



*Propuestas de regulación al problema de los precios, planes
y cautivos en Isapres y su Relación con el Fondo de
compensación solidario
Informe Final*

Departamento de Estudios y Desarrollo

Octubre de 2009

Resumen

La Superintendencia encargó una consultoría para apoyar el estudio de un nuevo marco regulatorio que incorporara el problema de regulación de precios y planes, los ajustes de la fórmula de riesgo del Fondo de compensación solidario, junto con analizar opciones para el desarrollo de un Fondo mejorado. Los consultores, fundadamente, entendieron que estos objetivos daban cuenta de la problemática general del aseguramiento de la salud en Chile. De esta forma, el estudio diagnosticó que la base del sistema creado en 1981 se resumía bajo el concepto "opt-out", en que los ciudadanos tienen la opción de elegir aseguradora y al optar por Isapre, salen del "pool" de riesgos conjuntos de toda la sociedad para entrar en un "pool" de cada seguro. Este diagnóstico consideró, además, que los problemas de cautividad, tienen su base en la selección de riesgos, la que a su vez requiere una respuesta regulatoria efectiva para proteger a los consumidores y mejorar el bienestar social. En este contexto, para los consultores, la cuestión de la fijación de precios es la consecuencia y no la causa que limita la capacidad de elección. Los diferenciales de precios surgen de la tarificación en función del riesgo. En este sentido, si se atenúa la selección mediante un fondo solidario y una prima comunitaria, el problema de precios se diluye.

Del informe se desprende que habría dos posibilidades para promover mayor solidaridad en el sistema de salud en Chile: una en que la solidaridad se define para toda la población chilena (un sólo pool), u otra en que se define según la elección pública o privada (dos pool). Lo que correspondería a una sociedad avanzada es garantizar la equidad en el acceso a nivel poblacional. Con la experiencia de países como Holanda y Alemania como antecedente, se recomienda un fondo de compensación solidario único, que se compondría con el 7% de cotizaciones legales obligatorias y se repartiría según población afiliada ajustando según riesgo al conjunto de seguros (público y privados). Esta prima cubriría parte del total del gasto. La elección de Isapre implicaría asumir privadamente la otra parte de la prima total, mediante una prima comunitaria voluntaria por isapre, todo por una cartera de prestaciones y cobertura financiera equivalente en todo el sistema de salud. Al optar por Fonasa, tal prima voluntaria no existiría, y supondría que los subsidios estatales son los que financian la parte adicional. Esto quiere decir, que los que eligen isapre dejan de utilizar el "voucher" del subsidio estatal y este es el "costo de oportunidad" de su elección junto con la prima que deben pagar. Este esquema mantiene la posibilidad de elección pública o privada que establece la constitución, mantiene el contrato privado de seguro en las Isapres, aunque con unas condiciones de cobertura y precio homogéneas para todos los afiliados. Además, los aportes se establecen según renta y la asignación de recursos se establece según necesidad, según el riesgo de padecer determinada

enfermedad. Por otro lado, en este entorno de acceso obligatorio no hay períodos de carencia o preexistencias que puedan condicionar el acceso. La obligatoriedad de aceptación se transforma en “portabilidad” efectiva.

Respecto de los copagos equivalentes, habría un tope anual acumulado según renta junto con algunos servicios preventivos y de atención urgente que podrían quedar liberados. Otros dos detalles importantes a considerar son: que la afiliación a Isapres debería ser sólo individual y que el SIL queda fuera de la oferta de servicios del fondo.

El informe completo cuenta con un informe principal titulado “Propuestas de regulación al problema de los precios, planes, cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario” que a su vez incluye 3 Anexos, estos son: “El nuevo modelo Asegurador Holandés”, “Opciones de reforma en el ajuste de riesgo en el seguro de salud chileno” y “Revisión de cuestiones seleccionadas de la Ley de isapres”: Además se incorporan 3 Apéndices, a saber, uno que contiene las comunicaciones del Profesor Randall Ellis con indicaciones de apoyo al trabajo que en paralelo, el equipo de contraparte del Departamento de estudios y desarrollo, se encontraba desarrollando con el software DxCG para mejorar el ajuste de riesgos, un segundo apéndice contiene la última presentación del profesor Pere Ibern en que se resumen los principales resultados del estudio y un tercer apéndice, con la traducción del informe experto del profesor Peter Zweifel contenido en el anexo dos del informe principal.

Propuestas de regulación al problema de los precios, planes, cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario

Este documento se presenta a la
Superintendencia de Salud, Chile.

2009





Propuestas de regulación al problema de los cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario

Este informe analiza la situación relativa a precios, planes y cautivos en Isapres e introduce propuestas y recomendaciones para la mejora de la regulación.

En la realización de este informe han contribuido: Manuel García-Goñi, Randall Ellis, Peter Zweifel, Pere Ibern, José Francisco Pacheco y Norma Padrón.

Superintendencia de Salud[®] 2009

Este documento es una publicación formal de Sanigest Internacional y todos los derechos están reservados por la Firma. Los puntos de vista expresados por los autores individualmente son su responsabilidad y no representan los puntos de vista de Sanigest Internacional.



Propuestas de regulación al problema de los cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario

Reconocimientos

El presente informe ha sido realizado a partir de la información aportada por la Superintendencia de Salud, y por la colaboración prestada en todo momento desde el Departamento de Estudios y Desarrollo y en especial por Alberto Muñoz y Camilo Cid.



Propuestas de regulación al problema de los cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario

Abreviaturas y acrónimos

ATC-OMS:

AUGE: Acceso Universal y Garantías Explícitas

CAEC: Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas

DCG: Diagnostic Cost Groups

FONASA: Fondo Nacional de Salud

GES: Garantías Explícitas de Salud

HCE: Health Care Expenditure

IGZ-Holanda:

ISAPRES: Instituciones de Salud Previsional

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

PCG: Pharmacy-based cost groups

PHI: Private Health Insurance

RA: resource allocation

RIVM: Instituto Nacional de Salud y Medioambiente (Holanda)

ZFW: Seguro Social de Salud, Holanda

Tabla de contenido

1. ANTECEDENTES	10
2. IMPLICACIONES DE LA ACTUAL REGULACIÓN PARA LA MEJORA DE LA EQUIDAD Y COMPETENCIA EN EL SISTEMA DE SALUD CHILENO	11
FONDO DE COMPENSACIÓN DE RIESGOS.....	12
ELECCIÓN DE ASEGURADORA Y ACCESO.....	14
COPAGOS.....	16
SISTEMAS DE PAGO Y RED DE PRESTADORES.....	18
INFORMACIÓN PARA LA ELECCIÓN.....	20
CARTERA DE PRESTACIONES.....	21
3. SOBRE CAUTIVIDAD Y REGULACIÓN DE SEGUROS	23
3.1. ANTECEDENTES	23
3.2. LA CAUTIVIDAD EN ISAPRES	23
3.3 MODELOS REGULATORIOS EN EUROPA Y ESTADOS UNIDOS	32
3.3.1 <i>Introducción. El mercado del aseguramiento y sus problemas.</i>	32
3.3.2 <i>El cambio de aseguradora en seguros voluntarios (switching)</i>	35
3.3.3 <i>Regulación y Reformas de los Programas de Seguros Sanitarios. Una Revisión de la Experiencia Internacional.</i>	40
3.5 <i>El caso de Massachusetts y el acceso a los seguros en Estados Unidos.</i>	48
3.6 <i>El caso de MUFACE en España</i>	50
3.7 <i>El Caso del Sistema de Aseguramiento Colombiano—En Busca de la Equidad</i>	52
3.8 ANÁLISIS DEL PLAN DE COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS	55
3.8.1 <i>Calculo de deducible en las ISAPRES</i>	56
3.9 COMENTARIOS RELATIVOS A CAUTIVIDAD.....	58
3.10 BIBLIOGRAFÍA	61
4. SOBRE EL ENTORNO INSTITUCIONAL.....	63
5. CONCLUSIONES.....	69
ANEXO 1. EL NUEVO MODELO ASEGURADOR HOLANÉS	71
1. INTRODUCCIÓN	71
2. REGULACIÓN DEL SEGURO DE SALUD EN HOLANDA	73
<i>Acceso y cobertura de individuos</i>	73
<i>Competencia y elección</i>	75
<i>Cobertura en prestaciones</i>	76
3. LA RELACIÓN ENTRE ASEGURADORAS E INDIVIDUOS. SATISFACCIÓN Y CALIDAD.....	79
BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA.....	81
ANEXO 2. OPCIONES DE REFORMA EN EL AJUSTE DE RIESGOS EN EL SEGURO DE SALUD CHILENO. INFORME EXPERTO.	82
1. BASIC CONSIDERATIONS	83
2. MINIMUM REGULATION SOLUTIONS	86
2.1 <i>Facilitating price and product comparisons</i>	86
2.2 <i>Mandatory standard plan</i>	88



Propuestas de regulación al problema de los cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario

3. IMPROVING RISK ADJUSTMENT IN CHILE.....	88
3.1 <i>Optimality conditions for a RA scheme</i>	89
3.1.1 <i>Optimality conditions from the insurers' point of view</i>	89
3.2 <i>Defining the optimization problem</i>	91
3.3 <i>Comments on the design of Chile's RA formula</i>	93
4. RECOMMENDATIONS.....	96
ANEXO 3. REVISIÓN DE CUESTIONES SELECCIONADAS DE LA LEY DE ISAPRES	99

Tablas

TABLA 1: PERSONAS ADULTAS MAYORES CAUTIVAS Y ADULTAS, ENFERMAS Y NO ENFERMAS, CARGAS Y COTIZANTES, CANTIDAD Y PORCENTAJES.....	24
TABLA 2: TASAS DE 15 PRINCIPALES PATOLOGÍAS DE CAUTIVOS DE ISAPRE POR CADA 100.000 BENEFICIARIOS	29
TABLA 3: TENDENCIA DE LOS CONSUMIDORES A CAMBIAR DE FONDO ASEGURADOR	40
TABLA 4: PAPEL DE LOS SEGUROS PRIVADOS EN PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA	43
TABLA 5: CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE DE OPCIONES PARA LA MOVILIDAD DE COTIZANTES EN 5 PAÍSES (2000-2003)	44



Propuestas de regulación al problema de los cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario

Resumen ejecutivo

El presente documento resume el apoyo de consultoría realizado acerca de cuestiones clave en la regulación de las Isapres: precios, productos y movilidad de los cotizantes.

Los objetivos que pretendía cubrir la citada consultoría se muestran en los términos de referencia como los siguientes: (1) apoyar al equipo técnico en los ajustes de la fórmula de riesgo, (2) analizar las opciones para el desarrollo de un Fondo de Riesgo Compartido, (3) establecer opciones de un nuevo marco regulatorio de precios y planes, (4) desarrollar aspectos regulatorios suplementarios al tema de los afiliados cautivos. Estos objetivos se desarrollan en 3 bloques de trabajo: (1) Innovaciones en el Fondo de Compensación Solidario, (2) Situación de los cautivos en el sistema Isapres y (3) Regulación de precios y planes. A partir de este enfoque se han desarrollado encuentros y teleconferencias que han ayudado a precisar el alcance y su aplicabilidad.

La ausencia de experiencias relevantes y efectivas sobre regulación de precios ha impedido poder aportar un mensaje claro en lo que se refiere a la fijación de precios por bandas. La experiencia europea es inexistente en lo que se refiere a estas cuestiones y la experiencia australiana controvertida. De este modo el enfoque relevante se ha situado en las cuestiones relativas a la regulación de la cartera de prestaciones y las formas para promover una competencia y elección más eficiente.

El análisis del Fondo de Compensación Solidario ha implicado por su parte una reflexión más amplia en la medida que se ha revisado la evolución reciente de esta cuestión en países como Holanda cuya aplicación reciente ha sido exitosa y difiere sustancialmente de la situación chilena en cuanto al diseño. La consideración de formas alternativas de la regulación de la financiación ha llevado asimismo a una reflexión sobre los aportes privados en términos de copago y la CAEC como modelo.

En resumen, el proyecto de consultoría ha enfocado los temas planteados y les ha dado una forma plausible y que pueda ser de implantación próxima. Las cuestiones de financiación, acceso, competencia y elección son las que este documento trata de enfocar alternativamente. De esta manera el papel de la regulación se verá reforzado y los incentivos para mejorar la eficiencia del sistema de salud serán mayores.



Propuestas de regulación al problema de los cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario

1. Antecedentes

La Superintendencia de Salud del Gobierno de Chile ha establecido una actividad continuada de evaluación y análisis en especial a través del Departamento de Estudios y Desarrollo. En el año 2008 un panel de expertos sugirió distintas cuestiones para la mejora de la financiación en el marco de las Isapres, en especial en lo que se refiere al Fondo de Compensación Solidario.

De aquel esfuerzo surgieron vías de avance en lo relativo a ajustes de riesgo según morbilidad y la necesidad de revisar la regulación de los planes y sus precios. La ley 18.933 establece las cuestiones clave relativas a la regulación de Isapres, y a su vez el DFL N°1/2005 define el contenido y funciones de la Superintendencia de Salud en el marco de los organismos públicos. Cabe señalar que en lo que se refiere a la regulación de Isapres el marco normativo original es de 1981 si bien las modificaciones sucesivas han dado lugar a un texto que mantiene cuestiones que quedan desfasadas cuando se comparan con regulaciones posteriores.

La base fundamental del sistema creado en 1981 podría resumirse bajo el concepto “opt-out”. Los ciudadanos tienen la opción de elegir aseguradora y aportan sus cotizaciones a la Isapre escogida. Salen del “pool” de riesgos conjuntos de toda la sociedad y entran en un “pool” de cada aseguradora. Esta elección se establece en un entorno de contrato privado y competencia entre aseguradoras.

Es precisamente este entorno de competencia entre aseguradoras en el que cabe dilucidar si mayor elección ofrece mayor eficiencia en su conjunto, es decir si se compite para generar mayor valor en salud, o si por el contrario la competencia se establece por seleccionar riesgos. El trade-off resultante entre eficiencia y selección acaba siendo difícil de medir con precisión, sin embargo son conocidas sus implicaciones teóricas¹ y prácticas. Es de destacar que cuando nos referimos a problemas de selección hay de distintos tipos, selección de pacientes (“cream-skimming”) o de prestaciones (“stinting”). El resultado es que hay personas que tienen dificultades de escoger aseguradora o de encontrar proveedor ante una necesidad de salud. Son los que acaban siendo cautivos de

¹ J.P. Newhouse, *Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection*. J Econ Lit 34 (1996), pp. 1236–1263.

su propia situación de salud, que cuanto más compleja es mayor puede ser la dificultad para satisfacer sus necesidades a un coste asumible.

Consideramos pues que los problemas relativos a cautivos, así como aquellos que se derivan de dificultades de acceso pueden tener su base en los problemas de selección de riesgos que como imperfección del mercado requiere una respuesta regulatoria para proteger a los consumidores y mejorar el bienestar social.

2. Implicaciones de la actual regulación para la mejora de la equidad y competencia en el sistema de salud chileno

La regulación fundamental del sistema de salud chileno se recoge en el DFL 1/2005 que supone un texto refundido de distintas leyes que se han promulgado a lo largo del tiempo. Además de este conjunto normativo, están por supuesto los preceptos constitucionales sobre el derecho a la protección de la salud así como el derecho a elegir el sistema de salud estatal o privado (art 19).

En todo sistema de salud necesitamos destacar como elementos fundamentales, los referentes al acceso, al coste y a la calidad. Los tres aspectos se hallan estrictamente relacionados, sin embargo el enfoque de este informe se refiere fundamentalmente a las cuestiones de acceso. La motivación inicial se refiere a la existencia de usuarios cautivos en las Isapres. Y la definición cabe buscarla en la propia ley citada en su art.

170, se entiende: *“cotizante cautivo”, para los efectos de lo dispuesto en los artículos 219 y 221, por aquel cotizante cuya voluntad se ve seriamente afectada, por razones de edad, sexo o por la ocurrencia de antecedentes de salud, sea de él o de alguno de sus beneficiarios, y que le impida o restrinja, significativa o definitivamente, su posibilidad de contratar con otra Institución de Salud Previsional”*

La propia ley admite pues la existencia potencial de limitaciones a la elección y acceso. Y el énfasis en la protección de los consumidores para la resolución de la cuestión se ha centrado en la regulación de precios y en la posibilidad de limitar los crecimientos anuales.

Cualquier análisis debe separar las causas y las consecuencias. De este modo es posible establecer medidas que atenúen los efectos adversos. Existen cautivos en la medida que hay un potencial para la selección de riesgos. Y es precisamente la existencia de la selección de riesgos la que limita las



Propuestas de regulación al problema de los cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario

posibilidades de elección y acceso equivalentes a la población. Por consiguiente, cualquier cambio regulatorio necesita afrontar el problema de la selección de riesgos, ya que la cuestión de la fijación de precios es tan sólo la consecuencia, no la causa que limita la capacidad de elección. Los diferenciales de precios surgen de la tarificación en función del riesgo, si atenúamos la selección de riesgos mediante un fondo solidario y una prima comunitaria, el problema de precios se diluye.

La existencia de selección de riesgos da lugar a que la competencia entre aseguradoras se establezca en una dimensión adicional a la habitual para conseguir una mayor eficiencia. Las propuestas para una mejor regulación necesitan situarse pues en las formas eficientes de atenuar la selección de riesgos cuyo origen cabe buscarlo en la normativa actual.

Fondo de Compensación de Riesgos

En la medida que la concentración de gasto sanitario es muy elevada en una proporción limitada de población es necesario establecer mecanismos que establezcan una compensación equitativa de los riesgos que se asumen por cada aseguradora. De no ser así, resultaría más rentable competir por seleccionar los mejores riesgos que por conseguir una mayor eficiencia².

La regulación actual establece que los ciudadanos pueden escoger entre FONASA e Isapres. Es decir, a nivel global existen dos fondos ("pools") de riesgos distintos y en las Isapres se estructura internamente un fondo dentro de cada una de ellas. Podemos concretar diciendo que existen pues 1+7 fondos de riesgo en Chile. La contribución a estos fondos es a través de las cotizaciones legales (7%), pero también se añaden en el caso de las Isapres las cotizaciones voluntarias, los copagos o los subsidios públicos en el caso de Fonasa.

En el marco de las Isapres, la existencia del Fondo de Compensación Solidario trata de introducir mecanismos de compensación de riesgos entre aseguradoras. Sin embargo su alcance respecto de la totalidad de ingresos es limitado y la forma de compensación entre aseguradoras, sin la existencia de un auténtico fondo introduce incentivos sesgados. Un auténtico fondo sería aquel que es independiente de las aseguradoras, se sitúa en un órgano autónomo y cuya cuantía es significativa para afrontar la realidad de la concentración del gasto

² David M. Cutler, Sarah J. Reber Paying for Health Insurance: The Trade-Off between Competition and Adverse Selection. Quarterly Journal of Economics 1998 113:2, 433-466

sanitario en pocos ciudadanos. Sabemos que el 5% de los ciudadanos consume el 55% de los gastos habitualmente. El elemento crucial sería por supuesto la fórmula de ajuste de riesgo una vez creado tal fondo. Estas cuestiones fueron abordadas en un informe anterior³.

Coincide en el tiempo de la redacción de este informe la reciente sentencia del Tribunal Constitucional acerca de un caso relativo a tabla de factores y precios de Isapres⁴. En ella, más allá de otras consideraciones, se explicita (p.45) que: *“La introducción, entonces, de fórmulas solidarias de seguridad social, es únicamente de competencia del legislador y no es una exigencia establecida en la Carta Fundamental que corresponda controlar al Tribunal Constitucional”*. Es decir que la definición del nivel de solidaridad a adoptar en el ámbito de la seguridad social es atribución del legislador. Y en la actualidad tal atribución se ha configurado por lo que respecta a los fondos de salud en 1+7. Cabe preguntarse si lo adecuado sería 1+1 (uno para Fonasa y otro para Isapre) o si por el contrario el establecimiento de un único fondo para el conjunto de cotizaciones legales permitiría satisfacer mejor la exigencia de equidad.

La existencia de un único fondo que permita la compensación de riesgos al conjunto de las aseguradoras pública (Fonasa) y privadas (Isapres) representaría un cambio sustancial respecto al modelo “opt-out” en el que se estructuró a partir de los años 80 el sistema de salud chileno. En la actualidad países como Holanda han evolucionado hacia sistemas de este tipo, que descartan el “opt-out” pero al mismo tiempo admiten elección de aseguradora. En cierta medida Alemania está caminando en el mismo sentido.

El funcionamiento de un Fondo para la financiación del riesgo de enfermar necesitaría distribuirse poblacionalmente ajustando según el riesgo de cada aseguradora. Los ciudadanos mantendrían el derecho a la elección que tienen garantizado constitucionalmente y al mismo tiempo el legislador consideraría que la solidaridad se establece de forma más apropiada con un solo fondo que con ocho. Cabe señalar que nos referimos con este fondo a las prestaciones médicas, cabría establecer una separación clara con el fondo para prestaciones pecuniarias para afrontar la incapacidad laboral y que requiere un tratamiento diferenciado. Si bien se trata de riesgos correlacionados, el riesgo de enfermar da lugar a unos niveles de gastos con mayor incertidumbre que los que se refieren a la incapacidad laboral. Este aspecto requeriría una mayor profundización en el futuro

³ Panel de Expertos para la Evaluación del Fondo de Compensación Solidario entre Isapres. (http://www.supersalud.cl/documentacion/569/articles-4456_recurso_1.pdf)

⁴ <http://www.tribunalconstitucional.cl/index.php/sentencias/download/pdf/1182>



Propuestas de regulación al problema de los cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario

Las implicaciones que tiene tal decisión de constituir un único fondo a partir de las cotizaciones legales del 7% son diversas según sea el caso de Fonasa o Isapres. Para el caso de Isapres esto implicaría que el complemento a la financiación del Fondo se realizaría mediante una prima comunitaria (en lugar de la cotización voluntaria actual), en la medida que el ajuste de riesgos por el fondo único compensa por riesgos diferenciales. Esta prima sería voluntaria en el sentido que representa el coste adicional que unos están dispuestos a pagar para acceder a un sistema que permite la elección de aseguradora privada. Para Fonasa en cambio, tal prima voluntaria no existiría ya que la financiación adicional procedería del subsidio estatal de origen fiscal ya existente. En este caso nuevamente se requeriría un análisis pormenorizado de las implicaciones económicas y la sostenibilidad del modelo, así como los efectos de considerar la cobertura universal para todo ciudadano.

La financiación a través de un único fondo de riesgo solidario para todo el país tiene la ventaja de que las aportaciones se establecen en función de la cotización legal según renta, mientras que la asignación de recursos se establece según necesidad, según el riesgo de padecer determinada enfermedad. La existencia de múltiples fondos en diversidad de aseguradoras impide establecer el criterio precedente de forma eficiente y clara.

La dificultad inicial de definición del fondo único reside en la estimación precisa de los escenarios de financiación previsible. Es decir, conocer qué porcentaje del total del gasto sanitario individual medio va a financiar el Fondo. La existencia de diferencias sustanciales entre los 14 Fondos privados existentes además de Fonasa requiere analizar cuál es el impacto de la prima voluntaria y del subsidio estatal, en comparación con el abanico de aportaciones actuales. Se trataría pues de desarrollar un análisis empírico para evaluar su factibilidad y comprender el proceso de transición hasta hacerlo efectivo.

La creación de un fondo único para la compensación de riesgos es el primer paso para atenuar la selección de riesgos en Isapres y crear un sistema de salud más equitativo en la financiación y el acceso a los servicios.

Elección de aseguradora y acceso

El precepto constitucional que señala el derecho a elegir sistema de salud estatal o privado tiene su formulación posible en un entorno de fondo único de compensación de riesgos. Por este motivo los ciudadanos pueden escoger entre



Propuestas de regulación al problema de los cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario

8 opciones (7 privadas y 1 estatal). La capacidad de elegir entraña competencia entre las dos opciones globales (privada y estatal) y a su vez para los que eligen privada entre 7 opciones posibles. El primer principio bajo este esquema sería el de la obligatoriedad de aceptación por parte de la aseguradora de todos los asegurados que la han escogido.

Este entorno de acceso obligatorio evita la existencia de declaraciones de salud, mecanismos como períodos de carencia o preexistencias que puedan condicionar el acceso. La obligatoriedad de aceptación se transforma en “portabilidad” efectiva.

Para que el proceso de elección de aseguradora se realice con el nivel de competencia adecuado conviene que la oferta sea equiparable. Es decir si existen diferencias en cobertura de prestaciones o cobertura financiera (copagos) esto puede conllevar un tipo de competencia por la selección en lugar de una competencia por conseguir mayor eficiencia y calidad. Es por ello que la oferta de servicios en la medida que se establece en el marco de una cotización obligatoria legal requeriría corresponderse con una cartera de prestaciones equivalentes para el conjunto del sistema de salud. Al lado de una cartera de prestaciones equivalentes, las condiciones de acceso en términos de copagos requerirían ser equivalentes.

En términos de acceso, la consideración de una cartera común de servicios y prestaciones cubiertas es una necesidad. Las posibilidades que abre la definición de carteras de servicios específicas para la selección de riesgos es amplia y únicamente será posible una elección responsable si la cartera de prestaciones es equivalente. La definición de cartera de prestaciones es distinta de la definición de guías de práctica clínica. Se refiere estrictamente al tipo de prestaciones cubiertas y corresponde al proveedor de servicios determinar cómo se realiza. La autonomía en las decisiones clínicas así como la constante evolución en la medicina basada en la evidencia requiere que una vez los incentivos en los sistemas de pago son los correctos hay libertad en la toma de decisiones, más allá de la exigencia deontológica.

La capacidad de elección reside en el ciudadano. La competencia auténtica se establece a este nivel y por ello la decisión sería necesariamente individual. Cada año podría establecerse un período ordinario de cambio y admitir asimismo cambios extraordinarios por motivos razonados. Los planes colectivos requerirían un proceso de adaptación gradual al nuevo esquema y sus implicaciones requerirían nuevamente mayor profundización y detalle.



Propuestas de regulación al problema de los cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario

La existencia de un registro central en la Superintendencia sobre la elección realizada permitiría asimismo la asignación del fondo de compensación de riesgos. Aquellos ciudadanos que no ejercieran tal elección, por defecto quedarían asignados a la opción Fonasa.

La opción privada implicaría la aceptación de un contrato de seguro estándar y certificado a una prima voluntaria y prestaciones equivalentes para cualquier afiliado. La posibilidad de establecer pólizas complementarias para prestaciones no cubiertas podría diseñarse con empresas aseguradoras al margen de las Isapres, con aseguradoras de salud privadas que operan exclusivamente en el mercado privado. El motivo es que la elección de una Isapre se establece en un marco de seguridad social, con una cotización legal obligatoria y unas prestaciones predefinidas. El detalle de las prestaciones complementarias requiere mayor precisión, si bien resulta usual considerar aspectos relativos a hostelería, medicina complementaria o atención bucodental. Toda prestación que se establezca más allá de la Isapre tiene carácter voluntario y corresponde a aseguradoras privadas complementarias (no Isapres) desarrollar tal función. Nuevamente esta separación contribuye a ejercer un proceso de elección transparente para el consumidor y al mismo tiempo para el regulador, que podrá supervisar los resultados en función de una cartera de prestaciones equivalente.

Copagos

La existencia de copagos como fuente de financiación privada se desarrolla en la actualidad en el conjunto de aseguradoras con diferencias sustanciales. El establecimiento de un marco conjunto y homogéneo de copagos obligaría a una revisión en detalle del fundamento de los copagos y de su diseño y regulación. En este sentido, el análisis de copagos obligaría a sistematizar aquellos que se corresponden con un incentivo a atenuar la demanda (innecesaria) en lugar de tomar en consideración los copagos como vía de financiación adicional. Por ello cabe pensar que los copagos requieren un tope anual acumulado según renta, y a su vez determinar cuáles de aquellos copagos resultan inapropiados para aquellos servicios que aportan mayor valor en términos preventivos y de atención urgente.

De esta manera habría un tramo inicial de contactos con el sistema de salud que no implicaría copago alguno, mientras que superado el límite máximo anual tampoco habría que satisfacer copagos adicionales. De forma óptima podrían diseñarse copagos en función de la efectividad. De esta manera las personas con enfermedades crónicas deberían eximirse de ellos. El hecho de que para



Propuestas de regulación al problema de los cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario

todos los primeros contactos sean gratuitos facilita el acceso, y en el caso que se supere determinado nivel trata de ajustar por la cronicidad de las enfermedades. Sin embargo podría modularse atendiendo a una mayor precisión en función de la prestación y la morbilidad. El sistema sería homogéneo para todos los ciudadanos y a su vez este esquema preservaría los incentivos de forma más adecuada ya que además sería equitativo en el sentido que aquellos con mayor necesidad no necesariamente deberían afrontar mayores copagos, mientras que aquellos con mayor capacidad asumirían hasta un valor absoluto anual mayor.

Este esquema implica asimismo la desaparición de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas. El sistema CAEC aparece en la medida que no se establece un mecanismo de copagos máximos acumulativo anual para todas las prestaciones. A su vez en su formulación actual ilustra el potencial para la selección de riesgos posteriores.



Propuestas de regulación al problema de los cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario

Sistemas de pago y red de prestadores

En el marco del análisis comparado de sistemas de salud es conocido el impacto crucial que tienen los sistemas de pago por acto médico en el gasto en salud. Los incentivos a la cantidad dan lugar a una espiral de actos y mayor cantidad no se corresponde necesariamente con mejores resultados en salud.

El sistema de salud chileno, en el ámbito estatal y privado aunque con implicaciones distintas, mantiene como punto de referencia el acto médico. En general cuando hay incentivos sesgados surgen cuestiones como: (1) subsidiación cruzada de actividades, actividades sobrefinanciadas compensan actividades infrafinanciadas con un equilibrio necesariamente inestable, (2) incentivos a actividades inadecuadas, o indicaciones inapropiadas, (3) esfuerzo inferior al necesario en actividades adecuadas y apropiadas, (4) asignación de actividades a un nivel asistencial inapropiado que implica costes adicionales en cascada.

Es por todo ello que resulta necesaria una reflexión que implique una evolución de los sistemas de pago hacia un marco nuevo que se centre en los resultados en salud. Podemos pensar en retribuir la actividad o por el contrario admitir que deseamos un resultado de tal acto médico o de la suma de ellos. De este modo compensar en función de resultados obligaría a establecer estándares esperados de resultado de salud en la población atendida que modularían la compensación de la actividad según el nivel de consecución⁵. Para ello se requiere un análisis específico de las fórmulas posibles, si bien la regulación también debe promover su establecimiento. Resulta de interés conocer como países con problemas similares en lo que respecta a los incentivos a los médicos están tratando de afrontarlo, en especial el caso de Estados Unidos y sus Accountable Care Organizations^{6 7}.

⁵ Epstein AM. Paying for performance in the United States and abroad. N Engl J Med. 2006 Jul 27;355(4):406-8.

⁶ Elliott S. Fisher, Douglas O. Staiger, Julie P.W. Bynum, and Daniel J. Gottlieb. Creating Accountable Care Organizations: The Extended Hospital Medical Staff: A new approach to organizing care and ensuring accountability Health Aff (Millwood). Author manuscript; available in PMC 2007 December 11.

⁷ Elliott S. Fisher, Mark B. McClellan, John Bertko, Steven M. Lieberman, Julie J. Lee, Julie L. Lewis, and Jonathan S. Skinner. Fostering Accountable Health Care: Moving Forward In Medicare: Real savings to the Medicare program could occur within five years with only modest changes in providers' spending behavior Health Aff (Millwood). Author manuscript; available in PMC 2009 March 16.



Propuestas de regulación al problema de los cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario

Del mismo modo las implicaciones del pago por acto médico, tienen su traslación en los aranceles. Es posible asignar los recursos a proveedores mediante mecanismos de pago alternativos al pago por acto médico. Es conocido que el sistema de salud el mecanismo de precios no actúa como tal, sino que son tarifas administradas y en su fijación se incurre en errores. Las carencias en disponer de información para la fijación de tarifas se trasladan posteriormente en términos de incentivos sesgados en la toma de decisiones por los actores del sistema. Por supuesto cualquier alternativa obliga a una reelaboración profunda para comprender las implicaciones concretas que tiene en cada ámbito. Sin embargo cabe señalar que sin una modificación precisa de los incentivos que este sistema de pago aporta difícilmente puede introducirse un cambio de tendencia hacia un mayor valor en salud.

En relación a la red de prestadores cabría introducir oportunidades para que existiera mayor colaboración público-privada en la prestación. Las limitaciones a las Isapres para contratar con hospitales de propiedad pública suponen restricciones a la elección por parte de los usuarios de Isapres y al revés. Sin embargo tales restricciones a la elección tienen asimismo otro tipo de implicaciones. Fundamentalmente se refieren a la exclusividad de los médicos y a los sistemas de pago. La restricción sería necesaria mantenerla si el mismo médico ejerce su profesión en un proveedor público y privado al mismo tiempo, en la medida que no exista exclusividad pueden establecerse derivaciones innecesarias. La segunda se refiere a sistemas de pago equivalentes en cuanto al modelo para el conjunto del sistema. Se trataría de definir para cada ámbito de actividades, aquellas fórmulas de pago que corresponde establecer y que serían de aplicación general.

Cada aseguradora comunicaría el conjunto de prestadores acreditados a los que sus usuarios pueden acceder. No se requiere exclusividad y un mismo prestador puede ofrecer servicios a varias aseguradoras. De esta forma se formalizaría el derecho a la elección de proveedor, una vez elegida aseguradora. La primera elección se referiría al médico de atención primaria/pediatra y además de ello aquellas otras especialidades u hospital que se considere. La evolución de los hospitales hacia organizaciones sanitarias integradas debería promoverse asimismo por la legislación. El contenido y la definición de organizaciones sanitarias integradas en este contexto obliga a una concreción que excede el objetivo previsto de este documento. En cualquier caso resulta relevante tener en cuenta las reflexiones sobre “Accountable Care Organizations, ACO” que



Propuestas de regulación al problema de los cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario

están teniendo lugar en Estados Unidos a la vista de la reforma sanitaria. Tal opción resultaría un punto de referencia a tener en cuenta.⁸

La fijación de sistemas de pago y la definición de una red de proveedores acreditados son dos cuestiones clave para poder ejercer una capacidad de elección de proveedor dentro de cada aseguradora.

Información para la elección

Todo proceso de elección de aseguradora y proveedor implica necesariamente disponer de información. Si bien existen dificultades de trasladar la información a los usuarios en el ámbito de la salud, es cierto también que hay ejemplos satisfactorios que permiten ofrecer información contrastada y comparada entre las distintas opciones de cobertura aseguradora o de provisión.

Uno de los ejemplos más conocidos y probados de evaluación es el conocido como Consumer Assessment of Health Care Providers and Systems (CAHPS)⁹. Este sistema promovido por la agencia norteamericana AHQR es también el que se utiliza en Holanda para la comparación de aseguradoras¹⁰. La forma como se difunde a la población es a través del portal Kiesbeter en internet (<http://www.kiesbeter.nl>). Se trata de un esfuerzo desde el sector público por parte del Instituto Nacional de Salud y Medioambiente (RIVM).

El sistema está suficientemente probado y es estable como para que pudiera adaptarse a la realidad chilena. Además existen extensiones para su aplicación en el ámbito de los proveedores hospitalarios. En general estos sistemas evitan el establecimiento de rankings y lo que tratan es de identificar puntuación relativa mediante estrellas para cada uno de los atributos establecidos.

El desarrollo de mecanismos de difusión de información sobre la elección obligaría a un tratamiento singularizado en el marco del conjunto del sistema de salud. Se requeriría pues un análisis pormenorizado de los instrumentos posibles

⁸ Moving From Volume-Driven Medicine Toward Accountable Care .
<http://healthaffairs.org/blog/2009/08/20/moving-from-volume-driven-medicine-toward-accountable-care/>

⁹ <https://www.cahps.ahrq.gov/default.asp>

¹⁰ [D.M.J. DELNOIJ, G. TEN ASBROEK, O.A. ARAH, J.S. DE KONING, P. STAM, A. POLL, B. VRIENS, P. SCHMIDT, N.S. KLAZINGA](#). Made in the USA: the import of American Consumer Assessment of Health Plan Surveys (CAHPS) into the Dutch social insurance system. [European Journal of Public Health](#) (2006) 652-659



Propuestas de regulación al problema de los cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario

y sus implicaciones, a nivel de cobertura aseguradora y de provisión de servicios.

Cartera de prestaciones

La definición de las prestaciones incluidas en el marco de la cobertura aseguradora es una cuestión crucial, tanto en su dimensión de coste como en su dimensión de acceso y calidad. En lo que se refiere a acceso, las oportunidades para la selección de prestaciones serán menores cuanto más definida esté tal cartera. Incluso desde un punto de vista de incentivos conviene establecer con claridad, en la medida que un entorno asegurador privado puede interesarse en desarrollar productos de seguro voluntario que no estén contenidos en el entorno de seguro obligatorio.

Las opciones habituales para la definición de la cartera de prestaciones pasan a menudo por listados genéricos con exclusiones explícitas. Este esquema es el que puede observarse en múltiples regulaciones legales. En Chile, el caso de AUGE va más allá estableciendo las exigencias en el proceso de tratamiento. Este hecho limita la libertad clínica y al mismo tiempo aumenta el proceso burocrático-administrativo. La exigencia de controles de calidad y seguridad puede establecerse igualmente al margen de la definición de prestaciones.

Las decisiones sobre cartera de prestaciones responden a prioridades sociales que se establecen en función del momento de desarrollo económico y por consiguiente no puede ofrecerse lo que se consideraría una cartera óptima. Cabe definir en la cartera de prestaciones aquella que introduce tan sólo las que son coste-efectivas, sin embargo debemos admitir que una vez incorporada una prestación coste-efectiva puede ser utilizada en un proceso inadecuado. Respetar la regla de coste-efectividad es pues un primer paso necesario, del que la Superintendencia podría ser la entidad responsable.

La formulación del listado de prestaciones acaba a menudo resultando en un proceso local, sin embargo la aparición de la clasificación ICD10-PCS representa



Propuestas de regulación al problema de los cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario

un paso decisivo en la estandarización del conjunto de procedimientos¹¹. Los materiales detallados están accesibles en internet por parte de CMS del Department of Health and Human Services del gobierno norteamericano¹². Es por ello que la aplicación de un modelo global de codificación de prestaciones puede suponer una ventaja significativa respecto a desarrollos locales.

En lo que se refiere a prestación farmacéutica, la clasificación ATC de la OMS permite complementar la codificación anterior de prestaciones señalada¹³.

Las observaciones precedentes tienen implicaciones en la definición del contrato de seguro, en el que las condiciones deberían especificar las prestaciones que legalmente corresponde garantizarse en el marco del seguro obligatorio. El establecimiento de contratos relativos a prestaciones adicionales sería posible por parte de aseguradoras privadas en un marco voluntario y al margen de las Isapres. La existencia de pólizas obligatorias y voluntarias en una misma organización que recibe subsidios ajustados por riesgos podría dar lugar a subsidios cruzados que deben evitarse.

¹¹ Richard F. Averill, M.S., Robert L. Mullin, M.D., Barbara A. Steinbeck, RHIT, Norbert I. Goldfield, M.D., Thelma M. Grant, RHIA, Rhonda R. Butler, CCS, CCS-P. Development of the ICD-10 Procedure Coding System (ICD-10-PCS). http://www.cms.hhs.gov/ICD10/Downloads/598_final_report2009.pdf

¹² http://www.cms.hhs.gov/ICD10/01m_2009_ICD10PCS.asp#TopOfPage

¹³ <http://www.whocc.no/atcddd/>



3. Sobre cautividad y regulación de seguros

3.1. Antecedentes

La presente sección muestra el informe inicial que se presentó y en el que se revisa el problema derivado de la cautividad en el sistema Isapre y así como el contexto de la cuestión. En primer lugar, esta sección inicial revisa los antecedentes relativos a la población cautiva en Isapres tal y como ha sido analizada para el año 2007 (Cid et al., 2009^a y 2009^b). Es decir, evaluaremos el análisis realizado en cuanto a su metodología y sobretodo en cuanto a la interpretación de los resultados.

El punto de partida del análisis es el origen de la cautividad en el aseguramiento, y sus efectos en un mercado imperfecto en el que diversos pacientes, debido por ejemplo a su edad, sexo, o patología pueden sufrir las consecuencias de no ser capaces de elegir en régimen de competencia la Isapre a la que desean afiliarse. La cautividad por tanto, se evidencia en la relativa escasez de movilidad entre planes e Isapres, como resultado de un proceso en el que la elección de plan sanitario realizada por los individuos no es óptima. No obstante es importante matizar el significado de elección óptima. Se refiere a la elección que cada individuo llevaría a cabo si existiera información perfecta en cuanto a las coberturas y precios de cada plan, y por tanto, en situación de competencia perfecta.

3.2. La cautividad en Isapres

La evidencia muestra que de hecho la movilidad entre Isapres es escasa, después de controlar por las patologías consideradas causantes de la cautividad (Cid et al., 2009^a; página 1) debido a unos altos costes de cambio y la falta de información en los individuos. Puede por tanto existir cautividad en el mercado de las Isapres, y para probarlo es necesario estudiar la movilidad de distintos individuos atendiendo a su clasificación por morbilidad, utilización y costes. Este análisis está realizado en Cid et al. (2000^b).

El resultado de este segundo informe muestra cómo la cautividad existe para una significativa proporción de individuos en el mercado, aquellos que presentan unas determinadas condiciones. Los individuos clasificados como cautivos en el informe, de hecho, bien no se cambian de Isapre, bien se cambian poco porque

el mercado se lo impide (2.9%), o bien se cambian a Fonasa (alrededor del 7.4%). Estas cifras se contraponen a las de movilidad de los clasificados como no cautivos, que cambian de Isapre en un 10.6%, mientras que en total (a otro Isapre y a Fonasa), el total de individuos no cautivos que modificó su seguro fue de un 20.3%. Esto quiere decir que un porcentaje más alto de individuos se mudó a Fonasa siendo no cautivo (alrededor de un 10%) que siendo cautivo (7.5%). En definitiva, el citado informe (Cid et al., 2009b) muestra evidencia de las mayores dificultades que presentan los individuos clasificados por sus condiciones médicas como cautivos a la hora de cambiarse de plan. cautividad.

Tabla 1: Personas adultas mayores cautivas y adultas, enfermas y no enfermas, cargas y cotizantes, cantidad y porcentajes.

		Sin Patología	Con Patología	Total	Sin Patología	Con Patología	Total
Cotizante	Menor de 60 años	102.942	121.618	224.559	11%	13%	23%
	Adulto Mayor	184.417	50.857	235.273	19%	5%	24%
	Total cotizantes	287.358	172.474	459.833	30%	18%	47%
Carga	Menor de 60 años	369.382	65.815	435.196	38%	7%	45%
	Adulto Mayor	62.214	15.557	77.771	6%	2%	8%
	Total cargas	431.596	81.372	512.967	44%	8%	53%
Total cautivos		718.954	253.846	972.800	74%	26%	100%

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

La metodología presentada para analizar el problema de la cautividad ha utilizado dos bases de datos. Por un parte, los egresos hospitalarios del año 2007, y por otra, los casos efectivos de los problemas de salud con Garantías Explícitas de Salud (GES) que incluyen patologías que determinan cautividad dentro de este conjunto garantizado de problemas de salud. Para que las patologías sean realmente determinantes de cautividad, debería poder probarse que los pacientes que sufren dichas patologías se encuentran mayores dificultades a la hora de cambiarse de Isapres. En cambio, el informe presenta el enrolamiento, mayor o menor, de individuos cautivos en distintos planes, pero como veremos posteriormente, esto no necesariamente implica que exista cautividad. Es por tanto necesario que el listado sea confeccionado de manera tal que sea la movilidad entre planes de enfermos con distintas patologías la que determine cuáles son las patologías específicas que causan la cautividad, y no simplemente la gravedad o cronicidad de dichas patologías. Si bien es de esperar que exista correlación entre ambas variables, esta no tiene por qué ser siempre perfecta. En los siguientes párrafos se incluye un análisis de las

diferentes patologías que presentan los individuos cautivos que cambian o no de seguro.

Por otra parte, el informe (Cid et al., 2009a) detalla la existencia de dos tipos de cautivos. Los cautivos activos y los pasivos. Esta diferencia se refiere a que dentro de un mismo contrato de seguro pueden estar distintos individuos. Y con que uno de ellos, dadas sus características individuales demográficas o las patologías que sufre, sea considerado cautivo, arrastra en esta condición a todos los individuos dentro del mismo contrato. Los individuos que tienen esas características son los llamados cautivos activos, mientras que el resto, los que han sido arrastrados a esta condición, son los llamados cautivos pasivos. Esta clasificación es adecuada dada la legislación que permite la inclusión de distintas personas en el mismo contrato. Es, en otras palabras, como si se tuviera que calcular un nivel de riesgo común por contrato, y así, la existencia de un individuo cautivo incrementa el riesgo de todos los individuos incluidos en el contrato. Esta situación no es necesariamente beneficiosa para los Isapre, que se ven incapacitados para descremar el mercado y atraer sólo a individuos sanos, sino que tienen que atraer a todos los individuos asociados al contrato, con el riesgo común. Este problema, y un mayor ajuste al mercado competitivo se producirían si cada individuo fuera capaz de buscar y contratar su propio seguro. Dada la proporción de individuos cautivos pasivos que se estima en el informe (49%), esto supondría reducir a la mitad la cantidad de individuos cautivos en el mercado. Si la cautividad tiene un efecto negativo en la sociedad, habría que comparar la ganancia relativa a la reducción de la mitad de los individuos en contratos de cautividad, con un posible empeoramiento de los individuos cautivos activos ante la nueva situación. Presumiblemente las dificultades existentes para los cautivos serían las mismas ya existentes.

Resulta llamativo también observar cómo dentro del grupo de los cautivos activos, predominan los mayores de 60 años sanos (246.630 individuos), mientras que los menores de 60 años enfermos con alguna de las patologías señaladas son 187.432 y los mayores de 60 años con dichas patologías son 66.414 individuos. Esto quiere decir que aproximadamente la mitad de los cautivos activos lo es debido a razones estrictamente demográficas mientras que la otra mitad lo es debido a la incidencia de las patologías llamadas a provocar la cautividad. Es de sobra conocido que la edad es uno de los determinantes del gasto sanitario y por tanto puede ser motivo de comportamientos estratégicos por parte de los planes Isapres. No obstante, también es conocido que los factores demográficos explican una menor proporción de la varianza que la información detallada de las patologías sufridas por los individuos. Como ya ha sido mencionado, el informe Cid et al. (2009b) muestra evidencia de un nivel de

movilidad significativamente más bajo entre la población cautiva que entre la población clasificada como no cautiva. No obstante, tiene interés observar si existe una diferencia significativa entre la movilidad de contratos derivados de cautivos sanos (pero con algún mayor de 60 años en el contrato) y los derivados de cautivos enfermos (con un individuo sufriendo de las patologías analizadas en el contrato sea mayor o menor de 60 años). Es importante tener en cuenta que si la cautividad se redujera tan sólo al criterio de enfermedad, el número total de cautivos sería de 253.846 (entre los mayores y menores de 60 años; dato obtenido en la tabla 1 del informe Cid et al.; 2009) lo que supone tan sólo y aproximadamente una cuarta parte de los considerados cautivos con los criterios actuales. Teniendo en cuenta que se estima que el número total de cautivos es del 35% de la población total, esto significa que los cautivos con patología son aproximadamente un 8% de la población total.

La variable clave, de nuevo, a la hora de determinar si la cautividad supone un problema real o no, es la existencia de obstáculos observados a la movilidad de los contratos de seguros por parte de unos individuos determinados. Y por tanto es de vital importancia ser capaz de predecir cuáles son los individuos que esperamos que sufran dicha cautividad. Por eso, Cid et al. (2009b) analiza cuáles son las características de los cautivos que de hecho se han cambiado de Isapre o se han mudado a Fonasa. En general, los cautivos que se han cambiado de Isapre tienen a ser mucho más jóvenes que el resto. Otra propiedad común de los individuos cautivos que se mudan de Isapre es que pertenecen a un nivel de renta inferior. En cuanto a las patologías que presentan, un 34% de los cautivos que se mueven de plan tienen un diagnóstico de depresión, un 30% de HTA, y Asma un 9%. El resto de patologías presentan una movilidad escasa entre los cautivos. Quizás sería útil analizar si los enfermos de depresión o HTA son realmente cautivos o no, dependiendo de hacia qué tipo de plan están migrando, si lo hacen por falta de medios, cobertura o cualquier otra razón.

En este sentido, otro análisis interesante es el relativo a las coberturas de que disfrutan los individuos que pertenecen a distintos grupos, y que por tanto podría explicar la falta de movilidad entre planes Isapres. Y es que una falta de movilidad puede indicar, además de la existencia de cautividad, simplemente que la mayoría de los agentes están de acuerdo con la opción de que disfrutan dadas sus características individuales (de patologías, edad, o vínculo en el contrato con alguna persona con dicha edad o patologías). Esta situación estaría de acuerdo con la elección del consumidor y por tanto negaría la existencia de cautividad. Para entender si existe o no por tanto cautividad, una opción si no se dispone del dato de movilidad de los individuos, es observar si existen

diferencias significativas entre las coberturas ofrecidas por distintos Isapres, y si esos distintos niveles de cobertura atraen a diferentes perfiles de individuos. Un análisis exhaustivo trataría de ver si hay planes Isapres que ofrecen unos paquetes de coberturas que atraen especialmente (de manera significativamente más elevada) a individuos vinculados a contratos en los que hay cautivos activos con las patologías estudiadas, o sin ellas (cautivos por edad), o con ambas situaciones.

La sección 3 del informe que presenta el análisis de la cautividad por Isapre resulta muy interesante y reveladora de cómo se comportan los distintos planes. Se menciona cómo existe una mayor proporción de cargas cautivas que cotizantes cautivos, y el mayor peso de las mujeres en las cargas en la cautividad. Esto puede explicarse probablemente por razones demográficas. No obstante, resulta clave descubrir si existe un comportamiento estratégico en las coberturas ofrecidas por los distintos planes Isapres para que el resultado sea una situación en la que hay Isapres abiertas (y cerradas) en las que el porcentaje de individuos asegurados cautivos es más alto que en otras. Si esto es así, cabe realizarse la siguiente pregunta: ¿por qué un plan Isapres iba a tener un porcentaje superior de cautivos? Parece (bajo el supuesto de existencia de cautividad) que la respuesta a esta pregunta es que los individuos cautivos son más caros, o reportan en esperanza más pérdidas que los individuos no cautivos, y que dado que no pueden encontrar fácilmente otro plan al que “moverse”, se ven forzados a quedarse en dichos planes. Es decir, se procura que los planes no puedan eliminar de sus contratos a los individuos cautivos ya asegurados, pero sí pueden tratar de evitar que entren nuevos cautivos. Si esto es así, la siguiente pregunta que cabría plantearse es: ¿tienen (mayores) pérdidas los planes Isapres con mayor porcentaje de cautivos? Aquí entra a colación el método de reembolso que se esté llevando a cabo para los planes Isapres. Si hay planes que evitan a los cautivos (selección de riesgos) es necesariamente porque esos individuos o contratos les proporcionarían pérdidas. En otras palabras, si no hubiera pérdidas asociadas al enrolamiento de individuos cautivos, ningún plan trataría de evitarlos y la movilidad de los individuos de unos planes a otros sería más ágil (y con un mayor grado de competencia). La falta de movilidad (que se menciona aunque no queda evidenciada en el informe) parece reportar una estrategia de selección de riesgos, aunque sería necesario para confirmar dicha evidencia, establecer una relación entre la proporción de cautivos, las coberturas ofrecidas por los distintos planes Isapres y los resultados (o las pérdidas) del plan.

La cuestión es que existe otra posible explicación para el fenómeno de concentración de individuos cautivos en unos Isapres determinados. Es la



Propuestas de regulación al problema de los cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario

especialización. Si unos planes son capaces de proveer determinados servicios (sean o no crónicos) mejor que el resto, y dependiendo del sistema de reembolso, tenderán a ofrecer una calidad mejor de dichos servicios y por tanto atraerán a determinados pacientes. Si esto es así, la llamada cautividad no sería un problema sino el resultado de una mejor planificación de cierto tipo de cuidados sanitarios. Es muy probable que este no sea el caso y que de hecho exista cautividad, dado que después de observar las coberturas financieras de distintos planes, no se presentan distintos grados de coberturas financieras.. El informe (Cid et al. 2009a) detalla en las páginas 15 a 18 las patologías consideradas causantes de la cautividad y su frecuencia en la población, además de la proporción de cada una de ellas en las distintas Isapres. Esta información de nuevo es tremendamente útil para analizar si existe un comportamiento estratégico por parte de los distintos planes Isapres a la hora de atraer o rechazar asegurados mediante acciones de selección de riesgos orientadas a distintas patologías. No obstante, y de nuevo, para poder realizar un diagnóstico más preciso y seguro, sería necesario tener información de los resultados o costes derivados de la atención de las distintas Isapres para las patologías analizadas, o como variable proxy, la calidad de sus coberturas. Cruzando esa información con el método de reembolso, se podría analizar si existe de hecho selección de riesgos o simplemente, de nuevo, una especialización en determinados cuidados por parte de un plan Isapres.

Tabla 2: Tasas de 15 Principales Patologías de Cautivos de Isapre por cada 100.000 Beneficiarios

Patologías	Tasa General por 100.000	Colmena Golden Cross	Normédica	Cruz Blanca	Vida Tres	Mas Vida	Banmédica	Consalud	Ferrosalud
Total Cautivos	22.331	20.373	15.791	18.871	21.745	14.606	21.051	25.139	22.161
Sin Patologías	15.838	15.589	11.031	13.722	15.895	9.995	14.592	17.117	14.741
% Sin Patologías del Total de Cautivos	71%	77%	70%	73%	73%	68%	69%	68%	67%
1) Hipertensión Arterial	2.257	1.253	1.722	1.523	1.348	1.003	1.959	3.767	3.236
2) Depresión	1.246	1.225	807	1.318	1.040	1.291	1.339	1.070	1.266
3) Diabetes Mellitus Tipo 2	1.114	709	975	830	729	504	1.025	1.565	1.533
4) Asma Bronquial Moderada y Severa	185	129	114	157	106	306	177	200	200
5) Cáncer de Mama	172	176	97	166	178	131	204	140	140
6) Diabetes Mellitus Tipo 1	98	97	67	88	151	67	102	100	34
7) Cáncer Cérvicouterino	83	66	84	78	97	134	78	75	132
8) Enfermedades del Sueño	82	123	12	68	197	71	93	32	21
9) Infarto Agudo del Miocardio	64	60	95	61	46	41	59	73	76
10) Várices	56	39	13	14	85	23	89	64	76
11) Obesidad	51	45	15	36	126	65	57	33	13
12) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	48	34	23	31	48	19	63	47	42
13) Mononeuropatías de las extremidades superiores	45	25	23	32	58	34	52	46	34
14) VIH/SIDA	38	48	22	52	63	19	40	18	0
15) Cáncer de Próstata	36	31	13	34	34	19	28	41	51

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

No obstante, cabe analizar los resultados presentados en la tabla precedente de la siguiente manera (aunque los datos no son completos y por tanto existe un riesgo de equivocación, se podrían interpretar como sigue): Hay planes Isapre en los que parece observarse cierta especialización. Es el caso de Colmena Golden Cross que tiene un comportamiento parecido a la media, excepto en el tratamiento de la patología de enfermedades del sueño, en el que atrae a bastantes más asegurados que la media nacional. Este plan es también el que presenta un mayor porcentaje de asegurados no cautivos. Si ofreciendo coberturas similares a la media y con un reembolso medio, no se obtienen ni ganancias ni pérdidas, este comportamiento sólo se puede explicar si el plan no provoca pérdidas mediante la atracción de dichos individuos. Una razón para explicar este hecho, es que este plan presenta en mayor medida que otros, cautivos pasivos viejos pero sanos. Otra explicación, que no tiene por qué cumplirse en todos los casos, es la especialización, o mayor eficiencia en la provisión de esos servicios específicos. Aunque la baja proporción de cautivos pueda significar también la aparición de selección de riesgos. Otro caso similar es el que presenta los planes de Banmédica (que atrae de manera superior a la media a individuos enfermos de várices). Los casos de Consalud y Ferrosalud son más llamativos y algo más complejos de analizar. Por una parte ambos planes parecen evitar el enrolamiento de algunos enfermos (enfermedades del sueño y SIDA), aunque parecen también atraer de manera significativa a otros cautivos (cáncer cervicouterino en el caso de Ferrosalud e Hipertensión arterial en el caso de Consalud). Es importante matizar que los enfermos de SIDA suelen reportar bastantes pérdidas y que Ferrosalud no tiene ningún asegurado dentro de esta categoría. Por otra parte, curiosamente, Consalud atrae de manera significativa, como ya se ha mencionado, a enfermos de HA, que resultan ser la patología que causa la cautividad más frecuente, y a la postre, también la más cara. Sería interesante poder analizar en qué sentido a esta Isapre Consalud le es rentable asegurar a dichos pacientes, o si compensa pérdidas con beneficios derivados del aseguramiento a otros individuos.

Planes Isapres que parece que podrían obtener mayores beneficios son por tanto el ya mencionado Colmena Golden Cross, y también Normédica, que tiene significativamente menos asegurados en algunas de las patologías causantes de la cautividad, aunque no en las más frecuentes, o Cruz Blanca, por el mismo motivo. El caso de Mas Vida es también digno de mención porque a pesar de que parece atraer (y probablemente estar especializado) en la atención de pacientes que sufren Asma o el cáncer cervicouterino, parece también evitar mediante selección de riesgos a enfermos de dos de las patologías más comunes, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo 2, que al ser tan comunes al final en términos agregados suponen un gasto muy elevado.

Por último, el caso del Isapres Vida Tres debe ser tomado con precaución. Sin evitar de manera significativa pacientes de ninguna patología, atrae de manera significativa a pacientes de diversas enfermedades, como la Diabetes Mellitus tipo 1, enfermedades del sueño, várices, obesidad, y especialmente, SIDA. Un plan que atrae a pacientes con más patologías cautivas que la media, podríamos suponer que debería obtener pérdidas y por tanto desaparecer del mercado. Si no lo hace, habría que analizar cómo puede subsistir con el sistema de reembolso que existe.

El hecho de que todas las citadas patologías que parecen causar la cautividad se vean incluidas en las GES, y por tanto se provea de un fondo común entre todas las Isapres para su financiación, hace que parezcan desaparecer los motivos de selección de riesgos. No obstante, los datos observados parece que muestran evidencia de dicha estrategia de selección.

Como conclusión, todo parece apuntar a la existencia de cautividad en el mercado de Isapres. No obstante, es necesario para confirmar este extremo analizar los datos que se están elaborando actualmente sobre movilidad entre Isapres de distintos tipos de individuos para ver si presentan diferencias significativas atendiendo a su condiciones de cautivos activos (por enfermedad o por edad) o pasivos, y dentro del grupo de los cautivos activos por enfermedad, por tipo de patología registrada. El sistema de reembolso juega por tanto un papel crucial en la formación de incentivos que pueden provocar la existencia de asegurados cautivos. No obstante para analizar esto habría que considerar distintas opciones de reembolso, es decir, qué patologías deben entrar en el GES y cómo se deben financiar, así como un estudio de las calidades ofrecidas en la cobertura de distintas patologías, como aproximación a los costes, para ver si existe especialización o selección de riesgos, o ambas, que derivan en la existencia de cautividad en el mercado de Isapres.

La existencia de cautividad es la respuesta observable a las estrategias de selección de riesgos. Un mercado competitivo debería permitir la libre elección entre planes, sin embargo los problemas de asimetría de información impiden conseguirlo. Hay determinados planteamientos políticos que buscan actuar sobre la causa, mientras que otros sobre la consecuencia. Es decir, se pueden buscar soluciones a la selección de riesgos o a la cautividad. A lo largo de este informe enfatizaremos la importancia de actuar sobre la causa, más que sobre la consecuencia ya que de otro modo persistirá el problema de falta de libertad de elección.

3.3 Modelos regulatorios en Europa y Estados Unidos

3.3.1 Introducción. El mercado del aseguramiento y sus problemas

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, y es que la necesidad de servicios y por tanto su demanda es, normalmente, incierta. 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. Los individuos en cambio, se presentan dispuestos normalmente a pagar 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). Resulta por tanto de máxima importancia en este mercado del aseguramiento sanitario, entender la información de que dispone tanto la oferta como la demanda, que normalmente es asimétrica y que es el fundamento de su necesaria regulación.

Un individuo puede manejar más información sobre su estado de salud que la aseguradora, es decir, puede conocer su historial clínico con mejor detalle que la empresa, o su predisposición a enfermar o a prevenir enfermedades mediante su estilo de vida, mientras que la aseguradora puede conocer mejor los detalles de la calidad del servicio que va a prestar. Esta diferencia en la información conocida provoca distintos problemas de incentivos en la oferta y en la demanda de seguros médicos.

El análisis de los efectos de la asimetría de la información en el mercado de seguros fue por primera vez elaborado por Arrow en 1963 (1), y uno de los

primeros temas de interés en este desarrollo fue el efecto del riesgo moral (moral hazard). Este conocido problema consiste en la falta de incentivos a la eficiencia que tiene un individuo que posee un seguro completo que le exime de cualquier responsabilidad sobre los gastos sanitarios que su demanda supone. De esta manera, dicho individuo podría demandar demasiados servicios sanitarios, con la excepción de algunos servicios para los que puede presentar una función de demanda perfectamente inelástica, en el proceso de maximizar su función de utilidad.

Por otra parte, también existen problemas de incentivos en la oferta de seguros sanitarios debidos a la mejor información de que dispone la compañía aseguradora. Estos problemas de incentivos básicamente dependen de la manera en que la compañía recibe el reembolso por parte de los individuos o del agente que se hace cargo del coste, que bien puede ser una empresa o el Estado. Cuando el sistema de reembolso es puramente prospectivo, se determina a priori y supone una cantidad de reembolso fija por individuo, independientemente de la realización del coste incurrido durante el periodo de cobertura. Si este es el caso, el proveedor tiene incentivos económicos a ser eficiente y ahorrar en la asistencia sanitaria reduciendo el gasto. Como contrapartida, el proveedor también soporta todo el riesgo de la incertidumbre sobre el gasto necesario. Con un sistema prospectivo, por tanto, el proveedor tiene incentivos para evitar ese riesgo y seleccionar a aquellos pacientes que espera que le proporcionen beneficios, y como contrapartida, evitar a otros pacientes que pudieran proporcionarle pérdidas esperadas. Este es el problema de la selección de riesgos que se ha mencionado en la sección anterior como posible causante del problema de la cautividad.

Por el contrario, cuando el mecanismo de pago utilizado es puramente retrospectivo y consiste en la totalidad de los gastos sufragados por el agente responsable del gasto, el proveedor no soporta ningún riesgo, y por tanto, no tiene incentivos para seleccionar pacientes, pero tampoco para reducir los costes y ser eficiente (2).

En este entorno aparece la preocupación por el acceso de individuos a contratos de seguros. 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. Es este un problema vinculado por una parte al de la selección de riesgos, y por otra a la contratación individual de seguros privados. Como se ha mencionado en la sección anterior, la existencia de contratos por grupos, y el hecho de que un individuo de edad avanzada o sufriendo ciertas patologías puede arrastrar a personas jóvenes y sanas a la cautividad en el modelo Isapres.

La experiencia relativa a los mercados de seguros voluntarios en Europa es diversa debido a los diferentes patrones de desarrollo económico y de los sistemas de seguridad social y de regulación que se han producido en cada país (4). Como consecuencia, varían los tipos de seguros voluntarios ofrecidos, el gasto sanitario asociado a ellos, la cobertura de servicios para los individuos, el tipo y funcionamiento de las aseguradoras, o la manera de seleccionar las primas de seguro o los individuos que pueden acceder a los contratos. Obviamente, por tanto, algunas de las experiencias que recogemos en este informe tienen más relación con el problema de la cautividad en el modelo Isapres que otras. En los países de la Unión Europea se ha procurado como objetivo prioritario de política pública preservar el principio de atención sanitaria social correspondiente a la idea del estado de bienestar, con acceso a la sanidad a todos los ciudadanos en función de la necesidad sin importar su disponibilidad a pagar. Como consecuencia, en Europa el seguro obligatorio, de alcance (cobertura) prácticamente universal, y con una provisión de servicios con alto grado de gasto público es el estándar. Estas características han sido determinantes a la hora de entender el desarrollo del mercado de seguros voluntarios en la Unión Europea, sobretodo enfocado al tipo de servicios que el Estado no provee bajo el sistema público. Esto hace que los seguros voluntarios en Europa se clasifiquen en función de si sustituyen o complementan la cobertura provista por los sistemas públicos (mediante incrementos en calidad de atención o reducción de tiempos de espera), o de su manera de financiación, como la inclusión de copagos. En la medida en que los seguros voluntarios son de naturaleza privada, están sujetos a las leyes del mercado y deben obtener beneficios para sobrevivir. Como consecuencia los incentivos que tienen a ser eficientes en el gasto son más fuertes, como también lo son los incentivos a la selección de riesgos.

La existencia de seguros sanitarios voluntarios tiene otra connotación a tener en cuenta. Si un consumidor desea contratar un seguro, más tarde en el tiempo puede desear cambiar de seguro hacia otro contrato de otra empresa. En un mercado perfectamente competitivo, esto sería posible mediante información perfecta sobre los contratos, y con un movimiento perfectamente libre, sin ninguna barrera hacia el cambio de plan de seguro. No obstante, una proporción importante de los consumidores encuentra difícil comparar ofertas de contrato de distintos servicios y de empresas competidoras, según la encuesta del Eurobarómetro realizada en la Unión Europea, que analiza el

grado de dificultad que tienen los consumidores europeos en cambiar de proveedor de distintos servicios (Flash Eurobarometer, 2008). Esta evidencia apunta en la misma dirección que los datos referidos a la cautividad en los planes Isapres y presentados en el informe que se analiza en la sección anterior. A pesar de que entre los sectores estudiados no se encuentra el de los seguros sanitarios, desde el punto de vista de la teoría económica el problema es el mismo. El periodo de permanencia en un contrato exigido por algunas empresas o las dificultades percibidas por los consumidores a la hora de cambiar de proveedor pueden provocar un efecto de “cautividad” en los consumidores, que debe ser analizado y solucionado mediante una apropiada regulación para llegar a la competencia perfecta entre las distintas compañías aseguradoras aportando los máximos incentivos a la eficiencia.

Esta sección muestra las estrategias regulatorias para promover el acceso a la cobertura de seguros en un entorno de cobertura obligatoria y tiene en cuenta cuales han sido aquellas experiencias de referencia en la cuestión.

3.3.2 El cambio de aseguradora en seguros voluntarios (switching)

Como se ha especificado en la introducción, 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.

Los agentes de política económica y sanitaria convienen que la elección del consumidor debe jugar un papel clave en la determinación del resultado de los mercados en cuanto a las empresas aseguradoras que sobreviven en los mercados liberalizados. 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 sub-óptima. Esto es lo que parece ocurrir en la elección de los planes Isapres como se ha señalado en la sección 1.

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. Para comprender la medida en que dichos costes de cambio de proveedor imposibilitan la competencia perfecta, es necesario estimar en

primer lugar la dimensión de dichos costes. El trabajo más relevante encontrado en este tema consiste en un estudio del caso holandés (22), que muestra cómo la movilidad en el mercado de seguros es bastante escasa, aunque eso no necesariamente indica que los costes del cambio sean altos. Podría, también, indicar que los consumidores no desean cambiar de seguro porque están contentos con su elección inicial. Los siguientes párrafos hacen referencia a este estudio.

Una manera indirecta de estimar los costes de cambio es el estudio de la sensibilidad que los consumidores muestran a variaciones en el precio de otros contratos ofrecidos en el mismo mercado de seguros. La manera de estimar esta sensibilidad es mediante la elasticidad de la demanda, que ha mostrado ser en Holanda bastante baja. La consecuencia es que existe evidencia de un coste elevado del cambio de proveedor, aunque el estudio de caso en el que se basa esta conclusión reconoce que se han analizado diferencias de precio reducidas, de alrededor de 100 euros al año, lo que puede incrementar el deseo de los individuos asegurados de permanecer en su contrato de seguros de origen. Esta experiencia holandesa va en la misma dirección que el comentario expresado en la sección 1 de este informe, en el que se sugiere que se realice para el mercado de los planes Isapres un análisis de las dificultades encontradas para la movilidad en el caso de distintos tipos de individuos asegurados por patologías, edad, etc.

Una vez aceptamos la existencia de los costes del cambio, lo que provoca la sensación de *cautividad* en los individuos asegurados, es necesario entender la estructura del mercado del que hablamos. En el caso holandés, en el que se basa el mencionado estudio, en la década de los 1990s entraron siete nuevas empresas aseguradoras en el mercado, de las que dos fueron absorbidas por otras compañías para el año 2002. Las cinco nuevas empresas que sobrevivieron para ese año no llegaron a alcanzar una cuota significativa de mercado (1.5%). Este resultado es consistente con la estimación de altos costes de cambio de compañía encontrados, aunque podría haber una explicación alternativa para el escaso éxito de las empresas entrantes, como la baja calidad de contratos ofrecidos, o la existencia de economías de escala, que hace que las empresas que llevan más tiempo en el mercado y con más clientes puedan ofrecer mejores contratos.

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.

Mientras, en países como Estados Unidos se ha tratado de proveer a los consumidores con tanta información como sea posible en los diferentes planes dentro del programa de Medicare. Ejemplo de iniciativas donde se busca reducir el coste de búsqueda, es el programa “Choose with care” que fue desarrollado para ayudar a los consumidores de mayor edad a que realicen decisiones con información suficiente sobre sus planes de seguro sanitario en Medicare. “Choose with care” es una herramienta novedosa para los empleadores informar a los empleados que se acercan a la edad de 65 años sobre los planes del Medicare (24) .

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. Este comentario va en la misma dirección que el presentado en la sección 1, en la que 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. Este argumento encaja en la teoría económica de entender la salud como capital humano (Grossman, 1972) y el gasto sanitario como una inversión para incrementar la productividad, y en parte puede justificar un incremento en los precios. No existe evidencia empírica que cuantifique hasta qué punto esta situación es real. 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. De hecho, es más conveniente que las políticas de promoción de cuidados preventivos tengan su origen en la legislación de los gobiernos mediante regulación para que las aseguradoras privadas, aunque sean las encargadas de proveer dichos tratamientos, no se apropien del excedente del consumidor derivado de las ganancias de los mismos.

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. Es por tanto clave, que en un mercado en el que se permita

la entrada de empresas privadas maximizadoras de beneficios, se promocióne también la competencia entre éstas para que los asegurados puedan beneficiarse de precios más bajos. Medidas relacionadas con este fin pueden incluir la promoción de seguros a grupos de individuos, como los que las empresas pueden contratar para sus empleados.

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. Por diversos factores, en el sector sanitario, es común que los proveedores se estratifiquen geográficamente.

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. En la literatura académica de economía de la salud se explica que las opciones que enfrentan los participantes de los sistemas sanitarios de Europa Occidental son (18):

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, (6) se encontró que las razones de cambio citadas entre el grupo de mayor movilidad la causa más citada 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 que se mencionan en esta sección del informe, 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. Existen varios motivos que podrían explicar este tipo de resultados, pero resalta la existencia de los fondos “virtuales” ya que particularmente en Alemania, existen fondos que operan sólo por Internet, con pocas o ninguna oficina disponibles, así efectivamente seleccionando a aquellos que son jóvenes (con acceso y conocimiento de Internet).

Todo lo anteriormente discutido sirve para interpretar mejor las variaciones en las tasas de movilidad de cotizantes. Por último, la siguiente tabla describe la tendencia de los cotizantes a cambiar de un fondo asegurador a otro. Lo que destaca es que la tendencia a cambiar es baja en términos relativos, mientras que en Suiza es bastante alta. Aunque es difícil identificar aisladamente los motivos por los que se da esta situación, es posible que se deba a que en Suiza hay una cobertura complementaria definida y los términos de acceso son bien delimitados para los cotizantes. Comparando los países mencionados en la tabla con el mercado de planes Isapres, en Chile la experiencia en movilidad también sería baja, al igual que otros países como se ha mencionado.

Tabla 3: Tendencia de los consumidores a cambiar de fondo asegurador

	Bélgica	Israel	Alemania	Holanda	Suiza
Experiencia de movilidad de cotizantes	Baja. Los individuos usan su derecho de cambio de fondo en raras ocasiones	Moderada	Moderada, aunque aun antes de la reforma alrededor de un 60% tenía alguna libertad de elección de fondos	Baja	Significativa, primeramente entre individuos de bajo riesgo
Tendencia a usar la "salida" más que la "voz" a los diversos fondos	Baja Debido a una alta lealtad a fondos específicos, debido a razones ideológicas o religiosas.	Baja Alta lealtad a los proveedores más que a los fondos	Moderada Existe una lealtad moderada de los grupos, compañías y asociaciones de trabajadores	Baja Alta lealtad a fondos regionales	Significativa
En conclusión: La tendencia de los consumidores a cambiar de fondo	Baja	Baja	Moderada	Baja	Significativa

3.3.3 Regulación y Reformas de los Programas de Seguros Sanitarios. Una Revisión de la Experiencia Internacional

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.

En esta revisión, se discutirán las experiencias vividas en cuanto a las reformas y gestión sanitaria en las últimas décadas en Suiza, Israel, Holanda, Estados Unidos, Alemania y Bélgica. Estos países comparten con el sistema sanitario Chileno diversas características, la más importante siendo el carácter dual (público-privado) del sistema de seguros sanitarios y, (con la excepción de Estados Unidos) de una cobertura base universal para la población.

3.4.1 Regulación de acceso

Cobertura estándar y coberturas complementarias definidas

En general, se puede decir que las reformas de las décadas de los ochenta y noventa vieron grandes reformas en el ámbito sanitario alrededor del mundo.

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.

Anteriormente, el acceso a los servicios sanitarios aún en países con sistemas universales, estaba ligado al ingreso del cotizante lo que de uno u otro modo imponía un impuesto regresivo y no promovía la equidad en el acceso. Esto fue más evidente en las décadas de los sesenta y setenta. Y fue así que a mediados de la década de los sesenta, se introdujeron reformas en Holanda que delimitaban el precio de las primas ligándolas al ingreso de los cotizantes para cubrir cuidados de larga duración, hospitalizaciones mayores a un año y cuidados de salud mental. Estas reformas fueron cambiadas más tarde, pero el ánimo de la reforma, que era expandir el seguro nacional aún sigue en pie ya que hoy, el 1.5% de la población Holandesa que no cuenta con cobertura sanitaria cuenta con esta cobertura básica.

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 (14).

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 (11). 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% (12).

El precio y comprensibilidad de la cobertura básica está en función de diversos elementos, 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. Pero dentro del espectro de precios y primas que hemos descrito en países como Alemania u Holanda, Israel presenta un caso al extremo opuesto del espectro de precios y primas que hemos descrito de otros países. En Israel, el precio o prima de cobertura básica no juega ningún papel en la elección de fondo de cobertura sanitaria, ya que a los fondos no se les permite cobrar primas directas por seguros de cobertura básica. Esto se debe a una serie de políticas implementadas en los años 90 en donde mediante un cambio drástico, se introdujo un esquema de ajuste de riesgo prospectivo basado en edad, y cinco condiciones de riesgo compartido. Este esquema buscaba transformar el mercado que anteriormente era competitivo pero con muy poca regulación y caracterizado por selección adversa y selecciones preferenciales de riesgo a uno de competencia administrada (*managed competition*), que asegurara una mejor calidad de servicios sanitarios, eficiencia y equidad.

La importancia en términos de acceso y utilización que juegan los seguros suplementarios y complementarios en la Unión Europea está en función de las estructuras institucionales y reformas implementadas. En términos generales, el papel que los seguros privados tienen en el sistema dual público-privado de seguro sanitario es de la siguiente forma:

Tabla 4: Papel de los Seguros Privados en Países de la Unión Europea

Papel	Cobertura y ejemplos
Sustituto	Para individuos que quedaron excluidos de algunos o todos los aspectos de cobertura nacional. (Por ejemplo, los hogares con ingresos altos en Holanda antes de las reformas de 2006). También como forma de elección entre el programa nacional y cobertura privada (como en casos de hogares de altos ingresos en Alemania).
Cobertura Complementaria	Para cubrir servicios que inicialmente fueron excluidos de planes públicos, como cuidados dentales, tratamientos alternativos, o que estaban cubiertos pero solo parcialmente por el estado.
Suplementarios	Para crear un mayor número de alternativas y proveer acceso rápido a los servicios sanitarios.

Fuente (4)

El diseño de canales de acceso a coberturas básicas y complementarias involucra también el periodo de elección en el que los cotizantes tienen acceso a cambiar de un proveedor de seguros a otro. Esto es de relevancia porque indirectamente estimula la competencia y beneficia al mercado sanitario en general al garantizar acceso a los cotizantes. A estas políticas se les da generalmente el nombre de “*open enrollment*”, que son períodos anuales o bianuales, en los que las compañías aseguradoras están obligadas por ley a admitir a aquellos cotizantes que se quieran suscribir.

El siguiente recuadro describe las estructuras de mercado e institucionales que caracterizan el escenario de opciones a las que los cotizantes se enfrentan en Bélgica, Alemania, Israel, Holanda y Suiza:

Tabla 5: Características del Ambiente de Opciones para la Movilidad de Cotizantes en 5 Países (2000-2003)

	Bélgica	Israel	Alemania	Holanda	Suiza
Estructura de Mercado					
Número de Fondos disponibles a elección y nivel de concentración de Mercado	5 (a nivel nacional) Alto, 90% de la cuota de mercado en los 3 fondos más importantes	4 (nivel nacional) Alto, 58% de la cuota de mercado concentrada en el fondo más grande	70-130 por estado* Bajo, a nivel nacional solo un 20 del mercado concentrado en los 3 fondos mas grandes	21 (nivel nacional) Concentración moderada a nivel nacional (35% cuota de Mercado en los 3 fondos mas grandes); pero concentración alta a nivel regional con un 50-90% de cuota de mercado concentrada en solo un fondo	40-70 (por canton) Concentración Baja, con un 13-44% máximo por canton. El fondo más grande tiene una cuota de mercado de 14%
Competitividad	Ninguna, no entrada permitida a mas fondos	Baja	Alta	Moderada	Alta
Colusión	Si, no hay reformas de competencia que apliquen	Si, no hay reformas de competencia que apliquen	Si, no hay reformas de competencia que apliquen	Colusión tácita o implicada, si se aplican las políticas de competencia	Colusión tácita o implicada, si se aplican las políticas de competencia
Características Institucionales					
Períodos de inscripción abierta para seguros de cobertura básicos	No, pero en la práctica las personas puede cambiar trimestralmente	Si, dos veces por año, con algunas restricciones	Si, mensualmente con algunas restricciones	Si, anualmente	Si, dos veces por año
Riesgo financiero que enfrentan los fondos aseguradores.	Bajo de un 8-10%	Alto, mayor de 90%	Alto, de 97-100%	Moderado, 54%	Alto, 100%
Calidad del sistema de ajuste de riesgo	Moderada	Baja	Moderada	Alta	Baja
Incentivos financieros para que los empleadores influyan en las alternativas de los cotizantes	No, contribución por parte del empleador fijada legalmente	No, no hay contribución por parte del empleador	Si, empleadores pagan 50% de la prima, e incluso hay muchos fondos afiliados a los empleadores	No, contribución por parte del empleador fijada legalmente	No legible, poco común la contribución voluntaria del empleador
Seguro suplementario ligado al seguro de cobertura básica	Si, seguro suplementario obligatoriamente proveído por el mismo fondo	Si, tanto por fondos aseguradores como por compañías aseguradoras privadas.	No, pero hay una cooperación entre los fondos y las compañías privadas para la provisión del seguro suplementario	Link aplicado por la mayoría de los fondos, aunque mediante entidades legales diferentes	No, pero la mayoría de los fondos proveen los dos tipos de cobertura

	Bélgica	Israel	Alemania	Holanda	Suiza
Selección de riesgo permitida para seguros de cobertura suplementaria	Si	No para los fondos aseguradores (públicos), pero sí para las compañías aseguradoras privadas	Si	Si	Si
Disponibilidad de Información comparativa sobre proveedores de seguros sanitarios	No	Información sobre beneficios y reglas de movilidad disponible en Internet	Comparación de primas y beneficios disponible en Internet	Comparación de primas y beneficios disponible en Internet	Comparación de primas, beneficios y reglas de movilidad disponible en Internet
En conclusión: ¿El ambiente de opciones estimula la movilidad de cotizantes?	No	No	Si	Moderadamente	Moderadamente

Fuente: (1) Traducción de los autores.

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).

Un último aspecto en cuanto a reformas para promover el acceso a la población es cuando en casos en los que por circunstancias cierto porcentaje de la población continua sin acceso a los servicios sanitarios. En estas instancias los gobiernos pueden asumir el rol de “*asegurador de último recurso*”. Este es el caso de Bélgica, donde las reformas fueron tales que aún que las compañías aseguradoras no podían cancelar cobertura por enfermedad del cotizante, si se reservaban el derecho de elegir a quienes admitir dejando a las poblaciones más vulnerables sin acceso. Estados Unidos no tiene un marco comprehensivo en este aspecto regulatorio, y son los estados los que han tomado la iniciativa. Actualmente, hay 46 estados de Estados Unidos que requieren a las compañías aseguradoras a no cancelar pólizas y no cancelar la renovación de éstas basándose en estado de salud de los individuos.

3.4.2 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. Particularmente en el ámbito sanitario, donde muchas de las relaciones, médico-paciente o institución-paciente llevan tiempo en ser construidas y establecidas. Esto se ha demostrado empíricamente en diversos estudios (11) 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.

3.4.3 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 frente a la toma de tres importantes decisiones. 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.

Como se ha venido mencionando, 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. Una de las medidas de esta reforma fue sustituir los pagos por acto a los especialistas en los hospitales por pagos directos a los hospitales. Como resultado, se estabilizó el gasto sanitario poniéndolo en un 8.5 % del Producto Interno Bruto (21). A pesar de ello, esta reforma fue insuficiente y obligó a cambios profundos en el futuro que terminaron con la reforma de 2006.

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.

El caso de contraste más notable es el de Alemania, donde los fondos aseguradores son responsables del 100% de sus costos (riesgos financieros) y desde que las reformas sanitarias fueron implementadas el cambio o movilidad de los cotizantes ha sido bastante significativo, convirtiéndose en un mercado de alto nivel competitivo ya que la diferencia en primas es muy grande (7,15,15). Esto se ve drásticamente reflejado en la elasticidad promedio de precios, en donde dependiendo del tipo de fondo asegurador varía de un -2.5 a un -4.3.

Por otro lado, 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 comprehensivos, 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.

El caso australiano donde los precios de los seguros de salud privado son regulados resulta asimismo controvertido. El gobierno puede tratar de impedir que no suban más que la inflación. Sin embargo esta potestad no resulta fácil de ejercer como puede constatarse en un informe parlamentario que muestra que la mayoría de los asegurados (70%) vieron aumentar sus primas por encima la inflación¹⁴ ¹⁵. La complejidad de la regulación australiana y la necesidad de revisión también han sido objeto de informes¹⁶ sin embargo hay una cuestión crucial a tener en cuenta, en Australia hay un sistema de “community rating” o prima solidaria, todos los asegurados tienen la misma. Es por ello que no resulta de aplicación para el caso chileno.

3.5 El caso de Massachusetts y el acceso a los seguros en Estados Unidos

En los últimos años se ha llevado a cabo otra reforma de política sanitaria de particular interés. Ha sido la extensión del modelo de Medicaid en el Estado de Massachusetts, en Estados Unidos, en el año 2006. El objetivo prioritario de dicha reforma (The Massachusetts Health Reform Law of 2006) era extender la cobertura de seguros sanitarios más allá de los programas federales de Medicaid y Medicare, y en concreto, utilizar el modelo de Medicaid (seguro para individuos de baja renta) para extenderlo y hacer obligatoria la tenencia de un seguro mediante penalizaciones a los que elijan no adquirirlo.

Se trata por tanto, esta reforma, de un paso intermedio entre ofrecer seguros sanitarios voluntarios y obligatorios. El alto porcentaje de la población sin seguro (10.4%) en ese estado antes de la reforma (aunque menor que en otros estados de Estados Unidos) y la presión social hacia la cobertura universal incidieron en el apoyo popular a esta reforma, que no obstante, y después de más de dos años de aplicación, no ha conseguido su objetivo. La reforma consistió en la oferta de dos tipos de planes, uno para individuos con un nivel de renta inferior al 300% del nivel de pobreza y otro para individuos de renta superior a este nivel. En el caso del primer grupo de individuos, tienen la obligación de adquirir un contrato de seguro con ayudas o subsidios del estado, pero a diferencia del programa Medicaid, incorpora primas de pago obligatorio para los usuarios y copagos de distintos niveles. Por el contrario, el programa para personas de renta más elevada no contiene subsidio alguno por parte del Estado pero sí una multa a pagar mediante los impuestos en el caso de permanecer sin seguro. La multa en el año 2009 asciende a 1,068USD. A cambio el programa ofrece a los individuos la

¹⁴ <http://www.apf.gov.au/library/Pubs/rn/2002-03/03rn41.htm>

¹⁵ <http://www.apf.gov.au/Library/pubs/BN/sp/HealthInsurancePremiums.htm>

¹⁶ Access economics. Regulation of private health insurance pricing.

<http://www.accesseconomics.com/publicationsreports/getreport.php?report=121&id=161>

elección entre distintos planes de seguro en cuatro niveles de coberturas.

Hay distintas lecciones que debemos aprender de la reforma de Massachusetts. En primer lugar, cuando los agentes de política sanitaria pensaron en favorecer el acceso a los seguros sanitarios no repararon en que a pesar de que esto pudiera ocurrir –de hecho, se ha reducido el número de individuos sin seguro sanitario –, no mejoró el acceso a los servicios sanitarios. De hecho, para un porcentaje de la población, el efecto fue perverso. Individuos de baja renta que estaban cubiertos bajo provisión gratuita en el programa de Medicaid, dejaron de estarlo, y aunque 79000 individuos evitaron la multa por no tener fondos, no cambiaron su estatus al no contratar el seguro. En el caso de los individuos de renta superior, dado que los seguros no conllevan ningún subsidio del Estado y pertenecen a compañías privadas, en la mayoría de los casos son contratos de seguro con una prima elevada y con altos niveles de copago, lo que hace que muchos residentes del Estado hayan preferido pagar la multa antes que gastar bastante más dinero en el seguro. El acceso al seguro ha mejorado, pero no tanto así el acceso a los servicios sanitarios. Tampoco se ha conseguido reducir el gasto sanitario mediante la extensión del programa de Medicaid, sino que al contrario, se ha incrementado en un nivel bastante superior a la inflación. La razón es que al existir copagos importantes no se ha conseguido la integración deseada de la provisión de servicios sanitarios de atención primaria y especializada y hospitalaria, y la asignación de recursos ha sido ineficiente.

Sí es interesante en cualquier caso, entender la experiencia que proporciona la reforma del Estado de Massachusetts. Es loable el objetivo de extender el aseguramiento a toda la población, pero debe ser realizado de una manera que garantice una asignación eficiente de los recursos, con un mayor nivel de integración en los servicios sanitarios, lo que puede ser ayudado por la inclusión de un único agente responsable de los gastos, que pueda imponer incentivos a la eficiencia a las compañías aseguradoras privadas. Al no incorporar esta característica, la reforma otorgó un elevado poder de mercado a las aseguradoras privadas operativas en el Estado, lo que ha supuesto un incremento en el gasto sanitario, y una reducción en algunos casos, del acceso a la sanidad por parte de la población más desfavorecida mediante el incremento del gasto privado individual (out-of-pocket). La competencia en términos de seguros sanitarios y la facilidad para cambiar (switch) de un plan de seguros a otro, se ha promovido con éxito. No obstante, el número de empresas aseguradoras que contratan con el programa público es limitado, cuatro en el caso del programa para individuos de baja renta, y seis en el caso del programa para individuos de renta más alta.

Al margen de esta importante y reciente reforma de la sanidad en Massachusetts, Estados Unidos ha tratado de regular el acceso a los seguros

sanitarios por parte de los individuos a través de los empleadores. La mayoría de Estados promueven la garantía de acceso a los seguros incluso para grupos pequeños, de dos a cincuenta empleados, y con el objetivo de incentivar la competencia en el mercado, buena parte de los estados promueven también la estandarización de un paquete básico de servicios cubiertos por el contrato. Hasta 1996, la regulación en los distintos estados garantizaba la renovación de los seguros sanitarios a grupos de individuos, pero no tanto la obtención de un primer contrato. 1996 es el año en el que se aprobó la regulación sobre la portabilidad en los seguros sanitarios HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act). Esta ley se encargó de establecer normas para la provisión de servicios sanitarios y el desarrollo de los identificadores electrónicos, además de ocuparse de la seguridad y la privacidad de los datos de salud. A partir de 1999, la mayoría de los Estados americanos ya garantizaban ambos la renovación de los contratos, y la posibilidad de conseguir el primer contrato de seguro. En cambio, el mercado de los seguros individuales es mucho más restrictivo y en 1999 tan sólo 16 Estados incluían garantías en la provisión individual de algunos productos, aunque la mayoría de los Estados ya incluían la garantía en la renovación de contratos.

En relación a la regulación de portabilidad cuando existen enfermedades en el momento del contrato, la HIPAA en 1996 regulaba y restringía el uso de las aseguradoras de estas condiciones existentes o la duración de éstas, pero en seguros a grupos de individuos. El aseguramiento a individuos no fue regulado por la HIPAA. No obstante, en 1999, un número importante de Estados (34 estados) restringió a 6 o 12 meses el tiempo en el que se considera que una enfermedad es pre-existente.

La mayoría de los Estados incluyen en su regulación la información que las aseguradoras pueden incluir a la hora de fijar la prima del seguro tanto en seguros colectivos (a grupos) como individuales. Aunque la HIPAA no reguló este tema, la mayoría de los Estados tienen en cuenta restricciones en la fijación de las primas relacionadas con el estado de salud de los individuos o la edad, así como unas bandas de fluctuación en las primas que dependen de los distintos factores de riesgo de los individuos.

3.6 El caso de MUFACE en España

El Sistema Nacional de Salud en España se caracteriza por garantizar cobertura universal y financiación pública. En este entorno hay diversidad de formas de gestión de la cobertura del riesgo. De este modo, al lado de la gestión pública por parte de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, conviven las Mutualidades de Funcionarios del Estado. Esto permite que sus afiliados puedan acceder a gestión pública o privada de la cobertura del riesgo, si bien la financiación sigue siendo pública. El modelo de

previsión social del mutualismo administrativo cubre a los funcionarios de las Administraciones Públicas a través de tres instituciones: la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y la Mutualidad General Judicial (MUGEJU).

Con respecto al Mutualismo Administrativo, función primordial de MUFACE, y en relación a las prestaciones cubiertas por este modelo, la asistencia sanitaria es la más relevante de todas y se caracteriza por la no exclusión de riesgos, la libertad de elección entre las aseguradoras disponibles, libertad de elección de proveedor sanitario, mantenimiento del control financiero y la cobertura homogénea del SNS.

La prestación de asistencia sanitaria en el ámbito de la Mutualidad se lleva a cabo a través de los Conciertos suscritos por MUFACE con las Entidades de Seguro Privado y el Sistema Sanitario Público, así como mediante la gestión de las denominadas prestaciones directas (reintegros especiales de gastos de farmacia, reintegros de gastos de asistencia sanitaria en el exterior y reintegros de tratamientos especiales de asistencia sanitaria).

Las mutualidades del estado son un ejemplo de contratación pública de asistencia sanitaria a través de pago caputivo.

Los funcionarios españoles pueden escoger anualmente entre la cobertura pública del Sistema Nacional de Salud y la asistencia privada de una aseguradora, siempre financiado públicamente. A 31 de diciembre de 2007, un total de 1.297.297 personas, que representa el 85,02% del colectivo total, estaba adscrito a alguna de las nueve Entidades Privadas de Seguro Libre, y el 14,52% restante (221.628 personas) optó por el Sistema Sanitario Público, en virtud del Concierto suscrito desde 1985 entre MUFACE, el Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Tesorería General de la Seguridad Social. Esta proporción mantiene una tendencia prácticamente estable en los últimos años, con un ligero repunte al alza en favor del sistema público.

Las aseguradoras privadas ofrecen una cartera de servicios equivalente a la oferta pública del SNS mediante un acuerdo de prima per cápita. Además, las aseguradoras mantienen una red profesionales y centros médicos por todo el territorio nacional siguiendo las condiciones de las mutualidades que exigen una oferta mínima.

Las características singulares de este modelo de “Managed Competition” es que la competencia es en dimensiones distintas al precio, en la medida que la financiación es per cápita ajustando por edad tan sólo. Los afiliados pueden cambiar de aseguradora durante el mes de enero de cada año. Y hay posibilidad limitada de cambios extraordinarios. La obligatoriedad de aceptación se hace efectiva en la medida que cualquier reclamación de rechazo da lugar a su revisión por una Comisión, requerimiento de admisión y

la imposición de sanciones en su caso. La selección de proveedores y prestaciones es asimismo objeto de revisión por la Comisión y se obliga a disponer de proveedores en todas las zonas geográficas.

El esquema de MUFACE permite al Estado un entorno de cobertura universal y financiación pública que le representa un coste inferior al 30% de la misma cobertura pero con gestión pública. Este hecho ha sido una constante a lo largo del tiempo y el grado de satisfacción de los usuarios se manifiesta con la proporción que escoge gestión privada de la cobertura.

3.7 El Caso del Sistema de Aseguramiento Colombiano—En Busca de la Equidad

A principios de la década de los noventa el sistema sanitario colombiano realizó profundas reformas estructurales, primordialmente mediante la introducción de la Ley 100 en el año de 1993 con la que se creó el Sistema de Seguridad Social Integral. Este nuevo sistema, aún vigente, provee una cobertura sanitaria para todos los colombianos.

Colombia se convirtió en uno de los primeros países de América latina en adoptar una estrategia sanitaria de competencia administrada (*managed competition*), en el que los beneficiarios se inscriben en un plan sanitario y la premia ajustada por riesgo es pagada al plan sanitario por el Fondo del Seguro Social. Los planes sanitarios son los que seleccionan y acuerdan precios, administración de servicios sanitarios y calidad con una red de proveedores.

La reestructuración del sistema establecida por la Ley 100 creó un sistema dual, y actualmente, los ciudadanos colombianos pueden acceder al sistema sanitario de la Seguridad Social a través de dos regímenes que son mutuamente excluyentes: El primero, es el régimen contributivo al cual aquellos con determinados ingresos tienen que realizar una aportación económica, y el segundo es un régimen subsidiado, en el que el gobierno provee un subsidio para cubrir con los costes de cobertura. El sistema es considerado universal, en el sentido que la afiliación al sistema sanitario de la Seguridad Social es obligatoria para todos los habitantes del país. Sin embargo, esto no quiere decir que toda la población cuenta con cobertura sanitaria, de hecho un 60,2% de la población colombiana, unos 25 millones de personas, está incluido en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud. De las cuales, 9,3 millones están afiliadas al régimen subsidiado (entre los que, aproximadamente, la mitad no son pobres) y 16,6 millones al contributivo, según datos del Ministerio de Salud correspondientes a 1999.

Es posible inferir que la introducción de la Ley 100 tuvo un efecto sobre la dirección de los subsidios gubernamentales, pasando éstos de estar enfocados en la oferta (hospitales, productos médicos), a la demanda (canalizando recursos para la cobertura de la prima sanitaria). Luego de la introducción de la Ley 100 también se establecieron cambios en la estructura institucional del sistema sanitario, quedando encabezado por el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Los fondos para la financiación provienen del Fondo de Solidaridad y Garantía, mientras que la administración es gestionada por las empresas promotoras de salud (EPS). Los esfuerzos de vigilancia y monitoreo son realizados por la Superintendencia Nacional de Salud, quien además controla los aspectos financieros de las entidades participantes. Finalmente, el Ministerio de Salud se encarga de aquellas actividades sanitarias que constituyen el Plan Básico de Salud.

Uno de los primordiales retos de este tipo de sistema, son las muchas y complejas instituciones requeridas, así como regulaciones e instrumentos para operar la competencia administrada en el sector sanitario. Este sistema también requiere un número adecuado de alternativas de planes sanitarios, y lo que es más importante, un área de mercado con un número adecuado de proveedores y capacidad que en verdad promueva la competencia entre proveedores.

Una peculiaridad del sistema colombiano, es que las Empresas Promotoras de Salud, EPS (aseguradores) tienen la libertad de definir la frecuencia de la aplicación de las cuotas moderadoras y/o copagos, teniendo en cuenta la antigüedad del afiliado y los estándares de uso de los servicios. Existen tres categorías de niveles de ingreso para las cuales hay cuotas moderadoras fijadas. Las categorías están divididas en aquellos que tienen ingresos menores al equivalente a dos salarios mínimos, aquellos que tienen ingresos entre dos y cinco salarios mínimos, y aquellos con salarios mayores a cinco salarios mínimos. Poco se sabe con la información disponible si las personas que tienen la cobertura evitan la utilización de los servicios cuando los necesitan para evitar estas cuotas y copagos.

Otro grave problema es que hay quienes se encuentran afiliados al régimen subsidiado aun cuando podrían pagar en el régimen de contribución. Algunos estudios estiman que hay alrededor de 4 millones de afiliados que tienen la capacidad adquisitiva como para pertenecer al régimen contributivo, mientras que hay más de 7 millones de personas con escasos recursos económicos que no tienen cobertura.

En los 15 años desde la reforma sanitaria en Colombia, se han aprendido muchas lecciones, por ejemplo, que la competencia administrada induce a los hospitales públicos y clínicas a atender la demanda por parte de los

pacientes, de una mejor y más eficiente forma. También influye en la decisión de adoptar técnicas administrativas más modernas y a prestar una mayor atención a la eficiencia y la calidad.

Por otro lado, las regulaciones para la competencia deben de ser no solo apropiadas sino implementadas por el sistema, ya que de otro modo los planes sanitarios compiten mayormente por los cotizantes adinerados, quienes tienen una disposición (y posibilidad) de pagar más y prefieren paquetes de beneficios más amplios.

En Colombia se encontró que las comisiones de ventas, gastos de mercadotecnia y otros costes de transacción son una proporción más grande del ingreso por premia que en otros sistemas. Aun más, el acceso a los servicios es bastante limitado en Colombia, ya que un alto porcentaje de la población vive en áreas que no cuentan con un número de hospitales adecuado para promover la competencia administrada.

Actualmente, el énfasis de reformas y políticas sanitarias en Colombia se ha dado en búsqueda de la descentralización de la financiación y la igualdad en la distribución de los recursos disponibles. La proporción de transferencias intergubernamentales entre municipalidades con población mayormente de altos ingresos a municipalidades con población de menores ingresos ha disminuido, y ya para finales de la década de los noventa el proceso de descentralización fiscal había logrado un *gasto por habitante* casi iguales para toda la población.

La dualidad del sistema colombiano ha sido objeto de controversia y precisamente resulta de compleja traslación para el entorno chileno donde tal dualidad en otro sentido ya existe. Un sistema sanitario robusto requiere una estructuración integrada que permita elección al mismo tiempo que la responsabilidad y asunción de los costes que representa para conseguir el máximo de eficiencia.

3.8 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”.

Los términos de financiación de los servicios en el sistema sanitario tienen una influencia sobre la forma, el tiempo y la proporción en la que la cobertura catastrófica actúa. Esto es de relevancia, porque finalmente lo que se busca evitar es que los individuos eviten obtener servicios sanitarios necesarios, empeorando su estado de salud.

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. En efecto, el gobierno Holandés ha reformado los programas de cobertura catastrófica desde 1988, cuando se iniciaron grandes reformas en cuanto a políticas de competencia.

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).

Los problemas de implementación y gestión de cobertura sanitaria catastrófica son muchos. Por el lado del consumidor, hay problemas de acceso a la información y de una vez que se tiene acceso a la información interpretar que plan de acción conviene a los individuos y familias. Por el lado del sistema sanitario, dependiendo del grado en el que los aseguradores sean compañías privadas o fondos aseguradores habrá complicaciones para el cálculo de pagos ajustados por riesgo. Finalmente, los elementos no pecuniarios son de particular relevancia en riesgos catastróficos.

3.8.1 Cálculo de deducible en las ISAPRES

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.

Similar al caso estadounidense, la enfermedad es considerada catastrófica cuando la suma de los copagos que genere, es decir, los montos a pagar por el afiliado, es superior a un deducible determinado. Este deducible depende de la cotización mensual que paga cada beneficiario por su plan de salud y corresponde a 30 veces dicho monto, con un mínimo anual de 60 UF y un máximo de 126 UF. Vencido el año se reinicia el cómputo del deducible y si durante el período no se alcanza a acumular dicho monto, no corresponderá aplicar el beneficio.

Para entender mejor el cálculo del deducible en las Isapres, vale la pena discutir la definición de las 60 unidades de fomento, que es: “el sueldo máximo imponible para Isapres y fonasa”. Los valores de este son calculados por el Banco Central de Chile y ajustado por el Índice de Precios del Consumidor (IPC) diariamente en forma mensualmente retrospectiva. Al 31 de Diciembre de 2008, el valor de la UF era de: 21.452,57 pesos chilenos, es decir que el deducible por las Isapres oscila entre los 1.287 154,2 y 2.703 023,82 pesos chilenos.

Como está definido en la Ley de Isapres vigente, la CAEC puede usarse SÓLO dentro de la Red de prestadores de la Isapre -en el tipo de habitación y con el médico que ésta determine- y los copagos para el deducible comienzan a contabilizarse desde el momento en que el paciente ingrese a la Red, en los términos establecidos. Es decir, que los costes de bolsillo pagados fuera de la Red no serán incluidos en el cálculo del deducible, excepto en circunstancias especiales o de emergencias, estipuladas en la ley de Isapres.

Las enfermedades que ocasionan costos catastróficos corresponden en un 37,2% a cánceres; 22,3% a enfermedades del sistema circulatorio; 5% traumatismos y envenenamientos; 4,8% a enfermedades del sistema digestivo y en menor proporción a enfermedades osteomusculares.

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.

Con todo esto, dado que la cotización vigente es de un 7% de la renta el cálculo del deducible es desigual y se puede dar pie a exclusiones de tratamientos o procedimientos médicos. Como bien se sabe, tanto la utilización de los servicios sanitarios, como la viabilidad del sistema en su totalidad, se ven influenciados por el cálculo del deducible, que en el caso de las Isapres es igual a la suma del precio del plan de salud pactado, el GES, el precio de la CAEC más cualquier beneficio adicional. Esto en sí es una limitación tanto para el cotizante como para las ISAPRES, ya que si esta suma es superior al 7% de la renta, el cotizante accederá “más rápido”, pero las ISAPRES no recibirán el mismo monto de deducible por todos los cotizantes.

Otro punto importante al evaluar el cálculo del deducible son los requisitos para acceder al financiamiento. Tal y como lo estipula la ley actual, el solicitante debe, además de cumplir con algunos otros requisitos, tener una antigüedad mayor de un año en el empleo a la fecha de solicitud de financiamiento del deducible. Este requisito, aunque bastante estándar en otros países con coberturas similares, efectivamente limita al cotizante ya que pese a llevar más de un año con la ISAPRES en cuestión, es la duración de empleo la que determina el acceso.

3.9 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.

Un planteamiento de futuro podría pasar como se señala al inicio en establecer una cartera de prestaciones común a una cobertura general y

desligar las prestaciones GES de unas tarifas. El esquema por consiguiente a tener en cuenta es el que se señala en la sección 1.

Conforme ha sido discutido en la presente revisión de las experiencias Internacionales en temas de reforma sanitaria, se puede concluir que las condiciones iniciales, previas a las reformas tienen el mayor impacto sobre los resultados de éstas. De la consideración en el marco del sistema Isapre que se pueden observar están las siguientes:

Número de Planes

Los cotizantes cuentan con un abanico de oferta de planes a los que tienen acceso para satisfacer sus preferencias de consumo de servicios sanitarios. Sin embargo, el número de planes, puede actuar en veces como limitante, ya que es demasiada la información para el cotizante y puede, en ocasiones resultar confuso. Aunado a esto, la posibilidad de variación de precio de las ISAPRE anualmente (precio base de planes) dificulta aún más la toma de decisiones por parte del cotizante.

Banda de Precios

El objetivo de esta banda de precios es generar incentivos en las Isapres para disminuir la varianza de precios dentro de sus planes. El problema de incentivos que se genera es paralelo al indicado en el primer punto. Si bien es bueno reducir la varianza de precios dentro de una Isapre, se puede todavía promocionar el encasillamiento (y por tanto cautividad) de distintos tipos de pacientes en distintas Isapres. Nuevamente conviene referirse al esquema trazado en la sección 1 para comprender el alcance de un diseño alternativo.

Tablas de Factores

Si bien el mantenimiento de dos tablas de factores en la comercialización es comprensible la intención de dicha limitación (dos tablas), que trata de reducir la discriminación de asegurados, en realidad esto se puede interpretar también como un límite al ajuste de riesgos. Un modelo de ajuste de riesgos va a tender a predecir mejor el gasto de la población cuanta más completa sea la información que maneja. Si reducimos a dos tablas de factores permitimos que el ruido no observable en la compra de los seguros por parte de los individuos sea enorme. Y seguramente esto habrá conllevado a un incremento en la selección de riesgos efectiva por parte de los planes de seguros ofrecidos por las Isapres. El hecho de que haya sólo dos tablas de factores no quiere decir que el mix de asegurados dentro de una misma tabla no haya cambiado. Si lo ha hecho, entonces se habrá incrementado la selección de riesgos

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 compete 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

Estas cuestiones han sido detalladas en la sección 1. 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. Es por ello que este informe ha considerado que resulta prioritario situar el énfasis en los mecanismos que permitan la comparabilidad y eviten las posibilidades de selección.

3.10 Bibliografía

- (1) Arrow KJ. Social choice and individual values. New York: John Wiley; 1963.
- (2) Newhouse JP. Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection. *Journal of Economic Literature* 1996 Sep.;34(3):1236-1263.
- (3) Preker AS, Scheffler RM, Bassett MJ. Private voluntary health insurance in development: friend or foe? : Washington, D.C. : World Bank, c2007.; 2007.
- (4) Mossialos E, Thomson SM. Voluntary health insurance in the European Union: a critical assessment. *Int.J.Health Serv.* 2002;32(1):19-88.
- (5) Freeman R. Competition in context: the politics of health care reform in Europe. *Int.J.Qual.Health Care* 1998 Oct;10(5):395-401.
- (6) Kerssens JJ, Groenewegen PP. Consumer choice of social health insurance in managed competition. *Health Expect.* 2003 Dec;6(4):312-322.
- (7) Gress S, Groenewegen P, Kerssens J, Braun B, Wasem J. Free choice of sickness funds in regulated competition: evidence from Germany and The Netherlands. *Health Policy* 2002 Jun;60(3):235-254.
- (8) Schut FT, Gress S, Wasem J. Consumer price sensitivity and social health insurer choice in Germany and The Netherlands. *Int.J.Health.Care.Finance Econ.* 2003 Jun;3(2):117-138.
- (9) van de Ven WP, Schut FT. Universal mandatory health insurance in the Netherlands: a model for the United States? *Health.Aff.(Millwood)* 2008 May-Jun;27(3):771-781.
- (10) Buchmueller TC, Feldstein PJ. The effect of price on switching among health plans. *J.Health Econ.* 1997 Apr;16(2):231-247.
- (11) Richard G. Frank KL. Choice, Price Competition and Complexity in Markets for Health Insurance. Available at: <http://www.nber.org/papers/w13817>.
- (12) Laske-Aldershof T, Schut E, Beck K, Gress S, Shmueli A, Van de Voorde C. Consumer Mobility in Social Health Insurance Markets : A Five-Country Comparison. *Appl.Health.Econ.Health.Policy.* 2004;3(4):229-241.
- (13) Porter ME, Teisberg EO. Redefining competition in health care. *Harv.Bus.Rev.* 2004 Jun;82(6):64-76, 136.
- (14) Muiser J. The new Dutch health insurance Scheme: challenges and opportunities for better performance in health Financing - Google Scholar. 2007; Available at: [http://scholar.google.es/scholar?q=The new Dutch health insurance Scheme: challenges and opportunities for better performance in health Financing&oe=utf-8&rls=org.mozilla:es-ES:official&client=firefox-a&um=1&ie=UTF-8&sa=N&hl=en&tab=ws](http://scholar.google.es/scholar?q=The+new+Dutch+health+insurance+Scheme:+challenges+and+opportunities+for+better+performance+in+health+Financing&oe=utf-8&rls=org.mozilla:es-ES:official&client=firefox-a&um=1&ie=UTF-8&sa=N&hl=en&tab=ws). Accessed 2/27/2009, 2009.
- (15) Gross R, Rosen B, Shirom A. Reforming the Israeli health system: findings of a 3-year evaluation. *Health Policy* 2001 Apr;56(1):1-20.
- (16) Shmueli A, Chernichovsky D, Zmora I. Risk adjustment and risk sharing: the Israeli experience. *Health Policy* 2003 Jul;65(1):37-48.
- (17) Cunningham PJ, Kohn L. Health plan switching: choice or circumstance? *Health.Aff.(Millwood)* 2000 May-Jun;19(3):158-164.
- (18) Thomson S, Dixon A. Choices in health care: the European experience. *J.Health Serv.Res.Policy* 2006 Jul;11(3):167-171.

- (19) Helderman JK, Schut FT, van der Grinten TE, van de Ven WP. Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands. *J.Health Polit.Policy Law* 2005 Feb-Apr;30(1-2):189-209.
- (20) van de Ven WP, Schut FT. Universal mandatory health insurance in the Netherlands: a model for the United States? *Health.Aff.(Millwood)* 2008 May-Jun;27(3):771-781.
- (21) Schut FT. Health Care Reform in the Netherlands: Balancing Corporatism, Etatism, and Market Mechanisms. *Journal of Health Politics Policy and Law* 1995;20(3):615.
- (22) Pomp M, Shestalova V, Rangel L. Switch on the competition; causes, consequences and policy implications of consumer switching costs. *CPB Documents 2005///Sep CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis*.
- (23) Costa F, García V. Cautividad y demanda de seguros sanitarios privados - Dialnet. Available at: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=313784>. Accessed 2/27/2009, 2009.
- (24) Harris-Kojetin LD, Uhrig JD, Williams P, Bann C, Frentzel EM, McCormack L, et al. The "choose with care system" - development of education materials to support informed Medicare health plan choices. *J.Health Commun.* 2007 Mar;12(2):133-156.

4. 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.

El papel regulatorio de la Superintendencia abarca el conjunto del sistema de salud, y es por ello que el cambio que extendió su actividad más allá de las Isapres cabe considerarlo como oportuno. Es a partir de esta posición que pueden desarrollarse acciones que afecten al conjunto, si bien ello requiere asimismo cambios legislativos que lo permitan.

Hay dos cuestiones que requieren una revisión más inmediata y precisa en relación a la Superintendencia y que se relacionan con este informe. En concreto (1) el alcance de la supervisión financiera y de seguros, y (2) el papel de la Superintendencia en la gestión del Fondo de Compensación Solidario. Las otras cuestiones que se referirían a otros órganos corresponden ser tratadas en un marco distinto a pesar de que algunas de las cuestiones planteadas en este informe resultan de aplicación.

El alcance de la supervisión financiera y de seguros. El papel de los organismos de supervisión ha evolucionado en los países de la OCDE hacia entidades regulatorias que tratan de abarcar los conglomerados financieros que suponen tanto banca como seguros. El motivo de tal evolución reside en las relaciones cruzadas entre compañías aseguradoras y bancos que obligan a comprender su situación financiera con la mayor exactitud. Si bien distintos países han desarrollado estrategias diversas, cabe señalar que esta tendencia es creciente. El documento de revisión de la OCDE "Supervision of financial services in the OECD area"¹⁷ muestra el estado de situación y las diferencias existentes entre países.

Asimismo la OCDE ha publicado un informe que resume el estado de situación en Latinoamérica "Insurance regulation and supervision in Latin America"¹⁸. La evolución de los organismos supervisores se corresponde con el estado de situación respectivo de la regulación de cada país. En la medida que Chile ingresó en la OCDE hay motivos para observar de cerca las prácticas de los países desarrollados y tratar de adaptarlas al contexto.

¹⁷ <http://www.oecd.org/dataoecd/29/27/1939320.pdf>

¹⁸ Accesible en

<http://www.oecdbookshop.org/oecd/display.asp?K=5LMQCR2K1R45&DS=Insurance-Regulation-and-Supervision-in-Latin-America>

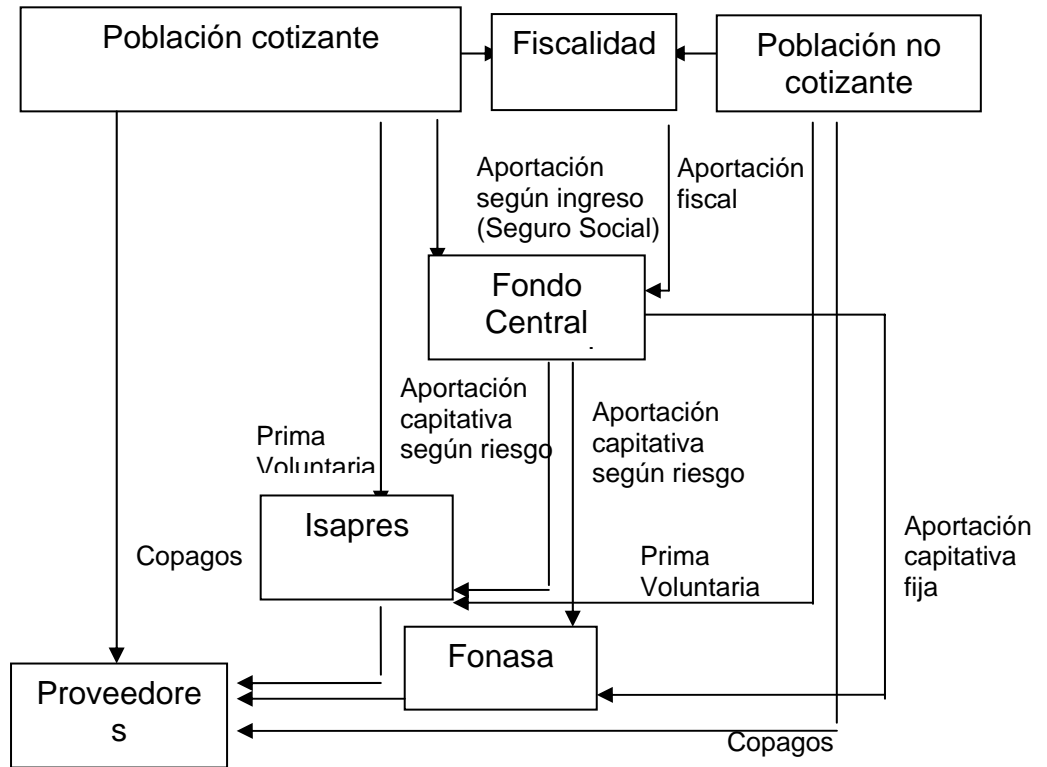
En concreto y por lo que se refiere al sector salud, hay oportunidades para desarrollar una función de supervisión regulatoria de las aseguradoras de salud en el marco de la supervisión financiera y de seguros general y bajo unos criterios homogéneos propios de toda entidad aseguradora. Más allá de esta 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.

La regulación del Fondo de Compensación Solidario. En la actualidad el Fondo se ha configurado como una fuente de recursos virtual, que surge fruto de la estimación de los ajustes de riesgo y que es necesario compensar entre aseguradoras. El monto actual es limitado y no ha puesto en cuestión tal diseño institucional. Sin embargo, un monto superior del Fondo representaría que algunas aseguradoras deberían revertir fondos relevantes a sus competidores. En otras palabras, la competencia en selección de riesgos conllevaría la disminución en beneficios fruto del traspaso de fondos a aquellos que no hubieran realizado tal selección de riesgos. Es en este momento donde cabe pensar en las oportunidades de crear un fondo independiente no virtual, en la medida que las ventajas de determinadas prácticas contables pueden ser más beneficiosas que los costes de traspasar fondos a los competidores.

Las reglas institucionales para que el Fondo pueda ejercer su papel de auténtica compensación de riesgos pasan necesariamente por una aportación individual de cada cotizante en función de la renta, mientras que cada aseguradora recibe en función del riesgo que asume (aspecto desarrollado anteriormente). La definición práctica de este principio obliga a que la Superintendencia asigne tales Fondos a las aseguradoras, si bien la asignación no supone necesariamente la dotación presupuestaria. La Superintendencia tendría la función de gestión de la asignación de recursos a cada aseguradora del Sistema de Salud, cuyos Fondos estarían depositados en el Tesoro Público. Este sistema supondría un avance en modificar los incentivos existentes hacia un modelo más moderno y equitativo en la asignación de recursos.

Figura 1. Flujos financieros para el riesgo de enfermedad en el nuevo esquema



Nota: El Fondo Central es el que ejerce la compensación de riesgos individuales para el conjunto de afiliados en Isapres y Fonasa, tanto cotizantes como no cotizantes. Además el Fondo Central distribuye a Fonasa la asignación capiativa fruto de aportes fiscales de todos los ciudadanos. Los copagos tienen un límite máximo anual equivalente en Isapres y Fonasa, más allá del cual las Isapres y Fonasa afrontan su coste. En este esquema y en referencia a Fonasa podría considerarse que recibe los fondos procedentes de aportación según riesgo del fondo central, y a su vez de los aportes fiscales capiativos estatales que lo complementarían. Para el caso de Isapres, reciben la misma aportación según riesgo y a su vez los usuarios deben afrontar una prima voluntaria.

La 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 capes* 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 Shleifer¹⁹. Este autor examina el Yardstick 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 Damme²⁰ han mostrado que existen dos formas de aplicar la Yardstick Competition. La primera consiste en aplicar una Yardstick Discriminatoria, 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.

¹⁹ Shleifer, A. (1985), "A theory of yardstick competition", *Rand Journal of Economics*, Vol. 16 (3), pp. 319-327.

²⁰ Potters, J., B. Rockenbach, A. Sadrieh y E. van Damme (2004), "Collusion under yardstick competition: an experimental study", *International Journal of Industrial Organization*, Vol. 22 (7), pp. 1017-1038

$$P_i = \frac{\sum_{j=1}^N C_j}{N-1}$$

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.

5. Conclusiones

A lo largo del presente informe se han presentado el conjunto de mensajes clave para abordar una reforma del sistema de salud que mejore las insuficiencias que surgen de la cautividad en Isapres fruto de problemas de selección.

El resumen de los ámbitos en los que necesita concentrarse el esfuerzo serían los siguientes:

- La capacidad de elección de cobertura en el marco del sistema de salud chileno está claramente fundamentada y legalmente regulada. El ejercicio de tal capacidad de elección se ve limitada por la existencia de distorsiones en el funcionamiento del mercado.
- La definición y medida del alcance de la cautividad resulta una cuestión compleja. Admitiendo su existencia, para afrontar la cautividad en Isapres y facilitar la capacidad de elección se requiere una redefinición de los flujos financieros. El diseño actual provoca el resultado que observamos. La cautividad es la consecuencia de la existencia de prácticas de selección. Hay que actuar sobre la causa, más que tratar de modificar la consecuencia. Sin modificar los fundamentos en los que se sostiene el actual esquema no se actuará sobre la causa que provoca las dificultades actuales. Las prácticas de selección (de riesgos y prestaciones) son el motivo que contribuye a la falta de competencia para una mayor eficiencia.
- La revisión de los flujos financieros obliga a dotar de forma suficiente un fondo para la compensación de riesgos. La propuesta esbozada en este documento es de constituir un fondo único con las cotizaciones de todos los ciudadanos que permitiría asignar a las aseguradoras privadas y pública los recursos en función del riesgo soportado. Las Isapre por su parte establecerían una prima adicional voluntaria en el marco de un contrato de seguro con una cartera de prestaciones estandarizada para todos los miembros y equivalente a la de Fonasa.
- Los copagos actuales y en especial la CAEC son otro elemento distorsionador en la competencia y capacidad de elección. El documento propone el establecimiento de un sistema de límite de copagos acumulados anuales según renta equivalente para el conjunto de ciudadanos chilenos, estén en Isapres o Fonasa. Esta situación evitaría las múltiples situaciones controvertidas que provoca y evitaría las señales que posibilitan la selección.
- El actual Fondo de Compensación Solidario de Isapres mantiene unos principios fundados, si bien las implicaciones que se derivan son menores para la resolución del problema de la selección. Es por ello

que representaría un avance la creación de un Fondo único con aporte de todos los cotizantes.

- La revisión de las perspectivas internacionales ha destacado el caso holandés que puede servir en múltiples aspectos de referencia para encaminar un proceso de reforma necesario.
-
- La importancia de separar los riesgos de enfermedad, de los de accidentes laborales e incapacidad laboral es asimismo un aspecto clave para comprender la factibilidad de la propuesta.
- El enfoque de la Superintendencia hacia la regulación del conjunto del Sistema Chileno de Salud, obliga a situar la regulación de las cuestiones financieras de las Isapres y los seguros privados voluntarios en el marco de la supervisión de seguros general.
- La regulación de precios en la prima voluntaria equivalente de Isapres es necesaria en la medida que los aumentos de precios surgen en un mercado potencialmente no competitivo. Es por ello que aparecen dos aproximaciones, precios máximos o competencia por comparación. Ambas posibilidades requieren un mayor desarrollo. En cualquier caso conviene fortalecer el papel de la autoridad de la competencia para evitar colusión potencial.
- Existen múltiples facetas que obligan a un análisis detallado de la propuesta con el objetivo de valorar su factibilidad. Este documento trata pues tan sólo de los principios rectores para resolver el problema de la cautividad, sin embargo los detalles de implantación son cruciales para su éxito.

Anexo 1. El nuevo modelo asegurador holandés

1. Introducción

Durante el transcurso de la segunda mitad del siglo XX y principios del siglo XXI el sistema de seguros de salud holandés y su atención médica básica han experimentado una evolución significativa fruto de la búsqueda del equilibrio entre el acceso universal a la salud y la competencia en el mercado de los seguros.

El sistema sanitario se dividía en Holanda en tres segmentos básicos. El primero se refiere a la provisión de servicios sanitarios y atención a los enfermos de larga duración (AWBZ). El segundo se refiere a la provisión del grueso de los servicios sanitarios. La tercera se refiere a los seguros privados suplementarios. La reforma sanitaria que se llevó a cabo en 2006 se centró en la evolución del segundo segmento básico. El primero y el tercero, en cambio, se mantuvieron prácticamente sin cambios. La reforma del segundo de los segmentos se refiere al objetivo de impulsar un sistema sanitario de cobertura universal. Anteriormente a la reforma, y a lo largo de las últimas décadas, el sistema sanitario holandés se dividía en dos tipos de estructuras completamente diferenciadas. La primera estructura hacía referencia a un seguro básico (Seguro Social de Salud o Social Health Insurance con sus siglas en holandés ZFW), al que pertenecían alrededor de dos tercios de la población, que correspondía con los estratos de renta media y baja. La segunda estructura de este segmento, en cambio, hacía referencia a los seguros sanitarios privados alternativos (Private Health Insurance o PHI). Alrededor de un tercio de la población, correspondiendo a los individuos de alto nivel de renta acudían a este mercado privado de los seguros sanitarios.

La dualidad en la estructura del sistema de seguros sanitarios generó profundas críticas acerca del aumento de las desigualdades en Holanda, e impulsó una creciente insatisfacción social hacia un sistema que aportaba de manera insuficiente eficiencia e innovación. El origen de las desigualdades se fundamenta en el hecho de que las prestaciones cubiertas bajo ambos sistemas no eran las mismas, sino que el paquete básico de prestaciones estaba estandarizado sólo para el sistema social, pero no para el privado, que venía definido mediante contratos de cobertura individuales.

Después de la reforma de 2006, este segundo segmento de la atención sanitaria se fusionó, dejando de existir el seguro sanitario privado como tal en el marco del seguro obligatorio, y el seguro social sanitario como tal, y apareciendo un híbrido de ambos sistemas, el seguro sanitario social privado (en inglés private social health insurance, con las siglas holandesas ZVW).

El nuevo seguro sanitario social privado es obligatorio para toda la población en Holanda. Se ha fijado una penalización con importe del 130% de la prima que debería pagar el individuo, en caso de encontrarse que el individuo no ha contratado ningún seguro en el mercado. En la actualidad, todas las aseguradoras están obligadas a ofrecer un conjunto estandarizado de prestaciones, con lo que se neutraliza el origen de las desigualdades.

La financiación del nuevo sistema sanitario holandés a grandes rasgos es como sigue: el ministerio de sanidad determina una cotización que cada individuo debe pagar y que depende del nivel de renta. Esta cotización, que la pagan finalmente los empleadores, supone un 6.5% de la renta ingresada durante el año por el individuo, hasta una cantidad máxima de 30,015€. La idea detrás de esta fórmula es conseguir que alrededor de la mitad del gasto sanitario total quede cubierto con este 6.5% de la renta de los consumidores/pacientes. La otra mitad del gasto sanitario total se financia mediante primas que los individuos deben pagar a la compañía aseguradora en función del conjunto de asegurados inscritos en dicha compañía (community-rated premiums). Dado que las prestaciones que deben proveer todas las compañías están estandarizadas, si existen diferencias en las primas que cada compañía exige a sus asegurados, éstas deben provenir de diferencias en la eficiencia en la provisión entre aseguradoras e individuos. La prima media que se dio en el año 2006 fue de 1,060€. A partir de esta generalidad, existen subsidios para individuos de baja renta y para menores de 18 años, cuyas primas acaban siendo pagadas por el Estado mediante los ingresos derivados de los impuestos. Además, la nueva regulación permite la elección de tomar riesgo por parte de los individuos mediante la existencia de cantidades deducibles a cambio de una rebaja en la prima que corre a cargo de los individuos. De esta manera, los consumidores pueden ahorrar un dinero en la prima a cambio del riesgo de tener que pagar una determinada cantidad, como franquicia, derivada de los primeros euros de gasto sanitario cuando necesiten usar los servicios sanitarios. Es reseñable decir que a pesar de esta posibilidad, la mayoría de la población ha elegido evitar el riesgo, lo que puede indicar un grado elevado de aversión al riesgo o una mentalidad más favorecedora hacia un seguro universal de salud por parte del Estado. Así, en 2006, tan sólo un 7% de la población eligió contratar el seguro con la cantidad deducible en la prima a cambio del riesgo.

Mediante esta reforma, se ha producido un importante esfuerzo por parte del gobierno holandés y los legisladores, para incrementar la promoción de un alto grado de competencia entre las distintas aseguradoras, ya que los individuos pueden elegir en base a la prima que deben pagar, la compañía a la que pueden contratar cada año, dada la prohibición que reciben las compañías aseguradoras de denegar el contrato a ningún individuo (open enrollment). De esta manera, además, se evita en la medida de lo posible el problema de la selección de riesgos. La consecuencia de la fuerte

competencia en precios que ha tenido lugar en Holanda desde 2006 es un incremento notable de la movilidad de los consumidores de unas compañías a otras. Así, mientras la movilidad era muy reducida antes de la reforma (como el problema de la cautividad que sufre Chile, por ejemplo), durante el año 2006, un 21% de la población cambió de contrato de seguro, aunque esta cifra bajó considerablemente el año siguiente a cerca del 5%. Es significativo el hecho de que los enfermos crónicos cambiaron de compañía en un porcentaje tan sólo un poco menor que la población considerada sana.

Como consecuencia de esta reforma, entonces, se ha conseguido que mediante el incremento de la competencia entre compañías aseguradoras, haya un mayor grado de transparencia para que los consumidores puedan comparar la calidad de los servicios provistos por cada compañía. Además, la diferenciación entre el seguro público y el privado ha desaparecido en lo que se refiere al paquete básico de servicios cubiertos (manteniéndose dicha diferenciación para los seguros suplementarios).

2. Regulación del seguro de salud en Holanda

Acceso y cobertura de individuos

Como se ha mencionado anteriormente, el objetivo primario de la reforma sanitaria de 2006 en Holanda es la consecución de un sistema sanitario de cobertura universal y la promoción de la competencia entre aseguradoras que deben competir por atraer consumidores mediante rebajas en el precio derivadas de una mayor eficiencia en la provisión. Para que este proceso haya podido tener lugar, ha sido necesario definir las coberturas de que los consumidores pueden disfrutar dentro del Seguro Sanitario Social Privado.

En primer lugar, cabe resaltar que la cobertura ya era prácticamente universal antes de la reforma de 2006, ya que alrededor de dos tercios de la población pertenecían al programa de seguro sanitario social, mientras que el otro tercio de la población estaba obligado a contratar un seguro privado. Se estima que tan sólo unas 250,000 personas permanecían sin seguro antes de la reforma. Las medidas que se han tomado para conseguir que el 100% de la población permanezca asegurada en la reforma incluyen las siguientes:

- Todos los ciudadanos de Holanda están obligados a contratar un seguro sanitario bajo el sistema de seguro sanitario social privado, con una penalización en caso de no hacerlo del 130% de la prima que deberían pagar. La idea es que salga más barato contratar el seguro que no contratarlo, a pesar de que como ha sido ya mencionado, no existe un mecanismo perfecto de control para observar a los individuos sin seguro.

- Todas las compañías aseguradoras están obligadas a aceptar a cualquier ciudadano para la contratación del paquete básico de prestaciones, e incluso a aceptar individuos enfermos que aparezcan en el hospital y que permanezcan sin seguro para dichas prestaciones (sí se permite diferenciación de contratos y cierto grado de selección de riesgo para los seguros suplementarios, al margen del paquete básico de prestaciones).
- Los individuos que solicitan atención sanitaria pero que no se pueden identificar, serán atendidos pero deberán identificarse en el transcurso de cómo máximo dos semanas, sin poder evitar así la penalización en el caso de no haber contratado un seguro.
- La parte de la financiación del gasto sanitario que corresponde al impuesto relacionado con el nivel de renta (6.5%) la recolecta directamente la autoridad competente mediante cotizaciones sobre la renta o equivalente.
- Existen ayudas para compensar a los individuos cuya prima nominal (para el seguro sanitario social privado) supone una proporción significativa de sus ingresos. Esta ayuda se traduce en unos créditos en los impuestos.
- Se promueve la compra de seguros colectivos para los más desfavorecidos por parte de los municipios, ya que así se abarata las primas de seguro hasta alrededor de un 10%.
- Los individuos que no son residentes legales en Holanda no tienen en principio derecho a contratar el paquete básico de prestaciones. No obstante, sí pueden acceder a dichos servicios siendo responsables del gasto derivado. El uso de las urgencias sí se contempla como cubierto y garantizado. También existe una partida para compensar los gastos en atención primaria que no hayan sido cubiertos por los ciudadanos sin seguro.

Con estas medidas parece que está asegurada la cobertura para todos los individuos en Holanda. No obstante sigue habiendo algunas preocupaciones respecto a los grupos excluidos, como los inmigrantes que viven en Holanda pero a los que se les ha denegado el asilo político. Aunque no son muchos, se cree que su número alcanzará próximamente las 10,000 personas. Al mismo tiempo, también existe una preocupación porque parece insuficiente el fondo que se reserva a compensar los gastos derivados de la atención a inmigrantes ilegales (Stichting Een Royaal Gebaar, 2006).

Otro problema que se plantea son las acciones que se deben acometer respecto a los individuos que no pagan sus primas a las compañías aseguradoras. Para controlar en alguna medida este problema, se ha sugerido mantenerles el contrato de seguro pero impidiéndoles cambiarse a otros proveedores, de manera que sean más fáciles de localizar.

Por último, desde el punto de vista del financiamiento de los más desfavorecidos, dado que una de las ayudas mencionadas se va a gestionar como un crédito en los impuestos, esto puede hacer que el incremento de la renta disponible para los consumidores se traduzca en un uso no adecuado, o no referido a la compra del seguro sanitario, que es el objetivo último de la ayuda.

Competencia y elección

En el primer epígrafe de este segundo apartado nos hemos preocupado de mostrar el nivel de cobertura a nivel de asegurado, es decir, cómo el objetivo perseguido por el Ministerio de Salud holandés es el de llegar a toda la población residente en Holanda. Para conseguir dicho objetivo, se ha instaurado un sistema de *open enrollment*, en el que ningún consumidor puede ser rechazado por una aseguradora a la hora de contratar el paquete básico de prestaciones cubierto por el seguro sanitario social privado. El hecho de incorporar esta condición es un claro intento de eliminar la selección de riesgos en el mercado del aseguramiento sanitario obligatorio. De esta manera se ha pasado de un 63% de la población cubierta bajo un sistema social (los individuos de baja y media renta) a un objetivo del 100% de la población. Además, el hecho de que no se pueda rechazar a ningún consumidor de un contrato de seguros fomenta el grado de competencia por los asegurados, y favorece la elección del consumidor.

Para que no exista selección de riesgos, debe establecerse un sistema de reembolsos a las compañías aseguradoras que incorpore compensaciones por el riesgo asumido en la atención a los individuos (*risk equalization*). Si esto no fuera así, algunas compañías acabarían con un perfil de consumidores de más alto riesgo que otras, y por tanto, con pérdidas de no ser por evitar determinados perfiles de pacientes. Así pues, es necesario que se dé un ajuste de riesgos en el sistema de reembolso para evitar el desarrollo de la selección de riesgos ya sea directa (rechazando cierto perfil de individuos) o indirecta (ofreciendo coberturas adicionales que tienden a atraer a los individuos más sanos). Si bien el ajuste de riesgos puede ser prospectivo (*ex ante*) o retrospectivo (*ex post*) ya que ambos protegen a las compañías aseguradoras del riesgo de tener un perfil de pacientes de mayor riesgo, lo cierto es que un ajuste de riesgos prospectivo proporciona además un mayor incentivo a la eficiencia en la provisión de los servicios sanitarios que un sistema retrospectivo.

El ajuste de riesgos prospectivo que se está utilizando en Holanda comprende la siguiente información o ajustadores de riesgo: la edad, el género, la región, información sobre si el asegurado trabaja o no, por cuenta propia o ajena, o si está discapacitado, y también información sobre el uso anterior de servicios sanitarios, mediante los Grupos de Coste de Farmacia (Pharmacy-based Cost Groups, PCGs), y los Grupos de Coste de Diagnósticos (Diagnostic Cost Groups, DCGs). Si no se incorpora información sobre el estado de salud y por tanto el nivel de riesgo de los individuos, las compañías aseguradoras no serán compensadas por el riesgo de aceptar a todos los individuos y acabarán seleccionando pacientes por su nivel de riesgo. El modelo de ajuste de riesgos utilizado está siendo continuamente mejorado y ha incluido información sobre enfermedades crónicas a partir de la reforma de 2006.

Prueba del incremento en el grado de competencia que se ha derivado de la reforma del sistema sanitario holandés es el incremento en la movilidad de los asegurados de una compañía a otra. Así, durante los primeros cuatro meses de aplicación de la reforma, alrededor del 20% de los asegurados cambiaron de compañía, aunque de manera más reciente, otras estimaciones del Ministerio de Sanidad hablan de un 30% (Ministerie VWS, 2006). Si no se hubiera producido este incremento en la movilidad, sería una señal inequívoca de que algo estaba fallando en la promoción de la competitividad. Este es por tanto, uno de los indicadores más importantes en los que se debe fijar la reforma de un sistema sanitario.

Y buena parte de esa movilidad se está produciendo gracias a la competencia en precio de los contratos de aseguramiento. La competencia hace que las compañías aseguradoras deban ajustar las primas que pagan los consumidores a los costes reales, con un incentivo claro en reducir también los costes administrativos. Otro factor que favorece la competencia es el hecho de que la reforma permite que los aseguradores contraten de manera selectiva con los proveedores de servicios sanitarios, de manera que los proveedores también tienen incentivos a ser eficientes en la provisión para conseguir así contratos con las aseguradoras. El inconveniente de este último factor, es que el hecho de que las aseguradoras puedan contratar con distintos proveedores encarece los costes administrativos.

Cobertura en prestaciones

La reforma sanitaria holandesa presenta un conjunto de prestaciones básicas que son de obligado aseguramiento. Es el conjunto de servicios que pertenecen al segundo segmento dentro de la estructura de la provisión de servicios sanitarios y están estandarizados por ley para todas las compañías aseguradoras. En cambio, no están incluidas otras prestaciones que pasan a

engrosar el listado de las prestaciones que utilizan las compañías aseguradoras para competir por consumidores mediante los seguros suplementarios privados.

Cada año, el gobierno determina el nivel de la cotización estándar, y de esta forma se puede calcular también el crédito en los impuestos para los individuos desfavorecidos que lo necesiten.

Lo que falta por definir en este epígrafe y se hace a continuación es precisamente una especificación de las prestaciones que están realmente cubiertas por todas las aseguradoras mediante el paquete básico perteneciente al seguro sanitario social privado de obligado contrato para todos los residentes.

Aquí presentamos la evolución que ha tenido lugar durante la reforma del año 2006 en este sentido. Antes del año 2006, las prestaciones que estaban cubiertas bajo el seguro sanitario social (para un porcentaje de la población), venían definidas en términos de los productos incluidos, dentro de distintas categorías como la necesidad de tratamientos médicos o quirúrgicos, cuidados de obstetricia, cuidado dental, productos farmacéuticos, ingresos hospitalarios, transporte, utensilios médicos, cuidados de maternidad, servicios derivados del centro de análisis genéticos, rehabilitación, hemodiálisis, servicios de prevención de trombosis, fecundación in vitro, o los cuidados intensivos. La característica principal es que los servicios cubiertos o no cubiertos de cada categoría estaban especificados hasta 2006.

En cambio, a partir de 2006 y a consecuencia de la reforma, la descripción de las prestaciones cubiertas por el paquete básico dentro del seguro sanitario social privado ha sido enormemente simplificada. Ahora, esta descripción ya no se basa en la especificación de los servicios propiamente dichos, sino en las funciones que los servicios desempeñan. De esta manera, vienen especificadas estas funciones de la siguiente manera (Ministerie VWS, 2006):

- Atención médica, incluyendo la atención primaria integral por parte de los médicos de familia
- Cuidados dentales
- Tratamientos farmacéuticos
- Utensilios médicos y de ayuda
- Atención de enfermería
- Servicios sanitarios que incluyen tratamientos prenatales
- Estancia y pernoctaciones requeridas durante la atención médica
- Transporte relacionado a la atención médica o los tratamientos incluidos en el programa

Además, las compañías aseguradoras tienen la obligación de proveer al asegurado, si la contingencia asegurada lo requiere, los cuidados u otros servicios sanitarios que necesite, y el reembolso de los gastos que ese tipo de cuidados conlleve.

La ley holandesa especifica que es el gobierno el que regula el contenido y alcance del paquete básico de prestaciones, incluyendo la posible introducción eventual de copagos en ciertos tipos de servicios, o la exclusión de ciertos tipos de servicios. Esta especificación sirve para que los gobiernos futuros puedan modificar con cierta ligereza, sin necesidad de modificar la ley, la proporción de contribuciones de pre-pago por parte de los consumidores en relación al gasto sanitario total.

La intención que tiene el Ministerio cuando especifica de esta manera los servicios que quedan cubiertos mediante su funcionalidad, es derivar cierta flexibilidad para los proveedores, de manera que tengan incentivos en la provisión y uso eficiente de los recursos. Cuanto más eficiente sea un proveedor, más fácil será que la aseguradora que lo ha contratado pueda reducir la prima que debe pagar el asegurado, de manera que conseguirá una mayor cuota de mercado. En caso contrario, cuando todos los servicios cubiertos están especificados, es más complicado incentivar un uso eficiente al poder demandarse directamente las prestaciones incluidas.

También se consigue de esta manera trasladar en cierta manera incentivos a los asegurados, hacia un consumo racional de medicamentos y productos sanitarios. El mecanismo es el siguiente: dado que la compañía aseguradora se beneficia de la provisión eficiente, puede ofrecer a sus asegurados primas más bajas para que éstos se beneficien, mediante un incremento en la calidad y acceso de información sobre sus factores de riesgos y la promoción de hábitos saludables. Favoreciendo la prevención, se reduce el gasto sanitario y por tanto en un mercado del aseguramiento en competencia perfecta, esto se verá reflejado en una reducción de la prima ofrecida a los consumidores.

Otro tipo de incentivos que llegan a los consumidores toman forma mediante las cantidades deducibles optativas mencionadas previamente en la prima de seguro a cambio de un incremento en el riesgo de pago si finalmente se usan los servicios cubiertos, aunque esta medida tan sólo la han elegido un 7% de la población.

El sistema sanitario holandés también incorpora una posibilidad de ahorro de una cantidad de dinero para los consumidores que no hagan uso del sistema sanitario. De esta manera se trata también de reducir el uso abusivo de los servicios cubiertos. No obstante, para evitar que los consumidores dejen de usar servicios cuando realmente los necesitan, el uso de determinado

servicios no cuenta a efectos de este bonus para el consumidor. La cuantía de este bonus fue determinada en 255€ en el año 2006. Servicios que por tanto pueden ser usados sin perjuicio de recibir el bonus son por ejemplo las visitas al doctor de familia, o los cuidados prenatal y postnatal. El motivo es que se cree que una infrutilización de esos servicios puede ser realmente perjudicial para la salud de los individuos y finalmente, derivar en un mayor gasto social y sanitario.

Como se ha mencionado, no todos los servicios están cubiertos dentro del paquete básico. Así, existen una gran variedad de prácticas médicas no incluidas y que pasan a formar parte de los seguros suplementarios con los que las aseguradoras compiten por individuos o que si no han sido asegurados, el individuo deberá pagarlos íntegramente si los usa, como las visitas a los especialistas. Los paquetes suplementarios ofrecidos por las aseguradoras son distintos entre ellos, es decir, ofrecen distintas coberturas de atención médica para que el individuo elija en función de sus necesidades y preferencias; este tipo de seguros son opcionales. Un ejemplo de paquetes suplementarios es aquellos que incluyen gafas, gastos dentales para mayores de 18 años, anticonceptivos, complementos de la medicina como la homeopatía, o la parte de la atención fisioterapéutica no cubierta en el paquete básico.

Es importante matizar que aunque el mecanismo de incentivos que se ha diseñado parece adecuado, existen algunas preocupaciones que deben ser analizadas. La primera corresponde con el hecho de que los costes reales de la atención sanitaria no son perfectamente transparentes para los consumidores, y por tanto, no saben cuál es el valor de la prima que deberían estar dispuestos a pagar, o dicho de otra manera, las compañías aseguradoras podrían coludirse para incrementar dicha prima, ya que no es fácil observar cuál es el margen con el que actúa una compañía aseguradora.

En segundo lugar, es también preocupante el hecho de que el proceso de incremento en el nivel de competencia entre aseguradoras se puede truncar con la tendencia reciente a las fusiones dentro del mercado del aseguramiento. Cuanto menor sea el número de compañías operando en el mercado, más difícil será garantizar un grado aceptable de competencia.

3. La relación entre aseguradoras e individuos. Satisfacción y calidad

En un entorno en el que se promociona la competencia entre compañías aseguradoras, es necesario que exista en la medida de lo posible una transparencia en cuanto a la calidad de los servicios prestados, y fluya la información sobre la satisfacción de los individuos. El Estado Holandés toma un papel importante en esta labor, ya que debe controlar y supervisar el sistema, para evitar irregularidades, y le interesa observar que existe de

hecho la accesibilidad de todos los individuos al seguro sanitario social privado obligatorio y básico.

Desde el punto de vista del consumidor, la Ley del Paciente (Patient Act) de 1995 reforzó la posición de los pacientes en su relación con las aseguradoras. En los últimos años, las organizaciones que favorecen los derechos de los pacientes han incrementado su poder de actuación tanto en términos de calidad como en cantidad de las acciones que han acometido. Por ejemplo, la Ley de Gastos Médicos Excepcionales (Exceptional Medical Expenses Act, AWBZ) ha sido modificada para beneficiar las demandas de tratamientos de los pacientes crónicos y discapacitados. No obstante, todos los pasos no se dieron de la manera más adecuada, y a pesar de que este Ley sirvió para mejorar la cantidad de la provisión para este tipo de pacientes, no se consiguió definir de manera correcta la calidad de la responsabilidad en la provisión de los servicios.

La relación entre aseguradoras y asegurados también viene regulada por la Ley de Seguros Sanitarios ya mencionada como clave en la reforma sanitaria (Health Insurance Act, ZVW). En esta regulación se constituye el concepto de la “voz del paciente”, que obliga a las compañías aseguradoras a ofrecer un nivel de información aceptable a sus consumidores. No obstante, a pesar de que la nueva ley también instaura sanciones en el caso de que se produzcan abusos por parte de las empresas aseguradoras, lo cierto es que no proporciona a los consumidores los necesarios instrumentos legales para luchar contra dichos abusos. Así pues, la reforma sanitaria incrementa el nivel de elección para los consumidores y trata de formalizar la relación entre pacientes y aseguradoras, aunque no consigue de momento, garantizar plenamente los derechos de los pacientes ni una perfecta información para que puedan elegir de la manera más adecuada la compañía aseguradora.

Dentro de esta evolución hacia mejorar los derechos de los pacientes, merece la pena resaltar también la aparición de un organismo de control para la provisión de servicios sanitarios (Health Care Inspectorate, IGZ) en 2003, que trató de desarrollar unos indicadores de calidad sobre la actuación (performance) de los hospitales en temas como la accesibilidad, seguridad, o eficiencia. En aras de la transparencia en la calidad de los distintos proveedores, en 2005, este organismo publicó un informe sobre la calidad de los hospitales holandeses en el año anterior utilizando veinte indicadores de calidad. La Asociación de Aseguradoras de Holanda también publica desde 2006 anualmente una guía con los indicadores de calidad de los distintos hospitales. Además, y también desde 2006, se está desarrollando un Índice de Calidad percibida por el Consumidor (Consumer Quality Index, CQ). Los resultados de estos índices se publican en Internet en una página web financiada por el gobierno holandés (www.kiesbeter.nl). Este portal de salud pública trata de proveer toda la información sobre la calidad de los servicios prestados por las aseguradoras y proveedores, y permite la inclusión de



Propuestas de regulación al problema de los cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario

quejas y denuncias derivadas de un mal servicio ofrecido. De esta manera y publicitando esta información, se pretende que la elección de los consumidores sobre la compañía en la que quieren contratar su seguro sanitario social privado obligatorio o incluso el suplementario, se lleve a cabo con un mayor conocimiento y por tanto de manera más racional y más ajustada a las preferencias de los individuos.

Bibliografía de referencia

Leu, R, Rutten, FRH, Brouwer, W. Matter, P. and Rüttschi, C. The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal coverage and regulated competitive insurance markets. Commonwealth Fund pub. no. 1220.

Van de VEN, W and Schutt. F.T. Managed competition in the Netherlands: still work-in-progress. Health Econ. 18: 253–255 (2009)

WHO. Dutch health insurance scheme: challenges and opportunities for better performance in health financing. Discussion Paper Number 3. Geneva, 2007



Propuestas de regulación al problema de los cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario

Anexo 2. Opciones de reforma en el ajuste de riesgos en el seguro de salud chileno. Informe experto.

En el marco del proyecto se solicitó opinión experta del profesor Dr. Peter Zewifel de la Universidad de Zürich. El objetivo de su contribución versa sobre las opciones de reforma en el ajuste de riesgos y en especial en el diseño del Fondo de Compensación Solidario.

La aportación es relevante en la medida que señala los aspectos clave a tener en cuenta en la reforma y las recomendaciones para su implantación.



Propuestas de regulación al problema de los cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario



Socioeconomic Institute of the University
of Zurich

Hottingerstrasse 10, CH-8032 Zurich · Phone +41 1 634 27 20 · Fax +41 1 634 49

87

Prof. Dr. Peter Zweifel

E-mail : pzweifel@soi.uzh.ch

WWW: <http://www.soi.uzh.ch>

Expert report

Reform Options for Risk Adjustment in Chilean Health Insurance

1. Basic considerations

A basic tenet of economics is that price should reflect marginal cost, and theory predicts that any divergence between them creates problems. In the case of health insurance, the marginal cost of enrolling a consumer can be estimated only. It amounts to (the present value of) the stream of future health expenditure (HCE) to be covered plus administrative expense.

This fact has two implications. First, a competitive health insurer will try to gauge future HCE of a potential enrollee to estimate marginal cost. Since this depends not only on gender and age but also on future expected development of health status, risk aversion, education, marital status, occupation, family size, income, and area of residence (just to name a few determinants that

have been found in the literature), the existence of thousands of premium levels within ISAPRES is the predicted consequence of good business practice. Of course, this finding runs counter the report by *Sánchez and Muñoz* (2008), which decries an excessive amount of premium variation and the concomitant lack of market transparency (this issue will be addressed below).

Second, the imposition of uniform premiums through community rating causes insurers to discriminate against high risks. This holds true of any insurer who must remain solvent without government support, regardless of whether it is profit-seeking or not, and for the following reason. Given uniformity of premiums, enrolling a high risk causes future HCE to exceed the premium, i.e. marginal cost to exceed sales price. To ensure its economic survival, an insurer must eschew high risks, while seeking to attract low risks (with future expected HCE below premium) to balance the impending deficit caused by high risks.

The implementation of a RA scheme thus amounts to an attempt to close the gap between price and marginal cost from the insurer's point of view. Health insurers who have too many low risks on their books are made to pay into the RA scheme, while those with too few receive a payment from it. From the above, it becomes immediately evident that the RA formula would have to neutralize the influences of all determinants of the (present value of) expected future HCE. This is not possible even if all determinants were included in the formula, and for two reasons.

- (1) A given determinant of HCE may have a different influence on HCE because insurer A is more successful in influencing consumer and provider behaviour (controlling so-called moral hazard) than insurer B;
- (2) Present value calculation calls for a rate of discount, which equals the risk-adjusted rate of return required by investors. The Capital Asset Pricing Model (CAPM) predicts that this rate of return importantly depends on the Beta, i.e. the amount of correlation between the insurer's rate of return and that available on the capital market in general. However, the Beta of insurer A is likely to differ from that of insurer B, causing their rates of discount to differ as well. Therefore, the present value of a given stream of future HCE differs between insurers, causing insurer-specific gaps between marginal cost and price that cannot be neutralized by a common RA formula [see *Zweifel and Breuer* (2006)].

But even if the RA scheme were perfect from the insurer's point of view in the sense of closing the gap between price and marginal cost, it still is likely to be imperfect for consumers. At this point, it is important to recall the standard

economic distinction between paying and ultimately bearing a cost. In public finance, an indirect tax is levied on retailers (say) but ultimately borne by the consumers of the product because it is passed on in the sales price. The same distinction applies to community rating combined with a RA scheme. Indeed, low risks are made to pay a premium in excess of its actuarially fair value equalling their expected future HCE (plus a share of administrative expense). The first component of this excess is the gap between the actuarially fair premium, and the second, the contribution to the RA scheme paid (but not borne) by the insurer. Conversely, high risks benefit from a cross-subsidy consisting of the same two components.

Whatever the exact split between these two components, low risks are made to bear a cross-subsidy in favor of the high risks. They therefore have an incentive to avoid this cross-subsidization by seeking out a health insurer offering them a more favorable deal. As long as the RA scheme is not perfect for insurers (a very likely situation, as argued above), some of them still see a margin of price over marginal cost so have the financial means to come up with a lower premium for a low risk. Even if the RA scheme is perfect for insurers, they can still offer perks that do not increase HCE, such as quicker reimbursement of claims. Conversely, high risks have an interest in attaining a high cross-subsidy through their choice of insurer.

These considerations may motivate a short digression into an alternative that usually would be considered first-best in economics (Zweifel and Pauly, 2007). If there is a consensus in society that everyone should have access to health insurance regardless of risk status and income, government could implement this consensus through a targeted subsidy. Citizens who are high-risk and low-income earners at the same time would receive a subsidy enabling them to buy a basic level of health insurance coverage. Citizens who are high-risk but earn a high income are expected to pay the premiums themselves so do not receive a subsidy. With health insurers exposed to market competition, premiums would reflect their best estimates of future expected HCE. In keeping with societal consensus, government then would have to define (a) the package of benefits to be covered; (b) the premium associated with that coverage that serves as the benchmark for subsidization; and (c) the maximum share of premium in income where the subsidy kicks in. For instance, in Switzerland health insurance premiums are subsidized if they exceed 8 to 12 percent of taxable income, depending on the canton of residence (Zweifel, 2000). Similar schemes are in place in Liechtenstein and in the Netherlands (since the 2006 reform). This alternative provides also poor citizens with the money to shop for the contract offering them the best performance-price ratio. Of course, especially high-income favorable risks continue to have an incentive to avoid bearing the tax burden implied by this cross-subsidization; the question then becomes whether they have a

willingness to pay for redistribution if the money is spent on health premium subsidies (Neustadt and Zweifel, 2009).

Even if the Chilean government is unable or unwilling to consider a targeted premium subsidy, these considerations do raise one issue. As evidenced in the report by Palma (2008), FONASA mainly enrolls lower-income persons, whereas ISAPRE is selected by the higher-income ones. If societal consensus in Chile should indeed be that citizens characterized simultaneously by high risk and low income should be protected, government could wash its hands at ISAPRE to begin with. Those enrolled in ISAPRE who judge the premium to be excessive in spite of their high income always have the possibility of falling back on FONASA.

Therefore, simply ensuring workable competition among ISAPRE organizations while deregulating premiums and products may well be in accordance with societal consensus.

2. Minimum regulation solutions

The considerations formulated in the preceding sections suggest that – contrary to appearances – the “chaos” of premium schedules observed within ISAPRE may be the reflection of attempts to bring premiums in line with estimated future HCE. And the less the ‘marginal cost equal price’ rule is violated, the lower can be insurers’ level of risk selection effort.

Of course, the regulation introduced in 2005 designed to diminish the price variation within ISAPRE funds (Sánchez and Muñoz, 2008, p. 9) has caused marginal cost to deviate from price more than before. As a consequence, the RA scheme needs to be refined. Before addressing the issues surrounding such refinement, a few alternatives that may alleviate pressure even given the 2005 regulation are indicated in the following section.

2.1 Facilitating price and product comparisons

The high number of premium schedules on the market seems to point to a lack of transparency. This certainly holds from the point of view of a public agency who would like to govern Chilean health insurance “at its fingertips”. Still, the variety of prices may be the consequence of detailed reporting. To see this, one may consider the market for new cars in a city. Let there be 5 makes with 5 models each, giving rise to 25 official list prices that appear in the statistics of the Government. Now let there be 50 dealerships each selling 100 cars per quarter. Purchasers haggle about the value of traded-in cars, outright price reductions, extras ranging from audio equipment to leather seats, financing arrangements etc. These negotiations result in “personalized net prices” for most of the 5,000 (= 50 x 100) transactions. If all these net

prices were published, Government would likely note "a bewildering lack of transparency in the market for new cars".

However, competitive health insurance results in "personalized premiums" for reasons expounded in Section 1 above. From Sánchez and Muñoz (2008), it seems likely that insurers had to report their premiums in almost the same detail as one could make auto dealers report in the example above. Yet, when reporting about satisfaction of ISAPRES members, Cid, Muñoz, and Pezoa (2008) do not mention 'lack of transparency' as a reason for dissatisfaction.

Indeed, at the level of the individual consumer, market transparency is a much more limited concept, especially in the case of health insurance. Important attributes of the product concern the future, for instance

- future development of the premium;
- future responses of the insurer to increasing HCE in the guise of deductibles, rates of coinsurance, exclusions (For instance, will the insurer just mandate these modifications, or will it offer choices?);
- future guaranteed renewability of the contract (Does the insurer guarantee unchanged conditions should a permanent deterioration of health status occur? In return for how much 'upfront loading', i.e. premium surcharge during the early years of contract life?);
- future consumer accommodation policy (How harshly will the insurer interpret the 'small print' clauses of the policy?);
- future ease of access to health care providers who contract with the health insurer.

These parameters usually cause the (marginal) cost of obtaining information to be so high that most consumers limit their evaluation to very few alternatives.

In this context, the 'buscador electrónico' initiated by the Chilean Government is an extremely valuable tool. It does contribute to market transparency without burdening insurers with additional regulation. Although past performance of an insurer is an imperfect guide to the future (recall the phenomenon of 'regression to the mean'), the inclusion of satisfaction scores (disaggregated to the level of the individual insurer) of the type reported by Cid, Muñoz, and Pezoa (2008) could be a valuable addition to this electronic support offered to consumers.

2.2 Mandatory standard plan

If it is believed that facilitating price and product comparisons does not suffice to establish transparency, health insurers can be mandated to offer one plan with a standardized list of benefits. If that standard is kept rather low, the plan can also serve as a fallback option for consumers who seek a low-premium product. While this regulatory alternative already imposes some cost on insurers, it preserves their freedom to charge premiums in line with expected future HCE and to develop new products. In a time of rapidly increasing HCE (Copetta, 2008), the flexibility of competitive insurers to come up with contracts designed to limit moral hazard is an important asset. In particular, one insurer might introduce experience rating (usually in the guise of bonus options for no claims), while another might offer higher deductibles and still another, a higher rate of coinsurance, all of them of course in exchange for lower contributions. By way of contrast, uniform (i.e. cartelistic) solutions do not offer more choices to consumers so should be avoided (and even prohibited by the antitrust authority).

Of course, insurers have an incentive to game such a system, e.g. by marketing the standard plan at too low a premium in the hope of ultimately selling a markedly more expensive one. But at the very least, each one is able to offer a “within” alternative to cost-conscious enrollees rather than losing them.

Considerations of this type may well have been the motive for the Chilean Government to impose the Garantías Explicitas de Salud (GES) and the Cobertura Mínima. At the same time, it may be worth noting that consumers enrolled in ISAPRE already have a standard fallback plan in the guise of FONASA (assuming that they have the right to return there).

Thus, the Government of Chile came close to a minimum regulation solution, with one exception. As indicated by Sánchez and Muñoz (2008), a uniform premium is imposed on the GES component. This is sufficient to drive a wedge between price and marginal cost, inducing insurers to engage in risk selection. This is unfortunate because the mandatory combination ‘GES plus Cobertura Mínima’ should be available to everyone in ISAPRE. As soon as it is subject to risk selection, however, it ceases to serve as a fallback option for high-risk ISAPRE enrollees.

3. Improving risk adjustment in Chile

In this section, the status quo (as of 2008) is taken as given. Therefore, the issue to be addressed is to optimize RA in Chile, possibly by refining the existing RA formula. Before going into details, however, it is worthwhile to analyze the requirements for an optimal RA scheme.

3.1 Optimality conditions for a RA scheme

As noted in Section 1 above, premium regulation gives rise to a gap between price and marginal cost, i.e. between premium and expected future HCE in the context of health insurance, creating incentives for risk selection for both parties to the contract, viz. insurers and consumers. An optimal RA scheme closes this gap.

3.1.1 Optimality conditions from the insurers' point of view

The RA scheme optimally should close the gap between premium received from and (the present value of) expected future HCE to be paid for an enrollee. However, the impact of such a gap on insurer behavior depends on several parameters [for more details on the economics of health insurer behavior, see Zweifel, Krey, and Tagli (2007)].

(1) Importance of motives other than maximization of expected profit:

One such additional motive could be 'service to the community', in which case a given gap would not trigger as much risk-selection effort as otherwise. After all, such an insurer would want to protect high risks as well. The additional motive could also be 'benefitting existing members' as in a cooperative, however. In that case, any new member whose contribution margin falls short of the prevailing average will be eschewed.

(2) Degree of risk aversion: Even managers of for-profit companies with well-diversified investors often act in a risk-averse manner because their personal, job-specific investment of human capital is at stake. This is especially true if regulation threatens stiff sanctions in the event of insolvency (*Greenwald and Stiglitz, 1990*). The skewed distribution of HCE (with outliers at the high end) facing health insurers suggests that high risks are characterized by high variance of HCE. They therefore cause an increase in the overall underwriting risk borne by the company. Unless compensating risk management (RM) instruments are available, risk-averse insurers will avoid high risks given that their premiums contributions fail to cover their future HCE.

(3) Length of planning horizon: With a certain probability, a low risk becomes a high risk over time, and vice versa [for evidence, see e.g. *Beck et al. (2006)*]. The longer the insurer's planning horizon, the more it has to take these transitions into account when deciding about its investment in risk-selection effort. In addition, HCE within a risk category tends to follow the law of 'regression to the mean', making very high HCE less likely. Therefore, risk selection is itself associated with misclassification risk that tends to increase over time. Conversely,

imposing a planning horizon of one year only (which RA schemes typically do) may well encourage risk-selection efforts by insurers.

(4) Rate of discount: As stated in Section 1, this equals the rate of return that suffices to make the company's stock attractive to investors. This rate of return is company-specific because company A's stock can have more diversification effect (a lower Beta value) than company B's. The higher the rate of discount used by the insurer in calculating the present value of premium and HCE streams, the shorter its effective planning horizon, and the more it is predicted to engage in risk selection [see point (3) above]. By way of contrast, a high rate of discount serves to make investments in product innovation less attractive because payoffs a few years in the future do not contribute much to the present value of additional revenues generated.

(5) Set of risk management instruments available: From the insurers' point of view, risk selection constitutes an instrument of financial risk management. Instruments of RM all have their costs and (risk-adjusted) returns. Measures such as simply capping benefits, obtaining RA payments, purchasing stop-loss reinsurance (if available), using underwriting results in other lines of business (e.g. auto insurance within the same conglomerate) as a loss offset, and achieving returns from capital investment (if legally permitted) all constitute RM tools that compete with risk-selection effort. The broader the choice of tools available, the less the insurer has to rely on risk selection.

In sum, without rather far-reaching insights into the objectives and constraints governing health insurers' behavior, RA is unlikely to succeed in neutralizing their incentive for risk selection in response to regulated premiums.

3.1.2 Optimality conditions from the consumers' point of view

As emphasized in Section 1, payments into the RA scheme are ultimately borne by low-risk consumers through a premium that exceeds their true risk reflected by the (present value of) future expected benefits. Conversely, payments from the RA scheme benefit high-risk consumers (regardless of their income and wealth, one may note), who do not have to come up with a premium covering their future expected HCE. Low-risk consumers have an incentive to avoid this cross-subsidization. Therefore, considerations similar to those applying to insurers are of relevance to consumers as well. Below, emphasis will be on the low risks, who tend to be more mobile.

(1') Importance of other than selfish motives: Although fully aware of the redistribution component inherent in their premium, low risks still may be willing to bear it for altruistic reasons. The fact that politicians have

successfully proposed National Health Service and National Insurance systems in several countries suggests that citizens may indeed be more altruistic than otherwise when it comes to access to health care services and health insurance. It should be noted, however, that presumably most citizens enrolled in ISAPRE already support FONASA through their income tax payments. They may therefore be less inclined to accept the additional cross-subsidization inherent in ISAPRE premiums in favor of high risks, most of whom are not poor.

(2') Degree of risk aversion: Changing insurers in search of a better deal constitutes an investment of time and effort with uncertain returns. As noted in Section 2.1 above, there are several dimensions to a contract that become transparent only as time goes on, especially in the course of a sickness episode. Risk-averse individuals tend to shy away from changing health insurance even if their premium paid contains a cross-subsidy component. Discrete choice experiments designed to measure willingness to pay for health insurance attributes in Germany and the Netherlands provide an indication of the importance of so-called status quo bias. Thus, consumers in Germany would have to be compensated by an estimated Euro 500 and in the Netherlands (as of 2006, after an information campaign by the government), Euro 250 to make them consider an alternative (*Zweifel and MacNeil, 2009*). This inertia generates leeway for sizable gaps between premiums paid and actuarially fair premiums without triggering migration between insurers.

(3') Length of planning horizon: A change of insurer amounts to an investment of time and effort that needs to have a payback period to be worthwhile. Other things equal, the length of this payback period decreases with age because remaining life expectancy diminishes. Therefore, it is rational for older consumers not to change health insurance anymore (even if they could obtain a better deal). This prediction was again confirmed in that status quo bias was found to increase with age in discrete choice experiments performed in Switzerland [*Becker and Zweifel (2007)*].

3.2 Defining the optimization problem

A RA formula should simultaneously minimize risk-selection effort on the part of health insurers and efforts to avoid/seek cross-subsidization on the part of consumers. It appears that the Report submitted by *Ibern et al. (2008)* addresses the first component of the problem only, neglecting the second. This is quite correct provided that RA is perfect from the insurers' point of view. In that event, no insurer has the financial resources anymore to attract a low-risk customer by coming up with a favorable deal. However, as argued in Section 1, RA cannot attain perfection. Therefore, low risks continue to have an incentive to migrate in search of an insurer helping them to get relief from cross-subsidization, and vice versa for high risks.

In this less-than-perfect situation, it is questionable whether the simultaneous minimization of both components is feasible at all. Refinements of the RA formula do serve to mitigate insurers' incentive to invest in risk selection. However, they almost necessarily cause the volume of RA to increase [Zweifel et al. (2007) and Eugster et al. (2009)]. Since insurers pass payments into the RA scheme on to their customers, low risks have to bear an increasing amount of cross-subsidization, causing them to step up their efforts to avoid it. High risks in turn have a strengthened interest in obtaining the cross-subsidy through their choice of insurer. Therefore, a RA formula cannot simultaneously minimize risk-selection efforts of both insurers and consumers as long as it is imperfect.

Moreover, *Ibern et al. (2008)* implicitly assume that refinement of RA is without cost. However, there are several components of cost (most of them hidden opportunity cost).

(1) Less product innovation: Since product innovation constitutes an investment, insurers must derive an advantage from it. However, this advantage is diminished by refinements of RA. The reason is that product innovations are tried first by the young and healthy. Especially changing an insurance contract constitutes an investment on the part of consumers, as argued in Section 3.1, item (2'). If the change proves beneficial, young persons enjoy a longer payoff period, while the healthy are better capable of dealing with the uncertainties surrounding such a move. In the discrete choice experiments cited above, respondents at younger ages and in good subjective health consistently exhibit lower status quo bias. The consequence is that product innovation causes the innovator's portfolio of risks to become more favorable. The more refined the RA formula, the more this makes the insurer pay into the RA scheme, even though it may not have aimed at risk selection. This prospect discourages product innovation.

(2) More collusion: The more elaborate regulation becomes, the greater both the incentive and the possibility of the regulated companies to collude. The incentive increases because no one wants to be singled out by the regulator for violating the rules. Refinements of RA thus are likely to strengthen the need for co-ordination, which is usually met by the association (of health insurers in the present case). From there, it is a small step to reaching agreement concerning products and prices as well. The possibilities for such collusion also increase because the association must organize committee meetings for dealing with the details of implementation. For participating health insurers, these meetings facilitate agreements on products and prices once more, undermining competition. At the very least, this has been the experience of the undersigned during his ten years of service in the Swiss Competition Commission.

(3) Possible insolvencies: Payments to the RA scheme constitute a liability to health insurers. A refinement of the RA formula can increase this liability by such an unexpectedly high amount as to drive the insurer to the brink of insolvency. This statement derives from a case study [Schoder et al. (2009)]. The RA refinement considered is complementing the Swiss RA formula by the adjuster, “Hospitalization during the previous year”, to become effective 2012 [see Beck et al. (2006) for details]. In the absence of diagnostic information, this appears to be an excellent second-best choice. It is easy to measure, proved to be a strong predictor of HCE in the following year, largely preserves insurers’ incentives for efficiency because not much under their control, and safe from gaming because easily verified. Simulating earlier introduction of this RA refinement, however, one particular insurer’s payments in the RA scheme are estimated to have increased by a factor of ten in 2006 and of 35 in 2007, attaining 13 percent of premium revenue. Since Swiss social insurance regulation does not allow insurers to employ most of the RM instruments cited in item (5) of Section 3.1, this particular insurer would likely have gone insolvent. Its ‘mistake’ had been to keep as many patients as possible out of hospital through Managed Care, a product innovation in full accordance with stated objectives of Swiss health policy. However, this caused it to have too few hospitalizations during the previous year, boosting its payments into the RA scheme. This also illustrates the negative effect a refinement of RA may have on product innovation [see item (2) above].

In sum, the decision-making problem at hand is not to minimize the sum of insurers’ and consumers’ risk-selection effort. It is one of optimization, i.e. taking into account the increasing opportunity cost of regulation that goes along with refinements of the RA scheme [for a quantitative formulation of a more simple optimization problem in a RA context, see Zweifel et al. (2007) and Eugster et al. (2009)].

3.3 Comments on the design of Chile’s RA formula

At the outset, it should be emphasized that Chile’s current RA formula is already quite sophisticated. In particular, it contains a large set of diagnostic groups for the GES component (Ibern et al., 2008). Several European RA schemes have to do without this information because health care providers cannot be made to disclose diagnostic codes. Instead, they have to rely on HCE distributions (for defining threshold values beyond which health insurers can shift cost to the RA scheme) and/or Pharmaceutical Cost Groups (as indicators of high risk). Given the existing degree of refinement, it is not clear whether the marginal benefits of further refinements outweigh their marginal costs. With this word of caution, an attempt is made to comment on the following five dimensions, WHEN, WHAT, WHO, HOW, and WHERE.

WHEN (defining the time dimension): As indicated in item (3) of *Ibern et al. (2008)*, Chile's current RA formula is based on monthly data. This has an important advantage. As can be seen from the case study cited in item (3) of Section 3.2, payments into the RA amount to a risky liability. The shorter the accounting period used for RA, the smaller the volatility of payments, which facilitates financial planning by insurers. On the other hand, as argued in item (3) of Section 3.1 above, the horizon used by RA tends to influence the planning horizon of the insurers. With RA forcing a monthly rhythm in reporting and financial planning, it is difficult to maintain the rather long planning horizon necessary for investing in product innovation. Except in periods with high unexpected rates of inflation in the health care sector, it may be therefore beneficial to return to a longer RA accounting period, e.g. six months.

WHAT (defining the cost components entering RA): One issue is whether HCE characterizing FONASA should enter the RA formula applied to ISAPRES [see *Ibern et al. (2008)*, item (6)]. The justification is that a larger risk pool permits to predict individual HCE more precisely, resulting in a more perfect RA. However, there is a trade-off with imparting error to the RA formula, inducing more risk-selection effort on the part of insurers. It may be recalled that a RA formula can be likened to a regression equation designed to predict the future HCE of an individual. If the explanatory variables (adjusters such as age, gender, and diagnosis) fail to correctly reflect the differences in HCE, then RA cannot neutralize the gap between price and marginal cost from the insurer's point of view. Now HCE incurred in FONASA is not likely to be a good explanatory variable in a regression equation designed to predict HCE of ISAPRE members. For example, higher income typically is associated with higher HCE in ISAPRE but less so (at least by design) in FONASA. However, including a 'wrong' explanatory variable in a regression is known to result in specification error unless the 'wrong' variable is uncorrelated with those explanatory variables that truly belong into the equation. And specification error has the potential of biasing all the estimated coefficients of the regression, i.e. imparting error to the entire RA formula. Since the adjusters enter with the wrong weights, HCE values are not correctly predicted [see an argument along the same lines in item (7) of *Ibern et al. (2008)*]. This effect has to be weighed against the greater precision in estimating the weights thanks to an inclusion of FONASA observations. If specification error should prevail, this inclusion would trigger risk-selection efforts on the part of ISAPRE insurers.

Another issue is whether or not to include administrative expense. The received wisdom is to only take HCE into account lest some insurers get part of their expenses paid by competitors, which would undermine efficiency. However, this may not be fully correct if high risks cause higher administrative expense than low ones, which is very likely since high risks initiate more

sickness episodes, each causing some expense. Therefore, just compensating an insurer for the higher HCE associated with a high risk fails to bring marginal cost back in line with price. On the other hand, high administrative expense may be indicative of risk-selection efforts, and it would be foolish to encourage these through RA payments. Distinguishing between the two cases may be difficult, making it advisable to remain with the status quo.

WHO (defining the entities subject to RA): One issue discussed by *Ibern et al. (2008)* concerns whether or not to subject closed funds to RA. Closed funds are usually associated with a particular profession or an employer. They therefore enrol employed people, who constitute favorable risks to begin with (at least in industrialized countries, where the unemployed have the time for physician and hospital visits). But even if all ISAPRE funds (mainly) enrol employed people, closed funds still benefit from a subtle advantage, similar to community-based insurers in other lower-income countries [see *Zweifel, Krey, and Tagli (2007)*]. The homogeneity of their membership facilitates social control, making it easier to reign in moral hazard. This is especially true if the fund enjoys the support of an employer, who has both the incentive and the means to limit moral-hazard effects among its workers. To the extent this is true of ISAPRE closed funds, one encounters the same trade-off as that described in the context of including FONASA data into the calculation of RA (see the WHAT dimension above). Including closed funds could impart specification error to the RA formula, causing increased risk-selection effort on the part of all insurers.

Another issue is whether to treat conglomerates in the same way as free-standing health insurers. Swiss experience shows that conglomerates can be used to undermine a RA scheme in the following way (*Beck et al, 2006*). Several insurers team up to create a joint sales office that heavily relies on telephone contact. Potential customers who call (in response to low advertised premiums) are quickly asked a few questions that allow the operator to gauge their risk status. Low risks are assigned to the low-risk fund with a low uniform premium, and *vice versa* for high risks. Low risks are satisfied because they get a better deal than from insurers who charge a premium calculated for an average risk pool. High risks learn that their premium is not as low as expected. Still, some are loath to bear the search cost associated with finding an alternative insurer (who moreover may well try to turn them away by losing application forms or recommending a competitor as more suitable). Therefore, the high-risk funds get some business as well, which is used to obtain payments from the RA scheme. However, these payments reflect the gap between HCE and average HCE of all insurers, which is more than the gap between the premium received and average HCE of the high-risk funds. Therefore, as long as RA is imperfect, the conglomerate has the means to offer low-risk consumers a favorable deal. In

fact, it internally simulates a market with risk-based premiums. Yet participating insurers satisfy the letter of the law by charging everyone the same premium.

HOW (defining the procedure): No specific comments.

WHERE (defining the area of residence): The issue here is the possible divergence between 'community' as defined by the Superintendencia for RA purposes and as conceived by insurers. It may well be that the RA regions do not correspond to differences in HCE as recorded by the insurers. For example, let a city be divided by the Superintendencia in two sections, A and B, with residence in A and B entering the RA formula. However, insurers may notice that within section A, HCE in subsection A1 is higher than in A2. Since this difference is not reflected in the RA formula, they will discriminate against consumers from subsection A1, e.g. by simply not having a sales office in A1. This may be counteracted by ever finer geographic subdivisions in the RA formula. However, the 'buscador electrónico' may go a far way in helping consumers find a suitable plan regardless of their place of residence, thus neutralizing insurers' risk-selection efforts of this type.

4. Recommendations

Based on the above considerations, it will come as little surprise that the recommendations below mainly amount to a 'not to do' rather than a 'to do' list in terms of additional regulation.

(1) Since RA will always be imperfect in at least one respect, it is advisable to limit or even reverse premium regulation (such as price bands and prescribed pricing factors) that makes RA necessary in the first place.

(2) Market transparency to the benefit of consumers may be enhanced by including satisfaction scores in the 'buscador electrónico'.

(3) Consumers who are dissatisfied with their ISAPRE plan may be given an easier transition back to FONASA.

(4) To encourage longer planning horizons by insurers, it may be worthwhile to extend the horizon imposed by RA to at least six months.

(5) Health insurers' reliance on risk selection as a risk management tool can be mitigated by permitting them to use other instruments, ranging from offering other lines of insurance to reinsurance and on to capital market investments (both domestic and international, to enhance diversification effects).

Regarding the 'to do' list, one possibility relates back to the basic considerations of Section 1. There, the first-best solution was said to consist in allocating any redistributive function to the government through tax-financed premium subsidies rather than to competitive insurers who necessarily seek to bring price in line with marginal cost. A second-best solution would be for the redistributive role of the Government to be assumed by the RA scheme. Payments into the RA scheme would be used to subsidize the premiums of consumers who combine the characteristics 'high risk and hence high premium' with 'low income and wealth' (the latter in a relative sense since most ISAPRE members are non-poor). This solution has the following consequences for the agents involved, viz. ISAPRE insurers, the RA scheme, consumers, and the Government.

- (a) For ISAPRE insurers, incentives for risk selection will not be fully neutralized, as before. However, high-risk consumers who receive the means-tested subsidy will be able to pay a higher premium that more closely reflects their true risk. Therefore, insurers have less incentive to 'skim the cream' to begin with. Moreover, further refinement of the RA formula becomes unnecessary, obviating rent-seeking attempts of some insurers to modify the formula to their advantage.
- (b) As to the RA scheme, its proceeds define a budget out of which it can pay out subsidies in a targeted way. If the budget is tight, it will have to tighten the eligibility criteria; if it has slack, the scheme can be more generous. These adjustments can presumably be effected in a faster and more flexible way than by the Government.
- (c) On the part of consumers, at least the most salient hardships can be avoided. On the other hand, to the extent that insurers use their newly gained freedom to implement experience rating of premiums, many consumers will learn that limiting their moral hazard pays off in the guise of premium rebates.
- (d) As to the Government, it will be relieved from the pressure to keep the regulatory spiral turning, resulting in increasingly efficiency-reducing refinements of the RA formula. This may be resisted by public officials employed in the regulatory agencies, who fear a loss of authority and with it, prestige and chances for promotion. Their know-how would however be valuable in a health insurance industry that has both the need and the opportunity to adopt new risk management tools, in accordance with item (5) above.

References

- Beck, K., Trottmann, M., Kaeser, U., Keller, B., von Rotz, S., and Zweifel, P. (2006), *Nachhaltige Gestaltung des Risikoausgleichs in der Schweizer Krankenversicherung* (Sustainable Design of Risk Adjustment in Swiss Health Insurance), Basel: Ott Verlag.
- Becker, K. and Zweifel, P. (2007) Age and Choice in Health Insurance: Evidence from a Discrete Choice Experiment, in: *The Patient*, 1 (1), 27-40.
- Cid, C., Muñoz, A., and Pezoa, A. (2008), Evaluación de la Reforma de Salud en el Sistema Isapres y su Impacto en los Beneficiarios: Informe Final 2008, Santiago de Chile: Superintendencia de Salud, Dec. 2008.
- Copetta, C. (2008), El Mercado de los Seguros Complementarios de Salud, Santiago de Chile: Superintendencia de Salud, Aug. 2008.
- Eugster, P., Sennhauser, M., and Zweifel, P. (2009), Capping risk adjustment? Resubmitted to: *Journal of Health Economics*.
- Greenwald, B.C. and Stiglitz, J.E. (1990), Asymmetric Information and the New Theory of the Firm, in: *American Economic Review*, Papers and Proceedings, 80(2), 160-165.
- Ibern, P., Ellis, R.P., Wasem, J., and Vargas, V. (2008), Panel de Expertos para la Evaluación del Fondo de Compensación entre Isapres, Santiago de Chile: Superintendencia de Salud, Oct. 2008.
- Neustadt, I. and Zweifel, P. (2009), Income Redistribution: How Should the Cake Be Divided? SOI Working Paper, Socioeconomic Institute, University of Zurich, forthcoming July 2009.
- Palma, M.I. (2008), Una Mirada desde la Superintendencia a la Eficiencia Sectorial, Santiago de Chile: Superintendencia de Salud, Oct. 2008.
- Sánchez, M. and Muñoz, A. (2008), Productos y Precios en el Sistema ISAPRE, Documento de Trabajo, Santiago de Chile: Superintendencia de Salud, Sept. 2008.
- Schoder, J., Sennhauser, M., and Zweifel, P. (2009), Fine Tuning of Health Insurance Regulation: Unhealthy Consequences for an Individual Insurer, submitted to: *Journal of Regulatory Economics*.
- Zweifel, P. and Breuer, M. (2006), The Case for Risk-based Premiums in Public Health Insurance, in: *Health Economics, Policy and Law* 1(2), 171-188.
- Zweifel, P. (2000), Reconsidering the Role of Competition in Health Care Markets – Switzerland, in: *Health Policy, Politics, and Law* 25(5), 936-944.
- Zweifel, P., Krey, B.B. and Tagli, M. (2007), Supply of Private Voluntary Health Insurance in Low-income Countries, in: Alexander S. Preker et al. (eds.), *Private Voluntary Health Insurance in Development – Friend or Foe?*, Washington: The World Bank, 55-113.
- Zweifel, P. and Pauly, M.V. (2007), Market Outcomes, Regulation, and Policy Recommendations, in: A. S. Preker et al. (eds.), *Private Voluntary Health Insurance in Development – Friend or Foe?* Washington: The World Bank, 115-145.
- Zweifel, P., Eugster, P., and Sennhauser, M. (2007), Limitierung des schweizerischen Risikoausgleichs (Limiting the Volume of Risk Adjustment in Switzerland), Expert report submitted to Santésuisse. Solothurn: Santésuisse .
- Zweifel, P. and MacNeil, J. (2009), Preferences for Health Insurance in the Netherlands and Germany: Does it Matter Whether You Have a Chronic Condition?, under revision for *European Journal of Health Economics*.

Anexo 3. Revisión de cuestiones seleccionadas de la Ley de Isapres

En el marco del DFL 1/2005 el texto refundido incorpora la Ley de Isapres. Este texto en el marco de un sistema sanitario de acceso universal y con capacidad de elección de cobertura requeriría revisión en profundidad a la vista de los principios generales surgidos de la observación de usuarios “cautivos” en Isapres. En lugar de centrar las cuestiones en las dificultades por la fijación de precios, correspondería un análisis detallado de múltiples aspectos que dan lugar precisamente a la existencia de cautivos más allá del problema de los precios.

En este sentido, este anexo introduce una mención a los aspectos más destacables que requieren revisión para que en un marco de nueva regulación puedan resolverse tales cuestiones y mejore la capacidad de elección y competencia en el sistema de salud chileno.

Cabe considerar las páginas siguientes como una aproximación general y observaciones en el marco del presente documento. Por consiguiente se requeriría una reelaboración en profundidad que tratara de solventar los conflictos regulatorios dentro la ley y entre leyes a la vista de unos nuevos principios rectores en la política sanitaria.

<p>TÍTULO II De las Instituciones de Salud Previsional Párrafo 1° De las Instituciones Artículo 171.- Las Instituciones de Salud Previsional financiarán las prestaciones y beneficios de salud, con cargo al aporte de la cotización legal para salud o una superior convenida, a las personas que indica el artículo 135 de esta Ley. Para efectos de la aplicación de lo dispuesto en el número 7 del artículo 13 de la ley sobre Impuesto a las Ventas y Servicios, se entenderá que dichas Instituciones sustituyen en las prestaciones y beneficios de salud a los Servicios de Salud y Fondo Nacional de Salud. Las Instituciones deberán constituirse como personas jurídicas y registrarse en la Superintendencia. Los Servicios de Salud y los organismos adscritos al Sistema Nacional de Servicios de Salud, no podrán registrarse en la Superintendencia como Instituciones de Salud Previsional. Las Instituciones serán fiscalizadas por la Superintendencia sin perjuicio de la fiscalización o supervigilancia a que puedan estar sujetas de conformidad con el estatuto jurídico que las regula. Artículo 172.- Las Instituciones de Salud Previsional deberán proporcionar información suficiente y oportuna a sus afiliados respecto de las materias fundamentales de sus contratos, tales como valores de los planes de salud, modalidades y condiciones de otorgamiento. Las Instituciones de Salud Previsional deberán también mantener a disposición de sus afiliados y de terceros las informaciones a que se refiere el inciso anterior. Artículo 173.- Las Instituciones tendrán por objeto exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, así como las actividades que sean afines o complementarias de ese fin, las que en ningún caso podrán implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores. Las Instituciones no podrán celebrar convenios con los Servicios de Salud a que se refiere el Libro I de esta Ley, para el otorgamiento de los beneficios pactados. No obstante lo dispuesto en el inciso precedente, podrán celebrarse convenios que se refieran específicamente a la utilización de pensionados, unidades de cuidado intensivo y atención en servicios de urgencia, los que a su vez podrán comprender la realización de intervenciones quirúrgicas o exámenes de apoyo diagnóstico y terapéutico. Estos convenios podrán ser celebrados por cada Servicio de Salud con</p>	<p>La evolución previsible de la supervisión de entidades aseguradoras se dirige a crear una supervisión de conglomerados financieros, que incluye bancos y aseguradoras. En este sentido conviene una reflexión sobre las implicaciones que representa separar la supervisión financiera de la de salud.</p> <p>La concepción sustitutiva resulta de un criterio previo. Una concepción moderna de “managed competition” significaría que los ciudadanos tienen la opción de escoger entre distintas aseguradoras (de propiedad pública o privada) en condiciones equivalentes, lo uno no sustituye a lo otro sino que forma parte de un todo. Si todos forman parte de un todo, entonces no correspondería tal artículo. La Supervisión de salud sería aplicable a todos, mientras que la financiera a ISAPRES. El Sistema Nacional de Servicios de Salud correspondería a todos.</p> <p>Hay dos opciones: considerar contrato privado, o adhesión a un convenio general que regula las prestaciones de todos los usuarios. La segunda opción favorece comportamiento más homogéneo y evita supervisión innecesaria. En cualquier caso el contrato privado obligaría a aceptación universal y prestaciones homogéneas.</p> <p>Este párrafo relativo a convenios, puede ser contradictorio. Hay entornos donde puede ser deseable contratar proveedor público porque no hay otro. El problema de densidad demográfica limita la elección.</p>
---	--

<p>una o más Instituciones y en ellos los valores de esas prestaciones serán libremente pactados por las partes. En todo caso, ni la celebración ni la ejecución de estos convenios podrá ser en detrimento de la atención de los beneficiarios legales, quienes tendrán siempre preferencia sobre cualquier otro paciente.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, en los casos de atenciones de emergencia debidamente certificadas por un médico cirujano, las Instituciones deberán pagar directamente a los Servicios de Salud el valor por las prestaciones que hayan otorgado a sus afiliados, hasta que el paciente se encuentre estabilizado de modo que esté en condiciones de ser derivado a otro establecimiento asistencial. Si no existiere convenio, el valor será aquel que corresponda al arancel para personas no beneficiarias del Libro II de esta Ley, a que se refiere el artículo 24 de la Ley N° 18.681 y se aplicará sobre todas las prestaciones efectivamente otorgadas.</p> <p>Lo dispuesto en el inciso precedente se aplicará también respecto de atenciones de emergencia, debidamente certificadas por un médico cirujano, otorgadas por establecimientos asistenciales del sector privado. El valor a pagar por las instituciones será el que corresponda al pactado; en caso de no existir convenio, se utilizarán los precios establecidos por el establecimiento asistencial que otorgó las atenciones.</p> <p>En las situaciones indicadas en los incisos cuarto y quinto de este artículo, las Instituciones podrán repetir en contra del afiliado el monto que exceda de lo que les corresponda pagar conforme al plan de salud convenido.</p> <p>Asimismo, en las situaciones indicadas en los incisos cuarto y quinto de este artículo, se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de esta ley, dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención.</p> <p>Para los efectos de la aplicación de este artículo se entenderá que las Instituciones han otorgado un préstamo a sus cotizantes por la parte del valor de las prestaciones que sea de cargo de estos, si una vez transcurrido el plazo de treinta días hábiles desde que la ISAPRE ha pagado al prestador el valor de las atenciones otorgadas, el cotizante no ha enterado dicho monto directamente a la Institución de Salud Previsional.</p> <p>Dicho préstamo deberá pagarse por el afiliado en cuotas iguales y sucesivas, con vencimientos mensuales, en las que se incluirá el reajuste conforme</p>	<p>El criterio de persona asegurada se aplicaría a todas, tanto Fonasa como Isapre, por consiguiente el coste debe afrontarlo la aseguradora.</p> <p>Este párrafo es origen de múltiples controversias. La obligatoriedad de atención debe primar y los costes deben ser admisibles para la aseguradora. La repercusión al asegurado únicamente en el marco del límite de copagos anuales.</p> <p>El sistema de préstamos da lugar asimismo a controversia.</p>
--	---

al Índice de Precios al Consumidor y un interés equivalente a la tasa de interés corriente para operaciones reajustables en moneda nacional, a que se refiere el artículo 6º de la ley N° 18.010. Las cuotas mensuales no podrán exceder del 5% de la remuneración o renta imponible, tratándose de los afiliados dependientes, independientes o pensionados, ni de una suma equivalente al precio del plan de salud contratado, en el caso de los voluntarios. Para los efectos de la aplicación de este mecanismo, la Institución no podrá exigir a los usuarios cheques para garantizar el préstamo que se haya otorgado.

Para hacer efectivo el pago del crédito, la Institución notificará al afiliado y al empleador o entidad pagadora de la pensión, el monto que deberá enterarse mensualmente por el cotizante por concepto del préstamo otorgado y el plazo que durará el servicio de la deuda.

El pago del crédito se realizará por el afiliado en forma directa, si fuere independiente o voluntario, o a través del empleador o entidad previsional, si fuere dependiente o pensionado. En este último caso, el empleador o entidad pagadora de la pensión deberá retener y enterar en la Institución de Salud Previsional, la cuota mensual correspondiente, de conformidad con los plazos y procedimientos previstos en los artículos 185 y 186 de esta Ley.

Para el solo efecto del pago de este crédito, en caso de incumplimiento por parte del afiliado que deba pagar en forma directa, se aplicará lo dispuesto en los incisos quinto y sexto del citado artículo 186, salvo en lo que se refiere a la aplicación de las sanciones penales previstas en la Ley N° 17.322.

Sin perjuicio del sistema de crédito y pago enunciado en los incisos anteriores, el afiliado y la respectiva Institución de Salud Previsional podrán convenir otra modalidad de hacer efectivo el pago que corresponda al afiliado de acuerdo al plan de salud correspondiente. Facúltase a la Superintendencia para impartir instrucciones sobre los requisitos, modalidades y garantías del otorgamiento y servicio del crédito establecido en este artículo y, en su caso, para resolver sobre la aplicación de esta disposición a otros créditos que las Instituciones de Salud Previsional otorguen a sus afiliados.

Artículo 174.- Ninguna persona natural o jurídica que no hubiere sido registrada para ello por la Superintendencia, podrá dedicarse al giro que, en conformidad a la presente ley, corresponda a las Instituciones de Salud Previsional y, en especial, a

La cuestión previa es el requisito de ser compañía aseguradora en el marco de la regulación general de seguros

captar las cotizaciones de salud indicadas en los incisos segundo y cuarto del artículo 137 de esta Ley. Tampoco podrá poner en su local u oficina plancha o aviso que contenga, en cualquier idioma, expresiones que indiquen que se trata de una Institución de Salud Previsional; ni podrá hacer uso de membretes, carteles, títulos, formularios, recibos, circulares o cualquier otro papel que contenga nombres u otras palabras que indiquen que los negocios a que se dedica dicha persona son del giro de dichas Instituciones. Le estará, asimismo, prohibido efectuar propaganda por la prensa u otro medio de publicidad en que se haga uso de tales expresiones.

Las infracciones a que se refieren los incisos anteriores de este artículo, serán castigadas con presidio menor en sus grados medio a máximo.

El que sin tener la calidad de beneficiario, mediante simulación o engaño, obtuviere los beneficios establecidos en esta ley; y el beneficiario que, en igual forma, obtenga uno mayor que el que le corresponda, será sancionado con reclusión menor en sus grados mínimo a medio. En igual sanción incurrirá el que coopere o facilite por cualquier medio la comisión de estos delitos.

Artículo 175.- La entidad interesada deberá solicitar a la Superintendencia el registro, y proporcionará todos los antecedentes pertinentes que le fueren requeridos para acreditar el cumplimiento de las exigencias que establece la Ley.

La entidad deberá:

a) Informar a la Superintendencia la identidad de los socios, accionistas y sus controladores, siempre que posean una participación igual o superior al 10% del capital o tengan la capacidad de elegir a lo menos a un miembro del directorio, y

b) Acreditar que sus socios, accionistas y controladores no se encuentran en alguna de las situaciones previstas en el artículo 176 de esta Ley.

a Superintendencia deberá pronunciarse sobre la solicitud que le sea presentada, en un plazo no superior a sesenta días y podrá rechazar la que no cumpla con las exigencias legales o no acompañe los antecedentes requeridos.

La resolución que rechace el registro deberá ser fundada y de ella podrá pedirse reposición por la entidad afectada, dentro del plazo de diez días, contado desde la fecha de su notificación.

Artículo 176.- No podrán ser directores, gerentes, administradores, apoderados o representantes legales de una Institución de Salud Previsional, las siguientes

La actividad comercial de las ISAPRES debería limitarse con período anual de afiliación. Para ello conviene identificar qué ámbitos de información y promoción son deseables. Por ejemplo, promociones basadas en descuentos o regalos deberían evitarse.

La regulación de agentes debería corresponder a la regulación general de seguros.

La regulación de capitales mínimos debería corresponderse con los requisitos aseguradores convencionales.

personas:

- 1.- Los que hayan sido condenados por algún delito que merezca pena aflictiva, hasta el cumplimiento de la condena;
- 2.- Los fallidos no rehabilitados o quienes tengan prohibición o incapacidad de comerciar, y
- 3.- Los que, dentro de los cinco años precedentes al nombramiento, hayan sido directores, gerentes, administradores, apoderados o representantes legales de una persona jurídica sancionada por alguna Superintendencia con la revocación de su autorización de existencia, encontrándose dicha revocación a firme, a no ser que hayan salvado su responsabilidad en la forma que prescriba la Ley.

Artículo 177.- Las personas que deseen desarrollar la actividad de agente de ventas deberán inscribirse en el registro que lleve la Superintendencia. Los interesados deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- 1.- Ser chilenos o extranjeros radicados en Chile con carné de extranjería al día;
- 2.- Ser mayor de edad;
- 3.- Acreditar los conocimientos suficientes sobre el sistema de Instituciones de Salud Previsional, y
- 4.- Estar en posesión de licencia de educación media o estudios equivalentes.

Para solicitar la inscripción de un agente de ventas en el registro indicado en el número 16 del artículo 110, deberá acreditarse el cumplimiento de los requisitos precedentemente señalados, en la forma y oportunidad que determine la Superintendencia mediante instrucciones de general aplicación.

Queda prohibido ejercer, simultáneamente, las funciones de agente de ventas en más de una Institución de Salud Previsional, salvo autorización expresa de la Superintendencia.

El incumplimiento por parte de los agentes de ventas de las obligaciones que les impone la ley, instrucciones de general aplicación, resoluciones y dictámenes que pronuncie la Superintendencia, será sancionado por ésta con censura, multa de hasta quince unidades tributarias mensuales o cancelación de su inscripción en el registro. El no pago de la multa habilitará a la Superintendencia para cancelar el registro.

El agente de ventas a quien se le haya cancelado su inscripción en el registro, podrá solicitar a la Superintendencia su reinscripción, una vez transcurrido el plazo de dos años contado desde la fecha en que la resolución que decretó dicha cancelación haya quedado ejecutoriada.

Artículo 178. Las Instituciones deberán acreditar, al

momento de presentar la solicitud de registro a la Superintendencia, un capital mínimo efectivamente pagado, equivalente a cinco mil unidades de fomento. Las Instituciones deberán constituir, al momento de ser registradas, una garantía equivalente a dos mil unidades de fomento.

Asimismo, las Instituciones deberán mantener un patrimonio igual o superior a 0,3 veces sus deudas totales. Dicha relación será revisada mensualmente por la Superintendencia.

En todo caso, el patrimonio nunca podrá ser inferior a cinco mil unidades de fomento.

Artículo 179.- Las Instituciones deberán designar auditores externos independientes, los que deberán examinar la contabilidad, el inventario, los balances y otros estados financieros, e informar por escrito a la Superintendencia, en la forma que ésta determine en instrucciones de general aplicación.

Dichos auditores deberán ser elegidos de entre los inscritos en el Registro de Auditores Externos que lleva la Superintendencia de Valores y Seguros y les serán aplicables, en general, los requisitos, derechos, obligaciones, funciones y demás atribuciones que se establecen en la Ley sobre Sociedades Anónimas y su reglamento.

Los auditores externos serán remunerados por las Instituciones fiscalizadas.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso primero, la Superintendencia podrá requerir, adicionalmente, informes específicos o cualquier dato o antecedente relacionado con el cumplimiento de sus funciones en las Instituciones fiscalizadas; y examinar, en sus propias dependencias, dichas informaciones o antecedentes.

Artículo 180.- Las Instituciones deberán mantener un indicador de liquidez no inferior a 0,8 veces la relación entre el activo circulante y el pasivo circulante. Para los efectos de este cálculo, no se considerarán los instrumentos financieros señalados en el literal d), del inciso cuarto, del artículo 181 de esta Ley cuando se hayan emitido para respaldar la garantía de que trata dicho artículo. Dicha relación será revisada mensualmente por la Superintendencia.

Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia deberá dictar instrucciones de general aplicación para establecer las condiciones de diversificación, emisor y depositario de instrumentos de largo plazo y de fácil liquidación, así como la forma en que podrán ser considerados por las Instituciones, para establecer el indicador referido en este artículo. Para los efectos del

<p>cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo, la garantía se considerará parte integrante del activo circulante, con excepción de los instrumentos financieros a que se refiere el inciso precedente.</p> <p>Párrafo 2° De la Garantía</p> <p>Artículo 181.- Las Instituciones mantendrán, en alguna entidad autorizada por ley para realizar el depósito y custodia de valores, que al efecto determine la Superintendencia, una garantía equivalente al monto de las obligaciones que se señalan a continuación:</p> <p>1.- Respecto de los cotizantes y beneficiarios, el monto de garantía deberá considerar las obligaciones por concepto de prestaciones por pagar, prestaciones en proceso de liquidación, prestaciones ocurridas y no reportadas, prestaciones en litigio, excedentes de cotizaciones, excesos de cotizaciones y cotizaciones enteradas anticipadamente.</p> <p>2.- Respecto de los prestadores de salud, la garantía deberá considerar las obligaciones derivadas de prestaciones de salud otorgadas a los cotizantes y beneficiarios de la Institución.</p> <p>La actualización de la garantía no podrá exceder de treinta días, para lo cual la Institución deberá completarla dentro de los veinte días siguientes, hasta cubrir el monto total que corresponda a las referidas obligaciones.</p> <p>Cuando el monto de las antedichas obligaciones, dentro del período señalado en el inciso precedente, sea inferior a la garantía existente, la Institución podrá solicitar a la Superintendencia que rebaje el todo o parte del exceso. Dicha Superintendencia dispondrá de un plazo no superior a diez días para autorizar dicha rebaja, el que podrá prorrogarse por resolución fundada y por una sola vez.</p> <p>Los instrumentos financieros a considerar para la constitución de la garantía serán los siguientes:</p> <p>a.- Documentos emitidos por el Banco Central de Chile o la Tesorería General de la República;</p> <p>b.- Depósitos a plazo en moneda nacional con vencimiento a menos de un año emitidos por bancos;</p> <p>c.- Cuotas de fondos mutuos en instrumentos de deuda de corto plazo con duración menor a 90 días, nominados en moneda nacional;</p> <p>d.- Boletas de Garantías a la vista emitidas por bancos;</p> <p>e.- Pactos de retrocompra bancarios respaldados en instrumentos indicados en las letras a) y b) precedentes. El contrato deberá consignar expresamente la venta y promesa de retrocompra de estos instrumentos;</p>	<p>La opción nuevamente es contrato privado y regulación por convenio general en lo que se refiere a prestaciones</p> <p>En la medida que la Superintendencia debería tener el Registro Central de Usuarios, donde tendría identificados los que son asegurados y por quien.</p> <p>La opción de cotización por el empleador a un Fondo para que este retribuya a Fonasa e Isapre, es una opción a considerar.</p>
---	--

f.- Convenios de créditos en pesos o unidades de fomento endosables en que concurren dos o más bancos, siempre que el crédito sea exigible en menos de un año contado desde su suscripción y que el deudor se encuentre clasificado por agencias clasificadoras de riesgo inscritas en el Registro de la Superintendencia de Valores y Seguros, a lo menos, en categoría de riesgo AA;

g.- Depósitos a plazo, letras de crédito hipotecarias, bonos y otros títulos de deuda o crédito, emitidos por bancos;

h.- Cuotas de fondos mutuos cuyos activos se encuentren invertidos en valores o activos nacionales;

i.- Cuotas de fondos mutuos constituidos fuera del país;

j.- Cuotas de fondos mutuos constituidos en el país, cuyos activos estén invertidos en valores extranjeros;

k.- Cuotas de fondos de inversión;

l.- Bonos, pagarés y otros títulos de deuda o crédito, emitidos por empresas públicas o privadas;

m.- Acciones de sociedades anónimas abiertas con presencia bursátil, de acuerdo a los requisitos establecidos por la Superintendencia de Valores y Seguros mediante norma de carácter general y clasificadas como acciones de primera clase, en conformidad a la ley N° 18.045;

n.- Acreencias por concepto de cotizaciones de salud adeudadas por los afiliados o sus empleadores, en el porcentaje que señale la Superintendencia;

ñ.- Pactos de retrocompra bancarios respaldados en instrumentos distintos de los señalados en la letra e);

o.- Convenios de créditos en que concurren dos o más bancos, que no correspondan a los descritos en la letra f), y

p.- Otros instrumentos o activos de fácil liquidación que autorice el Superintendente de Salud.

En ningún caso la garantía podrá estar respaldada en instrumentos emitidos o garantizados por la Institución o sus personas relacionadas según se definen por el artículo 100 de la ley N° 18.045, de Mercado de Valores.

La Superintendencia dictará instrucciones de general aplicación para definir las condiciones de diversificación, emisor, clasificación de riesgo, presencia bursátil, valor de mercado y nivel de liquidez. Asimismo, la Superintendencia podrá, previo informe del Ministerio de Hacienda, establecer el porcentaje máximo para cada instrumento. Con todo, las ISAPRES deberán mantener, al menos, un 50% de la garantía en los instrumentos señalados en las letras a) a f) del inciso cuarto de este artículo.

El nivel de detalle resulta inusual para una Ley

La Superintendencia podrá, asimismo, señalar la o las instituciones depositarias de los instrumentos cuando no sea posible aplicar lo dispuesto en el inciso primero del presente artículo.

Cuando se trate de los instrumentos financieros indicados en las letras c), h), i) y j), la Institución deberá celebrar un mandato con un banco para la adquisición y administración de estos instrumentos financieros. La Superintendencia siempre podrá exigir a la ISAPRE acceso a la información con respecto a los instrumentos financieros que el banco mantenga por cuenta y a nombre de aquélla.

La ISAPRE deberá comunicar a la Superintendencia su intención de que parte de los fondos en garantía sean destinados al pago de alguna de las obligaciones a que se refieren los números 1 y 2 del inciso primero. Si transcurridos cinco días hábiles, la Superintendencia no se pronunciare sobre tal operación, se entenderá que ella puede llevarse a efecto.

Sin perjuicio de lo anterior, los fondos afectos a la garantía y los documentos representativos de estas obligaciones no podrán ser utilizados para caucionar ninguna otra obligación. Todo acto celebrado en contravención de este artículo será nulo.

La garantía de que trata este artículo será inembargable y en ningún caso podrá ser inferior al equivalente, en moneda nacional, a dos mil unidades de fomento.

En caso de cancelación del registro de una Institución de Salud Previsional, la garantía que deben mantener las Instituciones será liquidada y pagada exclusivamente por la Superintendencia, aún en caso de quiebra de la Institución, quedando, en consecuencia, dicha garantía fuera de la masa de la quiebra hasta que pierda su inembargabilidad.

Artículo 182.- La Superintendencia controlará que las Instituciones mantengan el patrimonio mínimo exigido y cumplan con la constitución y mantenimiento de la garantía.

Artículo 183.- La Superintendencia, en caso de cancelación del registro de una Institución de Salud Previsional, deberá, mediante resolución fundada, hacer efectiva la garantía y destinarla al pago de las obligaciones que, conforme a la ley, deben ser solucionadas con la garantía.

Párrafo 3°

De la Afiliación y las Cotizaciones

Artículo 184.- Los afiliados al Régimen que establece el Libro II de esta Ley que opten por aportar su cotización para salud a alguna Institución, deberán suscribir un

<p>contrato de acuerdo a lo establecido en esta Ley.</p> <p>La Institución deberá comunicar la suscripción del contrato a la Superintendencia y a la entidad encargada del pago de la pensión, si el cotizante fuere pensionado, o al empleador, si fuere trabajador dependiente, antes del día 10 del mes siguiente a la suscripción del contrato. Estas comunicaciones, como también las relativas al término del contrato, que deberán informarse a la Superintendencia y a la entidad encargada del pago de la pensión o al empleador, según corresponda, se efectuarán en la forma y de acuerdo a los procedimientos que dicha Superintendencia establezca.</p> <p>Artículo 185.- Las cotizaciones para salud de quienes se hubieren afiliado a una Institución de Salud Previsional, deberán ser declaradas y pagadas en dicha Institución por el empleador, entidad encargada del pago de la pensión, trabajador independiente o imponente voluntario, según el caso, dentro de los diez primeros días del mes siguiente a aquel en que se devengaron las remuneraciones, pensiones y rentas afectas a aquellas, término que se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente si dicho plazo expirare en día sábado, domingo o festivo.</p> <p>Sin embargo, cuando el empleador realice la declaración y el pago de las cotizaciones, a través de un medio electrónico, el plazo se extenderá hasta el día 13 de cada mes, aún cuando éste fuere día sábado, domingo o festivo.</p> <p>Para este efecto el empleador o entidad encargada del pago de la pensión, en el caso de los trabajadores dependientes y pensionados, deducirá las cotizaciones de la remuneración o pensión del trabajador o pensionado. Los trabajadores independientes y los imponentes voluntarios pagarán directamente a la Institución la correspondiente cotización.</p> <p>El empleador o entidad encargada del pago de la pensión que no pague oportunamente las cotizaciones de sus trabajadores o pensionados deberá declararlas en la Institución correspondiente, dentro del plazo señalado en el inciso primero.</p> <p>La declaración deberá contener, a lo menos, el nombre, rol único tributario y domicilio del empleador o entidad y del representante legal cuando proceda; nombre y rol único tributario de los trabajadores o pensionados, según el caso, el monto de las respectivas remuneraciones imponibles o pensiones y el monto de la correspondiente cotización.</p> <p>Si el empleador o entidad no efectúa oportunamente la declaración a que se refiere el inciso anterior, o si esta</p>	<p>Opción contrato o convenio. Ley general de prestaciones de aplicación a Fonasa e Isapres.</p> <p>No se trata de que sea complementario, sino básico. El nivel de copagos requiere ser equivalente entre Fonasa e Isapres en términos absolutos.</p>
--	--

es incompleta o errónea, será sancionado con una multa, a beneficio fiscal, de media unidad de fomento por cada cotizante cuyas cotizaciones no se declararen o cuyas declaraciones sean incompletas o erróneas. Si la declaración fuere maliciosamente incompleta o falsa, el Director del Trabajo, quien solo podrá delegar estas facultades en los Directores Regionales; o el Superintendente que corresponda, podrá efectuar la denuncia ante el juez del crimen correspondiente. Corresponderá a la Dirección del Trabajo la fiscalización del cumplimiento por los empleadores de las obligaciones establecidas en este artículo, estando investidos sus inspectores de la facultad de aplicar las multas a que se refiere el inciso precedente, las que serán reclamables de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 474 del Código del Trabajo. Corresponderá a la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, a la Superintendencia de Seguridad Social o a la Superintendencia de Valores y Seguros, sancionar en los términos precedentes a las entidades encargadas de pagos de pensiones sometidas a su supervigilancia, por el incumplimiento de las obligaciones que este artículo establece.

Artículo 186.- Las cotizaciones que no se paguen oportunamente por el empleador, la entidad encargada del pago de la pensión, el trabajador independiente o el imponente voluntario, se reajustarán entre el último día del plazo en que debió efectuarse el pago y el día en que efectivamente se realice. Para estos efectos, se aumentarán considerando la variación diaria del Índice de Precios al Consumidor mensual del período comprendido entre el mes que antecede al mes anterior a aquel en que debió efectuarse el pago y el mes que antecede al mes anterior a aquel en que efectivamente se realice.

Por cada día de atraso la deuda reajustada devengará un interés penal equivalente a la tasa de interés corriente para operaciones reajustables en moneda nacional a que se refiere el artículo 6° de la Ley N° 18.010, aumentado en un veinte por ciento.

Si en un mes determinado el reajuste e interés penal aumentado a que se refiere el inciso anterior, resultare de un monto total inferior al interés para operaciones no reajustables que fije la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras aumentado en veinte por ciento, se aplicará esta última tasa de interés incrementada en igual porcentaje, caso en el cual no corresponderá aplicación de reajuste.

En todo caso, para determinar el interés penal se aplicará la tasa vigente al día primero del mes anterior

Equivalencia Fonasa e Isapres, (opción posible?)

<p>a aquel en que se devengue.</p> <p>Los representantes legales de las Instituciones de Salud Previsional tendrán las facultades establecidas en el artículo 2° de la Ley N° 17.322, con excepción de la que se señala en el número tres de dicha disposición.</p> <p>Serán aplicables en lo pertinente a los deudores que indica este artículo, lo dispuesto en los artículos 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9°, 11, 12, 14 y 18 de la Ley N° 17.322 para el cobro de las cotizaciones, reajustes e intereses adeudados a una Institución de Salud Previsional. Dichos créditos gozarán del privilegio establecido en el N° 6 del artículo 2472 del Código Civil. Sin perjuicio de todo lo anterior, a los empleadores o entidades que no enteren las cotizaciones que hubieren retenido o debido retener a sus trabajadores o pensionados, les serán aplicables las sanciones penales que establece la ley antes dicha.</p> <p>Los reajustes e intereses a que se refiere el inciso anterior serán de beneficio de la respectiva Institución de Salud Previsional.</p> <p>Artículo 187.- Las cotizaciones para salud que se pacten de conformidad a esta Ley, gozarán de la exención establecida en el artículo 18 del Decreto Ley N° 3.500, de 1980, por la cantidad de unidades de fomento que resulte de aplicar el porcentaje de la cotización legal de salud, al límite máximo de remuneraciones y renta imponible que establece el artículo 16 de dicho decreto ley.</p> <p>Artículo 188.- Toda vez que se produjeren excedentes de la cotización legal en relación con el precio del plan convenido, en los términos a que se refiere el inciso siguiente, esos excedentes serán de propiedad del afiliado e inembargables, aumentando la masa hereditaria en el evento de fallecimiento, a menos que el afiliado renuncie a ellos y los destine a financiar los beneficios adicionales de los contratos que se celebren conforme al artículo 200 de esta Ley.</p> <p>Para los efectos de determinar los excedentes a que se refiere este artículo, se considerará como cotización legal la percibida por la Institución y aquella que haya sido declarada, aun cuando no se haya enterado efectivamente.</p> <p>Los excedentes que se produjeren incrementarán una cuenta corriente individual que la Institución deberá abrir a favor del afiliado, a menos que el cotizante renuncie a ella y prepacte con la Institución de Salud Previsional que los eventuales excedentes que se produzcan durante la respectiva anualidad sean destinados a financiar un plan de salud que otorgue</p>	<p>El precio del plan podría ser objeto de límite. El precio máximo admisible podría indexarse como una proporción superior al coste de Fonasa.</p> <p>Resulta inadmisibles la consideración de enfermedades preexistentes en un contexto de</p>
--	--

<p>mayores beneficios.</p> <p>Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 197, el saldo acumulado en la cuenta corriente podrá ser requerido por el afiliado o beneficiario sólo para los siguientes fines:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Para cubrir las cotizaciones en caso de cesantía; 2.- Copago, esto es, aquella parte de la prestación que es de cargo del afiliado; 3.- Para financiar prestaciones de salud no cubiertas por el contrato; 4.- Para cubrir cotizaciones adicionales voluntarias, y 5.- Para financiar un plan de salud cuando el afiliado reúna los requisitos que la ley establece para pensionarse, durante el lapso comprendido entre la solicitud de la jubilación y el momento en que esta se hace efectiva. <p>En cualquier momento, el afiliado podrá resolver el destino de los excedentes de su cuenta corriente, de acuerdo al inciso precedente.</p> <p>Al momento de celebrarse el contrato de salud o en sus sucesivas adecuaciones anuales, el monto de los excedentes a destinar a la cuenta corriente individual no podrá ser superior al 10% de la cotización legal 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, la totalidad de los excedentes siempre incrementará la cuenta corriente individual del usuario.</p> <p>Los fondos acumulados en la cuenta corriente se reajustarán de acuerdo a la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor y devengarán el interés corriente para operaciones reajustables en moneda nacional a que se refiere el artículo 6°, de la Ley N° 18.010. El reajuste y el interés deberán ser abonados cada seis meses en la cuenta corriente por la respectiva Institución de Salud Previsional. Por su parte, la Institución podrá cobrar semestralmente a cada cotizante por la mantención de la cuenta un porcentaje cuyo monto máximo será fijado por la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, siempre y cuando el saldo de ella sea positivo.</p> <p>Con todo, cuando por cualquier causa se ponga fin a un contrato, la Institución deberá entregarle al afiliado, en un plazo máximo de 30 días contado desde el término, una liquidación en que se detalle el monto de lo acumulado en la cuenta abierta por ella a su favor, debidamente actualizado. Igual liquidación deberá ser puesta en conocimiento del afiliado con a lo menos 60 días de anticipación al cumplimiento de la anualidad.</p>	<p>cobertura obligatoria</p> <p>No corresponde igualmente las exclusiones</p>
---	---

<p>Los excedentes producidos durante la respectiva anualidad que no sean utilizados por cualquier causa, se acumularán para el período siguiente.</p> <p>En el evento en que se ponga término al contrato de salud y el interesado se incorpore a otra ISAPRE, deberán traspasarse dichos fondos a la respectiva Institución de Salud Previsional. Si el interesado decide, a partir de ese momento, efectuar sus cotizaciones en el Fondo Nacional de Salud, los haberes existentes a su favor deberán ser traspasados a dicho fondo.</p> <p>Párrafo 4° De las Prestaciones</p> <p>Artículo 189.- Para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios de salud que norma esta ley, las personas indicadas en el artículo 184 deberán suscribir un contrato de plazo indefinido, con la Institución de Salud Previsional que elijan.</p> <p>En este contrato, las partes convendrán libremente las prestaciones y beneficios incluidos, así como la forma, modalidad y condiciones de su otorgamiento. Con todo, los referidos contratos deberán comprender, como mínimo, lo siguiente:</p> <p>a) Las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud, en conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.</p> <p>Asimismo, se deberá pactar un plan complementario a las Garantías Explícitas señaladas precedentemente, el que incluirá los beneficios del artículo 149 de esta Ley, y los referidos en el artículo 194 de esta ley, en tanto no sean parte de dichas Garantías Explícitas, incluyendo copagos máximos, porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán, según corresponda. Este plan deberá contemplar, a lo menos, las prestaciones y la cobertura financiera que se fije como mínimo para la modalidad de libre elección que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo a lo dispuesto en el Régimen General de Garantías en Salud.</p> <p>b) El Plan de Salud Complementario, que podrá contener una o más de las siguientes modalidades para el otorgamiento de las prestaciones o beneficios:</p> <p>A.- Plan libre elección: aquél en que la elección del prestador de salud es resuelta discrecionalmente por el afiliado o beneficiario, sin intervención de la Institución de Salud Previsional.</p> <p>Para efectos del otorgamiento de las prestaciones de salud en la modalidad de libre elección cuya cobertura</p>	<p>El plan complementario como tal se llevaría a cabo en otras compañías aseguradoras en un mercado voluntario independiente.</p>
---	---

financiera se efectúe por la vía del reembolso, la Institución de Salud Previsional deberá pagarlas de acuerdo al plan, sin supeditarla a que los prestadores mantengan convenios con la Institución o estén adscritos a ella.

B.- Plan cerrado: aquél cuya estructura sólo contempla el financiamiento de todas las atenciones de salud a través de determinados prestadores individualizados en el plan, no previéndose el acceso a las prestaciones bajo la modalidad de libre elección.

Con todo, la Superintendencia podrá determinar, mediante instrucciones generales, los casos excepcionales en que el afiliado o beneficiario podrá ser atendido por un prestador distinto al individualizado en el plan, eventualidad en la cual tendrá derecho, como mínimo, a la cobertura financiera que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud en la modalidad de libre elección.

C.- Plan con prestadores preferentes: aquél cuya estructura combina la atención bajo la modalidad de libre elección y el financiamiento de beneficios a través de determinados prestadores previamente individualizados en el plan.

Los planes cerrados y los planes con prestadores preferentes se sujetarán a las siguientes reglas:

1.- Cada vez que el plan de salud asocie el otorgamiento de un beneficio a un determinado prestador o red de prestadores, deberá indicarse en dicho plan el nombre del o los prestadores institucionales a través de los cuales se otorgarán las prestaciones, sean éstas ambulatorias u hospitalarias.

Asimismo, la Institución de Salud Previsional deberá identificar en el plan a los prestadores que subsidiariamente brindarán las atenciones de salud a sus beneficiarios, en el evento de configurarse una insuficiencia.

Se configura una insuficiencia del o los prestadores individualizados en el plan, cuando se encuentran imposibilitados de realizar alguna de las prestaciones que forman parte de la oferta cerrada o preferente.

2.- En caso de prestaciones que se otorguen en virtud de la derivación a que alude el numeral precedente, el monto del copago del afiliado no podrá ser superior al que le habría correspondido si hubiera sido atendido por el prestador de la red. Cualquier diferencia será financiada por la Institución de Salud Previsional.

Las Instituciones de Salud Previsional no podrán excepcionarse de la responsabilidad que para ellas emana de los contratos de salud en lo que se refiere a acceso, oportunidad y cobertura financiera,

Los convenios a los que los ciudadanos chilenos afecten, también deben aplicarse.

La existencia de planes complementarios requiere una certificación de producto por parte de la Superintendencia y autorización en el marco de la Superintendencia de Valores que es quien regularía la aseguradora privada voluntaria.

Este debe ser un producto certificado idéntico para todas las Isapres.

<p>atribuyéndosela a los prestadores.</p> <p>3.- En los planes con prestadores preferentes, la modalidad de libre elección sólo opera en caso de que el beneficiario opte voluntariamente por ella y no puede, en consecuencia, ser utilizada por la Institución de Salud Previsional para suplir las insuficiencias del prestador individualizado en la oferta preferente del plan.</p> <p>4.- Los contratos de salud deberán garantizar la atención de urgencia de las prestaciones que conforman su oferta cerrada o preferente, identificando en el plan de salud el o los prestadores con los cuales haya convenido el otorgamiento de dicha atención y los procedimientos para acceder a ellos.</p> <p>Asimismo, se deberá explicitar la cobertura que se otorgará a las atenciones de urgencia, sea que éstas se realicen por los prestadores mencionados en el párrafo anterior o por otros distintos.</p> <p>Los contratos de salud deberán establecer el derecho del afiliado que, con ocasión de una emergencia, haya ingresado a un prestador distinto de los mencionados en el párrafo primero de este numeral, a ser trasladado a alguno de los prestadores individualizados en el plan, y el derecho de la Institución de Salud Previsional a trasladar al paciente a uno de estos prestadores, sujetándose a las siguientes reglas:</p> <p>a.- Corresponderá al médico tratante en el establecimiento determinar el momento a partir del cual el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado.</p> <p>b.- Si el paciente o sus familiares deciden el traslado a un prestador que forme parte de la oferta cerrada o preferente, accederán a la cobertura prevista en el plan, desde el momento del traslado. Si, por el contrario, no obstante la determinación del médico, optan por la mantención en el establecimiento o por el traslado a otro que no forme parte de la oferta cerrada o preferente, no podrán requerir la cobertura prevista en el plan cerrado o preferente.</p> <p>En todos estos casos, para resolver discrepancias, se aplicará el procedimiento previsto en el inciso final del artículo 9º de la ley N° 19.966.</p> <p>5.- El término del convenio entre la Institución de Salud Previsional y el prestador institucional cerrado o preferente, o cualquier modificación que éstos le introduzcan, no afectará el monto que, en virtud del plan contratado, corresponde copagar a los beneficiarios por las atenciones recibidas, hasta el cumplimiento de la respectiva anualidad.</p> <p>Al cumplirse dicha anualidad la Institución de Salud</p>	<p>Las prestaciones preventivas aplican a todos Fonasa e Isapre</p> <p>Las declaraciones de salud dejan de ser</p>
--	--

<p>Previsional podrá adecuar el contrato, debiendo informar al cotizante, en la carta respectiva, la circunstancia de haberse puesto término o de haberse modificado el referido convenio. Además, la Institución pondrá en conocimiento del afiliado las adecuaciones propuestas al plan vigente y los planes de salud alternativos de condiciones equivalentes a aquél. Tanto la adecuación del plan como los planes alternativos que la Institución ofrezca al cotizante podrán contemplar el otorgamiento de beneficios por un prestador distinto de aquél identificado en el plan vigente antes de la adecuación.</p> <p>c) Forma en que se modificarán las cotizaciones y aportes, prestaciones y beneficios, por incorporación o retiro de beneficiarios legales del grupo familiar. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 202 de esta ley, deberá establecerse en qué condiciones, durante la vigencia del contrato, se incorporarán los nuevos beneficiarios, señalándose, precisamente, la forma cómo se determinará la cotización adicional que se cobrará por ellos.</p> <p>d) Mecanismos para el otorgamiento de todas las prestaciones y beneficios que norma esta ley y de aquellos que se estipulen en el contrato.</p> <p>e) Precio del plan y la unidad en que se pactará, señalándose que el precio expresado en dicha unidad solo podrá variar una vez cumplidos los respectivos períodos anuales. Asimismo, deberá indicarse el arancel o catálogo valorizado de prestaciones con sus respectivos toques que se considerará para determinar el financiamiento de los beneficios, la unidad en que estará expresado y la forma y oportunidad en que se reajustará. Dicho arancel de referencia contemplará, a lo menos, las prestaciones contenidas en el arancel del Fondo Nacional de Salud a que se refiere el artículo 159 de esta Ley, o el que lo reemplace en la modalidad de libre elección.</p> <p>El precio de las Garantías Explícitas se regulará de acuerdo a lo dispuesto en el Párrafo 5° de este Título.</p> <p>f) Montos máximos de los beneficios para cada beneficiario, si los hubiere, o bien, montos máximos establecidos para alguna o algunas prestaciones, si fuere del caso, siempre con la limitación establecida en el inciso primero del artículo 190.</p> <p>g) Restricciones a la cobertura. Ellas solo podrán estar referidas a enfermedades preexistentes declaradas, por un plazo máximo de dieciocho meses, contado desde la suscripción del contrato, y tendrán la limitación establecida en el inciso primero del artículo 190.</p>	<p>efectivas cuando hay obligatoriedad de cobertura.</p> <p>El aumento de precio facilita el incumplimiento de este artículo. Los aumentos máximos que situarían en el 25% superior a Fonasa lo limitaría anualmente.</p>
---	---

En el caso del embarazo se deberá consignar claramente que la cobertura será proporcional al período que reste para que ocurra el nacimiento.

No obstante lo anterior, en el caso de enfermedades preexistentes declaradas, el futuro afiliado podrá, en casos calificados, solicitar por escrito, con copia a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales en Salud, que la Institución le otorgue para dichas patologías, por dieciocho meses más, la cobertura que el Fondo Nacional de Salud ofrece en la Modalidad de Libre Elección a que se refiere el Libro II de esta Ley. Lo anterior, con la finalidad de ser aceptado en la respectiva Institución de Salud Previsional. La Superintendencia regulará, mediante instrucciones de general aplicación, la operación de lo dispuesto en este párrafo.

h) Estipulación precisa de las exclusiones, si las hubiere, referidas a las prestaciones señaladas en el inciso segundo del artículo 190.

El arancel y los límites de prestaciones o beneficios, solo podrán expresarse en la moneda de curso legal en el país o en unidades de fomento. El precio del plan deberá pactarse en unidades de fomento, moneda de curso legal en el país o en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud. Los planes en que el precio sea un porcentaje equivalente a la cotización legal de salud sólo procederán en el caso de los contratos a que se refiere el inciso final del artículo 200 de esta ley y de aquellos celebrados por dos o más trabajadores, en los que se hayan convenido beneficios distintos a los que se podrían obtener con la sola cotización individual. Si el precio del plan está pactado en unidades de fomento o como porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, deberá expresarse, además, su equivalencia en moneda de curso legal a la fecha de suscripción del contrato.

El cotizante de ISAPRE y las personas señaladas en el artículo 202 de esta Ley, podrán utilizar la modalidad institucional para la asistencia médica curativa del Libro II de esta Ley, de acuerdo al artículo 157 de la misma, sujetos al arancel para personas no beneficiarias de dicha ley en casos de urgencia, o de ausencia o insuficiencia de la especialidad que motive la atención, o ausencia o escasez de servicios profesionales en la especialidad de que se trate. Las personas a que se refiere este inciso deberán pagar el valor total establecido en el arancel aplicable a los no beneficiarios del Libro II de esta Ley, a menos que se encuentren en la situación prevista en los incisos cuarto y quinto del artículo 173, en que dicho pago

Antes del 30 de Octubre debería informarse del alza prevista de precios a Superintendencia y a los usuarios, para facilitar la competencia.

Los precios son vigentes para el año

<p>deberá efectuarlo directamente la Institución correspondiente.</p> <p>El Secretario Regional Ministerial respectivo calificará la concurrencia de los requisitos habilitantes a que se refiere el inciso anterior. Asimismo, velará porque la atención a personas no beneficiarias del Libro II de esta Ley no provoque menoscabo a la atención de los beneficiarios de dicho Libro.</p> <p>Cada vez que un afiliado o beneficiario solicite a una Institución de Salud Previsional un beneficio cualquiera en virtud de un contrato de salud, se entenderá que la facultad para requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, la entrega de la certificación médica que sea necesaria para decidir respecto de la procedencia de tal beneficio. La Institución de Salud Previsional deberá adoptar las medidas necesarias para mantener la confidencialidad de estas certificaciones.</p> <p>Si la Institución de Salud Previsional considera que la información proporcionada por el prestador es incompleta, imprecisa o teme fundadamente que no se ajusta a la verdad, podrá designar un médico cirujano independiente de las partes para que revise personalmente la ficha clínica. Si de la revisión resulta que no corresponde otorgar la cobertura financiera solicitada, la Institución de Salud Previsional informará de tal circunstancia al afiliado, el que podrá recurrir ante la Superintendencia, a fin de que ésta resuelva la controversia. El médico cirujano que se designe deberá estar inscrito en un registro que la Superintendencia llevará para estos efectos.</p> <p>El o los prestadores de salud deberán dar cumplimiento al requerimiento señalado en el inciso anteprecedente, y deberán permitir la revisión de la ficha clínica, dentro del plazo de cinco días hábiles. La Institución de Salud Previsional deberá mantener la información recibida en reserva, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley N° 19.628.</p> <p>Corresponderá a la Superintendencia vigilar el adecuado ejercicio de esta facultad y resolver los conflictos que puedan producirse entre los prestadores y las ISAPRES.</p> <p>Artículo 190.- No podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica correspondiente. Asimismo, las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegure, en la modalidad de libre elección, a todas las</p>	<p>Innecesario</p> <p>Los descuentos pueden ser arbitrarios. En un sistema de cobertura obligatoria la garantía de acceso debe evitar arbitrariedad. Los contratos deberían ser individuales.</p>
---	---

prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 31 de la Ley N° 19.966, que establece el Régimen General de Garantías en Salud. Las cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas.

Asimismo, no podrá convenirse exclusión de prestaciones, salvo las siguientes:

1.- Cirugía plástica con fines de embellecimiento u otras prestaciones con el mismo fin.

Para los efectos de lo dispuesto en este numeral no se considerará que tienen fines de embellecimiento la cirugía plástica destinada a corregir malformaciones o deformaciones sufridas por la criatura durante el embarazo o el nacimiento, ni la destinada a reparar deformaciones sufridas en un accidente, ni la que tenga una finalidad estrictamente curativa o reparadora;

2.- Atención particular de enfermería, salvo que se trate de prestaciones que se encuentren en el arancel de prestaciones de la Modalidad de Libre Elección a que se refiere el Libro II de esta Ley;

3.- Hospitalización con fines de reposo;

4.- Prestaciones cubiertas por otras leyes hasta el monto de lo cubierto. A solicitud del afiliado, la Institución de Salud Previsional deberá cobrar el seguro de accidentes del tránsito a que se refiere la Ley N° 18.490 directamente en la Compañía de Seguros correspondiente;

5.- Las que requiera un beneficiario como consecuencia de su participación en actos de guerra;

6.- Enfermedades o condiciones de salud preexistentes no declaradas, salvo que se acredite justa causa de error.

Para los efectos de esta Ley, se entenderá que son preexistentes aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud que hayan sido conocidas por el afiliado y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso. Tales antecedentes de salud deberán ser registrados fidedignamente por el afiliado en un documento denominado Declaración de Salud, junto con los demás antecedentes de salud que requiera la Institución de Salud Previsional. La Declaración de Salud deberá ser suscrita por las partes en forma previa a la celebración del contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso. La Declaración de Salud forma parte esencial del contrato; sin embargo, la falta de tal declaración no lo invalidará, pero hará presumir de derecho que la Institución de Salud Previsional renunció a la posibilidad de restringir

La obligatoriedad de que pertenecer a una empresa acaba añadiendo un seguro debería limitarse y dar opción libre.

la cobertura o de poner término a la convención por la omisión de alguna enfermedad o condición de salud preexistente.

Sin perjuicio de lo anterior, la Institución de Salud Previsional estará obligada a concurrir al pago de prestaciones por enfermedades o condiciones de salud preexistentes no declaradas, en los mismos términos estipulados en el contrato para prestaciones originadas por enfermedades o condiciones de salud no preexistentes cubiertas por el plan, si se acredita que la omisión se debió a justa causa de error o cuando haya transcurrido un plazo de cinco años, contado desde la suscripción del contrato o desde la incorporación del beneficiario, en su caso, sin que el beneficiario haya requerido atención médica por la patología o condición de salud preexistente. En estos casos, tampoco procederá la terminación del contrato de salud.

Se presumirá la mala fe si la Institución probare que la patología o condición de salud preexistente requirió atención médica durante los antedichos cinco años y el afiliado a sabiendas la ocultó a fin de favorecerse de esta disposición legal. En estos casos, la Institución de Salud Previsional podrá poner término al contrato, en los términos señalados en el artículo 201;

7.- Prestaciones otorgadas fuera del territorio nacional;

8.- Todas aquellas prestaciones y medicamentos, en este último caso de carácter ambulatorio, no contemplados en el arancel a que se refiere la letra e) del artículo 189. Sin consentimiento de la Institución de Salud Previsional no procederá la homologación de prestaciones, salvo que la Superintendencia lo ordene en casos excepcionales y siempre que se trate de prestaciones en que exista evidencia científica de su efectividad. En tales casos, el costo de la prestación para la Institución no podrá ser superior al que habría correspondido por la prestación a la cual se homologa.

No podrán existir períodos de espera durante los cuales no sean exigibles las prestaciones y beneficios pactados, excepto las correspondientes al embarazo y a enfermedades preexistentes, en los términos señalados en el artículo 189, letra g).

Artículo 191.- Por el pago u otorgamiento de un beneficio en virtud del contrato de salud, la Institución de Salud Previsional, por el solo ministerio de la ley y para todos los efectos, se subroga al afiliado o beneficiario en los derechos y acciones que éste tenga contra terceros, en razón de los hechos que hicieron necesaria la respectiva prestación, y hasta el monto que corresponda a lo que la ISAPRE haya pagado u otorgado.

Artículo 192.- Todos los beneficios distintos a los contemplados en las Garantías Explícitas en Salud que otorgue la Institución de Salud Previsional deberán estar incluidos en el Plan de Salud Complementario.

Artículo 193.- Las Instituciones de Salud Previsional, podrán celebrar contratos de salud con personas que no se encuentren cotizando en un régimen previsional o sistema de pensiones.

Estos contratos se regirán por las disposiciones de esta Ley en cuanto les sean aplicables y en especial por lo dispuesto en los artículos 181, 182, 183, 189, 197, 198 y 199.

Artículo 194.- Las Instituciones estarán obligadas respecto de sus beneficiarios a dar cumplimiento a lo establecido en el Libro II de esta Ley, en lo relativo al otorgamiento del examen de medicina preventiva, protección de la mujer durante el embarazo y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo y del niño hasta los seis años; así como para el pago de los subsidios cuando proceda. Las partes establecerán el mecanismo tendiente a proporcionar las prestaciones, sea por la Institución o por entidades o personas especializadas con quienes esta convenga, o con otras, las que se otorgarán en las condiciones generales contenidas en el Libro II de esta Ley, o superiores, si las partes lo acordaren. Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento de estos beneficios obligatorios serán sometidos por las Instituciones al conocimiento de la Superintendencia para su aprobación.

El cotizante podrá recurrir a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez correspondiente al domicilio que fije en el contrato, en su caso, cuando estime que lo obtenido por concepto de las prestaciones pecuniarias a que se refiere el inciso anterior, es inferior a lo establecido en el Libro II de esta Ley. El reclamo deberá ser presentado por escrito directamente ante dicha Comisión, señalando en forma precisa sus fundamentos.

La Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez conocerá del reclamo en única instancia, previo informe de la Institución reclamada, que deberá emitirlo, a más tardar, dentro de los tres primeros días hábiles siguientes al requerimiento.

Transcurrido el plazo de diez días hábiles, contado desde la fecha de presentación del reclamo, con o sin el informe a que se refiere el inciso anterior, la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez emitirá su resolución y en ella fijará el plazo, condiciones y modalidades para su cumplimiento.

<p>Si la Institución no cumpliere lo resuelto, el cotizante podrá solicitar el pago a la Superintendencia, la que hará efectiva la garantía a que se refiere el artículo 181, hasta el monto del subsidio adeudado pagándolo de inmediato. En tal caso, la Institución deberá completar la garantía, sin perjuicio de la multa que correspondiere.</p> <p>Artículo 195.- Sin perjuicio de lo establecido en el inciso primero del artículo anterior, la Institución deberá descontar de los subsidios que pague, el porcentaje que, conforme a la normativa previsional aplicable al cotizante, corresponda para financiar el fondo de pensiones y los seguros de invalidez y sobrevivencia, así como la cotización de salud, en los términos que establece el Decreto con Fuerza de Ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, el Decreto Ley N° 3.500, de 1980 y el Decreto Ley N° 3.501, del mismo año.</p> <p>La Institución deberá enterar los descuentos previsionales en la entidad previsional respectiva, en los plazos y términos que fija el Decreto Ley N° 3.500, de 1980, para el integro de este tipo de cotizaciones.</p> <p>Artículo 196.- Las licencias médicas que sirvan de antecedente para el ejercicio de derechos o beneficios legales que deban ser financiados por la Institución con la que el cotizante haya suscrito el contrato a que se refiere el artículo 189, deberán otorgarse en los formularios cuyo formato determine el Ministerio de Salud y ser autorizadas por la institución de salud previsional respectiva.</p> <p>La Institución deberá autorizar la licencia médica en el plazo de tres días hábiles, contado desde la fecha de presentación de la respectiva solicitud, vencido el cual se entenderá aprobada si no se pronunciare sobre ella.</p> <p>Si la Institución rechaza o modifica la licencia médica, el cotizante podrá recurrir ante la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez correspondiente, de conformidad con lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 194. El mismo derecho tendrá el empleador respecto de las licencias que haya autorizado la Institución.</p> <p>Los aspectos procesales del ejercicio de las facultades establecidas en el inciso anterior, contenidos en el Reglamento correspondiente, serán fiscalizados por la Superintendencia.</p> <p>Artículo 197.- Los contratos de salud a que hace referencia el artículo 189 de esta Ley, deberán ser pactados por tiempo indefinido, y no podrán dejarse sin efecto durante su vigencia, sino por incumplimiento de</p>	<p>Reformular las cuestiones de precio relacionadas con contrato anual.</p> <p>Tema a revisar en profundidad. Comentado previamente</p>
---	---



Propuestas de regulación al problema de los cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario

las obligaciones contractuales o por mutuo acuerdo. Con todo, la Institución deberá ofrecer un nuevo plan si este es requerido por el afiliado y se fundamenta en la cesantía o en una variación permanente de la cotización legal, o de la composición del grupo familiar del cotizante, situaciones que deberán acreditarse ante la Institución. Sin perjuicio de lo anterior, en caso de cesantía y no siendo aplicable el artículo 188 de esta Ley, la Institución deberá acceder a la desafiliación si esta es requerida por el afiliado.

El cotizante podrá, una vez transcurrido un año de vigencia de beneficios contractuales, desahuciar el contrato, para lo cual bastará una comunicación escrita a la Institución con copia al empleador o a la entidad pagadora de la pensión, según corresponda, dada con una antelación de, a lo menos, un mes del cumplimiento del primer año o de la fecha posterior en que se hará efectiva la desafiliación, quedando él y sus cargas, si no optaren por un nuevo contrato de salud previsional, afectos al régimen general de cotizaciones, prestaciones y beneficios de salud que les correspondan como beneficiarios del Libro II de esta Ley. La Superintendencia podrá impartir instrucciones de general aplicación sobre la forma y procedimiento a que deberán ceñirse las comunicaciones indicadas precedentemente.

Anualmente, en el mes de suscripción del contrato, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan. Las revisiones no podrán tener en consideración el estado de salud del afiliado y beneficiario. Estas condiciones generales deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes en el respectivo plan. La infracción a esta disposición dará lugar a que el contrato se entienda vigente en las mismas condiciones generales, sin perjuicio de las demás sanciones que se puedan aplicar. La adecuación propuesta deberá ser comunicada al afectado mediante carta certificada expedida con, a lo menos, tres meses de anticipación al vencimiento del período. En tales circunstancias, el afiliado podrá aceptar el contrato con la adecuación de precio propuesta por la Institución de Salud Previsional; en el evento de que nada diga, se entenderá que acepta la propuesta de la Institución. En la misma oportunidad y forma en que se comunique la adecuación, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer uno o más planes

alternativos cuyo precio base sea equivalente al vigente, a menos que se trate del precio del plan mínimo que ella ofrezca; se deberán ofrecer idénticas alternativas a todos los afiliados del plan cuyo precio se adecua, los que, en caso de rechazar la adecuación, podrán aceptar alguno de los planes alternativos que se les ofrezcan o bien desafiliarse de la Institución de Salud Previsional. Sólo podrán ofrecerse planes que estén disponibles para todos los afiliados y el precio deberá corresponder al precio base modificado por las tablas de riesgo según edad y sexo correspondientes. Sin perjuicio de lo anterior, las modificaciones de los beneficios contractuales podrán efectuarse por mutuo acuerdo de las partes y darán origen a la suscripción de un nuevo plan de salud de entre los que se encuentre comercializando la Institución de Salud Previsional.

Si el afiliado estimare que los planes ofrecidos no reúnen las condiciones de equivalencia indicadas en el inciso tercero, podrá recurrir ante la Superintendencia, la que resolverá en los términos señalados en el artículo 117 de esta Ley.

Cuando el cotizante desahucie el contrato y transcurrido el plazo de antelación que corresponde, la terminación surtirá plenos efectos a contar del primer día del mes subsiguiente a la fecha de expiración de dicho plazo.

Los beneficios contemplados para un mes estarán financiados por la cotización devengada en el mes inmediatamente anterior cualquiera sea la época en que la Institución perciba efectivamente la cotización.

En el evento que al día del término del contrato por desahucio el cotizante esté en situación de incapacidad laboral, el contrato se extenderá de pleno derecho hasta el último día del mes en que finalice la incapacidad y mientras no se declare la invalidez del cotizante.

Las Instituciones podrán en casos calificados solicitar a las comisiones que establece el artículo 11 del Decreto Ley N° 3.500, de 1980, o a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez de los Servicios de Salud, según corresponda, la declaración de invalidez del cotizante. Si la declaración de invalidez fuere solicitada a las Comisiones a que se refiere el citado artículo 11, las instituciones deberán financiar la totalidad de los gastos que demande esa solicitud, tales como exámenes de especialidad, análisis, informes y gastos de traslado del cotizante.

No se considerará incumplimiento del contrato por

parte del afiliado, el hecho de no haberse enterado por su empleador o por la entidad pagadora de la pensión, en su caso, las cotizaciones de salud pactadas y será obligación de la ISAPRE comunicar esta situación al afiliado dentro de los tres meses siguientes contados desde aquél en que no se haya pagado la cotización. Igual plazo tendrá la Institución de Salud Previsional para informar del no pago de la cotización y de sus posibles consecuencias, respecto de sus afiliados trabajadores independientes y cotizantes voluntarios. El incumplimiento de la obligación señalada en los dos incisos precedentes, será sancionado por la Superintendencia con multa, en los términos del artículo 220 de esta Ley. En el caso de trabajadores independientes, cotizantes voluntarios o trabajadores que, habiendo sido dependientes, se encuentren en situación de cesantía, la falta de notificación oportuna, además, impedirá a la Institución de Salud Previsional poner término al contrato por no pago de la cotización ni cobrar intereses, reajustes y multas.

Artículo 198.- La libertad de las Instituciones de Salud Previsional para cambiar los precios base de los planes de salud en los términos del inciso tercero del artículo 197 de esta Ley, se sujetará a las siguientes reglas:

1.- Antes del 31 de marzo de cada año, las ISAPRES deberán informar a la Superintendencia el precio base, expresado en unidades de fomento, de cada uno de los planes de salud que se encuentren vigentes al mes de enero del año en curso y sus respectivas carteras a esa fecha.

Para expresar en unidades de fomento los precios base de los planes de salud que se encuentren establecidos en moneda de curso legal, las Instituciones de Salud Previsional utilizarán el valor que dicha unidad monetaria tenga al 31 de diciembre del año anterior.

2.- En dicha oportunidad, también deberán informar la variación que experimentará el precio base de todos y cada uno de los contratos cuya anualidad se cumpla entre los meses de julio del año en curso y junio del año siguiente. Dichas variaciones no podrán ser superiores a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precios base informadas por la respectiva Institución de Salud Previsional, ni inferiores a 0,7 veces dicho promedio.

El promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precio base se calculará sumando las variaciones de precio de cada uno de los planes cuya anualidad se cumpla en los meses señalados en el párrafo anterior, ponderadas por el porcentaje de participación de su

cartera respectiva en la suma total de beneficiarios de estos contratos. En ambos casos, se considerará la cartera vigente al mes de enero del año en curso.

3.- Asimismo, la variación anual de los precios base de los planes creados entre febrero y junio del año en curso, ambos meses inclusive, deberá ajustarse a la regla indicada en el párrafo primero del numeral 2 precedente, al cumplirse la anualidad respectiva.

4.- La Institución de Salud Previsional podrá optar por no ajustar los precios base de aquellos planes de salud en donde el límite inferior de la variación, a que alude el numeral 2, es igual o inferior a 2%. Dicha opción deberá ser comunicada a la Superintendencia en la misma oportunidad a que alude el numeral 1 de este artículo.

5.- En ningún caso las ISAPRES podrán ofrecer rebajas o disminuciones respecto del precio base del plan de que se trate informado a la Superintendencia, a los afiliados vigentes o a los nuevos contratantes de ese plan.

6.- Se prohíbe ofrecer o pactar planes alternativos con menos de un año de comercialización o que, cumpliendo con la vigencia indicada, no tengan personas adscritas, a los afiliados o beneficiarios cuya anualidad se cumpla en el período indicado en el numeral 2. La misma prohibición se aplicará cuando se ponga término al contrato y la persona se afilie nuevamente en la misma Institución de Salud Previsional.

Corresponderá a la Superintendencia fiscalizar el cumplimiento de esta norma, pudiendo dejar sin efecto alzas de precios que no se ajusten a lo señalado precedentemente, sin perjuicio de aplicar las sanciones que estime pertinentes, todo lo cual será informado al público en general, mediante publicaciones en diarios de circulación nacional, medios electrónicos u otros que se determine.

Lo señalado en los incisos precedentes no será aplicable a los contratos de salud previsional cuyo precio se encuentre expresado en un porcentaje equivalente a la cotización legal.

Artículo 199.- Para determinar el precio que el afiliado deberá pagar a la Institución de Salud Previsional por el plan de salud, la Institución deberá aplicar a los precios base que resulten de lo dispuesto en el artículo precedente, el o los factores que correspondan a cada beneficiario, de acuerdo a la respectiva tabla de factores.

La Superintendencia fijará, mediante instrucciones de general aplicación, la estructura de las tablas de

factores, estableciendo los tipos de beneficiarios, según sexo y condición de cotizante o carga, y los rangos de edad que se deban utilizar.

Cada rango de edad que fije la Superintendencia en las instrucciones señaladas en el inciso precedente se sujetará a las siguientes reglas:

- 1.- El primer tramo comenzará desde el nacimiento y se extenderá hasta menos de dos años de edad;
- 2.- Los siguientes tramos, desde los dos años de edad y hasta menos de ochenta años de edad, comprenderán un mínimo de tres años y un máximo de cinco años;
- 3.- La Superintendencia fijará, desde los ochenta años de edad, el o los tramos que correspondan;
- 4.- La Superintendencia deberá fijar, cada diez años, la relación máxima entre el factor más bajo y el más alto de cada tabla, diferenciada por sexo, y
- 5.- En cada tramo, el factor que corresponda a una carga no podrá ser superior al factor que corresponda a un cotizante del mismo sexo.

En el marco de lo señalado en el inciso precedente, las Instituciones de Salud Previsional serán libres para determinar los factores de cada tabla que empleen. En todo caso, la tabla de un determinado plan de salud no podrá variar para los beneficiarios mientras se encuentren adscritos al mismo, ni podrá alterarse para quienes se incorporen a él, a menos que la modificación consista en disminuir de forma permanente los factores, total o parcialmente, lo que requerirá autorización previa de la Superintendencia; dicha disminución se hará aplicable a todos los planes de salud que utilicen esa tabla.

Cada plan de salud sólo podrá tener incorporada una tabla de factores. Las Instituciones de Salud Previsional no podrán establecer más de dos tablas de factores para la totalidad de los planes de salud que se encuentren en comercialización.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso precedente, las Instituciones de Salud Previsional podrán establecer nuevas tablas cada cinco años, contados desde las últimas informadas a la Superintendencia, manteniéndose vigentes las anteriores en los planes de salud que las hayan incorporado.

Las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a aplicar, desde el mes en que se cumpla la anualidad y de conformidad con la respectiva tabla, el aumento o la reducción de factor que corresponda a un beneficiario en razón de su edad, y a informar al cotizante respectivo mediante carta certificada expedida en la misma oportunidad a que se refiere el

inciso tercero del artículo 197.

Artículo 200.- Para la celebración de un contrato de salud, las partes no podrán considerar como condición el hecho de pertenecer el cotizante a una determinada empresa o grupo de dos o más trabajadores. En tales situaciones, se podrá convenir solo el otorgamiento de beneficios distintos de los que podría obtener con la sola cotización individual de no mediar dicha circunstancia, que deberá constar expresamente en el contrato.

En los casos anteriores, todos los beneficios a que tengan derecho los cotizantes y demás beneficiarios deberán estipularse en forma expresa en los respectivos contratos individuales, señalándose, además, si existen otras condiciones para el otorgamiento y mantención de dichos beneficios.

En el evento de que, por cualquier causa, se eliminen los beneficios adicionales por el cese de las condiciones bajo las cuales se otorgaron, ello solo podrá dar origen a modificaciones contractuales relativas al monto de la cotización pactada o a los beneficios convenidos, pudiendo siempre el afiliado desahuciar el contrato. Con todo, la Institución deberá ofrecer al cotizante un nuevo plan de salud, el cual, en caso alguno, podrá contemplar el otorgamiento de beneficios menores a los que podría obtener de acuerdo a la cotización legal a que dé origen la remuneración del trabajador en el momento de adecuarse su contrato.

Lo dispuesto en este artículo no será aplicable a aquellos contratos de salud que celebren las personas con Instituciones de Salud Previsional cuyo objeto sea otorgar prestaciones únicamente a trabajadores de una determinada empresa o institución, caso en el cual, la pérdida de la relación laboral podrá constituir causal de término anticipado del mismo, salvo que ella se origine por el hecho de acogerse a pensión. Tal circunstancia deberá dejarse expresamente establecida en el contrato.

Artículo 201.- La Institución sólo podrá poner término al contrato de salud cuando el cotizante incurra en alguno de los siguientes incumplimientos contractuales:

1.- Falsear o no entregar de manera fidedigna toda la información en la Declaración de Salud, en los términos del artículo 190, salvo que el afiliado o beneficiario demuestren justa causa de error.

La simple omisión de una enfermedad preexistente no dará derecho a terminar el contrato, salvo que la Institución de Salud Previsional demuestre que la omisión le causa perjuicios y que, de haber conocido

<p>dicha enfermedad, no habría contratado.</p> <p>La facultad de la Institución de Salud Previsional de poner término al contrato de salud, se entiende sin perjuicio de su derecho a aplicar la exclusión de cobertura de las prestaciones originadas por las enfermedades preexistentes no declaradas.</p> <p>2.- No pago de cotizaciones por parte de los cotizantes voluntarios e independientes, tanto aquellos que revistan tal calidad al afiliarse como los que la adquieran posteriormente por un cambio en su situación laboral. Para ejercer esta facultad, será indispensable haber comunicado el no pago de la cotización en los términos del inciso final del artículo 197.</p> <p>3.- Impetrar formalmente u obtener indebidamente, para él o para alguno de sus beneficiarios, beneficios que no les correspondan o que sean mayores a los que procedan. Igual sanción se aplicará cuando se beneficie a un tercero ajeno al contrato.</p> <p>4.- Omitir del contrato a algún familiar beneficiario de los indicados en las letras b) y c) del artículo 136 de esta Ley, con el fin de perjudicar a la Institución de Salud Previsional.</p> <p>Para ejercer la facultad establecida en el inciso precedente, la Institución de Salud Previsional deberá comunicar por escrito tal decisión al cotizante, caso en el cual los beneficios, con excepción de las prestaciones derivadas de enfermedades preexistentes no declaradas, seguirán siendo de cargo de la Institución, hasta el término del mes siguiente a la fecha de su comunicación o hasta el término de la incapacidad laboral, en caso de que el cotizante se encuentre en dicha situación y siempre que este plazo sea superior al antes indicado. Lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en la letra h) del artículo 189 de esta Ley.</p> <p>El cotizante podrá reclamar a la Superintendencia de esta decisión, dentro del plazo de vigencia de los beneficios indicados en el inciso anterior. Efectuado el reclamo, se mantendrá vigente el contrato hasta la resolución de éste, con excepción de las prestaciones derivadas de enfermedades preexistentes no declaradas.</p> <p>El derecho de la Institución de Salud Previsional a poner término al contrato caducará después de noventa días contados desde que tome conocimiento del hecho constitutivo de la causal de terminación. Para estos efectos, en el caso de las enfermedades preexistentes, el plazo se contará desde el momento que la Institución de Salud Previsional haya recibido los</p>	
--	--

antecedentes clínicos que demuestren el carácter preexistente de la patología; en el caso del no pago de la cotización, desde los treinta días siguientes a la fecha en que comunicó la deuda en los términos del inciso undécimo del artículo 197; en cuanto a la obtención indebida de beneficios, desde que a la Institución de Salud Previsional le conste dicho acto, y la omisión de un familiar beneficiario, desde que la Institución tome conocimiento de ella.

Artículo 202.- Los contratos celebrados entre la Institución y el cotizante deberán considerar como sujetos afectos a sus beneficios, a este y a todos sus familiares beneficiarios indicados en las letras b) y c) del artículo 136 de esta Ley.

Los beneficios del contrato se extenderán por el solo ministerio de la ley a todos los nuevos familiares beneficiarios que declare el cotizante. Asimismo, estos beneficios se extinguirán automáticamente, respecto de quienes pierden dicha calidad. En ambos casos, en conformidad a lo dispuesto en el artículo 189, las partes deberán dejar claramente estipulado en el contrato la forma y condiciones en que por la ampliación o disminución del número de beneficiarios variarán las condiciones del contrato.

Las Instituciones podrán aceptar que el cotizante, además de sus familiares beneficiarios señalados en el inciso primero, incluya en el contrato de salud como beneficiarios a otras personas. Estas personas enterarán cuando proceda sus cotizaciones de salud en la ISAPRE y dejarán de ser beneficiarios del Libro II de esta Ley cuando corresponda.

Con todo, en el evento de que un beneficiario adquiera la calidad jurídica de cotizante, podrá optar por permanecer en la Institución celebrando un contrato de acuerdo a lo establecido en esta ley. La Institución estará obligada a suscribir el respectivo contrato de salud previsional y a ofrecerle los planes de salud en actual comercialización, en especial aquéllos cuyo precio se ajuste al monto de su cotización legal, sin que puedan imponérsele otras restricciones que las que ya se encuentren vigentes ni exigírsele una nueva declaración de salud.

Artículo 203.- En el evento que el cotizante fallezca una vez transcurrido un año de vigencia ininterrumpida de los beneficios contractuales, la Institución de Salud Previsional estará obligada a mantener, por un período no inferior a un año contado desde el fallecimiento, todos los beneficios del contrato de salud vigente a la fecha en que se verificó tal circunstancia, a todos los beneficiarios declarados por aquél, entendiéndose

incorporados en éstos al hijo que está por nacer y que habría sido su beneficiario legal de vivir el causante a la época de su nacimiento.

El beneficio establecido en este artículo se sujetará a las siguientes reglas:

1.- Cuando corresponda, las Instituciones de Salud Previsional tendrán derecho a percibir las cotizaciones para salud provenientes de las pensiones o remuneraciones devengadas por los beneficiarios señalados en el inciso primero, durante el período en que rija el beneficio dispuesto en este artículo.

2.- Terminada la vigencia del beneficio, la Institución estará obligada a ofrecer al beneficiario el mismo plan de salud, debiendo éste pagar el valor que resulte de multiplicar el precio base del plan por el factor que corresponda a su sexo y edad.

Si el beneficiario no desea mantener el mismo plan, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecerle otro plan de salud en actual comercialización cuyo precio se ajuste al monto que por él se enteraba en la Institución, de acuerdo a la tabla de factores vigente en el plan de salud del cotizante fallecido, o uno menor, si así lo solicita expresamente el beneficiario.

3.- En los contratos de salud que se suscriban en virtud de esta disposición no podrán pactarse otras restricciones o exclusiones que las que se encontraban vigentes en el contrato que mantenía el cotizante fallecido con la Institución, ni exigirse una nueva declaración de salud.

Las personas indicadas en el inciso primero de este artículo podrán renunciar al beneficio allí establecido, sin perjuicio de ejercer, en tal evento, la facultad que otorga el segundo párrafo del numeral 2 del inciso precedente.

Artículo 204.- La Institución deberá otorgar al cotizante y demás personas beneficiarias un documento identificatorio, el cual se emitirá de acuerdo a las instrucciones de la Superintendencia.

Párrafo 5°

De las Garantías Explícitas del Régimen General de Garantías en Salud

Artículo 205.- Además de lo establecido en los artículos 189 y 194, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a asegurar a los cotizantes y sus beneficiarios las Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud, de conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

Los procedimientos y mecanismos para el

otorgamiento de las garantías deberán sujetarse al reglamento y serán sometidos por las Instituciones de Salud Previsional al conocimiento y aprobación de la Superintendencia.

Lo dispuesto en las letras f), g) y h) del artículo 189 no será aplicable a los beneficios a que se refiere este artículo, salvo en cuanto se convenga la exclusión de prestaciones cubiertas por otras leyes, hasta el monto de lo pagado por estas últimas.

El precio de los beneficios a que se refiere este Párrafo, y la unidad en que se pacte, será el mismo para todos los beneficiarios de la Institución de Salud Previsional, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato para el plan complementario y, salvo lo dispuesto en el artículo 207, deberá convenirse en términos claros e independiente del precio del mencionado plan.

Artículo 206.- Sin perjuicio de la fecha de afiliación, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a asegurar las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere este Párrafo, a contar del primer día del sexto mes siguiente a la fecha de publicación del decreto que las contemple o de sus posteriores modificaciones. Dichas Garantías Explícitas sólo podrán variar cuando el referido decreto sea revisado y modificado.

La Institución de Salud Previsional deberá informar a la Superintendencia, dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto, el precio que cobrará por las Garantías Explícitas en Salud. Dicho precio se expresará en unidades de fomento o en la moneda de curso legal en el país. Corresponderá a la Superintendencia publicar en el Diario Oficial, con treinta días de anticipación a la vigencia del antedicho decreto, a lo menos, el precio fijado por cada Institución de Salud Previsional. Se presumirá de derecho que los afiliados han sido notificados del precio, desde la referida publicación.

La Institución de Salud Previsional podrá cobrar el precio desde el mes en que entre en vigencia el decreto o al cumplirse la respectiva anualidad; en este último caso, no procederá el cobro con efecto retroactivo. La opción que elija la Institución de Salud Previsional deberá aplicarse a todos los afiliados a ella. El precio sólo podrá variar cada tres años, contados desde la vigencia del decreto respectivo, o en un plazo inferior, si el decreto es revisado antes del período señalado.

En las modificaciones posteriores del decreto que contiene las Garantías Explícitas en Salud, la

Institución de Salud Previsional podrá alterar el precio, lo que deberá comunicar a la Superintendencia en los términos señalados en el inciso segundo de este artículo. Si nada dice, se entenderá que ha optado por mantener el precio.

Artículo 207.- Las Instituciones de Salud Previsional a que se refiere el inciso final del artículo 200, podrán asegurar las Garantías Explícitas en Salud materia del presente Párrafo y las demás prestaciones pactadas en el plan complementario, con cargo al porcentaje de la cotización legal para salud.

Artículo 208.- Las normas del Párrafo 3° del Título II de este Libro, se aplicarán a las cotizaciones correspondientes al otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud por las Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 209.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 197, el afiliado podrá desahuciar el contrato de salud dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud o de sus posteriores modificaciones. Si nada dice dentro del referido plazo, el afiliado sólo podrá desahuciar el contrato sujetándose a las reglas contenidas en el referido precepto legal.

Párrafo 6°

De la creación y administración del Fondo de Compensación Solidario

Artículo 210.- Créase un Fondo de Compensación Solidario entre Instituciones de Salud Previsional, cuya finalidad será solidarizar los riesgos en salud entre los beneficiarios de dichas Instituciones, con relación a las prestaciones contenidas en las Garantías Explícitas en Salud, en conformidad a lo establecido en este Párrafo. El referido Fondo no será aplicable a las Instituciones a que se refiere el inciso final del artículo 200 o cuya cartera esté mayoritariamente conformada por trabajadores y ex trabajadores de la empresa o institución que constituyó la Institución de Salud Previsional, y será supervigilado y regulado por la Superintendencia.

Artículo 211.- El Fondo de Compensación Solidario compensará entre sí a las Instituciones de Salud Previsional, por la diferencia entre la prima comunitaria que se determine para las Garantías Explícitas en Salud y la prima ajustada por riesgos que corresponda, las que se determinarán conforme al Reglamento.

Para el cálculo de la prima ajustada por riesgos, sólo se considerarán las variables de sexo y edad.

Las primas a que se refiere este artículo, serán puestas

en conocimiento de las Instituciones de Salud Previsional para que, dentro del quinto día siguiente, manifiesten sus observaciones. Si nada dicen, se entenderán aceptadas.

Si alguna de ellas formulare observaciones, la Superintendencia deberá evacuar su parecer. De mantenerse la discrepancia, una comisión de tres miembros resolverá la disputa, sin ulterior recurso. La comisión estará integrada por un representante de la Superintendencia de Salud, un representante de las Instituciones de Salud Previsional, designado en la forma que señale el Reglamento, y un perito designado por sorteo de una nómina de cuatro que se confeccionará con dos personas designadas por la referida Superintendencia y dos por las Instituciones de Salud Previsional. La comisión deberá resolver dentro de los quince días siguientes a su constitución.

Los honorarios del perito serán de cargo de las Instituciones de Salud Previsional, en partes iguales.

Artículo 212.- La Superintendencia determinará el o los montos efectivos de compensación para cada Institución de Salud Previsional.

Las Instituciones de Salud Previsional efectuarán entre sí los traspasos que correspondan a las compensaciones que determine la Superintendencia de Salud, en el plazo y mediante el procedimiento que ésta determine.

Artículo 213.- La Superintendencia fiscalizará el cumplimiento por parte de las Instituciones de Salud Previsional de las obligaciones que establece este Párrafo.

En caso que alguna Institución de Salud Previsional no efectúe la compensación de que trata este Título en la oportunidad que corresponda o ésta sea menor a la determinada por la Superintendencia, dicho organismo, sin perjuicio de las sanciones administrativas que procedan, la hará con cargo a la garantía de que trata el artículo 181 de esta Ley. En este caso, la Institución de Salud Previsional estará obligada a reponer el monto de la garantía dentro del plazo de veinte días y si no lo hiciere, se aplicará el régimen de supervigilancia a que se refieren los artículos 221 y 222 de este mismo texto legal.

Los recursos administrativos o judiciales que deduzcan las Instituciones de Salud Previsional respecto de la procedencia o del monto de la compensación, no suspenderán los efectos de lo ordenado.

Artículo 214.- Para los efectos de lo dispuesto en este Párrafo, las Instituciones de Salud Previsional deberán enviar a la Superintendencia la información necesaria

para calcular los pagos y compensaciones indicados, conforme a las instrucciones de general aplicación que ésta emita.

Artículo 215.- El Reglamento a que se refiere este Párrafo, será expedido a través del Ministerio de Salud y deberá llevar la firma, además, del Ministro de Hacienda.

Párrafo 7°

Disposiciones Generales

Artículo 216.- Las Instituciones deberán mantener a disposición del público en general y de sus beneficiarios, los siguientes antecedentes:

- 1.- Nombre o razón social e individualización de sus representantes legales;
- 2.- Domicilio, agencias y sucursales;
- 3.- Fecha de su registro en la Superintendencia;
- 4.- Duración de la sociedad;
- 5.- Balance general del último ejercicio y los estados de situación que determine la Superintendencia;
- 6.- Estándar de patrimonio, índice de liquidez y monto de la garantía;
- 7.- Relación de las multas aplicadas por la Superintendencia en el último período trienal, con indicación del monto y el motivo;
- 8.- Listado de planes de salud en actual comercialización, con indicación de sus precios base, tabla de factores, prestaciones y beneficios.

En el caso de los beneficiarios, las Instituciones siempre deberán estar en condiciones de entregar dicha información respecto de sus planes, y

9.- Nómina de los agentes de ventas de la Institución de Salud Previsional correspondiente, por ciudades.

La información referida podrá constar en medios electrónicos o impresos, o en ambos, total o parcialmente, y deberá actualizarse periódicamente de acuerdo a lo que señale la Superintendencia.

Artículo 217.- Las Instituciones deberán tener actualizada ante la Superintendencia la información a que se refiere el artículo anterior y además la relativa al número e identificación de sus cotizantes, grupo familiar y terceros beneficiarios, monto de las cotizaciones percibidas, prestaciones médicas y pecuniarias otorgadas y número de licencias o autorizaciones médicas presentadas, con indicación de las autorizadas, de las modificadas y de las rechazadas.

Asimismo deberá comunicar las variaciones que de acuerdo a lo dispuesto en esta ley experimente la garantía del artículo 181 y los antecedentes que se han tenido en vista para calcularla; deberá llevar su

contabilidad al día y tenerla a disposición de la Superintendencia cuando esta así lo exigiere. Deberán, también proporcionar todos los antecedentes y documentación pertinente que la Superintendencia les requiera en ejercicio de sus facultades de fiscalización.

Artículo 218.- Las Instituciones deberán comunicar a la Superintendencia todo hecho o información relevante para fines de supervigilancia y control, respecto de ellas mismas y de sus operaciones y negocios.

La Superintendencia impartirá instrucciones de general aplicación que regulen los casos, la forma y oportunidad en que deberá cumplirse con esta obligación.

Las Instituciones podrán comunicar, en carácter de reservados, ciertos hechos o informaciones que se refieran a negociaciones aún pendientes que, al difundirse, puedan perjudicar el interés de la entidad.

Artículo 219.- Las Instituciones de Salud Previsional podrán transferir la totalidad de sus contratos de salud previsional y cartera de afiliados y beneficiarios, a una o más ISAPRES que operen legalmente y que no estén afectas a alguna de las situaciones previstas en los artículos 221 y 223. De considerarse dos o más ISAPRES de destino en esta transferencia, la distribución de los beneficiarios, entre dichas Instituciones, no deberá implicar discriminación entre los beneficiarios ya sea por edad, sexo, cotización pactada o condición de cautividad.

Esta transferencia no podrá, en caso alguno, afectar los derechos y obligaciones que emanan de los contratos de salud cedidos, imponer a los afiliados y beneficiarios otras restricciones que las que ya se encontraran vigentes en virtud del contrato que se cede, ni establecer la exigencia de una nueva declaración de salud. Las Instituciones cesionarias deberán notificar este hecho a los cotizantes mediante carta certificada expedida dentro del plazo de cinco días hábiles, contados desde la fecha de la transferencia, informándoles, además, que pueden desafiliarse de la Institución y traspasarse, junto a sus cargas legales, al Régimen a que se refiere el Libro II de esta Ley o a otra ISAPRE con la que convengan. La notificación se entenderá practicada a contar del tercer día hábil siguiente a la expedición de la carta. Si los afiliados nada dicen hasta el último día hábil del mes subsiguiente a la respectiva notificación, regirá a su respecto lo dispuesto en el artículo 197, inciso segundo. Para todos los efectos legales, la fecha de celebración del contrato cedido será la misma del contrato original.



Propuestas de regulación al problema de los cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario

La transferencia de contratos y cartera a que se refiere esta disposición requerirá la autorización de la Superintendencia y deberá sujetarse a las instrucciones de general aplicación que se dicten al efecto.

La Institución de Salud que desee hacer uso del mecanismo de traspaso de la totalidad de sus contratos de salud previsional y cartera de afiliados y beneficiarios, en los términos de esta disposición, deberá publicar, en forma previa a la ejecución de la mencionada transferencia, un aviso en tres diarios de circulación nacional, en diferentes días, su propósito de transferir sus contratos de salud, indicar la Institución a la cual pretende transferir y las condiciones societarias, financieras y de respaldo económico de la misma.

Artículo 220. El incumplimiento por parte de las Instituciones de las obligaciones que les impone la Ley, instrucciones de general aplicación, resoluciones y dictámenes que pronuncie la Superintendencia, será sancionado por esta con amonestaciones o multas a beneficio fiscal, sin perjuicio de la cancelación del registro, si procediere.

Las multas a que se refiere el inciso anterior, no podrán exceder de mil unidades de fomento. En el caso de tratarse de infracciones reiteradas de una misma naturaleza, dentro de un período de doce meses, podrá aplicarse una multa de hasta cuatro veces el monto máximo antes expresado.

Las Instituciones y sus directores o apoderados serán solidariamente responsables de las multas que se les impongan, salvo que estos últimos prueben su no participación o su oposición al hecho que generó la multa.

Artículo 221.- La Institución de Salud Previsional que no dé cumplimiento al indicador de liquidez definido en el artículo 180, quedará sujeta al régimen especial de supervigilancia y control que se establece en el presente artículo. La Superintendencia deberá aplicar este mismo régimen cuando el patrimonio o la garantía disminuyan por debajo de los límites establecidos en los artículos 178 y 181. En todo caso, una vez subsanada la situación de incumplimiento de que se trate, se alzarán las medidas adoptadas en virtud de este régimen de supervigilancia y control.

Detectado por la Superintendencia alguno de los incumplimientos señalados precedentemente, ésta representará a la ISAPRE la situación y le otorgará un plazo no inferior a diez días hábiles para que presente un Plan de Ajuste y Contingencia, que podrá versar, entre otras cosas, sobre aumento de capital,

transferencias de cartera, cambio en la composición de activos, pago de pasivos, venta de la Institución y, en general, acerca de cualquier medida que procure la solución de los problemas existentes.

La Superintendencia dispondrá de un plazo máximo de diez días hábiles para pronunciarse acerca del Plan de Ajuste y Contingencia presentado, ya sea aprobándolo o rechazándolo.

Si la Superintendencia aprueba el Plan de Ajuste y Contingencia presentado por la Institución, éste deberá ejecutarse en un plazo no superior a ciento veinte días, al cabo del cual deberá evaluarse si éste subsanó el o los incumplimientos que se pretendieron regularizar con su implementación. La Superintendencia podrá, por resolución fundada, prorrogar el referido plazo hasta por sesenta días.

En caso de que la Superintendencia, mediante resolución fundada, rechace el Plan de Ajuste y Contingencia presentado, quedará facultada para nombrar un administrador provisional en los términos que más adelante se señalan, o bien para formular observaciones al referido Plan. En este último caso, la Superintendencia otorgará a la ISAPRE un plazo de cinco días hábiles, contados desde la notificación de la resolución respectiva, para presentar un nuevo Plan de Ajuste y Contingencia, el cual deberá ser aprobado o rechazado dentro de los cinco días hábiles siguientes a su presentación.

En el evento de que la Superintendencia rechace el Plan de Ajuste y Contingencia presentado o si, habiéndolo aprobado, éste se incumple o transcurre el plazo de ejecución previsto sin que se haya superado el problema informado o detectado, el Superintendente deberá nombrar en la ISAPRE, por resolución fundada, un administrador provisional por el plazo de cuatro meses, el que podrá ser prorrogado por igual término por una sola vez. Los honorarios del administrador provisional serán de cargo de la ISAPRE, salvo si fuere funcionario de la Superintendencia, caso en el cual no percibirá honorarios por dicho cometido.

El administrador provisional tendrá las facultades que la ley confiera al directorio, al gerente general u órgano de administración de la ISAPRE, según corresponda, con el solo objetivo de lograr una solución con efecto patrimonial para superar los problemas detectados o informados, pudiendo, entre otras cosas, citar a Junta Extraordinaria de Accionistas u órgano resolutorio de la ISAPRE y negociar la transferencia de la cartera de afiliados y beneficiarios, en los términos del artículo 219. Con todo, el administrador provisional no podrá,

en ningún caso, vender la Institución, salvo que haya sido autorizado por la mencionada Junta u órgano resolutorio. Solucionados los problemas detectados o informados, cesará la administración provisional.

En caso que no se logren solucionar los problemas, el Superintendente dará inicio, mediante resolución fundada, al procedimiento de cancelación del registro de la ISAPRE, el que se desarrollará del siguiente modo y estará a cargo del administrador provisional, aun cuando haya transcurrido el plazo de su nombramiento:

a.- El administrador provisional procederá a la transferencia de la totalidad de la cartera de afiliados a una o más ISAPRES a través de una licitación pública, la que deberá realizarse en no más de ciento veinte días contados desde la fecha de la resolución mencionada precedentemente.

b.- Para los efectos de la indicada licitación, el Superintendente podrá, a solicitud del administrador provisional o de oficio, suspender la celebración de nuevos contratos con la Institución y las desafiliaciones de la misma.

c.- Las bases de licitación podrán disponer que, con cargo a la garantía a que se refiere el artículo 181 de esta ley, se pague un valor a la ISAPRE adjudicataria en caso que se proceda a licitar la cartera de afiliados y beneficiarios al menor pago. Este valor deberá considerar, entre otras variables, las características de riesgo, la cotización pactada y la condición de cautividad de los cotizantes de la ISAPRE cuya cartera se licita. Dicho valor se imputará total o parcialmente a dicha garantía, dependiendo de la preferencia indicada en el artículo 226.

d.- No podrán participar en la licitación aquellas Instituciones que se encuentren en alguna de las situaciones descritas en el inciso primero de este artículo, en el último semestre precedente a la licitación.

Licitada la cartera o cuando la licitación haya sido declarada desierta, el Superintendente procederá a cancelar el registro de la ISAPRE.

Con todo, si la Institución comunicare a la Superintendencia alguno de los incumplimientos señalados en el inciso primero antes que ésta lo detectare, dispondrá de un plazo mayor de cinco días hábiles al indicado en el inciso segundo para presentar el Plan de Ajuste y Contingencia, el cual podrá ser prorrogado por la Superintendencia.

Las Instituciones que hayan recibido el total o parte de los afiliados y beneficiarios de la ISAPRE a la que se le

aplique el régimen especial de supervigilancia y control que se establece en el presente artículo, deberán adscribir a cada uno de los cotizantes en alguno de sus planes de salud actualmente vigentes cuyo precio más se ajuste al monto de la cotización pactada al momento de la transferencia, sin perjuicio que las partes, de mutuo acuerdo, convengan un plan distinto. Las Instituciones no podrán, en caso alguno, imponer a los afiliados y beneficiarios otras restricciones o exclusiones que las que ya se encontraren vigentes en virtud del contrato que mantenían con la Institución de anterior afiliación, ni exigir una nueva declaración de salud. Las Instituciones deberán notificar a los cotizantes mediante carta certificada expedida dentro del plazo de 15 días hábiles, contados desde la fecha de la transferencia, informándoles, además, que pueden desafiliarse de la Institución y traspasarse, junto a sus cargas legales, al régimen a que se refiere el Libro II de esta Ley o a otra ISAPRE con la que convengan. Si los afiliados nada dicen hasta el último día hábil del mes subsiguiente a la respectiva notificación, regirá a su respecto lo dispuesto en el artículo 197, inciso segundo.

Artículo 222.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 221, y desde que se representen el o los incumplimientos indicados en el inciso primero de dicho precepto, la Superintendencia, por resolución fundada, podrá tomar custodia de las inversiones de la Institución, aprobar sus transacciones, exigir el cambio de la composición de activos, destinar parte de los fondos en garantía al pago de alguna de las obligaciones a que se refieren los números 1 y 2 del inciso primero del artículo 181, suspender la celebración de nuevos contratos con la Institución y las desafiliaciones de la misma y restringir las inversiones con entidades relacionadas.

Asimismo, en el evento que se produzca cualesquiera de las circunstancias indicadas en las letras a) a e) siguientes, la Superintendencia podrá nombrar al administrador provisional a que se refiere el artículo 221, con las mismas facultades allí indicadas, y podrá iniciar el procedimiento de cancelación del registro:

- a.- Cuando una Institución tenga un patrimonio igual o inferior a 0,2 veces sus deudas totales;
- b.- Cuando una Institución incumpla en más de un 25% el mínimo que debe mantener como garantía de conformidad con el artículo 181;
- c.- Cuando la Institución mantenga un indicador de liquidez igual o inferior a 0,6 veces la relación entre el activo circulante y el pasivo circulante;

d.- Cuando se incumpla alguna de las etapas contempladas en el Plan de Ajuste y Contingencia, y
e.- Cuando se declare la quiebra de la Institución. En este caso, la existencia del síndico no obstará ni afectará en modo alguno las facultades conferidas al administrador provisional para licitar la cartera y las que posea el Superintendente para los efectos de liquidar la garantía.

Con todo, la Superintendencia de Salud deberá aplicar lo dispuesto en el inciso anterior cuando las Instituciones, en cualquier momento, presentaren un patrimonio inferior a cinco mil unidades de fomento o una garantía por debajo de las dos mil unidades de fomento.

Artículo 223.- La Superintendencia podrá cancelar, mediante resolución fundada, el registro de una Institución en cualquiera de los siguientes casos:

- 1.- Cuando la cartera de afiliados de una ISAPRE haya sido adquirida por otra u otras Instituciones de Salud Previsional o cuando la licitación a que se refiere el artículo 221 haya sido declarada desierta.
- 2.- En caso de incumplimiento grave y reiterado dentro de un período de doce meses de las obligaciones que establece la ley o de las instrucciones que imparta la Superintendencia, debidamente observado o sancionado en cada oportunidad por ésta.
- 3.- Por quiebra de la Institución.
- 4.- Por pérdida de la personalidad jurídica de la Institución.
- 5.- A solicitud de la propia Institución, en los términos que establecen los artículos 224 y 227.

Una vez dictada la resolución que cancela el registro, la Institución no podrá celebrar nuevos contratos de salud previsional y sus afiliados podrán desahuciar los contratos vigentes, aún cuando no haya transcurrido el plazo previsto en el inciso segundo del artículo 197.

Artículo 224.- La Institución que solicite la cancelación de su registro deberá presentar a la Superintendencia una declaración jurada, reducida a escritura pública, en la que se detallarán las obligaciones actualmente exigibles con los cotizantes, sus cargas y beneficiarios, con prestadores de salud, con otras Instituciones de Salud Previsional por concepto de transferencias del Fondo de Compensación Solidario y con la Superintendencia. Conjuntamente con la presentación de la solicitud, la Institución deberá comunicar a sus cotizantes y beneficiarios, de acuerdo a los plazos y procedimientos que fije la Superintendencia, su intención de cerrar el registro. Para la aprobación de la solicitud, la Institución deberá acreditar que otra

Institución ha aceptado la totalidad de sus contratos de salud, incluyendo a todos sus afiliados y beneficiarios, en conformidad a lo dispuesto en el artículo 219.

No será necesaria la presentación de una declaración jurada cuando la Institución acredite que la solicitud de cierre de registro se ha originado por una fusión de dos o más Instituciones de Salud Previsional, de acuerdo al artículo 99 de la Ley N° 18.046. Una vez dictada la resolución que cancela el registro, las Instituciones fusionadas deberán notificar de este hecho a los afiliados, mediante carta certificada expedida dentro del plazo de diez días hábiles, contados desde la fecha de cancelación del registro. Los afiliados de las Instituciones fusionadas tendrán derecho a desahuciar sus contratos sin expresión de causa, dentro de los seis meses siguientes a la fusión y, si nada dicen dentro del plazo señalado, regirá a su respecto lo dispuesto en el artículo 197, inciso segundo, de esta Ley. En el mismo plazo podrán desahuciar sus contratos los afiliados de Instituciones que se dividan o transformen o en que, tratándose de sociedades anónimas, cambie el accionista o grupo controlador. La Superintendencia determinará los mecanismos para informar a los afiliados de tales modificaciones.

En caso de que, a la fecha de la solicitud, la Institución tenga obligaciones a plazo o condicionales pendientes de aquellas a que se refiere el inciso primero y que no alcancen a ser cubiertas con la garantía en los términos establecidos en el artículo 181, deberá ofrecer una garantía adicional que caucione el cumplimiento de tales obligaciones, la que será calificada por la Superintendencia para autorizar la cancelación del registro.

Artículo 225.- Una vez a firme la resolución de cancelación del registro, los cotizantes y sus cargas legales quedarán afectos al Régimen a que se refiere el Libro II de esta Ley, mientras no opten a otra institución de salud previsional.

El Fondo Nacional de Salud deberá solicitar a la Superintendencia la cotización proporcional por los días del mes durante los cuales otorgue cobertura. La cotización del mes siguiente la percibirá directamente el Fondo Nacional de Salud.

Si el afiliado opta por otra institución, celebrando un nuevo contrato, este surtirá efecto inmediato. La Institución de Salud Previsional de posterior afiliación deberá solicitar la cotización legal, proporcional al resto del mes, ante la Superintendencia.

Artículo 226.- Cancelada la inscripción de una Institución de Salud Previsional en el registro y una vez

hecha efectiva la garantía del artículo 181, la Superintendencia deberá pagar las obligaciones que aquella cauciona, dentro de un plazo no superior a noventa días. Dicha garantía se utilizará para solucionar:

1.- En primer término, los subsidios por incapacidad laboral que hayan provenido de licencias médicas ya concedidas a la fecha de cancelación del registro, íntegramente de ser suficientes los fondos mantenidos en garantía o a prorrata en caso de no serlo. Se exceptúan los subsidios que digan relación con las licencias maternales que se pagan con cargo al Fondo Único de Prestaciones Familiares, caso en el cual corresponderá a la Superintendencia de Seguridad Social su pago;

2.- Una vez solucionados los créditos a que alude el número 1 de este inciso, y en el evento de existir un remanente, se procederá al pago de las bonificaciones y reembolsos adeudados a los cotizantes, cargas y terceros beneficiarios, los excedentes y excesos de cotizaciones, las cotizaciones pagadas en forma anticipada, las cotizaciones que correspondan a la Institución de Salud Previsional a que se hubieran afiliado los cotizantes de aquella cuyo registro se cancela, o al Fondo Nacional de Salud, según corresponda, todo lo anterior íntegramente o a prorrata, según sea el caso;

3.- Una vez solucionados los créditos enumerados, si quedare un remanente, se procederá al pago de las deudas con los prestadores de salud, íntegramente o a prorrata, según sea el caso.

Las órdenes de atención, bonos de atención o similares que las Instituciones de Salud Previsional hayan emitido para el financiamiento de las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios y que posean los prestadores de salud, sólo pueden ser consideradas en el tercer orden de prelación para efectos del pago con cargo a la garantía;

4.- Posteriormente, si queda un remanente, se enterará el valor que se haya definido en la licitación de la cartera o de la Institución, de acuerdo con lo prescrito por el inciso octavo del artículo 221;

5.- Una vez solucionados los créditos enumerados, si quedare un remanente, la Superintendencia lo girará en favor de quienes representen a la Institución dentro del cuarto día hábil siguiente contado desde el término de la liquidación, perdiendo dicho saldo su inembargabilidad.

La Superintendencia designará la o las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez que visarán las

licencias médicas que correspondan y que no hayan sido autorizadas por la Institución cuyo registro se cancela.

Las deudas mencionadas en el inciso primero se acreditarán del siguiente modo:

a) La Superintendencia comunicará, a través de medios electrónicos, los créditos que a la fecha de cancelación del registro adeude la Institución de Salud Previsional.

Para estos efectos, las Instituciones deberán remitir a la Superintendencia, con la periodicidad que ésta determine, la información actualizada y pormenorizada de las deudas cubiertas con la garantía.

b) Efectuada la comunicación a que se refiere el literal precedente, los interesados tendrán un plazo de sesenta días para hacer valer sus créditos no considerados en ella o para reclamar del monto informado.

c) Dentro de los quince días siguientes al vencimiento del plazo anterior, la Superintendencia calculará el pago que corresponda a cada uno de los créditos, de acuerdo a las reglas del inciso primero, y pondrá en conocimiento de los interesados el resultado de dicho cálculo, por carta certificada.

Los interesados podrán impugnar los cálculos dentro de los diez días siguientes a la notificación, la que se entenderá practicada el tercer día hábil siguiente a la recepción de la carta por la oficina de correos.

d) Agotado el plazo o resueltas las impugnaciones, la Superintendencia pagará las deudas, en un término no superior a noventa días.

Cuando la garantía resulte insuficiente para pagar las deudas a los afiliados de una Institución de Salud Previsional cuyo registro haya sido cancelado y se encuentre declarada en quiebra, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud deberá emitir una resolución que contenga la identificación del afiliado o el prestador y el monto adeudado. Dicha resolución tendrá mérito ejecutivo y será remitida al síndico de la quiebra, para los efectos de ser considerada en el pago con cargo a la masa del fallido. Lo anterior se entiende sin perjuicio del derecho de los afiliados y prestadores de hacer valer directamente sus acreencias en la quiebra.

En aquella parte que no haya podido ser solucionada con la garantía, los créditos contenidos en el numeral 2 del inciso primero de este artículo gozarán del privilegio concedido a los créditos del número 6 del artículo 2.472 del Código Civil, los que, en todo caso, se pagarán con preferencia a aquéllos, rigiendo en



Propuestas de regulación al problema de los cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario

todo lo demás lo dispuesto en el artículo 2.473 del mismo Código.

Artículo 227.- La Institución que solicite la cancelación de su registro deberá presentar una declaración jurada, reducida a escritura pública, en la que se expresará la circunstancia de no existir obligaciones pendientes con la Superintendencia, los cotizantes y sus cargas y demás beneficiarios.

Artículo 228.- El que falsifique u oculte información a la Superintendencia, incurrirá en las penas que establece el artículo 210 del Código Penal.



Propuestas de regulación al problema de los cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario

Apéndice 1: Memos Profesor Randall Ellis apoyo a trabajo con los DxCG

Memo1

Here are a few observations about your DxCG RiskSmart runs conducted on May 15. I have benefited greatly from sharing these results with a graduate student Juan Gabriel Fernandez, and am adding him to this MEMO as a coauthor.

Overall, the Risksmart model seems to have run well on this data. I did not see any fundamental, serious problems with the data, although you do have about half of your plans with less than 50,000 people, and hence results for these plans are less stable. In my review, I focused on plans 107, 67, 70, 78, 80, 88, and 99 which have more than 50,000 enrollees. The attached spreadsheet was created by merging information across several of the tables provided, deleting plans with less than 50,000 enrollees, and sorting the plans horizontally by the average concurrent risk scores. Hence the apparently healthiest plans are on the left of the table, the sickest on the right.

Appendix notes

I note that only services coded as Source= 2 were processed, which correspond to hospital care. I infer that these are truly inpatient only diagnoses and spending, which is how the US Inpatient DxCG models were calibrated.

The Appendix file indicates that you have about 7.2 percent of the population with at least one hospitalization. This is consistent with the age distribution which is both younger in average age, but has somewhat more elderly age greater than 65 (3.59% in ISAPRES versus 1.26% in the Commercially insured US sample on which the current model was calibrated.)

You have relatively few illegal diagnosis codes or codes that are inconsistent with the patients age or sex. This is very good for applying software from a different county the first time. Error rates were higher in Australia and Germany when they first applied the DxCG models.

Age distribution

Contrary to US insured populations, there are more men than women in the sample, which we interpret as due to the fact that ISAPRES attracts primarily employed working families, which have more males.

The plans differ meaningfully in their age distribution. For example, Plan 67 (3.94% elderly) Plans 99 (3.85% elderly) and particularly plan 80 (5.25% elderly) have relatively more elderly than the national average (3.59% elderly). Plan 70 (1.07% elderly) and Plan 88 (1.37% elderly) have strikingly few elderly. The results show up in mostly higher



Propuestas de regulación al problema de los cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario

rates of hospitalizations and higher relative risk scores for plans 80 and 99, and low hospitalizations and risk scores for plans 70 and 88.

ACC tables

In terms of diseases prevalence, the Chilean sample differs from the US in many body systems with relatively low rates of hospitalizations for diabetes (ACC004), Hemotological (ACC09), Substance abuse (ACC011), Mental (ACC012), and Heart (ACC16) among others. Prevalence among the hospitalized are relatively high in Liver (ACC06), Eye disorders (ACC020), and ears, Nose and Throat (ACC021).

Among plans with at least 50,000 enrollees, the prevalence of ACCs corresponds well with the age distribution, with the highest rates for many conditions in plan 80, followed by plan 99. Plan 70 and 88 have strikingly low rates of most chronic conditions, including pregnancies.

Observed versus predicted spending

There are sharply different levels of average actual spending per person across plans, which range from \$68,684 per member in plan 70 to \$331,818 per member in plan 80. Note that this is the same order in which both the age sex and the concurrent HCC model place plans. The range in risk scores is much less pronounced, ranging from .92 to 1.29. Predicted spending ranges from \$107,029 in plan 70 to \$170,065 in plan 80, a 60 percent difference. Part of the reason for the more modest differences in risk score is likely to be due to the use of cost weights from the US rather than Chile.

In the US, we often calculate what is called the efficiency index, the ratio of actual expenditures to predicted expenditures. Plans greater than 1 are costing more than expected and are in some sense less efficient. In this sample, plan 80 appears to be the least efficient, while plan 70 appears to be the most efficient. However this is in part due to the fact that a US rather than a Chilean index is being used for these calculations. Imprecise risk scores will not predict the outliers as well and will tend to make the highest cost plans look less efficient and the lowest cost plans look more efficient. A Chilean based model could give different results.

ADCG predicted expenditures

The DxCG model does a good job at distinguishing among enrollees at the individual level, with a distribution of risk scores from Very Low Risk to Very high risk that is similar to the US benchmark. Results across plans are similar to those highlighted earlier.

Suggestions for refinement

The US calibrated models are doing a reasonably good job at differentiating between individuals, but there is no reason to believe that a lightly recalibrated model could not do even better. I suggest that before any further refinements you calibrate models of the form of

$$Y = A + B * PRED_US$$



Propuestas de regulación al problema de los cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario

Where Y is the Chilean expenditures to be predicted and PRED_US is the risk score that comes out of the RISKSMART model.

I am not certain I understand the questions that were asked briefly in the email exchange that accompanied this email, and suggest that we talk briefly by skype over the next few days.

Randy

Memo 2

I am sorry to be so slow to reply to your request from July. I was in China at the time traveling, and returned to a long email and task list. I forgot to return to answer these questions. Let me try to do so briefly in this email.

1.- If you could give me more details about the suggested recalibration procedure (why and how?)

The classification system is well developed and not something to change. The HCCs have been validated in numerous countries and datasets. However the dollar weights, and the relative risk scores predicted by these HCCs are very much those calibrated using US practice patterns and costs. Costs and practice patterns in Chile may be quite different. There are three levels of recalibration that are possible using the data you have. All assume that you can sum up a measure of costs to assign to individuals and use on a large sample (500 000 or more people). Let the RRShat be the predicted relative risk from the software. To predict spending in Chilean pesos, you could use one of the following three options

Prediction1 = RRShat*COSTMEAN where COSTMEAN is the appropriate mean to generate the sample average costs. This can be done on any size sample.

Prediction2 = A + B*RRShat where A and B are regression coefficients from regressing costs on RRShat. A sample of 50 000 or more could justify this. We sometimes call this light recalibration

Prediction 3 = AGESEX*Alpha + HCC * Beta where AGESEX is the array of age sex dummies and HCC is the array of HCCs for all of the diseases noted. We call this "full recalibration". It requires at least 500,000 people. This takes the most effort but gives the best fit and predictions.

2.- We need to develop a preliminary prospective model. I have only data for one year in the meantime.

With only one year of data, you can only develop concurrent models. you may have to wait for more data.



Propuestas de regulación al problema de los cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario

I have thought about to split it up in two samples, only for simulation purposes, and while we wait to have data for the second year very soon.

Yes, I would wait for more data. A split sample is recommended to verify that you are not over fitting, How to split the sample depends on how much sample you have. I would suggest using 70% for estimation and 30% for validation.

I have no experience in developing prospective models, So I need to ask you for orientation with regard to whether I use diagnosis of "t" moment with costs of "t + 1" moment, for the same individuals?. I think that I am confused.

For a prospective model, use diagnoses (summarized by the HCCs) from period t to predict spending in period t+1 for each individual in the sample. Use only people present in both years, and merge their HCCs with spending information from the following year. Weighting for partial year eligibility is also desirable. You may also want to include some interactions. There is more I could write here, but this is a good start. See Ash et al 2000 for some examples and discussion. Ash, Arlene S., Ellis, Randall P., Pope, Gregory C. et al. (2000) ["Using diagnoses to describe populations and predict costs."](#) Health Care Financing Review, Spring 21(3): 7-28.

I hope that these answers are useful to you. Good to see that you are making such good progress.

Randy Ellis

Apéndice 2: Presentaciones

Propuestas de regulación al problema de los precios, planes, cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario

Pere Ibern
UPF



Cuestiones Clave

- Introducción
- Elementos clave de la propuesta
- Financiación
- Precios
- Copagos y CAEC
- Comentarios finales



Introducción



- La competencia entre aseguradoras y el problema de selección. El trade-off entre eficiencia y selección
- La propia ley admite su existencia.
 - *"Cotizante cautivo", para los efectos de lo dispuesto en los artículos 219 y 221, por aquel cotizante cuya voluntad se ve seriamente afectada, por razones de edad, sexo o por la ocurrencia de antecedentes de salud, sea de él o de alguno de sus beneficiarios, y que le impida o restrinja, significativa o definitivamente, su posibilidad de contratar con otra Institución de Salud Previsional"*
- Preocupación por el aumento de los precios
 - *La fijación de precios es tan sólo la consecuencia, no la causa que limita la capacidad de elección.*
 - *Los precios diferenciales surgen de la tarificación en función del riesgo, si atenúamos la selección de riesgos, el problema de precios se diluye. La causa del problema se desvanece*
- La cuestión clave
 - *Resolver la causa o regular la consecuencia*

3

Elementos clave de la propuesta

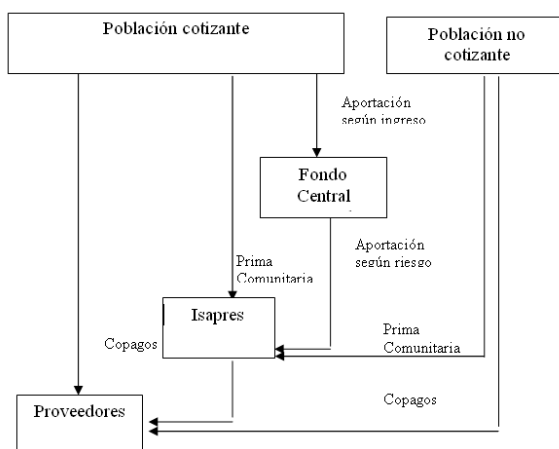


- Obligatoriedad de cobertura y decisión individual de elección de aseguradora pública o privada
- Obligatoriedad de aceptación individual en la cobertura básica
 - Desaparición de la declaración de salud
 - Subsidios a la cobertura < 18 años a partir de fondos fiscales
- Contrato tipo Cobertura Prestaciones Generales.
- Cobertura de grandes riesgos mediante Fondo Central

4

Elementos clave de la propuesta

Figura 1. Flujos financieros en el nuevo esquema



5

Financiación

- Evolución hacia Fondo Central que mancomuna el conjunto de riesgos (risk-pooling) y financia la cobertura según la elección del ciudadano.
- Fuentes de financiación del Fondo Central:
 - Ingresos procedentes de cotizaciones sobre salario
 - Ingresos procedentes de impuestos (para financiar subsidios a poblaciones < 18 años)
 - Copagos
- La inexistencia de un fondo central (single-payer) dificulta el risk-pooling. La compensación de grandes riesgos entre aseguradoras resulta compleja sin una institución que gestione el pool.

6

Precios



- Limitación a la competencia en precios que favorece la selección y aumenta los costes administrativos
 - Prima comunitaria: Precios iguales para todos los miembros de una ISAPRE que financia riesgos ordinarios.
 - Comunicación de nuevos precios 2 meses antes del fin de año y período ordinario de cambio preestablecido.
- Limitación de competencia en cobertura financiera: copagos anuales máximos según renta iguales en ISAPRE-FONASA.

7

Copagos y CAEC



- Si los riesgos extraordinarios son asumidos por la aseguradora, la forma natural para gestionarlos es a través de un contrato de reaseguro.
- En cambio, la CAEC opera como:
 - Señal de riesgo cierto para la aseguradora (certificado de preadmisión en hospital, implicación en gastos IBNR – incurred but not reported)
 - Instrumento de managed care, lista cerrada de proveedores que limita el coste esperado para la aseguradora.
 - Stop-loss en el copago para el cliente. Máximo de copagos anuales
- La CAEC como mecanismo no cubre en realidad las enfermedades catastróficas, trata de establecer señales. Estas señales pueden utilizarse para introducir prácticas de selección de prestaciones (stinting).
 - Si bien a menudo el enfoque a selección de riesgos hace referencia a las personas (dumping), en realidad resulta más relevante el stinting en la medida que ofrece señales de disuasión a los más enfermos por las barreras que pueden aparecer en el tratamiento.

8

Implicaciones de la CAEC



- Para proveedores
 - La existencia de unos proveedores relacionados con CAEC introduce una competencia por captar enfermos “rentables”.
 - En determinados procedimientos, esta rentabilidad adicional que se obtiene es fruto de “moral hazard”, demanda superior a la esperada de no existir CAEC.
- Para aseguradoras
 - CAEC facilita selección de prestaciones
 - CAEC puede aumentar costes fruto del “moral hazard” de los proveedores.
- Para usuarios
 - Representa el máximo de copagos anual según renta

9

Reforma de CAEC



- Aprovechar CAEC para la reforma de ISAPRES hacia “managed care”
 - El actual sistema de Red de proveedores puede aprovecharse para configurar un nuevo esquema donde las prestaciones se reciben en el marco de la Red que diseña cada Isapre y de la que se informa anualmente a la Superintendencia
- Aprovechar CAEC para definir un límite en copagos anuales según ingreso homogéneo para todas las ISAPRES y FONASA..
- Aprovechar CAEC para redefinir una cartera de prestaciones homogénea entre las aseguradoras.
 - En la medida que la cobertura financiera de las prestaciones es homogénea, la competencia sitúa un mayor énfasis en la calidad. Esto significaría la desaparición de multitud de planes hacia un plan común ISAPRE-FONASA.
- Aprovechar la reforma de la CAEC para abrir un nuevo mercado de seguro sanitario complementario y voluntario en todo aquello que no se cubre en la cartera de prestaciones homogénea y en aseguradoras distintas a ISAPRES

10

Comentarios finales



- La consecución de una mayor eficiencia en el sistema de salud chileno que garantice acceso adecuado, pasa necesariamente por una reforma legal. El sistema actual está adecuadamente diseñado para conseguir aquello que observamos.
- La capacidad de elección necesita apoyarse sobre bases sólidas que permitan su ejercicio en condiciones de igualdad para la población.
- Las opciones de reforma legal obligan a atender a los detalles y a reformular el desarrollo institucional