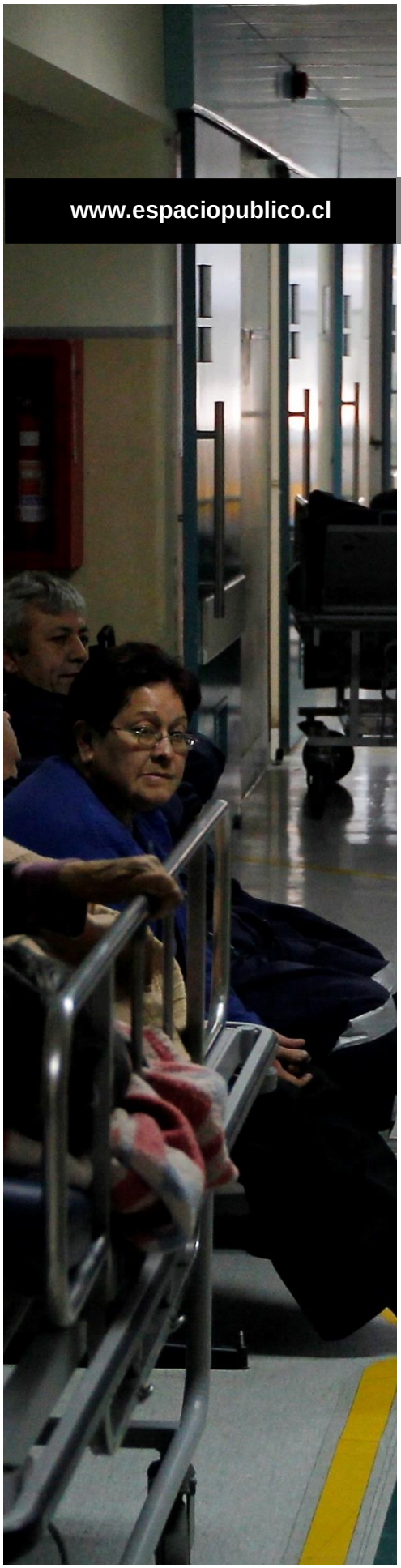


Créditos: Diario La Tercera.

ESPACIO PÚBLICO

13

www.espaciopublico.cl

DOCUMENTO DE REFERENCIA / JULIO 2013

Opciones de reforma a la seguridad social en salud en Chile

RICARDO BITRÁN

Ingeniero Civil Industrial de la Universidad de Chile. MBA en Finanzas y Ph.D en Economía de la Universidad de Boston. Presidente y socio fundador de Bitran y Asociados Ltda.

DAVID DEBROTT

Economista de la Universidad de Arte y Ciencias Sociales ARCIS. Consultor de Bitran y Asociados Ltda.

PAULA ARPÓN

Ingeniero Comercial de la Universidad Gabriela Mistral. Consultora de Bitran y Asociados Ltda.

Los Documentos de Referencia son trabajos que Espacio Público encarga a investigadores, académicos y expertos externos. Los documentos reflejan la visión de los autores y no necesariamente representan la opinión de Espacio Público.

ÍNDICE

1 Antecedentes 4

2 Objetivos del trabajo 8

3 Resultados 9

3.1 Escenario 1: Ley Larga de Isapres 9

3.2 Escenario 2: Fondo de compensación de riesgo entre Isapres y Fonasa 11

3.3 Escenario 3: Adopción de PGS en Fonasa e Isapres y de FCR inter-sistema más subsidio público a la prima de beneficiarios del Fonasa en Grupo D 12

3.4 Escenario 4: PGS universal con asegurador único público 13

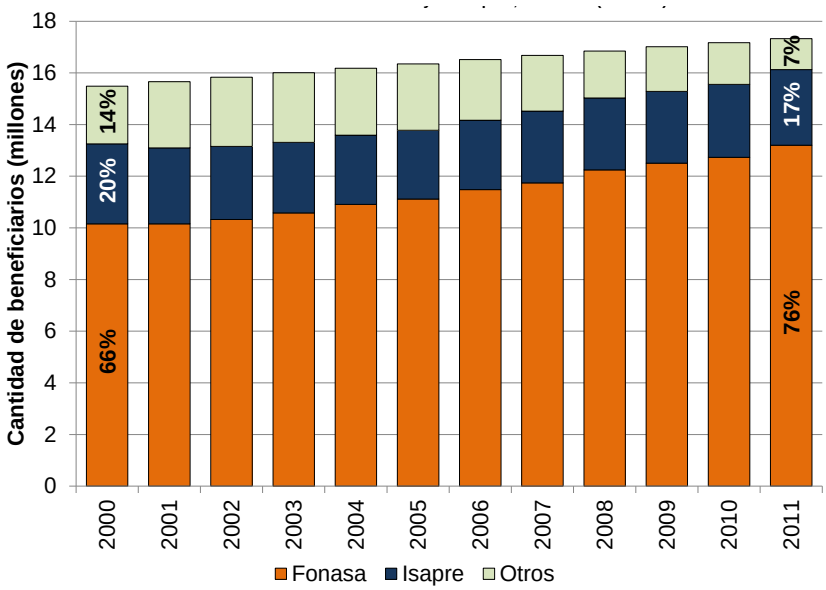
4 Conclusiones 16

1 Antecedentes

Chile posee un sistema de seguridad de salud segmentado. Lo integran un gran asegurador público, denominado Fonasa, que cubre al 80% de la población de ingresos predominantemente medios bajos y bajos, y varios aseguradores privados, denominados Isapres, que cubren a un 17% de la población, principalmente de ingresos medios y altos (Figura 1). El Fonasa es financiado en parte con una contribución obligatoria igual al 7% del ingreso del trabajador. Adicionalmente, el Estado le aporta subsidios para financiar enteramente la cobertura de los asegurados indigentes y sus familias, que representan al 40% de la cartera, y para suplementar los aportes de los asegurados contribuyentes y sus familias. Hace 10 años el aporte del Estado al Fonasa representaba el 52% de los ingresos de ese asegurador; en el 2011, ese porcentaje había aumentado al 61%. Las Isapres también se financian parcialmente con el 7% obligatorio. Además, recaudan primas voluntarias facultadas por la ley, que permiten a los asegurados optar a mejores coberturas. Se estima que, en promedio, las Isapres recaudan aportes obligatorios y voluntarios equivalentes a algo más del 10% de los ingresos de sus asegurados. La mayoría de las atenciones y del gasto del Fonasa ocurren en el sector de los prestadores públicos, aunque la llamada Modalidad de Libre Elección confiere un subsidio parcial para que los asegurados no indigentes obtengan atenciones en el sector privado. La casi totalidad de las atenciones y el gasto de las Isapres ocurren en el sector de los prestadores privados.

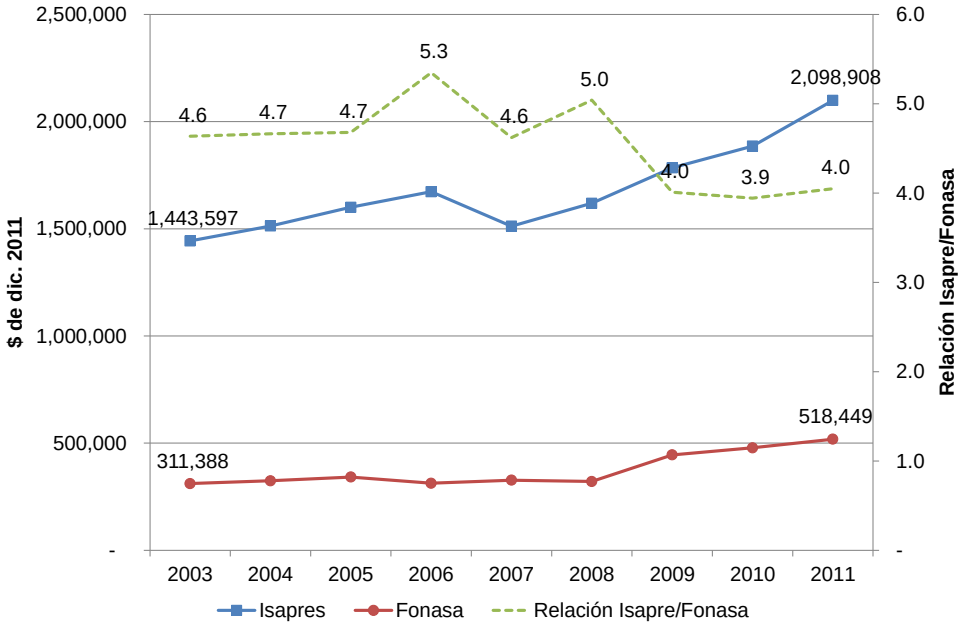
La renta promedio mensual real de los beneficiarios del Fonasa y las Isapres ha aumentado en forma casi sostenida en la última década, siendo el aumento porcentualmente mayor entre los beneficiarios del seguro público (Figura 2). Por otra parte, hace una década el gasto promedio por beneficiario del Fonasa en atenciones médicas y subsidios de incapacidad laboral (SIL) representaba un 40% del gasto por beneficiario de las Isapres. Diez años después, en el 2011, ese porcentaje había aumentado hasta alcanzar un 61% (Figura 3). La facultad de las Isapres para rechazar afiliados, junto con la obligatoriedad del Fonasa para aceptar afiliados, se ha traducido en una selección de riesgo desfavorable para el Fonasa, como se aprecia en la Figura 4.

Figura 1: Cantidad de beneficiarios del Fonasa y las Isapres y de personas en otros sistemas o sin seguro de salud, 200-11 (millones)



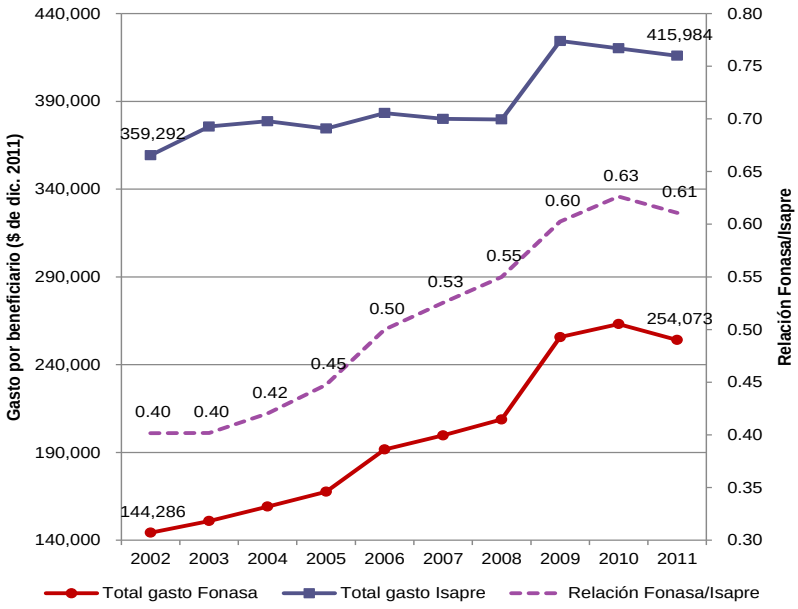
Fuente: www.supersalud.cl, www.Fonasa.cl.

Figura 2: Renta mensual promedio estimada de cotizantes Fonasa e Isapres, 2003-11 ($ dic 2011)



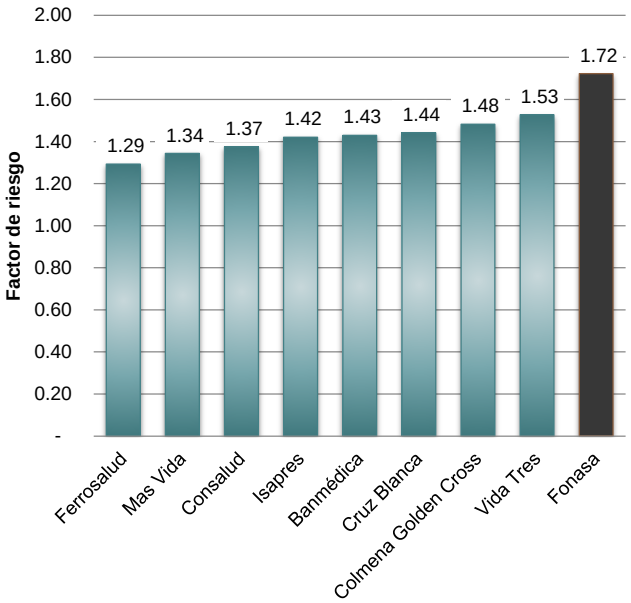
Fuente: www.supersalud.cl, www.Fonasa.cl

Figura 3: Gasto real anual por beneficiario en Fonasa e Isapres, 2002-11 ($ de dic 2011)



Fuente: www.supersalud.cl, www.Fonasa.cl

Figura 4: Gasto riesgo actuarial Fonasa e Isapres, basado en tablas de riesgo de Isapres, 2011



Fuente: www.superdesalud.cl, www.Fonasa.cl, Minsal (2010) Hacia un presupuesto poblacional que reemplace el presupuesto histórico en el sistema nacional de servicios de salud; Piñera S., Mañalich J., Fontaine J., Larrain F. (2011). Introduce criterios de razonabilidad y solidaridad en lo que respecta a las tablas de factores y a la determinación del precio base de los contratos de salud. Proyecto de Ley , Boletín N° 7539-11.

Los beneficiarios del Fonasa tienen una peor auto-percepción de su estado de salud que los de Isapre. Al interior del Fonasa, dicha percepción es peor mientras menores sean los ingresos medios del grupo de beneficiarios. Además, la incidencia de problemas de salud es mayor en Fonasa que en Isapres; en Fonasa, es mayor en los grupos de ingresos más pobres.

Los desafíos de política que impone el manejo de un sistema segmentado se acrecientan debido al aumento sostenido que han experimentado los precios de las prestaciones de salud. Este fenómeno lo han enfrentado el Fonasa y las Isapres, pero ha sido más elevado en estas últimas (Tabla 1).

Tabla 1: Variación nominal de precios públicos y privados entre 2009 y 2012

	Variación Prestaciones no aranceladas*	Variación prestaciones aranceladas*
Variación precios públicos	+15%	+12%
Variación precios privados	+38%	+27%

Fuente: Ministerio de Salud (2009 y 2012). Estudios de Verificación del Costo Esperado GES.

*Son aranceladas aquellas prestaciones de salud que están incluidas en el listado de precios de Fonasa, denominado Arancel Fonasa Modalidad de Atención Institucional. Las prestaciones no aranceladas son las excluidas de ese listado y comprenden los medicamentos, órtesis y prótesis, y diversos insumos médicos.

La segmentación del sistema de seguridad social en salud ha sido objeto de críticas y ha motivado diversas propuestas de reformas en las últimas dos décadas. Además, dos problemas adicionales complican el desempeño del mercado de las Isapres. Uno de ellos es el estado de los pacientes con enfermedades crónicas que, por su condición, no pueden cambiarse de Isapre porque otras podrían no aceptarlos o porque las primas que les cobrarían serían demasiado elevadas. A este fenómeno se le denominado el problema de los “cautivos”. Otra problemática más reciente surgida en el sector de las Isapres también ha exacerbado la necesidad de una reforma al sistema. En efecto, desde su creación, las Isapres disponen de un sistema diferenciado de primas basado en la edad y el sexo de los asegurados. Sin embargo, en los últimos tres años, una cantidad creciente de asegurados de las Isapres ha interpuesto recursos de protección en los tribunales de justicia, solicitando dejar sin efecto los aumentos de la prima asociados a la edad. El Tribunal Constitucional y la Corte Suprema han declarado que dichos aumentos son inconstitucionales, situación que también ha motivado nuevas propuestas de reforma.

2 Objetivos del trabajo

Para informar el debate sobre las soluciones a los problemas descritos, el objetivo de este trabajo fue evaluar los siguientes cuatro escenarios de reforma:

1. Aprobar la llamada Ley Larga de Isapres, con Plan Garantizado de Salud (PGS) y Fondo de Compensación de Riesgos (FCR) inter-Isapres. Un proyecto de ley de estas características es actualmente objeto de debate en el Parlamento.
2. Aprobar una Ley Larga de Isapres y la creación de un único FCR inter-sistema (Fonasa e Isapres), pero manteniendo el PGS en las Isapres.
3. Adoptar un PGS en Fonasa e Isapres y un FCR inter-sistema, como en el escenario 2, y además establecer un subsidio a la demanda para los sectores medios, manteniendo en Fonasa al Grupo A.
4. Crear un seguro público universal único para toda la población, con PGS y componente de libre elección para atención ambulatoria, financiado con una cotización del 7% del sueldo con tope de renta inferior a las actuales 60 UF.

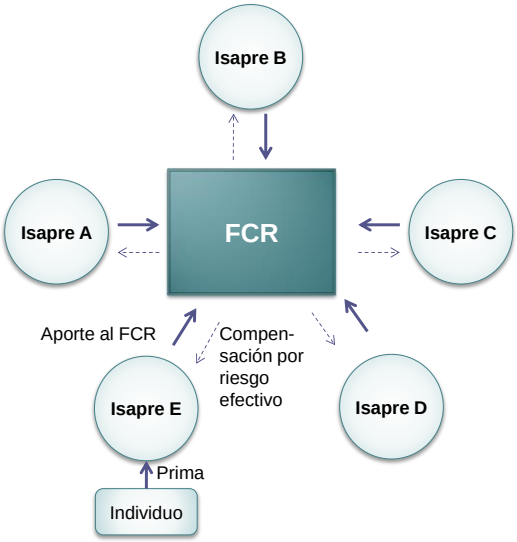
A continuación se presentan los principales resultados de la evaluación.

3 Resultados

3.1 Escenario 1: Ley Larga de Isapres

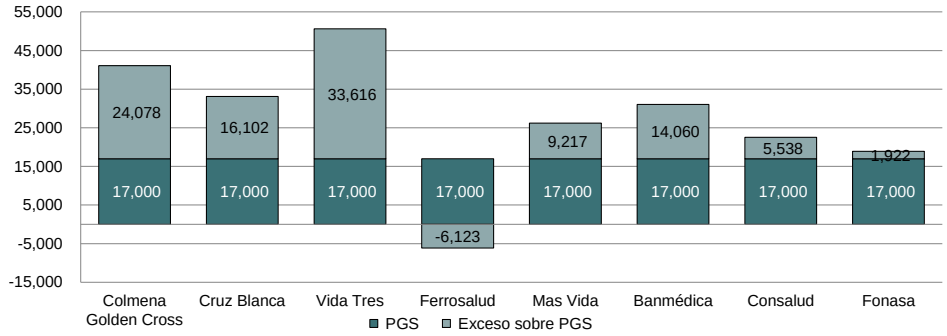
Los siguientes son los principales elementos de esta ley: (1) Adopción de un PGS cuyo costo mensual por beneficiario en atenciones de salud se estima en $17.000; (2) mantención del 7% de cotización obligatoria, de la cual un 5,5% se asigna a atenciones de salud ($17.000) y un 1,5% al SIL; (3) creación de un FCR cuya metodología de compensación sería inicialmente basada en edad y sexo de los beneficiarios (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**); y (4) prohibición para las Isapres de rechazar postulantes provenientes de otra Isapre.

Figura 5: Fondo de compensación de riesgo



Como se aprecia en la Figura 5n , el gasto promedio por beneficiario de las Isapres varía de manera importante. Vida Tres es la Isapre con mayor gasto promedio, igual a aproximadamente $50.000 por mes. Un PGS de $17.000 representación aproximadamente un tercio del ese valor. En la Isapre Consalud, en cambio, dicho PGS representaría casi un 90% de su gasto promedio mensual por beneficiario. Estas diferencias se deben a que las distintas Isapres están orientadas a distintos nichos del mercado.

Figura 6: Relación entre el costo de un PGS de $17.000 por mes en atenciones de salud y el actual gasto mensual de Isapres y el Fonasa por beneficiario.



Fuente: www.superdesalud.cl, www.Fonasa.cl

Sin considerar posibles movimientos de beneficiarios entre Isapres, o entre aquellas y el Fonasa, se simuló los flujos de compensación inter-Isapres debido a las diferencias entre estas como resultado de sus distintas composiciones demográficas. Los flujos de compensación fueron calculados sobre la base de una tabla de riesgos promedio de las Isapres. Dicha tabla contiene en sus varias filas los grupos de edad y en sus dos columnas el sexo del beneficiario. En las celdas contiene el riesgo actuarial relativo del grupo edad-sexo respectivo.

Los resultados de esta simulación revelan que tres Isapres (Masvida, Consalud y Ferrosalud) tendrían que hacer aportes netos al FCR por tener cartera con menor siniestralidad, mientras que otras tres Isapres (Colmena GC, Cruz Blanca y Vida Tres) recibirían aportes netos del FCR. Los aportes netos que tendría que hacer Masvida al FCR serían cuatro veces mayores que su resultado operacional del año 2011. Los aportes netos que tendría que hacer Consalud al FCR serían equivalentes a un tercio de sus resultados operacionales de ese año.

Durante el debate de la Ley Larga, la Asociación de Isapres argumentó que una tarifa plana por individuo igual, por ejemplo, a $17.000 por mes, llevaría a que las familias más numerosas no dispusieran de suficientes recursos previsionales para financiar el PGS. Como solución, esa institución propuso la adopción de una tarifa diferenciada, decreciente según la cantidad de miembros del grupo familiar. Sostuvo que con un PGS de valor mensual $17.000, un total de 293 mil beneficiarios de Isapre migrarían al Fonasa. Con un PGS de $22 mil, más de medio millón de beneficiarios lo haría. La Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda también estimó la magnitud de esa migración.

Concluyó que si el 10% de los beneficiarios de Isapre cuya prima bajo el nuevo régimen de prima comunitaria única excedería aquella del régimen antiguo, 140 mil beneficiarios de Isapres migrarían al Fonasa y ello tendría como impacto fiscal un costo de entre $8 mil y $10 mil millones, producto de la necesidad de Fonasa de complementar el aporte de esos beneficiarios (por ejemplo, de $17.000) para alcanzar el gasto promedio del Fonasa en los actuales beneficiarios de su Grupo D, que es de $22.000 al mes. Los resultados de un modelo de migración estimado econométricamente por estos autores sugieren que, de los casi 660.000 beneficiarios de Isapres cuyo aporte al nuevo sistema excedería el aporte actual, sólo un 14% migraría al Fonasa mientras que el 86% restante permanecería en Isapres pagando, en promedio, un 44% más que en la actualidad.

Tabla 2: Escenario 1: Consecuencias de la aprobación de la Ley Larga de Isapres (millones de $ corrientes y $)*

Previsión	Gasto (MM$)	Ingreso por cotizaciones (MM$)	Diferencia (MM$)	Ingreso por cotizaciones 2011 (MM$)	Gasto administración y venta (AyV) (MM$)	SIL anual (MM$)	Ingreso por cotizaciones $ 2011 - AyV- SIL (MM$)	Resultado operacional 2011 (MM$)	Aporte hecho al fondo (MM$)	Aporte recibido del fondo (MM$)	Ingreso 2011 - AyV - SIL / ben anual ($)	Ingreso 2011 - AyV- SIL / ben mensual ($)	PGS ($)	Exceso sobre PGS ($)
Colmena Golden Cross	98,724	94,573	-4,150	295,902	30,760	36,620	228,522	17,634	0	4,150	492,936	41,078	17,000	24,078
Cruz Blanca	117,410	115,662	-1,748	309,824	38,877	45,736	225,211	13,767	0	1,748	397,218	33,102	17,000	16,102
Vida Tres	30,028	27,921	-2,107	102,632	8,983	10,516	83,133	4,350	0	2,107	607,394	50,616	17,000	33,616
Ferrosalud	3,183	3,497	315	4,648	1,437	973	2,238	73	315	0	130,525	10,877	17,000	-6,123
Mas Vida	75,757	80,092	4,334	186,754	25,698	37,540	123,516	1,032	4,334	0	314,604	26,217	17,000	9,217
Banmédica	123,486	122,673	-813	309,344	38,174	47,042	224,128	7,581	0	813	372,717	31,060	17,000	14,060
Consalud	126,345	130,514	4,170	248,798	32,989	42,775	173,033	13,331	4,170	0	270,459	22,538	17,000	5,538
Fonasa											227,060	18,922	17,000	1,922

* La simulación se ha hecho sobre la base de los datos financieros y de beneficiarios de las Isapres en el año 2011.

3.2 Escenario 2: Fondo de compensación de riesgo entre Isapres y Fonasa

La estructura demográfica de la cartera del Fonasa es actuarialmente más riesgosa que la de las Isapres. Si las Isapres adoptasen un PGS de $17.000, recaudando ese monto por asegurado, y participasen en un sistema de compensación de riesgo con el Fonasa, todas ellas terminarían haciendo una compensación neta al asegurador público, como se muestra

en la siguiente tabla. La suma de los aportes netos que pagarían en forma de compensación las Isapres al Fonasa sería casi iguales a la totalidad de las utilidades anuales de las Isapres del año 2011. Algunas Isapres terminarían haciendo pérdidas sustanciales.

Tabla 3: Escenario 2: Flujos de compensación entre Fonasa e Isapres (con tabla de factores de Isapres)

	Gasto		Ingreso ($17.000xN)		Diferencia			
Isapres (MM$)	Privado (Isapres abiertas)	Público (Fonasa)	Privado (Isapres abiertas)	Público (Fonasa)	Privado (Isapres abiertas)	Público (Fonasa)	Resultados operacionales 2011 Isapres	Resultados operacionales 2011 Isapres - aporte
Colmena Golden Cross	87,510	-	94,573	-	7,063	-	17,634	10,571
Cruz Blanca	104,554	-	115,662	-	11,108	-	13,767	2,659
Vida Tres	26,613	-	27,921	-	1,308	-	4,350	3,042
Ferrosalud	2,800	-	3,497	-	697	-	73	-624
Mas Vida	66,788	-	80,092	-	13,304	-	1,032	-12,272
Banmédica	110,140	-	122,673	-	12,532	-	7,581	-4,951
Consalud	113,951	-	130,514	-	16,563	-	13,331	-3,233
Total	512,357	2,729,192	574,932	2,666,617	62,575	-62,575	57,768	

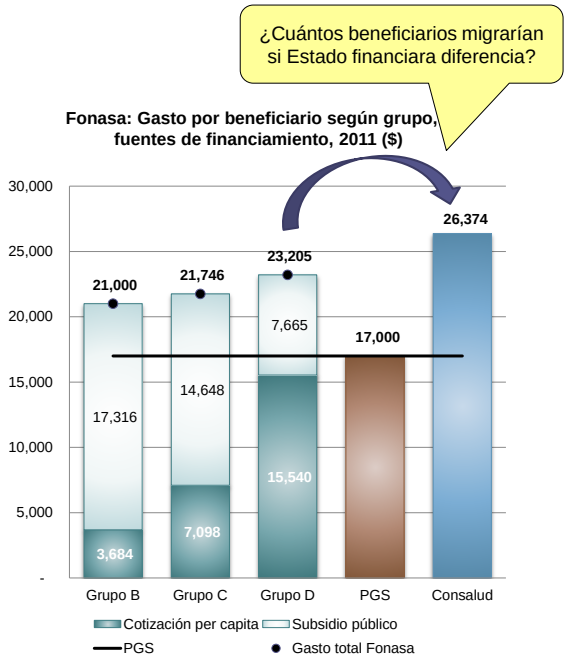
3.3 Escenario 3: Adopción de PGS en Fonasa e Isapres y de FCR inter-sistema más subsidio público a la prima de beneficiarios del Fonasa en Grupo D

Los beneficiarios del Fonasa en los grupos B, C y D ya gastan más al mes que el valor de un PGS de $17.000. La simulación realizada en esta parte del trabajo contempló que los beneficiarios de Grupo D recibirían un subsidio público adicional mensual de $3.000 por persona para poder optar a migrar a una Isapre. Puesto que en el año 2011 la Isapre con menor gasto promedio por beneficiario era Consalud, se tomó a esa Isapre como el referente hacia la cual podría ocurrir dicha migración.

Los resultados del mismo modelo econométrico descrito en el escenario 1 fueron utilizados para estimar la magnitud de la migración. Se obtiene que el 30% de beneficiarios del Grupo D del Fonasa migraría hacia Consalud. El costo fiscal anual

asociado a financiar el subsidio a la demanda de $3.000 sería $2.700 millones y haría crecer en 1,8% el aporte fiscal al Fonasa. La migración sería lógicamente mayor cuanto mayor fuese el subsidio y si este se hiciera extensivo también a beneficiarios de Grupos B y C.

Figura 7: Potencial migración de beneficiarios del Fonasa Grupo D a las Isapres



3.4 Escenario 4: PGS universal con asegurador único público

En este escenario su supuso la desaparición de las Isapres como aseguradores privados de la seguridad social en salud que manejan el aporte obligatorio. En su lugar habría un único gran fondo asegurador que manejaría los aportes de todos los asegurados (quienes hoy están en el Fonasa y en las Isapres).

Actualmente el 7% de aporte obligatorio para la salud tiene un tope de renta mensual de 60 unidades de fomento (aproximadamente $1.400.000). Esta simulación buscó responder la siguiente pregunta: ¿Cuánto menor debiera ser el tope de la contribución a salud para lograr simultáneamente (1) financiar un PGS de $17.000 para los beneficiarios del Fonasa en los grupos B, C y D y para los beneficiarios de Isapre; y (2) duplicar el gasto en

Modalidad de Libre Elección por beneficiario del Fonasa? Se supuso que los beneficiarios indigentes del Fonasa (Grupo A) continuarían siendo totalmente financiados con aporte fiscal.

Tabla 4: Beneficiarios y gasto promedio en el Fonasa, según grupo, 2011

Cantidad de beneficiarios en año 2011		**Gasto mensual prestaciones de salud por beneficiario ($)**	**Gasto mensual prestaciones de salud por beneficiario ($)**	**Fuente**
Grupo A	3,896,333	12,087	12,087	Calculado
Grupo B	4,101,041	21,000[c]	21,883	(a)
Grupo C	2,234,282	21,746		
Grupo D	2,971,097	23,205		
Total	13,202,753	18,992	18,992	(b)

(a) DIPRES (2011) Informe Financiero. Proyecto de Ley que Modifica el Sistema Privado de Salud Incorporando un Plan Garantizado de Salud. Mensaje N° 416-359.

(b) Fonasa.

(c) Estimado.

Como se aprecia en la Tabla 4, el gasto del Fonasa por beneficiario indigente es bien inferior al gasto por beneficiario contribuyente. Al mismo tiempo, son similares los gastos promedio en los grupos B, C y D. Como se muestra en la siguiente tabla, en este escenario, se requeriría un monto mensual igual a MM$ 309.922. Un aporte de 7%, con un tope de 45 UF de sueldo mensual, con 1,5% destinado a financiar el SIL, bastaría para financiar este escenario. La recaudación mensual correspondiente sería de MM$ 311.070 (monto casi idéntico al costo total de la Tabla 5). Los aportantes netos (los que antes estaban en Isapres) recibirían de vuelta, en forma de rembolso, sólo una proporción de su aporte. Habría un subsidio cruzado al interior del nuevo gran fondo.

Tabla 5: Escenario 3: Estimación del gasto asociado a un PGS de $17.000 en Fonasa y las Isapres

Previsión	Población	PGS ($)	Gasto en PGS mensual (MM$)	Total gasto en PGS anual (MM$)	Gasto MLE por beneficiario mensual ($)	Se duplica gasto MLE por beneficiario mensual ($)	Gasto en MLE (MM$)	Total gasto (MM$)
Fonasa A	3,896,333	17,000	66,238	794,852	0	0	0	-
Fonasa B, C y D	9,306,420	17,000	158,209	1,898,510	4,168	8,336	77,580	235,789
Isapre	2,925,973	17,000	49,742	596,898	4,168	8,336	24,392	74,133
Total Fonasa B, C, D + Isapre	12,232,393	17,000	207,951	2,495,408			101,972	309,922

4 Conclusiones

La adopción de la Ley Larga de Isapres (Escenario 1) resolvería el problema de Isapres. Pocas personas migrarían del sector Isapre al Fonasa. Con el tiempo, el crecimiento del plan de beneficios GES iría disminuyendo las brechas de acceso entre Fonasa e Isapres.

La creación de un FCR inter-sistema (Escenario 2) probablemente terminaría con las Isapres como se las conoce. Fonasa recibiría una compensación semejante a la totalidad de la utilidad del sistema Isapres.

La adopción de un subsidio público a la demanda para los beneficiarios del Fonasa podría resultar en migración masiva de beneficiarios desde el Fonasa hacia las Isapres y un consecuente alto costo fiscal.

La creación de un único fondo asegurador podría ser solventada con un aporte obligatorio del 7% con tope mensual de 45 UF (aproximadamente $1.030.000) para financiar una duplicación de los beneficios de libre elección y un PGS de $17.000. Además, habría subsidios cruzados progresivos al interior de este fondo.