

**INFORME**  
**COMISIÓN**  
Octubre 2011

**Evaluar la factibilidad de crear un Plan Garantizado de Salud  
(PGS) al interior del sub-sistema ISAPRE**

## **Miembros de la Comisión**

Manuel Inostroza Palma  
Thomas Leisewitz Velasco  
José Tomás Morel Lara  
Fernando Muñoz Porras  
Emilio Santelices Cuevas  
Patricio Silva Rojas  
Gonzalo Simón Bustos  
Marcos Vergara Iturriaga

### **Coordinador**

Thomas Leisewitz Velasco

### **Secretario Técnico**

Arturo Zuñiga Jory

### **Asistencia Técnica**

Departamento de Estudios de la Superintendencia de Salud:

- Roberto Arce Cantuaria
- Marlene Sánchez Muñoz

## **Agradecimientos**

Nuestros muy especiales agradecimientos a todo el Departamento de Estudios de la Superintendencia de Salud, por todo el apoyo brindado con los datos y estudios necesarios para poder tomar con certeza las mejores decisiones en beneficio de las personas.

Agradecemos también a Camilo Cid Pedraza, MA, PhD, profesor asistente del Departamento de Salud Pública de la P. Universidad Católica de Chile, quien nos expuso su presentación “Los problemas del sistema ISAPRE, la ley corta y la reforma necesaria”.

## **INDICE**

1. El encargo realizado a la comisión
2. Descripción general
3. El plan garantizado de salud
4. Anexo 1: Metodología
5. Anexo 2: Minutas
6. Anexo 3: Presentaciones

## **1. EL ENCARGO REALIZADO A LA COMISION**

El 22 de Julio de este año, el Ministro de Salud, Dr. Jaime Mañalich, convocó a los señores Manuel Inostroza, Marcos Vergara, Emilio Santelices, Fernando Muñoz, Patricio Silva, Gonzalo Simón, José Tomas Morel y Thomas Leisewitz, en su calidad de expertos en temas vinculados a la organización y financiamiento de servicios de salud.

La convocatoria fue el resultado de, en un principio, de un acuerdo entre el gobierno y parlamentarios de la oposición, al que se sumaron del oficialismo, que se derivó de la discusión legislativa del proyecto que "Introduce criterios de razonabilidad y solidaridad en lo que respecta a las tablas de factores y a la determinación del precio base de los contratos de salud", Boletín N° 7539-11, y en consonancia con lo planteado por el Presidente Sebastián Piñera el pasado 21 de mayo en su mensaje ante el Congreso Nacional.

El encargo del Ministro Jaime Mañalich, que se derivó de lo anterior, apuntó a analizar un cambio en el sistema de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), para lo cual solicitó que una comisión técnica de trabajo:

- a) Analizara la viabilidad técnica de la creación de un Plan Garantizado de Salud (PGS) para todos los afiliados a ISAPRE, que fuera financiado con un precio único por institución previsional, independiente de su sexo, edad y condición de salud,
- b) propusiera el contenido del PGS,
- c) determinara un valor aproximado del PGS, excluyendo de las estimaciones el costo del Subsidio por Incapacidad Laboral y,
- d) desarrollara un mecanismo de financiamiento solidario para lograr un precio único y considerara sus implicancias.

Adicionalmente, el Ministro señaló que no sería objeto de esta comisión el análisis del financiamiento de todo el sistema de salud, aunque sin lugar a dudas debía considerarse como marco de referencia para el análisis.

## 2. DESCRIPCION GENERAL

- Siguiendo lo encargado por el Ministro de Salud, detallado antes en este documento, la comisión de trabajo conformada por técnicos especialistas del gobierno, de la oposición e independientes se abocó a esa tarea entre los días 22 de Julio y 4 de Octubre. Producto del trabajo realizado, la comisión ha diseñado los elementos principales de un Plan Garantizado de Salud (PGS) que se financia con precios idénticos para todos los beneficiarios de una misma ISAPRE, independientemente de sus riesgos de enfermar. Para ello, las ISAPRE recibirán de un fondo de compensación la cantidad de dinero que corresponda por cada uno de los afiliados según su riesgo individual. Adicionalmente los beneficiarios podrán cambiarse de ISAPRE con independencia de las enfermedades preexistentes que tengan, factor determinante de la "cautividad".
- Se busca, en consecuencia, beneficiar a los afiliados con mayor riesgo de enfermar o incurrir en gastos médicos -sea por mayor edad, por ser mujer en edad fértil o por ser portador a la fecha de una patología crónica o haber padecido alguna enfermedad que pudieran ser determinantes de problemas de salud presentes y futuros-, ya que pagarán la misma prima que los que tienen menos riesgo de enfermar. En el tiempo, estos últimos recibirán la solidaridad de quienes tengan en ese momento un menor riesgo de enfermar. Para lograr este objetivo, el diseño incluye la creación de un fondo de compensación de riesgos.
- Lo que se ha descrito antes debería facilitar que los afiliados al sistema ISAPRE puedan mantenerse en el sistema, al tiempo que optar por el mejor servicio que las ISAPRE puedan ofrecerle. A su vez, la creación del PGS apunta a resolver el planteamiento realizado por el Tribunal Constitucional en relación al uso de las tablas de riesgo.
- EL PGS ha sido estructurado para ofrecer un esquema de protección adecuado a los afiliados a lo largo de toda su vida, orientando su cobertura a evitar que alguna persona pudiera quedar en cualquier momento en condiciones de no poder enfrentar los gastos médicos que deriven de sus estados de enfermedad o a que los mismos le pongan en una situación de insolvencia en su vida cotidiana. Para ello se introduce un mecanismo novedoso, inspirado en la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), que permitirá la existencia de un límite superior de gasto anual en copagos por familia.

- EL PGS se ha costeado con el propósito de explorar su viabilidad financiera. Como resultado de esa exploración se obtuvo un rango de tarifas que reflejan el costo promedio por persona del seguro de atención médica, excluido el subsidio de incapacidad laboral e incluidos los gastos de administración, excedentes e incobrables. En consecuencia, se entiende que la compra del PGS para una familia representará siempre el pago de la prima calculada por persona y, por lo tanto, el cotizante pagará la suma de los PGS que correspondan a su grupo familiar.
- Específicamente, la cobertura ha sido sensibilizada intentando mantener un cuidadoso equilibrio entre suficiencia de la protección y sustentabilidad financiera de la solución en el tiempo, en consideración a que el diseño de un plan de estas características en un sistema de seguridad social dual, como el chileno, presenta restricciones cuando sólo se actúa sobre uno de sus componentes, en este caso en el componente privado.
- En este esquema y habida cuenta de las restricciones ya expresadas, un grupo de los actuales afiliados a ISAPRE deberá hacer un esfuerzo adicional para comprar el PGS, ya que el 7% de sus remuneraciones podría resultarles insuficiente. Algunas de las personas de este grupo, en el esquema tradicional de tarificación por riesgos que estamos dando por superado, habrían tenido que cotizar por encima de su 7% de todas maneras –y lo más probable es que así lo hubieran estado haciendo-, por tratarse de personas con alto riesgo de enfermar. Otras personas de bajo riesgo de enfermar que no estarán en esa situación descrita, pero que su 7% sería insuficiente para financiar el PGS, podrían desincentivarse a participar en el sistema y optar por la oferta de FONASA, que es solidaria en los ingresos.
- Del mismo modo, para un conjunto de personas la prima plana a pagar por el PGS estará por debajo del 7% de sus remuneraciones. En el esquema actual, algunas de estas personas utilizan de todas formas su 7% e incluso más para pagar su plan. Otras personas podrían utilizar un porcentaje menor de su cotización legal para la compra del PGS y destinar las diferencias a la adquisición de mayores coberturas de salud, tal como hoy ocurre en la práctica.
- El PGS expresa la búsqueda explícita de incrementar la solidaridad en los riesgos y pretende contribuir a la convicción que podría llegar a desarrollar el colectivo de afiliados al sistema, respecto de la

importancia y necesidad del cuidado de dicha solidaridad en una perspectiva de largo plazo. Sin embargo, las consideraciones acerca del déficit o del excedente que se ilustran en los dos párrafos anteriores, que dice relación con introducir insoslayablemente en la reflexión la variable del mandato legal para los trabajadores dependientes de cotizar un 7% de las remuneraciones, genera la necesidad de buscar minimizar los potenciales fenómenos de desafiliación o desincentivos a la cotización contenidos en los casos descritos en los dos párrafos anteriores. Esto ocurre en un modelo donde déficit y excedentes dependen del precio del PGS y se contraponen entre sí (hay un “trade-off” para cualquier tarifa PGS determinada).

- El diseño considera, además, que las personas podrán seguir destinando recursos para la compra de coberturas complementarias al PGS en el mercado, tal como se ha venido haciendo en la práctica hasta ahora.
- Habida cuenta de la restricción de diseño que implica obrar sólo en uno de los dos componentes del sistema de seguridad social de la salud, se estima que es posible que en el futuro se desarrolle un PGS semejante en el sector público de salud -en FONASA- que permita construir un continuo donde las personas reciban una protección de salud semejante, independientemente de si estén adscritas a uno u otro sistema.
- Lo anterior obliga a redoblar los esfuerzos por mejorar los servicios que son provistos a través de la red pública y a través de la modalidad de libre elección de FONASA, en cuanto a su cobertura, oportunidad y calidad, lo que remite a continuar con el ambicioso programa de inversiones, a resolver las falencias en materias de recursos humanos y a cerrar las brechas de gestión e integración que existen todavía en el sistema, materias en las cuales el Ministerio de Salud ha dado muestras de avances.

### 3. EL PLAN GARANTIZADO DE SALUD

La comisión propone al Ministro de Salud, Dr. Jaime Mañalich lo siguiente:

- 3.1 La creación de un plan de salud garantizado (PGS) obligatorio para todos los beneficiarios, que será ofrecido por cada ISAPRE a un único precio, independiente del sexo, edad, y condición de salud de las personas que quieran contratarlo. Este precio será determinado por cada ISAPRE.
  - a. Este plan (PGS) incluirá las Garantías Explícitas en Salud (GES), la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), la cobertura ante eventos de emergencia vital ("Ley de Urgencias"), el examen de Medicina Preventiva incluido en el régimen GES y, al menos, las prestaciones curativas incluidas en el arancel FONASA Modalidad Libre Elección (MLE).
  - b. En el ámbito del PGS, no existirán afiliados cautivos, es decir, respecto a los afiliados que estén adscritos a una ISAPRE que se cambien de institución no se les podrá imponer limitaciones a las coberturas o períodos de carencia.
  - c. El precio por este plan no incluirá el costo del Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL), que deberá ser cobrado adicionalmente. Todas las ISAPRE deberán ofrecer este plan, pero podrán venderlo asociado a otros beneficios de adscripción voluntaria por parte del afiliado y distinguiendo claramente su precio.
  - d. Para acceder a este plan, los afiliados deberán pagar el precio del PGS (tarifa plana) para sí mismos y para cada beneficiario a su cargo y el valor del SIL en el caso de los trabajadores. Si fuese trabajador dependiente, ello lo hará con cargo al 7% de cotizaciones previsionales para salud y si no fuese suficiente, podrán completar el costo con una cotización voluntaria. Las personas que no son trabajadores dependientes, podrán comprar este PGS al precio establecido como tarifa plana.
  - e. El PGS deberá contar, por otra parte, con un patrón de referencia apropiado para la reajustabilidad del precio de la prima, el que debe considerar un análisis de los cambios en el precio de las variadas prestaciones que cubre el PGS y en la intensidad de uso de las mismas. Esto obligaría a definir un patrón de referencia que sea objetivo y transparente. Así quedarían bien resueltos también estos temas para los

Tribunales de Justicia, que enfrentan para su resolución en la actualidad volúmenes muy significativos de recursos de protección por esa causa. De esta manera se fomenta la necesaria competencia que se desea que exista entre las ISAPRE al momento de establecer cada una las tarifas de su propio PGS.

### 3.2 La cobertura entregada por el PGS variará según las distintas patologías o condiciones de salud.

- a. En el caso de las patologías o condiciones de salud GES y el examen de medicina preventiva, se mantendrán los copagos, mecanismos de acceso y todas las normas establecidos por la ley. Dentro del PGS, estas prestaciones serán otorgadas sólo en la modalidad GES.
- b. En el caso de la CAEC y de la GES-CAEC, también se mantendrá la protección y mecanismos de acceso y normas establecida en la actualidad, lo que considera un límite anual de copago tanto en prestaciones ambulatorias como hospitalarias (Stop Loss o Exceso de Pérdida).
- c. Para todas las demás patologías o condiciones de salud No GES y antes de CAEC, se establecerá una bonificación fija en pesos, la cual podrá variar anualmente. Esta bonificación no dependerá necesariamente del valor cobrado por el prestador, y la diferencia entre ambas cifras deberá ser de cargo del asegurado. La bonificación será definida y revisada a partir del trabajo que desarrolle la institucionalidad que se señala en 3.7. Asimismo, en la sección siguiente se señalan los resultados de algunas simulaciones para un determinado nivel de cobertura referencial.
- d. El PGS podrá ser otorgado en modalidad de prestador en convenio (red cerrada o preferente). En el caso de patologías GES, o para acceder a la CAEC, el PGS sólo cubrirá en la red de prestadores en convenio, en cuyo caso la activación de su cobertura será automática. En el caso de patologías No GES, si el usuario prefiere atenderse en un prestador distinto a los definidos por la ISAPRE, podrá trasladar su cobertura (bonificación monetaria fija por prestación) a esos prestadores.
- e. Dado el aumento en la movilidad de los afiliados del sistema ISAPRE al eliminar las preexistencias y la cautividad, las ISAPRES deberán resguardar los mecanismos adecuados de información sobre las coberturas y redes de su nueva ISAPRE.

3.3 Se propone la creación de un fondo de compensación de riesgo que operará en forma similar al establecido para el GES. El actual fondo de compensación GES se elimina, siendo reemplazado por este nuevo, más amplio.

a. Los factores de riesgo se determinarán en base a los costos efectivos registrados por el PGS para todos los beneficiarios del sistema ISAPRE y considerará al menos sexo y edad. Adicionalmente podrá ir considerando patologías en la definición del riesgo, las que se agregarán conforme la información que respecto de este aspecto se vaya registrando.

3.4 Precio y Cobertura del PGS.

a. La comisión consideró que el PGS debiera otorgar a los afiliados una protección financiera adecuada y equilibrada, lo que si bien implicó privilegiar la cobertura de las prestaciones más costosas, como son las derivadas de la hospitalización, también consideró coberturas menores pero razonables para lo ambulatorio.

b. Asimismo, se consideró que el precio resultante debía ser acotado para evitar que un número excesivo de afiliados deba enfrentar un incremento de precio significativo al pasar del esquema actual con tabla de factores de riesgo, al nuevo esquema de tarifa plana para el PGS.

c. La armonización de ambos objetivos llevó a la comisión a concluir que la cobertura del PGS debiera estar, para las prestaciones ambulatorias, en torno al piso obligatorio que hoy tienen las ISAPRE, es decir 50% de bonificación de los aranceles de FONASA Nivel 1 (60% en el caso de las consultas médicas). En el caso de las prestaciones hospitalarias se optó por una cobertura efectiva mayor al piso actual, proponiéndose una bonificación de 70% de los aranceles de los prestadores con quienes las ISAPRE tienen convenios de atención cerrada.

d. Las coberturas antes señaladas podrían variar en la práctica de acuerdo a las realidades del sector. Así por ejemplo, se planteó en la Comisión que son pocos los médicos que ofrecen sus servicios sobre la base del arancel FONASA Nivel 1. En contraste, se ha observado que es posible encontrar precios de exámenes de laboratorio más bajos que los de FONASA Nivel 1. Por otra parte, no necesariamente las ISAPRE podrán acceder a una red de prestadores hospitalarios con precios

similares a los menores que hoy se observan en el sector. Este punto puede ser relevante en algunas regiones del país con menor oferta médica.

- e. A partir de simulaciones efectuadas por la Superintendencia de Salud, de acuerdo a una metodología concordada por la comisión, se pudo observar que un PGS con las características y sujeto a las prevenciones antes descritas tendría un costo que debería fluctuar alrededor de \$17.000 mensuales por afiliado (nótese que esto no incluye el costo del SIL). Este valor no deber ser tomado más que como un resultado referencial que surgió de diversos ejercicios de simulación.
- f. Si bien los miembros de la comisión difieren respecto al rango de precios en el que el PGS sería viable, estos rangos interceptan en \$17.000, con estimaciones que fluctúan entre \$15.000 y \$17.000 por una parte y entre \$17.000 y \$20.000 por otra.

3.5 Las ISAPRE podrán adicionalmente vender otros productos complementarios: coberturas complementarias al PGS, beneficios adicionales, cuentas de ahorro para la salud, cobertura internacional, cobertura para medicamentos ambulatorios, etc.

- a. Estas coberturas sólo podrán venderse a las personas que cuenten con un PGS contratado. Estas coberturas podrán ser vendidas en conjunto con el PGS, pero informando por separado el valor de cada cobertura y permitiendo siempre la compra exclusiva del PGS.
- b. Gonzalo Simón indica que es inconveniente obligar la venta nacional del PGS autónomamente, a todas las instituciones, Asimismo, postula una eventual inconstitucionalidad, porque establecer esta obligación para una entidad privada, podría atentar contra la libertad de emprender y ejercer una actividad económica.
- c. Respecto de las nuevas coberturas adicionales que se comercialicen en conjunto con el PGS, no existirán mínimos legales en términos de prestaciones cubiertas, de montos mínimos totales o por prestación, carencias, exclusiones, etc.

3.6 Disponibilidad de excedentes.

- a. Hemos denominado “excedentes” a la diferencia positiva entre la cotización legal del 7% y el costo del PGS para el grupo familiar del cotizante.

- b. Entre las alternativas que se plantearon para el uso de estos excedentes estuvo el subsidio a las personas cuyo 7% es inferior al costo del PGS de su grupo familiar. Sin embargo, se desechó esta opción tanto por los incentivos a subdeclarar cotizaciones de parte de quienes tendrían que aportar sus excedentes, como principalmente por las dificultades para estructurar un subsidio creíble y estable en el tiempo, dada la movilidad de afiliados entre FONASA e ISAPRE. En particular, al crear un subsidio cruzado en el sistema ISAPRE a partir de los excedentes de algunos cotizantes, se incentivaría la migración desde FONASA, luego de lo cual ya no alcanzarían los fondos obtenidos de los excedentes para pagar el subsidio inicialmente prometido. En definitiva, la alta migración entre FONASA e ISAPRE, que además estaría condicionada por la existencia misma del subsidio cruzado, impediría dar una certeza mínimamente aceptable a este instrumento, razón por la cual se optó por no considerarlo en la propuesta.
  - c. Considerando que una proporción de la cotización obligatoria para salud se solidarizará en función de los riesgos dentro de los rangos estimados para el financiamiento del PGS, con el propósito de avanzar en esta reforma se ha logrado un acuerdo en cuanto al uso de excedentes por parte de las personas en el financiamiento de coberturas complementarias al PGS, toda vez que los primeros resulten de diferencias efectivas entre el 7% y la tarifa plana.
  - d. El Dr. Fernando Muñoz concurrió al acuerdo señalado en el párrafo anterior, dadas las limitaciones que implica introducir criterios de seguridad social (ajuste de riesgos y mancomunación de aportes) en sólo uno de los dos subsistemas de salud chilenos. Entiende el Dr. Muñoz, a su vez, que el reconocimiento de diferencias a favor de aquellos cotizantes cuyo 7% de aporte obligatorio a salud es superior a la prima plana del PGS, no implica en ningún caso un reconocimiento del carácter de apropiación individual de la cotización de salud.
- 3.7 Se propone crear una institucionalidad encargada de las definiciones operacionales del Plan Garantizado de Salud. Dicha institucionalidad debería, en principio.
- a. Utilizando el arancel FONASA como referente, actualizar anualmente el contenido del plan, y estructura de beneficios (bonificaciones, copagos, deducibles, etc.).

- b. Definir el mecanismo de incorporación de nuevas prestaciones en ese arancel. En la actualidad se reconoce que no existe un mecanismo claro y uniforme para estos efectos, por lo que se recomienda avanzar en el desarrollo de un sistema de evaluación de tecnologías que permita tomar decisiones sistemáticas con base en evidencia y con criterios de costo-efectividad.
  - c. Supervisar el funcionamiento del Fondo de Compensación de Riesgo, definir la tarifa referencial y realizar los ajustes a los factores de riesgo.
- 3.8 Dada la magnitud de los cambios que hace la propuesta, se recomienda considerar un periodo de tiempo razonable para su implementación.

## Anexo N°1

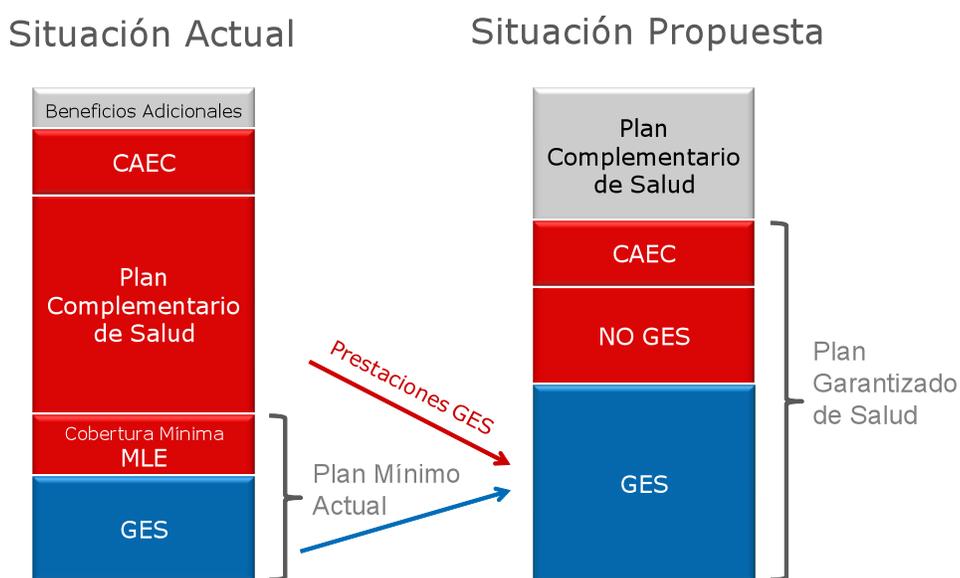
### Metodología de cálculos utilizada

El presente documento describe las metodologías y las fuentes de información utilizadas tanto para estimar las frecuencias de uso de las prestaciones vinculadas a los componentes GES y NO GES del Plan Garantizado de Salud como para estimar la población beneficiaria de ISAPRE que con su cotización actual no alcanzaría a financiar la prima establecida para este nuevo plan.

### Antecedentes

En el contexto de trabajo de la Comisión de Salud, convocada con el propósito de definir un Plan Garantizado de Salud en ISAPRE y un nuevo modelo de funcionamiento para este subsistema, se evalúa la opción de establecer un Plan Garantizado de Salud sobre la base de dos componentes independientes -GES y NO GES-. La propuesta en estudio considera para el componente GES una tasa de uso del 100%, es decir, que todas las prestaciones de salud asociadas a problemas de salud GES se otorguen bajo esta modalidad de atención y, para el componente NO GES, una cobertura mínima superior a la actual (por definir), otorgada por una red de prestadores en convenio y la mantención de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC). El PGS así definido tendrá una prima plana per-cápita que será definida libremente por cada ISAPRE.

Así, para estimar el costo del Plan Garantizado de Salud en sus dos componentes puros, se requiere, en primer lugar, trasladar al componente GES todas aquellas prestaciones que correspondiendo a problemas de salud GES en la práctica están siendo otorgadas bajo la modalidad de atención del Plan Complementario. Lo anterior, según el siguiente esquema.



Una vez identificadas las frecuencias de uso de ambos componentes puros del PGS, es necesario vincular a ellas vectores de precios que se ajusten a la realidad de entrega de las prestaciones de salud, considerando que cada uno de los componentes operará bajo la modalidad de atención de una red de prestadores en convenio.

Una vez costeados ambos componentes del PGS con una cobertura concordada para el componente NO GES, se puede estimar la prima per-cápita referencial o mínima necesaria para financiar el PGS en el Sistema ISAPRE.

Con respecto a la prima referencial que se determine para el PGS, podrán existir familias de beneficiarios del Sistema ISAPRE que con su cotización actual no alcancen a cubrir el monto necesario para financiar el PGS, las que son cuantificadas e identificadas conforme a la metodología que se detalla más adelante.

A continuación se describe la metodología utilizada para estimar las frecuencias de uso de las prestaciones de salud vinculadas a los dos componentes puros del PGS –GES y NO GES- y la metodología empleada para identificar y dimensionar la población beneficiaria de ISAPRE que con su cotización actual no alcanzaría a financiar el costo de este nuevo plan.

### **Metodología de Cálculo de los Componentes GES y NO GES Puros**

Para estimar las frecuencias de uso y el costo (facturado y bonificado) correspondiente a cada uno de los componentes del PGS fue necesario identificar las prestaciones de salud GES tanto ambulatorias como hospitalarias que fueron otorgadas bajo la cobertura del plan complementario de salud (demanda GES PCS). Lo anterior, a fin de reclasificarlas en el componente GES, dejando el componente NO GES puro. Para tal efecto, se utilizó la siguiente metodología:

1. Para estimar la “demanda GES PCS” de los 69 problemas de salud GES se consideraron los casos de uso efectivo GES de cada uno de los problemas de salud en el Sistema ISAPRE para el año 2010 y se contrastaron con las demandas estimadas de uso GES de los estudios de verificación de costos<sup>1</sup>, considerando aquellos porcentajes de uso GES y por ende, la demanda GES estimada total en dichos estudios que fuese más cercana a la demanda GES efectiva observada el año 2010. De esta manera se pudo construir la denominada demanda GES total (100%) y por diferencia con la demanda GES efectiva, se pudo obtener la demanda GES estimada de los problemas de salud cuyas prestaciones fueron bonificadas vía Plan Complementario de Salud, denominada para estos efectos “demanda GES PCS”.

---

<sup>1</sup> Estudio de Verificación del Costo Esperado Individual Promedio por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas del año 2007 realizado por la U. de Chile y el Estudio de Verificación del Costo Esperado Individual Promedio por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas del Año 2009 realizado por Bitrán y Asociados.

Ejemplo con problema de salud GES definido.

Problema de Salud (PS)	Casos GES Efectivos Año 2010	Demanda GES Total Estimada Año 2010	Demanda GES PCS Estimada Año 2010
Cáncer de Próstata	520	951	431
	55%	100%	45%

- La "demanda GES PCS" estimada para cada uno de los 69 problemas de salud se distribuyó según los porcentajes asignados a cada uno de los Grupos de Prestaciones (GP) de los estudios de verificación de costos para obtener la demanda estimada de cada Grupo de Prestaciones.

Ejemplo con problema de salud GES definido.

Problema de Salud (PS)	Intervención Sanitaria (IS)	Grupo de Prestaciones (GP)	Tasa de Uso (%)	Demanda Estimada GP
Cáncer de Próstata	Tratamiento	Etapificación Cáncer de Próstata	100%	431
		Intervención Quirúrgica Tumor Maligno de Próstata	30%	129
		Intervención Quirúrgica Orquidectomía	90%	388
		Radioterapia Cáncer de Próstata	10%	43
		Hormonoterapia	60%	259
	Seguimiento	Seguimiento	100%	431

- Por su parte, las canastas que contienen el conjunto de prestaciones de salud específicas de cada uno de los Grupos de Prestaciones de los 69 problemas de salud GES, se clasificaron en canastas ambulatorias y hospitalarias. Asimismo, cada una de las prestaciones de salud específicas debían presentar códigos del Arancel Fonasa MLE 2010, siendo necesario recodificar y/u homologar algunas de ellas para poder incluirlas en los cálculos.

Ejemplo con problema de salud GES definido.

Problema de Salud (PS)	Intervención Sanitaria (IS)	Grupo de Prestaciones	Modalidad de Atención Canastas GES
Cáncer de Próstata	Tratamiento	Etapificación Cáncer de Próstata	Ambulatoria
		Intervención Quirúrgica Tumor Maligno de Próstata	Hospitalaria
		Intervención Quirúrgica Orquidectomía	Hospitalaria
		Radioterapia Cáncer de Próstata	Ambulatoria
		Hormonoterapia	Ambulatoria
	Seguimiento	Seguimiento	Ambulatoria

- Para cada una de las prestaciones de salud codificadas en el punto 3, se calcularon las cantidades unitarias de uso, para lo cual se utilizaron las cantidades, frecuencias y la periodicidad establecida para cada una de ellas en los estudios de verificación de costos.

Ejemplo con canasta de Grupo de Prestación Intervención Quirúrgica Tumor Maligno de Próstata (prestaciones seleccionadas).

<b>Prestaciones Específicas Canasta Cirugía Cáncer de Próstata</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Periodicidad</b>	<b>Cantidad Unitaria</b>
Día cama hospitalización integral adulto en unidad de tratamiento intermedio (U.T.I.)	2	0,4	1	0,8
Preparación de glóbulos rojos, plasma, plaquetas o crioprecipitados	2	0,4	1	0,8
Set de exámenes por unidad de glóbulos rojos transfundida	2	0,4	1	0,8
Transfusión en adulto o niño en pabellón	1	0,4	1	0,4
Citología aspirativa (por punción); por cada órgano	2	1	1	2
Estudio histopatológico de biopsia contemporánea (rápida) a cirugías (por cada órgano)	2	1	1	2
Estudio histopatológico con tinción corriente de biopsia diferida con estudio seriado o parte de él	3	1	1	3
Estudio histopatológico corriente de biopsia diferida (por cada órgano)	5	0,7	1	3,5

5. Para determinar la cantidad total de cada una de las prestaciones de salud específicas contenidas en las canastas ambulatorias y hospitalarias GES PCS, se multiplicó la demanda de cada Grupo de Prestaciones por la cantidad unitaria de uso de las mismas.

6.

Ejemplo con problema de salud GES definido.

Prestaciones Específicas Canasta Cirugía Cáncer de Próstata	Cantida d Unitaria	Demanda Estimada Grupo de Prestaciones GES PCS	Cantidad Total de Prestaciones Específicas GES PCS Estimadas
Día cama hospitalización integral adulto en unidad de tratamiento intermedio (U.T.I.)	0,8	129	103
Preparación de glóbulos rojos, plasma, plaquetas o crioprecipitados	0,8	129	103
Set de exámenes por unidad de glóbulos rojos transfundida	0,8	129	103
Transfusión en adulto o niño en pabellón	0,4	129	52
Citología aspirativa (por punción); por cada órgano	2	129	258
Estudio histopatológico de biopsia contemporánea (rápida) a cirugías (por cada órgano)	2	129	258
Estudio histopatológico con tinción corriente de biopsia diferida con estudio seriado o parte de él	3	129	387
Estudio histopatológico corriente de biopsia diferida (por cada órgano)	3,5	129	452

7. Las prestaciones de salud codificadas con sus respectivas cantidades fueron cruzadas vía los códigos Fonasa MLE de la base de datos de Prestaciones Bonificadas de las ISAPRE Abiertas correspondiente al año 2010, cuyas cantidades fueron descontadas de las frecuencias de las prestaciones del PCS. De esta manera se logró obtener el Plan Complementario de Salud puro (componente NO GES). Para descontar los montos facturados y bonificados correspondientes a estas prestaciones se consideraron los montos facturados y bonificados unitarios promedio de estas prestaciones en la citada base de datos.

8. A su vez, las cantidades de las prestaciones GES del PCS identificadas en el punto 5, se sumaron al gasto GES efectivo del año 2010, valorizándolas al precio promedio de algunos aranceles en convenio proporcionados por las ISAPRE para establecer los montos facturados. Para determinar los montos bonificados se aplicó sobre los montos facturados de cada prestación

específica la cobertura o bonificación promedio observada para los problemas de salud GES efectivos (94,7%).

9. Adicionalmente, se sumó al componente GES del punto 7, el gasto por concepto de medicamentos, insumos, prestaciones dentales, drogas inmunosupresoras y drogas antineoplásicas (ambulatorias y hospitalarias) consideradas en las canastas GES y que fueron bonificados conforme a la cobertura del Plan Complementario de Salud. Para tal efecto, los ítems señalados se valorizaron a los precios utilizados en los estudios de verificación de costos reajustados a moneda del año 2010, obteniendo finalmente los montos bonificados al aplicar el 94,7% señalado en el punto anterior. De esta manera se pudo construir el GES total (100%), según montos bonificados.

### **Metodología de Cálculo de la Población Deficitaria**

Para estimar la población deficitaria de ISAPRE con respecto a la prima per-cápita definida para el PGS se contrastó la cotización disponible de cada cotizante con la cotización necesaria para el financiamiento del PGS o costo del PGS por cotizante, de acuerdo con la siguiente metodología aplicada sobre datos del año 2010, asumiendo la composición de riesgo de la cartera de ese periodo.

1. La cotización disponible de cada cotizante se estimó considerando, en primera instancia, la cotización obligatoria de cada uno de ellos, equivalente al 5,46% de la renta imponible, esto es, la cotización legal del 7% menos el aporte al SIL estimado en 1,5% de la renta imponible.
2. Por su parte, la cotización necesaria para el financiamiento del PGS por cotizante se estimaron considerando distintas primas per-cápita para el PGS, las que se aplicaron sobre el cotizante y sus cargas para obtener el costo total del PGS por cotizante.
3. Se clasificaron como probables deficitarios los cotizantes cuyas cotizaciones obligatorias resultaban ser inferiores a las necesarias para el financiamiento del PGS.

**Anexo N°2**

**Minutas de la Comisión**

**Minuta reunión**

22 de julio de 2011

TL

**Asistentes:**

Jaime Mañalich, Ministro de Salud  
Luis Romero, Superintendente de Salud  
Juan Cataldo, asesor Ministro de Salud

Miembros de la comisión:

Marcos Vergara  
Emilio Santelices  
Fernando Muñoz  
Patricio Silva  
Gonzalo Simon  
José Tomás Morel  
Thomas Leisewitz

Se excusó de asistir Manuel Insotroza

**Temas tratados:**

1. El ministro de salud hace una introducción, agradeciendo la participación a los miembros de la comisión. Luego de enmarcar este encargo en una serie de iniciativas, acuerdos y grupos de trabajo en los últimos 12 meses, explica que se ha convocado a un grupo de expertos para que en un período de 60 días preparen un informe que debe responder cuatro preguntas:
  - a. Analizar la viabilidad técnica de la creación de un Plan Garantizado de Salud (PGS) para todos los afiliados a ISAPRE, que fuera financiado a un precio único por institución previsional. Ese precio no debe incluir el costo del Subsidio de Incapacidad Laboral.
  - b. El contenido del PGS
  - c. El valor aproximado del PGS
  - d. El mecanismo de financiamiento solidario para lograr un precio único, y sus implicancias

Explícitamente señala que no es objeto de esta comisión el análisis del financiamiento de todo el sistema de salud (aunque, y tal como surgió en la conversación posterior, deba considerarse como marco de referencia global).

2. El ministro de salud define que el mandante de este informe es el Ministerio de Salud, que la secretaría técnica estará a cargo de Arturo Zúñiga, y propone como coordinador

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

de la comisión a Thomas Leisewitz. Ofrece además el apoyo que sea necesario para conseguir el objetivo, tanto del ministerio como de la Superintendencia de Salud.

3. El Superintendente de Salud expone resumidamente algunos de los análisis que ha realizado la superintendencia sobre los efectos de un plan único garantizado, simulando frecuencias de prestaciones actualmente observadas con distintos niveles de coberturas y vectores de precios. De acuerdo a estos análisis, una porción significativa del 7% de cotización (al menos, \$20.519 mensual por persona) se gastaría en un plan único garantizado que incluyera al menos las prestaciones actualmente incorporadas en las GES, CAEC, y las equivalentes al FONASA Libre Elección.

Después de algunos comentarios, se acuerda analizar en profundidad este estudio posteriormente. La presentación revisada en la sesión será enviada a los miembros de la comisión.

4. Los miembros de la comisión discuten sobre el *modus operandi* para alcanzar los objetivos propuestos. Se acuerda:
  - a. Sesionar en principio dos veces por semana, martes y viernes, de 9:00 a 11:30 hrs. La próxima reunión se fija, en consecuencia, para el martes 26 de julio.
  - b. Las reuniones se realizarán en dependencias del Ministerio de Salud. Juan Cataldo ofrece estacionamientos a quienes lo requieran.
  - c. Usar un sistema formal de secretaría ejecutiva, que permita ir dejando registro por escrito a través de minutas y trabajar desde el inicio mediante la redacción de el o los documentos que constituirán la base del informe final. Esta secretaría debe incluir además de Arturo Zúñiga, al menos a un representante de la Superintendencia de Salud.
  - d. Analizar en una primera sesión los alcances del encargo y posibles necesidades de información, en forma previa a definir futuros expositores.
5. Se aclara que el producto final puede no ser una única solución

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

### **Minuta reunión**

26 de julio de 2011

AZ

### **Asistentes:**

Miembros de la comisión:

Marcos Vergara  
Emilio Santelices  
Fernando Muñoz  
Patricio Silva  
Gonzalo Simon  
José Tomás Morel  
Thomas Leisewitz  
Manuel Inostroza

Secretaria Técnica:

Juan Cataldo, asesor Ministro de Salud  
Roberto Arce, Jefe Depto. de Estudios Superintendencia de Salud  
Arturo Zúñiga, Secretario Técnico comisión

### **Temas tratados:**

- I. Se inicia la sesión leyendo la minuta anterior, a la cual se le hacen las siguientes observaciones:
  1. Se cambia “mecanismo implícito de subsidio” por “mecanismo de financiamiento solidario” en 1.d).
  2. Aclarar que el producto final puede no ser una única solución.
- II. Se acuerda tener reserva de los puntos de vista y avance de la comisión con el objetivo de no entorpecer su trabajo, teniendo en cuenta que los miembros no pueden velar por las acciones de sus representados.
- III. Respecto al proyecto de ley que incorpora una tabla de factores atenuada para las ISAPRES (“Ley Corta”), actualmente en el Congreso, los miembros de la comisión analizan la amplia gama de posibilidades de estrategia legislativa, desde la nula existencia de vínculo del resultado de esta comisión con la “Ley Corta” a la promulgación de una ley que reemplace inmediatamente el proyecto que se encuentra en discusión.
- IV. El coordinador de la comisión propone que cada uno de los integrantes dé su impresión acerca de que es lo que entienden por el PGS. Ante esto cada uno de los participantes de la comisión entrega su visión desde diversos puntos de vista, aunque en general hubo

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

consenso de que la solución o soluciones propuestas debe responder a los principios de Universalidad, Solidaridad y Sustentabilidad Financiera. De los puntos abordados resaltaron los siguientes:

1. El **contenido** del PGS<sup>1</sup>: punto en que se centró la discusión, apareciendo diferentes propuestas.
  - a. Respecto a qué incluir, Thomas Leisewitz plantea que no debe asumirse como mínimo la cobertura actual, sino que incentivar a que se presenten propuestas innovadoras a este respecto.
  - b. Uno de los aspectos en que parece haber más consenso es que este PGS debe abarcar al menos las actuales Garantías Explícitas en Salud (GES).
  - c. Roberto Arce propuso que se evaluara un sistema en donde se separara del plan los elementos diferenciadores, como por ejemplo los embarazos, o el mayor costo de los adultos mayores.
  - d. Por su lado Jose Tomás Morel planteó como alternativa el tener una cobertura monetaria, y no respecto a prestaciones. Así por ejemplo se podría definir un monto para otorgar el PGS y que sean las ISAPRES las encargadas de evaluar qué pueden ofrecer a ese valor, buscando mayor competencia entre éstas.
  - e. Thomas Leisewitz defiende la idea de tratar diferenciadamente aquellos eventos infrecuentes pero de alto costo, o patologías previamente protocolizadas, del consumo de prestaciones más discrecional, o las de muy bajo costo. Respecto al primer grupo, proponer analizar la inclusión de las “Enfermedades Raras” dentro del PGS.
  - f. Patricio Silva mencionó la idea de protocolizar las prestaciones médicas utilizando la metodología de la Medicina Basada en Evidencias, con el objetivo de contener los costos del sistema.
  - g. Fernando Muñoz analiza la dificultad de regular la pertinencia de las prestaciones, y comenta que le gustaría conocer la efectividad de la gestión de enfermedades crónicas.
  - h. Varios miembros de la comisión analizan la importancia de la prevención y proponen incluir incentivos para a la medicina preventiva. Por su lado, Marcos Vergara agrega que no sería conveniente incluir la promoción dentro del PGS por tratarse de bienes que operan mejor en enfoques colectivos que en individuales. Gonzalo Simón recuerda que actualmente las ISAPRES no tienen las herramientas para “castigar” a los que no hacen prevención.
  - i. Emilio Santelices propuso cambiar la naturaleza del contrato de salud, de uno anual a uno multianual para fomentar la adopción de prácticas preventivas de las ISAPRES y el enfrentar adecuadamente las enfermedades crónicas. Thomas Leisewitz sugiere que ello implica alienar los incentivos para aseguradores y

---

<sup>1</sup> De acuerdo a lo discutido, entendemos que cuando hablamos del PGS en realidad nos estamos refiriendo a la cobertura de este plan.

asegurados, lo que podría traducirse en una mayor cautividad de los afiliados, que no podrían cambiarse cuando quisieran.

- j. Gonzalo Simón planteó que junto con pedirles a las ISAPRES que definan redes cerradas de atención, era imprescindible reconocer que se requiere “abrir” los hospitales a pacientes de ISAPRE, especialmente en regiones.

2. El **valor** del PGS:

- a. Se mencionaron diferentes valores aproximados de la actual cotización promedio y sus componentes. Se le solicitó a Roberto Arce una actualización de estos valores (cotización legal, cotización voluntaria, costo del SIL, GES y CAEC, etc.), para debatir con datos concretos. Del mismo modo se solicitó referencia acerca de los planes comercializados por las ISAPRES y su cobertura, y tener una aproximación general a la elasticidad precio-demanda observada. Por último se planteó la necesidad de modelar el sistema con un PGS de \$15.000, \$20.000 y \$30.000.
- b. Gonzalo Simón comentó que la elaboración y publicación de un IPC de la Salud ayudaría a la contención de precios ya que las ISAPRES no querrían publicar reajustes por encima del promedio. Por su parte Marcos Vergara comenta que esto tendría un efecto inflacionario.

- V. Dado que no se alcanza a terminar de debatir, se acuerda continuar el intercambio de puntos de vista en la siguiente sesión.

**Minuta reunión**

29 de julio de 2011

AZ

**Asistentes:**

Miembros de la comisión:

Marcos Vergara  
Emilio Santelices  
Fernando Muñoz  
Patricio Silva  
Gonzalo Simon  
José Tomás Morel  
Thomas Leisewitz  
Manuel Inostroza

Secretaría Técnica:

Roberto Arce, Jefe Depto. de Estudios Superintendencia de Salud  
Arturo Zúñiga, Secretario Técnico comisión

**Temas tratados:**

- I. Se inicia la sesión leyendo la minuta anterior, a la cual se le hacen las siguientes observaciones:
  1. MV solicita que se cambie el párrafo donde aparece diciendo que está a favor de incluir la prevención por uno que diga que no se debe incluir ya que estos bienes funcionan mejor desde lo colectivo que desde lo individual. El mismo solicita agregar su hipótesis acerca de los efectos inflacionarios que generaría un IPC de la salud. Finalmente aclara que lo que él solicitó fue que se presentara una descripción general de todos los planes de las Isapres y sus coberturas, no solo los básicos.
- II. TL propone seguir con el levantamiento de ideas que se inició la sesión pasada solicitando dejar un tiempo al final de la sesión para realizar un resumen de los temas que se trataran a futuro.
  - a) MI propone que dentro del trabajo de esta comisión debe estar el diseño de algún mecanismo que regule el comportamiento oportunista de los individuos que se trasladen de Fonasa a Isapre cuando requieran una prestación. GS agrega que la regulación debiese enfocarse en prevenir que los individuos arbitren la diferencia en la calidad y oportunidad que tiene el sistema público con el privado. PS plantea la necesidad de que los mecanismos que regulen este comportamiento oportunista no perjudiquen a la persona sana que quiere pasar a Isapre. MV comparte la idea de que el diseño de un mecanismo para frenar este comportamiento oportunista debe estar dentro del trabajo de

esta comisión. ES aclara que este mecanismo no puede ser por ley ya que estaría en contra de la Constitución. TL agrega que no sólo existirá este comportamiento en beneficiarios que estén en Fonasa si no que también en los que no están en Fonasa ni en Isapre. Sin embargo, indica que es políticamente inviable poner restricciones a la movilidad entre sistemas, además de ir en contra de la libertad de elección.

- b) MV manifiesta la necesidad de conocer cuánto del gasto actual ya está aplanado en los planes (GES y CAEC) y de cuantificar el gasto de los adultos mayores con el objetivo de tener una noción de la magnitud de éste y de cómo afectaría a los más jóvenes en un escenario de tarifa plana. Complementa su opinión con la dificultad que tienen los adultos mayores para hacer frente a su gasto en salud, debido a que sus ingresos en esa etapa de la vida son, generalmente, bajos. GS plantea que debe mirarse a la familia como la unidad básica y su evolución en el ciclo vital para realizar este análisis, poniendo como contrapunto que las familias jóvenes tienen un gasto muy alto en otros asuntos como en educación. TL comparte que la mirada debe enfocarse en el grupo familiar, agregando que dentro de las alternativas a analizarse está el método de cuentas de ahorro en salud. PS plantea que está dentro de los principios básicos de la seguridad social que por ley se le exija a las personas destinar un porcentaje de sus remuneraciones para hacer frente a sus gastos en salud y que esta incluya un ahorro, mediante un fondo solidario, en los años en que el gasto en salud es bajo para que sea destinado a la etapa final del ciclo vital en donde se concentran los mayores gastos en salud, y de esta forma mantenerse en el sistema privado. Agrega que la diferencia entre su cotización y el costo del PGS pueda ser destinado a la contratación de un seguro complementario. JTM plantea que ante los mecanismos de discriminación que hoy utilizan las Isapres es necesario crear condiciones para minimizar los incentivos de las Isapres para rechazar a personas de mayor riesgo por lo que el fondo de compensación es necesario. GS aclara que si la búsqueda es solo para solucionar que los adultos mayores paguen montos excesivos, el problema ya está resuelto por la ley corta, por lo que no debiese acotarse la discusión solo a este problema. Agrega que todo el mundo discrimina y que ése no es un problema en sí, las Isapres aplican reglas comunes que discriminan pero no arbitrariamente y que tienen el objetivo de proteger a los beneficiarios que ya se encuentran en el sistema.

III. TL realiza un resumen de las 2 primeras sesiones y propone un esquema de trabajo para las siguientes con el objetivo de acotar la discusión a estos puntos.

- 1) Contenido del plan: alternativas a analizar
  - a. Garantizar un conjunto de prestaciones o cobertura monetaria
  - b. Red de prestadores (más o menos abierta)
  - c. Estructura de beneficios (prepago, copago, coseguro, deducible, etc.)
- 2) Aplanamiento de los costos para el adulto mayor: cuatro alternativas han sido puestas sobre la mesa
  - a. Tarifa plana

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

- b. Tabla de factores con tope a cierta edad
  - c. Subsidio intergeneracional (tipo sistema de reparto en pensiones)
  - d. Cuenta ahorro individual
- 3) Articulación del PGS con otros seguros obligatorios y/o voluntarios
  - 4) Costo del plan y sus consecuencias
  - 5) Movilidad Fonasa/Isapre
    - a. Evaluación de los distintos escenarios y sus efectos
    - b. Regulaciones
- a) Los miembros de la comisión solicitan una actualización de la información institucional para poder trabajar con datos concretos. AZ enviará una lista resumen de los datos que han sido solicitados para su revisión y acuerdo por parte de los integrantes de la comisión.
  - b) MI plantea su inquietud a que la lista de temas que propuso TL desdibujen el mandato, el cual consiste en evaluar la viabilidad del fondo de compensación de riesgo a una tarifa plana, a lo que TL aclara que el mandato es discutir un plan garantizado con tarifa plana, y que el fondo es una de los mecanismos posibles. Otra observación realizada por MI es agregar al punto 4) la relación con el IPC de la salud. Otro tema a debatir que agregaría al punto 1) es la evaluación de que la red cerrada sea la única alternativa o no. MV menciona que en la minuta de la primera sesión aparece un buen resumen sobre lo que se debe trabajar en esta comisión. Asimismo solicita que se haga una presentación acerca de cuáles son los objetivos y desarrollos del Ministerio de Salud desde el punto de vista de la organización y gestión de los prestadores públicos y de las inversiones.
  - c) PS solicita que el análisis del aplanamiento de los costos no se limite a los adultos mayores si no que también a otros grupos que tienen un costo asociado alto, como las embarazadas.
  - d) TL agrega que las exposiciones de los expertos externos se irán programando a medida que se vayan discutiendo los temas.

## Anexo 1

### Listado de datos institucionales solicitados

#### I) Situación Actual Isapres

##### 1) Caracterización

Demográfica

Grado de Movilidad (Fonasa Isapres, Isapres Isapres)

##### 2) Cobertura

Descomposición del costo (ambulatorio, SIL, CAEC, etc.)

Hospitalaria (cobertura por beneficiario)

Ambulatoria (cobertura por beneficiario)

Cotización Monetaria Obligatoria (monto por beneficiario)

##### 3) Gastos

Siniestralidad (evolución del gasto promedio/total del sistema, frecuencia de uso)

Gasto aplanado en relación al gasto total

Ges/No Ges

Simulación del gasto en el ciclo de vida (familia como unidad mínima) vs. individual con cuenta de ahorro

Enfermedades “raras”

##### 4) Seguros Complementarios (datos generales)

##### 5) Preexistencias (funcionamiento)

#### II) Sistema Público

##### 1) Inversión

##### 2) Comparación comprehensiva gasto establecimientos experimentales/tradicionales

##### 3) Evolución gasto subtítulo 21 y 22 (últimos 10 años)

4) Visión del Ministerio de Salud sobre modificaciones en organización y gestión de servicios de salud y hospitales públicos

**COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES**

---

Anexo 2

<b>Encargo ministro Mañalich</b>	<b>Temas propuestos última reunión</b>
Analizar la viabilidad técnica de la creación de un Plan Garantizado de Salud (PGS) para todos los afiliados a ISAPRE, que fuera financiado a un precio único por institución previsional. Ese precio no debe incluir el costo del Subsidio de Incapacidad Laboral.	Variables que inciden en la introducción de un plan garantizado: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo del plan (y sus consecuencias)</li> <li>• Movilidad Fonasa/Isapre: evaluación de los distintos escenarios y sus efectos; posibles regulaciones</li> <li>• Articulación del PGS con otros seguros obligatorios y/o voluntarios</li> </ul>
El contenido del PGS	Contenido del plan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar un conjunto de prestaciones o cobertura monetaria</li> <li>• Red de prestadores (más o menos abierta)</li> <li>• Estructura de beneficios (prepago, copago, coseguro, deducible, etc.)</li> </ul>
El valor aproximado del PGS	Costo del plan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorización</li> <li>• Consecuencias: cambios en composición de cartera, comportamientos oportunistas</li> <li>• “IPC de la salud”</li> </ul>
El mecanismo implícito de financiamiento para lograr un precio único, y sus implicancias	Aplanamiento de los costos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarifa plana</li> <li>• Tabla de factores con tope a cierta edad</li> <li>• Subsidio intergeneracional (tipo sistema de reparto en pensiones)</li> <li>• Cuenta ahorro individual</li> </ul>

**Minuta reunión**

2 de agosto de 2011

AZ

**Asistentes:**

Miembros de la comisión:

Marcos Vergara  
Emilio Santelices  
Fernando Muñoz  
Patricio Silva  
Gonzalo Simon  
José Tomás Morel  
Thomas Leisewitz  
Manuel Inostroza

Secretaría Técnica:

Roberto Arce, Jefe Depto. de Estudios Superintendencia de Salud  
Arturo Zúñiga, Secretario Técnico comisión

**Temas tratados:**

- I. Se inicia la sesión con observaciones acerca de la minuta de la sesión anterior. TL solicita agregar formalmente a la minuta los anexos que hacen referencia al mandato del Ministro Mañalich con los temas a tratar y el listado de datos institucionales sobre los que se va a basar el trabajo. MV agrega que pudiese incluirse el trabajo que compara la gestión de los hospitales autogestionados con los experimentales, pero TL aclara que todavía no hay un avance significativo para mostrar. MV solicita incluir en el listado de datos institucionales lo que esta haciendo el Ministerio de Salud en materia de organización y gestión de servicios de salud y hospitales públicos.
- II. Debido a que todos ya habían leído la minuta anterior se decide no leerla.
- III. Se inicia la presentación de Roberto Arce.
  - Diapositiva 1: MV pide tener acceso a los datos que respaldan la presentación, lo que se acuerda.
  - Diapositiva 3: MV manifiesta su intención de saber cuántas personas del grupo de los pensionados accederán al beneficio de la eliminación de la cotización para éste grupo.
  - Diapositiva 4-5: TL solicita agregar valores para complementar la información porcentual y ampliar el análisis a 10 años.
  - Diapositiva 6-9: Se revisa la evolución del gasto por beneficiario, descomponiéndolo en aumento de precios de las prestaciones, frecuencia de éstas y uso del SIL.

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

Diapositiva 10: Cotización promedio del 50% de los beneficiarios es menor a \$30.000 (incluyendo la cotización voluntaria) aproximadamente. TL solicita el valor de la cotización obligatoria.

Diapositiva 11: MI agrega que además de las cotizaciones declaradas y no pagadas, están las no declaradas y no pagadas.

Diapositiva 12: Se discute acerca de los factores que provocan mayor o menor movilidad. Se dan como posibles causas los ciclos económicos y reajustes de precios de planes.

Diapositiva 14: TL hace ver la diferencia en la información que muestra esta diapositiva con la número 8, en donde el gasto es de \$40.000 versus los \$32.000 de esta diapositiva. Se debe aclarar esta diferencia (posiblemente por el denominador utilizado: cotizante/beneficiario).

Diapositiva 15-19: Se detalla los tipos de planes existentes, mostrando cuales son las coberturas de carátula de los planes más utilizados. Se deja constancia que los datos reflejan la cobertura de la Libre Elección, por lo que la cobertura real puede ser menor (en caso de los topes) o mayor (en el caso de los prestadores preferentes). Otro punto que se aclara es que estas coberturas pueden aumentar en la medida que se tenga un seguro complementario. Existen 3.500.000 de beneficiarios de seguros complementarios. MI entrega como dato que estos seguros tienen una alta siniestralidad, obteniendo una baja utilidad pero que sirven para una venta de un seguro “extra” (general o de vida). RA menciona que el 15% de los beneficiarios que recibieron alguna prestación durante el año 2010 tienen una cobertura hospitalaria real menor al 50%.

Diapositiva 20: Se presenta una simulación del gasto de una familia tipo a través del ciclo vital. Se aprecia una curva con menos pendiente si se compara con la evolución del gasto individual.

Diapositiva 21: Se comenta que un plan de cobertura baja en Isapre con un seguro complementario no es una buena opción debido a la renovación anual que tienen éstos últimos, al cambio de empleador, etc., situaciones en las que se pierde la cobertura ante una preexistencia.

Diapositiva 25-26: MV solicita algún tipo de información que pueda identificar el nivel de cobertura con la frecuencia de uso de prestaciones de salud. GS y TL hacer ver que nos puede entregar información útil pero recalcan que la elección de un determinado plan ya se encuentra influenciada por factores que no se pueden apreciar claramente y que ensucian las posibles conclusiones. RA propone realizar una regresión con ciertas variables para ver la causalidad de cada una de éstas.

- IV. MI plantea la situación en que ante una garantía AUGE algunos los usuarios eligen el plan de salud complementario y otros lo hacen bajo la cobertura GES. ¿Cuáles son las características de estos 2 grupos? RA declara que con los datos que se tienen hoy no se puede entregar una buena información.

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

- V. MV reitera la solicitud de tener una presentación acerca de lo que está desarrollando la actual administración en cuanto a organización y gestión de los servicios de salud y hospitales. Esta exposición la realizará ES en la siguiente sesión.
  
- VI. MV vuelve a la pregunta formulada en la reunión anterior ¿Cuánto de la tarifa del plan ya es “plano” hoy en día, considerando GES y CAEC?. GS estima que es alrededor de un 10% del gasto.
  
- VII. Se cambia el horario de las sesiones de 9:30-12:00. MV solicita que el Economista Camilo Cid, quien fuera analista del Departamento de Estudios de la Superintendencia y que se desempeña actualmente en el Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad católica de Chile, exponga durante la próxima sesión, lo cual es aprobado por la comisión.

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

### **Minuta reunión**

5 de agosto de 2011

AZ

### **Asistentes:**

Miembros de la comisión:

Marcos Vergara  
Emilio Santelices  
Fernando Muñoz  
Patricio Silva  
Gonzalo Simon  
Thomas Leisewitz  
Manuel Inostroza

José Tomás Morel justificó su ausencia por compromisos previamente acordados.

Secretaría Técnica:

Roberto Arce, Jefe Depto. de Estudios Superintendencia de Salud  
Arturo Zúñiga, Secretario Técnico comisión

### **Temas tratados:**

- I. Se inicia la sesión con observaciones acerca de la minuta de la sesión anterior. MV solicita incorporar sus observaciones enviadas por email.
- II. Se da inicio a la presentación de Emilio Santelices, quien expondrá qué es lo que se está haciendo en el Ministerio de Salud para mejorar la gestión y organización de los establecimientos de salud.

Diapositiva 10: ES señala que en estos momentos habrían 6 hospitales autogestionados que cumplirían la acreditación. MI señala que con el indicador anterior había 11 hospitales, ante lo cual TL aclara que esos 11 se declararon autogestionados pero nunca se evaluaron, y cuando se realizó el 2010 sólo uno pasó el proceso.

Diapositiva 18: PS pregunta sobre reformas a los estatutos administrativos, o en el manejo de recursos humanos. ES responde que no está en la agenda cambios a los estatutos administrativos.

- III. Camilo Cid agradece la invitación de la comisión y comienza su presentación “Los problemas del sistema Isapres, la ley corta y la reforma necesaria”.

Diapositiva 8: GS pregunta cuanto del 40% del gasto de bolsillo es el 3% de cotización voluntaria. CC dice que es un 3%. CC puede enviarnos el dato de copago a nivel nacional, ante la solicitud de MI.

Diapositiva 15: CC propone que una alternativa al IPC de la Salud, en relación a contener los costos, es un cambio desde el pago por facturación a uno mixto, en el cual se comparten los riesgos entre aseguradoras y prestadores.

Diapositiva 16-21: CC comenta acerca de las limitaciones que tiene el ajuste por riesgo exclusivo por sexo y edad para la elaboración de un fondo de compensación. Agrega que estos 2 criterios solo explican un 3% de la varianza en forma individual y que agregando otros criterios (situación socioeconómica, demográfico, enfermedades crónicas, etc.) se llega a un 30%.

GS pregunta cuál es el porcentaje de la población que participa en los sistemas ejemplificados (holandés y alemán). CC responde que es un porcentaje cercano al 95%, el 5% restante cotiza en forma privada. GS hace notar la diferencia entre estos sistemas y el chileno, en donde hay 2 sistemas, en donde un plan con tarifa plana y un fondo de compensación provocaría que las personas arbitraran entre los 2 sistemas, situación que no sucede en países con un sólo sistema.

TL pregunta acerca del sistema de pago a los prestadores en estos sistemas, recalando que en Chile existe una varianza de precios bastante elevada. CC dice que la red en Alemania es más homogénea por lo que se puede pagar utilizando precios de referencia.

Diapositiva 22-23: CC comenta que hay modelos que tienen muchos años funcionando por lo que existe bastante evidencia sobre sus resultados.

Diapositiva 24-27: CC comenta la evolución de los sistemas en Alemania y Holanda, resaltando la característica del sistema alemán en donde la reforma del año 2000 prohibió que una persona volviese al seguro público una vez que haya elegido el privado, desapareciendo el año 2009 los aseguradores privados como oferentes del plan general, limitándose al plan suplementario. En cuanto al sistema holandés CC concuerda con GS que la prima no es plana si no que es aplanada.

Diapositiva 28-35: PS menciona su preocupación por que una institución administre todos los datos de salud de la población, debido a la discriminación a que son objeto las personas por su condición de salud.

CC plantea que la metodología del CAEC resume muy bien su propuesta de solución. Otra condición es que la libre elección está limitada al seguro y no al prestador, el seguro tiene una red de prestadores cerrada, si una persona se quiere atender en un establecimiento que está fuera de esta red tendría que pagar la atención completa.

IV. CC y EM dejan a disposición de la comisión las presentaciones, las cuales serán enviadas antes de la próxima sesión.

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

### **Minuta reunión**

9 de agosto de 2011

AZ

### **Asistentes:**

Miembros de la comisión:

Marcos Vergara  
Emilio Santelices  
Fernando Muñoz  
José Tomás Morel  
Patricio Silva  
Gonzalo Simon  
Thomas Leisewitz  
Manuel Inostroza

Secretaría Técnica:

Roberto Arce, Jefe Depto. de Estudios Superintendencia de Salud  
Arturo Zúñiga, Secretario Técnico comisión

### **Temas tratados:**

- I. Se inicia la sesión sin observaciones a de la minuta de la sesión anterior.
- II. TL y ES presentan la inversión sectorial de salud desde 1990 y lo proyectado por el Ministerio de Salud hasta el 2014. Se aclara que se incluye la inversión a través de concesiones por medio del pago de cuotas y del IVA. TL aclara que es el plan de inversiones del Ministerio de Salud, el no ha sido revisado aun por el Ministerio de Hacienda. Se agrega que con las concesiones la tasa de deterioro de los edificios es menor ya que ésta incluye una mantención. MV enviará un estudio acerca de los niveles de inversión de los prestadores privados comparados con los del sector público, para agregar como documento anexo a esta minuta. MI pregunta si estas proyecciones incluyen las mejoras que deben hacerse en los establecimientos para que puedan optar a la Autorización Sanitaria, paso indispensable para la Acreditación, lo cual es afirmado por ES.
- III. TL invita a comentar las presentaciones de Roberto Arce y Camilo Cid, las cuales, por tiempo, no se realizaron cuando fueron presentados. Se inician con la presentación de Roberto Arce.

Diapositiva 4: se corrigió la rentabilidad sobre capital y reservas. GS aclara que el valor de una compañía de seguros se relaciona con la cartera de afiliados.

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

Diapositiva 23: TL recalca que el valor de la cotización obligatoria por beneficiario sin el SIL es de \$ 22.669 para poder elaborar un plan que incluya el GES, gastos de administración y ventas y CAEC.

Diapositiva 26: No incluye lo no bonificado por las Isapres.

Diapositiva 31-32: no permite confirmar la tesis sobre la relación positiva entre cobertura y prestaciones. MV propone que se utilicen estos cuadros con 2 trazadores: para la cobertura ambulatoria utilizar las consultas y para la hospitalaria los días cama. ES solicita que para la cobertura hospitalaria se utilice también el número de egresos debido al fenómeno de las intervenciones “evitables”. GS agrega la utilidad de incluir los valores pagados por cada prestación, ya que a coberturas más bajas podrían asociarse a prestaciones de menor valor individual. Finalmente TL propone realizar los cuadros por diagnóstico para eliminar el efecto de la complejidad de cada prestación.

- IV. ES propone que, con los datos que se presentaron, la comisión estudie el contenido del plan según la necesidad de los grupos, con el objetivo de diferenciar el consumo innecesario (lógica AUGÉ). MV propone que el contenido debe converger o acercarse al plan público, al tiempo que plantea su preocupación por la carencia de incentivos a la contención del gasto en la propuesta de IPC para la salud de la Ley Corta, producto de lo cual la válvula de escape seguirá siendo el consumidor, a través de previsible alzas en la prima de los planes. JTM aclara, en relación al IPC de la Salud, que el panel de expertos tiene la misión de velar por la contención de costos por medio de la evaluación del exceso de consumo innecesario en salud. GS propone que el IPC de Salud no va a generar un efecto inflacionario, ya que sólo actúa como un transparentador de valores pasados y no incide en la negociación que hagan los prestadores con las aseguradoras. MI acuerda que existe la necesidad de un IPC de Salud, sin embargo propone que en la formulación del contenido del plan se incluyan incentivos para la contención del gasto. MI, basándose en la presentación de Camilo Cid, comenta que existe bastante experiencia internacional, reconociendo la diferencia de modelos, que permitirían a esta comisión dar un salto a una propuesta distinta que se anticipe a futuras demandas ciudadanas, lo que es consensuado por ES.
- V. TL propone para los últimos 20 minutos de la sesión se defina la forma de abordar cada uno de los temas en los que trabajará la comisión. Se acuerda revisar la próxima sesión el contenido del plan, la prefactibilidad y los efectos de un determinado precio en la estructura actual.

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

### **Minuta reunión**

12 de agosto de 2011

AZ

### **Asistentes:**

Miembros de la comisión:

Marcos Vergara  
Emilio Santelices  
Fernando Muñoz  
José Tomás Morel  
Patricio Silva  
Gonzalo Simon  
Thomas Leisewitz  
Manuel Inostroza

Secretaría Técnica:

Roberto Arce, Jefe Depto. de Estudios Superintendencia de Salud  
Arturo Zúñiga, Secretario Técnico comisión

### **Temas tratados:**

- I. Se inicia la sesión sin observaciones a la minuta de la sesión anterior.
- II. TL propone centrar la discusión de esta sesión en el diseño y contenido del plan.

GS propone comenzar por lo que dice la ley, es decir, la cobertura financiera que ofrece Fonasa MLE nivel 1, siendo los casos ambulatorios y hospitalarios muy distintos en cuanto a cobertura real, siendo la cobertura real hospitalaria entre un 10-12%. Después de esto se encuentra la cobertura GES. El tercer escalón son los bienes públicos, como alimentación complementaria y vacunas. Otro escalón es la ley de urgencia. El quinto es el examen de medicina preventiva que se encuentra en el decreto AUGE.

TL resume las ideas que se plantearon y que han tenido un mayor consenso de parte de los integrantes de la comisión en relación al diseño y contenido del PGS. A excepción de un integrante, todos se han inclinado a un PGS con cobertura por prestaciones aunque no se descarta la cobertura financiera, cobertura que no será mayor al 7% descontando el SIL, sin ningún subsidio fiscal (a excepción de los bienes públicos). Este PGS tampoco disminuirá la cobertura que ofrecen las GES actualmente y dejaría abierta la opción de compra de planes que mejoren el PGS con el diferencial de la cotización y el precio del PGS. MV agrega que un uso alternativo de este diferencial podría destinarse a un fondo solidario.

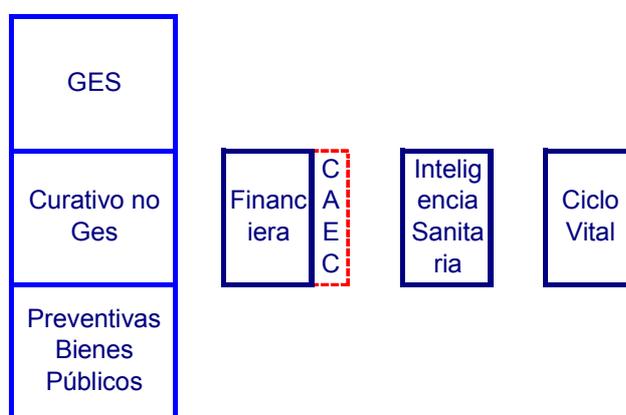
JTM plantea que una de las características que debe tener el PGS es ser entendible por la población. MV concuerda en el diagnóstico y plantea que el GES es una buena alternativa

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

para ampliar y no idear un segundo sistema de racionalidad sanitaria que confunda. ES hace notar que cualquier ampliación de la GES se tendría que hacer también en el sector público, lo cual complica cualquier decisión. A lo que propone que la contención del costo no radique exclusivamente en la negociación asegurador con prestador si no que provenga del modelo.

GS presenta en un diagrama una forma en que la comisión podría trabajar para la elaboración del PGS.



TL recuerda a la comisión 2 asuntos que también deben tener respuesta: el mecanismo para desincentivar el comportamiento oportunista de los usuarios para elegir el sistema público o privado, y en segundo lugar el efecto de que progresivamente la cartera ira envejeciendo por lo que hay que estudiar algún sistema que permita mayor capacidad de pago para las futuras generaciones adultas, como las cuentas de ahorro individual.

GS indica que al establecer la cobertura equivalente al 7% (cotización legal), significa que año a año la cotización legal deberá crecer acorde al crecimiento del costo del PGS, lo cual no es viable en la práctica. MI plantea que la situación actual es la misma; en el caso de una persona que tiene un plan del costo equivalente al 7%, cuando ese plan sube más que su remuneración, la persona estará cotizando más del 7% si mantiene el plan.

Varios integrantes de la comisión hacen notar que la focalización de los bienes públicos debiese revisarse para lograr de mejor forma su objetivo.

- III. TL propone ir definiendo cuales son las características en donde existe acuerdo y en cuales no, para ir profundizando el debate en estas últimas.

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

### **Minuta reunión**

16 de agosto de 2011

AZ

### **Asistentes:**

Miembros de la comisión:

Marcos Vergara  
Emilio Santelices  
Fernando Muñoz  
José Tomás Morel  
Patricio Silva  
Gonzalo Simon  
Thomas Leisewitz  
Manuel Inostroza

Secretaría Técnica:

Roberto Arce, Jefe Depto. de Estudios Superintendencia de Salud  
Arturo Zúñiga, Secretario Técnico comisión

### **Temas tratados:**

- I. No se encuentra disponible la minuta de la sesión anterior por lo que no se pueden realizar comentarios. Se enviará en conjunto con la minuta de esta sesión.
- II. TL entrega un documento que presenta una numeración de temas para guiar la sesión (se agrega a esta minuta como anexo). Se lee para su posterior discusión.

#### **1 a PGS debe financiarse con la diferencia entre el 7% de cotización y el costo del Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL)**

Se menciona un consenso a no modificarlo pero se plantea la preocupación en cuanto a que la fijación de un valor presione a elevar el 7% cuando se produzcan los reajustes del PGS. GS plantea la dificultad que existiese una diferencia entre la cotización de los 2 sistemas. MV hace notar que el valor del PGS no tendrá una tarifa plana ya que el valor del SIL es diferente para cada persona.

#### **1 b Los beneficiarios deberán pagar un precio único por ISAPRE (tarifa plana), independiente de su sexo, edad, y condiciones preexistentes**

#### **1 c Aquellos cuya cotización no alcanza, podrán: (i) pagar más que su 7%; o (ii) cambiarse a FONASA**

(se consolida en el punto 1 a)

**1 d El remanente entre el PGS+SIL y el 7% podrá ser destinado a comprar mayores coberturas u otros productos de salud, en la misma ISAPRE**

MV frente a la opción del uso del excedente para un plan complementario aclara que no debería existir un exención tributaria, razón por la cual debería: contribuir al fondo común solidario o eliminarse como obligación. PS esta en desacuerdo ya que es beneficioso para la sociedad que exista un gasto mayor en salud, de la misma forma que existe un incentivo tributario para la previsión de vejez. FM plantea que el 7% se debe ver como un impuesto, por lo que se debe solidarizar el excedente. TL, por el contrario, plantea que tomar el 7% como impuesto sería un muy mal impuesto, distorsionando negativamente las decisiones de consumo de las personas. GS plantea la necesidad de saber cuales son los gastos de un grupo familiar para poder tomar una decisión informada en cuanto a implementar un subsidio entre grupos etáreos. JTM pregunta para quién o qué están pensando en destinar este diferencial. Agrega que una posibilidad es que éste diferencial podría destinarse a una cuenta de ahorro. MI plantea que si alguien tiene excedente puede elegir contratar un plan complementario pero con las características fundamentales, es decir, sin cautividad ni preexistencias o para ahorro, individual o colectivo. GS propone que otro uso es poderlo traspasar a quien el cotizante decida. ES comenta que teniendo en consideración que el pool de riesgo es más eficiente en los modelos universales a diferencia de los fragmentados como es el caso chileno, si bien no es posible por ahora proponer un cambio a un modelo Universal, es posible avanzar hacia este. En este sentido propone que el Fondo sea solidario y de esta manera generar las condiciones para que a futuro se pueda establecer un sistema Universal de aseguramiento. En esta misma línea señala que si bien el mandato considera solo referirse al sistema privado de aseguramiento, la Comisión puede comentar en su informe la necesidad de que el asegurador público evalúe el desarrollo de un plan igualmente atractivo para los beneficiarios del sistema público. Este escenario solidariza el modelo, y evita las amenazas de transferencia de cartera y de arbitraje, comentadas previamente en la comisión. Adicionalmente se producirá una aproximación de propuestas para beneficiarios de ambos sistemas, despejando el inconveniente formulado por GS de generar planes de primera y segunda categoría.

**1 e Este plan no recibirá subsidio fiscal**

MI hace notar que las personas que accederán a la eliminación del 7% de los jubilados provocaran que este sistema reciba un subsidio. TL concuerda con esto y agrega que los bienes públicos, como alimentación complementaria y vacunas, también provocan un subsidio a este sistema.

**1 f Todas las ISAPRE deberán ofrecer este plan; pero podrán venderlo asociado a otros seguros**

MV propone que dentro de las características del plan es que las ISAPRES deben ofrecer el PGS por si sólo dentro de las posibilidades de plan. GS, por el contrario, plantea que no debe existir una obligación de ofrecer el PGS por si sólo, si no que es el

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

piso de los planes que pueden ofrecer. Además el PGS no contiene el SIL, y la ley no permite vender un plan que no contenga este componente. Lo que se debe asegurar es que todos los contratos de salud contengan el PGS, si hay alguna ISAPRE que tenga la capacidad de contar con una red que le permita ofrecer el PGS sólo, que lo venda pero que no se obligue a todas las ISAPRES a hacerlo. MI hace notar que si las ISAPRES pueden ofrecer un plan superior al PGS pero que contenga la eliminación de preexistencias, de cautividad y con tarifa plana seria un avance muy importante. GS aclara que una ISAPRE que no ofrece por si sólo el PGS no significa que no este obligada a recibir a una persona que tenga preexistencias entregando la cobertura que obliga el PGS, no así con la cobertura complementaria.

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

### Anexo

#### **Propuesta de puntos a discutir sobre el Plan Garantizado de Salud (PGS):**

1. Supuestos generales para la operación de los seguros privados de salud:
  - a. PGS debe financiarse con la diferencia entre el 7% de cotización y el costo del Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL)
  - b. Los beneficiarios deberán pagar un precio único por ISAPRE (tarifa plana), independiente de su sexo, edad, y condiciones preexistentes
  - c. Aquellos cuya cotización no alcanza, podrán: (i) pagar más que su 7%; o (ii) cambiarse a FONASA
  - d. El remanente entre el PGS+SIL y el 7% podrá ser destinado a comprar mayores coberturas u otros productos de salud, en la misma ISAPRE
  - e. Este plan no recibirá subsidio fiscal
  - f. Todas las ISAPRE deberán ofrecer este plan; pero podrán venderlo asociado a otros seguros
  
2. Contenido del Plan Garantizado de Salud (PGS):
  - a. GES
  - b. CAEC
  - c. Ley de urgencia
  - d. Prestaciones preventivas
  - e. Otras prestaciones curativas
  
3. Otras prestaciones curativas:
  - a. Deben estar incluidas en el FONASA MLE
  - b. El tipo de prestaciones, la cobertura y la cantidad, frecuencia deberán definirse de acuerdo al remanente disponible después de asegurar las otras prestaciones
  - c. Priorizar idealmente por prestaciones de alto costo y baja frecuencia hospitalarias, paquetizadas o protocolizadas
  
4. Condiciones:
  - a. La ISAPRE deberá informar las condiciones en que se entregará el PGS (red cerrada, preferente, o abierta)
  
5. Precio:
  - a. El precio del PGS se reajustará anualmente ¿cómo?
  - b. El costo del PGS, del SIL y del plan complementario deberá ser informado a cada beneficiario por separado
  
6. Vinculación con otros seguros:
  - a. Las ISAPRE podrán libremente armar la estructura de sus seguros voluntarios: (i) complementarios; (ii) suplementarios; (iii) de sustitución
  - b. Estos seguros podrán ser vendidos en conjunto con el PGS
  - c. Podrían incluir otro tipo de productos (por ejemplo, cuentas de ahorro para la salud)

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

### **Minuta reunión**

19 de agosto de 2011

AZ

### **Asistentes:**

Miembros de la comisión:

Marcos Vergara  
Emilio Santelices  
Fernando Muñoz  
José Tomás Morel  
Patricio Silva  
Gonzalo Simon  
Thomas Leisewitz

Manuel Inostroza se excusó de asistir por compromisos previos.

Secretaría Técnica:

Roberto Arce, Jefe Depto. de Estudios Superintendencia de Salud  
Arturo Zúñiga, Secretario Técnico comisión

### **Temas tratados:**

- I. Se toman las observaciones realizadas a las 2 minutas anteriores. Se dan por aprobadas.
- II. RA inicia la sesión con la presentación de datos solicitados en sesiones anteriores.

En primer lugar se muestra una serie de diapositivas con los precios de patologías GES no solucionadas a través del protocolo GES desde el año 2002 al 2010 a través de los años. No se observa un patrón que permita concluir algún efecto de los protocolos GES en los precios. En segundo lugar se presentan las características generales de la cotización en Isapres con los datos del año 2011 para incluir los efectos del cambio en la cotización máxima. En tercer lugar se realiza el conteo del número de personas beneficiarias a cada nivel monetario por medio de la cotización promedio por grupo cotizante. Se solicita caracterizar los beneficiarios del tramo \$15.000 hasta \$25.000, agregando la cotización adicional.

TL hace notar la gran cantidad de gente que se encuentra cotizando por menos de \$20.000 (más de un millón y medio de beneficiarios). GS hace notar que esto evidencia un grave problema técnico para la formulación del PGS, el cual recae en que ante un aumento de precio por medio de una tarifa plana que implique elevar la cotización a más del 7% obligatorio, provocará que muchas de estas personas tomen la decisión de abandonar este sistema. MV pide a la comisión evaluar alternativas que tomen en consideraciones otras racionalidades distintas a las planteadas por GS para analizar la conformación del PGS, de lo contrario la solución es única e inaplicable. JTM comenta acerca de la racionalidad del

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

comportamiento humano que se aleja del sistema privado en los años en que el precio del PGS es mayor a su gasto esperado (joven sin hijos) y vuelve cuando cuanto ocurra lo contrario (adulto mayor). MV reitera que, ante ese planteamiento, el cerraría la comisión hoy ya que no existiría solución técnica. Al mismo tiempo los invita para buscar una formula que resuelva o mitigue estos efectos y, si al final de la discusión, no se encuentra una solución, se sumaría a una opción de que no existiría solución técnica de PGS de salud exclusiva para las Isapres. FM acota que la reacción de las personas ante los precios no es tan inmediata debido a que no existe un sustituto perfecto, siendo el mejor ejemplo la cantidad de gente que sigue en el sistema después de los constantes aumentos de precios de los planes de los últimos años. ES agrega como dato que existe una sobre cotización importante que se debe considerar antes de emitir un juicio en que las personas abandonarían porque no están dispuestas a gastar un mayor porcentaje de sus ingresos en salud. GS aclara que su presencia en la comisión es porque confía en que se puede llegar a determinar un PGS que sea viable y que ofrezca una cobertura adecuada.

TL invita a la comisión a centrar la discusión en determinar cuál será el contenido del PGS, sin antes comentar lo difícil que es predecir el comportamiento de la gente, en relación a no saber cuál es la amplitud con la cual la comisión puede maniobrar para armar un PGS.

MV propone iniciar el debate del contenido desde el mínimo legal que existe hoy, es decir, AUGE, Fonasa MLE nivel 1y CAEC y solicita valorizarlo. Lo que es acordado por el resto de los integrantes. Agregar que se propone dejar la racionalidad sanitaria estricta (salvo de la agencia) en manos de la natural y esperable expansión de AUGE, con sus mecanismos vigentes.

Los integrantes de la comisión hacer notar que lo más delicado de la formulación del plan va a estar en la determinación de las frecuencias. TL propone separar la discusión entre ambulatorio y hospitalario, y dentro de cada uno separar de la misma forma en que se hace hoy (días cama, HMQ, etc.). Existe un consenso en que la cobertura hospitalaria debe ser mayor que la ambulatoria dado que en conjunto su uso puede considerarse menos discrecional, y el riesgo financiero es mayor.

GS propone que la contención del gasto inapropiado provenga de un ente independiente, dando como ejemplo el gasto desmedido en tecnología. ES concuerda y propone analizarlo una vez que ya se tengan las características básicas del PGS. PS comenta que este asunto no es sólo de contención de costo sino que de fe pública y suscribe que debe existir un ente que vele por los usuarios debido a la asimetría de información que existe en el mercado de la salud. MV propone que la agencia vele por la contención del gasto relativo a la incorporación de nuevas tecnologías y dejando la protocolización de las prestaciones al mecanismo que se utiliza en las prestaciones GES.

Una vez aclarado que la comisión tiene la capacidad para costear el PGS, MV solicita que durante el proceso de costeo poder incluir a una persona que los represente. TL propone también chequear el cálculo con las Isapres. JTM vuelve a recalcar que debe ser un PGS

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

entendible por la población, siendo esto parte importante de la formulación del PGS. ES acota que la inteligencia sanitaria sólo debe utilizarse para discriminar entre las prestaciones necesarias y el consumismo. PS agrega que las barreras de entrada, como la dificultad de acceso (listas de espera) y el costo económico, son muy eficientes en la contención del gasto por medio de acotar las frecuencias por lo que pide tener presente que cualquier mejora que disminuya estas barreras significará un aumento en las frecuencias de uso.

GS hace mención a la encuesta publicada por Salud y Futuro que muestra que un 35% de los cotizantes de Isapre tienen seguro complementario mientras que la cifra en Fonasa es de un 7%. ES complementa que los seguros sólo cubren un 30% del copago a los asegurados de Fonasa.

ES comenta el efecto que se produjo cuando se licitaron los SIS, en relación a la importante baja del precio, efecto que podría repetirse en el SIL si alguna vez se piensa en licitar este componente. GS discrepa, considerando que las Isapres habitualmente son acusadas de un exceso de celo en la fiscalización del adecuado uso del SIL.

MV solicita si se puede actualizar la información del uso de camas hospitalaria pública por usuarios Isapres, especialmente en regiones.

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

### **Minuta reunión**

23 de agosto de 2011

AZ

### **Asistentes:**

Miembros de la comisión:

Marcos Vergara  
Emilio Santelices  
Fernando Muñoz  
José Tomás Morel  
Gonzalo Simon  
Thomas Leisewitz  
Manuel Inostroza

Patricio Silva se excusó de asistir por compromisos previos.

Secretaría Técnica:

Roberto Arce, Jefe Depto. de Estudios Superintendencia de Salud  
Arturo Zúñiga, Secretario Técnico comisión

### **Temas tratados:**

- I. Se toman las observaciones realizadas a la minuta anterior y se aprueba.
- II. RA inicia la sesión con la presentación de datos solicitados en sesiones anteriores.

En primer lugar se muestra la caracterización de los beneficiarios con las cotizaciones de los tramos más bajos. La segunda parte presenta la caracterización de los planes con precios menores a UF 1.

GS comenta que la comisión debe tener en cuenta el valor individual de cada prestación y la relación con la cobertura de cada una, sugiriendo que exista un copago menor porcentualmente para las prestaciones de mayor precio y un copago porcentual alto para las que tengan un valor bajo, como algunos exámenes, similar metodología que se utiliza en el enfermedades GES. TL hace notar la diferencia que existe entre dar a elegir y guiar a los beneficiados a un prestador con una cobertura predeterminada, desde la perspectiva de la persona que paga por la prestación, la cual está dispuesta a pagar mas de su bolsillo cuando puede elegir el prestador.

Se acuerda iniciar el proceso de costeo del PGS. GS agrega que un 25% del gasto de los planes actuales esta en las consultas médicas y un 11% en los exámenes. Esto con el objetivo de encauzar en el diseño del PGS mayores recursos, a través de mayores coberturas, a prestaciones necesarias y disminuirlos en aquellas en donde exista un gasto excesivo.

**COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES**

GS propone trabajar sobre la siguiente tabla.

No GES-Amb.	Frecuencia	Precio	Tope
	Promedio Actual	Fonasa Nivel 1	
Consulta Médica			
<i>Especialidades Básicas</i>			
<i>Otras Especialidades</i>			
Exámenes Lab.			
<i>Bajo</i>			
<i>Medio</i>			
<i>Alto</i>			
Exámenes imageneología			
Exámenes Anat. Pat.			
Procedimientos			
<i>Diagnósticos</i>			
<i>Terapéuticos</i>			
Cirugía Amb.			
<b>Hospitalarias</b>			
Día cama			
Derecho pabellón			
HMQ			
Medicamentos e Insumos			
Exámenes y procedimientos			
Home care			
<b>Otros</b>			
Prótesis y Ortesis			
Ambulancia			

Existe acuerdo en que las prestaciones a costear son las que existen hoy en el arancel Fonasa. FM cree conveniente evaluar las prestaciones que tienen un uso alto que en estos momentos no están en el arancel Fonasa. MV cree que es una tarea muy grande que podría ser asignada a la agencia de evaluación de tecnologías para lo cual sugiere su conformación.

MV hace notar que la frecuencia promedio no es la adecuada debido a la correlación entre frecuencia y cobertura. TL replica que lo mas conservador es usar la frecuencia promedio actual debido a que no esta acordado la existencia de una correlación entre frecuencia y cobertura, recordando el planteamiento hecho por PS en la sesión anterior, quien planteó que un plan garantizado puede significar un aumento en las frecuencias por el sólo hecho de estar garantizado. MI hace notar que el efecto del AUGE en los precios también podría afectar en la frecuencia. ES propone trabajar sobre lo concreto y una vez que obtengamos un resultado se incorporen supuestos sobre los efectos que tendría el PGS en precios y frecuencias.

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

Se solicita a RA los datos necesarios para poder modelar este PGS. Estos datos tendrán que ser de los últimos 12 meses y no consideraran los datos de las Isapres cerradas. RA propone presentar los precios de las prestaciones hospitalarias del JJ Aguirre en pieza doble, en lugar del arancel Fonasa, debido a la diferencia con la realidad.

ES pregunta qué alternativas se pueden evaluar para aumentar el porcentaje de cirugías ambulatorias. TL propone que las coberturas de cirugías que se hagan ambulatorias sean mayores que las que utilizan Días Camas, dentro de las que se puedan catalogar como “ambulatorizables”.

TL pone en discusión la veracidad del costo de GES para la elaboración del PGS debido a que una característica del PGS sería ser restrictiva a una atención cerrada, con lo que el costo que tendrían estas prestaciones aumentaría debido a que se contabilizaría las prestaciones GES que hoy no se atienden bajo el protocolo GES. GS propone contabilizar todas las prestaciones que tienen ciertas características y que pueden asociarse a una prestación GES. JTM cuestiona este supuesto ya que sobreestimaría el costo. TL cuestiona esta metodología por la dificultad en la aplicación. ES respalda este cuestionamiento y propone trabajar inicialmente lo hospitalario debido tanto a la importancia relativa que tiene lo hospitalario por sobre lo ambulatorio y a la dificultad para identificar que tienen las prestaciones ambulatorias.

El CAEC tiene una lógica financiera, con un copago de 30 cotizaciones con un máximo de UF126 con excepciones cuando se acumula más de un caso en el periodo. GS propone dejar esto en segundo orden debido a la facilidad para costearlo.

MI solicita poder ir adelantando la formulación del proyecto de ley por medio de la inclusión de personas de la SEGPRES.

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

### **Minuta reunión**

26 de agosto de 2011

AZ

### **Asistentes:**

Miembros de la comisión:

Emilio Santelices

Fernando Muñoz

José Tomás Morel

Gonzalo Simon

Thomas Leisewitz

Patricio Silva.

Manuel Inostroza se excusó de asistir por compromisos previos

Marcos Vergara se excusó de asistir por compromisos previos

Secretaría Técnica:

Roberto Arce, Jefe Depto. de Estudios Superintendencia de Salud

Arturo Zúñiga, Secretario Técnico comisión

### **Temas tratados:**

- I. Se inicia leyendo la minuta anterior y se acuerda esperar los comentarios dado el retraso en la entrega del borrador de la minuta.
- II. TL da inicio a la sesión en la que RA mostrará la frecuencia, el valor y la cobertura por prestaciones promedios por beneficiarios año 2010.

Se discute acerca del bajo porcentaje del gasto total que se asocia a las GES, justificado principalmente por que las prestaciones se atienden bajo la cobertura del plan en lugar de hacerlo bajo el protocolo GES. Para obtener una cifra que refleje de mejor forma el objetivo de que el PGS tenga cobertura sólo para las GES que se atiendan bajo el protocolo GES se propone 2 alternativas; la primera consiste en obtener trazadores de cada una de las patologías y asociarle el valor de la misma patología pero atendida a través del GES. La segunda, propuesta por ES, consiste en asociar una razón promedio a cada trazador de cada patología GES que reduzca el error en las prestaciones con mayores complicaciones que tienen mayor varianza.

Se acuerda limpiar la información identificando las prestaciones GES y asociar las prestaciones a precios Fonasa nivel 1, promedio sistema Isapre y JJ Aguirre, los últimos dos para la atención hospitalaria. Se acuerda también detallar ciertas categorías debido a la importancia en el total, separando lo que es día cama y derechos de pabellón.

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

TL revisa la pauta de trabajo acordada en la sesión del 16/08/11. FM comenta que el punto 1.d, el cual hace referencia al uso de los excedentes de la cotización obligatoria, aun no tiene consenso. GS agrega sobre el punto 1.b, el cual señala que el PGS tendrá una tarifa plana, que debe considerarse la opción de dos tarifas planas, siendo la segunda una fracción de la primera para las cargas menores de edad, con el objetivo de no grabar a las familias mas grandes. Hay acuerdo en evaluar esta última propuesta.

Dado que son necesarios algunos ajustes y nueva información para iniciar el trabajo de contenido del PGS se propone debatir acerca de la elaboración de mecanismos para evitar comportamientos oportunistas de los usuarios. Aceptando que los comportamientos oportunistas pueden darse tanto en usuarios del seguro privado como en el público, hay consenso en que existe una mayor probabilidad que estos tengan una mayor frecuencia en los usuarios que hoy se encuentran en Fonasa si es que el PGS ofrece mejores alternativas que el sector público para solucionar alguna patología.

Se discute la aplicabilidad de periodos de carencia, con una restricción de atención en la red institucional. Una de las falencias de esta medida es la dificultad con que se determina el plazo de carencia debido a la gran diferencia de plazos de espera que pueden tener distintas patologías. Otra falencia es la fuente de financiamiento del periodo de carencia.

Otra alternativa evaluada fue modificar la actual ley en cuanto a permitir la libre movilidad entre usuarios de Isapres por medio de un fondo de compensación, manteniendo la libre afiliación de los usuarios que provengan de Fonasa.

Una tercera propuesta es una cuota de incorporación de un alto valor que sea equivalente al periodo de mínimo de estadía que permita compensar el arribo al sistema privado de personas con un nivel de gasto mayor, la cual fue rechazada por la inviabilidad.

Apuntando al mismo objetivo se analiza sujetar a una persona a un tiempo mínimo de afiliación en la Isapre, pero también fue desechada por la imposibilidad de obligar a una persona a pagar el valor del PGS si este es mayor a su cotización obligatoria.

Otra alternativa que se evaluó fue la restricción definitiva de poder reversar la decisión de incorporarse al sistema Isapre. Pero se desecho debido a que tiene la misma debilidad que el mecanismo anterior.

La última propuesta fue la de un subsidio portable fiscal que asuma como costo del estado a todas las personas que provengan desde el sistema Fonasa y que requieran de una prestación antes de un periodo acordado, pero se desecho por su inviabilidad económica.

**Minuta reunión**

30 de agosto de 2011

AZ

**Asistentes:**

Miembros de la comisión:

Emilio Santelices

Fernando Muñoz

José Tomás Morel

Gonzalo Simon

Thomas Leisewitz

Patricio Silva.

Manuel Inostroza

Marcos Vergara

Secretaría Técnica:

Roberto Arce, Jefe Depto. de Estudios Superintendencia de Salud

Arturo Zúñiga, Secretario Técnico comisión

**Temas tratados:**

- I. Se inicia leyendo la minuta anterior, a la cual se le realizan variadas observaciones las cuales quedarán incluidas en la minuta definitiva.
- II. Se inicia el debate de la sesión continuando la evaluación de los distintos mecanismos que puedan reducir el comportamiento oportunista<sup>1</sup>.

ES explica las características de los periodos de carencia en los seguros complementarios, detallando que en promedio tienen una duración de 3 meses y que ese periodo se explica por la cobertura de enfermedades catastróficas, es decir, enfermedades que no pueden esperar cuando el diagnóstico ya es conocido. Aclara que si bien no es perfecta es la mejor que existe en estos momentos dadas las características del sistema chileno. GS contrapone que esta propuesta se basa en la experiencia de los seguros complementarios, los cuales no tienen las mismas características que los planes del sistema Isapres y por lo tanto no es aplicable. Las 2 grandes diferencias es que el PGS es un plan basal el cual se encarga de la mayor cantidad de carga de enfermedad, muy superior que los planes complementarios. La segunda diferencia es que el PGS es un plan individual mientras que los seguros complementarios son, en un 95%, planes colectivos. ES comenta que los periodos de

---

<sup>1</sup> El comportamiento oportunista se produce como consecuencia de la asimetría de la información que existe entre las partes que intervienen en una transacción, es decir, cuando una de las partes dispone de información de la cual carece la otra parte siendo dicha información relevante para las condiciones en las cuales debería desarrollarse la transacción.

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

carencia aplican solo para los seguros complementarios individuales. TL concuerda con GS acerca de que las características del sistema de los seguros complementarios no son aplicables a los seguros generales.

MV recuerda que este problema radica en que la comisión sólo esta analizando una reforma al subsistema Isapre. Recalca que para la comisión esto se transforma en el principal obstáculo que debe salvarse para llegar al PGS, dejando en segundo lugar el contenido y precio del mismo.

PS concuerda con que el mecanismo mitigador del comportamiento oportunista es la clave del trabajo de esta comisión. Plantea combinar un periodo de carencia junto con un subsidio fiscal remanente durante la carencia y solo para esos efectos, si se trata de un beneficiario Fonasa que se traspase a una Isapre. Lo mismo aplicaría en el sentido contrario.

MI complementa la propuesta con que el mecanismo para compensar los riesgos no sea un fondo si no que a través de un pago por prestación a un valor predeterminado por el periodo de carencia del asegurador desde donde proviene la persona. Además propone que el tiempo mínimo de permanencia sea de 1 año en el seguro al cual se esta cambiando.

GS cree imposible que el sistema privado soporte la gran presión que implicaría levantar la barrera de las preexistencias a los usuarios Fonasa, lo que significaría que un gran número de pacientes que están esperando por ser atendidos por los prestadores públicos se pasen al sistema Isapres para solucionar su problema. Agrega que esta medida no puede ser una condición ya que limitaría poder seguir trabajando para llegar a un acuerdo.

TL concuerda en que el comportamiento oportunista no va a ser menor si se plantean sistemas de alta movilidad entre seguros con una gran diferencia en lo que ofrecen cada uno, teniendo como consecuencia un aumento en los precios del sistema privado que afectarían en mayor parte a los usuarios que hoy son lo que están pagando mas, es decir, a los adultos mayores.

ES cree que la combinación de carencias, subsidio remanente, permanencia minima y similitud entre el PGS y lo que existe hoy en el sistema publico es una buen avance para la viabilidad de la propuesta de la comisión. GS cree que la gran diferencia entre lo que ofrecen las Isapres y Fonasa es la calidad y accesibilidad. Agrega, por ejemplo, que un parto en el sistema privado tiene un valor de aproximadamente de \$1.000.000, por lo que la Isapre se demoraría sólo en recuperar el gasto 4 años. ES contrapone que estas propuestas irían en beneficio de las Isapres porque su mercado crecería a lo que GS contrapone que dado que se va a permitir el comportamiento oportunista, el precio va a subir y esto provocará que menos personas se mantengan en el sistema.

JTM recalca el gran avance que significa modificar el actual sistema permitiendo la libre movilidad entre los usuarios de Isapres por medio de un fondo de compensación de riesgos,

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

destacando que esta alternativa debiese tener un amplio apoyo político. MI contrapone que la viabilidad política va por plantear una solución a las preexistencias de todas las personas, independiente de si existe subsidio fiscal o no. TL aclara que el trabajo de la comisión ha significado un gran avance al eliminar el problema de preexistencias para 2.700.000 de personas, es decir, para la mayoría de los usuarios Isapres.

ES propone a la comisión que se generen las condiciones técnicas para en un futuro cercano podamos optar a un sistema universal de aseguramiento.

PS propone buscar los incentivos que motiven a las Isapres a mantener a los usuarios que vienen de Fonasa a atenderse en el sistema privado y que no retornen cuando hayan solucionado su necesidad médica. ES acota que uno de estos incentivos es ofrecer una tarifa menor si su paciente sigue un programa de prevención. GS contrapone que esto último iría en contra del principio de tarifa plana que debe tener el PGS. GS agrega el ejemplo de una persona diabética que tiene un gasto en medicamentos mensual equivalente al precio del PGS, entregando un servicio muy superior de entrega de estos (farmacias versus consultorios) pero que cualquier prestación adicional que requieran provocara un aumento en los precios de todo el sistema. MI contrapone que esto no se ha aplicado porque las Isapres prefieren optar por la selección de riesgos.

TL resume que se ha habido un avance importante en acordar eliminar las barreras a la movilidad de los usuarios entre las Isapres, quedando pendiente buscar algún mecanismo que reduzca el comportamiento oportunista en la movilidad Isapre-Fonasa. A continuación propone continuar con la revisión del contenido del PGS.

RA muestra los resultados del ejercicio que se hizo quitando del gasto total las prestaciones GES que no se atienden bajo la red GES. El paso siguiente es asociar a estas prestaciones un vector de precios acorde con los precios que se obtienen en la red GES para sumarlos y obtener una cifra que simularía el valor de las GES en el PGS, el cual ofrecería cobertura sólo bajo la red GES. Así mismo, realizar el mismo ejercicio para la sección ambulatoria. Los datos muestran que un 25% de estas prestaciones se atienden bajo la red cerrada (GES-CAEC), mientras que el 75% se atiende bajo el plan complementario. La disminución porcentual al realizar este ejercicio del gasto total en la sección hospitalaria es de un 33%.

Para hacer este ejercicio no se consideró las restricciones de edades de las GES y se tomaron todas las prestaciones asociadas a la patología, este o no cubierta según el protocolo GES. TL propone refinar a futuro el ejercicio incluyendo las restricciones de edad y solo las prestaciones que contiene el protocolo GES. Estas dos simplificaciones sobreestiman el gasto total en GES. Se enviarán las planillas Excel para su análisis.

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

Se aclara que el objetivo de este ejercicio es para determinar el monto del PGS que la comisión podría destinar a la cobertura que no esta bajo las GES.

Otro punto que se debe considerar para el análisis es que los datos incluyen la cotización voluntaria.

**Minuta reunión**

02 de septiembre de 2011

AZ

**Asistentes:**

Miembros de la comisión:

Fernando Muñoz

José Tomás Morel

Gonzalo Simon

Thomas Leisewitz

Patricio Silva

Emilio Santelices, se retira al comienzo por fuerza mayor

Manuel Inostroza, se ausenta por compromiso previo

Marcos Vergara, se ausenta por fuerza mayor

Secretaría Técnica:

Marlene Sánchez, Depto. de Estudios Superintendencia de Salud

Arturo Zúñiga, Secretario Técnico comisión

**Temas tratados:**

- I. Se inicia la sesión con las observaciones a la minuta anterior. Se solicita ejemplificar para este caso la definición técnica de “comportamiento oportunista” que se entregó en la minuta anterior.
- II. MS presenta los datos solicitados en la sesión anterior.

Primero se muestra el mismo ejercicio realizado con las prestaciones hospitalarias GES no resueltas bajo los protocolos GES pero esta vez para las prestaciones ambulatorias. El resultado es una reducción del plan complementario en la sección ambulatoria de un 6%. A continuación se realizó el costeo por beneficiario de las prestaciones GES, ambulatorias y hospitalarias, dando como total facturado \$8.457 y bonificado de \$6.882, utilizando el promedio de los prestadores del grupo G11 de Colmena, el cual representa a los prestadores con los valores mas bajos.

Se utilizaron las frecuencias del estudio de la Universidad de Chile y de Bitrán para determinar las prestaciones que corresponden a GES, dada la dificultad de determinar cuando una prestación ambulatoria es GES o no. Además no se excluyó a los grupos etéreos no considerados por los protocolos GES. En sentido contrario, un factor que subestima el gasto GES es que se tomaron datos del año 2010, año en el que las GES pasaron de 54 a 69

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

prestaciones. Queda pendiente realizar la inclusión de las prestaciones GES a los distintos vectores de precios solicitados (Fonasa nivel 1 MLE, JJ Aguirre y promedio del sistema).

JTM solicita la función de distribución de la cotización efectiva por beneficiario. TL solicita un análisis de las licencias médicas (cantidad de licencias, número de días por licencia y monto promedio por día) por tramo de renta y por sexo. Con el objetivo de determinar como se fijará el SIL con el PGS, pudiendo ser un porcentaje de la renta, un monto fijo o el método que más se adecue a lo que muestren los datos.

Se acuerda suspender las sesiones del viernes 16 y martes 20 de septiembre, destinar el resto de esta sesión y la siguiente para lograr acuerdos en los asuntos donde actualmente existe discrepancias. Destinando las 4 sesiones restantes para la elaboración final del PGS y poder presentarlo el viernes 30 de septiembre.

TL propone continuar con una revisión de la tabla Propuesta de PGS para Isapres.

### 1 Supuestos Generales

a) *PGS debe financiarse con la diferencia entre el 7% de cotización y el costo del Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL):* existe acuerdo en no aumentar la cotización obligatoria del 7%. Se debe revisar la ampliación de la exención tributaria del impuesto a la renta y del IVA si el valor del PGS+SIL es mayor al 7%. Una minoría propone ampliar la exención tributaria a todo lo que se destina para pagar el PGS+SIL con el objetivo de dar un incentivo al gasto en salud, mientras que la propuesta mayoritaria es de dejarla con el tope del 7% debido a que una exención beneficiaria a las personas que pueden cotizar más del 7%, siendo estas personas las que tienen un nivel de renta mayor agravándose aun más por la menor recaudación fiscal que puede ser destinada a los segmentos de ingresos bajos y medios.

b) *Los beneficiarios deberán pagar un precio único por ISAPRE (tarifa plana), independiente de su sexo, edad, y condiciones preexistentes:* se propone evaluar una propuesta de 2 tarifas planas, siendo la segunda una de menor valor para las personas que estén bajo cierta edad con el objetivo de no obtener el subsidio desde las familias con hijos.

c) *Aquellos cuya cotización no alcanza, podrán:* (i) *pagar más que su 7%; o (ii) cambiarse a FONASA:* existe acuerdo.

d) *El remanente entre el PGS+SIL y el 7% podrá ser destinado a comprar mayores coberturas u otros productos de salud, en la misma ISAPRE:* una propuesta es mantener este punto de la misma forma que opera hoy, es decir, que el uso del excedente sea de elección del cotizante para ser destinado a algún producto o servicio de salud. La contrapropuesta es transformar el excedente en un impuesto más. JTM acota que revisará la constitucionalidad de esta contrapropuesta.

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

e) *Este plan no recibirá subsidio fiscal*: existe acuerdo en la comisión en que no recibirá subsidio fiscal adicional.

f) *Todas las ISAPRE deberán ofrecer este plan; pero podrán venderlo asociado a otros seguros*: una propuesta es que se informe al público el valor del PGS y del SIL y se dé la opción de poder ofrecerlo asociado o no a planes complementarios, informando el valor de esto último también. Es la misma forma de cómo se vende el GES hoy. La segunda propuesta obliga a las Isapres a vender el PGS+SIL por sí sólo, dando la opción de vender planes complementarios adicionales. La dificultad que supone vender el PGS por sí solo radica en la pobreza del servicio que se entregaría en variadas situaciones debido a la diferencia de valor que existe entre los prestadores a lo largo del territorio, dejando la total responsabilidad de contratar un plan que se ajuste a las necesidades de cada zona con la posibilidad de volver a judicializar por este ámbito el sistema Isapre cuando los beneficiarios se den cuenta que la cobertura del PGS fue mínima y lleven su situación a los tribunales. GS pone el caso de la venta de los planes “sin útero”, los cuales fueron sacados de la oferta de las Isapres debido a que hubo una minoría de mujeres embarazadas que se vieron fuertemente perjudicadas al comprar estos planes. Para respaldar la heterogeneidad de valores de prestaciones que avale la opción de vender el PGS en conjunto con un plan complementario se propone revisar el valor de la consulta de especialista de distintas zonas de Chile. Queda pendiente su acuerdo para la próxima sesión.

### 2 Contenido del PGS

- a. GES
- b. CAEC
- c. Ley de urgencia
- d. Prestaciones preventivas
- e. Otras prestaciones curativas

### 3 Otras prestaciones curativas:

- a. *Deben estar incluidas en el FONASA MLE*
- b. *El tipo de prestaciones, la cobertura y la cantidad, frecuencia deberán definirse de acuerdo al remanente disponible después de asegurar las otras prestaciones*
- c. *Priorizar idealmente por prestaciones de alto costo y baja frecuencia hospitalarias, paquetizadas o protocolizadas*

Existe acuerdo en la comisión en los puntos 2 y 3. Queda pendiente definir cuales son las Otras Prestaciones no GES, su frecuencia, su cobertura y tope, de acuerdo al remanente entre el precio del PGS y las los componentes basales (GES, CAEC, Ley de Urgencia, Prestaciones Preventivas y Gastos de Administración).

### 4 Condiciones:

- a) *La ISAPRE deberá informar las condiciones en que se entregará el PGS (red cerrada, preferente, o abierta)*: existe acuerdo en la comisión.

*5 Precio*

a) *El precio del PGS se reajustará anualmente ¿cómo?:* se propone y acuerda realizar de la misma forma que el GES.

b) *El costo del PGS, del SIL y del plan complementario deberá ser informado a cada beneficiario por separado:* existe acuerdo y se destaca que esto es lo que demuestra la solidaridad del PGS.

*6 Vinculación con otros seguros:*

a) *Las ISAPRE podrán libremente armar la estructura de sus seguros voluntarios: (i) complementarios; (ii) suplementarios; (iii) de sustitución*

b) *Estos seguros podrán ser vendidos en conjunto con el PGS*

c) *Podrían incluir otro tipo de productos (por ejemplo, cuentas de ahorro para la salud):* existe un acuerdo en que las Isapres puedan también vender productos o servicios relativos a salud, se suma a que exista mayor competencia la restricción que estas estarán reguladas por la Superintendencia de Salud.

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

### Anexo 1

#### Prestadores G11

060910000-1	HOSP. CLÍNICO U. DE CHILE – MOD. INSTITUCIONAL	SANTIAGO
053125850-9	CLÍNICA HOSP. DEL PROFESOR	SANTIAGO
092755000-8	CLÍNICA CENTRAL	SANTIAGO
089593200-0	CLÍNICA JUAN PABLO II	SANTIAGO
081633700-3	MATERNIDAD PRESBITERIANA MADRE E HIJO	SANTIAGO
082031800-5	HOSP. PARROQUIAL DE SAN BERNARDO	SANTIAGO
061959800-8	HOSP. DR LUIS TISNÉ BROUSSE	SANTIAGO
096925650-9	CLÍNICA ARICA	ARICA
061101086-9	HOSP. MILITAR DEL NORTE	ANTOFAGASTA
096875560-9	CLÍNICA EL LOA	CALAMA
079515110-9	CLÍNICA MÉDICA COPIAPÓ	COPIAPÓ
099573600-4	CLÍNICA RIO BLANCO	LOS ANDES
078918290-6	CLÍNICA DE SALUD INTEGRAL	RANCAGUA
070905700-6	HOSP. CLÍNICO FUSAT	RANCAGUA
079607900-2	CLÍNICA LAS AMAPOLAS	CHILLÁN
096766640-8	CLÍNICA LOS ANDES – HAB. COMPARTIDA	PUERTO MONTT
HOSPITALES DEL S.N.S.S. NO INCLUIDOS EN OTROS GRUPOS		NACIONAL

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRE

---

### **Minuta reunión**

06 de septiembre de 2011

AZ

### **Asistentes:**

Miembros de la comisión:

Fernando Muñoz  
José Tomás Morel  
Gonzalo Simon  
Thomas Leisewitz  
Patricio Silva  
Emilio Santelices  
Manuel Inostroza  
Marcos Vergara

Secretaría Técnica:

Marlene Sánchez, Depto. de Estudios Superintendencia de Salud  
Arturo Zúñiga, Secretario Técnico comisión

### **Temas tratados:**

I. TL da inicio a la sesión invitando a que se hagan comentarios acerca de la minuta anterior.

MV se pregunta si existirá algo que no se esté incluyendo en el ejercicio del cálculo del gasto de patologías GES ambulatorias, ya que considera bajo el 6%.

Se aclara que el estudio de la Universidad de Chile, mencionado en la sesión pasada, se refiere al que se realizó en conjunto con la Pontificia Universidad Católica de Chile.

MV Solicita que las dos sesiones suspendidas se recuperen. AZ enviará 2 propuestas de fechas tentativas para su recuperación, una que este dentro del plazo encomendado y la otra que aplace en una semana la entrega del informe.

MV plantea que la exención tributaria se debería aplicar sólo para el valor del PGS+SIL, dejando la diferencia, en caso que este valor fuese menor al 7% del tope imponible, para libre disposición de las personas. GS plantea la dificultad de tener 2 mecanismos diferentes de cotización en salud, haciendo alusión a que las personas que están en FONASA continuarían cotizando un porcentaje de su renta. MI comenta que lo planteado por MV va en dirección a que el plan de FONASA también debiese transitar a un PGS per cápita valorizado en el futuro. ES contrapone, desde un punto de vista sanitario, que mantener el 7% como mínimo colabora en que las personas, mediante incentivos, busquen destinar esos recursos a salud ya sea para mejorar su situacional actual o futura. TL complementa que lo planteado por MV provoca un subsidio de los que tienen menos ingresos a los que tienen

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRE

---

mayores ingresos, por medio de la menor recaudación. MV contrapone que la mantención del 7% con exención tributaria es regresivo dentro de los beneficiarios de las ISAPRE.

TL concuerda con que es beneficioso desde el punto de vista social incentivar el ahorro en salud por medio de las cuentas de ahorro individual. Agrega que la capitación del sector público no tiene mucho sentido mientras no se transfiera parte del riesgo del asegurador al prestador y no se flexibilice la gestión de los prestadores públicos.

MI sostiene que está a favor que se mantenga la exención tributaria para el 7% como mínimo, ampliándola en caso que el costo del PGS+SIL sea mayor al 7%. PS plantea que sería una pérdida quitar el piso de la cotización mínima del 7%, agregando, como estímulo, que se extienda la exención tributaria si el valor del PGS+SIL es mayor del 7%. Si el 7% es mayor al PGS+SIL, esta diferencia debería quedar de elección del cotizante para un plan complementario o para un ahorro que permita utilizarse en los años de mayor consumo de prestaciones de salud.

MV plantea que estaría de acuerdo a que las ISAPRE tengan la opción de vender el PGS por sí sólo o en conjunto con un plan complementario, siempre y cuando la exención tributaria aplique solo para el PGS+SIL. Agrega, de todos modos, que no cree que los mayores precios que existen en las regiones sea un obstáculo tan relevante que no pueda ser absorbido por la tarifa plana, en particular si hace referencia a grupos de afiliados pequeños. TL plantea que el problema mayor de ofrecer el PGS por sí sólo radica en las bajas coberturas que tendrán beneficiarios en donde las prestaciones tienen un mayor valor debido a la existencia de mayores grados de monopolio. MI concuerda en que las ISAPRE tengan la opción de vender los PGS en conjunto con planes complementarios o adicionales debido al efecto que va a tener en los beneficiarios el sentir que parte de lo que están entregando para el PGS les llega a ellos.

Se aclara que las prestaciones preventivas a que hace mención la minuta anterior se refiere a las que actualmente existen. MI propone una actualización pero que debería ser tema de otra comisión, al mismo tiempo que hace mención a un trabajo que se está desarrollando en el ministerio de un GES Preventivo. ES comenta que se está realizando un piloto en 80 comunas para evaluar los programas preventivos que pudiesen ser incluidos en el GES. JTM apunta que todo lo que incluye el GES tiene que estar contenido en el PGS. MI agrega que lo único que podría evaluar esta comisión relativo a la prevención, sería la aplicación de copagos menores para las personas que tengan adhesión a estos programas preventivos.

MV y MI solicitan que se evalúe dentro de la comisión la creación de una institucionalidad que tenga como principal tarea la evaluación de incorporación de tecnologías sanitaria y económica. ES propone que dentro del documento final que será presentado se explicita la conveniencia de la creación de esta institucionalidad. JTM apunta que es inconveniente condicionar la creación del PGS a la conformación de esta institucionalidad, ya que podría significar un retraso importante por la discusión que podría conllevar. Hay acuerdo en que de lo que se trata es de que exista un mecanismo objetivo para juzgar apropiadamente la

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRE

---

incorporación de prestaciones al arancel FONASA, ergo al PGS, que en el futuro pudiera evolucionar hacia una agencia como la que se describe.

MV esta a favor de que las ISAPRE puedan ofrecer otros productos, debido a que su propuesta de aplicación exclusiva de exención tributaria al costo del PGS+SIL, da como resultado que no existe diferencial y este podría ser destinado para lo que la persona elija libremente. MI se inclina por mantener su funcionamiento como está hoy, es decir, que los excedentes sean de apropiación individual, debido a que el PGS no se construirá con el total de la cotización obligatoria.

TL propone discutir la forma en cómo se incluirán en el PGS las prestaciones no GES. Plantea que se haga un análisis que fomente la costo efectividad y que privilegie las prestaciones de menor grado de discrecionalidad en desmedro de las más discrecionales. Esto implica desindexar la cobertura de las ISAPRE de lo que hace FONASA.

- II. TL sugiere realizar un listado de temas pendientes de la minuta anterior para ir logrando acuerdos.

El primer asunto es lograr un acuerdo en la utilización de los excedentes cuando la cotización del 7% es mayor al valor del PGS+SIL. Una posición es la que plantea MV y FM, en la cual no existen excedentes debido a que la cotización obligatoria y exención sería equivalente al valor del PGS+SIL. La otra es la planteada por el resto de la comisión, la cual considera que, en caso de existir excedentes, estos puedan ser utilizados en productos o servicios de salud de libre elección del cotizante y si el valor del PGS+SIL excede el 7% la exención tributaria aumentaría a ese valor. JTM agrega que la posición de MV y FM tiene lógica pero implicaría diseñar un PGS más sustancioso que provocaría que más personas abandonaran el sistema ISAPRE. ES plantea que se inclina por mantener el mínimo del 7% debido a que provoca un elemento distorsionador en las personas que están en FONASA. Otro argumento planteado es que la evidencia muestra que las personas no son previsoras en destinar recursos por su propia voluntad a salud, lo que lleva a que el Estado tenga que ocuparse finalmente de ellos. Además concuerda con MI en dar una señal a las personas que están aportando al fondo solidario, siendo este un gran paso, a que éstas puedan obtener mantener en su libre elección estos excedentes. MV agrega que la cobertura del PGS no debería ser la justificación para que los excedentes sean de propiedad del cotizante para ser utilizados en beneficios adicionales en salud porque espera que el PGS sea de una cobertura adecuada para satisfacer las necesidades esenciales de salud. MI, entendiendo que no existe viabilidad técnica para destinar los excedentes para un plan solidario para los dos sistemas, se alinea con la propuesta de mantener en el cotizante la propiedad de los excedentes. MV propone que por lo menos exista una “semi-solidaridad” entre los cotizantes de una misma ISAPRE, destinando sus excedentes para el financiamiento colectivo que beneficie a los cotizantes de la misma ISAPRE.

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRE

---

MV cree que el PGS se ha ido empequeñeciendo debido a que existen 2 fuerzas: la primera es un temor a una gran fuga de cotizantes desde FONASA a ISAPRE, lo cual todavía no es dimensionable. La segunda es el temor de que el valor termine siendo más caro que el promedio de las cotizaciones obligatorias, siendo que, intuitivamente, este valor debería ser menor. Con estos dos temas sin resolver, cree que el PGS vaya a ser un plan que no ofrezca una cobertura satisfactoria.

TL contrapone que los efectos de fijar una tarifa muy alta, para un plan mas robusto, deje a muchos cotizantes por debajo de este precio, provoque que salgan estas personas y que entren personas desde FONASA que vean que el precio del PGS es menor a su gasto, empeorando el riesgo de la cartera, provocando que este efecto se repita cada vez que la ISAPRE ajuste su precio debido al aumento del riesgo de la cartera. Agrega que existe un gran avance al lograr un plan único a tarifa plana en todo el sistema Isapre con un fondo que permite la libre movilidad entre ISAPRE y, permitir que los excedentes puedan ser destinados según la libre elección del cotizante, siendo una posible alternativa que alguien quiera destinar su excedente a alguien determinado, aumenta aun más la solidaridad de esta reforma. JTM plantea que mientras no exista un mecanismo eficiente de operativizar la solidaridad de una fracción de los excedentes cree conveniente mantener en la propiedad del cotizante los excedentes. Recalca que sólo debería ser una fracción para no motivar la subdeclaración de renta. GS plantea que el trabajo de esta comisión no debe ser resolver todos los problemas del sistema, de lo contrario se arriesga a no concretar nada. Así mismo, recuerda que este debate debe restringirse al sistema ISAPRE.

GS, agrega con la siguiente tabla, intenta demostrar el gran avance que ha logrado la comisión hasta ahora. GS agrega que al fijar una tarifa plana para el PGS, la redistribución de recursos entre cotizantes es muy importante. Ejemplificando, si se asume que el precio promedio es de \$15.000 por persona, entonces el precio base sería de aproximadamente \$10.000, lo cual significa que el precio que se debería establecer, de acuerdo al gasto esperado según sexo y edad, sería de \$ 10.000 para un hombre joven, \$30.000 para una mujer en edad fértil y sobre \$45.000 para un adulto mayor. Claramente en hombre joven esta sobrepagando y la mujer en edad fértil y el adulto mayor están recibiendo una enorme ayuda por el menor precio que deben pagar.

MS acota que un 20% de los beneficiarios se encuentra por debajo de la cotización de UF 1, incluyendo el SIL.

FM solicita que se caracterice a las personas que tienen las menores cotizaciones promedio por beneficiario. MV agrega que le resultaría más fácil para tomar una posición en relación al uso de los excedentes tener la estructura del PGS. TL replica que, independiente del precio del PGS, más o menos gente quedará por debajo del precio, no siendo relevante para la argumentación.

MI recuerda que todavía no está resuelta el funcionamiento del fondo de compensación.

TL propone continuar con el debate de habilitar o no a las ISAPRE a que estas puedan ofrecer otros productos. GS propone que, dado que existe un PGS que abarca todo tipo de

prestaciones, quitar la exigencia de tener que ofrecer como base lo que contiene el FONASA nivel 1 MLE.

TL plantea que otro tema a discutir es la forma de coberturas que va a ofrecer el PGS. MI comenta que las alternativas son una protección financiera (copago fijo) o una cobertura de carátula (porcentaje fijo del valor de la prestación), siendo su posición la de un mecanismo de protección financiera, similar a las GES. GS contrapone que la protección financiera provoca un alza en los precios de las prestaciones en donde no existe un mercado competitivo. Como ejemplo da el valor promedio de una consulta oftalmológica de distintas regiones, siendo 3 veces más cara en las zonas más extremas. Dado que estas prestaciones responden en su mayoría a patologías discrecionales, el mecanismo GES no puede utilizarse. Propone que exista una metodología de cobertura con un copago con stop loss. MI contrapone que con una red cerrada, y como estímulo a la contención del costo técnico, el fijar un copago con protección financiera acotada igual al GES, tiene un efecto potente de contención de costos. GS reitera que con las prestaciones de uso frecuente, como ambulatorias y medicamentos, es difícil para las ISAPRE decirles a los beneficiarios que se trasladen para poder optar a una prestación no compleja, como lo pueden hacer con prestaciones más complejas. TL complementa que la contención del gasto no se va a dar en las prestaciones de baja complejidad, en las cuales el principal mandante del gasto es el paciente que al enfrentarse a un gasto fijo por una prestación, independiente de la cantidad de veces que la utilice, va a provocar un aumento en las frecuencias de uso. Por otro lado, agrega que dar la posibilidad de que los beneficiarios trasladen su cobertura de la red cerrada a la de libre elección también provocara pérdida de la contención del gasto. JTM propone que si existe un mecanismo de ajuste geográfico en el fondo de compensación podría eliminarse el incentivo a que las ISAPRE no ofrezcan sus productos en ciertas zonas. Agrega que el fondo debe ser lo suficientemente inteligente para no validar las rentas monopólicas. Por otro lado, se pregunta quién debe tener el poder de negociación o quién tiene el mayor poder de negociación frente a los monopolios; para el caso de la protección financiera, en donde el pago por parte del beneficiario es fijo y el riesgo recae en la ISAPRE, el poder de negociación radica en lo que pueda realizar la ISAPRE. Por otro lado, cuando la cobertura es fija, independiente del precio de la prestación, la negociación recae en el beneficiario. Concluye que la ISAPRE es la que está en mejor posición para enfrentarse a los monopolios, debido a que tiene más alternativas para disminuir la fuerza de este.

ES comenta que ve que los efectos de una protección financiera redundará en una mayor frecuencia de uso por parte de los beneficiarios. FM comenta que un médico que se instala en zonas extremas tiene costos mayores por lo que corresponde que cobre más. MS comenta que el efecto que tendría una protección financiera como las GES sería que las ISAPRE no ofrecería sus planes en esas zonas, a excepción si se considera la ubicación geográfica en el diseño del fondo de compensación, lo que de alguna forma validaría el monopolio. GS comenta que estos problemas no se dan en pocas zonas sino que, dada la geografía de Chile, se ven incluso en ciudades grandes como Antofagasta. Concluye que como consecuencia de la protección financiera se generará un aumento de precios por parte de los prestadores, ya

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRE

---

que la diferencia será pagada por las ISAPRE sumado a que estas prestaciones tienen un mayor grado de discrecionalidad en el consumo por parte de los beneficiarios. Agrega que el poder de negociación lo tienen los beneficiarios ya que ellos pueden comparar cuánto es lo que pagan de copago en distintos prestadores, fomentando la competencia entre estos. TL comenta que incluir factores geográficos en el fondo de compensación para aplicar el mecanismo de protección financiera provocará que más personas abandonen el sistema poniendo en riesgo su sustentabilidad financiera. MI comenta que la evidencia empírica demuestra lo contrario, dando como ejemplo lo que han hecho algunas ISAPRE últimamente, las cuales han llevado la cobertura del GES a prestadores premium dado que han podido negociar precios por volumen sin que esto provoque fugas por el lado de aumento en los precios, así como también han ofrecido planes con copago cero dada la negociación de precios por volumen que han podido realizar, incluso asumiendo que puede haber un efecto precio elasticidad que aumente la frecuencia de uso. Concuera con MI en que el efecto de la negociación de precio por volumen se da en GES porque estas no son discrecionales, mientras que las abarcadas por el PGS sí son en su mayoría prestaciones que tienen un mayor grado de discrecionalidad.

Se acuerda discutir la próxima sesión el contenido del PGS.

**Minuta reunión**

09 de septiembre de 2011

AZ

**Asistentes:**

Miembros de la comisión:

Fernando Muñoz  
José Tomás Morel  
Gonzalo Simon  
Patricio Silva  
Emilio Santelices  
Manuel Inostroza  
Marcos Vergara

Thomas Leisewitz; se excusó de asistir por compromisos previos.

Secretaría Técnica:

Marlene Sánchez, Depto. de Estudios Superintendencia de Salud  
Arturo Zúñiga, Secretario Técnico comisión

**Temas tratados:**

- I. JTM da inicio a la sesión con las observaciones a la minuta de la sesión anterior, las cuales serán incorporadas para el posterior envío de la minuta definitiva.
  
- II. Continúa la sesión con la presentación de nuevos datos por parte de MS.

MS inicia la presentación aclarando que el ejercicio de cálculo del gasto total de las GES no atendidas a través del protocolo GES en la sección ambulatoria está siendo subestimado ya que no contabiliza la periodicidad de las prestaciones asociadas a cada canasta. Tampoco incluye los medicamentos consignados en los diferentes tratamientos GES que fueron entregados a través del Plan Complementario. El tercer elemento que lo subestima es que no incluye prestaciones asociadas a los problemas 48 y 49. Su corrección quedaría resuelta para la próxima sesión.

Por el lado de la prestaciones hospitalarias se realizó la exclusión de los grupos etéreos no beneficiados por las GES, esta corrección significó una reducción importante del gasto estimado por primera vez, desde un 33% a un 23% del gasto total de la sección hospitalaria. MS aclara que existen prestaciones adicionales que no están codificadas ni por FONASA ni por la Superintendencia de Salud y que no están siendo contabilizadas para estos cálculos.

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

GS propone que la comisión se enfoque en la definición del contenido del PGS con los datos que existen, dado que continuar con la búsqueda de los números exactos no influye de mayor forma en la determinación del contenido, dejando en claro que la propuesta variará cuando se tengan los datos definitivos.

En cuanto a la tabla de prestaciones/frecuencia/valor, GS solicita que la información entregada necesita una apertura en algunos ítems, como Día Cama y Derecho a Pabellón, Atención Médica, Laboratorios y Otras Prestaciones con el objetivo de que la determinación del contenido del PGS se realice eficientemente. Relativo a los exámenes de laboratorio, se solicita un listado de los exámenes de laboratorio ordenados por precio. Además solicita que se obtenga un vector de precios para percatarnos de la magnitud monetaria de las coberturas, con el objetivo de favorecer las que sean de un valor significativo y que tengan un grado bajo de discrecionalidad por parte de los beneficiarios.

MV solicita que la modelación incluya ajustes en la frecuencia dado los incentivos que se establecerán relativos a cobertura que modificarán el comportamiento de los beneficiarios. Varios integrantes coinciden con MV en el diagnóstico pero aclaran que la determinación de la magnitud de cambio, dado un cambio en la cobertura, es algo muy difícil y costoso en términos de tiempo. JTM establece como prioridad la tabla prestaciones/frecuencias/valor, sin desmerecer que lo solicitado por MV tiene que ser evaluado para poder determinar el PGS definitivo, ya sea en esta comisión o como parte de la propuesta de esta comisión.

En relación a la portabilidad de la cobertura del PGS, MV propone que éstos sean portables para su uso fuera de la red preferente establecida por la ISAPRE. PS concuerda con la portabilidad, haciendo notar que la postura de no portabilidad atenta con un principio básico de la libertad de elección. JTM contrapone que una de las desventajas de la portabilidad es la reducción del poder de negociación de las ISAPRE para obtener mejores precios debido a un menor volumen de prestaciones que se realizan por la red cerrada. MV estima que sería ilógico que se ofrezca un PGS que no entregue ningún tipo de cobertura en prestadores no incluidos en la red del PGS. ES concuerda con la portabilidad de la cobertura, limitando el valor monetario de este para no aumentar la siniestralidad del PGS. Además, dada la estructura de la industria en donde existen 3 grandes consorcios que están integrados verticalmente, limitar la libertad de elección del prestador por ley, terminará en la salida de los pequeños prestadores, aumentando el grado de concentración de la industria.

MS presenta una nueva caracterización de los beneficiarios que tienen una cotización pactada menor a UF 1, los cuales son cerca de 600.000 personas. La mayoría de estos son hombres, dependientes, con una edad promedio de 38 años y con el doble de cargas que el promedio del sistema. Tienen una cobertura promedio de 58% y 68% en ambulatorio y hospitalario, respectivamente. JTM recuerda la propuesta de 2 tarifas planas que se propuso en sesiones pasadas, siendo la segunda una fracción de la primera para las cargas menores de cierta edad con el objetivo de no gravar en exceso a las familias. MV considera que un mecanismo de 2 tarifas es políticamente impresentable. ES estima que si este mecanismo

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

desdibuja el trabajo de la comisión, estaría en contra de esta propuesta, proponiendo que se cuantifique el impacto para una evaluación futura, planteamiento compartido por PS.

MS deja a disposición de la comisión la caracterización de las licencias médicas, los precios GES y los Planes Colectivos, los cuales serán enviados junto a la minuta.

MI solicita que se puedan incluir en la comisión apoyo legislativo de SEGPRES y/o del Ministerio de Salud, con el objetivo de que conozcan el debate y puedan redactar un mejor proyecto de ley. JTM concuerda pero el propone que participen una vez que la comisión tenga resuelto el contenido del PGS.

JTM se excusa de la próxima sesión por lo que ES será el coordinador. FM también se excusa de la próxima sesión por compromisos previo.

AZ adelanta que la recuperación de las sesiones suspendidas se realizará dentro del mes de septiembre para no comprometer la fecha de entrega.

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

### **Minuta reunión**

13 de septiembre de 2011

AZ

### **Asistentes:**

Miembros de la comisión:

Gonzalo Simon

Patricio Silva

Emilio Santelices

Manuel Inostroza

Marcos Vergara

Thomas Leisewitz, se excusó de asistir por compromisos previos.

José Tomás Morel, se excusó de asistir por compromisos previos

Fernando Muñoz, se excusó de asistir por compromisos previos

Secretaría Técnica:

Marlene Sánchez, Depto. de Estudios Superintendencia de Salud

Arturo Zúñiga, Secretario Técnico comisión

### **Temas tratados:**

- I. AZ da inicio a la sesión con la lectura de la minuta de la sesión anterior. Se realizan las observaciones pertinentes para ser incorporadas a la minuta. AZ comenta que la tabla enviada en la minuta anterior se acordó cambiarla por un párrafo, lo cual se hará dentro de los próximos días.
- II. Continúa la sesión con comentarios acerca del ambiente dado por la publicación de las utilidades de las ISAPRE.

MI comenta que pueden resurgir antiguos proyectos de ley. ES comenta que desde el Ministerio de Salud la prioridad se encuentra en la Ley Corta II pero con la convicción que la Ley Larga debe implementarse lo antes posible.

MV comenta acerca de la restricción que se autoimpuso la comisión para poder realizar comentarios públicos relativos al trabajo que está realizando y las apariciones públicas de MI y GS, aclarando que éstas han sido desde su posición como ex Superintendente de Salud y como Asociación de ISAPRE, respectivamente. ES propone mantener la norma de evitar al máximo las declaraciones y, en caso que no se pueda, no comentar ningún tema que se haya discutido en la comisión, con el objetivo de no entorpecer el debate.

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

- III. ES propone que una vez que MS presente los datos pendientes para esta sesión, la comisión se centre en aproximar, con la información disponible, los rangos de montos de primas susceptibles de obtener y a partir de esto comenzar a esbozar el contenido del PGS.
- IV. A continuación MS presenta los datos obtenidos en las sesiones anteriores.

MS comenta que se corrigió el ejercicio de estimación del costo total de las prestaciones GES en la sección ambulatorias. El impacto final fue de un 8% del total facturado en lo ambulatorio.

Se revisa el ejercicio completo y obtenemos como resultado un valor muy similar al que estaba en primera instancia. MV apunta que el resultado no es el que intuitivamente se esperaba, ya que no hubo una reducción en el gasto total por traspasar la totalidad de las prestaciones GES a un vector de precios de menor valor relativo al uso de las redes preferenciales para las prestaciones GES y los resultados están por sobre la cotización media asociada al 7% lo que resulta de que se trabaja sobre una masa total de gasto asociada a una frecuencia de consumo relativa a una cotización de 10%. GS apunta que, si los datos están correctos, esto significaría que las GES no trajo consigo un ahorro de costos. Se deja como tarea a MS la revisión de los datos con el objetivo de poder explicar las razones de este resultado.

GS comenta que existe un estudio de una ISAPRE que determina que el costo de un plan con tarifa plana utilizando el vector de precios de FONASA nivel 1 a todas las prestaciones GES no atendidas bajo la red GES es de \$17.500. Esto coincide en buena medida con el resultado de MS en la columna del vector de precios N1 de FONASA (\$16.500), que no incluye CAEC.

A partir de la información presentada por MS, ES y GS plantean que podríamos estar formulando un PGS con nivel un de cobertura de 50% en ambulatorio con precio referencial FONASA nivel I y hospitalizado con cobertura 70% precio referencial JJ Aguirre.

Adicionalmente GS plantea que se le podría asociar un Stop Loss, lo que es apoyado por ES quién cree que esto genera una situación que puede resultar atractiva para un número de cotizantes.

A la luz de estas cifras MI plantea que debemos tener cuidado en no ofrecer un PGS que no tenga atractivos para nadie y que la mayoría identifique sólo como una pérdida, adicional a la que pudiera existir del grupo que deba salirse del sistema.

ES plantea que, muy por el contrario, hay que ser innovadores en la propuesta, diferenciando coberturas en relación a prestaciones que efectivamente están asociadas a gastos, que no reflejan consumo sino que son necesidades de salud propiamente tal. En ese sentido, el subagrupar laboratorio e imágenes puede ayudar a discriminar coberturas. También reitera lo atractivo del Stop Loss. MV señala que se puede plantear una mejor cobertura para determinadas prestaciones ambulatorias controlando vía co-pago el uso excesivo de la consulta médica.

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

MV hace notar que aun está pendiente de resolver las preexistencias entre los dos sistemas aseguradores.

AZ resume y prioriza los datos solicitados a la Superintendencia, siendo lo primero la revisión del ejercicio de las patologías GES no atendidas GES y lo segundo es la tabla de prestaciones /frecuencia/valor. Ambas solicitudes se presentaran en la próxima sesión.

GS se compromete a enviar a MS la distribución de los Exámenes Tipo 1, 2 y 3 y a calcular el valor del mecanismo Stop Loss pero para esto último se necesita que se defina el nivel de cobertura base.

Se acuerda que las siguientes sesiones serán:

Jueves 22/09

Viernes 23/09

Martes 27/09

Miércoles 28/09

Jueves 29/09

Viernes 30/09

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

### **Minuta reunión**

22 de septiembre de 2011

AZ

### **Asistentes:**

Miembros de la comisión:

Gonzalo Simon  
Emilio Santelices  
Manuel Inostroza  
Marcos Vergara  
Fernando Muñoz  
José Tomás Morel

Thomas Leisewitz, se excusó de asistir por compromisos previos.

Patricio Silva, se excusó de asistir por compromisos previos

Secretaría Técnica:

Roberto Arce, Jefe Depto. de Estudios Superintendencia de Salud  
Marlene Sánchez, Depto. de Estudios Superintendencia de Salud  
Arturo Zúñiga, Secretario Técnico comisión

### **Temas tratados:**

- I. Se inicia la comisión con comentarios acerca de las últimas declaraciones que han aparecido en la prensa, como respuesta a la publicación de las utilidades de las ISAPRES. Si bien se plantea que estas declaraciones perjudican la calidad del debate dentro de la comisión, también se comenta que estas pueden potenciar la entrega de la propuesta. Se solicita que haya una contención política con el objetivo de aumentar las probabilidades de un respaldo parlamentario a la propuesta de la comisión.
- II. JTM comenta que será un equipo jurídico conformado por abogados del Ministerio de Salud y de la Superintendencia de Salud los que nos acompañaran en las últimas sesiones para que obtengan una mejor apreciación de la propuesta que se entregará.
- III. MV plantea que tiene inquietud en que, dado que el mandato es un PGS con tarifa plana, el SIL pueda confundir al tener un precio en función del salario que constituye el monto asegurado. JTM comenta que la complicación se simplifica cobrando el SIL en forma aparte. Para que esta propuesta sea viable MV propone que sean 2 seguros diferentes, que se administren como 2 seguros independientemente del modelo de contraloría por el que se opte. La persona pagará un precio por el PGS y otro por el SIL.

- IV. RA presenta el ejercicio de descontar las prestaciones GES no atendidas bajo los protocolos GES. Se solicita que se actualice el documento que detalla la metodología del ejercicio para distribuirla entre los integrantes de la comisión. MV comenta que las frecuencias no Ges están siendo sobreestimadas debido a que se restaron las prestaciones según frecuencias estimadas de acuerdo al estudio de Bitran y de la U. de Chile. JTM plantea que, si hubo una sobreestimación, esta se contrapone con una subestimación de las frecuencias GES lo que compensaría el efecto en el valor del PGS ya que este incluye ambos tipos de prestaciones. MV plantea que es razonable proyectar GES llevando la frecuencia de prestaciones al estándar pero no lo es sobre-estimar lo NO GES

RA continúa con la presentación de una tabla Excel que calcula el costo del PGS para distintas coberturas asociadas a cada prestación, vectores de precios y frecuencias que se quieran utilizar. Se acuerda enviar la planilla a los integrantes de la comisión para que puedan modelar distintas alternativas para el PGS.

Se analiza que vector de precios sería el adecuado. Existe acuerdo en que el vector FONASA Nivel 1 para la sección hospitalaria no se puede utilizar. Los vectores con mayor apoyo para la sección hospitalaria son los asociados al JJ Aguirre y al promedio de los convenios. Para la sección ambulatoria se puede utilizar un vector de precios más bajo como FONASA Nivel 1.

JTM plantea que la opción de portabilidad de bonificación que entregaría el PGS necesariamente implica que el modo de bonificación sea del tipo fijo monetario, desechando el copago fijo o porcentaje fijo. MV está de acuerdo pero propone que se plantee que el PGS concurre al financiamiento en primer lugar, independiente de donde se atienda, y a continuación empiece a utilizarse el plan complementario. Según esto, la forma de trabajar de la comisión es acordar un vector de precios para a continuación fijar el porcentaje de cobertura y, finalmente, fijar el monto monetario bonificado asociado a cada prestación, siendo este portable para ser utilizado en primera instancia en el prestador de libre elección.

MV pregunta por la razonabilidad de que las ISAPRE vendan el PGS y planes complementarios, dado que estos últimos son tarificados por riesgo. GS ve en esto una ventaja debido a que la alternativa de que una compañía de seguro sea la que ofrezca un seguro complementario, la cual no está supervisada por las mismas regulaciones, va a perjudicar a las personas debido a que no están obligadas a continuar una cobertura de una patología el año siguiente que se haya detectado, a lo cual si está obligada la ISAPRE. ES plantea que otro beneficio para las personas es que dado que las ISAPRE no podrán, por medio del precio del PGS, sacar a los adultos mayores de sus carteras, tendrán que preocuparse que éstas personas tengan una vejez más saludable, lo que apunta a una contención de costos por la vía de la eficiencia sanitaria. MI, tomando la pregunta de MV, comenta que existe un estudio del sistema holandés que era categórico en cuestionar los beneficios de que la misma institución ofrezca el PGS y el plan complementario. MI

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

agrega que en México se modificó la regulación, amparando bajo un mismo ente regulador a todas las instituciones que ofrezcan cobertura de salud. Y, bajo el mismo fundamento, propone que la regulación financiera de estas instituciones sea supervisada por la misma institución que regula a las instituciones financieras. JTM comenta que estas propuestas, si bien parecen tener mucho sentido, ve en la inclusión de ellas en la propuesta un riesgo que dificulte y demore la tramitación de la ley.

Se revisan distintas alternativas de PGS, modificando los vectores de precios y las coberturas para obtener una impresión general del costo de cada alternativa.

Se comenta la idea de agregar al PGS mecanismos que han probado ser buenos en los incentivos que provocan, como lo son el deducible y el stop loss. MV da su impresión acerca del impacto podría tener un deducible en el juicio que hagan del plan las personas por razones culturales y de desconocimiento de estos mecanismos. ES hace notar que el costo del stop loss disminuiría si se limita su cobertura a un monto fijo anual, independiente de la duración de la enfermedad.

MV cree que existe una sobre estimación adicional de las frecuencias de las prestaciones no GES, cuando hay acuerdo en otorgar una menor cobertura a las prestaciones discrecionales con el objetivo de desincentivar su consumo innecesario. Un efecto similar tendría el uso del deducible.

MI propone evaluar la alternativa de incluir las Enfermedades Raras, que además serviría para obtener una mayor aprobación por parte de la ciudadanía que compense ciertos cambios como el uso del deducible y el stop loss. ES comenta que ya se está trabajando en paralelo en este asunto y que su estado de avance es significativo.

JTM recuerda los efectos de obtener un precio del PGS que deje a muchas personas por debajo de lo que están cotizando hoy.

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

### **Minuta reunión**

27 de septiembre de 2011

AZ

### **Asistentes:**

Miembros de la comisión:

Gonzalo Simón  
Emilio Santelices  
Manuel Inostroza  
Marcos Vergara  
Fernando Muñoz  
José Tomás Morel  
Thomas Leisewitz  
Patricio Silva

Secretaría Técnica:

Adriana Maturana, Jefe Depto. Jurídico Ministerio de Salud  
María Angélica Duvauchelle, Abogado Superintendencia de Salud  
Fernando Riveros, Fiscal Superintendencia de Salud  
Roberto Arce, Jefe Depto. de Estudios Superintendencia de Salud  
Arturo Zúñiga, Secretario Técnico comisión

### **Temas tratados:**

- I. TL invita a realizar comentarios u observaciones a la minuta de la sesión anterior. MI solicita agregar a esa minuta un comentario suyo relativo a evitar una discusión del uso de los excedentes por medio de la creación de un fondo de compensación de riesgo e ingreso solidario financiado con el 7%.  
MV comenta acerca de la redacción de la propuesta, empezando por la introducción, la cual debe incluir las limitaciones que tiene trabajar sobre un sistema que no comprende a la totalidad de la población. Y a continuación un desarrollo que describa las características de la propuesta. Y finalmente los anexos que incluyan las minutas y presentaciones que han realizado. MI propone incluir el mensaje de la “Moción Burgos-Torres-Castro”. TL acota que esa moción debe ser puesta a disposición de la comisión para que sea evaluada su inclusión por los integrantes. FM propone formar una comisión de redacción. PS agrega que la propuesta debe tener la menor cantidad de adjetivos que denoten un sesgo.
- II. TL propone realizar una ronda de comentarios acerca de la utilización de los excedentes. Inicia los comentarios MV quien propone que estos excedentes deban ser destinados en su totalidad al fondo de compensación de ingresos. TL, por su parte, no cree que el uso de un fondo de compensación de riesgo sea un aporte que evite que los seguros puedan descremar, debido a que en términos individuales no son un buen predictor del costo

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

esperado, lo cual está respaldado por la presentación de Camilo Cid, en la cual los indexadores propuestos de este fondo sólo explicarían un tercio del gasto. Pero debido a que existe una posición mayoritaria de la comisión a favor del fondo, sumado a que los costos de administración del fondo han caído fuertemente en los últimos años y a la búsqueda de un acuerdo, se suma a la posición de mayoría.

MI, recuerda la tesis de minoría de la comisión presidencial, la cual entregaba un subsidio del Estado para los cotizantes que no logran financiar con su 7% el costo de su plan y de sus cargas, sin fondo de compensación y con el objetivo de que permanezca en el sistema de su elección. Dado que en esta comisión no existe la opción de un subsidio fiscal, esta persona tendría que abandonar el sistema ISAPRE, siendo esta la primera alternativa. La segunda alternativa es que todo lo recaudado por el valor referencial del PGS se destine a un fondo de compensación de riesgo dejando de libre uso para productos de salud los excedentes entre el PGS+SIL y el 7%. Ante eso, propone una tercera alternativa, basada en el modelo holandés, destinando un porcentaje de la cotización obligatoria a un fondo de compensación de ingresos que se suma al fondo de compensación de riesgo. Reconociendo que en algún momento se inclinó por la alternativa número 2, en estos momentos toma posición con la número tres. MV plantea que las alternativas que acaba de plantear MI son alternativas de fondos, no de uso de excedentes, como las planteadas en la minuta anterior, ejemplificando que la alternativa 3 planteada por MI es diferente a la uno de la minuta anterior porque no existen los excedentes. TL replica que la alternativa de fondo y de excedente no tienen diferencias, siendo la tercera alternativa planteada por MI la alternativa número uno planteada en la minuta anterior, y la alternativa 2 planteada por MI la número dos de la minuta anterior. MV responde que la diferencia está en lo que se pregunta.

GS evalúa la viabilidad técnica de la alternativa 3 de MI. Dado que las rentas crecen en menor medida que los gastos en salud, al cabo de un año el PGS ya no podrá ofrecerse debido a que no pueden cobrar un porcentaje diferente al 7% que dice la ley y que es pareja para todos los chilenos. Adicionalmente, cree que la comisión está tomando un rumbo diferente al mandato original al querer modificar la cotización obligatoria de una parte de la población. JTM agrega que la opción número tres de MI no garantiza que el total de excedentes de las personas de más altos ingresos alcance para subsidiar a las personas que no logran pagar el PGS, lo que sí ocurría en la propuesta de la comisión presidencial ya que operaba con el total de la población. Vuelve a preguntar cuál es el uso que se le piensa dar a esos excedentes, dado que no se le puede prometer a la sociedad un financiamiento para alcanzar a pagar el PGS debido a que ante el mínimo déficit del fondo no existen los recursos fiscales con los que sí contaba la propuesta de la comisión presidencial debido a que se utilizaría para un fondo universal.

MI expone que su propuesta incluye contabilizar la cotización voluntaria (10%). Descontando el SIL del total (1.5%), se destina un porcentaje fijo (4%) a un fondo de compensación de ingresos. El resto se tendría que destinar para comprar el PGS con la tarifa plana. Agrega que esta alternativa pone una vara más alta para que los cotizantes de

**COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES**

Fonasa no puedan trasladarse al sistema privado, hasta que sea posible juntar a Fonasa e ISAPRE en un solo pool de riesgo. Para los cotizantes que aun tengan un excedente descontado el SIL, el porcentaje fijo para el fondo solidario y el precio del PGS, propone que puedan utilizarlo para uso personal en productos de salud. GS cuestiona esta propuesta ya que explícitamente se está obligando a elevar la cotización obligatoria al porcentaje de la cotización pactada (obligatoria y voluntaria) actual.

MV vuelve a las alternativas planteadas por MI, realizando un diagrama para su mejor comprensión.

Alternativas de Fondos de Compensación y Destino de Excedentes			
TIPO DE FONDO	PROBLEMA	EXCEDENTES	DESTINOS DE LOS EXCEDENTES
1a. Con la totalidad del 7% (compensación por riesgos e ingresos)	¿se financia PGS?	No hay	No hay
1b. Con parcialidad del 7% (compensación parcial de ingresos. Holanda)	¿se financia PGS?	Hay parcial	Apropiación Individual
			Apropiación colectiva (al fondo)
			Apropiación colectiva para fin específico
2. Con las tarifas planas	A definir	Hay máximo	Apropiación Individual
			Apropiación colectiva (al fondo)
			Apropiación colectiva para fin específico
3. Sin FONDO	¿Se podrían compensar los riesgos?	Hay máximo	Apropiación Individual
			Apropiación colectiva (al fondo)
			Apropiación colectiva para fin específico

ES recuerda que el trabajo sobre esta comisión radica en un subconjunto, el cual es el sistema asegurador privado. Ante la propuesta del modelo holandés de MI, cree que sería una mala copia que adicionalmente aumentaría la diferencia entre los 2 sistemas que dificultaría aun más la integración de ambos sistemas en uno universal que se implementaría en el mediano plazo. Agrega que si bien la alternativa dos planteada por MI no es perfecta, es la mejor que se puede elaborar en esta comisión, tanto por su viabilidad técnica como por su paso hacia la creación de un solo sistema universal.

PS comenta que es bueno volver a lo sustancial del mandato, recalcando que la situación actual discrimina por sexo, edad y preexistencias, por lo que invita a la comisión a

centrarse en solucionar estos problemas, dando un carácter secundario al debate sobre el uso de los excedentes. GS concuerda con lo planteado, agregando que la creación de un PGS con una tarifa plana, la creación de un fondo de compensación de riesgo que elimine las preexistencias y la libertad a los individuos de moverse de una ISAPRE a otra, es un sistema que hoy no existe y que todos están de acuerdo en que es un avance importante, que puede verse en peligro por querer agregarle elementos secundarios que tienen un alto componente de sesgo ideológico, proponiendo que se mantengan esos elementos secundarios como se encuentran hoy. ES está de acuerdo con lo planteado y propone que si esto se convierte en un elemento de inflexión, declarar que la comisión fue incapaz de llegar a un acuerdo, lo que es muy frustrante tomando en cuenta las mejoras que se han logrado hasta hoy. MV cree que se deben seguir explorando alternativas para llegar a un acuerdo. ES agrega que radicalizar las posiciones no benefician los acuerdos.

FM comenta que si a él le dieran a elegir, optaría por la opción que solidariza la totalidad de la cotización obligatoria, pero está disponible a buscar una alternativa intermedia en la que exista algún grado de solidaridad. JTM insiste en que si la propuesta de solidaridad de ingreso tuviese viabilidad técnica estaría dispuesto a evaluarla como una alternativa pero todavía no existe una operacionalidad que la garantice, proponiendo que avancemos a una solidaridad de riesgo que permita llegar a un acuerdo.

MI propone que las diferencias de opinión se expresen en la propuesta final de la comisión con posiciones de mayoría y minoría, de la misma forma que lo hizo la propuesta de la comisión presidencial. TL recuerda que la comisión debe entregar una respuesta a la viabilidad técnica de un PGS con tarifa plana que no discrimine por sexo y edad, por lo que sí debe haber un acuerdo en un elemento que quita viabilidad técnica a todo lo que ya existe un acuerdo y que significa un avance en relación a la situación actual. No puede haber una posición de minoría o mayoría en la pregunta central del mandato. GS cree que la propuesta de MI de mostrar las posiciones de minorías y mayorías debilita enormemente la propuesta, ya que significa que no se llegó a acuerdo, disminuyendo su valor. MV no cree que la discusión de estos elementos inviabilice la propuesta, agregando que concuerda con GS que es mejor entregar una propuesta de acuerdo. ES expone que esta comisión tiene la oportunidad de mostrarle a la sociedad que sí se puede llegar a un acuerdo a pesar de las diferencias ideológicas, lo que sería una señal muy potente y que hablaría muy bien de las capacidades de esta comisión, lo que hoy en día es muy valorado por la sociedad. FM hace un análisis entre la diferencia de los consensos y los acuerdos, siendo los primeros las posiciones en las que existe una misma posición inicial y un acuerdo es una transacción de las posiciones iniciales, pudiéndose explicitar en el propuesta los asuntos en donde hubo un consenso y en los cuales hubo acuerdos.

TL cree que existe un alto grado de ingenuidad en la alternativa de llevar todo el 7% a un fondo, al suponer que la gente no se moverá de un lado a otro cuando le convenga, considerando que lo que ya ha avanzado esta comisión permite una movilidad mayor a la

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

actual. Expone su preocupación ante el estancamiento que se ha producido y propone ver las alternativas para poder buscar una salida.

AZ expone que, dado el grado de solidaridad que existe en el sistema hoy, el cual es de un 10%, buscar lograr el 100%, a través de la solidaridad completa de la cotización obligatoria, significa radicalizar las posiciones y la consecuencia puede ser no lograr un acuerdo por cuestiones ideológicas, proponiendo discutir éstas fuera de la sesión. MV declara que él no tiene convicciones ideológicas que estén conduciendo su forma de pensar, si no que es su formación académica la que lo orienta cómo deben ser los sistemas de seguridad social salud, señalando que no tiene problemas con que existan privados que participen tanto del sistema asegurador o prestador, incluso considerando legítimo el lucro en salud. Con todo esto, su opción sería la que solidariza la totalidad de la cotización obligatoria pero reconoce que tiene limitaciones técnicas, trasladándose hacia la alternativa número dos planteada por MI, agregando que pueda existir solidaridad dentro de una misma ISAPRE. PS recuerda las 4 preguntas que se hicieron en la primera sesión, las cuales se encuentran con respuesta con los acuerdos logrados hasta el momento y dado que el mandato tiene limitaciones al entregar una propuesta para un subsistema, se inclina por la alternativa número dos, en la cual la solidaridad está inserta en la tarifa plana. Acuerda con que los excedentes queden en la ISAPRE en que está el cotizante para que ésta pueda ofrecer beneficios adicionales y sea un elemento de competencia de las ISAPRES.

TL resume que por el momento existiría un acuerdo en que habría que evaluar sólo la alternativa número dos. MI aclara que esa opción sería sólo su segunda mejor opción e insiste en la alternativa tres, lo cual es compartido por TL, siendo su primera preferencia la uno.

Se determina que la subcomisión redactora de la comisión estará constituida por MV, GS y AZ.

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

### **Minuta reunión**

28 de septiembre de 2011

AZ

### **Asistentes:**

Miembros de la comisión:

Gonzalo Simón  
Emilio Santelices  
Manuel Inostroza  
Marcos Vergara  
José Tomás Morel  
Thomas Leisewitz  
Patricio Silva

Fernando Muñoz, se excuso de asistir por fuerza mayor.

Secretaría Técnica:

María Angélica Duvauchelle, Abogado Superintendencia de Salud  
Fernando Riveros, Fiscal Superintendencia de Salud  
Roberto Arce, Jefe Depto. de Estudios Superintendencia de Salud  
Arturo Zúñiga, Secretario Técnico comisión

### **Temas tratados:**

- I. Se acuerda que, dado el poco tiempo para revisar las minutas de las últimas 3 sesiones, se mantenga la opción de realizar observaciones a estas minutas.
- II. TL propone revisar los puntos en donde existe un acuerdo entre los integrantes de la comisión:
  - a. Plan único para los afiliados de ISAPRE, el cual será vendido a una tarifa plana dentro de cada ISAPRE.
  - b. Creación de un fondo de compensación de riesgo.
  - c. No existen las preexistencias en lo que a coberturas del PGS se refiere entre ISAPRE.
  - d. Ampliación de la CAEC (Stop Loss), en el cual las prestaciones cubiertas por este nuevo mecanismo se ofrezcan a través de una red preferente.
  - e. En cuanto al contenido del PGS, la cobertura a las patologías GES aplicará exclusivamente para la red preferente, mientras que las coberturas de las patologías no GES podrán ser portables a la red de elección del beneficiario.

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

- f. Desindexar las coberturas al arancel FONASA, con el objetivo de entregar coberturas en donde FONASA no se ha actualizado y de introducir el deducible que inhiba el consumo no necesario de salud.
- g. El SIL se tendrá que cobrar por separado.

MV comenta que ya planteó su desacuerdo con lo señalado en la letra f), ya que el deducible es un mecanismo contracultural para la población chilena que está acostumbrada a que algo de bonificación exista. No se cierra a lograr un acuerdo pero advierte que es un tema delicado. Agrega que en la letra e) también debería existir portabilidad en la cobertura en las prestaciones GES, lo que es descartado por GS y TL ya que la metodología GES es a través de un copago fijo. ES hace el alcance a que esto podría generar en la ISAPRE un incentivo perverso a abandonar a la persona en la situación que se atiende en una red que no sea preferente y de esta forma no asumir ningún gasto. GS y MI hacen notar que esta situación está regulada por la circular de la Superintendencia de Salud, la que obliga a hacer funcionar a la GES complementada con la CAEC. MI acota que la mantención de esto debe acordarse.

- III. TL propone centrar el debate en el uso de los excedentes que se producen de la diferencia entre la cotización obligatoria y la resta del SIL y de los PGS que se quieran contratar.

JTM declara que ha seguido buscando alternativas para la factibilidad técnica, jurídica y de política pública de crear un fondo de compensación de ingreso pero que no la encuentra, ejemplificando con que una promesa del Estado a ofrecer un subsidio de \$5.000 por un número de años es incumplible desde el mismo día que entra en funcionamiento el fondo de compensación de ingreso. Reconoce que existe una distorsión en que las personas con excedentes contratan un plan absurdamente bueno y propone que estos puedan tener una alternativa para guardar parte de esos excedentes a periodos de mayor consumo, ya sea cuando su grupo familiar se agrande y necesite comprar más PGS o cuando llegue a la vejez y la frecuencia de uso implique un mayor gasto en copagos o cuando este cesante y no tenga ingresos que le permitan mantenerse en el sistema, destacando la transparencia de este mecanismo, transparencia que no se ve en el mecanismo de quitar los excedentes para posibles beneficios futuros.

MV pregunta si existe una estimación de la magnitud de los excedentes. RA acota que depende del precio que se fije para el PGS. Si se utiliza un precio final de \$19.710, los excedentes serían un 13% del total recaudado por la venta de los PGS. TL propone que la comisión debe discutir el uso de los excedentes, independiente del tamaño de los excedentes. MI señala que finalmente para alcanzar un acuerdo se alinea con la alternativa 2 y un uso de excedentes de la forma planteada por ES, de destinar una parte a un fondo que desarrolle estudios e investigaciones en beneficios de los cotizantes. Agrega que también sería conveniente buscar un nuevo nombre ya que estamos haciendo desaparecer a las ISAPRE y creando nuevos actores privados de la seguridad social en Salud, lo que ayudaría a la viabilidad política de la propuesta. MV reconoce que las razones de política

pública expuestas por JTM tienen asidero pero critica la propuesta de llevarlo a un ahorro, debido a que se contradice con que el PGS es capaz de resolver el problema del mayor gasto que tienen que hacer ciertos grupos. Agrega que una alternativa adicional sea llevar los excedentes a un fondo colectivo dentro de cada ISAPRE dando un paso de su posición inicial de un fondo que absorba la totalidad de los excedentes. AZ contrapone que JTM no se refiere a que el PGS sea un plan insuficiente, si no que en ciertos periodos la frecuencia de uso es mayor por lo que los números de copagos son mayores por lo tanto una cuenta de ahorro serviría para suavizar esos mayores gastos. Por otro lado menciona que existe una restricción de tiempo que se debe respetar, solicitando que las propuestas que se hagan sean acompañadas de su puesta en práctica. MV replica a AZ que está equivocado, pues esa mayor frecuencia es precisamente lo que el fondo de compensación corrige. TL apunta que está correcto el análisis de AZ y que eso aplica para todas las personas que tienen una frecuencia de uso mayor, haciendo una pequeña salvedad en la situación cuando los copagos superan el límite del Stop Loss.

MI expone la experiencia holandesa del bono de ahorro, el cual propone un pago porcentual de lo ahorrado por el no uso del seguro de salud en las prestaciones que son de consumo innecesario.

PS reflexiona acerca de la situación actual, en la que la cotización obligatoria es de un 7%, con un sistema dual, en la que un grupo actúa con una lógica grupal y otro que actúa bajo la lógica individual. Después de 30 años se ha cuestionado su funcionalidad, dado que se critica que una persona haya estado 40 años en un sistema tenga que abandonarlo porque el precio que debe pagar es inalcanzable en los últimos años de vida. La iniciativa de estudiar un PGS recoge este malestar y busca proponer una respuesta ante este descontento. Propone que una de las alternativas de uso de excedente sea poder compensar los planes de una o más personas elegidas por el cotizante y si después de esto aun existen excedentes, que estos sean destinados a un fondo dentro de la ISAPRE para acciones preventivas, fondo que debe estar regulado por la Superintendencia de Salud con el objetivo de que no terminen siendo las utilidades de las ISAPRE.

JTM reitera que su propuesta no es una cuenta de ahorro individual por sí sola, si no que tiene que ir necesariamente acompañada por el PGS. Agrega que una familia de 4 integrantes tendrá que tener un sueldo bruto de \$1.200.000 aproximadamente para poder pagar los 4 PGS con la cotización obligatoria, por lo que ve en su propuesta una buena opción para que esta familia pueda ahorrar en momentos que tiene excedentes para utilizarlos en momentos en que su cotización obligatoria no sea suficiente. En relación al fondo intra ISAPRE, propuesto inicialmente por MV y PS, ve incentivos a formar “clubes”, en donde los excedentes de este “club” se repartan entre los mismos integrantes y, bajo el mismo argumento en que el PGS debe ser un plan satisfactorio, cuestiona que otros elementos puede ofrecer la ISAPRE, pensando que la ISAPRE A puede ofrecer algo diferente y mejor a lo que ofrece la ISAPRE B por el sólo hecho de que en la ISAPRE A

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

estén los cotizantes de mayores recursos. PS contrapone que, si bien es cierto lo planteado por JTM, lo prefiere a una cuenta de ahorro individual.

TL, en relación a la apropiación individual y la solidaridad, expone que el sistema que tenemos actualmente tiene sus ventajas y desventajas y que la convocatoria, a pesar de los intentos que se han hecho para que se haga una a modificar por completo, es a solo perfeccionar el sistema privado. El sistema actual tiene una solidaridad de ingreso que se da a través de una redistribución de los impuestos generales, la cual financia más del 50% del sistema público. Adicional a esto, la comisión está proponiendo una solidaridad de riesgo a través de un PGS con tarifa plana que permitirá pagar lo mismo a un joven, a una embarazada y a un adulto mayor. Cuando se propone utilizar las cuentas de ahorro individual para utilizarlas en compensaciones a personas y para suavizar el impacto cuando no se tengan los ingresos necesarios para pagar los PGS, lo que se está haciendo es aumentar la solidaridad de riesgo. Forzar a colectivizar el resto de la cotización no es sustentable técnicamente, jurídicamente y puede no ser necesario debido al alto grado de solidaridad que ya se ha logrado. Adicionalmente incentiva a subdeclarar los ingresos y a arbitrar, saliendo del sistema privado cuando el riesgo es menor al costo y retornando cuando ocurre lo contrario. MV declara que la argumentación jurídica debe reservarse para los abogados una vez entregada la propuesta. FR comenta que la propuesta de destinar los excedentes a un fondo solidario por ingreso no tiene un respaldo jurídico debido a que es una apropiación que se hace de la cotización individual para un uso que no es 100% apropiable del cotizante, viendo aun con menos posibilidades la propuesta de desindexar la cotización de salud del 7% para el sistema privado. MI pregunta por qué no existió el mismo argumento para lo que ocurrió hasta 1995 cuando los excedentes eran de apropiación de las ISAPRES y se oponían a que pasaran a los cotizantes. GS comenta que es la misma razón por la cual eso se corrigió ese año.

ES expone que una de las características de su planteamiento consiste en desarrollar estudio e investigación que busquen impactar en la eficiencia del uso de los recursos para las prestaciones, lo cual es una señal muy potente a la industria y la ciudadanía, aclarando que es sólo una parte de los excedentes, señal que alinea el PGS a objetivos sanitarios.

GS plantea que el exceso de complementos que se han planteado para ser incluidos en la propuesta puede provocar que todo lo avanzado se pierda. Hace la diferencia entre los 2 sistemas en el cual el privado se financia un 100% solidario con la cotización obligatoria porque es capaz de garantizar su permanencia por todo el ciclo vital, a diferencia del sistema privado, por el cual se debe pagar un precio para permanecer en él, lo que hace de la propuesta de quitar los excedentes sin la garantía que esos recursos vuelvan de alguna forma algo inviable. Ejemplifica con una familia con 3 integrantes que tendría que pagar \$45.000 por los 3 PGS (supuesto de \$15.000 por PGS), con un ingreso bruto de \$1.000.000, los excedentes que se le quitarían serían de \$25.000 y, si los impuestos generales son de \$100.000, se traduce en un aumento de un 25% de los impuestos a pagar,

haciendo de esto un impuesto adicional y regresivo. Si lo que se quiere es aumentar los impuestos, la mejor forma es hacerlo a través de un aumento de los impuestos generales.

Ante la percepción de que el tiempo será insuficiente para poder terminar la propuesta se solicita una extensión del plazo, lo cual es observado por AZ ya que no ve un acercamiento de las posiciones, relativas al tema puntual de los excedentes. MV propone no incluir en la propuesta una posición en este tema.

MI expone que estaría a favor de las cuentas de ahorro individual cuando los recursos que se destinan a estas estén por sobre la cotización obligatoria y por ende que los excedentes solo se usen para mejorar el plan de salud presente. Agrega que el problema de la vejez actual no necesariamente existirá en el largo plazo debido a que el país tiene una perspectiva de crecimiento que permitirá, si se hace una reforma tributaria y un cambio de financiamiento en salud vía impuestos generales, por si sólo solucionar el actual problema en el futuro, por lo que las cuentas de ahorro individual no tendrían sentido en unos años más. Finalmente, recuerda que el PGS es el piso inamovible que se pretende ofrecer, siendo posible mejorarlo si se destinan los excedentes a un fondo inter ISAPRE y que estas compitan por ofrecer una mejor cobertura o calidad en su servicio.

MV recordando cómo surgió este sistema y el descontento que actualmente existe, expone la dificultad que tiene trabajar sobre una restricción que limita la mejor opción, la cual radica en la reforma de todo el sistema. Finalmente, recuerda los comentarios de JTM acerca de los incentivos a formar “clubes” que se daría si las ISAPRE se apropian de los excedentes, declarando la incapacidad técnica para resolverlo inmediatamente, misma incapacidad que existe para poder acordar el uso de las cuentas de ahorro que no han sido analizadas en profundidad en cuanto a su viabilidad técnica en la comisión. Señala, sin embargo, que la opción de solidaridad intra ISAPRE asignada a prevención, como sugería PS, tiene un componente de apropiación colectiva. Sin embargo, reconoce las limitaciones de la propuesta de solidaridad intra ISAPRE ve con mejores ojos la opción propuesta por ES, relativa al uso de una parte de los excedentes para investigación y desarrollo.

PS propone una alternativa para solucionar esta diferencia en cuanto al uso de los excedentes. Si la suma del PGS+SIL es inferior al 7%, los excedentes no tendrían exención tributaria y podrían ser de libre uso de los cotizantes, tal como lo había planteado MV en sesiones anteriores.

ES propone que, dado que existe un avance de un 90% en la propuesta de la comisión, dejar de lado la definición del uso de los excedentes incluyendo en la propuesta las diferentes propuestas o definitivamente no pronunciarse sobre esto.

MV propone detallar las propuestas que son inviábiles o que cuya viabilidad no se conoce aún.

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

TL cree que sí tiene que haber una definición de este asunto para poder responder el mandato que tiene la comisión. Por lo mismo, propone que se dé un tiempo para seguir buscando un punto de acuerdo, invitando a discutir sobre el contenido del PGS en la sesión de mañana.

GS plantea que la propuesta debe ser algo sólido y completo, por lo que un acuerdo en relación al uso de los excedentes es necesario, compartiendo lo propuesto por TL de dar un tiempo para pensar con qué propuesta se acomoda más cada uno y que se tenga una posición clara.

PS postula que el excedente después de pagar el PGS y SIL se gaste totalmente en planes complementarios o productos relacionados con el objetivo de que no queden excedentes. TL agrega que está dispuesto a quitar la propuesta de la cuenta de ahorro para llegar a un acuerdo tal como el que propone PS.

MI agrega que la declaración política respecto que un no acuerdo en el uso de los excedentes inviabiliza un plan con tarifa plana no es creíble, dado que nadie puede asegurar que lo que se acuerde en esta comisión sea ratificado en el Congreso un 100%. TL contrapone que no es una declaración política si no que técnica y responde a la pregunta de la viabilidad técnica que se realizó en un comienzo, de un plan único con tarifa plana. Si el cotizante pierde la capacidad de destinar el uso de los excedentes inviabiliza técnicamente el plan único con tarifa plana, debido a la racionalidad del comportamiento humano de escapar cuando los costos sean mayores a los riesgos asociados y de retornar cuando el costo sea menor al gasto esperado, además del incentivo de subdeclarar rentas.

PS y MV proponen incluir en la introducción de la propuesta que la mejor alternativa consiste en crear un sistema universal y que se mejore el sistema público ya que este es el receptor final de las personas que no pueden pagar para mantenerse en el sistema privado.

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

### **Minuta reunión**

29 de septiembre de 2011

AZ

### **Asistentes:**

Miembros de la comisión:

Gonzalo Simón  
Emilio Santelices  
Manuel Inostroza  
Marcos Vergara  
José Tomás Morel  
Thomas Leisewitz  
Patricio Silva  
Fernando Muñoz

Secretaría Técnica:

María Angélica Duvauchelle, Abogado Superintendencia de Salud  
Fernando Riveros, Fiscal Superintendencia de Salud  
Roberto Arce, Jefe Depto. de Estudios Superintendencia de Salud  
Arturo Zúñiga, Secretario Técnico comisión

### **Temas tratados:**

- I. Se acuerda que, dado el poco tiempo para revisar las minutas de las últimas sesiones, se extienda la fecha para realizar observaciones a estas minutas hasta el domingo 2 de Octubre.
- II. TL propone comenzar la sesión con el contenido del PGS. El cual debe incluir las GES, la CAEC, las prestaciones preventivas, las atenciones por emergencias vitales y las prestaciones no GES. Para estas últimas la comisión debe proponer un nivel de cobertura. Detalla que se ha avanzado en su funcionamiento, acordando la forma de bonificación y la portabilidad de la bonificación.
- III. RA inicia su presentación explicando la metodología de cálculo utilizada para traspasar el total de de las prestaciones GES no atendidas a través de los protocolos GES a prestaciones y protocolos GES.

MV reitera que la metodología no incluye una reducción de las frecuencias de las prestaciones no GES por el efecto que tiene trasladar las prestaciones a los protocolos GES. JTM replica que la portabilidad de la cobertura aumenta la frecuencia por lo que contrarresta lo planteado por MV. RA plantea que la metodología utilizada es la mejor que se pudo realizar, recordando que todas las estimaciones tienen un grado de error pero que

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

se utilizaron todas las correcciones para mitigarlo al mínimo y que las propuestas que se hicieron por parte de los integrantes de la comisión se han analizado e incorporado en la medida que tengan un aporte significativo y un respaldo teórico. Agrega que se actualizará la minuta entregada con la metodología del ejercicio para que forme parte de la propuesta.

TL solicita enfocar el debate desde las consecuencias de alzas en la cotización que tendrán que costear el número de beneficiarios que se encuentren cotizando una cifra per cápita inferior al valor del PGS. RA hace una simulación con un vector de precios Fonasa nivel 1 y una cobertura de un 50% para lo ambulatorio y un vector de precios J.J. Aguirre con una cobertura de un 70%. Esto da como resultado un PGS con un precio final de \$19.497 (incluye gastos de administración y ventas por un 12%, utilidades por un 3% e incobrables por un 5%). Con esta cobertura un 54% de las actuales cotizaciones obligatorias por beneficiarios descontando el SIL está por debajo de este precio y tendrían que destinar recursos adicionales, teniendo en consideración que es un plan que entrega una adecuada cobertura. MI hace notar que esto considera el costo del SIL como un porcentaje fijo para cada cotizante, lo cual es incorrecto. MV y TL reconocen esa falencia potencial pero no creen posible poder incluir esa consideración en esta modelación.

GS propone a los presentes preguntarse cuanto creen que podría ser el alza del precio que podrían soportar los cotizantes antes de decidir abandonar el sistema privado. Pone como antecedente que hay recursos de protección por montos de alzas de \$1.000. GS considera que un alza de la cotización de un 5% tiene un impacto importante. MV considera que una persona que actualmente paga \$15.000 perfectamente podría pagar \$5.000 más por un PGS con las características que se está diseñando. TL contrapone que ese argumento también aplicaría para un plan de \$50.000 pero el problema radica en que hay personas que no pueden solventar ese costo, y propone buscar algún criterio razonable para suponer la disposición a pagar relacionada con el nivel de ingresos del afiliado.

MI plantea que se debe ser muy cuidadoso en la redacción de la propuesta. TL apunta a que el no está preocupado por la redacción, si no que del efecto real que tiene proponer un PGS con un precio que signifique que 1.5 millones de personas tengan que pagar más de lo que actualmente pagan. MI contrapone que las ISAPRE se han defendido ante la indignación ciudadana por las alzas de un 155% en el precio GES y de un 5,7% en los precios bases, con discriminación por riesgo, señalando que a pesar de ello los beneficiarios están satisfechos con ellas y no se han ido, e inclusive han aumentado los afiliados. Pues bien ante regulaciones que eliminan las discriminaciones y abusos, menos se van a ir.

ES plantea fijar un precio e identificar como es la población cuya cotización obligatoria queda por debajo de ese precio para evaluar si esas personas estarían en condiciones de aumentar los recursos destinados a salud y medir el impacto de una política pública como la que se está desarrollando.

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

MI propone sólo mencionar que dada la tarifa acordada un número de personas tendrían que aumentar su cotización, ya que el resto es especulación. TL cree que revisar este número es uno de los análisis críticos en donde la comisión debe pronunciarse, ya que de ello puede depender la viabilidad del plan

PS acota que existe un problema con los pensionados que están cotizando su 7%, debido a que se les estaría cobrando el SIL. GS contrapone que en la situación actual está considerado un nulo uso del SIL.

MI recuerda que los planes más baratos eran los que ofrecían las menores coberturas efectivas. En el PGS se les ofrecerá un plan más caro pero con una cobertura mucho mayor para los favorecidos del fondo de compensación de riesgo, quienes van a estar dispuestos a pagar la diferencia a cambio de un menor gasto en copagos. GS propone caracterizarlos para saber realmente quienes son.

MV propone hacer los cálculos con la cotización total, es decir, con un 10%. JTM pregunta si existe relación entre ingreso y el porcentaje de la cotización. Si existe una relación positiva, sería contraproducente utilizar el 10% ya que el grupo de personas que más preocupa a la comisión es el de bajos y medios ingresos, a los cuales un aumento en el monto a destinar a salud significaría un impacto importante en sus presupuestos familiares.

JTM plantea que el objetivo de la comisión sería buscar un PGS con costo efectividad, pero ve en algunos integrantes un objetivo de buscar un PGS con un valor lo más alto posible para que no queden excedentes y evitar esa discusión. MV responde que ve que todos buscan la costo efectividad y agrega que la colectivización de los excedentes podría incluso aumentar la costo efectividad del PGS.

TL solicita poder traer los montos que se bonificarán para las prestaciones con mayores frecuencias con el objetivo de conocer realmente lo que se está bonificando a diferentes niveles de cobertura.

Se acuerda adelantar el inicio de la próxima sesión a las 8:30AM.

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

### **Minuta reunión**

30 de septiembre de 2011

AZ

### **Asistentes:**

Miembros de la comisión:

Gonzalo Simón  
Emilio Santelices  
Manuel Inostroza  
Marcos Vergara  
José Tomás Morel  
Thomas Leisewitz  
Patricio Silva  
Fernando Muñoz

Secretaría Técnica:

María Angélica Duvauchelle, Abogado Superintendencia de Salud  
Fernando Riveros, Fiscal Superintendencia de Salud  
Roberto Arce, Jefe Depto. de Estudios Superintendencia de Salud  
Arturo Zúñiga, Secretario Técnico comisión

### **Temas tratados:**

- I. No se encuentra disponible la minuta de la sesión anterior por lo que las observaciones se realizarán vía email una vez que se haya enviado.
  
- II. TL declara que todavía se encuentran trabajando en llegar a un acuerdo relativo a la utilización del diferencial del 7% y el costo del PGS+SIL para lo cual se le pidió a PS que elaborara una redacción que cuidara las sensibilidades de las distintas posiciones dentro de la comisión. PS comenta aún no lo ha hecho pero que su redacción llevará como puntos centrales la búsqueda de una mejora en el sistema ISAPRE la cual debe ir acompañada por una continuación del proceso de modernización del sistema público, asegurador y prestador, en inversiones, gestión y procesos. Una segunda directriz, es destacar la solidaridad de la propuesta con una tarifa plana que permitirá permanecer en el sistema privado por todo el ciclo vital, eliminando la cautividad de los cotizantes y permitiendo que las personas puedan cambiarse libremente de una ISAPRE a otra aún en casos de preexistencias. Lo último es mencionar lo fundamental que debe ser para todos los gobiernos tener a la salud como una de los ejes principales de cada agenda, anticipando que si bien el gasto que actualmente se destina es adecuado, este pueda ir en aumento en los próximos años, tal como lo evidencia la tendencia mundial. En este sentido plantea como opción dar a los cotizantes la libertad de poder destinar sus excedentes a productos complementarios de salud, manteniendo el 7% como mínimo. Ante la petición que se le

hizo a PS, MV ofrece que PS se incorpore en su lugar en la comisión redactora. MI solicita que MV que se mantenga en la comisión redactora, aduciendo que el trabajo de PS no es una imposición a la comisión redactora si no que ella misma debe evaluar su inclusión. TL declara que no hay intención en cambiar la comisión redactora y le solicita mantenerse, dejando en la comisión redactora la decisión final de incluir o no la redacción de PS. FM también está de acuerdo en que la comisión redactora se mantenga, y los comentarios que puedan realizar otras personas queden sujetos a modificaciones según los considere la comisión redactora. FM aclara que la afirmación de PS en cuanto al adecuado nivel de gasto en salud es una afirmación muy subjetiva.

TL propone revisar en esta sesión los contenidos del PGS, específicamente en cuanto a las prestaciones no GES, teniendo en cuenta la restricción de tiempo que existe, sobre todo pensando en que el Presidente quiere recibir a la comisión el jueves 6 de octubre, lo que potencia la propuesta. MI propone que la comisión redactora considere las diferentes alternativas de acuerdo que podrían darse el martes, con el objetivo de que podamos entregar la propuesta el día jueves al Presidente.

FM propone redactar los desacuerdos de la forma más desaprensiva posible, cuidando no dar demasiada importancia a los temas que han generado mayor discusión pero que son un componente más de la propuesta que muestra acuerdos importantes en la mayoría de los puntos.

- III. RA presenta la modelación que se realizó para evaluar las distintas coberturas con distintos vectores de precios para cada tipo de prestaciones. Existe consenso en que el vector de precios FONASA Nivel 1 para la sección hospitalaria no es realista, por lo que TL propone iniciar la modelación con el prestador en convenio con el valor más bajo para la sección hospitalaria y FONASA Nivel 1 para la sección ambulatoria. MV apunta a que FONASA Nivel 1 tampoco es realista para la consulta médica. JTM contrapone que ya existía un acuerdo anterior a que se modelaría con FONASA Nivel 1 la sección ambulatoria y con coberturas de 50% y 70% para lo ambulatorio y hospitalario, respectivamente. GS comenta que esta modelación todavía no incluye el costo del mecanismo Stop Loss. MV recuerda que tampoco está incluido el efecto en la frecuencia que tiene realizar todas las patologías GES a través de los protocolos GES. RA contrapone que el ejercicio que se realizó por el Departamento de Estudios de la Superintendencia de Salud contiene todos los ajustes que podían ser respaldados y cuantificados adecuadamente, y que no existen mayores diferencias entre las probabilidades de subestimar y sobreestimar las frecuencias. TL ofrece a los integrantes de la comisión poner a disposición de profesionales acordes y de sus confianzas el ejercicio. FM plantea que es poco realista proponer arancel FONASA 1 en las consultas ambulatorias ya que prácticamente no existen prestadores que atiendan en ese arancel.

RA presenta una nueva herramienta que determina cuantas personas se encuentran por debajo del precio del PGS, tanto para la cotización obligatoria como para la pactada.

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

MI sugiere que no es trascendental determinar un precio ya que las ISAPRE van a determinarlo cada una según su estructura de costos y negociaciones con los prestadores. JTM agrega que está de acuerdo con MI y que solo se debería evaluar la viabilidad del PGS, siendo el número de personas que tendría que aumentar su cotización para mantenerse en el sistema ISAPRE uno de los determinantes de esta viabilidad. MV contrapone que la comisión no debe dejar espacios para posteriores precisiones que debiliten la propuesta pero agrega que si la mayoría estima lo contrario, se sumaría. ES estima que es irresponsable dar una cifra dado que el trabajo que determina eso es algo que está fuera del alcance de la comisión, por lo que la propuesta de rangos es adecuada, siendo conscientes en el número de personas que deberán aumentar su cotización y otras que tendrán que abandonarlo por no ser capaces de solventarlo. MI considera necesario realizar un análisis para especificar cuáles serían las distintas posibilidades en que se vean afectados los actuales beneficiarios, determinando cuales serían los grupos que eventualmente podrían abandonar el sistema, los que aumentarían la cotización por obtener un mejor plan, los que pagarían menos y obtendrían un mejor plan, los que pagarían más y recibirían un peor plan, etc.

GS estima que se está desviando la tarea de determinar el plan, es decir, cuál es la cobertura que tendrá el PGS. TL recuerda que las consecuencias de la cobertura dan viabilidad a la propuesta, por lo que es bueno debatir acerca de los distintos escenarios.

GS pregunta si existe la disposición de agregarle inteligencia sanitaria en cuanto a entregar menores coberturas en prestaciones en donde se observa un mayor nivel de consumo innecesario a cambio de una mayor cobertura a prestaciones que son de mayor valor y de consumo absolutamente necesario.

TL realiza un ejercicio que va la comisión va determinando la cobertura y el vector de precio para cada tipo de prestación. Se propone que en las prestaciones de laboratorios que sean de bajo costo entregar una cobertura inferior al 50% del vector FONASA Nivel 1, a cambio de una mayor en las prestaciones de mayor valor y que pueden significar un grave deterioro en el presupuesto familiar. MV no cree que la sociedad esté preparada para un cambio cultural de esas características, aún cuando reconoce la racionalidad y los beneficios de la propuesta. FM agrega que es impresentable plantear bonificaciones por debajo del mínimo establecido actualmente para las ISAPRE. Otro planteamiento es que se debe incentivar la cobertura de las cirugías ambulatorias por lo que la cobertura en la sección ambulatoria debe ser, por lo menos, equivalente a la cobertura de la sección hospitalaria. Como antecedente se da que en los países desarrollados el porcentaje de cirugías ambulatorias es de un 60% del total, porcentaje menos importante para el caso chileno.

FM plantea la falta de certificación de los laboratorios puede ir en contra de la propuesta de bajar las coberturas a menos del 50%, ya que esto incentivaría a las personas a realizarse exámenes en laboratorios con precios bajos, siendo éstos los que generalmente

## COMISIÓN PLAN DE SALUD GARANTIZADO PARA ISAPRES

---

no tienen la certificación. TL, por el contrario, no cree que existan estos problemas en los laboratorios ya que hay laboratorios certificados que pueden operar a precios muy competitivos. GS aporta que para evitar la inquietud que tiene FM se puede obligar a las ISAPRE a entregar cobertura exclusivamente en los laboratorios que tienen esta certificación.

JTM pregunta si existe o no voluntad de disminuir la cobertura que existe en promedio para buscar mejoras en las coberturas que pueden afectar fuertemente el presupuesto de una familia. MV cree que la cobertura piso a la que se tiene que apuntar es un 50% FONASA Nivel 1 para la sesión ambulatoria, salvo las consultas médicas, pues en ese caso no sería realista el valor. ES plantea que bajo la misma lógica de lo contracultural que podría ser entregar una cobertura menor a la de FONASA Nivel 1, tampoco se podría proponer que se destine parte de la cotización a estudios e investigaciones ya que no es algo concreto que la gente pueda percibir. MV reitera y comparte la visión acerca del alto grado de inteligencia sanitaria que tiene la propuesta que se hace, pero no la ve practicable por problemas de presentación, misma situación que ocurre con el deducible.

Dado que no existe acuerdo en modificar el piso de la sección ambulatoria por debajo del Nivel 1 de FONASA, GS propone continuar con la sección hospitalaria. PS cree que una de las virtudes de esta comisión es que se pueden considerar técnica y políticamente las propuestas. Concuerta con GS en continuar con la sección hospitalaria en donde puede haber más margen. MI cree que no existe mayor margen en lo hospitalario ya que se tiene algo bastante satisfactorio (70% JJ Aguirre), considerando que esto se complementa con la cobertura GES-CAEC.

Se termina la sesión, acordando reunirse el próximo martes 4 de octubre.

### **Anexo N°3**

**Presentaciones realizadas a la Comisión PGS por la Superintendencia de Salud y por Camilo Cid, profesor de la Escuela de Salud Pública de la P. Universidad Católica de Chile.**

# Datos Relevantes para la Formulación de la Ley Larga de Isapres

Departamento de Estudios y Desarrollo



Gobierno de Chile

SUPERINTENDENCIA DE SALUD

supersalud.cl

Septiembre 2011

## Tabla de Contenidos

- Descripción del Sistema Isapre en Términos de Beneficiarios e Indicadores Financieros.
- Caracterización de las Coberturas Otorgadas por los Planes de Salud en el Sistema Isapre.
- Definición y Metodología de Cálculo del Plan Garantizado de Salud de Isapres (PGS).
- Caracterización de los Beneficiarios Deficitarios del PGS en el Sistema Isapre.
- ANEXOS
  - Elasticidad Precio de los Seguros de Salud.
  - Precios de las Garantías Explícitas en Salud, GES 69.
  - Estadísticas de Licencias Médicas.
  - Planes Colectivos en el Sistema Isapre.

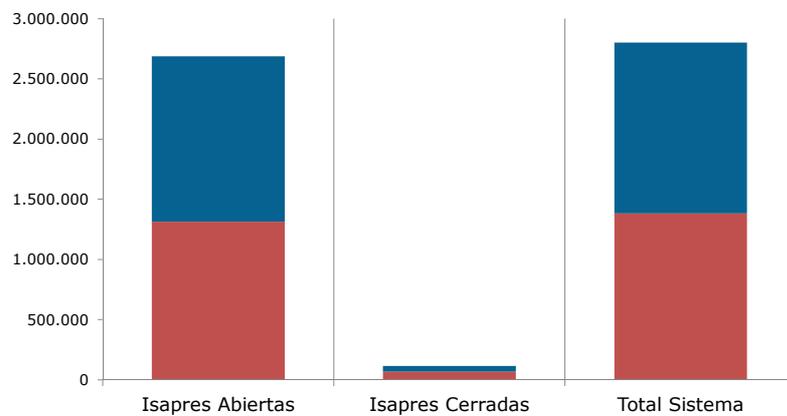
## ➔ Descripción del Sistema Isapre en Términos de Beneficiarios e Indicadores Financieros

Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

3

### Beneficiarios del Sistema Isapre Beneficiarios Promedio Año 2010 según Tipo de Isapre

	Isapres Abiertas	Isapres Cerradas	Total Sistema
■ Cotizantes	1.374.323	45.749	1.420.072
■ Cargas	1.313.662	68.546	1.382.208
■ Beneficiarios	2.687.985	112.295	2.800.280



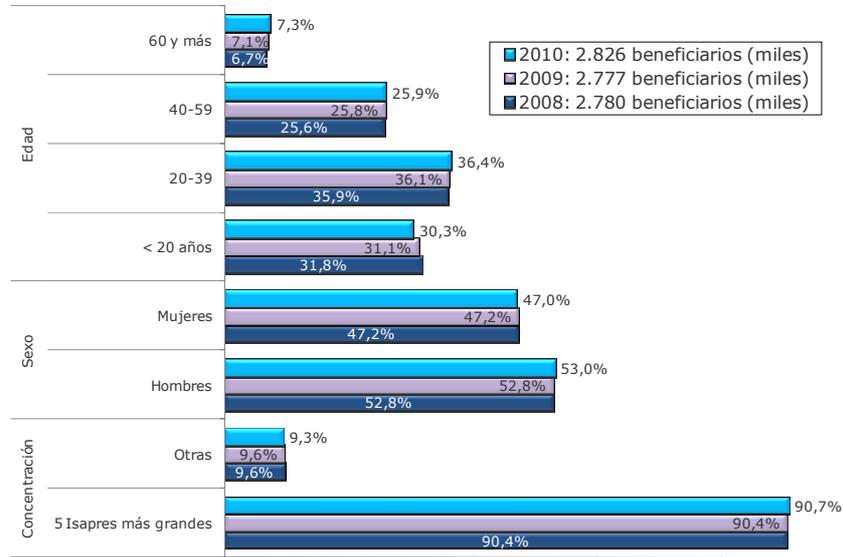
Fuente: Base de Datos de Beneficiarios del año 2010.

Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

4

## Beneficiarios del Sistema Isapre

### Distribución según Concentración, Sexo y Edad



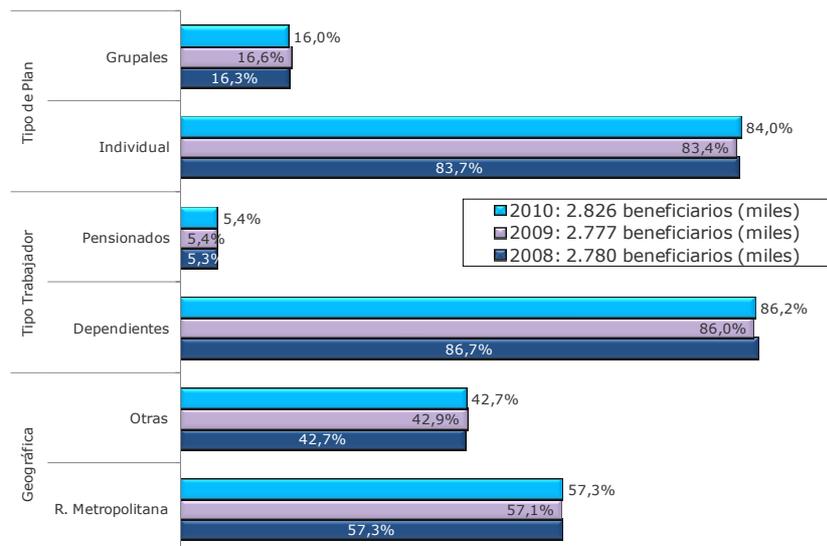
Fuente: Base de Datos de Beneficiarios Vigentes en Diciembre de cada año.

Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

5

## Beneficiarios del Sistema Isapre

### Distribución Geográfica Tipo de Trabajador y Tipo de Plan



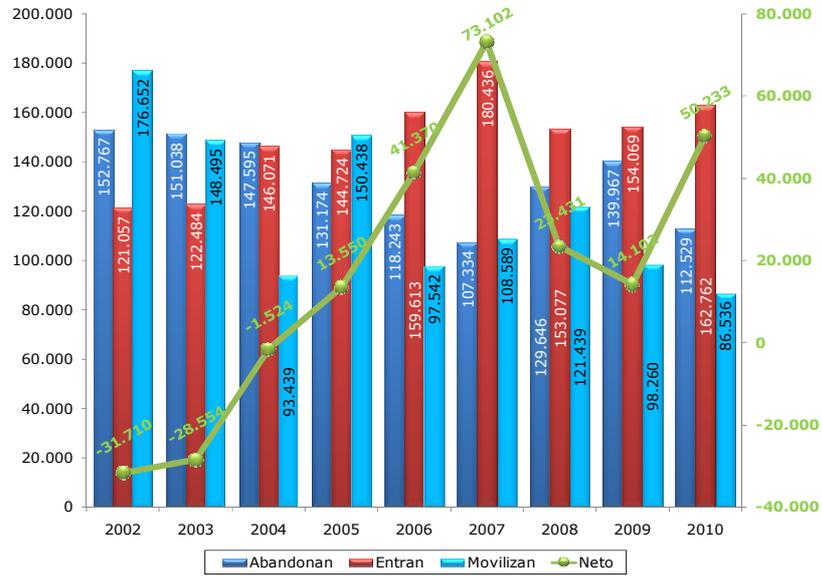
Fuente: Base de Datos de Beneficiarios Vigentes en Diciembre de cada año.

Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

6

## Beneficiarios del Sistema Isapre

### Movilidad de Cotizantes Diciembre 2001 a Diciembre 2010



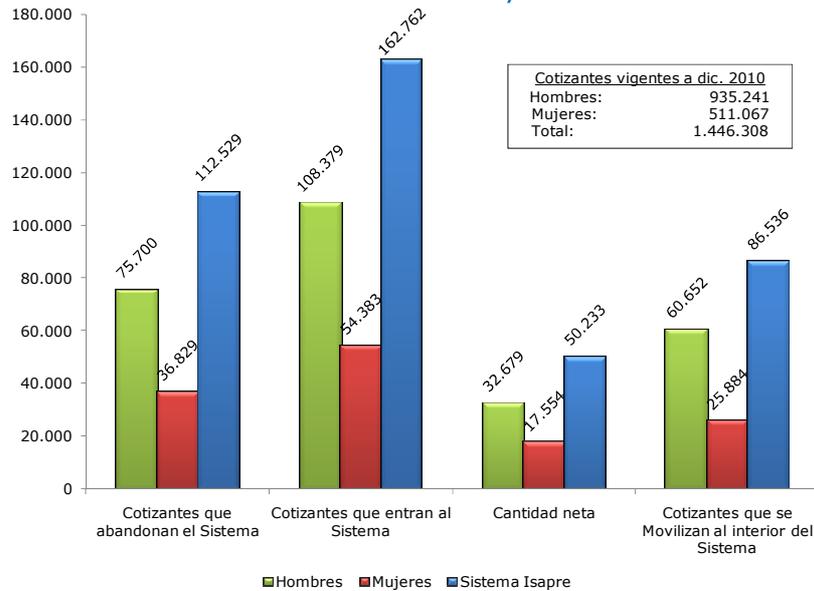
Fuente: Base de Datos de Beneficiarios Vigentes en Diciembre de cada año.

Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

7

## Beneficiarios del Sistema Isapre

### Movilidad de Cotizantes Diciembre 2009 y Diciembre 2010



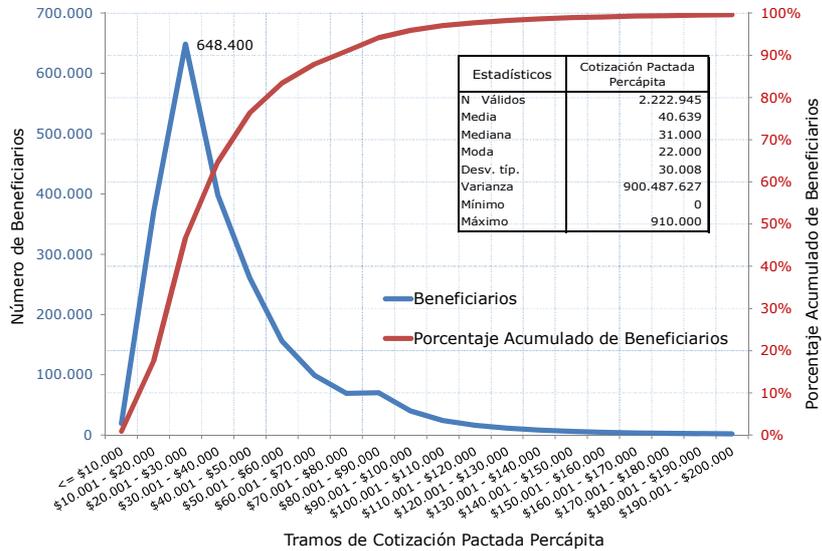
Fuente: Base de Datos de Beneficiarios Vigentes en Diciembre de cada año.

Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

8

## Beneficiarios de Isapres Abiertas

### Distribución según Cotización Pactada Per-Cápita

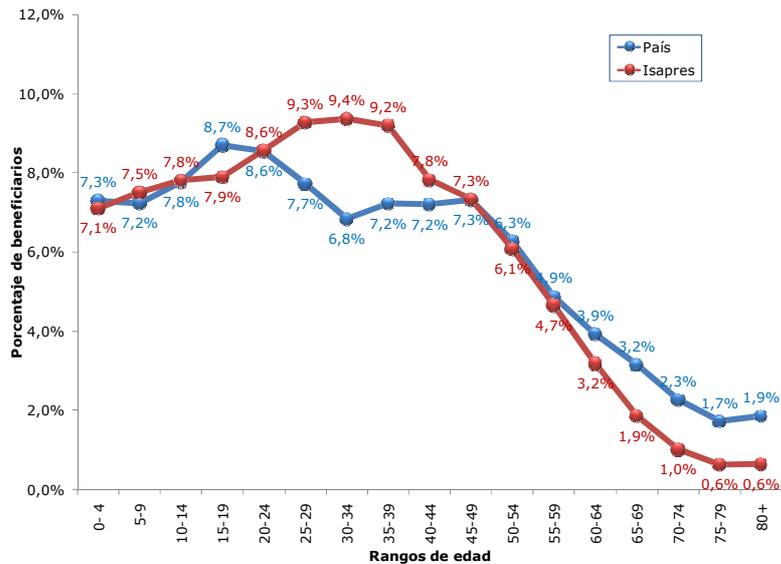


Nota: Cotizaciones pactadas al mes de enero de 2010 de beneficiarios adscritos a planes individuales de Isapres Abiertas. Los datos representan el 83% del total de beneficiarios vigentes en el mes indicado.  
Fuente: Base de Datos de Beneficiarios Vigentes en Enero de 2010.  
Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

9

## Beneficiarios del Sistema Isapre

### Distribución Población País v/s Beneficiarios Isapres, 2010



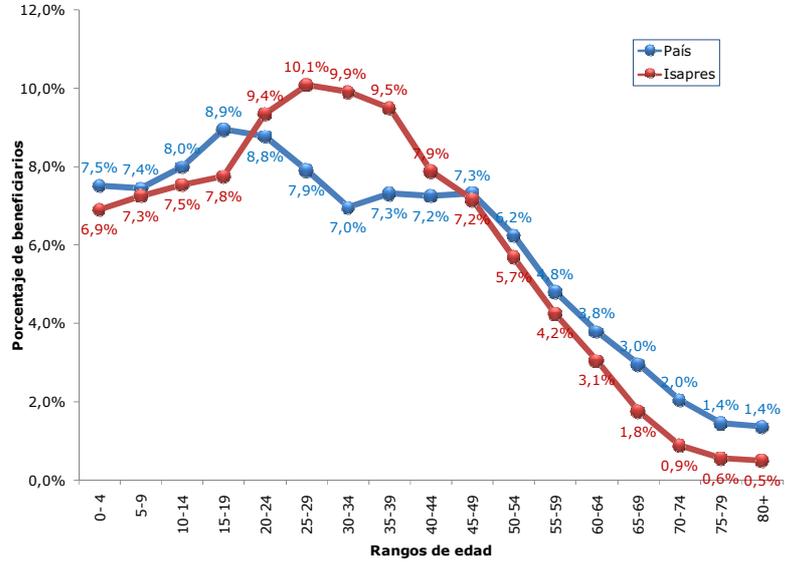
Fuente: Base de Datos de Beneficiarios Vigentes en Diciembre de 2010, INE.

Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

10

## Beneficiarios del Sistema Isapre

### Distribución Hombres Población País v/s Beneficiarios Isapres



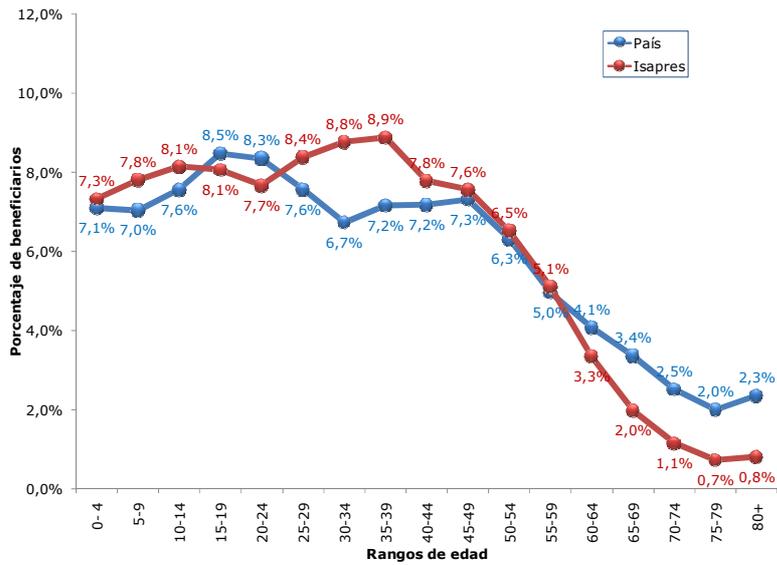
Fuente: Base de Datos de Beneficiarios Vigentes en Diciembre de 2010, INE.

Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

11

## Beneficiarios del Sistema Isapre

### Distribución Mujeres Población País v/s Beneficiarios Isapres



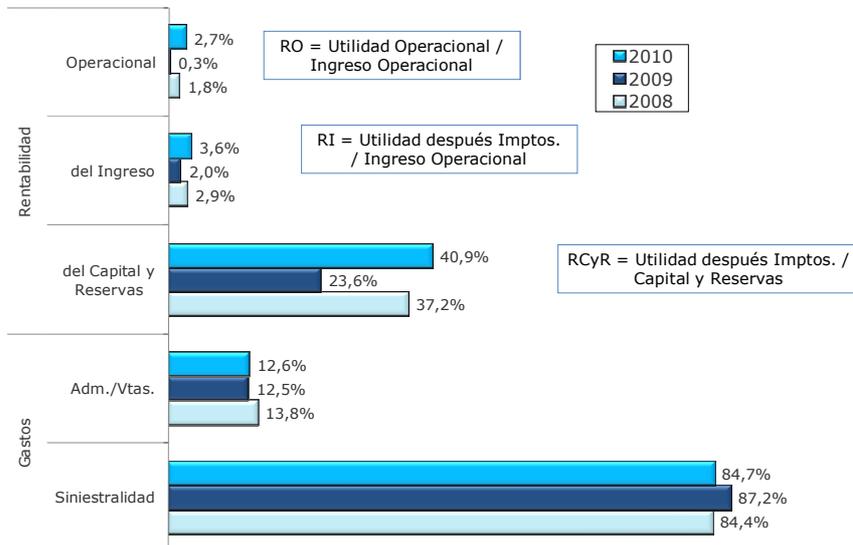
Fuente: Base de Datos de Beneficiarios Vigentes en Diciembre de 2010, INE.

Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

12

## Indicadores Financieros del Sistema Isapre

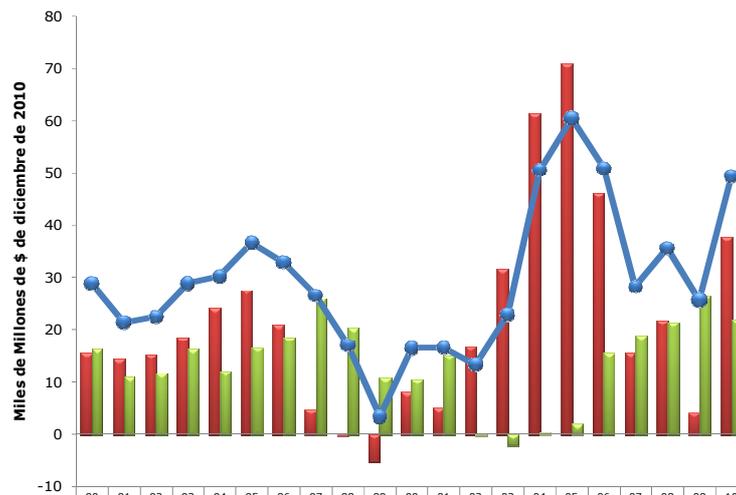
### Rentabilidad y Gastos Operacionales



Fuente: Fichas Económicas y Financieras de Isapres al 31 de diciembre de cada año.

## Indicadores Financieros del Sistema Isapre

### Evolución de los Resultados

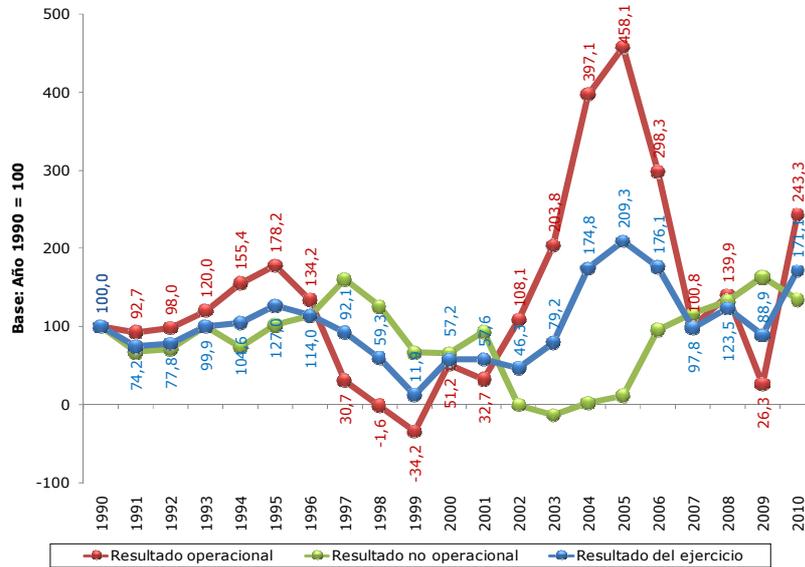


	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Res. Operacional	15,5	14,3	15,2	18,6	24,0	27,6	20,8	4,8	-0,2	-5,3	7,9	5,1	16,7	31,5	61,4	70,9	46,1	15,6	21,6	4,1	37,6
Res. No Operacional	16,2	10,9	11,6	16,2	11,9	16,5	18,4	25,9	20,4	10,8	10,5	15,1	-0,2	-2,2	0,3	1,8	15,5	18,8	21,3	26,4	21,7
Res Ejercicio	28,9	21,4	22,5	28,9	30,3	36,7	33,0	26,6	17,1	3,4	16,5	16,7	13,4	22,9	50,5	60,5	50,9	28,3	35,7	25,7	49,5

Fuente: Fichas Económicas y Financieras de Isapres al 31 de diciembre de cada año.

## Indicadores Financieros del Sistema Isapre

### Índice de Variación de los Resultados



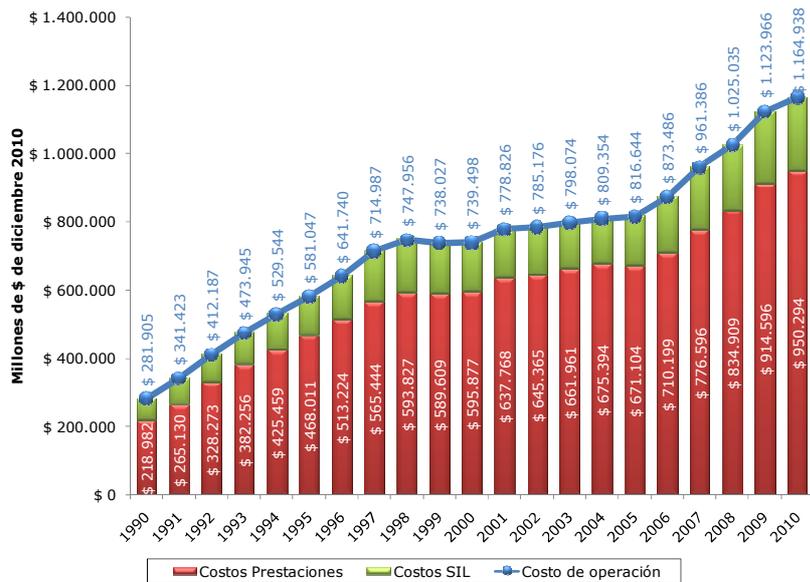
Fuente: Fichas Económicas y Financieras de Isapres al 31 de Diciembre de cada año.

Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

15

## Indicadores Financieros del Sistema Isapre

### Evolución del Costo Operacional



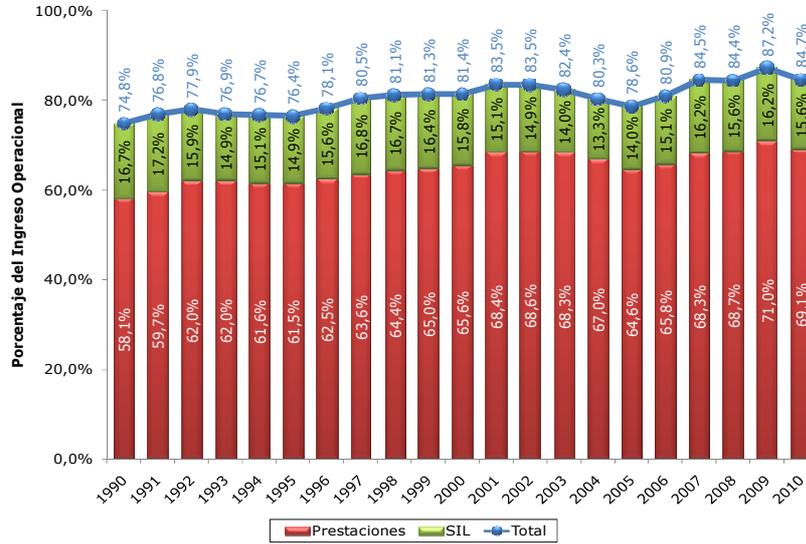
Fuente: Fichas Económicas y Financieras de Isapres al 31 de Diciembre de cada año.

Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

16

## Indicadores Financieros del Sistema Isapre

### Evolución de la Siniestralidad



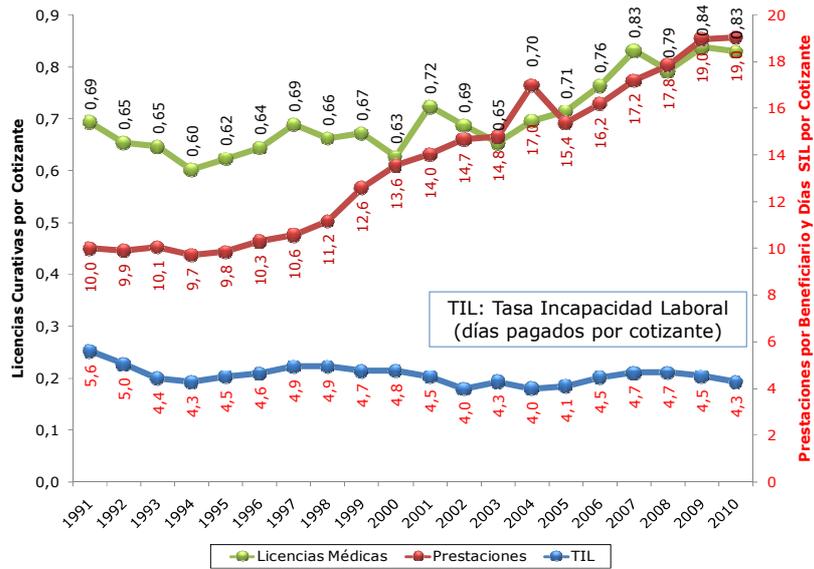
Fuente: Fichas Económicas y Financieras de Isapres al 31 de diciembre de cada año.

Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

17

## Indicadores Financieros del Sistema Isapre

### Frecuencia de Uso de Prestaciones y Licencias Médicas



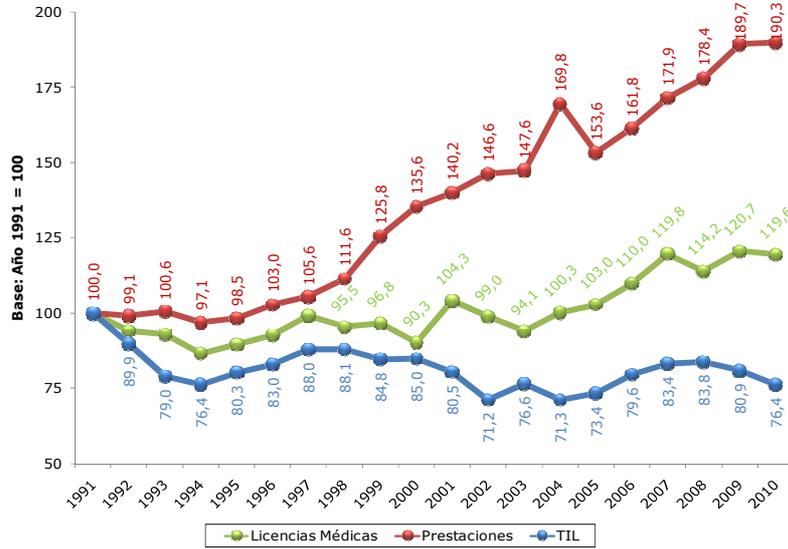
Fuente: Bases de Datos de Prestaciones Bonificadas y Licencias Médicas Curativas de Diciembre de cada año.

Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

18

## Indicadores Financieros del Sistema Isapre

### Índice de Variación de las Frecuencias de Uso

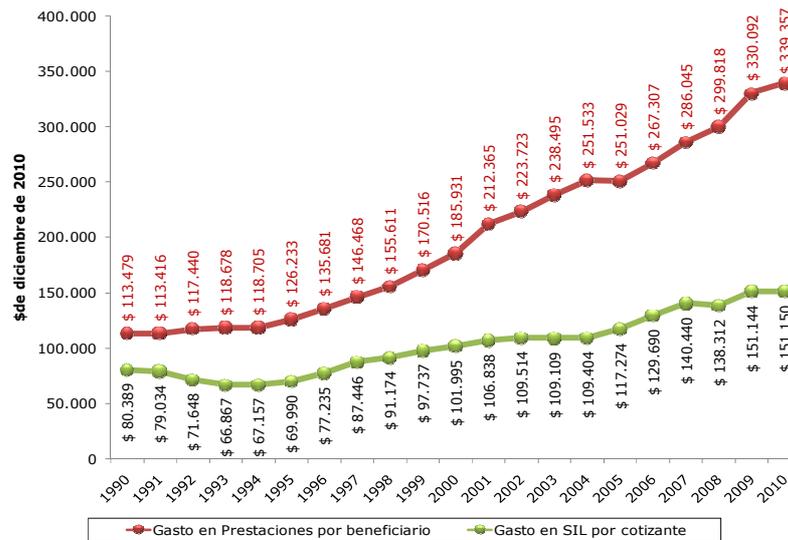


Fuente: Bases de Datos de Prestaciones Bonificadas y Licencias Médicas Curativas de Diciembre de cada año.  
Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

19

## Indicadores Financieros del Sistema Isapre

### Gasto Anual por Beneficiario y Cotizante



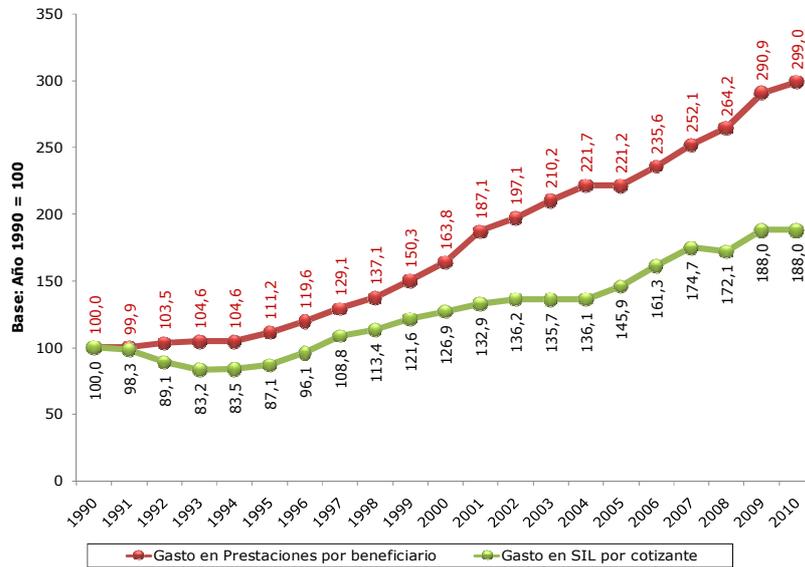
Fuente: Fichas Económicas y Financieras de Isapres al 31 de Diciembre de cada año.

Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

20

## Indicadores Financieros del Sistema Isapre

### Índice de Variación del Gasto por Beneficiario y Cotizante



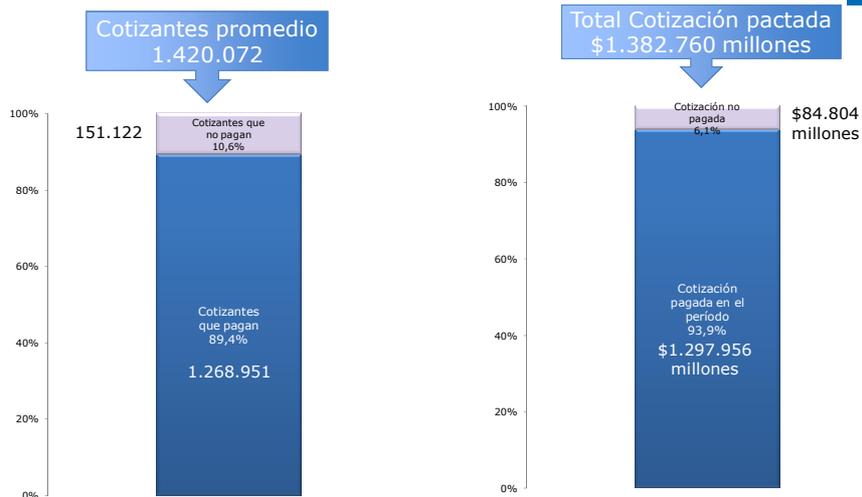
Fuente: Fichas Económicas y Financieras de Isapres al 31 de Diciembre de cada año.

Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

21

## Indicadores Financieros del Sistema Isapre

### Cotizantes Morosos y Cotizaciones Adeudadas, año 2010



Adicionalmente, se pagan cotizaciones adeudadas de otros períodos, los que pueden corresponder a períodos o meses anteriores al año 2010, meses adeudados del propio año 2010 y meses anticipados.

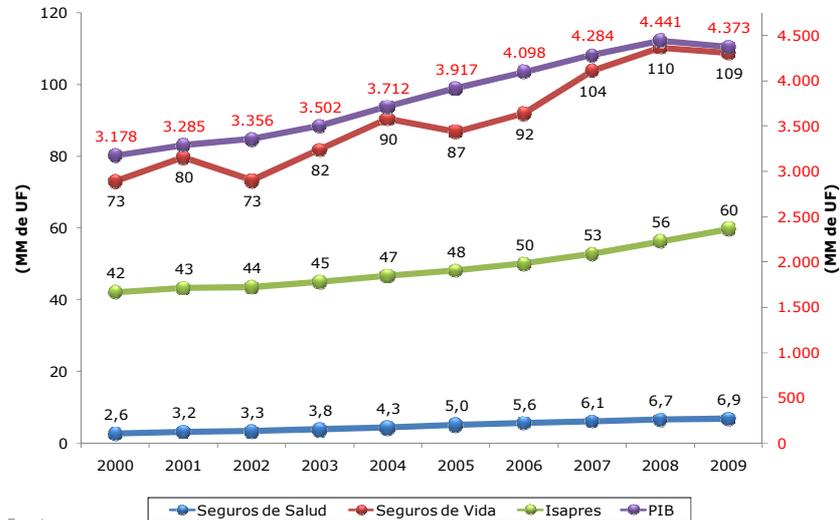
Fuente: Base de Datos de Beneficiarios Vigentes en Diciembre de 2010.

Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

22

## Indicadores Financieros del Sistema Isapre

### Evolución de los Ingresos vs Primas Directas de Seguros de Salud y Vida y del PIB



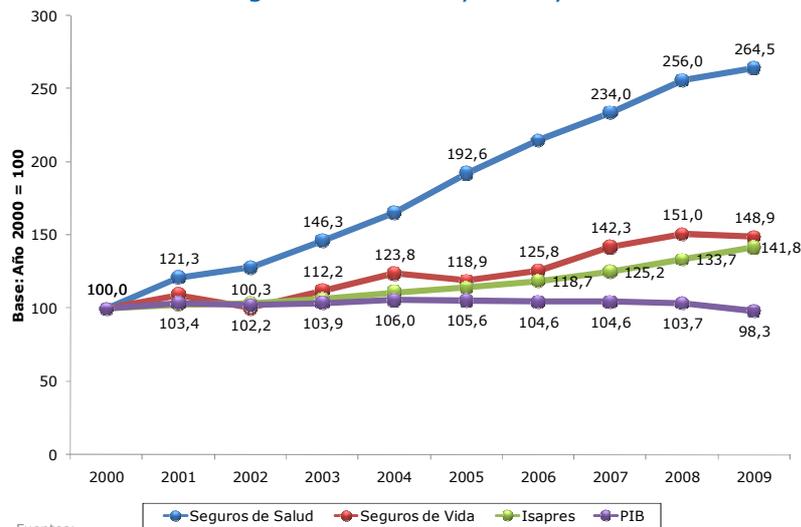
Fuentes:  
Asociación de Aseguradores de Chile.  
Fichas Económicas y Financieras de Isapre a Diciembre de cada año.  
Banco Central.

Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

23

## Indicadores Financieros del Sistema Isapre

### Índice de Variación de los Ingresos Operacionales vs Variación Real de Primas de Seguros de Salud y Vida y del PIB



Fuentes:  
Asociación de Aseguradores de Chile.  
Fichas Económicas y Financieras de Isapre a Diciembre de cada año.  
Banco Central.

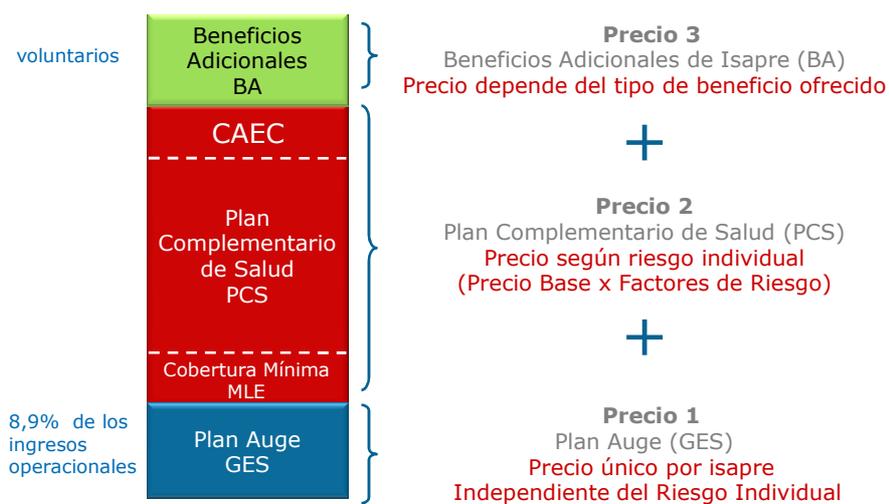
Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

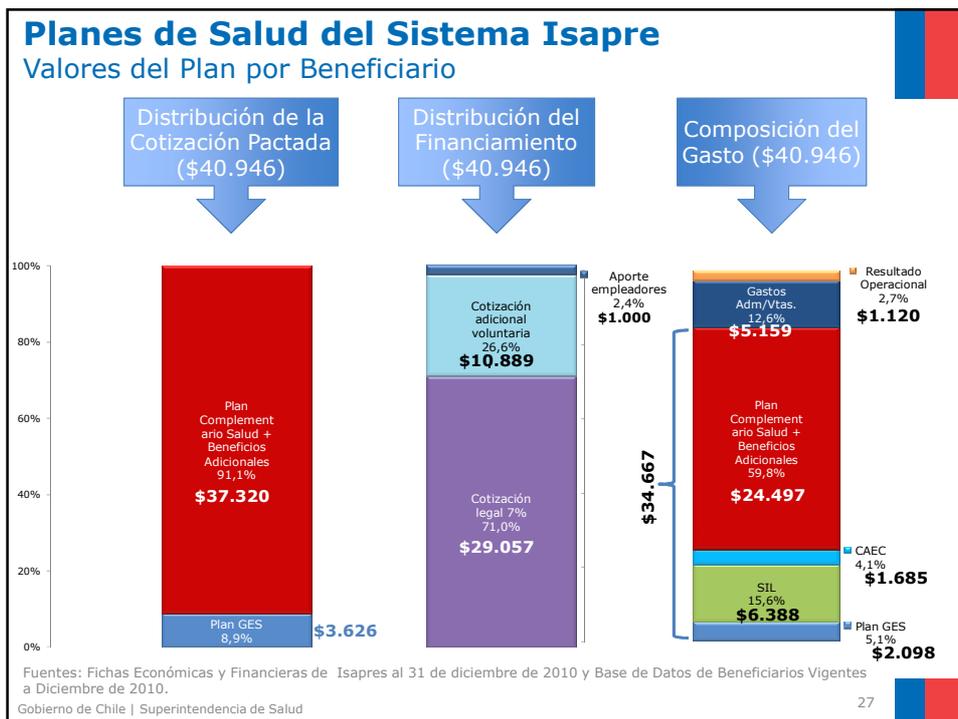
24

## ➔ Caracterización de las Coberturas Otorgadas por los Planes de Salud del Sistema Isapre

## Planes de Salud del Sistema Isapre

### Estructura Actual de los Planes de Salud





## Planes de Salud del Sistema Isapre

### Distribución de los Planes según Coberturas de Carátula Enero 2011

		Cobertura Hospitalaria								Total	Acumulado
		100%	90% - 99%	80% - 89%	70% - 79%	60% - 69%	50% - 59%	< a 50%	s/í		
Cobertura Ambulatoria	100%	5,6%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%	5,9%
	90% - 99%	7,9%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,2%	16,1%
	80% - 89%	29,6%	4,1%	0,9%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	34,6%	50,7%
	70% - 79%	3,2%	43,4%	0,6%	0,3%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	47,6%	98,3%
	60% - 69%	0,2%	0,1%	0,4%	0,5%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%	99,7%
	50% - 59%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	100,0%
	< a 50%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	s/í	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	<b>Total</b>	<b>46,5%</b>	<b>50,0%</b>	<b>2,2%</b>	<b>1,0%</b>	<b>0,3%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>100,0%</b>	
	<b>Acumulado</b>	<b>46,5%</b>	<b>96,5%</b>	<b>98,7%</b>	<b>99,6%</b>	<b>99,9%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>		

Fuente: Base de Datos de Planes de Salud de enero de 2011.

- El 98,1% de los planes vigentes (50.201) indican una cobertura de carátula igual o superior a 70% con distintas combinaciones de ambulatorio y hospitalario.

Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

## Planes de Salud del Sistema Isapre

### Distribución de los Cotizantes según Coberturas de Carátula Enero 2011

	Cobertura Hospitalaria								Total	Acumulado
	100%	90% - 99%	80% - 89%	70% - 79%	60% - 69%	50% - 59%	< a 50%	s/í		
<b>Cobertura Ambulatoria</b>										
100%	8,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8,6%	8,6%
90% - 99%	10,7%	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	12,3%	20,9%
80% - 89%	25,5%	1,2%	0,3%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	27,2%	48,1%
70% - 79%	1,9%	47,6%	0,7%	0,6%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	50,9%	99,0%
60% - 69%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	99,7%
50% - 59%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	100,0%
< a 50%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
s/í	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
<b>Total</b>	<b>46,9%</b>	<b>50,6%</b>	<b>1,1%</b>	<b>0,9%</b>	<b>0,6%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Acumulado</b>	<b>46,9%</b>	<b>97,5%</b>	<b>98,5%</b>	<b>99,4%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>		

Fuente: Base de Datos de Planes de Salud de enero de 2011.

- El 98,6% de los cotizantes (1.433.765) se concentra en planes con coberturas de carátula Ambulatoria y Hospitalaria iguales o superiores a 70%.

## Planes de Salud del Sistema Isapre

### Coberturas Medias Asociadas a diferentes Perfiles de Cotizantes de Isapres Abiertas con Primas ente \$30.000 y \$50.000

Perfil de Cotizantes	Número de Planes	Cotizantes	Cotización Pactada	Cobertura Ambulatoria			Cobertura Hospitalaria		
				Carátula	Efectiva	Brecha*	Carátula	Efectiva	Brecha*
Cotizante Hombre 20 años sin cargas	199	634	35.424	90%	76%	14	97%	93%	5
Cotizante Mujer 20 años sin cargas	187	360	36.304	76%	63%	13	92%	81%	11
Cotizante Hombre 30 años sin cargas	1.266	5.259	38.492	85%	70%	15	95%	88%	6
Cotizante Mujer 30 años sin cargas	1.015	3.476	41.280	76%	56%	20	91%	75%	17
Cotizante Hombre 45 años sin cargas	957	1.866	39.089	82%	67%	15	93%	82%	11
Cotizante Mujer 45 años sin cargas	789	1.794	40.881	76%	57%	19	89%	68%	20
Cotizante Hombre 60 años sin cargas	326	542	41.245	76%	57%	19	88%	73%	15
Cotizante Mujer 60 años sin cargas	321	499	41.858	76%	56%	21	88%	69%	19

Fuente: Bases de Datos de Planes de Salud de enero de 2011 y de Prestaciones Bonificadas año 2010.

#### Notas:

- Planes individuales de Isapres Abiertas seleccionados a partir de una cotización pactada entre \$30.000 y \$50.000.
- La cobertura efectiva no incluye prestaciones con GES ni prestaciones excluidas o restringidas.

(\*) Puntos porcentuales

## Planes de Salud del Sistema Isapre

### Coberturas Medias Asociadas a diferentes Perfiles de Cotizantes de Isapres Abiertas con Primas entre \$25.000 y \$35.000

Perfil de Cotizantes	Número de Planes	Cotizantes	Cotización Pactada	Cobertura Ambulatoria			Cobertura Hospitalaria		
				Carátula	Efectiva	Brecha*	Carátula	Efectiva	Brecha*
Cotizante Hombre 20 años sin cargas	268	1.351	28.700	89%	75%	14	97%	89%	8
Cotizante Mujer 20 años sin cargas	187	388	29.381	79%	63%	15	95%	84%	11
Cotizante Hombre 30 años sin cargas	987	3.890	29.736	84%	68%	17	95%	85%	9
Cotizante Mujer 30 años sin cargas	398	749	31.070	77%	59%	19	93%	77%	16
Cotizante Hombre 45 años sin cargas	530	1.187	29.886	79%	64%	15	93%	81%	12
Cotizante Mujer 45 años sin cargas	291	474	31.159	78%	60%	18	92%	70%	21
Cotizante Hombre 60 años sin cargas	97	133	30.666	77%	60%	17	89%	63%	26
Cotizante Mujer 60 años sin cargas	98	114	30.954	73%	54%	19	89%	74%	15

Fuente: Bases de Datos de Planes de Salud de enero de 2011 y de Prestaciones Bonificadas año 2010.

#### Notas:

- Planes individuales de Isapres Abiertas seleccionados a partir de una cotización pactada en torno a la Cotización Legal Promedio de \$ 29.050.
- La cobertura efectiva no incluye prestaciones con GES ni prestaciones excluidas o restringidas.

(\* ) Puntos porcentuales

## Planes de Salud del Sistema Isapre

### Coberturas Asociadas a Cotizantes de Planes Individuales con Precios Base Inferiores o Iguales a 1UF

#### Femenino

Tipo de Trabajador	Cotizantes	Edad	Número Cargas	Cotización Legal	Cotización Pactada	Renta Imponible	Cob Efetiva Ambulatori	Cob Efetiva Hospitalaria
Dependiente	39.817	38	0,7	\$ 50.951	\$ 57.032	\$ 727.864	52%	68%
Independiente	1.424	39	0,5	\$ 27.789	\$ 51.033	\$ 396.990	50%	68%
Pensionado	2.531	62	0,2	\$ 36.682	\$ 58.454	\$ 524.023	50%	64%
Voluntario	3.439	36	0,3	\$ 2.360	\$ 51.163	\$ 48.122	52%	64%
Totales	47.211	39	0,6	\$ 45.949	\$ 56.500	\$ 657.458	52%	68%

#### Masculino

Tipo de Trabajador	Cotizantes	Edad	Número Cargas	Cotización Legal	Cotización Pactada	Renta Imponible	Cob Efetiva Ambulatori	Cob Efetiva Hospitalaria
Dependiente	35.886	41	1,8	\$ 60.214	\$ 72.393	\$ 860.164	53%	71%
Independiente	2.176	43	1,3	\$ 29.552	\$ 59.747	\$ 422.173	52%	71%
Pensionado	2.382	65	0,9	\$ 53.314	\$ 94.303	\$ 762.031	49%	63%
Voluntario	3.882	39	1,1	\$ 2.332	\$ 54.918	\$ 51.559	53%	70%
Totales	44.328	42	1,7	\$ 53.266	\$ 71.417	\$ 762.541	53%	70%

#### Todos

Tipo de Trabajador	Cotizantes	Edad	Número Cargas	Cotización Legal	Cotización Pactada	Renta Imponible	Cob Efetiva Ambulatori	Cob Efetiva Hospitalaria
Dependiente	75.703	39	1,2	\$ 55.341	\$ 64.313	\$ 790.571	52%	69%
Independiente	3.600	41	1,0	\$ 28.855	\$ 56.300	\$ 412.212	51%	70%
Pensionado	4.913	63	0,5	\$ 44.746	\$ 75.835	\$ 639.418	49%	64%
Voluntario	7.321	38	0,7	\$ 2.346	\$ 53.154	\$ 49.945	53%	67%
Totales	91.537	40	1,2	\$ 49.492	\$ 63.723	\$ 708.339	52%	69%

Fuente: Bases de Datos de Planes de enero de 2011 y de Beneficiarios Vigentes a enero de 2011.

Nota: Planes individuales de isapres abiertas, vigentes en enero de 2011 y precios base <= a 1 UF

## Planes de Salud del Sistema Isapre

### Planes con Coberturas de Carátulas Menores a 60% en Ambulatorio y Hospitalario, Isapres Abiertas

Número de Planes	Número de Beneficiarios	Atención Ambulatoria		Atención Hospitalaria	
		Cobertura Carátula	Cobertura Efectiva	Cobertura Carátula	Cobertura Efectiva
90	568	50%	48%	50%	70%

Nota: Sólo Isapres Abiertas. No incluye GES ni prestaciones excluidas o restringidas.

Indicadores	Cotizantes	Participación Cotizantes	Edad Promedio	Número Cargas	Cotización Percápita	Renta Imponible
<b>Según Sexo</b>						
Femenino	111	41%	65	0,5	\$ 114.113	\$ 635.983
Masculino	163	59%	64	1,5	\$ 112.185	\$ 774.910
<b>Total</b>	<b>274</b>	<b>100%</b>	<b>65</b>	<b>1,1</b>	<b>\$ 112.966</b>	<b>\$ 718.630</b>
<b>Según Tipo de Trabajador</b>						
Dependiente	121	44%	56	1,5	\$ 97.625	\$ 1.000.681
Independiente	32	12%	61	1,4	\$ 133.221	\$ 397.767
Pensionado	98	36%	74	0,6	\$ 133.421	\$ 778.504
Voluntario	23	8%	72	0,3	\$ 78.337	\$ 100.887
<b>Total</b>	<b>274</b>	<b>100%</b>	<b>65</b>	<b>1,1</b>	<b>\$ 112.966</b>	<b>\$ 718.630</b>

Fuentes: Archivo Maestro de Beneficiarios enero de 2010 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas año 2010.

## Planes de Salud del Sistema Isapre

### Planes con Coberturas de Carátula Iguales a 100% en Ambulatorio y Hospitalario, Isapres Abiertas

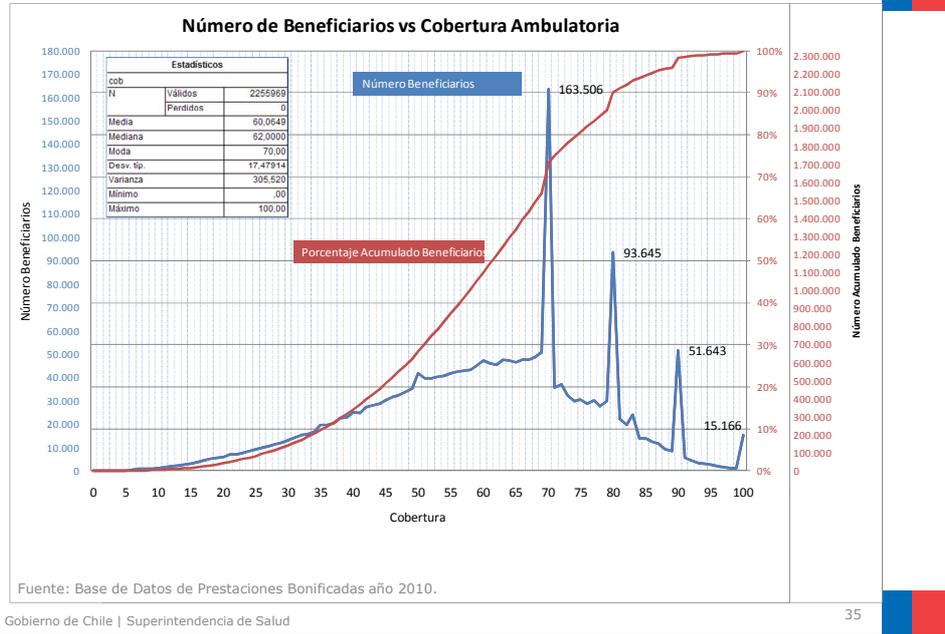
Número de Planes	Número de Beneficiarios	Atención Ambulatoria		Atención Hospitalaria	
		Cobertura Carátula	Cobertura Efectiva	Cobertura Carátula	Cobertura Efectiva
1.414	111.459	100%	69%	100%	84%

Nota: Sólo Isapres Abiertas. No incluye GES ni prestaciones excluidas o restringidas.

Indicadores	Cotizantes	Participación Cotizantes	Edad Promedio	Número Cargas	Cotización Percápita	Renta Imponible
<b>Según Sexo</b>						
Femenino	14.360	21%	42	0,6	\$ 45.564	\$ 618.568
Masculino	54.022	79%	36	0,6	\$ 40.363	\$ 605.015
<b>Total</b>	<b>68.382</b>	<b>100%</b>	<b>37</b>	<b>0,6</b>	<b>\$ 41.455</b>	<b>\$ 607.861</b>
<b>Según Tipo de Trabajador</b>						
Dependiente	61.394	90%	36	0,6	\$ 39.728	\$ 651.600
Independiente	2.374	3%	43	0,7	\$ 54.298	\$ 130.253
Pensionado	2.362	3%	67	0,5	\$ 74.751	\$ 618.509
Voluntario	2.252	3%	37	0,4	\$ 40.082	\$ 52.176
<b>Total</b>	<b>68.382</b>	<b>100%</b>	<b>37</b>	<b>0,6</b>	<b>\$ 41.455</b>	<b>\$ 607.861</b>

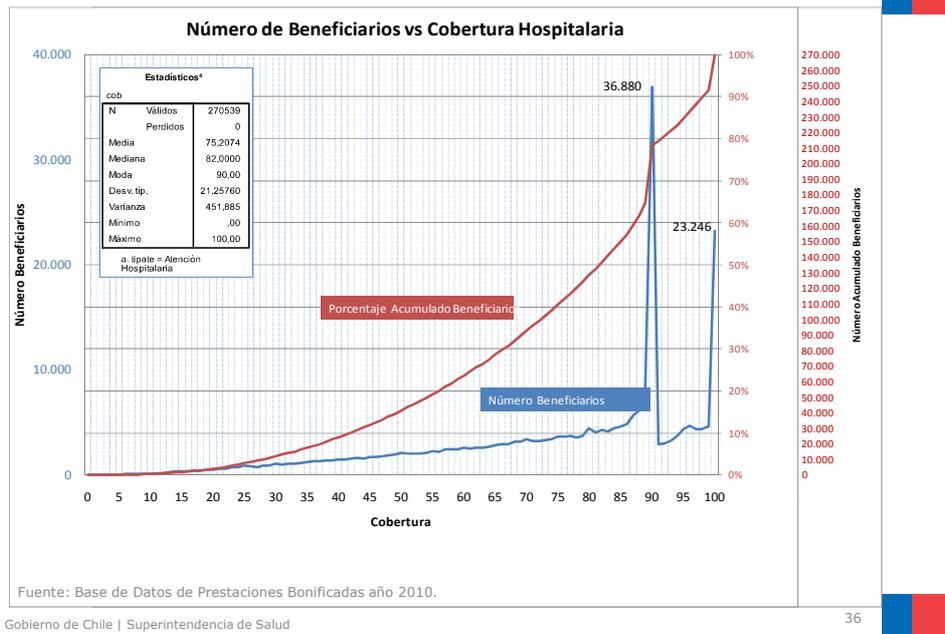
Fuentes: Archivo Maestro de Beneficiarios enero de 2010 y Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas año 2010.

## Planes de Salud del Sistema Isapre Cobertura Ambulatoria Efectiva de Isapres Abiertas



35

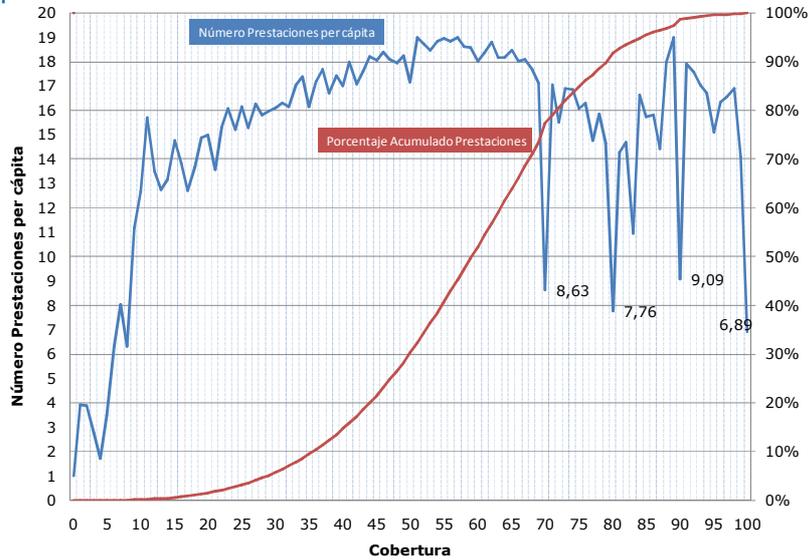
## Planes de Salud del Sistema Isapre Cobertura Hospitalaria Efectiva de Isapres Abiertas



36

## Planes de Salud del Sistema Isapre

### Prestaciones Per-Cápita v/s Cobertura Ambulatoria Efectiva Isapres Abiertas



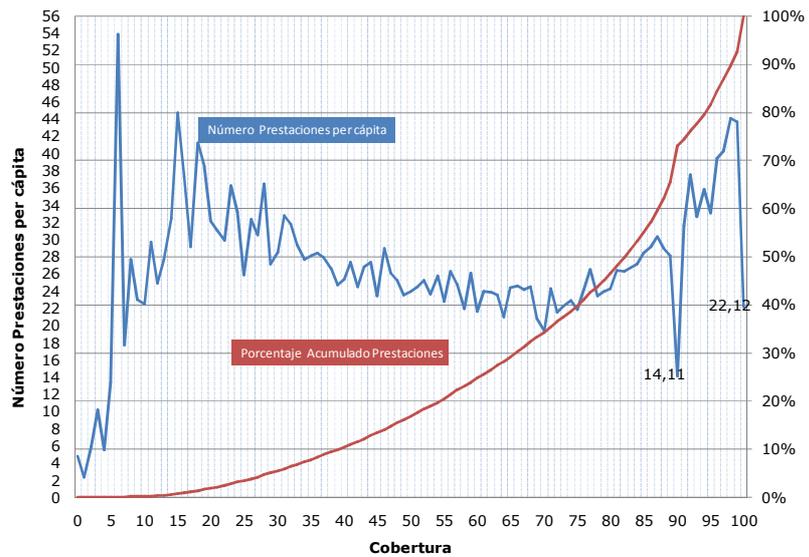
Fuente: Base de Datos de Prestaciones Bonificadas año 2010.

Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

37

## Planes de Salud del Sistema Isapre

### Prestaciones Per-Cápita v/s Cobertura Hospitalaria Efectiva Isapres Abiertas



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas año 2010.

Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

38



## ➔ Definición y Metodología de Cálculo del Plan Garantizado de Salud de Isapres (PGS)



## Definición y Cálculo del PGS

### Estructura del PGS

La propuesta considera definir el Plan Garantizado de Salud de Isapres sobre la base de dos componentes puros e independientes -GES y NO GES-:

#### **Componente GES:**

Considera una tasa de uso equivalente al 100%, es decir, todas las prestaciones de salud asociadas a problemas de salud GES se otorgan bajo la modalidad GES.

#### **Componente NO GES:**

Considera una cobertura mínima superior a la actual y la mantención de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC)

## Definición y Cálculo del PGS

### Estructura del PGS

#### Situación Actual



#### Situación Propuesta



Para el costo del Plan Garantizado de Salud en sus dos componentes puros, se requiere trasladar al componente GES todas aquellas prestaciones que correspondiendo a problemas de salud GES fueron otorgadas bajo la cobertura del Plan Complementario.

## Definición y Cálculo del PGS

### Metodología de Cálculo ambos Componentes

Para distinguir las prestaciones de salud GES y NO GES tanto ambulatorias como hospitalarias, se utilizó la siguiente metodología:

1. Se estimó la "demanda GES PCS" de cada uno de los 69 problemas de salud con la diferencia de uso entre las estimaciones de demanda de los Estudios de Verificación de Costos y el uso efectivo de las GES en Isapres el año 2010.
2. La "demanda GES PCS" de cada uno de los 69 problemas de salud se distribuyó según los porcentajes asignados a cada uno de los Grupos de Prestaciones, de los Estudios de Verificación de Costos para obtener la demanda estimada de cada Grupo de Prestaciones.
3. Las canastas que contienen el conjunto de prestaciones de salud específicas de cada uno de los Grupos de Prestaciones de los 69 problemas de salud GES se clasificaron en canastas ambulatorias y hospitalarias.

## Definición y Cálculo del PGS

### Metodología de Cálculo ambos Componentes Continuación...

4. Cada una de las prestaciones específicas de las Canastas se re-codificaron y/u homologaron a códigos del Arancel Fonasa MLE para poder cruzarlas con la Base de Datos de Prestaciones Bonificadas de las Isapres.
5. Para cada una de las prestaciones codificadas se calcularon las cantidades unitarias de uso, considerando las cantidades, frecuencias y la periodicidad establecida para cada una de ellas en los Estudios de Verificación de Costos.
6. Para determinar la cantidad total de cada una de las prestaciones codificadas, se multiplicó la demanda de cada Grupo de Prestaciones por la cantidad unitaria de uso de las mismas.
7. Las prestaciones codificadas se cruzaron vía los códigos Fonasa MLE con la Base de Datos de Prestaciones Bonificadas de las Isapres Abiertas del año 2010 para descontarle a esta última las cantidades totales obtenidas.

## Definición y Cálculo del PGS

### Metodología de Cálculo ambos Componentes Continuación...

8. El componente NO GES se obtuvo al descontar las frecuencias GES valorizadas con los montos facturados y bonificados unitarios promedio que estas prestaciones tenían en la citada base de datos.
9. Para obtener el componente GES, las cantidades de las prestaciones identificadas se sumaron al gasto GES efectivo del año 2010, valorizándolas al precio promedio de algunos aranceles en convenio proporcionados por las Isapres. Para determinar los montos bonificados se aplicó sobre los montos facturados la cobertura promedio observada para los problemas GES efectivos (94,7%).
10. Adicionalmente, se sumó al componente GES, el gasto en medicamentos, insumos, prestaciones dentales, drogas inmunosupresoras y drogas antineoplásicas (ambulatorias y hospitalarias) consideradas en las canastas GES y bonificadas conforme a la cobertura del PCS, valorizándolos a los precios utilizados en los estudios de verificación de costos reajustados a moneda del año 2010, obteniendo finalmente los montos bonificados al aplicar el 94,7% señalado en el punto anterior.

## Definición y Cálculo del PGS

### Observaciones a la Metodología

Las frecuencias del componente NO GES pueden estar sobreestimadas por las siguientes razones:

1. Del PCS se descontaron sólo las prestaciones contenidas en las canastas GES y no el tratamiento completo utilizado para resolver cada una de las patologías, muchos de los cuales contienen prestaciones que no se habrían efectuado si los problemas hubiesen sido atendidos bajo la modalidad GES.
2. Lo más probable es que la cobertura que se establezca para el Componente NO GES del PGS sea menor a la cobertura actual del Sistema y que ésta se otorgue a través de una red de prestadores en convenio, lo que influirá conteniendo las frecuencias de las prestaciones, lo que no ha sido recogido por esta metodología.

## Definición y Cálculo del PGS

### Diferencia en las Frecuencias por Restricción del Prestador

#### Tasa Anual de Uso por Beneficiario en Planes Cerrados

Tipo de Atención	Frecuencia	Beneficiarios	Tasa de Uso
Atención Ambulatoria	1.434.566	101.213	14,2
Atención Hospitalaria	307.763	100.107	3,1

#### Tasa Anual de Uso por Beneficiario en Planes Preferentes y de Libre Elección

Tipo de Atención	Frecuencia	Beneficiarios	Tasa de Uso	Variación
Atención Ambulatoria	16.341.679	1.041.675	15,7	9,6%
Atención Hospitalaria	3.184.178	1.021.008	3,1	0,0%

Fuente: Bases de Datos de Planes de enero de 2010 y Prestaciones Bonificadas año 2010.

Nota: Considera sólo los Beneficiarios de las Isapres Fusat, Cruz Blanca y Consalud únicas con planes cerrados de atención.

#### Conclusión:

Al operar con una red de prestadores cerrada las frecuencias de las prestaciones ambulatorias disminuyen en un 9,6%, mientras que las frecuencias de las prestaciones hospitalarias se mantienen.

## Definición y Cálculo del PGS

### Ajuste de Frecuencias del Componente NO GES

Rótulos de fila	Valores						Variación %		
	Frec. Original (Miles)	Fact. Original (Millones)	Bonif. Original (Millones)	Frec. Ajustada (Miles)	Fact. Ajustado (Millones)	Bonif. Ajustado (Millones)	Frecuencia	Facturado	Bonificado
<b>Atención Ambulatoria</b>	<b>38.873</b>	<b>511.546</b>	<b>288.802</b>	<b>35.709</b>	<b>470.989</b>	<b>267.270</b>	<b>-8%</b>	<b>-7,9%</b>	<b>-7,5%</b>
Atención Médica	10.754	210.392	127.186	9.684	190.039	114.997	-10%	-9,7%	-9,6%
Día Cama y Derecho Pabellón	148	6.157	3.466	145	5.985	3.371	-2%	-2,8%	-2,8%
Exámenes de diagnóstico	17.234	165.018	103.187	15.727	158.167	98.828	-9%	-4,2%	-4,2%
Intervenciones quirúrgicas	81	5.696	3.146	81	5.656	3.121	0%	-0,7%	-0,8%
Otras prestaciones	218	18.050	4.334	210	17.874	4.228	-4%	-1,0%	-2,5%
Procedimiento apoyo clínico/terap	10.437	106.233	47.482	9.862	93.267	42.725	-6%	-12,2%	-10,0%
<b>Atención Hospitalaria</b>	<b>6.009</b>	<b>521.581</b>	<b>366.515</b>	<b>4.776</b>	<b>467.634</b>	<b>328.240</b>	<b>-21%</b>	<b>-10%</b>	<b>-10%</b>
Atención Médica	613	21.617	13.290	598	21.091	12.955	-2%	-2%	-3%
Día Cama y Derecho Pabellón	1.253	248.237	190.603	1.061	216.058	166.520	-15%	-13%	-13%
Exámenes de diagnóstico	2.582	46.871	34.464	1.678	39.389	29.210	-35%	-16%	-15%
Intervenciones quirúrgicas	249	147.695	94.755	239	137.673	88.269	-4%	-7%	-7%
Otras prestaciones	83	18.110	7.659	83	18.091	7.646	0%	0%	0%
Procedimiento apoyo clínico/terap	1.228	39.050	25.744	1.117	35.332	23.640	-9%	-10%	-8%
<b>Total general</b>	<b>44.881</b>	<b>1.033.127</b>	<b>655.317</b>	<b>40.485</b>	<b>938.622</b>	<b>595.510</b>	<b>-10%</b>	<b>-9%</b>	<b>-9%</b>

Fuentes:

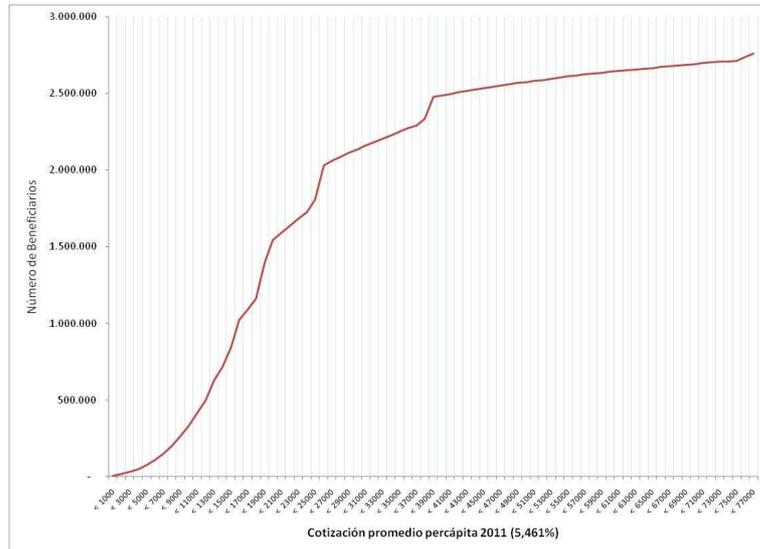
Bases de Datos de Prestaciones Bonificadas del año 2010.

Estudios de Verificación de Costos GES de la U. de Chile (2007) y de Bitrán y Asociados (2009)

## ➔ Estimación y Caracterización de los Beneficiarios Deficitarios del PGS en el Sistema Isapre

## Beneficiarios Deficitarios del PGS

Relación entre Cotización Per-cápita al 5,46% y Número de Beneficiarios, 2011



## Beneficiarios Deficitarios del PGS

Metodología Utilizada para Estimar la Población Deficitaria

1. Para estimar la población deficitaria de isapre con respecto a la prima per-cápita definida para el PGS se contrastó la cotización disponible de cada cotizante con la cotización necesaria para el financiamiento del PGS.
2. La cotización disponible de cada cotizante se estimó considerando, en primera instancia, la cotización obligatoria de cada cotizante equivalente al 5,46% de su renta imponible.
3. La cotización necesaria para el financiamiento del PGS por cotizante se estimó considerando una prima per-cápita hipotética para el PGS equivalente a 1 UF, la que se aplicó sobre el cotizante y sus cargas.

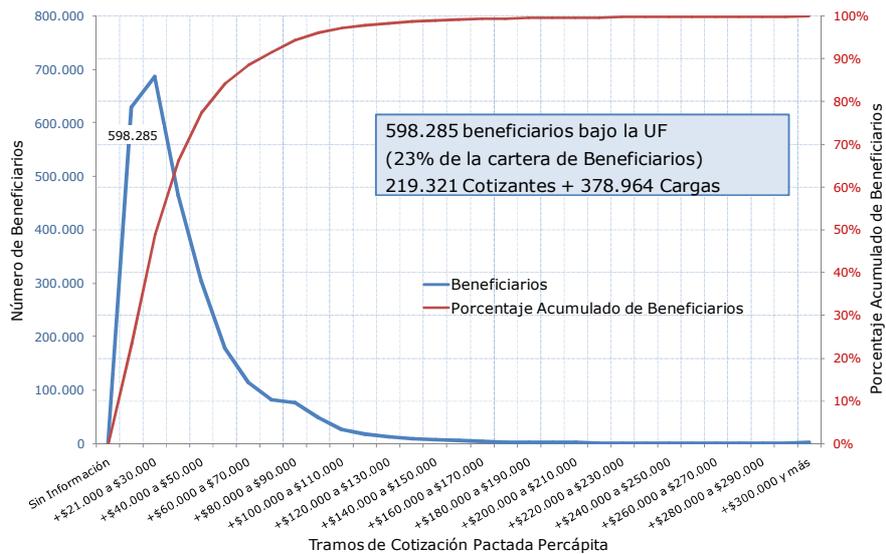
## Beneficiarios Deficitarios del PGS

Metodología Utilizada para Estimar la Población Deficitaria  
Continuación...

4. Se consideraron como probables deficitarios a los cotizantes y sus cargas cuyas cotizaciones obligatorias resultaban ser inferiores a las necesarias para el financiamiento del PGS.
5. Luego, se estimó la disposición a pagar de cada uno de estos probables deficitarios con la cotización pactada de cada cotizante menos el aporte para el SIL, estimado en 1,5% de renta imponible, la que nuevamente se contrastó contra el costo del PGS determinado en punto 3.
6. Así, se consideraron deficitarios los cotizantes y sus cargas que no alcanzaron a cubrir el costo del PGS ni con su mayor disposición a pagar.

## Beneficiarios Deficitarios del PGS

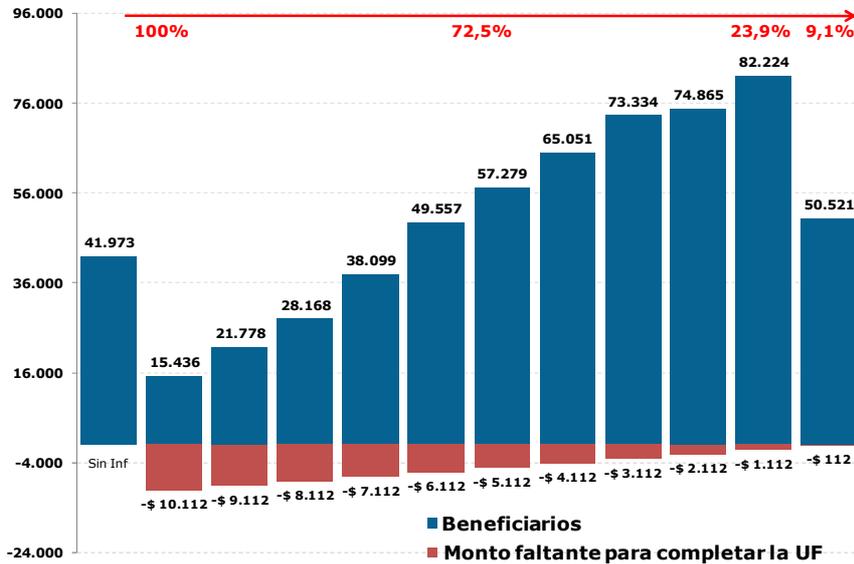
Distribución Beneficiarios según Cotización Pactada Per-cápita



Fuente: Base de Datos de Beneficiarios Vigentes en Junio de 2010  
Nota: Cotizaciones pactadas al mes de junio de 2010 de beneficiarios adscritos a Isapres Abiertas.  
Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

## Beneficiarios Deficitarios del PGS

Distribución Beneficiarios según Monto Faltante para la UF



Fuente: Base de Datos de Beneficiarios Vigentes en Junio de 2010  
 Nota: Cotizaciones pactadas al mes de junio de 2010 de beneficiarios adscritos a Isapres Abiertas.  
 Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

53

## Beneficiarios Deficitarios del PGS

Beneficiarios con Cotización Pactada Per-cápita inferior a 1 UF  
 Junio de 2010

### Características Generales de los Cotizantes

Sexo del Cotizante	Cotizante	Edad Cotizante	Numero Cargas	Cotizacion Legal	Cotizacion Adicional	Renta Imponible
Femenino	44.302	41	1,5	34.257	6.654	489.381
Masculino	175.019	37	1,8	37.825	7.672	540.386
<b>Total</b>	<b>219.321</b>	<b>38</b>	<b>1,7</b>	<b>37.104</b>	<b>7.467</b>	<b>530.083</b>

### Cotizantes según Tipo de Trabajador

Tipo de Trabajador	Cotizantes	%
Dependiente	197.008	89,8%
Independiente	5.348	2,4%
Pensionado	6.473	3,0%
Voluntario	10.492	4,8%
<b>Total</b>	<b>219.321</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Base de Datos de Beneficiarios Vigentes en Junio de 2010.  
 Nota: Cotizaciones pactadas al mes de junio de 2010 de beneficiarios de Isapres Abiertas  
 UF = \$ 21.112,41 al 31 de mayo de 2010.

Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

54

## Beneficiarios Deficitarios del PGS

Beneficiarios con Cotización Pactada Per-cápita inferior a 1 UF  
Distribución Según Región

Región	Beneficiarios	%
1	18.625	3,1%
2	34.409	5,8%
3	9.831	1,6%
4	13.386	2,2%
5	41.947	7,0%
6	25.582	4,3%
7	16.952	2,8%
8	48.451	8,1%
9	20.092	3,4%
10	27.558	4,6%
11	1.974	0,3%
12	4.520	0,8%
13	318.451	53,2%
14	9.752	1,6%
15	6.755	1,1%
<b>Total</b>	<b>598.285</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de Datos de Beneficiarios Vigentes en Junio de 2010

Nota: Cotizaciones pactadas al mes de junio de 2010 de beneficiarios de Isapres Abiertas.

## Beneficiarios Deficitarios del PGS

Beneficiarios con Cotización Pactada Per-cápita inferior a 1 UF  
Junio 2010

### Beneficiarios según Tipo de Plan

Tipo de Plan	Beneficiarios	%
Grupal-Colectivo	147.252	24,6%
Grupal-Matrimonial	62.054	10,4%
Individual	388.979	65,0%
<b>Total</b>	<b>598.285</b>	<b>100%</b>

### Coberturas Efectivas Recibidas

Tipo de Atención	Cobertura
Ambulatoria	58%
Hospitalaria	69%

Fuente: Base de Datos de Beneficiarios Vigentes en Junio de 2010.

Nota: Cotizaciones pactadas al mes de junio de 2010 de beneficiarios de Isapres Abiertas.

## ANEXOS

## ➔ Elasticidad Precio de la Demanda por Seguros y Servicios de Salud

## Elasticidad de la Demanda de Seguros de Salud

### Evidencia Internacional

▪ Marquis and Phelps	1987	-0,6		
▪ Feldman, et al.	1989	-0,15	a	-0,53
▪ Short and Taylor	1989	-0,14		-0,05
▪ Barringer and Mitchell	1994	-0,1	a	-0,2
▪ Hosek et al.	1995	-0,6		
▪ Cutler and Reber	1996	-0,3	a	-0,6
▪ Royalty and Solomon	1998	-1,0	a	-1,8 (logit)
		-3,7	a	-6,2 (efectos fijos)

## Elasticidad Demanda por Servicios de Salud

### Evidencia Internacional

- En general se aprecian elasticidades precio de la demanda de salud menores a 1, es decir, son inelásticas.
- La elasticidad precio es relativamente menor para aquellas personas de mayores ingresos respecto a las de menores ingresos.
- La elasticidad precio es mayor para aquellos servicios que no requieren hospitalización del paciente (enfermedades de menor complejidad).

\* *Todos los comentarios son asumiendo la elasticidad en valor absoluto.*

## ➔ Precios de las Garantías Explícitas en Salud, GES 69

### GES 69

Precios por Isapre y Promedio Sistema  
Precios Vigentes en Septiembre de 2011

ISAPRE	GES 69 (julio 2010 a junio 2011)		
	Precio UF	Pesos (1)	Beneficiarios (2)
Consalud	0,164	3.604	453.772
Masvida	0,200	4.395	540.674
Ferrosalud	0,173	3.800	135.309
CruzBlanca	0,286	6.285	18.061
Banmédica	0,240	5.274	367.072
Colmena	0,330	7.252	594.984
Vida Tres	0,280	6.153	605.937
<b>Isapres abiertas</b>	<b>0,245</b>	<b>5.383</b>	<b>2.715.809</b>
San Lorenzo (3)	0,000	0	4.415
Fusat	0,250	5.494	31.751
Chuquicamata	0,177	3.890	36.856
Río Blanco	0,177	3.890	6.588
Fundación	0,180	3.956	26.877
Cruz del Norte	0,255	5.604	3.322
<b>Isapres abiertas</b>	<b>0,194</b>	<b>4.265</b>	<b>109.809</b>
<b>Promedio Sistema</b>	<b>0,243</b>	<b>5.339</b>	<b>2.825.618</b>

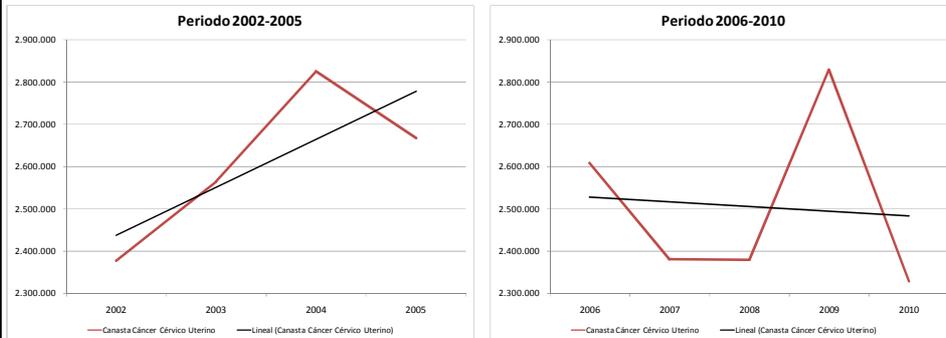
(1) Cifras valorizadas con la UF del 31 de agosto de 2011 (\$21.975,54)

(2) Cartera de Beneficiarios al 31 de diciembre de 2010.

(3) Esta isapre no cobra por las GES.

## Cáncer Cérvicouterino

### Evolución Precio Canasta Tratamiento Quirúrgico Plan Complementario de Salud en Isapres Abiertas



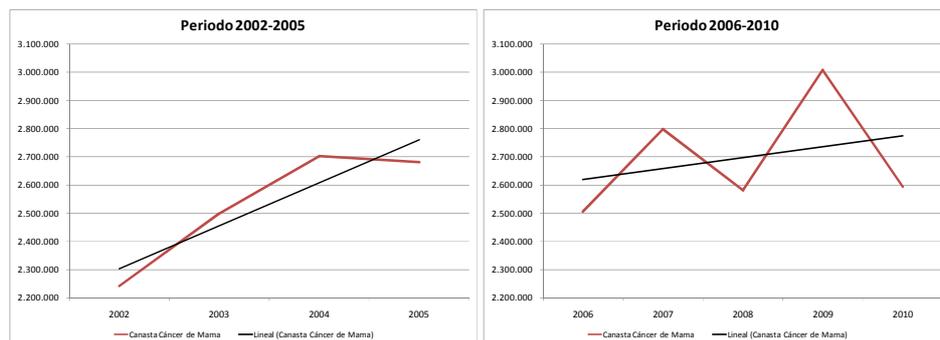
Nota: Cifras en pesos (\$) de diciembre 2010.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Cirugías</b>	<b>Frecuencia</b>								
Ca Cérvicouterino	141	166	138	109	128	145	132	131	218

Fuente: Base de Datos de Prestaciones Bonificadas de cada año.

## Cáncer de Mama

### Evolución Precio Canasta Tratamiento Quirúrgico Plan Complementario de Salud en Isapres Abiertas



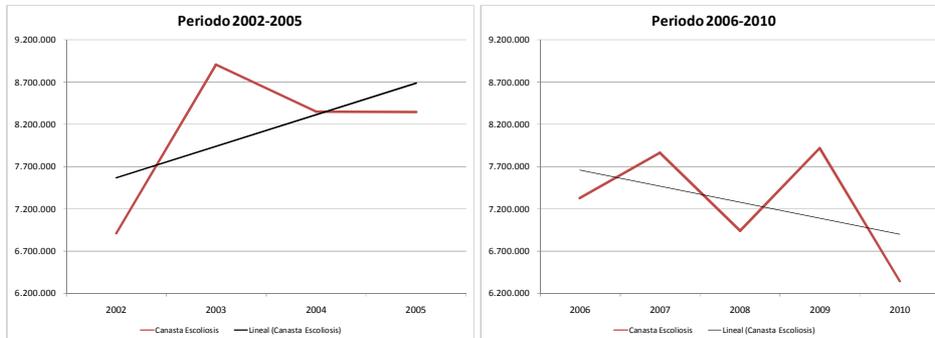
Nota: Cifras en pesos (\$) de diciembre 2010.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Cirugías</b>	<b>Frecuencia</b>								
Ca de Mama	2.106	2.672	2.398	2.004	2.336	1.509	1.624	1.490	1.552

Fuente: Base de Datos de Prestaciones Bonificadas de cada año.

## Escoliosis

### Evolución Precio Canasta Tratamiento Quirúrgico Plan Complementario de Salud en Isapres Abiertas



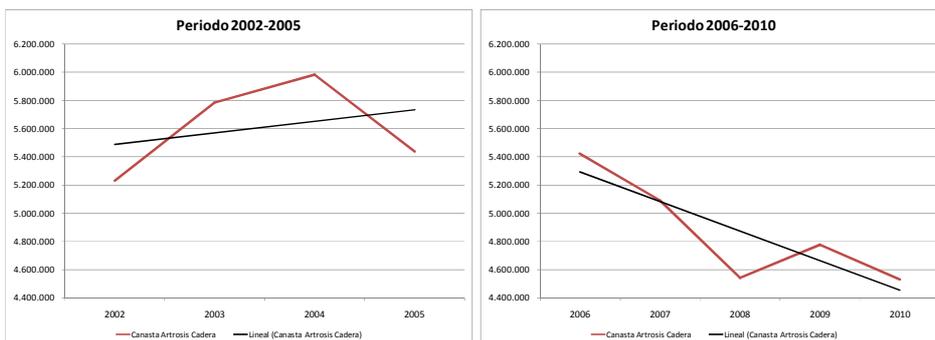
Nota: Cifras en pesos (\$) de diciembre 2010.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Cirugías</b>	<b>Frecuencia</b>								
Escoliosis	69	90	117	102	124	84	109	84	181

Fuente: Base de Datos de Prestaciones Bonificadas de cada año.

## Artrosis de Cadera

### Evolución Precio Canasta Tratamiento Quirúrgico Plan Complementario de Salud en Isapres Abiertas



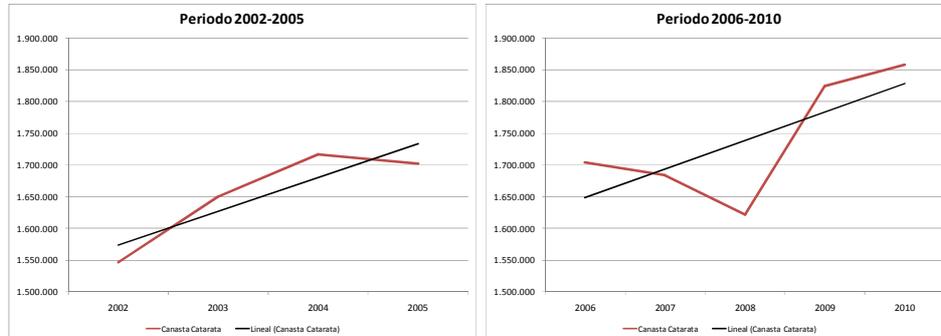
Nota: Cifras en pesos (\$) de diciembre 2010.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Cirugías</b>	<b>Frecuencia</b>								
Artrosis de Cadera	587	679	670	638	728	833	1.045	918	1.156

Fuente: Base de Datos de Prestaciones Bonificadas de cada año.

## Catarata

### Evolución Precio Canasta Tratamiento Quirúrgico Plan Complementario de Salud en Isapres Abiertas



Nota: Cifras en pesos (\$) de diciembre 2010.

Cirugías	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Catarata	3.383	4.401	4.560	3.981	4.551	4.721	5.949	5.596	6.200

Fuente: Base de Datos de Prestaciones Bonificadas de cada año.

## ➔ Estadísticas de Licencias Médicas

## Estadísticas de Licencias Médicas

Licencias Médicas Curativas  
Isapres Abiertas año 2010

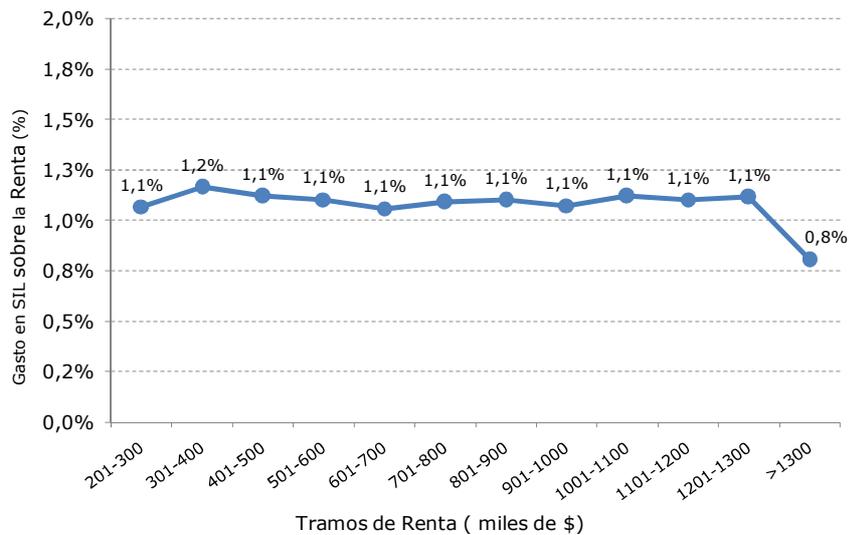
VARIABLES	Hombres	Mujeres	Total
N° de Licencias Autorizadas	379.028	441.780	820.808
Distribución %	46,2%	53,8%	100,0%
N° días pagados	2.257.393	2.632.696	4.890.089
Distribución %	46,2%	53,8%	100,0%
Costo día pagado	\$ 28.775	\$ 28.255	\$ 28.495
Edad promedio	39,6	39,7	39,6
Renta promedio	\$ 875.408	\$ 877.483	\$ 876.719

Fuente: Bases de Datos de Licencias Médicas Curativas y de Beneficiarios (enero-diciembre de 2010).

**Notas:** Licencias médicas curativas autorizadas, días pagados y monto de subsidio para el año 2010 de las Isapres Abiertas.

## Estadísticas de Licencias Médicas

Gasto SIL sobre la Renta por Tramos de Renta  
Isapres Abiertas, Año 2010



Fuente Base de Datos de Licencias Médicas Curativas del año 2010.  
Nota: No incluye gasto en SIL de Licencias Médicas Reclamadas

## Estadísticas de Licencias Médicas

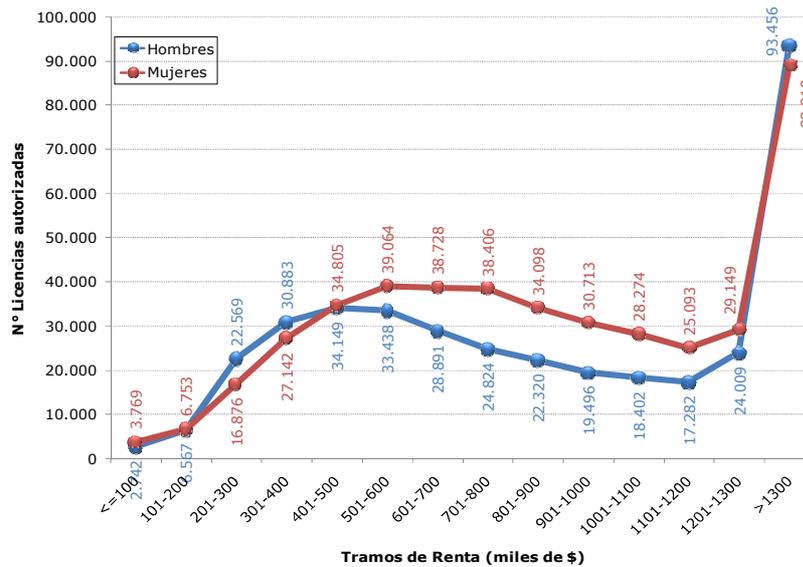
### Gasto SIL sobre la Renta por Tramos de Renta Isapres Abiertas, Año 2010

#### Observaciones:

- El gráfico anterior se construyó sin incluir el gasto derivado de Licencias Médicas Reclamadas el cual se recoge en una base de datos que no contiene Rut, lo que impide su distribución por tramos de renta. Este gasto adicional, representa un 30% del gasto total en SIL y unos 4 puntos porcentuales de la renta promedio del Sistema.
- El gráfico permite concluir que el gasto en SIL representa un porcentaje parejo de la renta cualquiera sea el nivel de ésta (1,1%). Sólo se excluyen de esta regla los cotizantes cuyas rentas son superiores al tope imponible quienes tienen menos incentivos para cursar licencias médicas al ver mermados sus ingresos, para este grupo el gasto en SIL representa un porcentaje más bajo de la renta (0,8%).

## Estadísticas de Licencias Médicas

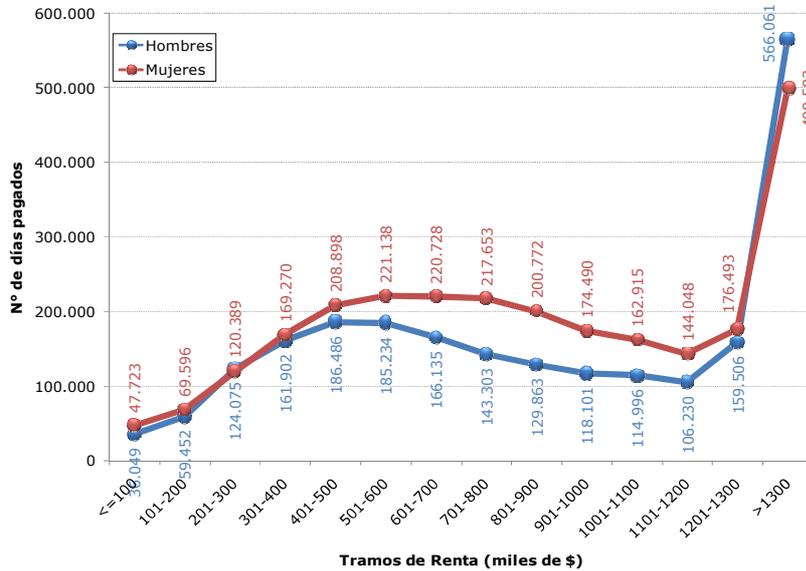
### Número de Licencias Autorizadas por Sexo y Tramos de Renta



Fuente: Bases de Datos de Licencias Médicas Curativas y de Beneficiarios (enero-diciembre de 2010).

## Estadísticas de Licencias Médicas

### Número de Días Pagados por Sexo y Tramos de Renta

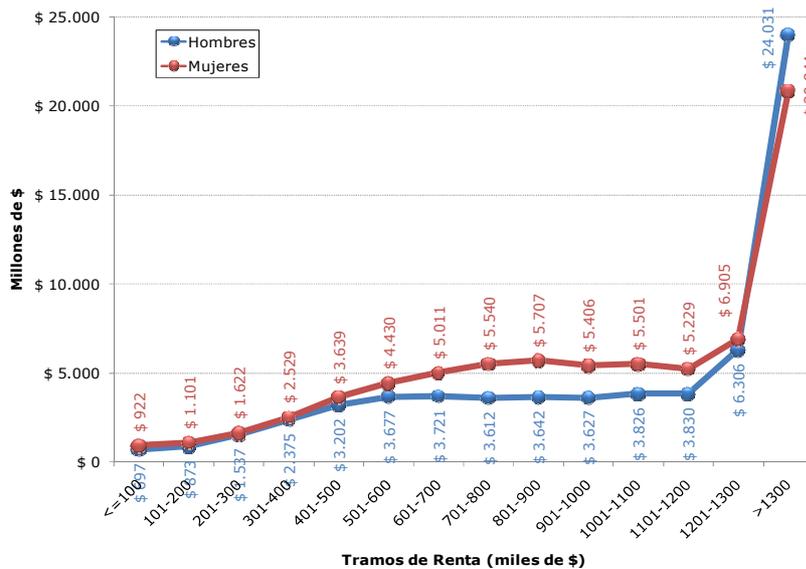


Fuente: Bases de Datos de Licencias Médicas Curativas y de Beneficiarios (enero-diciembre de 2010).  
 Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

73

## Estadísticas de Licencias Médicas

### Monto del Subsidio Pagado (Mill\$) por Sexo y Tramos de Renta

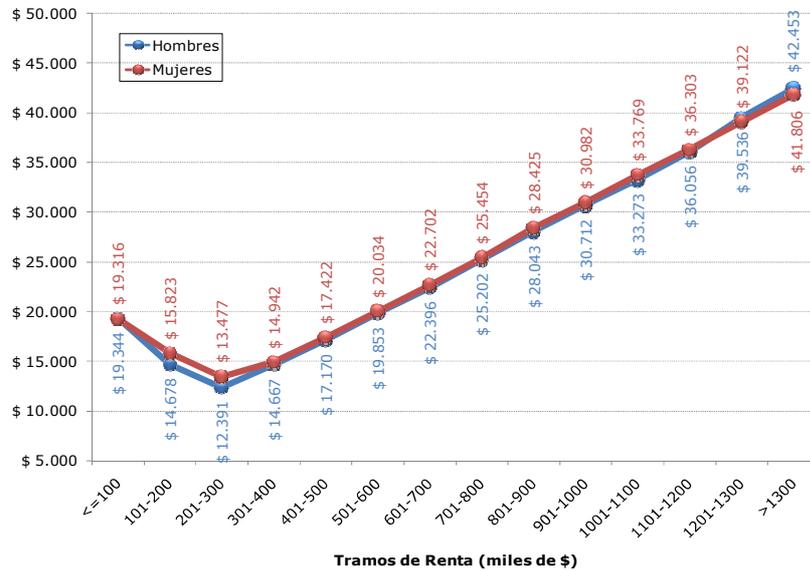


Fuente: Bases de Datos de Licencias Médicas Curativas y de Beneficiarios (enero-diciembre de 2010).  
 Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

74

## Estadísticas de Licencias Médicas

Costo Promedio del Día Pagado (\$) por Sexo y Tramos de Renta



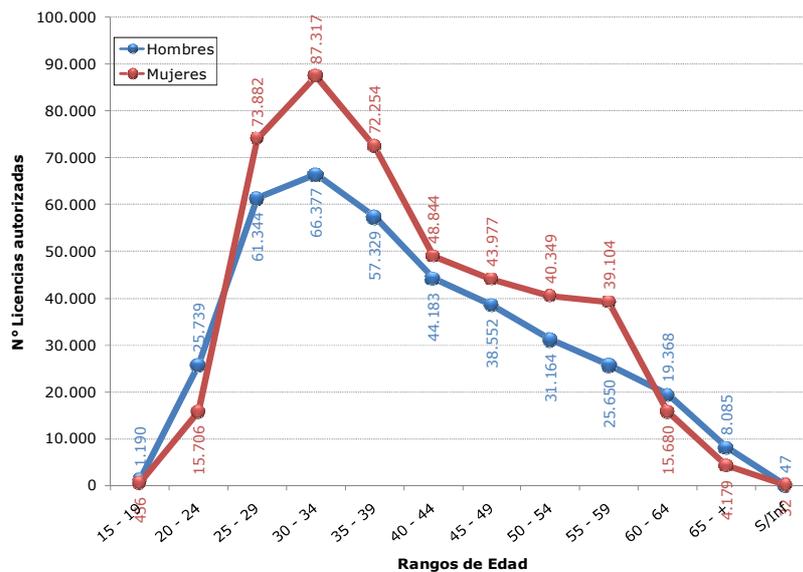
Fuente: Bases de Datos de Licencias Médicas Curativas y de Beneficiarios (enero-diciembre de 2010).

Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

75

## Estadísticas de Licencias Médicas

Número de Licencias Autorizadas por Sexo y Rangos de Edad



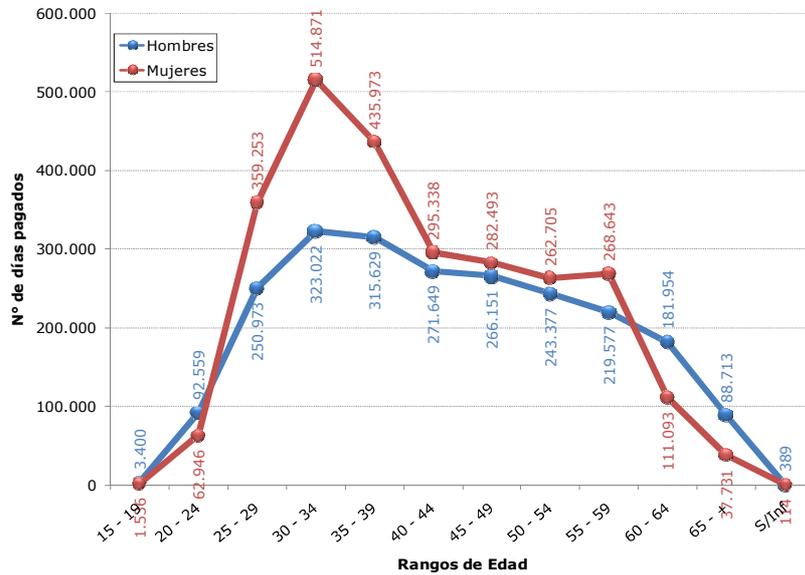
Fuente: Bases de Datos de Licencias Médicas Curativas y de Beneficiarios (enero-diciembre de 2010).

Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

76

## Estadísticas de Licencias Médicas

### Número de Días Pagados por Sexo y Rangos de Edad

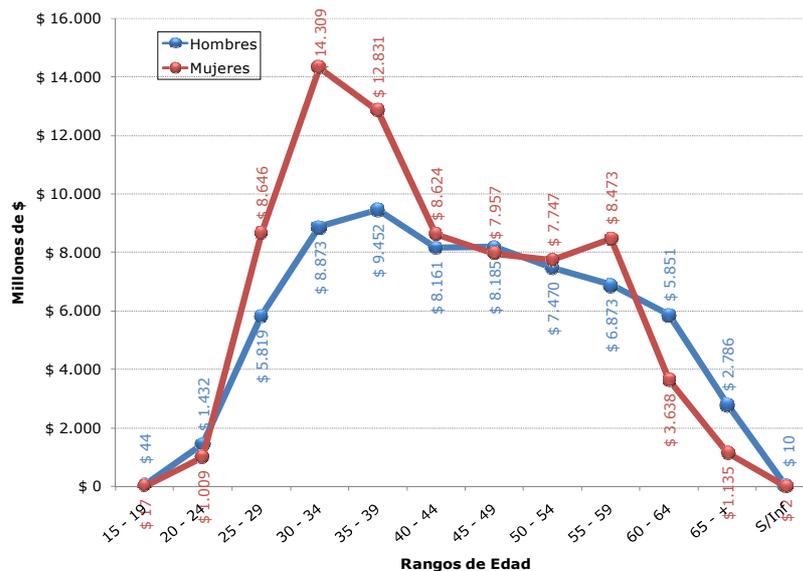


Fuente: Bases de Datos de Licencias Médicas Curativas y de Beneficiarios (enero-diciembre de 2010).  
Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

77

## Estadísticas de Licencias Médicas

### Monto del Subsidio Pagado (Mill\$) por Sexo y Rangos de Edad

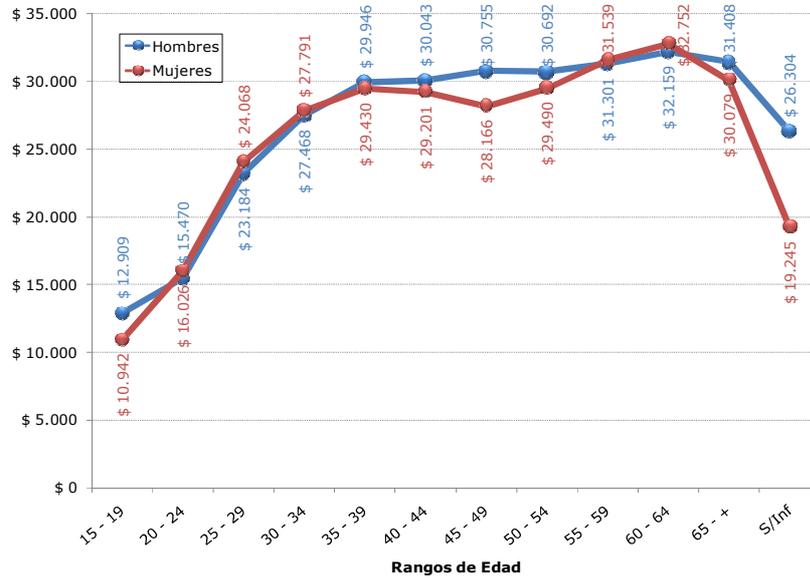


Fuente: Bases de Datos de Licencias Médicas Curativas y de Beneficiarios (enero-diciembre de 2010).  
Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

78

## Estadísticas de Licencias Médicas

### Costo del Día Pagado (en \$) por Sexo y Rangos de Edad



Fuente: Bases de Datos de Licencias Médicas Curativas y de Beneficiarios (enero-diciembre de 2010).  
 Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

79

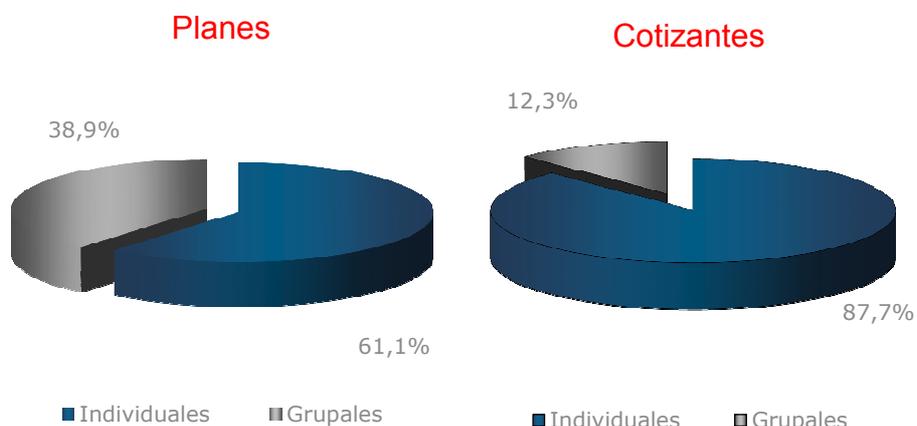
## Planes Colectivos en el Sistema Isapre

Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

80

## Planes Colectivos del Sistema Isapre

Distribución de Planes y Cotizantes Según Tipo de Plan  
Planes Vigentes a Enero de 2011



Fuente: Base de Datos de Planes de Salud a Enero de 2011

## Planes Colectivos del Sistema Isapre

Planes de Salud por Isapre Según Tipo  
Enero 2011

Cód.	Isapre	Planes según Tipo				Totales N°
		Individuales		Grupales		
		N°	%	N°	%	
67	Colmena	1.982	14,4%	11.789	85,6%	13.771
78	Cruz Blanca	5.291	74,8%	1.779	25,2%	7.070
80	Vida Tres	5.368	99,7%	15	0,3%	5.383
81	Ferrosalud	236	29,2%	573	70,8%	809
88	Masvida	2.054	96,7%	69	3,3%	2.123
99	Banmédica	9.754	97,8%	218	2,2%	9.972
107	Consalud	5.956	53,7%	5.141	46,3%	11.097
<b>I. Abiertas</b>		<b>30.641</b>	<b>61,0%</b>	<b>19.584</b>	<b>39,0%</b>	<b>50.225</b>
62	San Lorenzo	8	38,1%	13	61,9%	21
63	Fusat	532	90,6%	55	9,4%	587
65	Chuquicamata	11	23,4%	36	76,6%	47
68	Río Blanco	0	0,0%	20	100,0%	20
76	Fundación	49	18,4%	217	81,6%	266
94	Cruz del Norte	0	0,0%	5	100,0%	5
<b>I. Cerradas</b>		<b>600</b>	<b>63,4%</b>	<b>346</b>	<b>36,6%</b>	<b>946</b>
<b>Sistema</b>		<b>31.241</b>	<b>61,1%</b>	<b>19.930</b>	<b>38,9%</b>	<b>51.171</b>

Fuente: Base de Datos de Planes de Salud a Enero de 2011

## Planes Colectivos del Sistema Isapre

Cotizantes por Isapre Según Tipo de Plan  
Enero 2011

Cód.	Isapre	Cotizantes según Tipo de Plan				Totales N°
		Individuales		Grupales		
		N°	%	N°	%	
67	Colmena	187.999	79,3%	48.963	20,7%	236.962
78	Cruz Blanca	259.584	92,4%	21.257	7,6%	280.841
80	Vida Tres	70.402	99,8%	120	0,2%	70.522
81	Ferrosalud	3.206	26,6%	8.863	73,4%	12.069
88	Masvida	179.021	94,0%	11.431	6,0%	190.452
99	Banmédica	301.496	97,1%	8.914	2,9%	310.410
107	Consalud	268.146	87,3%	39.033	12,7%	307.179
<b>I. Abiertas</b>		<b>1.269.854</b>	<b>90,2%</b>	<b>138.581</b>	<b>9,8%</b>	<b>1.408.435</b>
62	San Lorenzo	36	2,4%	1.459	97,6%	1.495
63	Fusat	3.473	25,7%	10.035	74,3%	13.508
65	Chuquicamata	1.208	9,5%	11.443	90,5%	12.651
68	Río Blanco	0	0,0%	2.192	100,0%	2.192
76	Fundación	162	1,1%	14.259	98,9%	14.421
94	Cruz del Norte	0	0,0%	1.142	100,0%	1.142
<b>I. Cerradas</b>		<b>4.879</b>	<b>10,7%</b>	<b>40.530</b>	<b>89,3%</b>	<b>45.409</b>
<b>Sistema</b>		<b>1.274.733</b>	<b>87,7%</b>	<b>179.111</b>	<b>12,3%</b>	<b>1.453.844</b>

Fuente: Base de Datos de Planes de Salud a Enero de 2011

Departamento de  
Estudios y Desarrollo

[www.supersalud.cl](http://www.supersalud.cl)



Gobierno  
de Chile

SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

[www.gob.cl](http://www.gob.cl)

[supersalud.cl](http://supersalud.cl)



Exposición ante la Comisión Reforma Isapres:

# Los problemas del sistema Isapres, la ley corta y la reforma necesaria

Camilo Cid Pedraza, MA, PhD  
Profesor Asistente  
Departamento de Salud Pública  
P. Universidad Católica de Chile

Santiago, 5 de Agosto de 2011



## Contenidos

- ¿Cuál es el problema?
- ¿Qué puede hacer la “Ley corta”?
- ¿Cuales son las mejores soluciones conocidas al problema?
- ¿Cómo se aplicarían concretamente al sistema Isapre?



## ¿Cuál es el problema?

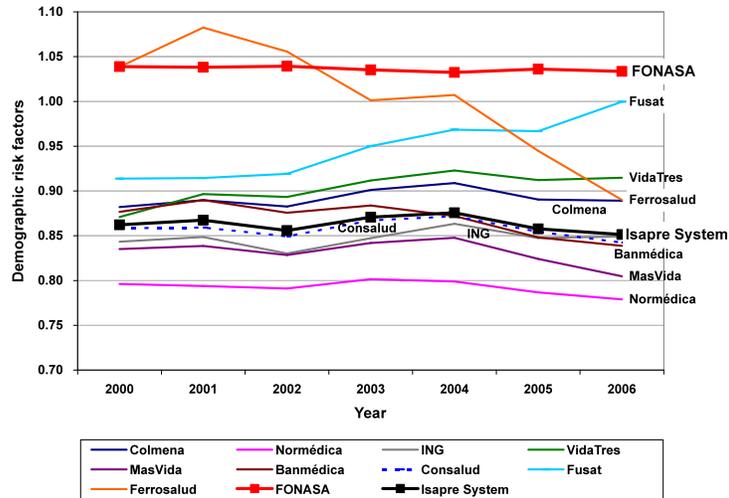


## El Problema

- La competencia entre aseguradoras y el problema de selección: 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 y diferenciales de precios
  - *La fijación de precios es sólo la consecuencia, no la causa que limita la capacidad de elección.*
  - *Los precios diferenciales surgen de la tarificación en función del riesgo (tablas de factores), si atenuamos la selección de riesgos, el problema de precios se diluye. La causa del problema tiende a desaparecer*
- La cuestión clave: Resolver la causa o regular la consecuencia



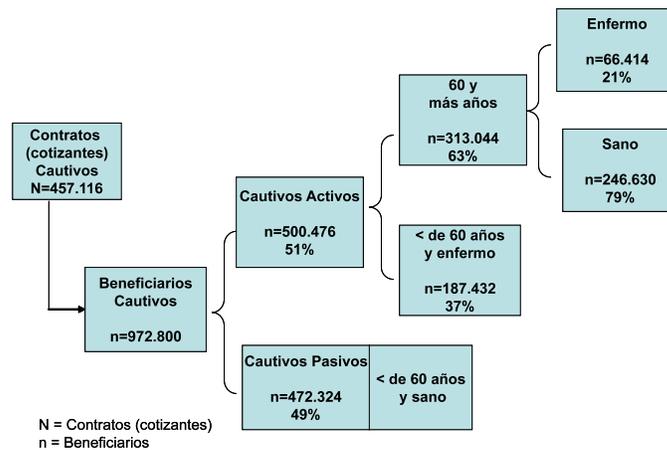
## Evolución de brecha de riesgo entre seguros de salud en Chile



5 Source: C Cid, Author's analysis in the Thesis pg 65



## Casi 1 millón de cautivos=1/3 de la cartera



Fuente: Superintendencia de salud 2009



## Beneficiarios cautivos según causa de origen (2009)

Razón de cautividad	Beneficiarios totales estimados	Porcentaje
Cautivos generados sólo por presencia de Vejez	327.792	33,7%
Cautivos generados sólo por presencia de Enfermedad	42.257	43,5%
Cautivos generados por presencia conjunta de Vejez y Enfermedad	221.751	22,8%
<b>Total</b>	<b>972.800</b>	<b>100,0%</b>

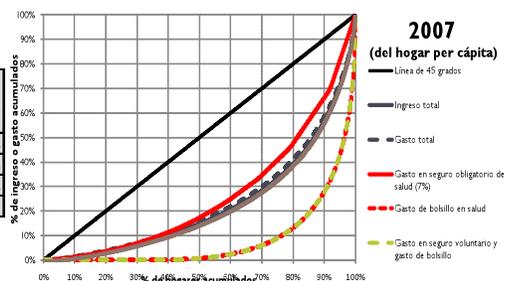
Fuente: Superintendencia de salud 2009



## Otros elementos a tener en cuenta

Total Sistema	% del PIB	Distribución 2008	% del PIB	Distribución 1998
Cotizaciones	2,4%	35%	2,5%	37%
Aporte Fiscal	1,7%	25%	1,4%	21%
Gasto de Bolsillo	2,8%	40%	2,8%	42%
<b>Total</b>	<b>6,9%</b>	<b>100%</b>	<b>6,5%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cid, Prieto, 2011. Elaborado con bases de datos de las encuestas EPF-INE Chile, 1997 y 2007



- Porcentaje de gasto de bolsillo en el financiamiento de la salud en 2008 es altamente inconveniente.
- Alta concentración de los gastos de bolsillo (0,84) que es responsable de 2,6% (2007) del índice del Gini. Es decir, tiene un efecto en la distribución del ingreso general
- Esto tiene que ver con las coberturas de los planes de beneficios y financieras y con los precios de las primas y las prestaciones



## ¿Qué puede hacer la ley corta?

¿Qué pueden hacer las Tablas de factores  
“aplanadas” y el IPC de la salud frente al  
problema?



## Impacto de los factores en los ingresos de las isapres

- Cálculo del precio del Plan  
 $PP_i = PB_i * Fr_j$  (supongamos precio GES y CAEC en PB)
- Luego para el sistema es  
$$\text{Ingreso} = \sum PB * Fr$$
- Pero un porcentaje corresponde al PB y otro porcentaje al Fr
  - El porcentaje del Fr podría llegar al 15% (diferenciado por Isapre)
  - El efecto de congelar los factores no superaría el 2,6% de los ingresos al año
- Las Isapres ya tienen un precio medio suficientemente alto como para mitigar el efecto de una eliminación de la TF. El efecto real sería lento y de mediano largo plazo.
- Claramente el problema para el sistema es más respecto del contenido del fallo del TC y de incertidumbre en largo plazo, que del impacto financiero predecible y de corto plazo



## Efecto estimado de eliminación de la tabla de factores

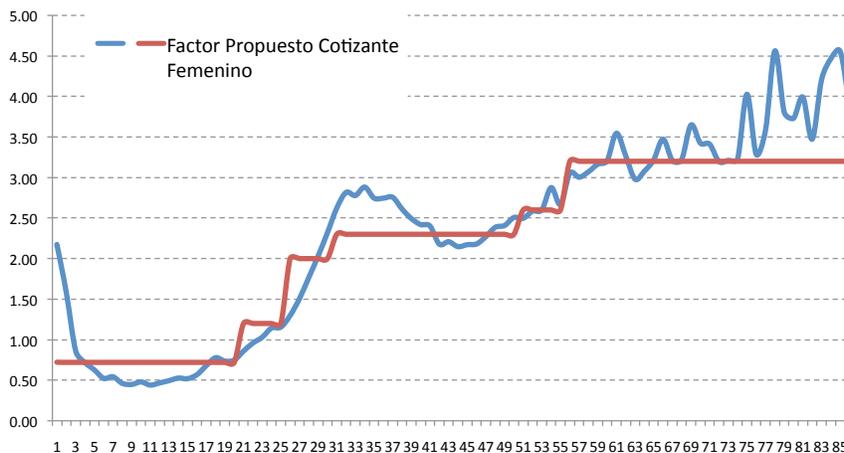
- Separado la parte de la prima total en prima base y efecto de factores de riesgo entre los años 2007 y 2009 y las diferencias año en año y cuanto es atribuible a factores y a prima base. Muestra de isapres y el período 2008 – 2009 para el análisis.

Isapres	Ingresos operacionales 2009	Aumento 2008-2009	Aumento atribuido a cambios de tramos de TF	Efecto % (Aumento/Ing Operacional)
Colmena	233.908	13.413	7.183	3,1%
Cruz Blanca	246.729	14.408	6.544	2,7%
Vida Tres	89.269	1.231	776	0,9%
MasVida	139.910	17.389	7.221	5,2%
Banmédica	257.017	4.868	3.470	1,4%
<b>Total</b>	<b>966.834</b>	<b>49.302</b>	<b>25.510</b>	<b>2,6%</b>

Fuente: Cid, 2010



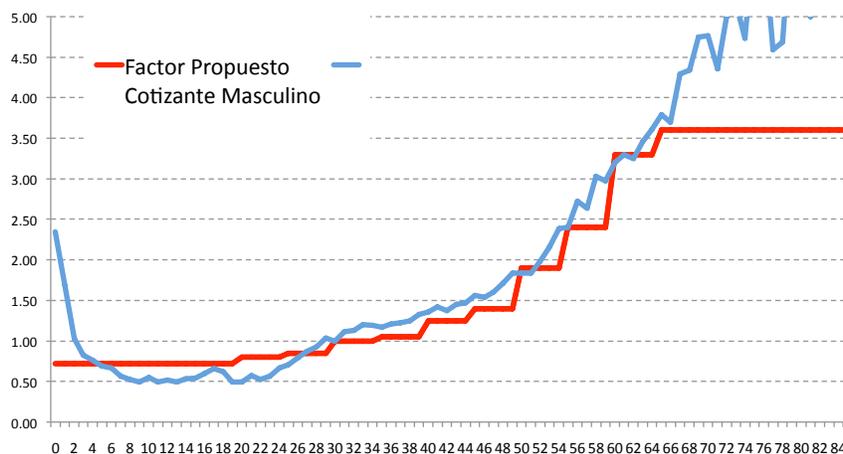
## Factores de riesgo observados vs propuesta de ley corta (mujeres)



Fuente: Elaboración propia



## Factores de riesgo observados vs factores de ley corta (hombres)



Fuente: Elaboración propia



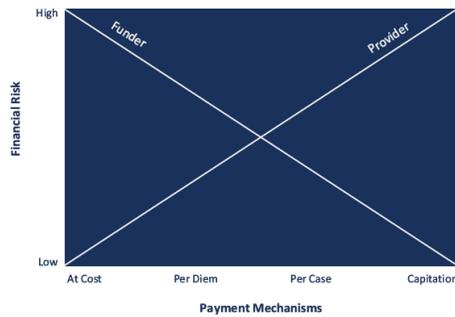
## Ley corta: se mantiene el Problema

- La existencia de las tablas como forma legal de tarificación no cuestiona la selección de riesgos y la consecuente discriminación que rechaza el TC
- Pero la mejor solución es atacar el problema y no sólo sus efectos
  - Las alzas de precios son los efectos de la selección de riesgos y regular los precios no soluciona el problema de fondo (una tabla atenuada es una forma de regular los precios)
- Además las tablas de factores son una expresión de un problema mayor de selección de riesgos y el hecho que parte de él (el efecto selección) esté incorporado en el precios base de los planes, no mitiga sus consecuencias



## Salud, tener en cuenta riesgo entre financiadores y proveedores

Financial Risk Trade-Off Between Funders and Providers

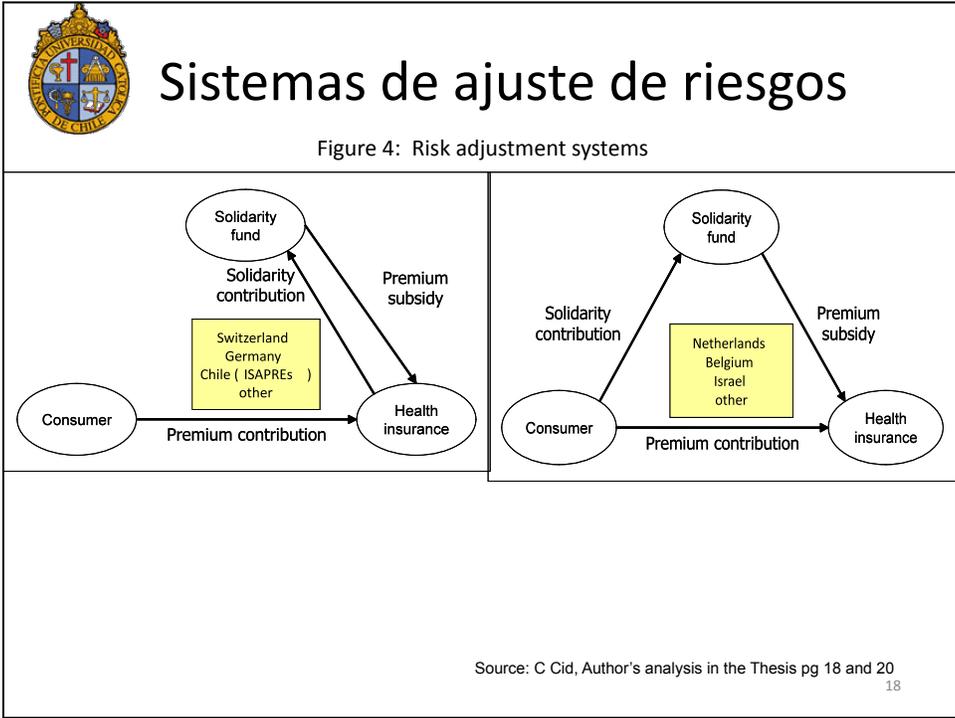
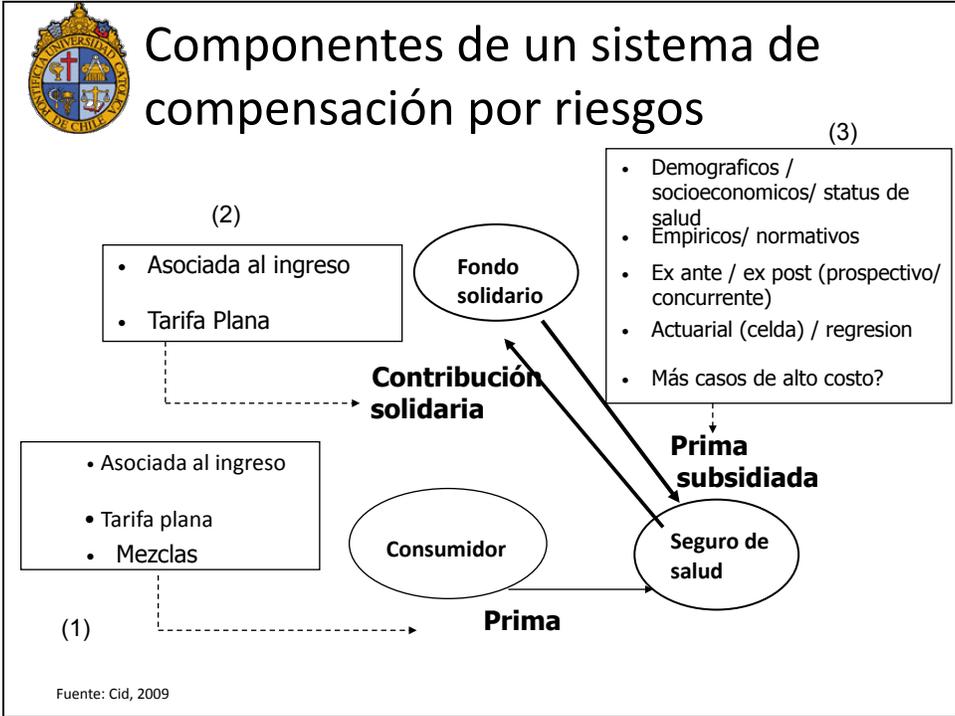


Source: Adapted from Sutherland, 2009

- El sistema isapre se ha desenvuelto históricamente con mecanismos de pago por acto tipo fee- for-service, donde se paga la factura al proveedor
- Se podría aprovechar la oportunidad de establecer tendencias al cambio hacia mecanismos de pago mixtos más eficientes en la contención de costos



¿Cuáles son las mejores soluciones conocidas para el problema?





## Algunas características de sistemas de ajuste de riesgo

Country	Subsidy System	Consumer's solidarity contribution	Risk Adjusters	Acceptable Costs and/or Benefits package	N° of Risk-bearing sickness funds or insurances	Mandatory sharing system
Germany	Internal	Income-related community premium and Income-related premium contribution	Demographic, socioeconomic and morbidity risk adjusters: income, sex, age, invalidity pension, sickness allowances, DMPs	Physicians' services, hospital care, prescription drugs, physiotherapy, dental care, restricted home health care, psychiatric care, sick leave payments	275	Yes, but with complete high cost outlier risk (since 200)
Belgium	External	Per capita flat rate community premium and Income-related premium contribution	Demographic, socioeconomic: sex, age, urbanization, disability, income, employment status, mortality, family composition, social status, preferential reimbursement (lower co-payments), diagnosis of invalidity, eligibility of social exemption, chronic illness	Physicians' services, hospital care, prescription drugs, physiotherapy (restricted), dental care (restricted), home health care, psychiatric care (restricted by co-payments), sick leave payments	6	No
Netherlands	External	Per capita flat rate community premium and income-related premium contribution	Since 2004, health status, demographic and socioeconomic: morbidity with pharmacy-based cost groups, Diagnostic Cost Group (DCGs), sex, age, being self-employed (yes/no)	Physicians' services, hospital care, prescription drugs, physiotherapy (restricted), dental care (restricted)	33	Yes, outlie sharing an proportion sharing
Israel	External	Per capita flat rate community premium and zero premium contribution	Demographic (age only)	Physicians' services, hospital care, prescription drugs, physiotherapy (restricted), dental care (restricted), home health care (restricted), psychiatric care (restricted)	4	Yes, condi specific ris sharing (5 diseases)



## Algunas características de sistemas de ajuste de riesgo

Country	Subsidy System	Consumer's solidarity contribution	Risk Adjusters	Acceptable Costs and/or Benefits package	N° of Risk-bearing sickness funds or insurances	Mandatory risk sharing system
Switzerland	Internal	Per capita flat rate community premium and income-related premium contribution	Demographic (sex, age, region)	Physicians' services, hospital care, prescription drugs, physiotherapy, home health care, nursing home care, psychiatric care (restricted)	93	No
U.S.A.-Medicare	External	Per capita county rate	Health status and demographic (morbidity with Diagnostic Cost Group (DCGs), including sex, age, region)	Long-term nursing care, dental care, glasses, headphones and a large number of medicines are restricted		No
U.S.A.-Medicaid	External		Health status and demographic (Ambulatory Cost Group ACG, CDPS and others, including sex and age)	It changes according to state in U.S.A.		No
U.S.A.-Minnesota	External		Health status and demographic (ACG including sex and age)			No
U.S.A.-Massachusetts, Washington state	External		Health status and demographic (DCGs including sex and age)			No



Table 4. The practice of risk-adjustment in 6 countries

	Canada (Alberta)	Germany	Netherlands	Switzerland	United Kingdom	United States (Medicare)
Current risk-adjusters	age/gender disability income aborigine	age/gender disability	age/gender region pharmacy, inpatient diagnoses	age/gender region	age/gender prior utilization local factors	Age/gender All-encounter diagnoses
Rate cell or regression model	124 rate cells	rate cell	regression model	rate cell	rate cell	regression model
Individual or grouped data	individual	individual	individual	individual	group	individual
Number of health plans/funding regions	9 RHA (2006)	292 Sickness funds (2004)	25 private health insurance funds	166 sickness funds	303 Primary Care Trusts	314 (2006) Medicare Advantage plans
Open entry for new health plans? (subject to certain conditions)	No	yes	yes	yes	no	yes
Open enrollment every month/.../year	-	year	year	half year	no open enrollment guarantee	monthly
Mandatory or voluntary membership	M	V for high income	M	M	M	V
Implementation date	1985	1994	2004	1993	1991	2004

Fuente: Ellis, 2009



## Ajuste de riesgo en países con seguridad social de salud

### Social Health Insurance Systems

Country	Year of implementation	Risk adjusters
Austria	None	
Belgium	1995	Age, sex, social insurance status, employment status, mortality, urbanization, income
	2006	Age, sex, social insurance status, employment status, mortality, urbanization, income, diagnostic and pharmaceutical cost groups
France	None	
Germany	1994/1995	Age, sex, disability pension status
	2002	Age, sex, disability pension status, participation in disease management program
Japan	None	
Korea	None	
Luxembourg	None	
Netherlands	1993	Age, sex
	1996	Age, sex, region, disability status
	1999	Age, sex, social security/employment status, region of residence
	2002	Age, sex, social security/employment status, region of residence, diagnostic and pharmaceutical cost groups
Switzerland (within canton)	1994	Age, sex
Chile (ISAPREs)	2005/2006	Age, sex

Fuente: Cid, 2011, adaptado de Busse et al 2007



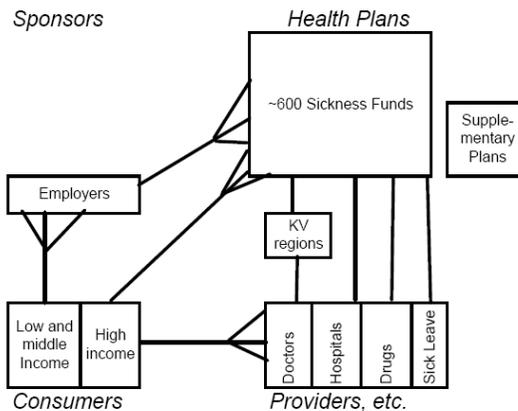
# Ajuste de riesgos en países con SNS

Tax Financed Health Systems		
Country	Year of implementation	Risk adjusters
Australia		Age, gender, ethnic group, homelessness, mortality, education level, rurality
Canada		Age, gender, socioeconomic status, ethnicity, remoteness
Denmark		Age, number of children in single parent families, number of rented flats, unemployment, education, immigration status, social status, single elderly people
England		Age, mortality, morbidity, unemployment, elderly people living alone, ethnic origin, socioeconomic status
Finland		Age, disability, morbidity, archipelago, remoteness
Iceland		None
Ireland		Not applicable
Italy		Age, gender, mortality, morbidity, utilization
New Zealand		Age, gender, welfare status, ethnicity, rurality
Norway		Age, gender, mortality, elderly living alone, marital status
Portugal		Mainly based on historical precedent; age, relative burden of illness (diabetes, hypertension, tuberculosis, AIDS)
Spain		Percentage of population >65, "insularity" (region=islands)
Sweden		Age, gender, marital status, employment status, occupation, housing tenure, highuser

Fuente: Cid, 2011, adaptado de Busse et al 2007



## Germany pre-1995

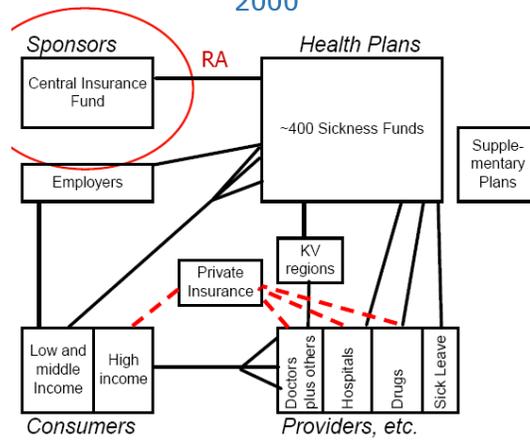


Fuente: Ellis, 2009



# Germany

2000

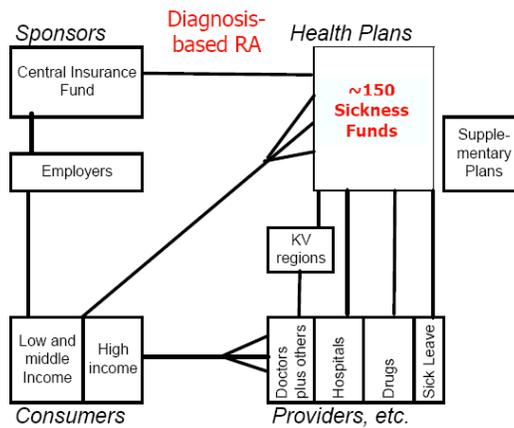


Fuente: Ellis, 2009



# Germany

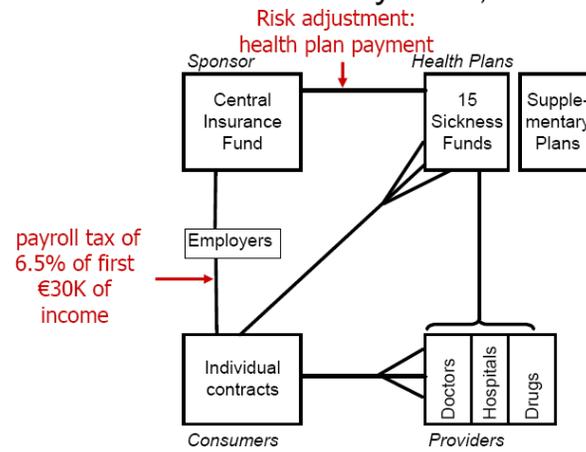
2009



Fuente: Ellis, 2009



## Dutch health care system, 2008



Fuente: Ellis, 2009



Cómo se aplicarían  
concretamente al sistema Isapre





## Financiamiento

- 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
  - 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.

31



## Precios

- Limitación a la competencia en precios porque favorece la selección y aumenta los costos 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

32



## 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.
- La CAEC opera como: Señal de riesgo cierto para la aseguradora, 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 trata de establecer señales. Estas señales pueden utilizarse para introducir prácticas de selección de prestaciones (stinting).

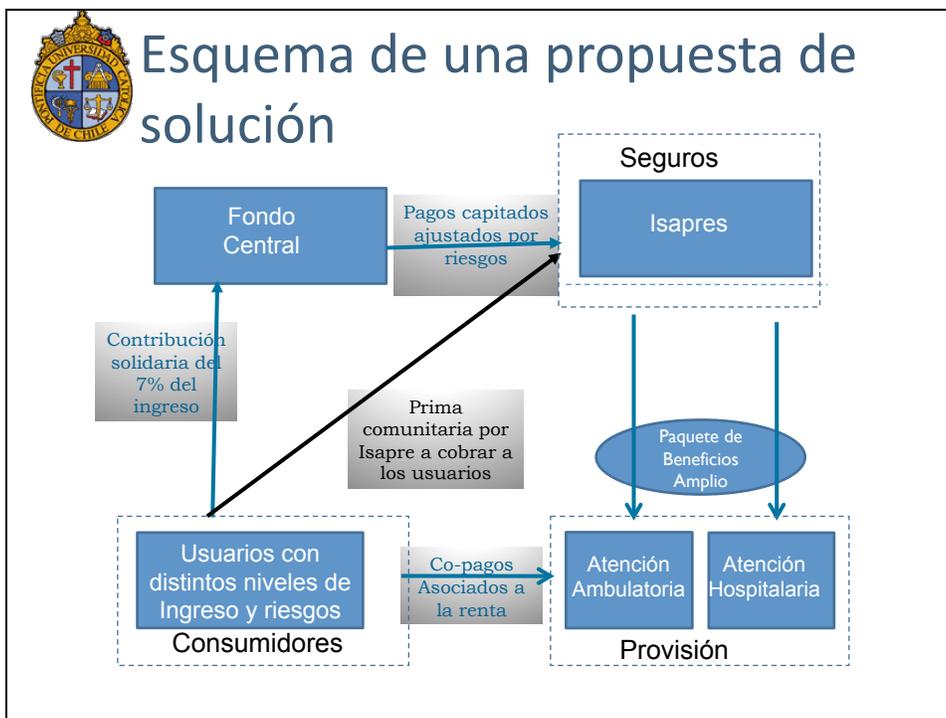
33



## Otras condiciones

- Configurar un nuevo esquema de Red de proveedores 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 (PGS, PBS) 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.
- Eventualmente abrir un nuevo mercado de seguro complementario y voluntario en todo aquello que no se cubre en la cartera de prestaciones homogénea y en aseguradoras distintas a ISAPRES

34





Si se aplica el pago capitado ajustado por riesgo: hay que hacerlo bien

SEXO y EDAD no es suficiente



## Capacidad predictiva del Modelo con Diagnósticos

<b>Concurrent application</b>	
<b>N population insurances system</b>	13.098.480
<b>N sample from HOSP (Expend&gt;0)</b>	185.824
<b>Mean Expenditure</b>	8,89

<b>Risk Adjustment Model</b>	<b>R<sup>2</sup> adj [%]</b>
Age*Gender	2,6
Age*Gender *DCG/HCCs (Reparameterised)	36,1

Source: Author's analysis in the Thesis pg 147, Cid 2011

- Sexo y edad sólo es capaz de predecir el 2,6% de la varianza de los gastos en salud
- Al incorporar los diagnósticos se logra un 36,1% de predicción

37



## Comentarios finales

- En el sistema Isapre se observa lo que predice la teoría económica en cuanto al trade-off entre selección y eficiencia (desde el “paradigma” Rothschild y Stiglitz(76), en adelante)
- Los problemas de precios, factores de riesgos, cautivos etc, son manifestaciones del problema de incentivos y desarrollo de la selección de riesgos
- Los factores de riesgo son una parte del problema, su eliminación no es dramática para la industria, aunque en el largo plazo cuestiona el sistema



## Comentarios finales

- La industria ya ha venido, en buena medida, trabajando con una especie de tarifas planas (promedio de los precios base por isapre) incorporando al precio base el riesgo
- La ley corta apunta al aplanamiento de los factores, por lo tanto, no puede solucionar los problemas, sólo atenuarlos y con las tablas propuestas, levemente
- Es posible avanzar hacia una solución del tipo Fondo central de ajuste de riesgos con un plan estándar. Salida conocida, teóricamente consolidada, que ha dado resultados en otras realidades



Muchas gracias!

La mayoría de los contenidos de esta ppt están en:

<http://duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-27804/Thesis.pdf>