

# Los Riesgos de la Nueva Reforma al Sistema de ISAPRE

**El proyecto que reforma el sistema privado de salud introduciendo un Plan Garantizado de Salud (PGS) propone un sistema que no resolvería los problemas actuales y, a su vez, produciría otros que van a terminar haciendo imposible el acceso a la salud privada para la clase media. La implementación generará tensiones sociales, ya que implicará que un 60% de los afiliados va a tener que pagar un plan más alto que el que tiene actualmente y además se espera una importante fuga al sistema de salud público ya sobrecargado.**

En esta edición:

Los Riesgos de la Nueva  
Reforma al Sistema de  
ISAPRE

Índice de Victimización Paz  
Ciudadana: Necesidad de  
Redoblar el Esfuerzo

En diciembre de 2011, el Gobierno presentó en la Cámara de Diputados un proyecto de ley que modifica el sistema privado de salud introduciendo un plan garantizado. De aprobarse este proyecto, se excluiría aún más a la clase media de la atención privada de salud. De continuar esta tendencia, volveríamos a una situación similar a la que había en Chile antes de la introducción de las ISAPREs en 1981, en la que sólo las familias de altos ingresos podían acceder a servicios privados de salud, mientras la mayor parte de la población se atendía en un sistema público de menor calidad.

## El proyecto

El esquema propuesto, denominado Plan Garantizado de Salud (PGS), introduciría un plan de salud que sería definido por la autoridad y las ISAPREs estarían obligadas a ofrecer. En principio, este plan sería una ampliación de las actuales Garantías Explícitas en Salud (GES).

Las ISAPREs podrán fijar el precio del PGS que ofrecen, pero éste deberá ser el mismo para todos sus afiliados, sin hacer distinción por sexo, edad o condición de salud. Tampoco se podrá rechazar a un afiliado que provenga de otra ISAPRE, pero sí a los de FONASA. Para evitar la selección de riesgos, es decir, que las ISAPREs intenten atraer sólo a personas de bajo costo esperado de salud (jóvenes sanos), se contempla un fondo "solidario" de compensación de riesgos. Este fondo

compensaría la diferencia entre el costo esperado de un afiliado y el valor del PGS. De esta forma, la ISAPRE le pagaría al fondo por los afiliados de bajo costo esperado (joven sano) y el fondo le pagaría a la ISAPRE por los afiliados de alto costo esperado (personas mayores, enfermos crónicos). La idea es que para la ISAPRE todos los afiliados sean igualmente atractivos como clientes.

Adicionalmente, las ISAPREs podrán vender cobertura adicional al PGS. El Ministerio de Salud fijaría los requisitos y condiciones mínimas que deberán cumplir los “Beneficios Complementarios”, así como sus condiciones de comercialización.

El proyecto contempla la introducción de índices referenciales de los costos de la salud y de los subsidios por incapacidad laboral para ajustar los precios de los planes.

## La experiencia de Holanda

Esta sería una versión chilena del llamado sistema holandés de salud. El uso de un fondo compensatorio de riesgos fue introducido en Holanda en 1993 y se le han ido haciendo diversas modificaciones a lo largo del tiempo. Curiosamente, la situación de Holanda era justo la contraria a la que enfrenta Chile hoy en día. Las reformas que empezaron en los años 90 han tenido como norte ir dándole una participación cada vez mayor al sector privado en la provisión de seguros de salud y más libertad de elección a los consumidores, partiendo de un sistema que era principalmente estatal.

En un trabajo reciente, Schut y Van de Ven (2011)<sup>1</sup> hacen una evaluación del sistema de salud holandés. Ellos enfatizan que este no se trata de un sistema consolidado, sino más bien de “trabajo en progreso”. Los autores destacan que el sistema de compensaciones no evita la selección. Es decir, las aseguradoras pueden determinar mejor que el esquema de compensaciones los costos esperados por afiliado. Esto, a pesar de que en el caso holandés este es bastante más sofisticado que el usado en otros países con sistemas similares, como es el caso de Suiza que sólo distingue por sexo y edad. Además, como existen compensaciones ex-post de los riesgos, se pierde el incentivo a controlar costos.

En otra evaluación del sistema holandés, Rosenau y Lako (2008)<sup>2</sup> concluyen que este no es efectivo controlando costos. Observan que los precios de los seguros han ido aumentando mientras las aseguradoras reportaban pérdidas. Además, la satisfacción de los usuarios es baja. Los autores esperan que el experimento holandés siga teniendo ajustes en el futuro ya que no se trataría de un sistema consolidado. Por último, Rosenau y Lako creen que sería demasiado arriesgado para Estados Unidos adoptar un sistema de salud como el que existe en Holanda y

recomiendan buscar alternativas más innovadoras. Se preguntan cómo un sistema que ha tenido un desempeño más bien pobre en un país tan auspicioso como Holanda podría funcionar bien en otro con mayores problemas en materia de salud.

## El caso de Chile

Evidentemente, la realidad de Chile en materia de salud, y en muchas otras por cierto, es bastante distinta a la de Holanda. En Chile, los proveedores de salud son tremendamente heterogéneos, a diferencia de Holanda donde todos los prestadores tienen una calidad similar. Los proveedores privados entregan servicios de mayor calidad que los hospitales públicos, los cuales en muchos casos presentan serios problemas de gestión. Además, las ISAPREs ya conforman un sistema privado de seguros de salud consolidado.

A pesar de que el sistema de ISAPRE ha funcionado bien y ha permitido a sectores de clase media acceder a servicios de salud privados de mayor calidad, la existencia de aspectos a mejorar, junto con el fallo del Tribunal Constitucional en contra de las actuales tablas de factores, generaron la necesidad de una reforma.

Los principales problemas que presenta el sistema actual son: (i) Los precios de los planes tienen diferencias entre grupos de riesgo que son consideradas demasiado grandes; y (ii) Las personas con enfermedades crónicas no son clientes atractivos para las ISAPREs así que estos quedan cautivos en la ISAPRE donde enfermaron, o si estaban en FONASA no van a ser recibidos en el sistema privado. Sin embargo, en términos generales, el proyecto actual no resuelve ninguno de estos problemas e introduce varios que son muy serios.

A pesar que el plan básico va a tener un precio único para todos los usuarios y no va ser posible rechazar a afiliados provenientes de otras ISAPREs, esto no es cierto para los seguros complementarios que sí van a tener precios distintos según el grupo de riesgo y van a poder rechazar afiliados que los soliciten. Se estima que el valor del PGS esté entre los \$ 15.000 y \$ 20.000. Si bien en la actualidad las ISAPREs ofrecen planes por a precios similares, también existen muchos planes que superan en varias veces a este valor por afiliado. Es decir, hay un amplio espacio para el desarrollo de un mercado de Beneficios Complementarios, que va a operar de manera similar a lo que existe actualmente. Incluso para el mismo PGS, como las ISAPREs van a poder predecir mejor los riesgos que cualquier mecanismo de compensación de riesgos que se intente implementar, va a seguir existiendo fuertes incentivos para seleccionar a los clientes menos riesgosos.

Al cobrar una misma prima a todos los afiliados, se van a producir importantes subsidios cruzados ex-ante. El grupo más perjudicado sería el de los jóvenes de menores ingresos dentro del sistema de ISAPRE, para beneficiar principalmente a personas mayores de altos ingresos. En este sentido, es dudoso el término “solidaridad” empleado en el proyecto para caracterizar este sistema. De hecho, se estima que cerca del 60% de los actuales afiliados va a tener que pagar más por el mismo plan que tiene actualmente. Es esperable que varios de estos usuarios migren hacia FONASA para evitar los mayores pagos, elevando así el riesgo promedio del sistema privado. En efecto, la Asociación de ISAPREs estima que estas personas alcanzarían las 500.000 y la Dirección de Presupuestos, afirma que éstas incluso podrían llegar a 1.200.000 de afiliados. ¿Es eso lo que quiere el Gobierno? ¿Qué cerca de un millón de personas dejen de tener acceso a un seguro privado para emigrar a uno estatal?

Esta reforma no beneficia de ninguna manera al 85% de personas que está fuera del sistema ISAPRE actualmente. Los usuarios provenientes de FONASA que encuentren atractivo el PGS sí podrán ser rechazados por las ISAPREs. Incluso, es posible que el movimiento de afiliados hacia FONASA termine saturando el precario sistema público de salud actual, perjudicando así a sus actuales usuarios. Es decir, este proyecto perjudicaría en el corto plazo, o al menos no beneficiaría de ninguna manera, a cerca del 94% de la población.

El proyecto tampoco terminaría con la actual judicialización del sistema. Es esperable que los usuarios a los que les suban las primas por su mismo plan, y que son la mayoría de los afiliados de ISAPRE, presenten recursos de protección. Además, el nuevo sistema generaría una nueva situación de discriminación arbitraria, ya que las ISAPREs no podrán rechazar a afiliados provenientes de otra ISAPRE, pero sí a personas provenientes de FONASA, a pesar de tener ambos riesgos idénticos. Es esperable que estos casos terminen con recursos de protección en las Cortes de Apelación. La discriminación arbitraria y la limitación de poder elegir el sistema de salud en donde se desee ser atendido, podría crear un nuevo conflicto constitucional que, como en el caso de las tablas de factores, nos llevarían, una vez más, a la necesidad de replantear el sistema de salud por la vía judicial.

El control de costos es uno de los temas esenciales que se debe abordar el diseño de un sistema de salud y que el proyecto actual no contempla en forma adecuada. El PGS sería diseñado por la autoridad, perdiéndose así la capacidad de contener costos mediante el diseño creativo y dinámico de planes que se deriva de la competencia y la flexibilidad. Inevitablemente, las presiones políticas van a hacer que el PGS vaya teniendo una cobertura cada vez más amplia y generosa, como ha pasado con el AUGE/GES. Esto va a significar un aumento incontenible en los costos del

sistema, haciendo inaccesible la salud privada para la clase media. A esto se suman las compensaciones ex-post por parte del fondo de compensación y los ajustes de precios sobre la base de los aumentos de costos en salud (IPC de la salud) que introducen fuertes desincentivos tanto a las aseguradoras como a los proveedores de salud para controlar los costos del sistema.

Por último, el proyecto no toma en cuenta la menor disponibilidad de especialistas médicos y prestadores de salud privados fuera de la Región Metropolitana. Los PGS que se ofrezcan en una red cerrada de salud no serían una opción para las personas que viven en lugares en que esta red no tenga presencia. Se obligaría a las ISAPREs a vender el plan a un mismo precio a las personas que viven en lugares donde la disponibilidad y los costos de la salud sean muy distintos a los de la Región Metropolitana. En la práctica, esto dejaría a la mayoría de las personas en regiones fuera del público objetivo para las ISAPREs.

## Conclusión

El proyecto que reforma el sistema privado de salud introduciendo un PGS propone un sistema que no resolvería los problemas actuales del sistema ISAPRE y, a su vez, produciría una serie de nuevos problemas que van a terminar haciendo imposible el acceso a la salud privada para la clase media. Para introducir una mal llamada “solidaridad” el sistema propuesto perjudicaría al 60% de los actuales usuarios de ISAPRE y, posiblemente, a muchos usuarios del sistema público al verse este saturado por las personas que emigren del sistema privado.

Este sistema es especialmente débil en el control de costos al ser el PGS diseñado por la autoridad, que no tiene los incentivos ni la capacidad del sector privado para dar soluciones creativas a este tipo de problemas complejos. La presión política va a hacer que el PGS vaya siendo cada vez más generoso y costoso de financiar, limitando cada vez más las opciones de la clase media para acceder a servicios de salud privados.

## En breve...

### 8 CONSECUENCIAS QUE TENDRÍA LA APLICACIÓN DE UN PGS:

- Cerca del 60% de los afiliados va a tener que pagar más por el mismo plan que tiene actualmente.
- No terminará con la judicialización del sistema de salud. Por el contrario, es esperable que muchos casos de alzas sin mejoras en los planes terminen en Tribunales.
- Las ISAPREs podrán rechazar a personas provenientes de FONASA que encuentren atractivo contratar un PGS, pero no a afiliados con iguales condiciones de salud que provengan de otra ISAPRE. Es esperable que estos casos de discriminación también terminen judicializándose.
- No beneficia de ninguna manera al 85% de las personas que está fuera del sistema ISAPRE y perjudica a la mayoría de sus actuales afiliados.
- Varios de los afiliados de menor riesgo van a migrar a FONASA, aumentando el riesgo promedio del sistema privado y, en consecuencia, los precios del PGS.
- El nuevo sistema perjudica a jóvenes de ingresos medios para beneficiar a personas mayores de ingresos altos. Es un concepto cuestionable de solidaridad.
- El PGS sería diseñado por la autoridad, perdiéndose así la capacidad de contener costos mediante el diseño creativo y dinámico de planes que se deriva de la competencia y la flexibilidad.
- Inevitablemente, las presiones políticas van a hacer que el PGS vaya teniendo una cobertura cada vez más amplia, lo que significaría un aumento incontenible en los costos del sistema, haciendo inaccesible la salud privada para la clase media.

---

<sup>1</sup> Shut, Frederik y Van de Ven, Wynand. "Effects of Purchaser Competition in the Dutch Health System: Is the Glass Half Full or Half Empty?" *Health Economics, Policy and Law*, 6, 109-123, 2011.

<sup>2</sup> Rosenau, Pauline y Lako, Christiaan. "Competition and Individual Mandates for Universal Health Care: The New Dutch Health Insurance System." *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 33, 6, 1031-1055, 2008.