Precio Base. Fuente: Superintendencia de salud.

De acuerdo con lo informado por las isapres, los precios base de los planes de salud que participarán del proceso de adecuación de contratos experimentarán alzas efectivas que van desde un 3,9 % a un 12,5 % real.

- Un 53,7 % de los planes que participan del proceso (17.822 planes) no experimen-

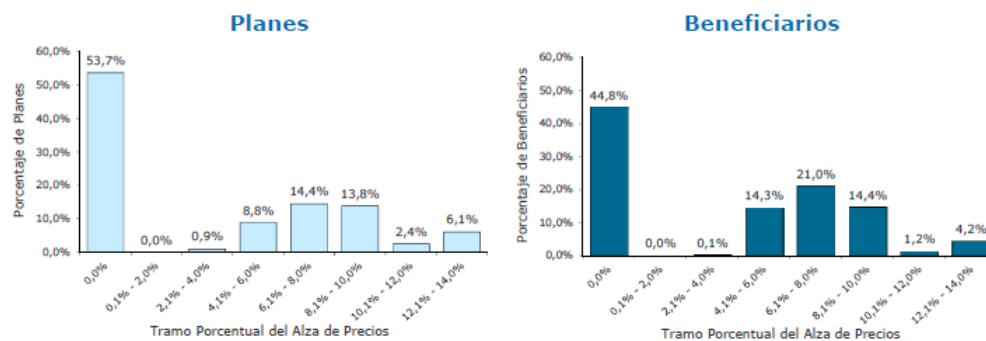


Figura 4.5: Impactos según tramos de variación. Fuente: Superintendencia de salud.

tarán alzas. De estos, 17.706 corresponden a las isapres que decidieron no efectuar adecuación de contratos en esta anualidad y los 116 restantes son planes nuevos que aún no tienen una cartera asociada. Los 17.822 planes cuyos precios no serán adecuados concentran a 1.349.328 beneficiarios, que representan un 44,8 % de la cartera total de beneficiarios que participan del proceso.

- Un 0,9 % de los planes en proceso de adecuación (299 planes) experimentarán alzas de precios entre 2,1 % y 4 % (3,9 %). Estos planes corresponden a la isapre Fusat y concentran a 3.377 beneficiarios que representan un 0,1 % del total de la cartera de beneficiarios sometida a este proceso.
- Un 8,8 % de los planes en proceso de adecuación (2.917 planes) experimentarán alzas de precios entre 4,1 % y 6 %. Estos planes corresponden a la isapre Colmena y concentran a 430.512 beneficiarios que representan un 14,3 % del total de la cartera de beneficiarios sometida a este proceso.
- Un 14,4 % de los planes en proceso de adecuación (4.788 planes) experimentarán alzas de precios entre 6,1 % y 8 %. Estos planes concentran a 633.392 beneficiarios que representan un 21 % del total de la cartera de beneficiarios sometida a este proceso.
- Un 13,8 % de los planes en proceso de adecuación (4.573 planes) experimentarán alzas de precios entre 8,1 % y 10 %. Estos planes concentran a 435.303 beneficiarios que representan un 14,4 % del total de la cartera de beneficiarios sometida a este

proceso.

- Finalmente, un 8,5 % de los planes en proceso de adecuación (2.818 planes), experimentarán alzas de precios sobre un 10 %. Estos planes corresponden a la isapre Cruz Blanca y concentran a 162.332 beneficiarios que representan un 5,4 % de la cartera de beneficiarios sometida a este proceso

4.5.5. Variaciones en comparación al periodo anterior

Al comparar el promedio ponderado de las variaciones de los precios base del sistema con el promedio de las variaciones del proceso de adecuación de contratos del período anterior, se observa que el alza se incrementa en 0,9 puntos porcentuales, pasando desde un 3,5 % a un 4,4 % real, en promedio.

Isapre	2015	2016	Diferencia
Colmena	4,6	6,0	1,4
Cruz Blanca	4,8	9,6	4,8
Vida	0,0	0,0	0,0
Óptima	0,0	0,0	0,0
Masvida	6,0	0,0	-6,0
Banmédica	0,0	0,0	0,0
Consalud	3,9	7,5	3,6
Isapres abiertas	3,5	4,3	0,8

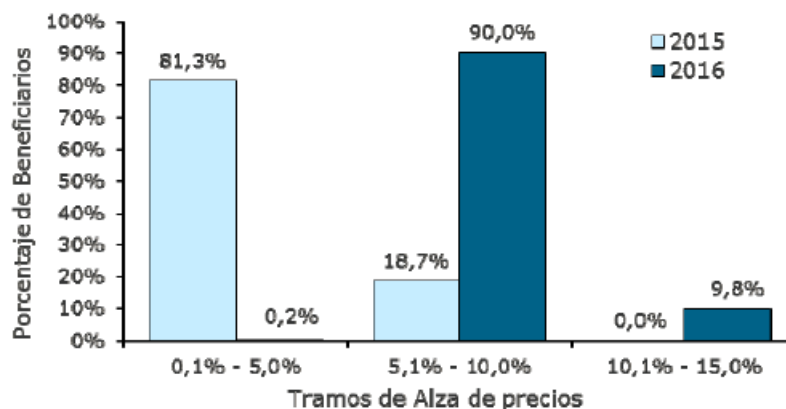
Tabla 4.5: Promedio ponderado de las variaciones reales de precios base (%). Fuente: Superintendencia de salud.

Las tres isapres abiertas que informan alzas de precios efectivas para este nuevo período de adecuación de contratos, muestran variaciones más altas que el año anterior, con diferencias que van desde 1,4 puntos porcentuales (Colmena) hasta 4,8 puntos porcentuales (Cruz Blanca) con respecto al año 2015.

Dentro del universo de beneficiarios sometidos al proceso de adecuación del año 2015, un 27,1 % no experimentaron alzas mientras que en el proceso actual esa cifra aumenta a 44,8 %. Por su parte, en el proceso anterior, un 81,3 % de los beneficiarios afectados con

alzas enfrentaron variaciones de precios inferiores o iguales a un 5 % real y sólo un 18,7 % experimentó alzas entre 5,1 % y 10 %. En cambio, en el proceso actual, un 90 % de los beneficiarios asumirá alzas entre 5,1 % y 10 % y el 9,8 % restante experimentará alzas aún mayores, que fluctuarán entre un 10,1 % y un 12,5 % real. Ver figura 4.6.

Figura 4.6: Porcentaje de Beneficiarios Afectados con Alzas por Tramos de Variación de Precios.
Fuente: Superintendencia de Salud

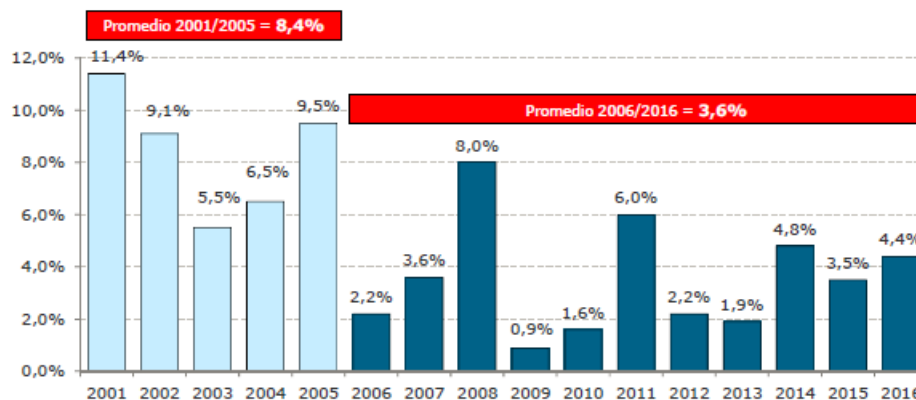


4.5.6. Evolución Histórica de las Alzas de Precios Base.

Las modificaciones legales establecidas en la reforma de 2005, tenían por objetivo vincular el porcentaje de variación del precio base de cada uno de los planes revisados en el procedimiento de adecuación con el promedio ponderado de las variaciones de todos ellos, buscando delimitar la dispersión de las alzas que pudieran producirse al interior de una misma isapre y con ello, mejorar el nivel de solidaridad entre los beneficiarios de la misma.

En la figura 4.7 se puede observar que las variaciones anuales de precios han sido significativamente menores desde la incorporación de la banda de precios. En efecto, el promedio de las alzas de los últimos 11 años es de 3,6 % versus el 8,4 % observado en los 5 años anteriores a la reforma. Además, es importante señalar, que a partir de la entrada en vigencia de esta banda, la dispersión de las alzas no puede exceder al 30 % del promedio de ellas, en ambos sentidos; no obstante, en años anteriores a la reforma, cerca del 25 % de los beneficiarios se veían enfrentados a alzas muy superiores al 30 % del promedio, condición que generaba presiones para que estos beneficiarios hicieran abandono del Sistema.

Figura 4.7: Evolución del Promedio de las Variaciones de Precios Base 2001 a 2016. Fuente: Superintendencia de salud.



No obstante lo anterior, es importante mencionar que la reforma de 2005, también consideró la incorporación de las GES al plan de salud de isapre y, con ello, la posibilidad de cobrar una prima adicional por éstas, reajutable cada tres años, lo que podría explicar la disminución observada en las alzas de los precios base de estos planes.

Los efectos de la reforma en ambos sentidos, es decir, en la morigeración de las alzas de precios y en la mayor solidaridad introducida en el proceso de adecuación de contratos, constituyen un importante avance en materia de reajuste de precios. No obstante lo anterior, aún persisten en la industria incentivos para trasladar a precios los mayores costos asumidos incluso aquellos que pueden atribuirse a las ineficiencias propias de su gestión y que en la práctica se traducen en alzas relevantes como las observadas en determinados períodos, como por ejemplo, en 2008 y 2011.

Con todo, el proceso actual de alzas de precios base presenta un promedio de reajuste real de precios (4,4 %) que se ubica por sobre la media observada desde la entrada en vigencia de la reforma (3,6 %), siendo el cuarto promedio más alto en todo el período desde 2006. Además, si se consideran en el cálculo de los promedios anuales, sólo los planes que se ven afectados con alzas, estos evidentemente se incrementan alcanzando una media de 5,0 % en los 11 años, lo que posiciona al actual proceso de adecuación en el segundo lugar del ranking de las mayores alzas con un promedio 7,9 %, sólo superado por el proceso de 2008 cuando el alza promedio efectiva fue de un 8,8 % real.

4.6. Resultados Financieros Provisionales del Sistema Isapre

Lo que sigue fue obtenido del documento de la superintendencia sobre resultados financieros de las isapres según lo dispuesto en el DFL2. [Superintendencia de Salud \(2017b\)](#).

4.6.1. Resultados Financieros

Al 31 de diciembre de 2016, el sistema Isapre registra una utilidad después de impuestos ascendente a \$51.062 millones, monto que representa un incremento nominal de un 62,2 % con respecto a la obtenida al mismo período del año anterior (57,9 % real). Como proporción del ingreso de actividades ordinarias, este resultado representa un 2,4 %, vale decir, 0,8 puntos porcentuales más que el alcanzado el año 2015, cuando llegó a 1,6 %.

El aumento de la utilidad se origina principalmente por un crecimiento nominal de un 9,8 % del ingreso de actividades ordinarias, aumento que fue superior al registrado por el costo de ventas (9,6 %) y muy superior al de los gastos de administración y ventas (1,7 %).

Como proporción del ingreso de actividades ordinarias, estas variaciones implican una leve disminución de 0,1 puntos porcentuales en la siniestralidad (costos / ingresos de actividades ordinarias), la que se sitúa en 87,3 % y una caída de 0,9 puntos porcentuales en los gastos de administración los que alcanzan un 11,3 %.

Por otra parte y producto de actividades tales como Ingresos y costos financieros, otros ingresos y gastos y otras ganancias y pérdidas, el sistema registra un saldo neto positivo de \$38.813 millones, los que en definitiva ayudan a mejorar el resultado final. Estas ganancias son superiores en un 6,1 % nominal a las obtenidas en el año anterior y equivalen a un 1,8 % del Ingreso (1,9 % el año 2015).

Un análisis de la evolución de las utilidades en el período 2012-2016 (vigencia de normas IFRS), permite observar que el resultado de este año es menor en un 32,1 % nominal al registrado en diciembre de 2012, en tanto que la variación real marca una caída de 45,7 %, en el mismo período. Ver figura 4.8.

RESULTADOS FINANCIEROS COMPARADOS DEL SISTEMA ISAPRE (*)					
Período Enero-Diciembre					
Variables seleccionadas	2.015		2.016		Variación anual
	Valores	Estructura porcentual	Valores	Estructura porcentual	
N° de isapres en operación	13		13		0
Estado de resultados por función (en mill. de \$)					
Ingresos de actividades ordinarias	1.933.162	1	2.122.807	1	0
Costos de ventas (menos)	1.690.424	1	1.852.631	1	0
Ganancia bruta	242.738	0	270.176	0	0
Gastos de administración y otros gastos por función (menos)	236.155	0	240.157	0	0
Otros Items de ingresos y gastos (1)	36.588	0	38.813	0	0
Ganancia (pérdida) antes de impuestos	43.171	0	68.833	0	1
Gasto por impuestos a las ganancias (menos)	11.690	0	17.771	0	1
Ganancia (pérdida)	31.481	0	51.062	0	1

Tabla 4.6: Resultados Financieros Enero - Diciembre

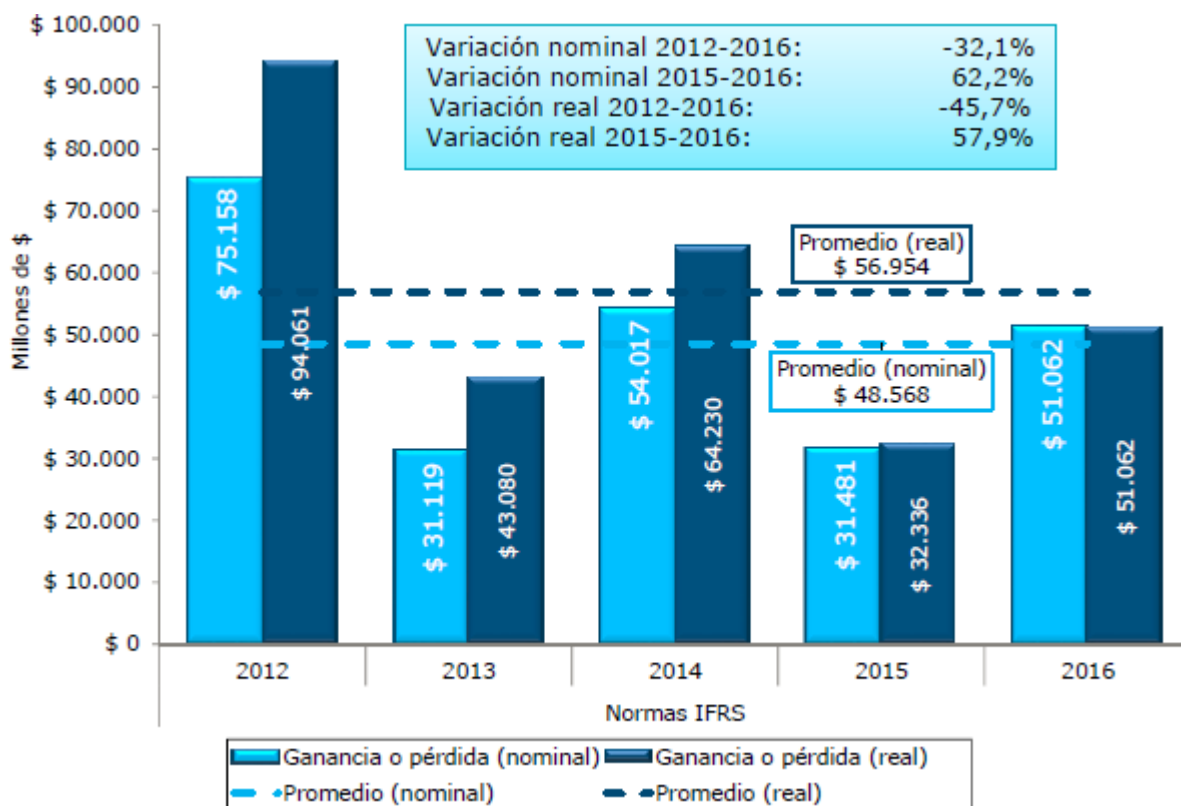


Figura 4.8: Resultados Financieros del Sistema Isapre. Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo

A nivel de Isapres, se observa que todas ellas terminan el período con utilidades, correspondiendo a Cruz Blanca (11.952 millones), Banmédica (11,183millones), Colmena(9.668 millones), Vida Tres (9,564millones)yConsalud(5.568 millones) los montos más significativos.

Todas las Isapres abiertas registran aumentos en sus resultados, siendo Cruz Blanca, Consalud y Optima quienes registran las mayores alzas (215,9 %, 190,2 % y 151,2 %, respectivamente).

4.6.2. Ingresos de Actividades Ordinarias

A diciembre del año 2016, el sistema contabiliza \$2.122.807 millones por concepto de cotizaciones de salud, cifra superior en un 9,8 % nominal al alcanzado en el año anterior.

Variables seleccionadas	2015		2016		Variación anual
	Valores	Estructura porcentual	Valores	Estructura porcentual	
Estructura del ingreso actividades ordinarias (en mill. de \$)					
Cotización legal 7 %	1.357.405	70,2 %	1.475.697	69,5 %	8,7 %
Cotización adicional voluntaria	526.833	27,3 %	594.933	28,0 %	12,9 %
Aporte adicional	46.852	2,4 %	49.887	2,4 %	6,5 %
Ingresos por Fondo Compensación	2.073	0,1 %	2.290	0,1 %	10,5 %
Otros Ingresos	0	0,0 %	0	0,0 %	–
Total ingreso actividades ordinarias	1.933.162	100,0 %	2.122.807	100,0 %	9,8 %
Indicadores promedio mensual (en \$)					
Cotización total por cotizante	105.079		109.586		4,3 %
Cotización adicional voluntaria por cotizante	28.637		30.712		7,2 %
Cotización total por beneficiario	58.018		61.777		6,5 %
Renta imponible promedio por cotizante	1.054.048		1.088.286		3,2 %
Costo de ventas por beneficiario	50.733		53.915		6,3 %
Costo en prestaciones por beneficiario	40.682		42.824		5,3 %
Costo en subsidios por cotizante	18.104		19.291		6,6 %
Gasto de adm. y otros gtos. Por función por beneficiario	7.087		6.989		-1,4 %

Tabla 4.7: Ingresos de Actividades Ordinarias.

Esta variación es posible explicarla debido a los siguientes factores:

- Mayor recaudación por efecto del reajuste de la prima GES 80' del D.S. N°3, aplicadas por las Isapres a partir de julio 2016 (39,4 % promedio).
- Mayor recaudación por efecto de alzas de precios base de los planes de salud aplicadas por las Isapres a partir de julio 2016 (4,4 % promedio), combinada con el alza

proveniente de la adecuación de precios del año anterior, que afecta al primer semestre del año (3,5 % promedio).

- Aumento de un 5,3 % de la cartera de cotizantes promedio.

Por otra parte, la cotización promedio mensual por cotizante aumenta en un 4,3 % nominal con respecto al año anterior, alcanzando a \$109.586, aproximadamente, no obstante, la cotización promedio mensual por beneficiario muestra un incremento mayor que alcanza a un 6,5 %, llegando a \$61.777, aproximadamente, siguiendo esta tendencia observada en los últimos años.

Otros factores que ayudan a explicar el incremento del Ingreso, tienen que ver con el aumento de 3,2 % nominal de la renta imponible promedio mensual por cotizante, la que alcanza a \$1.088.286, aproximadamente. De este monto, un 10,1 % en promedio es destinado por los cotizantes al pago de la cotización pactada, porcentaje similar al del año anterior.

4.6.3. Costos y Gastos de Administración y Ventas

4.6.3.1. Costos

El costo de las Isapres registrado a diciembre de 2016 alcanza a \$1.852.631 millones, cifra superior en un 9,6 % nominal al registrado en el año anterior. Por concepto de prestaciones de salud, se observa un aumento de un 8,6 % nominal y por subsidios por incapacidad laboral, un alza de 12,2 % nominal.

En términos de siniestralidad, es decir, el porcentaje del ingreso que es destinado a financiar el costo en prestaciones de salud y en subsidios por licencias médicas, el nivel alcanza a un 87,3 %, porcentaje levemente inferior en 0,1 puntos porcentuales al del año 2015.

4.6.3.2. Gastos de Administración y Ventas

Los gastos de administración y ventas alcanzan a la misma fecha a \$240.157 millones, un 1,7 % más que el año anterior. Este incremento se explica por los ítems Remuneraciones

Variables seleccionadas	2015		2016		Variación anual
	Valores	Estructura porcentual	Valores	Estructura porcentual	
Estructura del costo de ventas (en mill. de \$)					
Prestaciones de salud	1.350.372	69,9 %	1.457.643	68,7 %	7,9 %
Subsidios incapacidad laboral	333.056	17,2 %	373.685	17,6 %	12,2 %
Prestaciones ocurridas y no liquidadas	3.320	0,2 %	12.476	0,6 %	275,8 %
Prestaciones en litigio	1.280	0,1 %	952	0,0 %	-25,6 %
Egresos Fondo Compensación	568	0,0 %	461	0,0 %	-18,9 %
Otros costos	1.827	0,1 %	7.414	0,3 %	305,8 %
Total costo de ventas	1.690.424	87,4 %	1.852.631	87,3 %	9,6 %
Indicadores promedio mensual (en \$)					
Costo de ventas por beneficiario	50.733		53.915		6,3 %
Costo en prestaciones por beneficiario	40.682		42.824		5,3 %
Costo en subsidios por cotizante	18.104		19.291		6,6 %

Tabla 4.8: Costos Enero - Diciembre. Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo

y comisiones del personal de ventas y Remuneraciones del personal, los que registran incrementos importantes, 8,9 % el primero y un 4,3 % el segundo. En tanto, el ítem Otros gastos presenta una disminución de un 3,6 % en el mismo período.

Como proporción del ingreso de actividades ordinarias, el gasto por este concepto llega a un 11,3 %, lo que equivale a una caída de 0,9 puntos porcentuales respecto del año 2015. En cuanto a los ítems más relevantes, el porcentaje correspondiente a los Otros gastos alcanza a 4,3 % (4,9 % el año anterior) y las Remuneraciones del personal a un 3,5 % (3,7 % el año 2015). El gasto por beneficiario cae un 1,4 % (\$6.989).

Variables seleccionadas	2015		2016		Variación anual
	Valores	Estructura porcentual	Valores	Estructura porcentual	
Estructura del gasto de administración y ventas (en mill. de \$)					
Publicidad	6.205	0,3 %	5.249	0,2 %	-15,4 %
Deterioro por Deudores de Cotizaciones	3.346	0,2 %	4.560	0,2 %	36,3 %
Deterioro por Deudores de Préstamos de Salud	2.371	0,1 %	1.317	0,1 %	-44,5 %
Remuneraciones del Personal	71.294	3,7 %	74.391	3,5 %	4,3 %
Remuneraciones y comisiones del Personal de ventas	57.867	3,0 %	63.000	3,0 %	8,9 %
Otros	95.072	4,9 %	91.640	4,3 %	-3,6 %
Total gasto de administración y ventas	236.155	12,2 %	240.157	11,3 %	1,7 %
Indicadores promedio mensual (en \$)					
Gasto de adm. y otros gtos. Por función por beneficiario	7.087		6.989		-1,4 %

Tabla 4.9: Gasto de Administración y Ventas. Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo.

4.6.4. Estándares Legales

4.6.4.1. Antecedentes

Las modificaciones introducidas a la ley N° 18.933 por la Ley N° 19.895 del año 2003, establecieron nuevos requisitos para las Isapres respecto al patrimonio mínimo, liquidez y garantía, cuyo cumplimiento debe fiscalizar esta Superintendencia.

Los nuevos estándares se refieren a lo siguiente:

- Patrimonio: mantener un patrimonio igual o superior a 0,3 veces sus deudas totales (artículo 25).
- Liquidez: mantener un indicador de liquidez no inferior a 0,8 veces la relación entre el activo circulante, incluido en él la garantía, y el pasivo circulante (artículo 25 TER).
- Garantía: mantener una garantía equivalente al monto de las obligaciones que las Isapres mantiene con los cotizantes y beneficiarios y con los prestadores de salud (artículo 26).

Este apartado se enfoca en el comportamiento de las Isapres respecto a los Estándares exigidos, en tanto el monitoreo y control sobre el cumplimiento de éstos lo ejecuta la Superintendencia a través del Departamento de Fiscalización.

4.6.4.2. Cumplimiento

El sistema como promedio siempre ha dado cumplimiento a los estándares de patrimonio y de liquidez en forma holgada, sin embargo, se observa un descenso sostenido en el primero de ellos en los últimos tres años y manteniéndose casi en un mismo nivel, el segundo. Ver figura 4.9.

Por otra parte, el estándar de garantía que sólo logró cumplirse en enero de 2015 después de los tres años de transición otorgado por la ley (por ajustes de las normas IFRS), muestra un nivel más ajustado al mínimo exigido y con un descenso en el último año, después de mostrar un aumento sostenido del nivel entre 2014 y 2015.

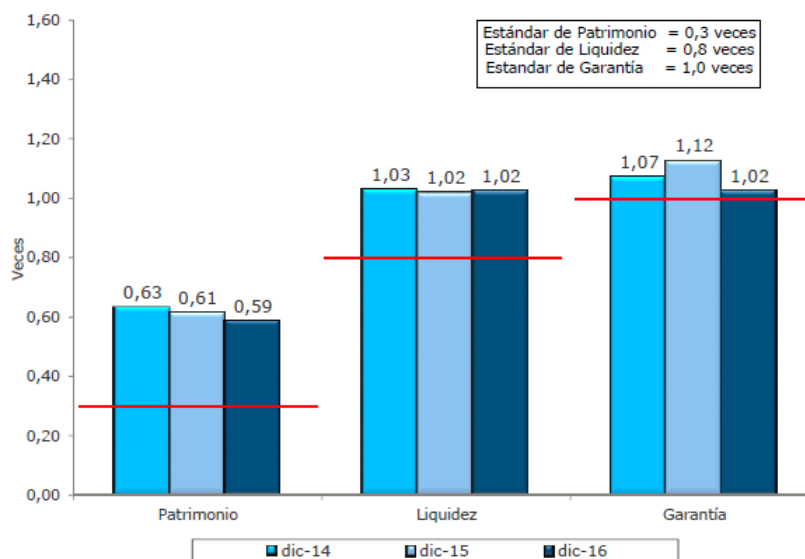


Figura 4.9: Evolución Estándar Legales. Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo.

A diciembre de 2016 y conforme a las nuevas disposiciones legales, es posible observar para las 13 Isapres en operación, lo siguiente:

Estándar de Patrimonio mínimo: (Patrimonio / Pasivo corriente + Pasivo No Corriente) El Sistema muestra como promedio un estándar de 0,59 veces, un 4,5 % inferior al observado en 2015, producto de un aumento en mayor proporción de la deuda (6,2 % nominal), sobre el patrimonio (1,4 % nominal) en el mismo período.

Las Isapres Colmena con 1,16 veces y Fundación con 1,11 veces, muestran los niveles más altos, presentando ambas Isapres una caída del indicador respecto al mismo período del año anterior de un 5,6 % y 8,5 %, respectivamente, producto de una disminución del patrimonio (1,9 % nominal) y un aumento de las deudas (3,9 % nominal) en el primer caso y de un incremento superior en las deudas (11,6 % nominal) que en el patrimonio (2,1 % nominal) en el segundo caso. Ver figura 4.10.

Por su parte en el resto de las Isapres, se observa que 3 de ellas incrementan este indicador, correspondiendo a San Lorenzo el mayor aumento (22,0 % nominal), producto de una disminución de las deudas de 13,9 % frente a un aumento del Patrimonio de 5,0 % nominal. En tanto, 8 Isapres presentan disminuciones, correspondiendo a Optima la caída más importante, con 48,2 %, debido a una disminución el patrimonio (51,2 % nominal) por

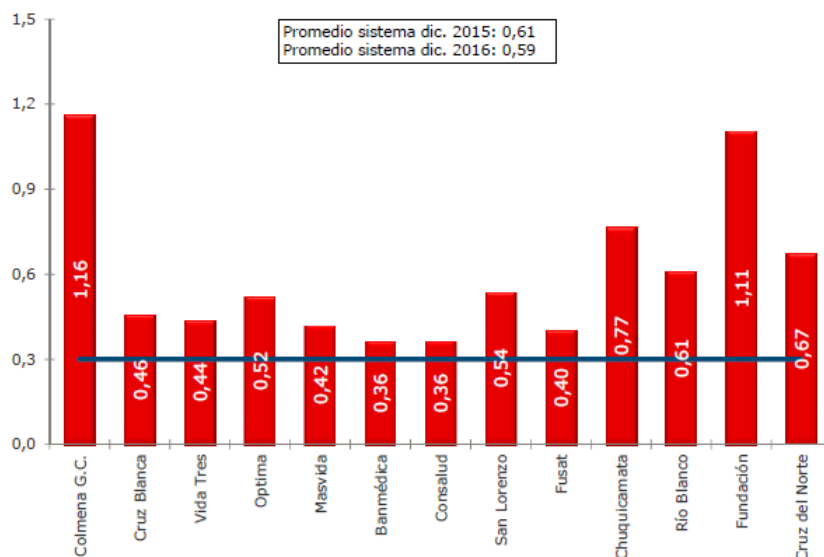


Figura 4.10: Estándar de Patrimonio. Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo.

sobre el observado en las deudas (5,8 % nominal). Ver figura 4.10.

Sin embargo, Banmédica y Consalud son las instituciones que presentan el nivel más bajo, ambas con 0,36 veces, registrando la primera una caída de un 6,8 % respecto a igual fecha del año anterior y un aumento de un 16,6 % en la segunda. Ver figura 4.10.

No obstante lo anterior, todas las instituciones cumplen con el mínimo legal exigido y un total de 5 Isapres (36 %) mantienen un estándar igual o superior al promedio del sistema.

Estándar de Liquidez: (Activo corriente + Garantía / Pasivo corriente) A diciembre de 2016, el Sistema registra como promedio un estándar de 1,02 veces, cifra similar al calculado el año 2015, no obstante, que el conjunto del activo corriente y la garantía aumenta en mayor proporción que el alza presentada por el pasivo corriente en el mismo período, 7,4 % nominal frente a 6,7 % nominal. Ver figura 4.11.

Las Isapres Chuquicamata con 2,47 veces y Cruz del Norte con 1,91 veces, muestran el indicador más elevado, pero ambas presentan una disminución de éste en relación al año 2015, de 4,3 % y 4,0 %, respectivamente, producto de un mismo hecho, el pasivo corriente crece en mayor proporción que el conjunto del activo corriente más la garantía, 12,8 % nominal versus 8,0 % nominal, en el caso de Chuquicamata y 6,1 % nominal frente a 1,8 % nominal, en el caso de Cruz del Norte. Ver figura 4.11.

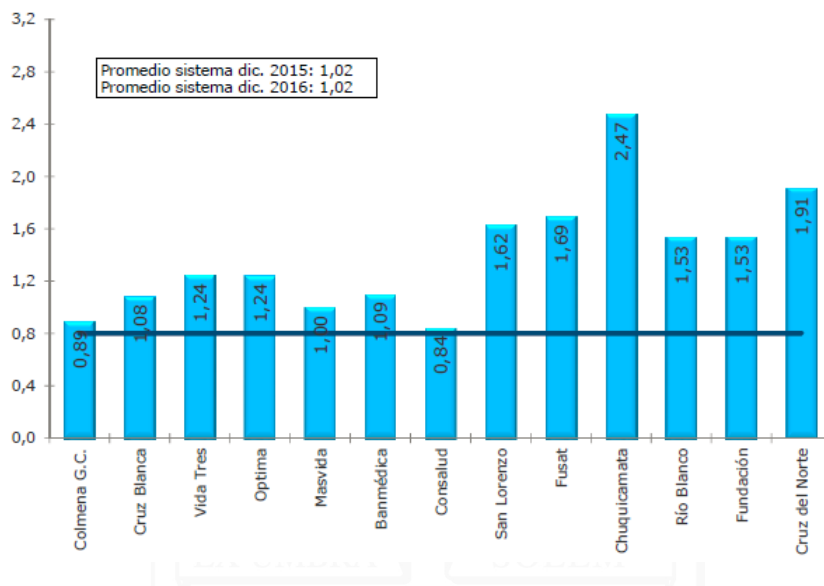


Figura 4.11: Estándar de Liquidez. Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo.

En las otras 11 Isapres, se observa que cinco de ellas aumentan el indicador, correspondiendo a Cruz Blanca el mayor incremento (12,0 %), originado en que el conjunto activo corriente más garantía aumenta un 12,3 % nominal y el pasivo corriente lo hace sólo en 0,2 % nominal en el mismo período. En tanto, seis instituciones disminuyen el indicador, siendo Masvida la que presenta la caída más importante (6,5 %), debido a que el pasivo corriente aumenta en una mayor proporción que el conjunto del activo corriente más la garantía, 24,0 % nominal frente a un 16,0 % nominal, respectivamente. Ver figura 4.11.

Las Isapres Consalud y Colmena son las que registran el nivel más bajo, con 0,84 y 0,89 veces, respectivamente, lo que implica una disminución de un 2,7 % nominal, en el segundo caso y un aumento de 4,9 %, en el primer caso. Ver figura 4.11.

No obstante lo anterior, todas las instituciones cumplen con el mínimo legal exigido y 10 Isapres (71 %) mantienen un estándar igual o superior al promedio del sistema.

Estándar de Liquidez: (Activo corriente + Garantía / Pasivo corriente) La ley establece que la actualización de la garantía no podrá exceder de treinta días del cierre del período informado, para lo cual la Institución deberá completarla dentro de los veinte días siguientes, hasta cubrir el monto total que corresponda a las referidas obligaciones. Por lo tanto, para el período finalizado a diciembre de 2016, el plazo para completar la garantía se

cumplió el 20 de febrero de 2017.

De acuerdo a lo anterior y al cumplimiento del plazo para enterar los montos de garantía, el sistema alcanza un estándar promedio de un 102,4 %, vale decir, 10 puntos porcentuales menos que el año 2015, originado principalmente por que el conjunto de las deudas con beneficiarios y prestadores crece en un 5,3 % nominal, mientras que la garantía disminuye en un 4,1 % nominal en el mismo período. Ver figura 4.12.

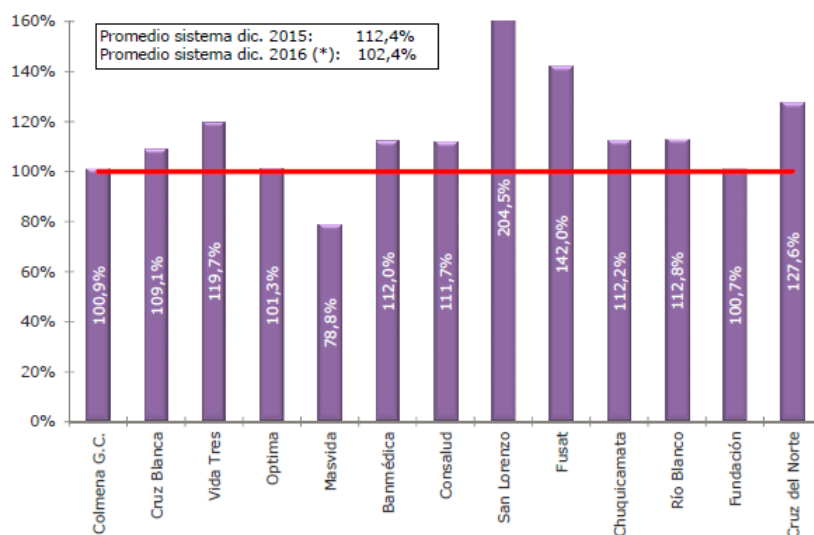


Figura 4.12: Estándar de Garantía. Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo.

Respecto de este estándar legal, cabe destacar los siguientes hechos:

- Masvida presenta un nivel de 78,8 %, cifra inferior en 21,7 puntos porcentuales al registrado a igual fecha del año anterior y por debajo del mínimo exigido, situación que ha provocado que esta Isapre se encuentre en un régimen especial de supervigilancia y control. Esta caída del estándar se explica por un incremento de las deudas con beneficiarios y prestadores de un 23,4 % nominal y una disminución experimentado por la garantía de un 3,3 % nominal.
- En contraposición, destacan las Isapres San Lorenzo y Fusat como las instituciones que poseen el nivel más alto, 204,5 % y 142,0 %, respectivamente, en donde ambas presentan aumentos del estándar, 104,3 puntos porcentuales la primera y de 24,2 puntos la segunda, respecto a 2015, producto, en ambos casos, de una disminución

de mayor magnitud en las deudas que la registrada por la garantía, 70,8 % nominal frente a 40,5 % nominal, en el caso de San Lorenzo y 33,5 % nominal versus 19,9 % nominal, en el caso de Fusat.

En las otras 10 Isapres, se observa que 3 de ellas aumentan este indicador, destacando a Cruz del Norte con el incremento más importante (13,4 puntos porcentuales) y las 7 Isapres restantes registran caídas de sus estándares, siendo la correspondiente a Chuquicamata, la más significativa (25,4 puntos porcentuales). Ver figura 4.12.

No obstante lo anterior, a la fecha de este informe todas las instituciones con excepción de Masvida, cumplen con el mínimo legal exigido y 9 Isapres (64 %) mantienen un estándar igual o superior al promedio del sistema.

4.6.5. Conclusiones

Del análisis de la información financiera de las Isapres a diciembre de 2016, es posible destacar lo siguiente:

- El Sistema Isapre registra una utilidad después de impuestos de \$51.062 millones, un 62,2 % nominal más que la obtenida en el año anterior y representa un 2,4 % del Ingreso de actividades ordinarias (1,6 % el 2015).
- Todas las Isapres en operación cierran el período con resultados positivos, destacando a Cruz Blanca (\$11.952 millones), Banmédica (\$11.183 millones), Colmena (\$9.668 millones) y Vida Tres (\$9.564 millones), como las instituciones que obtienen las utilidades más significativas.
- Todas las Isapres abiertas registran incrementos en sus resultados, correspondiendo a Consalud, Cruz Blanca y Optima los mayores aumentos (215,9 %, 190,2 % y 151,2 %, respectivamente).
- El incremento del Ingreso de actividades ordinarias, dice relación con la mayor recaudación por efecto del reajuste de la prima GES 80 2016 (39,4 % promedio) a partir de julio de 2016 y de los reajustes de precios bases aplicados por las Isapres (4,4 % promedio) en el mismo período, combinada con el alza proveniente de la

adecuación de precios del año anterior, que afecta al primer semestre del año (3,5 % promedio).

- Unido a lo anterior, se observa también un aumento de un 5,3 % de la cartera de cotizantes promedio, entre ambos períodos y un alza de la renta promedio.
- En relación a los Costos, se observa un aumento de 8,6 % nominal en los correspondientes a prestaciones de salud y de un 12,2 % en los subsidios por incapacidad laboral (por licencias médicas curativas, por patologías del embarazo y reclamadas).
- El principal factor que incidiría en el aumento del costo tanto en prestaciones como en los subsidios, es el efecto cantidad.
- El sistema como promedio siempre ha dado cumplimiento a los estándares de patrimonio y de liquidez en forma holgada, sin embargo, se observa un descenso sostenido en el primero de ellos en los últimos tres años y manteniéndose casi en un mismo nivel, el segundo. Por otra parte, el estándar de garantía que sólo logró cumplirse en enero de 2015 después de los tres años de transición otorgado por la ley (por ajustes de las normas IFRS), muestra un nivel más ajustado al mínimo exigido y con un descenso en el último año, después de mostrar un aumento sostenido del nivel entre 2014 y 2015.
- El Sistema muestra como promedio un estándar de patrimonio de 0,59 veces, un 4,5 % inferior al observado en 2015, producto de un aumento en mayor proporción de la deuda (6,2 % nominal), sobre el patrimonio (1,4 % nominal) en el mismo período.
- Todas las instituciones cumplen con el mínimo legal exigido y un total de 5 Isapres (36 %) mantienen un estándar igual o superior al promedio del sistema.
- A diciembre de 2016, el estándar de Liquidez promedio del Sistema alcanza a 1,02 veces, cifra similar al calculado el año 2015, no obstante, que el conjunto del activo corriente y la garantía aumenta en mayor proporción que el alza presentada por el pasivo corriente en el mismo período, 7,4 % nominal frente a 6,7 % nominal.

- Todas las instituciones cumplen con el mínimo legal exigido y 10 Isapres (71 %) mantienen un estándar igual o superior al promedio del sistema



5 | Propuesta

La propuesta consiste en una regulación en el alza de precios en el que las isapres entregarían la facultad de ajustar los precios anualmente a un panel de expertos determinado por la Superintendencia de Salud que elimine la posibilidad de réplica por parte de los consumidores (recursos de protección por alza de precio) que afectan en términos de costos a las isapres, junto con un fondo común que permita repartir el riesgo asumido por las isapres, que asegure su solvencia en el largo plazo y mejore el bienestar social y el de las isapres, llegando a un punto medio entre ambas partes. Esta iniciativa de regulación estará liderada por la Superintendencia de salud como autoridad en estas materias y se llevará a cabo con una implementación paulatina de 5 años. Los puntos anteriores se detallan en los párrafos siguientes.

La propuesta se solventa en el estudio de David B Ridley y Su Zhang ([Ridley y Zhang \(2017\)](#)) que indica que la regulación en el aumento de la prima en un sistema de salud, puede ser positivo no solo para el consumidor, sino que para la firma también, aumentando el bienestar de ambas partes, es decir, la firma aumentaría sus ingresos y el precio disminuiría por lo que el cliente vería reducida en menor cantidad su excedente. Lo anterior se encuentra sujeto a que los consumidores tengan una visión a futuro que les permita observar los beneficios a largo plazo de las decisiones tomadas en el periodo inicial.

El sistema actual utiliza una banda de precios para limitar el alza y fomentar la igualdad dentro de una misma Isapre. La banda actualmente se determina a partir del Promedio ponderado de alzas presentado acorde a la Ley vigente por cada Isapre del sistema según sus proyecciones de alza para cada plan presente en su cartera, luego el alza de precios puede variar entre un $1,3 * PPV$ y $0,7 * PPV$, que se determina por la Isapre y aplica a todos los clientes de dicha Isapre, todo lo anterior es decisión unilateral por parte de la

Isapre, de hecho, las isapres no tenían la necesidad de enviar las razones de alza hasta el 2005, año en el que se comenzaron a exigir las razones de dicho cambio por parte de la Superintendencia de Salud [Superintendencia de Salud \(2013\)](#) [Superintendencia de Salud \(2006\)](#). Esta nueva regulación funcionaria similar a la de la banda de precios en el sentido que busca la igualdad entre los cotizantes de una misma Isapre, estableciendo que el alza determinada por el panel de expertos afecte de igual manera a cada uno de los cotizantes de una misma Isapre.

El último año el proceso de adecuación de contratos que se llevó a cabo entre los meses de julio de 2016 y junio de 2017 involucro a un 24,2 % de los planes de salud vigentes y afecto a un 48,6 % del total de los beneficiarios del Sistema. El promedio ponderado de las alzas de los precios base fue equivalente a 4,4 % real para el conjunto del Sistema y afectó a 1.664.916 beneficiarios que representan al 55,2 % de la cartera sometida al proceso de adecuación de contratos y al 48,6 % del total de beneficiarios del sistema. Al comparar el promedio de las variaciones de precios base que fueron efectivamente aplicadas a partir de julio de 2016 con el promedio del período anterior, se observa un incremento de 0,9 puntos porcentuales, pasando desde un 3,5 % a un 4,4 % real en promedio para el sistema. Si bien, las modificaciones legales introducidas en la reforma de 2005, han contribuido a morigerar las alzas de precios en la industria y a solidarizar dichas alzas entre los distintos perfiles de beneficiarios, todavía persisten entre las isapres incentivos para trasladar a los clientes todos los incrementos de costos asumidos, incluso aquellos que se derivan de las propias ineficiencias de gestión, lo que se ha traducido en alzas desproporcionadas en determinados períodos, entre los que destaca el proceso de 2008 (8 % real en promedio). En este sentido, el PPV calculado para el período 2016-2017 (4,4 %), se ubica dentro de los cuatro más altos desde la entrada en vigencia de la reforma [Superintendencia de Salud \(2017a\)](#). Lo anterior hace aún más necesaria una regulación en el alza de precios que vaya a favor de los clientes. Esto considerando que las isapres siguen aumentando sus ingresos año a año, de hecho, el Sistema Isapre registra una utilidad después de impuestos de \$51.062 millones (año 2016), un 62,2 % nominal más que la obtenida en el 2015 [Superintendencia de Salud \(2017b\)](#).

Las isapres se encuentran constantemente enfrentadas a la judilización, proceso que

comenzó en 2007 y con mayor intensidad a partir del año 2011. Esto le genera un aumento de costos importante a las isapres, ya que, los jueces han resuelto en su mayoría a favor de los cotizantes y han condenado a las isapres a pagar las costas judiciales, lo que ha incentivado tanto a afiliados (fallo a favor de frenar alza) y a abogados (pago costas) a continuar con la presentación de estos recursos de protección ([Asociación de Isapres \(2016\)](#)). Existe un círculo vicioso en que las isapres están imposibilitadas de explicar las alzas como lo solicitan los jueces (riesgo individual), puesto que no es lo que corresponde al mecanismo contemplado por ley para la adecuación de precios (Riesgo conjunto). Las costas y congelación de tarifas son pagadas con los ingresos de las isapres los que a su vez provienen de las cotizaciones de todos los afiliados. Por otra parte, el poder judicial cada año debe destinar más recursos para atender estas causas, lo que es financiado a través de los impuestos que pagan todos los chilenos. – es una acción individual que conlleva un costo social-. Solo el 2015 los recursos de protección alcanzaron los 133.503 lo que influyó en que las isapres tuviesen que pagar por costas, 21.545 millones de pesos.

La regulación en el alza de precio de los planes estaría sujeta a la decisión de un consejo de expertos designado por la Superintendencia de salud, de esta manera las isapres tendrían que renunciar a su derecho por ley de incrementar los precios unilateralmente y ajustarse a lo determinado por el consejo de expertos, con el trade off de que los recursos de protección disminuirían al mínimo, reduciendo los costos financieros que estos implican para las isapres ([Asociación de Isapres \(2016\)](#)). Se define que la elección de un consejo de expertos sobre un método cuantitativo fijo es mejor debido a que al pertenecer a la Superintendencia de salud velará por el bien de los cotizantes y podrá ejercer una mayor flexibilidad en el alza de precios dado que se adaptará a la situación del país al momento de decidir. El consejo de expertos tiene la jurisdicción para seleccionar la opción de regulación que mejor les parezca luego de su análisis, estando dentro de las posibilidades la regulación mediante Price Caps o Competencia por comparación, ambos mecanismos que pretenden mejorar la competencia en la industria y fomentar una mejora en la eficiencia por parte de las isapres como único método de aumento de beneficios ([Solutions \(2009\)](#)).

Cabe destacar que el sistema como promedio siempre ha dado cumplimiento a los estándares de patrimonio y de liquidez en forma holgada. El Sistema muestra como promedio

un estándar de patrimonio de 0,59 veces, el estándar de Liquidez promedio alcanza a 1,02 veces y al término del plazo para enterar los montos de garantía (20 de febrero de 2017) el sistema como promedio muestra un estándar de 102,4 %. Si bien las isapres al día de hoy cumplen con los estándares de solvencia, cada vez se encuentran más ajustadas debido a la judicialización que aumenta sus costos y se espera que con esta propuesta se pueda mejorar la solvencia del sistema privado [Superintendencia de Salud \(2017b\)](#).

A pesar de haber mencionado que la solvencia por parte de las isapres estaba cubierta y debiese mejorar con la propuesta introducida, es importante evitar situaciones como la ocurrida con la Isapre Mas Vida, y para complementar la seguridad de las isapres, se plantea la creación de un fondo de compensación de riesgos (FCR) donde el 5 % iría a un fondo común, que permitiría en primera instancia distribuir el riesgo entre las distintas isapres, mediante un fondo virtual de compensación de riesgo que sería distribuido por el panel de expertos bajo la mirada de la superintendencia de salud. Este fondo incentivaría a las isapres a asumir más riesgo, ya que, mediante el fondo se ayudaría a las isapres que asumen un mayor riesgo comparativo, de esta manera se disminuiría la selección de riesgo que ocurre actualmente y por lo tanto el problema de cautividad en las isapres, lo que podría aumentar la movilidad entre isapres, incrementando la competencia entre ellas y por lo tanto forzando a las isapres a mejorar su eficiencia para obtener beneficios superiores. Cabe destacar que el problema de comparación entre planes de isapres distintas (Por nomenclatura o cantidad de planes comercializados) aún podría promover la toma de decisiones sub óptimas debido a que el consumidor de todos modos tiene que tomar decisiones basado en su condición actual y proyecciones a futuro con información difícil de analizar. [Solutions \(2009\)](#)

Para el caso de la propuesta antes mencionada se usarán ciertos indicadores que medirán la efectividad de la misma. Entre los índices propuestos se encuentran los siguientes:

- Variaciones reales de Precios Base según el Grupo de Riesgo: Se busca que con este índice de variación se pueda percibir si los incrementos en los planes son iguales o al menos cercanos entre los distintos grupos de riesgo (por edad o sexo) dentro del sistema privado, si bien la aplicación del alza sería igual para todos los planes dentro de una misma isapre, no necesariamente es la misma entre isapres y este

índice permitiría observar esta diferencia.

- **Movilidad de Cotizantes entre Isapre:** Se espera que con la implementación de la propuesta la movilidad entre isapres se vea mejorada y que por lo tanto la gente suscrita a una Isapre pueda moverse con mayor facilidad entre una Isapre y otra. Si se cumple lo presentado anteriormente la movilidad debiese aumentar como consecuencia de una mayor competencia en el mercado y el fondo de compensación de riesgos.
- **Alza de Precio por Isapre y Promedio del Total del Sistema:** Este índice tiene como objetivo principal medir las alzas reales en dos niveles, primero a un nivel de Isapre y luego a un nivel promedio del sistema, con esto se pretende observar si las alzas promedio disminuyen o aumentan en comparación a la implementación de la propuesta presentada.
- **Cantidad de Beneficiarios Afectados por Alza de Precio:** Este índice pretende observar de manera real la cantidad de gente afectada por las distintas alzas de precios dentro del sistema. Esta medición se hará por Isapre y por sistema total. Es importante notar que este indicador por sí solo no es suficiente, ya que, si bien la cantidad de gente afectada por el alza de precio podría llegar a aumentar hay que sopesar esto con el nivel de alza o el alcance de gente beneficiada por el nuevo sistema para ver si es un índice positivo o negativo.
- **Porcentaje de Sueldo Aportado por Cotizante:** Este índice busca ver qué porcentaje del sueldo de los cotizantes es ocupado en el financiamiento de la salud de su grupo familiar. Este indicador es importante a la hora de fijar las alzas de precio, ya que, el consejo formado por expertos debería velar por el bienestar de los cotizantes y por lo tanto de reducir su excedente lo menos posible. Si este indicador se mantiene o disminuye se consideraría como positivo dentro del ejercicio. Es importante notar que esto último en la práctica es muy difícil que ocurra, ya que, a nivel país y nivel global, el costo de la salud aumenta por sobre el crecimiento de la economía y por sobre los sueldos de los cotizantes. A pesar de lo anterior, sigue siendo un índice

efectivo de medición en cuanto a políticas de alza de precio.

- Inversión del Gobierno en Recursos de Protección en Asuntos de Salud: Es importante medir que beneficios traerá al gobierno esta propuesta y como reducirá los gastos que actualmente se destinan a soportar los miles de recursos de protección presentados, este ahorro se podría inyectar en el sector público de salud o en nuevas reformas por parte del gobierno de llegar a generarse. Idealmente este nivel debiese bajar año a año.

Finalmente, la implementación gradual consistiría en un plan de 5 años en los que se irían incluyendo las distintas fases de la propuesta. En primer lugar se establecería el panel de expertos que asesoraría a las Isapres sobre alzas en los precios base de los planes -sin administrarlo totalmente- durante los primeros dos años, para generar entendimiento entre ambas partes y sus intereses, velando por la solvencia de las isapres y el bienestar general de la población. Los siguientes años el panel de expertos tomaría control de la fijación del alza de precios, momento en el cual se establecería el fondo de compensación de riesgos que durante su fase inicial contemplarían un menor porcentaje (1 %) que iría en alza alcanzando un 5 % el último año, esto con la idea de que las isapres se adecuen al cambio y vean como les afecta el asumir más riesgo en términos de beneficios y solvencia, además para la superintendencia de salud y panel de expertos esto serviría para observar cómo se comporta la gente que se encuentra dentro del sistema (en términos de cautividad o posibilidad de entrar al sistema) y poder ofrecer modificaciones en años posteriores. Este tiempo de implementación también ayudaría a instruir a los trabajadores del sistema sobre cómo afrontar los cambios y reasignar recursos según se crea necesario.

6 | Recomendaciones y Limitaciones de la Propuesta

Si bien se hace un extenso análisis de la situación y el entorno que envuelve el tema de la regulación del alza de precios en los planes para la isapres es importante entender que cualquier propuesta o plan tiene sus falencias y limitantes. En el caso del trabajo que se realizó hubo ciertas problemáticas que no se abordaron en su totalidad como lo es el problema de cautividad y rechazos por pre existencias, desaturación del sistema de salud público, análisis de los incrementos de precio en los proveedores de salud, estrategias de integración vertical existentes y movilidad entre isapres. Junto con lo anterior hay que notar que este trabajo ataca la problemática a nivel del sistema privado de salud específicamente las Isapres y por lo tanto no toma en consideración las necesidades del sistema público (FONASA), tampoco se considera el pago de licencias. A continuación, se abordarán alguno de los temas mencionados junto con sus recomendaciones.

6.1. Integración Vertical

Las isapres tienen giro único y están funcionalmente separadas de la provisión de prestaciones. Sin embargo, nada le prohíbe a los dueños de isapres ser dueños de prestadores de servicios de salud a través de holdings. Desde la perspectiva económica, en estos casos existe integración vertical entre la producción del seguro de salud y la producción de prestaciones: aunque sean negocios distintos, es razonable pensar que la maximización de utilidades será conjunta [Galetovic \(2013\)](#).

La integración vertical entre isapres y prestadores es común pero limitada. Por ejemplo,

si se define como "verticalmente integrada".^a clínicas cuyos dueños tienen alguna participación en una isapre, se obtiene que 30 de las 85 clínicas privadas que existen en Chile lo son, aunque la participación en el total de camas es un tanto mayor, 47,7 % (una de cada dos). Si la clínica integrada se define como una en que una los dueños de una isapre tienen 50 % o más de la propiedad, el número de clínicas integradas cae a 17, la participación en el total de camas a 31,2 % (una de cada tres). Más aun, la extensión de la integración vertical también varía entre isapres. Por ejemplo, los dueños de Colmena únicamente tienen una participación de 50 % en una sola clínica. Al otro extremo, Consalud tiene participación en 17 clínicas extendidas por 15 ciudades de Chile. Entre medio los dueños de Banmédica tienen cinco clínicas y los de Cruz Blanca tres. Y los dueños de algunas isapres también son dueños de centros médicos y laboratorios.

Sea como sea, la integración vertical entre isapres y prestadores por medio de controladores comunes está siendo cuestionada. Quienes afirman que la integración vertical es anticompetitiva le atribuyen la aptitud de bloquearle la entrada a prestadores independientes; de bloquearle la entrada a isapres no integradas; de concentrar el mercado de los prestadores; de estimular la inducción de prestaciones; y de permitirle a las isapres deteriorar la calidad de las prestaciones. No es sorprendente, entonces, que algunos afirmen que la integración vertical está detrás del aumento del precio de los planes de salud.

Contra la tesis anticompetitiva compite otra: la integración vertical es una respuesta eficiente a los problemas que crea el *moral hazard*⁷ de los prestadores y, todo lo demás constante, disminuye el costo de la salud.

Lo anteriormente mencionado es simplemente una pincelada de lo que podría ser un cambio sustantivo en la propuesta presentada, es por esto que se aconseja abordar esta problemática mediante estudios realizados a la situación de Chile y como otras naciones afrontaron problemas similares en su camino a un sistema desarrollado en el ámbito de la Salud. Por ejemplo hay naciones que en vez de regular a las instituciones aseguradoras, lo hicieron con los prestadores de salud, lo que por consecuencia redujo el precio de las

⁷Moral Hazard es un concepto económico que describe aquellas situaciones en las que un individuo tiene información privada acerca de las consecuencias de sus propias acciones y sin embargo son otras personas las que soportan las consecuencias de los riesgos asumidos. El Moral Hazard nos informa cómo los individuos asumen en sus decisiones mayores riesgos cuando las posibles consecuencias negativas de sus actos no son asumidas por ellos, sino por un tercero.

primas.

6.2. Cantidad de Planes Disponibles

Para el caso de esta tesis no se analizó en profundidad el impacto que genera la gran cantidad de planes disponibles comercializables y en stock, más allá de un problema al nivel de comparación es posible que tenga un impacto directo a nivel del alza de precio efectuado por las Isapres, es por esto que se recomienda analizar este impacto y observar cómo afecta a la propuesta presentada. Una opción ante este problema podría ser crear un plan único o un grupo de tres planes posibles (con distintos niveles de copago) donde todos los afiliados pagan un precio por el plan (definido por cada Isapre) o bien, aportarían el 7 % de su salario imponible más una “prima comunitaria”, sin diferencia por sexo, edad y condición de salud, por Isapre por cada beneficiario. Esto haría más fácil la movilidad entre isapres, eliminando la cautividad por pre existencias. Junto con lo anterior las Isapres podrían seguir comercializando planes complementarios de salud de libre elección para los cotizantes según sus necesidades.

6.3. Desaturación del Sistema Público

Otra opción que no se abordó en profundidad fue la posibilidad de desaturar el sistema de salud público como alternativa de mejora. Lo que quiere decir este punto es que, en vez de abordarlo directamente en torno a números y porcentajes de alza, se podría haber utilizado políticas como las de Australia para mover gente desde el lado público al lado privado. En este sentido la propuesta antes mencionada no genera una mejora para la gente que quiere, pero no puede acceder al sistema privado (excluyendo a la gente con preexistencias) por falta de recurso, ya que, aunque se lograra regular las alzas, de todos modos, no serían capaces de pagar las primas base y por lo tanto serían una carga para el gobierno. Siguiendo la idea, lo mejor para este caso sería analizar en profundidad los pros y contras de ejecutar mejoras en este ámbito, es decir, si se quiere abordar una propuesta de mejora global que no solo vaya en ayuda de los actuales cotizantes sino también de la

gente perteneciente a grupos de menores ingresos adheridas a Fonasa.



Bibliografía

- Asociación de Isapres (2016). Judicialización contra las isapres: ¿un callejón sin salida? (pp. 1–11). [4.4](#), [5](#)
- Asociación Gremial de Isapres AG (2016). Isapres 1981–2016: 35 años de desarrollo del sistema de salud privado de Chile”. [2.1.1](#), [2.1.2](#), [2.1.3](#), [2.2](#), [2.2.1.2](#), [2.2.1.4](#), [2.2.1.5](#), [2.2.2.4](#), [2.2.2.5](#)
- Australian Department of Health (2017). Private health insurance premium round process. [3.3.4](#)
- Australian Institute of Health and Welfare (2014a). Australia ’ s health system. (14), 14. [3.3.2](#), [3.3.3](#)
- Australian Institute of Health and Welfare (2014b). Feature Article: How much does Australia spend on health care? *Australia’s health 2014*, (14), 47–59. [3.3.2](#)
- Australian taxation Office (2017). Medicare levy. [3.3.3](#)
- Fonasa (2017). Nuestro Plan de Salud. [2.2.2.1](#), [2.2.2.2](#), [2.2.2.3](#)
- Galetovic, Alexander (2013). Un análisis económico de la integración vertical entre isapres y prestadores. [6.1](#)
- Iselect (2017a). Health Insurance Premium Rate Rise Information. [3.3.4](#)
- Iselect (2017b). Private Health Insurance and Tax. [3.3.3](#)
- Ombudsman, Common Wealth (2017). Health Insurance Premium Increases. [3.3.4](#)
- Ridley, David B. y Zhang, Su (2017). Regulation of price increases. *International Journal of Industrial Organization*, 50, 186–213. [4.2](#), [5](#)
- Solutions, Sanigest (2009). Propuestas de regulación al problema de los precios, planes y cautivos en Isapres y su Relación con el Fondo de compensación solidario Informe Final. (pp. 1–155). [4.1](#), [5](#)
- Superintendencia de Salud (2006). Circular Informativa N°14. [5](#)
- Superintendencia de Salud (2013). Circular Informativa IF N°205. [5](#)

Superintendencia de Salud (2016). Compendio de normas administrativas en materia de procedimientos. 1, 417. [2.2.1.1](#), [2.2.1.2](#), [2.2.1.5](#), [2.2.1.6](#), [2.2.1.7](#), [2.2.1.8](#)

Superintendencia de Salud (2017a). Análisis de la Banda de Precios en el Sistema Isapre Proceso de Adecuación de Contratos. [4.5](#), [5](#)

Superintendencia de Salud (2017b). Resultados Financieros Provisionales del Sistema Isapre. (pp. 1–28). [4.6](#), [5](#)

Superintendencia de Salud (2017c). Sistemas de Financiamiento y Aseguramiento de Salud : Reformas y Alternativas para Chile . 1(1), 97. [3.1](#), [3.3.1](#)

