



P.ROJAS + ASOCIADOS
ECONOMISTAS

**Eliminación de la Declaración de Salud entre FONASA e ISAPRES:
Aspectos Teóricos y Costos en el Sistema de Isapres**

**Rojas + Asociados (*)
5 de abril de 2019**

(*)Informe preparado por Patricio Rojas R. y Félix Berríos T.

P. Rojas es PhD en Economía MIT, Ingeniero Comercial y Magíster en Economía de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Profesor de la Facultad de Ingeniería Comercial de la P. Universidad Católica de Chile y Socio Principal de la Consultora Rojas y Asociados Limitada.

F. Berríos es Magíster en Economía de la Pontificia Universidad Católica de Chile e Ingeniero Comercial, mención en Economía, de la Universidad FinisTerra e y Economista Senior de Rojas y Asociados Limitada.

Resumen Ejecutivo y Principales Conclusiones

1. Los seguros se caracterizan fundamentalmente por la incertidumbre en el uso de ellos, la aversión al riesgo de los agentes, y asimetrías de información que incentivan comportamientos oportunistas. Esto ha llevado a que en el caso del mercado de seguros de salud se han generado instrumentos para mitigar los efectos negativos de estos comportamientos, entre los cuales está la Declaración de Salud que realizan las aseguradoras de salud cuando un potencial afiliado desea adscribirse.
2. La Asociación de Isapres de Chile nos ha encargado un informe que, considerando los actuales mecanismos de financiamiento y de calidad que rigen a cada subsistema de salud, analice el impacto económico que tendría en el sistema de Isapres eliminar la Declaración de Salud para personas provenientes de Fonasa.
3. En la actualidad, el sistema de seguridad social en salud en Chile está compuesto principalmente por dos instituciones, el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), y las Instituciones de Salud Previsional (Isapres). Según los registros de la Superintendencia de Salud, existen cerca de 14 millones de beneficiarios en Fonasa, y alrededor de 3,4 millones en Isapres.
4. Fonasa ofrece un plan único, con dos modalidades de atención a sus cotizantes y cargas. En este sistema, un tercio del financiamiento proviene de la cotización obligatoria de los trabajadores (7%) y la fracción restante proviene de aportes fiscales y municipales. En tanto, en el sistema Isapres, dos tercios del financiamiento proviene de la cotización obligatoria y el resto de los aportes voluntarios realizados por sus afiliados cuando la cotización obligatoria es insuficiente para financiar el plan de salud escogido.
5. Los antecedentes reflejan con claridad que el sistema privado es más valorado por la ciudadanía en lo que se refiere a atenciones de salud, por lo que la posibilidad de cambiarse de un sistema a otro sin mecanismos adecuados de gestión de riesgos derivaría en que el flujo de personas buscando atenciones médicas más oportunas sería desde Fonasa a Isapres. Adicionalmente, de los resultados de las encuestas de percepción también se desprende que las personas valoran la posibilidad de pagar poco o nada, lo cual señala que un individuo que no requiere una atención de salud valorará más el pago menor.
6. En este contexto, la eliminación de la Declaración de Salud debería llevar a que las personas más sanas fluyan desde Isapres a Fonasa, sabiendo que en la eventualidad de requerir una atención oportuna se podrá cambiar fácilmente de

sistema. Este comportamiento destruye por completo el concepto de seguro y la distribución de riesgos que se intenta lograr en la población.

7. Es importante recalcar que si bien las personas valoran mucho más la calidad entregada en el sistema de Isapres en relación al de Fonasa, esto no quiere decir que van a permanecer en Isapres, ya que lo que valoran es la atención, no la permanencia, por lo que si no requieren asistencia médica van a preferir estar en el sistema más barato, y cuando requieran la atención van a cambiarse al sistema que mejor satisface su necesidad de atención, para luego volver al sistema Fonasa.
8. La existencia de los problemas de riesgo moral y de selección adversa en la teoría de seguros reafirma la importancia de que existan mecanismos de mitigación con el fin de evitar el mal uso del sistema, derivado de conductas oportunistas. En particular, los antecedentes de la sociedad chilena reflejan que las personas son menos precavidas y usan más la asistencia de salud cuando tienen seguro que cuando no lo tienen, reflejando que efectivamente se confirma que el comportamiento asociado a riesgo moral está presente empíricamente.
9. Por su parte, en el caso de la selección adversa, las estimaciones reflejan que un 30,7% de las personas con seguro ha padecido alguna enfermedad. Esto representa un aumento en relación a una situación *contrafactual* en la que estas personas no hubiesen tenido un seguro. Este resultado refleja que personas que padecen enfermedades son más propensas a contratar un seguro, lo que confirma la existencia del problema de selección adversa.
10. La existencia empírica de los problemas de riesgo moral y de selección adversa que se observa en la sociedad chilena reafirma la importancia de la existencia de mecanismos de mitigación con el fin de evitar que el mal uso del sistema, derivado de conductas oportunistas propias de todo mercado de seguro. En este sentido, la Declaración de Salud es uno de estos mecanismos orientados a reducir las conductas oportunistas.
11. Adicionalmente, los antecedentes indican que existe capacidad de pago de personas que están en Fonasa para decidir cambiarse a alguna Isapre, ya que el sistema privado es más valorado en lo que se refiere a la calidad y oportunidad de las atenciones.
12. Las condiciones anteriores configuran un escenario complejo, por cuanto de existir libre movilidad sin restricciones de un sistema a otro, los incentivos apuntan a que los individuos están dispuestos a incurrir en mayores gastos personales en una Isapre sólo cuando se necesite la atención médica, rompiéndose la característica propia de un seguro en el que el aporte se da en un contexto de incertidumbre del

evento que se desea cubrir. Dado lo anterior, la Declaración de Salud cumple un rol relevante, no en excluir a personas, sino en evitar una conducta oportunista.

13. En este contexto, la eliminación de la Declaración de Salud provocaría traspasos de personas entre los sistemas público y privado. El primero de estos flujos consiste en los traspasos de personas que migrarían desde Fonasa a Isapres, fundamentalmente asociados a las personas enfermas que requieren de un tratamiento médico y que recurren al sistema privado sólo para satisfacer la necesidad de atención. El segundo de estos flujos consiste en las personas sanas que se moverían desde Isapres a Fonasa teniendo en cuenta que algunas personas podrían preferir evitarse costos adicionales al 7% obligatorio, puesto que saben que cuando necesiten de alguna atención médica podrán volver al sistema de Isapres sin que medie la Declaración de Salud.
14. Es de esperar que estos traspasos constituyan un proceso dinámico y no por una sola vez. En particular, y luego de una primera ronda de traspasos en el primer período, es de esperar que estos traspasos entre sistemas continúen en los períodos siguientes, a lo que se sumaría que para efectos de financiar el sistema de Isapres, estas deberán elevar el valor promedio de los planes, lo cual generará efectos adicionales en el número de traspasos inter-sistemas.
15. El ejercicio estima que, en el primer año sin declaración de salud, 458.728 beneficiarios enfermos de Fonasa migrarían a Isapre, lo que implicaría un costo neto para el sistema privado de UF 29,44 millones ese primer año, mientras que se estima que 113.046 beneficiarios sanos de Isapre migren hacia Fonasa, con un costo neto de UF 2,37 millones en el período. Con todo, en el primer año de la eliminación de la declaración de salud, los movimientos netos de riesgos entre sistemas alcanzarían sobre las 350 mil personas, lo que implicaría un costo neto adicional para las Isapres de UF 31,81 millones, 17 veces las utilidades del sistema.
16. Este costo neto adicional de UF 31,81, elevaría en 38,7% los costos operacionales del sistema Isapre respecto de los observados el año 2017, lo que no podrá ser solventado ni con el margen operacional del sistema ni con sus utilidades, ambos de 1,3% de los ingresos en 2017.
17. En este contexto, la mantención del equilibrio financiero del sistema Isapres ante los mayores costos requeriría que el valor de los planes de salud aumentaran en alrededor de 30% real durante el primer año.
18. Al igual que en la primera ronda o periodo, en cada una de las rondas siguientes se vuelven a tener flujos de personas, tanto de entrada como salida, sólo que desde la segunda ronda en adelante también se produce una salida adicional de personas,

primero, por efecto del aumento del precio de los planes en el sistema Isapres y, segundo, hay un porcentaje de personas que habiéndose traspasado de Fonasa a Isapre en rondas iniciales retorna a Fonasa una vez que se atendió en el sistema de Isapres y se sanó.

19. Los resultados del ejercicio muestran que los costos del sistema de Isapres aumentan en forma significativa en cada período o ronda de traspasos como consecuencia de la eliminación de la Declaración de Salud, acumulando en un período de 6 años un costo en torno a UF 115 millones, equivalente a cerca de 2,7 veces el valor de los actuales activos totales del sistema de Isapres. Esto se explicaría producto de que la eliminación de la Declaración genera una completa modificación en los riesgos de la cartera de las personas en Isapres, siendo ésta cada vez más compuesta por personas que entraron en busca de una atención médica, y menos por personas que se mantienen en el sistema de Isapres sin usarlo pero contribuyendo a su financiamiento, por cuanto estas personas se van paulatinamente a Fonasa.
20. Adicionalmente, el ejercicio permite dimensionar los aumentos de precios en los planes de salud que se requeriría para compensar los aumentos de costos en cada uno de los períodos. En particular, los precios promedios pasarían en el momento inicial de UF 27,9 a alrededor de UF 70 en el año seis, representando un incremento real en el precio de los planes en torno a 150% en el período. El fuerte aumento que requerirían los precios de los planes permite inferir la dificultad que encontraría el sistema para su materialización.
21. De esta forma, la magnitud de los costos hace imposible considerar que estos pudiesen ser absorbidos por el sistema privado de salud si no se elevan los precios de los planes en forma significativa. En este contexto, el ejercicio muestra que no es factible que el sistema se establezca en una cierta tasa de traspaso después de algunas rondas de traspasos, ya que financieramente el sistema privado de salud se hace inviable ante la imposibilidad de elevar los precios de los planes todo lo que se necesita para solventar el sistema.
22. En síntesis, la eliminación de la Declaración de Salud, sin mecanismos que frene la entrada de enfermos desde el Fonasa o que no se haga cargo financieramente de ella, llevará con una alta probabilidad a la quiebra del sistema. Esto podría ocurrir en el primer año de la aplicación, pues los ingresos no serán suficientes para solventar los gastos en prestaciones y licencias médicas al siguiente año, y consecuentemente, la Superintendencia de Salud deberá intervenir el sistema.

23. En definitiva, frente a la eliminación de la Declaración de Salud, los antecedentes permiten concluir que los traspasos de asegurados entre sistemas se generarán bajo un comportamiento oportunista, erosionando el correcto equilibrio de los riesgos involucrados y con ellos los costos a financiar, con el consiguiente efecto en la viabilidad y existencia de éste, si no media algún mecanismo que evite o se haga cargo de los movimientos de riesgos entre sistemas que se generarían al no existir la declaración de salud.

I. Introducción

Al igual que otros seguros, los de salud se caracterizan fundamentalmente por la incertidumbre en el uso de ellos, la aversión al riesgo de los agentes, y asimetrías de información que incentivan comportamientos oportunistas. Lo anterior ha llevado a que el mercado de seguros de salud genere instrumentos para mitigar los efectos negativos de estos comportamientos, entre los cuales está la Declaración de Salud que realizan las aseguradoras de salud cuando un potencial afiliado desea adscribirse.

La autoridad ha manifestado su decisión de legislar para eliminar la Declaración de Salud, por considerarla discriminatoria y no acorde a los principios de seguridad social. En concreto, al eliminar la Declaración de Salud lo que se está aboliendo es la facultad que hoy tienen las Isapres para rechazar o dejar con carencia a alguna persona que no está en el sistema y que desea ingresar a él. En este contexto, la Asociación de Isapres de Chile nos ha encargado un informe que, considerando los actuales mecanismos de financiamiento y de calidad que rigen a cada subsistema de salud, analice el impacto económico que tendría en el sistema de Isapres eliminar la Declaración de Salud para personas provenientes de Fonasa.

Para este objetivo el Informe se organiza de la siguiente forma. En la sección II se realiza un análisis del sistema de salud en Chile, considerando el sistema público de Fonasa y el sistema privado de Isapres. En esta sección se analizan los tamaños de ambos sistemas, las características de las personas adscritas a cada uno de ellos, el nivel de gasto observado y por beneficiario, además de corregir por aspectos relevantes para una adecuada comparación de costos. Por otra parte, se analizan los incentivos que tienen las personas para estar en uno u otro sistema de salud y, bajo el supuesto que se mantienen los mecanismos de financiamiento de cada sistema, la forma en que estos incentivos generarían traspasos de personas de un sistema a otro si es que se eliminara la Declaración de Salud.

En la sección III se realiza un análisis del seguro de salud y las principales características que son propias de este mercado, fundamentalmente considerando las asimetrías de información que generan problemas de riesgo moral y selección adversa. Además, estos comportamientos son analizados con la evidencia que entrega la encuesta CASEN del año 2017 a través de estimadores de emparejamiento o *matching*, concluyéndose que efectivamente estos problemas se observan en la data. Esta sección finaliza con una discusión respecto al rol que cumple la Declaración de Salud como herramienta que mitiga comportamientos oportunistas de los asegurados. En la Sección IV se realiza un ejercicio que cuantifica los costos que significaría para el Sistema Isapres poner fin a la Declaración de Salud sin que se incorpore ningún mecanismo adicional para enfrentar los incentivos

perversos que existen en los mercados de seguro ni tampoco haciéndose cargo de las diferencias de riesgo de las personas.

II.Descripción del Sistema de Salud

II.1. Mirada General del sistema de salud en Chile

El Decreto Ley 3.500 de 1980 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social establece en su Artículo N° 84 que los trabajadores podrán aportar su cotización de salud (7% del salario imponible) a alguna institución o entidad que le otorgue las prestaciones y beneficios de salud. Posteriormente, en el Decreto con Fuerza de Ley N° 3 de 1981 del Ministerio de Salud se fijaron las normas para el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud, por instituciones de salud previsual.

Ambos cuerpos legales permitieron el surgimiento de aseguradoras privadas de salud, o Isapres, siendo las personas las que pudieron optar por quedarse en el sistema público de salud o afiliarse a una Isapre. Más adelante, durante los años 2000, se realizaron nuevas modificaciones al sistema de salud, destacando en el sistema de Isapres la Ley N° 19.895 (“Ley Corta de Isapres”) que buscó resguardar la solvencia de las aseguradoras y la protección de sus beneficiarios en caso de cancelación del registro de la Isapre, y la Ley N° 20.015 (“Ley Larga de Isapres”) que buscó proteger a los usuarios y mejorar los problemas de información y cautividad, creándose también el Fondo de Compensación Solidario entre las Isapres asociado a las prestaciones con Garantías Explícitas en Salud (GES).

En la actualidad, el sistema de seguridad social en salud en Chile está compuesto principalmente por dos instituciones, el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), y las Instituciones de Salud Previsual (Isapres).¹ En el caso de las Isapres existen de dos tipos, abiertas y cerradas,² siendo la modalidad de abiertas la que concentra a la inmensa mayoría de los afiliados perteneciente al sistema de Isapres. Según consta en los registros administrativos de la Superintendencia de Salud, existen cerca de 14 millones de beneficiarios en Fonasa, y alrededor de 3,4 millones en Isapres.

Fonasa ofrece un plan único, con dos modalidades de atención (MAI³ y MLE⁴), a sus cotizantes y cargas. En este sistema, un tercio del financiamiento proviene de la cotización obligatoria de los trabajadores (7%) y la fracción restante proviene de aportes fiscales y municipales. En tanto, en el sistema Isapres, dos tercios del financiamiento proviene de la cotización obligatoria y el resto de los aportes voluntarios realizados por sus afiliados cuando la cotización obligatoria es insuficiente para financiar el plan de salud escogido. De

¹ También existe un sistema especial para las Fuerzas Armadas, seguros complementarios voluntarios y otras alternativas que vamos a obviar del análisis para centrarnos en los dos principales.

² Las Isapres abiertas son aquellas en que la afiliación y los planes de salud son de oferta pública, mientras que las Isapres cerradas son aquellas que realizan prestaciones a trabajadores de una determinada empresa o institución.

³ Modalidad Atención Institucional.

⁴ Modalidad Libre Elección.

esta forma, en Isapres la cotización promedio corresponde a 10% del salario imponible. En ambos sistemas, no obstante, se observa que en promedio la cotización legal de salud no alcanza para financiar la salud demandada.

Dado que el promedio del ingreso salarial de las personas en Isapres es mayor que el de las personas en Fonasa, el monto de aporte per cápita también es mucho mayor en Isapres que en Fonasa. En efecto, si observamos los ingresos per cápita y total de los hogares para diferentes percentiles de ingreso según lo reportado en la Encuesta CASEN del año 2017 (Cuadro N° 1), la mediana de ingresos per cápita de las personas adscritas a Fonasa está en \$ 218.662, mientras en el caso de las personas adscritas a Isapres su ingreso per cápita mediano se ubica en \$ 602.782. Por su parte, el ingreso total para los hogares que están en Fonasa alcanza una mediana de \$780.000, mientras que para los hogares que están en Isapres la mediana del ingreso total por hogar se eleva a \$ 2.022.254.

Cuadro N° 1: Distribución de Ingresos por Hogar

Tipo Ingreso	Sistema	Percentil					Promedio
		10%	25%	50%	75%	90%	
Ingreso per Cápita Hogar	FONASA	102,362	147,500	218,662	329,500	488,403	276,664
	ISAPRE	232,500	354,667	602,782	1,081,445	1,752,500	871,904
Ingreso Total Hogar	FONASA	360,000	518,813	780,000	1,182,599	1,711,119	963,604
	ISAPRE	819,000	1,230,000	2,022,254	3,404,886	5,500,000	2,817,845

Nota: En los números del Cuadro la coma corresponde a la separación de miles

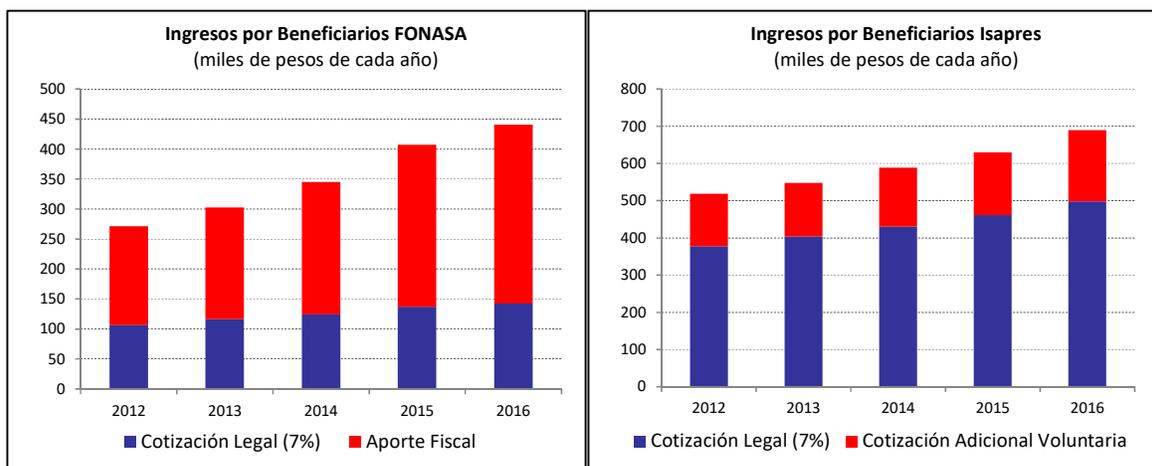
Fuente: CASEN 2017. Ordenados por nivel de ingresos, el percentil representa el porcentaje acumulado de hogares de la población. En particular, para el percentil 50% el Cuadro entrega el valor de ingreso del hogar que se encuentra justo en la mitad de la distribución de los hogares, correspondiendo éste a la mediana.

De esta diferencia de ingresos de las personas adscritas a Fonasa e Isapres no es posible deducir la diferencia que exhiben los ingresos totales de ambos sistemas, así como tampoco la diferencia de costos incurridos en atenciones de salud en ambos sistemas. En lo fundamental, lo anterior se debe a que si bien las Isapres obtienen sus ingresos aplicando un factor de 10% (promedio) sobre un mayor salario que el de las personas de Fonasa, cuyo factor es 7% sobre el salario, en el caso de Fonasa existe una fuente de ingreso adicional de aporte fiscal que es muy sustancial, llegando a alrededor de 65% de los ingresos de este sistema. Así, en Fonasa el 7% sobre salarios representa sólo un tercio de los ingresos del sistema, mientras que, en el caso de las Isapres abiertas, el aporte directo de las personas representa el 100% de la fuente de financiamiento.

Como se observa en el Gráfico N° 1, los ingresos por beneficiario que obtiene el sistema Fonasa vienen determinado sólo en un tercio por los aportes directos de las personas a través del descuento del 7% de su sueldo, mientras que dos tercios son ingresos que se obtienen por un subsidio fiscal financiado con impuestos generales, el que además ha ido creciendo en el tiempo más que el aporte de las personas. En concreto, mientras que el ingreso por beneficiario proveniente de la cotización obligatoria creció 4% anual el año 2016 (medido a pesos corrientes), el aporte fiscal creció más del doble al hacerlo a una tasa de 10,2% anual.⁵

Se debe considerar además que esta disparidad entre el aporte fiscal y el aporte del cotizante puede llevar a las personas a tener la equivocada percepción que en Fonasa el costo de las atenciones está muy por debajo del que realmente tiene, por cuanto observan sólo la parte que es financiada de forma directa por ellos con su cotización de 7%⁶). Por otra parte, frente a un aumento de costos del Fonasa, sus cotizantes no lo sienten de manera directa a través de un alza de precios, pues esa alza la asume el Fisco.

Gráfico N° 1: Descomposición de Ingresos por Sistema por Beneficiario



Fuente: Superintendencia de Salud

⁵ Los años previos también se observan crecimientos más altos en el aporte fiscal que en el ingreso de las cotizaciones obligatorias. En este sentido, cabe señalar que durante la primera mitad de la década de los 2000 el subsidio estatal representó menos de la mitad del total de ingresos de Fonasa, para luego ir elevándose hasta cerca de del 65% que representa en la actualidad.

⁶ En el caso de la Modalidad de Atención Institucional (MAI) es posible que este costo no lo vean, por cuanto el costo a pagar por el cotizante es cero. En tanto, en la Modalidad Libre Elección (MLE) ambulatorio, para los grupos de población C y D el copago es bajo.

Lo anterior contrasta significativamente con la forma de financiamiento del sistema de Isapres, cuya cotización obligatoria del 7% cubre poco más del 70% del financiamiento, el que es complementado con una cotización adicional voluntaria cuando la cotización obligatoria no alcanza a pagar el plan escogido para él y sus cargas. Por lo que el usuario de este sistema observa de forma más precisa el real costo detrás de su plan en relación con el que tiene un cotizante de Fonasa.

Con todo, de la información del Gráfico N° 1 se observa que en Fonasa el ingreso por beneficiario se ubicó en \$ 440 mil el año 2016 (\$ 298 mil de subsidio fiscal), mientras que en el sistema de Isapres esta cifra alcanzó \$ 689 mil.

Ahora bien, para analizar en mejor forma estas diferencias debemos considerar indicadores de costos e ingresos más adecuados que los simples promedios por beneficiario de cada sistema, por cuanto es relevante ajustar tanto por el mayor costo de licencias médicas que se deriva de un mayor sueldo en las personas que cotizan en Isapres, como también por el uso que cada sector realiza del sistema de salud en términos de atenciones, exámenes, hospitalizaciones, etc., sobre todo considerando las atenciones médicas más costosas.

Para tal efecto se ha construido el Cuadro N° 2, que corresponde a información de ingresos y costos del año 2016 en ambos sistemas.⁷ Luego de considerar los ingresos por imposiciones (7%), ingresos adicionales en Isapres, otros ingresos, y el subsidio que Fonasa obtiene de parte del Fisco, se llega a que el Ingreso total de las Isapres alcanzó \$ 2,37 billones, mientras que en Fonasa esta cifra llegó a \$ 6,27 billones, es decir, los ingresos totales de las Isapres representaron el 37,8% de los ingresos totales de Fonasa. Por su parte, en relación a los costos, las Isapres tuvieron costos por \$ 2,35 billones, mientras que el costo total de Fonasa ascendió a \$ 6,25 billones, lo que equivale a decir que las Isapres representaron el 37,5% de los costos de Fonasa. Lo anterior debe verse en el contexto que el número de beneficiarios de las Isapres correspondieron en el año 2016 al 25,2% del total de los beneficiarios de Fonasa.

Con todo, al observar el costo total por beneficiario se tiene que en el caso de Isapres éste ascendió a \$ 684.545, mientras que en el caso de Fonasa éste fue \$ 459.582, lo que refleja una diferencia de \$ 224.964. Estas cifras, sin embargo, pueden inducir a error. En efecto, como se mencionó anteriormente, estas diferencias deben ser corregidas por cuanto hay que considerar que en el caso de las Isapres existe un mayor ingreso promedio de las personas adscritas que conlleva mayores costos por pagos de licencias médicas. Dado lo anterior, para comparar los costos de tratamientos médicos propiamente tal resulta más

⁷El año 2016 es el último año disponible con información para Fonasa.

apropiado excluir los costos asociados a dichas licencias. Adicionalmente, es importante observar las diferencias de uso que tienen las personas pertenecientes a cada sistema. En la parte inferior del Cuadro N° 2, se reporta el número de atenciones médicas que las personas declaran en la Encuesta CASEN haber recibido.⁸ En el caso de Fonasa, se tiene un promedio de uso de 0,82 atenciones al año, lo que es menor al que es reportado por las personas adscritas a Isapres cuyo promedio es de 0,94.

Al considerar estos aspectos se obtiene un costo por beneficiario corregido por uso de \$ 554.585 en el caso de Isapres y de \$ 470.394 en el caso de Fonasa, lo que conlleva una relación de 1,18 veces de mayor gasto en Isapres frente a Fonasa.⁹

Cuadro N° 2: Comparación Ingresos y Costos per cápita Fonasa e Isapres

Cuentas (millones de \$ de 2016)	Isapre	Fonasa
Ingresos imposiciones	1,706,256	1,938,698
Aporte fiscal	0	4,048,445
Ingresos adicionales	657,110	0
Otros ingresos	6,916	198,635
Total ingresos	2,370,281	6,267,203
Total costos	2,346,393	6,249,685
Gasto licencias médicas	445,460	647,983
N° Beneficiarios (personas)	3,427,665	13,598,639
Atenciones médicas por tipo	Isapre	Fonasa
Consulta general (N°)	1.05	1.14
Consulta urgencia (N°)	0.44	0.78
Consulta salud mental (N°)	0.39	0.21
Consulta especialidad (N°)	1.38	0.71
Consulta dental (N°)	0.84	0.54
Controles salud (N°)	1.53	1.93
Exámen laboratorio (N°)	2.55	1.96
Rayos X - Ecografía (N°)	0.90	0.59
Hospitalización e intervenciones quirúrgicas (Sí=1, No=0)	0.08	0.06
Tratamientos médicos (Sí = 1, No=0)	0.21	0.27
Uso promedio atenciones médicas	0.94	0.82
Costo total per cápita sin licencias médicas y considerando promedio de atenciones médicas	554,585	470,394
Relación de costo de atenciones por beneficiario Isapre frente a Fonasa	1.18	

Nota 1: Todas las atenciones trimestrales se multiplicaron por 4 para expresarlas en frecuencia anual.

Nota 2: En los números del Cuadro el punto corresponde a la separación decimal y la coma corresponde a la separación de miles.

Fuente: Elaboración en base a datos de la Superintendencia de Salud y CASEN 2017

⁸ Si bien la Encuesta pregunta por atenciones los últimos 3 meses, se ha amplificado por 4 para tener una base anual.

⁹ Este resultado se encuentra en línea con lo reportado por el Ministerio de Salud para el año 2015, donde el gasto per cápita asistencial de Isapres correspondió a 1,2 veces el gasto asistencial per cápita de Fonasa.

En síntesis, si bien los beneficiarios de cada sistema de salud perciben una significativa diferencia de dinero que deben destinar a cubrir sus necesidades de salud, luego de realizar ajustes pertinentes para una adecuada comparación (ajustando por cantidad y costo de las distintas prestaciones de salud), se observa que el costo por beneficiario no exhibe una diferencia muy significativa entre ambos sistemas de salud.

Lo anterior es de suma relevancia ante la posibilidad que se permitiese el traspaso sin restricciones desde Fonasa a Isapres, ya que lo eficiente por la solvencia del sistema de Isapres sería que este traspaso debiese considerar un financiamiento que adecuadamente incorpore el subsidio estatal que hoy ya recibe el beneficiario de ese sistema, además de algún componente que considere una compensación por un eventual mayor riesgo que exhibirían algunos cotizantes.

La evidencia muestra que los costos de salud exhiben una tendencia creciente en la mayoría de los países. En efecto, el aumento de gasto en salud ha sucedido en todos los países OCDE en tendencia, y tiene que ver con diferentes factores, tales como un mayor nivel de ingreso;¹⁰ factores demográficos que llevan a elevar el gasto en salud para la población de mayor rango etario; mejoras tecnológicas que si bien traen consigo mejoras en la calidad de vida, más precisión en los diagnósticos, tratamientos más acertados, etc., también traen aparejados mayores costos;¹¹ entre otros factores.

A modo de ejemplo el Gráfico N° 2 presenta el gasto per cápita en salud para una serie de países OCDE seleccionados. Como se observa la evolución del gasto per cápita en salud en el tiempo es creciente,¹² en muchos casos más que duplicándose en el período 2000-2017.

Cabe señalar que de la información de los 36 países que presenta la base de datos OCDE, el gasto en salud per cápita de Chile es uno de los más bajos, ubicándose en todo el período en torno al lugar 33 de los 36. Esta ubicación debe ser vista con cuidado a la luz del PIB per cápita que presenta nuestra economía en relación al resto de los países, ya que

¹⁰ Esta relación fue inicialmente abordada por Newhouse en "Medical-Care Expenditure: A Cross-National Survey", (1977).

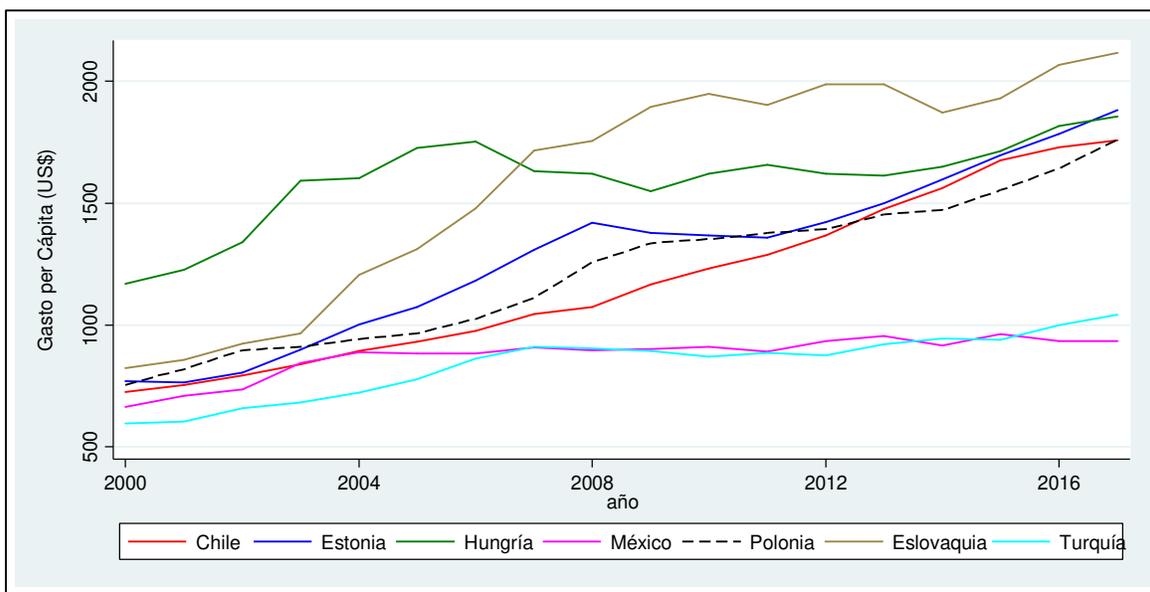
¹¹ Para ver detalles de varios estudios citados puede consultarse el documento de la OMS, "The determinants of health expenditure", 2011, página 4; como también "Medical technology as a key driver of rising health expenditure: disentangling the relationship", Sorenson et al. (2013), página 226. Adicionalmente, Smith et al. (2009) sostienen que existe un amplio consenso respecto a que la tecnología es un impulsor primordial en el aumento de gasto en salud, a lo que agregan que de sus estimaciones el crecimiento del gasto en salud per cápita desde 1960 al 2007 es explicado en torno a 27%-48% por la tecnología médica, reconociendo los autores que este porcentaje es algo inferior al que ha sido obtenido en estudios previos. Para detalles "Income, Insurance, and Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth?"

¹² La base de datos de la OECD contiene 36 países, pero para evitar colapsar el gráfico se han seleccionado aquellos países que según PIB per cápita eran los más similares a Chile en el año 2000. En todo caso, más allá de volatilidades particulares de algunos países, la tendencia general de todo el grupo es creciente.

si observamos el lugar que el PIB per cápita de Chile ocupa dentro de los 36 países considerados, éste se ubica en torno al lugar 34.

Más específicamente, el gasto per cápita en salud del año 2017 se ubicó en el 8,5% inferior, mientras que el PIB per cápita del mismo año se ubicó en el 2,8% inferior, lo que refleja que para el nivel de PIB per cápita el gasto en salud está por sobre lo que se podría esperar.

Gráfico N° 2: Evolución Gasto per Cápita en Salud



Fuente: OECD Statistics

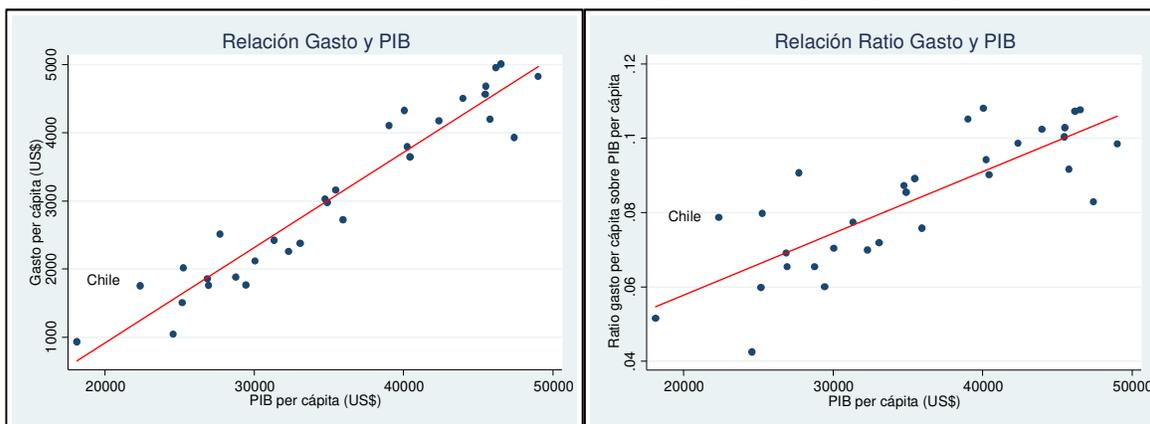
En efecto, el Gráfico N° 3 permite observar el comportamiento del gasto en salud per cápita frente al PIB en un año particular (2017) para el conjunto de países OCDE como una forma de evaluar en qué lugar se encuentra Chile frente a sus pares y cuál es la tendencia esperada conforme avance su nivel de PIB per cápita. Adicionalmente se puede observar el comportamiento de la razón (Gasto per cápita)/ (PIB per cápita) frente al PIB per cápita para evaluar si un mayor nivel de PIB per cápita tiene alguna relevancia ya no sólo en el nivel de gasto, sino que además en una mayor intensidad en gastos de salud.

Como se observa en el Gráfico N° 3 existe una clara tendencia creciente en ambos casos, reflejando que en la medida que los países son más ricos no sólo gastan más en salud,^{13 14}

¹³Estimamos una elasticidad no ajustada entre el gasto real en salud per cápita y el PIB real per cápita entre todos los países de la OCDE (2016), al estilo de Newhouse (1977), usando datos de panel corregidos por PPP

sino que también su proporción de gasto como porcentaje del PIB es mayor.¹⁵ En el caso de Chile, su ubicación por sobre la línea de regresión refleja que su gasto en salud es mayor al que se esperaría dado su nivel de PIB per cápita.

Gráfico N° 3: Relación Gasto en Salud per cápita y PIB per cápita



Fuente: OCDE Statistics y Fondo Monetario Internacional

En suma, la evidencia señala que es esperable una situación de aumento del gasto per cápita en salud en el tiempo, por lo que la fórmula propuesta para enfrentar los diversos aspectos de atenciones de salud por tipo de prestador y financiamiento debe tener presente esta situación para que sea sostenible en el tiempo.

En el caso del sistema privado, sería esperable que los mayores costos fuesen traspasados a los usuarios a través de las primas por cuanto las Isapres están autorizadas legalmente para subir las cada año. No obstante, la última década la justicia ha acogido y fallado a favor de usuarios que demandan a sus Isapres por dichos aumentos en la prima, lo que genera incertidumbre respecto al financiamiento. En el caso de Fonasa, los mayores

y con efectos fijos para el período 2000-2017. Esta elasticidad arroja un coeficiente de 1,4 (usando las medianas de las variables), aunque este número refleja no solamente el efecto ingreso puro, sino que también otros factores que afectan el gasto en salud y que están correlacionados con el PIB per cápita, tales como tecnología, precios médicos, seguros, etc. Este mismo comentario también es realizado en “Income, Insurance, and Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth?”, Smith et al. (2009). Más allá de pretender estimar una adecuada elasticidad ingreso, la magnitud estimada refleja en qué grado el gasto per cápita crece a un ritmo mayor al del PIB per cápita.

¹⁴ Un gráfico similar entre gasto per cápita y PIB per cápita se observa en el libro de la OECD “A disease-based Comparasion of Health Systems”, 2003. Parte II, capítulo, página 109.

¹⁵ Tanto el gasto en salud per cápita como el PIB per cápita están expresados en dólares corrigiendo por paridad de poder de compra (PPP). Se han excluido las economías con sobre US\$ 50.000 per cápita para una comparación más homogénea en torno a la economía chilena. Así, quedaron fuera del análisis Estados Unidos, Suiza, Noruega, Irlanda y Luxemburgo.

costos si bien no son cubiertos con un mayor porcentaje de carga a los asegurados (el 7% se ha mantenido constante), sí hay un efecto derivado de mayores salarios, aunque buena parte del mayor costo se traduce en deuda hospitalaria, listas de espera, y un importante aumento del aporte estatal.

II.2. Flujos esperados de cambios entre Fonasa e Isapres

En la actualidad existen determinadas características en el sistema de salud privado y público que hacen posible evaluar cuál sería el flujo esperado de personas desde un sistema a otro ante un cambio específico de una variable relevante, como viene a ser la Declaración de Salud. Los posibles patrones de cambio entre sistemas se analizan a continuación.

Una de las principales críticas a las Isapres es que estas descremarían el mercado, quedándose con los mejores clientes en el sentido de que presentan menor riesgo, dejando el resto a Fonasa. Sin embargo, se debe considerar que este resultado está más bien asociado con la forma en que Fonasa realiza el cobro de su prima – 7% del ingreso, independiente del riesgo y tamaño del grupo familiar –, que con el comportamiento activo de parte de los seguros privados.

Otro elemento muy relevante de la discusión se relaciona con la capacidad económica de que una persona adscrita a Fonasa tenga la posibilidad de moverse a una Isapre en caso de necesitarla por algunos períodos (meses, por ejemplo), para luego volver a Fonasa una vez que ha cubierto su necesidad de salud. En otras palabras, se argumenta que las limitaciones de ingreso son suficientes para evitar que una persona se cambie de un sistema a otro en caso de necesitarlo. Lo primero que es importante resaltar es que el objetivo de las Isapres no es evitar el cambio, ya que es evidente que estas instituciones obtienen sus recursos de las personas adscritas al sistema, donde pueden además aprovechar una mayor economía de escala, y un mayor grado de diversificación de riesgo mientras mayor sea la población en el sistema. Sin embargo, las Isapres sí buscarían que este cambio reciba una prima que es actuarialmente justa (es decir, una prima que cubre los costos), por cuanto es ahí donde radica la sostenibilidad del sistema.

Ahora bien, considerando la situación actual de valoración que la ciudadanía tiene de Fonasa y de las Isapres, la eliminación de la Declaración de Salud debiese llevara observar movimientos de personas con problemas de salud hacia Isapres y de personas sanas hacia Fonasa, haciendo inviable el sistema privado de salud en poco tiempo, generando también un problema mayor al sistema público dado que tendría que hacerse cargo de los beneficiarios actuales de las Isapres que se podrían cambiar.

El flujo de personas antes señalado se fundamenta en que los ciudadanos valoran de mucha mejor forma la atención y calidad de los centros médicos privados que los públicos. En efecto, un estudio publicado por Fonasa¹⁶ indica que para el año 2017 los centros médicos y clínicas privadas obtienen una nota muy favorable¹⁷ en el 61% de los casos, mientras que sólo en el 5% de los casos la nota es deficiente.¹⁸ En contraste, en el caso de los hospitales públicos, los consultorios y el Compín (Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez) la nota muy favorable la entregan en promedio sólo el 34% de las personas, mientras que la nota deficiente en promedio es del 26% de las personas.¹⁹

Por su parte, en la IX Encuesta del Instituto de Salud Pública de la UNAB junto con ADIMARK, ante un escenario donde Fonasa e Isapres tuvieran el mismo costo se observa que el 52% del total de las personas dice preferir Fonasa, mientras que 39% dice preferir Isapres (el resto no sabe o no responde). Lo anterior contrasta con la efectiva participación que tienen ambos sistemas de salud, por cuanto el año 2016 Fonasa exhibió una participación del 74,4%, mientras que Isapre 18,7%, reflejando que el sistema privado es efectivamente más valorado de lo que la realidad de cada persona permite.

Otro estudio de la Universidad de Concepción²⁰ refleja que la sensación de protección es significativamente mayor en las Isapres en relación a Fonasa, observándose que en el año 2017, la sensación de protección neta (sensación de protección menos sensación de desprotección) es de 34 puntos en Fonasa frente a 57 de las Isapres.

En el mismo estudio se tiene un indicador de tiempos de espera para la hospitalización, lo que reflejó que en el año 2017 el promedio de quienes solicitaron hospitalización tuvieron que esperar 124 días en el caso de Fonasa, mientras que en Isapres la espera fue de 19 días.

Adicionalmente es interesante observar las ventajas y desventajas que ofrece cada sistema para los usuarios, lo cual es abordado en una de las preguntas de la Encuesta de la Universidad de Concepción. En el caso de Fonasa las principales ventajas son la posibilidad de gratuidad para quienes no pueden pagar (62%), el bajo costo de las consultas a médicos particulares (30%) y el bajo costo de exámenes (26%). Las desventajas, en tanto son la ausencia de especialistas que atienden por convenio Fonasa (48%), la espera

¹⁶ “Estudio Indicadores Globales Fonasa 2017”, diciembre 2017.

¹⁷ De 6 a 7 en una escala de 1 a 7.

¹⁸ De 1 a 4 en una escala de 1 a 7.

¹⁹ Más específicamente, el porcentaje de nota favorable es 45% en los consultorios, 36% en los hospitales públicos y 20% en Compín. Por su parte la nota desfavorable es 19% en los consultorios, 30% en hospitales públicos y 29% en Compín.

²⁰ “Estudio de opinión sobre el sistema de salud 2017”, elaborado por la Universidad de Concepción para el Ministerio de Salud, febrero de 2018.

prolongada para atención en Oficinas de Fonasa (34%), y la no venta de bonos en todos los centros de salud (27%). En otras palabras, se valora el precio bajo, pero se echa de menos una mejor y más oportuna atención.

En el caso de las Isapres lo que más se valora es la disponibilidad de especialistas en convenio con su sistema de salud (35%), la amplia cobertura que tiene para consultas médicas (31%), y una mejor cobertura que Fonasa (31%). Por su parte, las principales desventajas mencionadas son el alza de precios de los planes de salud (63%), la baja cobertura en enfermedades pre-existentes (33%), y la falta de cobertura en medicamentos (20%). En síntesis, las personas valoran las atenciones de salud y cobertura, pero critican aspectos monetarios y de menor cobertura en preexistencias.

Por último, en el citado estudio también se construye un indicador de satisfacción neta que considera satisfacción con el sistema de salud, satisfacción con los centros de salud (hospitales, clínicas, etc.), satisfacción con el tipo de seguro de salud y satisfacción con la información que se recibe del seguro de salud, observándose que Fonasa exhibe un puntaje de -4 mientras que las Isapres obtienen un puntaje de 34. Esto refleja que hay más personas insatisfechas que satisfechas en el caso de Fonasa, mientras que la situación es inversa en el caso de las Isapres.

Otro elemento que se debe tener a la vista es la cantidad de casos que se encuentran esperando ser atendidos en el sector público. En concreto, según consta en la información pública de mediados de 2018,²¹ más de un millón de casos no GES se encontraban esperando por más de seis meses una interconsulta para una consulta de una nueva especialidad, lo que representaba el 60% del total de los casos en espera por este concepto.²² Por el lado de las intervenciones quirúrgicas no GES, más de 123 mil casos se encontraban esperando por más de 1 año para ser atendidas. Por su parte, en lo que se refiere a atenciones GES, están reportados más de nueve mil casos, donde los principales 6 tipos de prestaciones equivalen al 51% del total.

Con todo, lo anterior refleja con claridad que el sistema privado es más valorado por la ciudadanía en lo que se refiere a atenciones de salud, por lo que la posibilidad de cambiarse de un sistema a otro sin mecanismos adecuados de gestión de riesgos derivaría en que el flujo de personas buscando atenciones médicas más oportunas sería desde Fonasa a Isapres. Adicionalmente, de los resultados de las encuestas de percepción también se desprende que las personas valoran la posibilidad de pagar poco o nada, lo

²¹ Glosa 06, Ministerio de Hacienda, agosto de 2018.

²² En general hay más casos que personas porque una misma persona puede requerir más de una asistencia médica. En agosto de 2018 la relación en interconsultas no GES era de 1,17 por cada persona, mientras que la relación de intervenciones quirúrgicas no GES fue de 1,11 por cada persona.

cual señala que un individuo que no requiere una atención de salud valorará más el pago menor, lo que llevaría a que las personas más sanas fluyan desde Isapres a Fonasa, sabiendo que en la eventualidad de requerir una atención oportuna se podrá cambiar fácilmente de sistema. Este comportamiento destruye por completo el concepto de seguro y la distribución de riesgos que se intenta lograr en la población.

Es importante recalcar que si bien las personas valoran mucho más la calidad entregada en el sistema de Isapres en relación al de Fonasa, esto no quiere decir que van a permanecer en Isapres, ya que lo que valoran es la atención, no la permanencia, por lo que si no requieren asistencia médica van a preferir estar en el sistema más barato, y cuando requieran la atención van a cambiarse al sistema que mejor satisface su necesidad de atención, para luego volver al sistema Fonasa.

En otras palabras, en el estado de la naturaleza “sano”, el individuo asigna más importancia relativa a un pago bajo, mientras que en el estado de la naturaleza “enfermo” el individuo asigna mayor importancia relativa a una asistencia médica adecuada. Esto lleva a que, en el límite, las Isapres tiendan a quedarse con los individuos relativamente enfermos, y Fonasa con los individuos relativamente sanos.

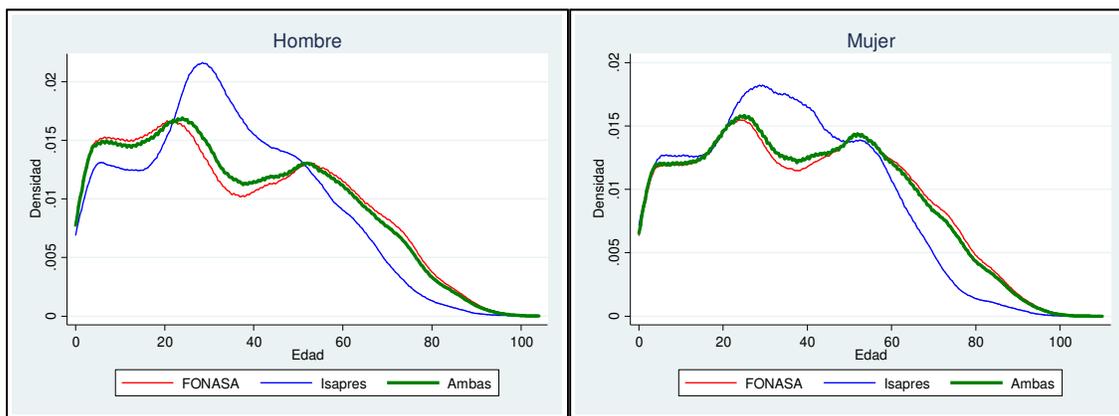
Otro elemento que resulta necesario considerar es la configuración etaria y de género que actualmente exhiben ambos sistemas. Para ello se presenta el Gráfico N° 4 con las distribuciones de las densidades (no el número de personas), separando por género y según sistema de salud. Además se ha incluido una línea que muestra la distribución de la población actual de ambos sistemas para tenerla como referencia.

En el caso de los hombres hay un aumento importante de la densidad en Isapres entre los 20 y los 40 años aproximadamente, para luego descender y ubicarse por debajo de la línea referencial en edades más altas, donde Fonasa exhibe un mayor protagonismo. En el caso de las mujeres, la situación es en esencia la misma, aunque uno de los principales matices es que el salto de la densidad en Isapres en edades 20-40 años es menos pronunciado que en los hombres, lo que refleja que la titularidad en este sistema para este grupo etario es relativamente menos significativa que en los hombres.

Lo anterior es relevante a la luz de los posibles flujos de personas motivadas por una conducta oportunista en el uso del sistema que posiblemente se gatillaría al eliminar la Declaración de Salud. En este caso analizado, parte de los hombres y mujeres jóvenes preferirían ir a Fonasa mientras se encuentren sanos, y sólo tomar el seguro de Isapre en caso de requerirlo, observándose una fuga de estos grupos. En el caso de las personas más adultas es probable que se mantengan en Fonasa a menos que requieran una atención. En

ambos casos el sistema Isapre iría convergiendo a ser usado sólo por las personas que requieren atención, para luego abandonarlo y cambiarse a Fonasa.

Gráfico N° 4: Distribución Etaria por Género y Edad Fonasa e Isapres



Fuente: CASEN 2017

Dadas las características actuales de los sistemas en relación con los participantes, edades, situación económica y percepciones que se tienen de ambos sistemas, uno de los principales argumentos que podría darse para sostener la tesis que poner fin a la Declaración de Salud no generaría impacto en los flujos de personas de un sistema a otro es que existe una limitante económica que es suficiente para evitar el comportamiento oportunista que se desea limitar.

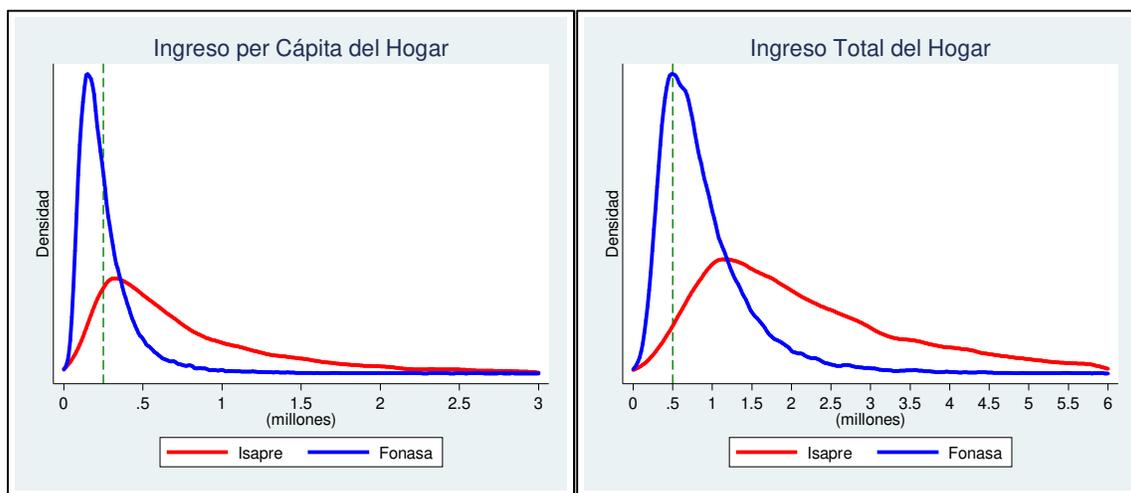
En concreto, se podría argumentar que el mayor desembolso que las personas deberían realizar para cambiarse desde Fonasa a una Isapre es tan alto que resulta prohibitivo, lo cual sería más que suficiente para evitar un comportamiento oportunista sin la necesidad de tener que contar además con el instrumento de la Declaración de Salud.

Para evaluar esta hipótesis vamos a utilizar la información de la encuesta CASEN 2017 y comparar los participantes de cada sistema por nivel de ingreso. La hipótesis que el ingreso de cada persona es suficiente para que no exista un comportamiento oportunista se confirmaría si es que el soporte común por ingreso de las personas de cada sistema fuese nulo (o muy pequeño como para ser relevante). Como se observa en el Gráfico N° 5, existe una enorme zona de soporte común más allá de las cifras que se han marcado como referenciales (\$ 200.000 en ingreso per cápita y \$ 500.000 en el ingreso del hogar).²³

²³ Considerando el número de personas en el hogar promedio, un ingreso del hogar de \$ 500.000 corresponde a uno per cápita de \$ 128.989. Se prefirió usar un valor más alto como referencial debido a que hay economías de escala en el hogar.

Esto refleja que actualmente existen muchas personas que están en Fonasa y que su ingreso no les resulta prohibitivo para cambiarse a Isapres, sobre todo pensando en que el cambio de sistema de salud se realizaría mientras dure el tratamiento médico.

Gráfico N° 5: Distribuciones de Ingreso per Cápita y por Hogar en FONASA e Isapres



Fuente: CASEN 2017

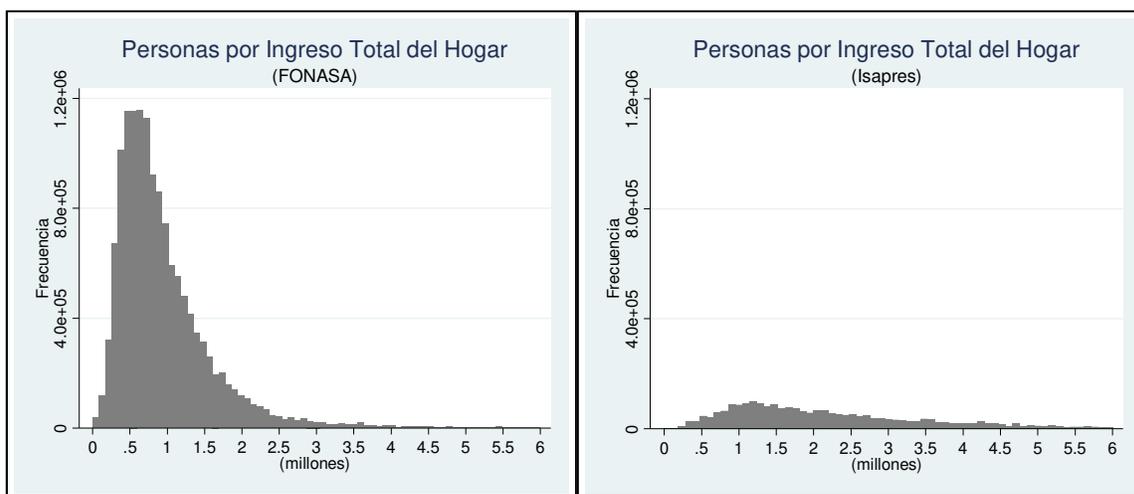
Cabe señalar además que esta comparación de ingresos no toma en cuenta la posibilidad de que las personas pudiesen recibir apoyo económico de terceros o a través de préstamos bancarios o de otra institución financiera para solventar el mayor gasto en salud mientras se encuentran en Isapres, considerando que en muchos casos este mayor gasto para hacer frente al problema de salud sería por un período acotado, mientras dure el tipo de asistencia médica requerida.

Es importante notar que en el Gráfico N° 5 se presentan las distribuciones según sus densidades, no por el número de personas de cada sistema, reflejando que evidentemente existe un importante soporte común de ingresos entre ambos sistemas. A lo anterior se suma el hecho que el sistema Fonasa representa prácticamente cinco veces en cantidad de personas al de Isapres, lo que genera un enorme potencial de cambios de personas (gran parte de ellas con alguna enfermedad) desde Fonasa hacia Isapres.

Para tener una perspectiva de los tamaños de cada sistema por nivel de ingreso del hogar se han construidos los histogramas reportados en el Gráfico N° 6, entregándose por separado las personas en Fonasa y en Isapres y estableciendo la misma escala en ambos casos para una adecuada comparación. Como queda en evidencia, existe una enorme masa de personas que por su ingreso podrían potencialmente tomar la decisión de migrar

a Isapres en búsqueda de una mejor o más rápida atención, para luego devolverse a Fonasa.

Gráfico N° 6: Histogramas del Ingreso Total del Hogar en FONASA e Isapres



Fuente: CASEN 2017

No sólo eso, de los individuos que actualmente se encuentran adscritos a Isapres ante la eventualidad de algún siniestro de salud en el futuro, la libre movilidad entre sistemas generaría incentivos a cambiarse de sistema pasando desde Isapres a Fonasa, ahorrándose el costo adicional que les significa la Isapre, y en caso de necesitar la atención volver al sistema de Isapres, para que una vez hayan satisfecho su necesidad de atención de salud del evento materializado, nuevamente vuelvan a Fonasa.

Como una forma de cuantificar la cantidad de personas potenciales que podrían tomar la decisión de pasarse de un sistema a otro, podemos contar el número de individuos dentro de determinados niveles de ingreso de cada sistema. Así, fijando como umbrales referenciales el ingreso total del hogar entre \$ 500.000 y \$ 2.500.000, la encuesta CASEN 2017 refleja que existen más de 10 millones de personas en Fonasa cuyos hogares cumplen con la condición de ingresos mencionada anteriormente,²⁴ y casi 1,5 millones de personas en Isapres dentro de los mismos rangos.

²⁴ Si modificamos el umbral inferior, manteniendo el nivel superior, las cifras de personas siguen siendo muy elevadas. En efecto, si fijamos el umbral inferior en \$ 600.000 hay casi 9 millones de personas en Fonasa que cumplen con dichos rangos; en \$ 700.000 poco más de 7,5 millones de personas; en \$ 800.000 casi 6,3 millones de personas; y en \$ 900.000 más de 5,2 millones de personas.

Con todo, entendiendo que las Isapres no buscan evitar el cambio desde Fonasa, sino que de ocurrir se haga a una prima que sea actuarialmente justa, y entendiendo que en atenciones de salud el sistema privado es mejor valorado, la hipótesis de que el ingreso de las personas es un limitante suficiente para evitar conductas de *free rider* no tiene sustento, por cuanto existe una muy importante zona de soporte común que permitiría a personas cambiarse de un sistema a otro.

En este sentido, el poner fin a la Declaración de Salud debiese llevar a observar un comportamiento oportunista de las personas, que usaría el sistema de salud privado sin contribuir adecuadamente en su financiamiento, sino que sólo aportando recursos cuando sucede el siniestro, lo que hace inviable el funcionamiento de un sistema de seguros.

III. Aspectos Teóricos del Concepto de Seguro

III.1 Aspectos generales

El seguro es una forma en que las personas que están expuestas a un riesgo agrupan sus recursos en una especie de fondo común para hacer frente a las consecuencias económicas negativas que se producirán en aquellas personas en que el hecho constitutivo del riesgo finalmente se materializa. Además de resguardar de una catástrofe, el seguro tiene un componente social, por cuanto es un instrumento de dilución de pérdidas de unos pocos con cargo al conjunto de las personas que aportan al fondo. En términos simples, se transfiere riesgo al asegurador a cambio de un precio, y éste lo acepta porque puede diversificarlo apropiadamente, siendo ésta una condición fundamental para la existencia del seguro.

Existen ciertas características en los mercados de seguros en general, y en el mercado de salud en particular, que son importantes para que su funcionamiento sea adecuado y sostenible en el tiempo desde un punto de vista financiero. El primer elemento a considerar es que la demanda individual de alguna asistencia de salud tiene un carácter incierto, es decir, los individuos en general – salvo que se trate de acciones preventivas – demandan la atención de salud cuando se encuentran enfermos, lo que ocurre de forma irregular e impredecible, permitiendo que la aseguradora pueda diversificar entre los participantes. Lo anterior no significa que no existan ciertos patrones de demanda asociados a algunas variables observables, como el sexo de la persona, el ciclo de vida en el que se encuentre o el estado de salud propiamente tal.

Ahora bien, más allá de lo inobjetable que resulta técnicamente la vinculación entre la prima y el riesgo de cada individuo, resulta difícil de aceptar para el común de las personas que aquellas de mayor riesgo como adultos mayores, mujeres en estado fértil o personas con alguna enfermedad, por ejemplo, deban pagar una prima mayor por asegurarse. Dado este condicionante social, se han ido desarrollando algunos instrumentos adicionales para mantener funcionando el sistema, tales como mecanismo de compensación de riesgos, precios únicos en base a ingresos (al menos en planes generales), etc., siempre teniendo presente la sostenibilidad financiera del sistema bajo las medidas que se adopten.

Así, el concepto de seguro de salud se fundamenta en que los individuos se reparten el riesgo llevándolo a un riesgo poblacional, donde ninguno de los individuos carga con todo el costo financiero de un siniestro, y permite que a nivel poblacional el riesgo sea mejor gestionado por las instituciones de seguridad. En este contexto, si suponemos que desde un punto de vista teórico los individuos son relativamente similares en riesgos (es decir, que teóricamente deberían tener una similar probabilidad de ocurrencia de un

determinado evento), entonces basta con dividir los costos totales entre cada uno de los tomadores del seguro obteniéndose que cada individuo paga una misma prima promedio.

Hay varios problemas para la forma de cálculo de esta prima. Uno de ellos es que la probabilidad que tiene un individuo de sufrir un evento es desconocido por el asegurador, aunque este problema puede ser minimizado en base a la experiencia. Otro problema más complejo de enfrentar tiene que ver con que el supuesto de similar probabilidad de ocurrencia no siempre se da en la práctica, lo que lleva a que haya incentivos a que sólo algunos estén dispuestos a pagar la prima. Adicionalmente, la probabilidad de enfrentar un evento se ve modificada en los individuos dependiendo de si se cuenta o no con un seguro contratado, lo que genera dificultades para el asegurador y requiere de algunos mecanismos de corrección que se analizan a continuación.

III.2 Conceptos del mercado de seguros

En todo mercado de seguro están presentes conceptos específicos, tales como el rol de la incertidumbre, la aversión al riesgo, problemas de información asimétrica, entre otros. Específicamente, la incertidumbre es un concepto fundamental, que se define como la potencial ocurrencia de diversos eventos y cuyas probabilidades de ocurrencia están subjetivamente asignadas por cada individuo.²⁵ En este contexto, los seguros ayudan a reducir la incertidumbre derivada de la pérdida de utilidad que significa, en el caso de seguros de salud, la materialización de un evento de enfermedad y de los costos asociados a su tratamiento.

Para que el contrato de seguro para un individuo sea útil y económicamente eficiente, se requiere que el individuo sea adverso al riesgo,²⁶ lo que en general es un supuesto razonable y aceptado en la práctica. De esta forma, el costo de pagar con seguridad un determinado valor independiente de la ocurrencia o no de un determinado evento negativo, genera un mayor beneficio a priori que si el individuo se enfrentara a un escenario de riesgo con la probabilidad de tener que hacer frente a todos los costos en la eventualidad que se materializara el escenario catastrófico. Así, el seguro cumple un rol tanto en elevar el beneficio del individuo como en distribuir los riesgos que están distribuidos entre los individuos que toman el seguro.

Existen elementos que deben cumplirse para que el mecanismo del seguro opere. En particular, la probabilidad de ocurrencia del suceso debe ser predecible a nivel agregado, al igual que la intensidad media probable para poder calcular una prima que cada

²⁵ Este aspecto es crucial para distinguirlo del riesgo, donde las probabilidades de ocurrencia están asignadas objetivamente.

²⁶ Matemáticamente, debe tener una función de utilidad de tipo cóncava.

asegurado debiese aportar. Otro aspecto que debe cumplirse es que exista una masa crítica de asegurados para que se cumpla la ley de los grandes números. Naturalmente que no debe ser posible la ocurrencia simultánea del evento sobre todos los asegurados.

En la teoría de seguros otro elemento clave es el de asimetría de información, que deriva de la incertidumbre que está presente en diversos aspectos dentro del sector de la salud. Por un lado, se encuentra la mejor información que dispone el asegurador (calidad, rapidez de respuesta, por ejemplo), pero que la competencia y la información que el mercado ha ido generando con el tiempo parecen haber mitigado de forma importante. Por otro lado, está la mejor información que posee el asegurado y que esconde al asegurador en relación al tipo de individuo que es (de alto uso o de bajo uso de los servicios de salud, por ejemplo), dando origen al problema de selección adversa, o problemas de cambios de comportamiento en el uso, dando origen al problema de riesgo moral.

En este contexto, el mercado ha generado ciertas herramientas para minimizar los problemas de asimetrías de información, tales como límites de cobertura, *screening*,²⁷ la señalización, las exclusiones de cobertura, carencias (exclusiones temporales), o deducibles, y cuyo uso dependerá del tipo de problema de información que se desea enfrentar.

En el caso de la selección adversa, el problema surge porque los individuos ocultan su verdadero tipo de riesgo,²⁸ lo que lleva a que cuando la compañía de seguro ofrece un plan, tiende a captar sólo a aquellas personas de alto riesgo que están dispuestas a pagar la prima porque saben – en el agregado – que su costo esperado es mayor, mientras que los individuos de bajo riesgo no valoran el seguro porque saben – en el agregado – que su costo esperado es menor que la prima que deben pagar. En particular, en el caso de los seguros de salud, el problema se produce porque “los individuos más riesgosos tienen todos los incentivos a imitar ser de bajo riesgo de enfermarse, ya que difícilmente serán detectados antes de contratar el seguro”.²⁹

Lo anterior plantea un desafío a la compañía aseguradora, por cuanto de no tener ningún mecanismo para enfrentar este problema corre el riesgo de volverse inviable financieramente si es que se materializa la fuga o baja demanda de individuos de bajo riesgo, junto con la llegada masiva de individuos de alto riesgo. En este escenario, las compañías se ven obligadas a aumentarlas primas de seguros para poder incluir este sesgo

²⁷ Este mecanismo se caracteriza porque la compañía aseguradora es quien primero ofrece los planes de seguro, luego el cliente se autoselecciona en aquel plan que mejor se ajusta a su característica de riesgo. De esta forma, es posible “separar” a los clientes según riesgo.

²⁸ “The Market for “Lemons”: Quality Uncertainty and the Market Mechanism”, George A. Akerlof, 1970.

²⁹ “Marco Conceptual para la Regulación de Seguros de Salud”, Serie de Estudios Económicos y Sociales, BID (2004), página 7.

de la población asegurada, lo que a su vez genera que los individuos con un perfil de riesgo relativamente bajo en relación a la nueva prima cobrada pierdan aún más interés en la contratación del seguro, y así sucesivamente llegando incluso a provocar la desaparición del asegurador.

Para enfrentar este problema, el mercado ha generado herramientas que permiten aumentar la observabilidad a través de exámenes o inspecciones cuando es posible. Cuando no es posible tener una identificación directa del tipo de individuo según su riesgo de enfermarse, entonces existen mecanismos indirectos tales como la señalización de la parte que tiene la información para que quien no la tiene obtenga un mejor conocimiento de la situación de riesgos, y que en la práctica se logra a través de distintos contratos con diferentes tipos de cobertura.^{30 31}

Con todo, el problema de la selección adversa deriva de la asimetría de información entre asegurados y aseguradores, pero puede ser reducida a través de mecanismos que entreguen información al asegurador para que éste realice una adecuada gestión de riesgos. Si bien hay una parte de información que no podrá ser observada por el asegurador, “hay otra parte de la información acerca del asegurado que es pública y que puede ser conocida por el asegurador, y que sólo genera selección adversa cuando no se permite al asegurador conocerla o utilizarla para la fijación de primas. Por lo tanto, el problema de la selección adversa se puede agravar si no se permite a los aseguradores usar toda la información disponible y relevante para fijar las primas de acuerdo al riesgo de los asegurados.”³²

En el caso del riesgo moral el problema se genera porque luego de contratar el seguro las personas cambian su comportamiento en relación a un estado de la naturaleza en el que no hubiesen tenido el seguro, ya sea volviéndose menos precavidas ante determinados eventos (riesgo moral tipo I),³³ o usando más el sistema en relación a la demanda que hubiesen tenido estas mismas personas en un estado de la naturaleza en la que no tienen contratado el seguro (riesgo moral tipo II)³⁴.

Para enfrentar este tipo de comportamiento, el mercado también ha desarrollado diversos mecanismos de copago con el objetivo de minimizar los efectos que esto genera,

³⁰“Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information”, Michael Rothschild y Joseph Stiglitz, 1976.

³¹ Otro mecanismo es el de selección, en donde es la parte que no cuenta con la información la que intenta clasificar a los individuos en función de sus características, incluso a través de un mecanismo de autoselección, en el que se revela las características no observadas a la parte no informada.

³² “El Sistema De Salud En Chile: Reaeducar El Mandato Y Reformar El Sistema De Seguros”, Cristian Aedo y Claudio Sapelli, CEP, 1999.

³³“Market Insurance, Self-Insurance, and Self-Protection”, Isaac Ehrlich y Gary S. Becker, 1972.

³⁴“Uncertainty and the welfare economics of medical care”, Kenneth Arrow, 1963. “The economics of moral hazard: Comment”, Mark Pauly, 1968.

incluyendo la ineficiencia en el uso de los recursos. Entre los principales mecanismos están la contribución directa del beneficiario, deducibles, límites de pago máximo del beneficiario, límite sobre el riesgo del asegurador, fijación de una lista de determinadas prestaciones aseguradas, etc.

III.3 Evaluación empírica de selección adversa y riesgo moral

La existencia de los problemas de riesgo moral y de selección adversa en la teoría de seguros reafirma la importancia de que existan mecanismos de mitigación con el fin de evitar el mal uso del sistema, derivado de conductas oportunistas. En este contexto, analizar si estos problemas están presentes en la sociedad chilena es relevante para efectos de analizar las consecuencias en los sistemas de salud privado y público que podría traer la eliminación de la Declaración de Salud.

Para analizar si la selección adversa y riesgo moral se observan en la práctica en la población de Chile, a continuación se realiza un ejercicio³⁵ con los datos de la encuesta CASEN 2017, usando la pregunta s14 de la encuesta que entrega información acerca de la existencia o no de un seguro de salud en la familia.³⁶ Así, consideramos al seguro como un tratamiento (la persona tiene o no seguro), y al valor de una determinada variable de interés como el resultado de dicho tratamiento (o su ausencia).

Para evaluar si las personas tienen un comportamiento coherente con el riesgo moral se utiliza algunas preguntas de la CASEN asociadas a enfermedades o accidentes y a las consultas médicas. En el caso de las enfermedades o accidentes será utilizada la pregunta s15,³⁷ donde las respuestas se han recodificado de forma binaria para establecer como 0 si la persona no ha tenido evento y 1 si la persona ha tenido algún evento, ya sea enfermedad o accidente, independiente del lugar o causa. Esta pregunta permite analizar si existe evidencia de riesgo moral tipo I (menor prevención del riesgo), por cuanto sólo evalúa la existencia del evento, no el uso del sistema.

En el caso del riesgo moral tipo II (mayor uso del sistema), este será evaluado a través de preguntas que permiten medir el uso efectivo que las personas hacen de algún tipo de

³⁵Para estudios en esta área, véase “Caracterización del mercado de seguros complementarios de salud en base a la encuesta CASEN 2015”, Superintendencia de Salud; y “Association Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment”, Willard G. Manning et al (1987). En el Anexo A de este Informe se entrega un resumen de los resultados principales de dichos estudios.

³⁶Hay algunas limitaciones en el análisis, ya que la información de la Encuesta CASEN 2017 no permite detectar si el seguro es individual o del grupo familiar; no aparece especificado el tipo de seguro que se posee (urgencia, catastrófico, hospitalización, etc); entre otras limitaciones.

³⁷ En los últimos tres meses, ¿tuvo algún problema de salud, enfermedad o accidente?

asistencia médica, lo cual se puede realizar a través de las preguntas s19a,³⁸ s20a,³⁹ s22a,⁴⁰ s23a,⁴¹ s24a,⁴² s25a,⁴³ s26a,⁴⁴ y s27a⁴⁵ presentes en la Encuesta.⁴⁶ En general, las respuestas a estas preguntas corresponden a un número de consultas o controles, pero en el caso de la pregunta s27a hay opciones de respuestas dependiendo de las razones, por lo que se redefinió de forma binaria siendo 1 en el caso de haber tenido algún tipo de hospitalización o intervención quirúrgica y 0 en caso contrario.

En el caso de la selección adversa debemos analizar si alguien que se encuentra enfermo tiene una mayor propensión a tomar un seguro. Esta hipótesis puede ser evaluada usando la pregunta s28 de la Encuesta, por cuanto en ésta se pregunta por la condición de salud objetiva del encuestado, en relación al padecimiento de una serie de enfermedades (hipertensión, cáncer, diabetes, etc.).⁴⁷ Así, la hipótesis de selección adversa tendría sustento si encontramos que personas que toman seguro son las que padecen más estas enfermedades. En el caso de la pregunta s28 se redefinió como binaria, siendo 1 si la persona padeció algún tipo de las enfermedades de la lista de la Encuesta (20 enfermedades específicas u otra), y 0 en caso de no haber padecido ninguna.

Para evaluar correctamente si el seguro genera un cambio de comportamiento en las personas una vez que lo contratan es necesario construir un contrafactual válido, por cuanto las comparaciones directas de las estadísticas descriptivas no son apropiadas desde un punto de vista teórico. En términos sencillos, nos gustaría poder observar a un individuo con el seguro y a la vez observar al mismo individuo sin el seguro, para luego comparar alguna variable resultado que es de nuestro interés. Como es obvio, es imposible realizar esta comparación, por cuanto un mismo individuo sólo estará en uno de los dos estados de la naturaleza antes señalados (con o sin seguro), pero no en ambos, a lo que se suma que la comparación entre los que recibieron un tratamiento frente a los que no lo recibieron tampoco resulta una comparación válida.

³⁸Número de consultas médicas general últimos 3 meses.

³⁹ Número de consultas de urgencia últimos 3 meses.

⁴⁰Número de consultas de especialidad últimos 3 meses.

⁴¹Número de consultas dentales últimos 3 meses.

⁴²Número de exámenes de laboratorio últimos 3 meses.

⁴³Número de rayos X o Ecografías últimos 3 meses.

⁴⁴Número de controles médicos adicionales a los antes considerados últimos 3 meses.

⁴⁵ Hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas últimos 12 meses.

⁴⁶ La pregunta de consultas de salud mental no fue considerada, ya que del grupo de personas con respuesta lograda en la pregunta del seguro (lo tenga o no contratado), apenas el 2,4% de las personas respondió que tuvo una o más consultas mentales, lo que contrasta con los otros tipos de consulta médica donde se tienen más casos no nulos para realizar los emparejamientos. Otro elemento a considerar es que las respuestas en esta pregunta exhiben la mayor desviación estándar frente a su promedio de uso en relación al resto de las consultas. Estos aspectos podrían dificultar realizar un adecuado match, motivo por el cual se decidió excluir las consultas mentales en el análisis.

⁴⁷ Durante los últimos 12 meses, ¿ha estado en tratamiento por...?

Para enfrentar estos inconvenientes la literatura ha avanzado en construir contrafactuales estadísticos que en promedio tratan de asegurar comparabilidad entre grupos tratados y no tratados. En concreto, una de las metodologías usualmente utilizadas en la literatura es seguir el enfoque de emparejamiento o *matching*, ya sea a través del *Propensity Score*⁴⁸ o del Vecino más Cercano,^{49 50} entre otros. En nuestro caso utilizaremos el enfoque de vecino más cercano propuesto por Abadie elmbens (2006), con las correcciones de sesgo que estos mismos autores proponen (2011).⁵¹

Cuadro N° 3: Evaluación Empírica Riesgo Moral y Selección Adversa

Tipo de Problema de Información	Tipo de Atención Médica	Uso del Sistema con Seguro	Efecto del Seguro sobre los Asegurados (ATET)	
			Puntos Porcentuales	% de Aumento
Riesgo Moral Tipo I	Accidente o enfermedad (s15)	0.239	0.059	32.4%
Riesgo Moral Tipo II	Consulta General (s19a)	0.361	0.028	8.3%
	Consulta Urgencia (s20a)	0.146	0.040	37.1%
	Consulta Especialidad (s22a)	0.361	0.101	39.1%
	Consulta Dental (s23a)	0.244	0.087	54.9%
	Exámen laboratorio (s24a)	0.851	0.292	52.2%
	Rayos X - Ecografía (s25a)	0.282	0.023	8.7%
	Controles Salud (s26a)	0.441	0.055	14.3%
	Hospitalización e intervenciones quirúrgicas (s27a)	0.090	0.013	16.4%
Selección Adversa	Tratamiento por alguna enfermedad (s28)	0.307	0.041	15.4%

NOTA: Todas las estimaciones son estadísticamente significativas al 1%.

Nota: En los números del Cuadro el punto corresponde a la separación decimal.

Fuente: Elaboración propia en base a CASEN 2017

Los principales resultados son presentados en el Cuadro N° 3, donde en la primera columna se tiene el problema que se desea evaluar y en la segunda columna la pregunta utilizada de la Encuesta CASEN 2017. La tercera columna refleja el promedio que se observa en las personas que tienen seguro. En el caso de las variables que fueron codificadas como binarias (s15, s27 y s28) el resultado refleja una probabilidad para la

⁴⁸“The Central Role of the Propensity Score in Observational Studies for Causal Effects”, Rosenbaum y Rubin, 1983.

⁴⁹“Implementing Matching Estimators for Average Treatment Effects in Stata”, Abadie, Drukker, Herr e Imbens, 2004. “Large Sample Properties Of Matching Estimators For Average Treatment Effects”, Abadie e Imbens, 2006. “Bias-Corrected Matching Estimators for Average Treatment Effects”, Abadie e Imbens, 2011.

⁵⁰Un problema con el enfoque propuesto por Abadie e Imbens es que desconocemos el número de vecinos que deben tomarse. La literatura usualmente realiza las estimaciones con varios vecinos esperando que el resultado no sea sensible a la elección de dicho número. Existe literatura más reciente que enfrenta este problema a través de un estimador BLOP. Para detalles “A Matching Estimator Based On A Bilevel Optimization Problem”, Díaz, Rau y Rivera, 2015.

⁵¹ En todas las estimaciones se usan varianzas robustas y las variables categóricas son usadas de forma exacta en el match.

población, mientras que en el caso de las variables que tienen respuestas numéricas de uso (s19a, s20a, s22a, s23a, s24a, s25a y s26a), el resultado refleja una tasa de uso, considerando que una persona puede haber demandado el servicio en más de una oportunidad. Todas las respuestas reflejan un período de tres meses, excepto las respuestas a las preguntas s27a y s28 que consideran un espacio temporal de 12 meses.

En específico, en el caso de accidentes o enfermedades (s15), el 23,9% de las personas que tiene seguro tuvo algún evento; en el caso de las consultas de especialidad la tasa de uso del sistema de las personas con seguro fue de 0,361; en el caso de los exámenes de laboratorio la tasa de uso para las personas con seguro es de 0,851; mientras que en las hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas la tasa de uso de las personas con seguro es de 0,09. Por último, en el caso de Tratamientos por alguna enfermedad, el 30,7% se encuentra en tratamiento de algún tipo.

Las últimas columnas del Cuadro muestran el efecto del seguro sobre los asegurados (ATET: *Average Treatment Effects Treated*), tanto medido en puntos porcentuales como el aumento porcentual.⁵²

El ATET corresponde a la diferencia de utilización de quienes tienen el seguro en relación a un escenario donde no lo hubiesen tenido. Por ejemplo, en el caso de la pregunta de accidentes o enfermedades, las personas que tuvieron seguro exhibieron 5,9 puntos porcentuales de mayor accidentabilidad (o enfermedad), lo que resulta bastante relevante considerando que equivale a un aumento de 32% respecto a la situación *contrafactual* en la que no hubiesen contado con un seguro.

En el caso del uso de las atenciones de especialidad la tasa de uso con seguro es de 0,361, y si observamos el efecto del seguro es de 0,101, lo que refleja que las personas con seguro exhibieron un aumento de 39,1% sólo por el hecho de estar aseguradas. Por su parte, al observar el número de exámenes de laboratorio, el uso de las personas con seguro es de 0,851, siendo 0,292 el efecto del seguro, lo que equivale decir que el seguro llevó a un aumento de 52,2% de mayor uso.

A la misma conclusión se llega al observar el resto de las prestaciones de salud donde se observan aumentos muy relevantes derivados de la contratación del seguro.

Con todo, al observar el cuadro completo en relación al riesgo moral, los resultados reflejan que las personas son menos precavidas y usan más la asistencia de salud cuando

⁵² Para estos cálculos se ha usado un vecino más cercano, pero se hicieron estimaciones con 2, 4, 8 y 16 vecinos más cercanos y los resultados son prácticamente los mismos.

tienen seguro que cuando no lo tienen, reflejando que efectivamente se confirma que el comportamiento asociado a riesgo moral está presente empíricamente.

Por su parte, en el caso de la selección adversa analizado con la pregunta s28, las estimaciones reflejan que un 30,7% de las personas con seguro ha padecido alguna enfermedad. Esto representa un aumento de 4,1 puntos porcentuales en relación a una situación *contrafactual* en la que estas personas no hubiesen tenido un seguro, lo que equivale a un 15,4% adicional. Este resultado refleja que personas que padecen enfermedades son más propensas a contratar un seguro, lo que confirma la existencia del problema de selección adversa.

Dada la existencia empírica de los problemas de riesgo moral y de selección adversa se reafirma la importancia de la existencia de mecanismos de mitigación con el fin de evitar que el mal uso del sistema, derivado de conductas oportunistas propias de todo mercado de seguro, lo lleve a la insostenibilidad financiera. En este sentido, la Declaración de Salud es uno de estos mecanismos, y cuya relevancia se comenta a continuación.

III.4 Declaración de Salud y su rol

La evidencia muestra que existen importantes diferencias de calidad en la atención entre el sistema de salud público y el privado, diferencias que debiesen llevar a las personas enfermas a preferir las atenciones del sistema de Isapres por sobre las de Fonasa. Así, en un contexto donde hay libre movilidad sin restricciones entre ambos sistemas, es de esperar que las personas tengan un comportamiento oportunista, lo que sumado a las asimetrías de información que se manifiestan a través de explotar más el sistema (riesgo moral), y de ocultar información de su estado de salud (selección adversa para el asegurador), conlleva a un desequilibrio estructural en la sostenibilidad financiera del asegurador privado.⁵³

Lo anterior genera un problema muy importante, porque la prima justa que paga una persona es función de una probabilidad de uso del sistema en alguna prestación médica, pero si un individuo enfermo es el que toma el seguro, entonces su probabilidad no es similar a la del resto de los participantes, sino que mucho mayor, lo que conlleva a que la ecuación donde se establece el precio de la prima quede desbalanceada. Este desequilibrio será mayor mientras más individuos realicen esta acción oportunista, lo que

⁵³ Es importante considerar que un escenario que elimina la declaración de salud implica que tampoco habrá carencias, que son los instrumentos que tienen los seguros para evitar los comportamientos oportunistas. Esto, por cuanto un afiliado a Fonasa se cambiará al sistema Isapre y será atendido inmediatamente, por ejemplo, en patología GES.

en la práctica significaría – de no mediar alguna modificación adicional –, la no sostenibilidad del sistema de seguro de salud.

A ello se suma el hecho que las Isapres firman un contrato indefinido, con lo cual están obligadas a atenderlas una vez que las han aceptado. En efecto, como está expresamente establecido en el Artículo N° 201 del DFL N°1, las Isapres sólo podrán poner término al contrato de salud cuando el beneficiario incurra en alguno de los siguientes incumplimientos: (1) falsear o no entregar de forma fidedigna la información, (2) no pagar las cotizaciones, (3) cometer fraude, (4) no declarar cargas. De no darse alguno de estos puntos de término, el contrato es indefinido y deberá cubrir a las cargas futuras del afiliado.

Como es evidente, las razones de exclusión anteriores no tienen relación con alguna discriminación arbitraria, sino que son de todo sentido común. En específico, en lo que respecta a la Declaración de Salud, los puntos (1) y (4) son los relevantes. En ambos casos lo que se está buscando es tener a priori una estimación de costo esperado del nuevo beneficiario, por cuanto es en base a este concepto que el sistema funciona financieramente a través de cobrar una prima justa, pero que sin Declaración de Salud no sólo se generaría problemas en la estimación del uso del sistema, sino que se caería en todos los aspectos del comportamiento de los agentes cubiertos.

Resulta relevante resaltar que no se busca impedir la entrada, por cuanto el sistema se sustenta en la llegada de nuevos participantes y en el ajuste de precios que debe hacerse para cubrir mayores costos. De ahí que la Declaración de Salud no constituye un mecanismo de exclusión, sino que juega el rol de inclusión de riesgos manejables para el sistema en virtud de todos los incentivos perversos presentes en este mercado.

Otro elemento que está en la discusión es que existe una tendencia a pensar que el cobro de primas diferenciadas por riesgo resultaría injusto, por cuanto serían las personas de peor estado de salud y las que más necesitan las atenciones (enfermos, mujeres en edad fértil, tercera edad) las que además de tener que hacer frente a una situación más vulnerable, tendrían que pagar más por algún plan que cubra sus necesidades, lo que lleva a plantear un sistema de precios que no diferencia por riesgo.

Esto, lejos de resolver el problema, lo intensifica si no median algunos instrumentos específicos para compensar las diferencias de riesgo. En efecto, si a la forma de actuar de los consumidores que lleva a la selección adversa, le sumamos las regulaciones y la imposibilidad de que el asegurador diferencia planes por riesgo, tiende a generar un problema de selección de riesgos y descreme, lo que es ineficiente tanto para la sociedad, como para los individuos de mayor riesgo.

Ante esta situación, la Declaración de Salud cumple un rol relevante como un instrumento que intenta minimizar el impacto negativo que tienen el comportamiento oportunista de un individuo que lo lleva a aportar al seguro privado sólo cuando necesita las atenciones de salud, pero que luego de satisfechas sus necesidades, migra al sector que le ahorra recursos, sabiendo que de necesitar nuevamente atenciones de salud, podrá repetir su comportamiento. Si bien la Declaración de Salud no elimina el problema completamente porque los individuos siguen teniendo incentivos a subdeclarar enfermedades, si lo reduce de forma importante, sobre todo en lo que se refiere a las enfermedades más costosas.

Con todo, si se pretende eliminar la Declaración de Salud entre sistemas público y privado se requiere incluir un diseño distinto que considere los inconvenientes que hemos analizado, siendo fundamental uno que se haga cargo de las diferencias de riesgos de las personas y de sus formas de comportamiento. En la sección siguiente analizamos los costos esperados que tendría la eliminación inter-sistemas de la Declaración de Salud sin mediar ningún mecanismo adicional.

IV. Cuantificación de Costos de Eliminar la Declaración de Salud

El análisis de las secciones anteriores entrega ciertos resultados que son relevantes en la discusión del mercado de la salud en Chile. Primero, el gasto per cápita en salud representa un monto significativo como porcentaje del PIB e irá creciendo en el tiempo, segundo, las personas efectivamente exhiben características de riesgo moral en el uso de las prestaciones médicas, tercero, existe evidencia de selección adversa, y cuarto existe capacidad de pago de personas que están en Fonasa que podrían decidir cambiarse a alguna Isapre, ya que el sistema privado es más valorado en lo que se refiere a la calidad y oportunidad de las atenciones.

Lo anterior configura un escenario complejo, por cuanto de existir libre movilidad sin restricciones de un sistema a otro, los incentivos apuntan a que los individuos están dispuestos a incurrir en mayores gastos personales en una Isapre sólo cuando se necesite la atención médica, rompiéndose la característica propia de un seguro en el que el aporte se da en un contexto de incertidumbre del evento que se desea cubrir. Dado lo anterior, la Declaración de Salud cumple un rol relevante, no en excluir, sino en evitar una conducta oportunista.

Para cuantificar los efectos que tiene la eliminación de la Declaración de Salud en este tipo de comportamiento, se realiza un ejercicio para estimar los flujos de personas que podrían producirse entre el sistema público y el privado. El primero de estos flujos consiste en estimar los trasposos de personas que migrarían desde Fonasa a Isapres, fundamentalmente asociados a las personas enfermas que requieren de un tratamiento médico y que recurren al sistema privado sólo para satisfacer la necesidad de atención. El segundo de estos flujos consiste en estimar la cantidad de personas sanas que se moverán desde Isapres a Fonasa teniendo en cuenta que algunas personas podrían preferir evitarse costos adicionales al 7% obligatorio, puesto que saben que cuando necesiten de alguna atención médica podrán volver al sistema de Isapres sin que medie la Declaración de Salud.

De esta forma el problema queda separado en dos: el flujo de personas enfermas o que requieren atención que iría de Fonasa a Isapres (X1), y la cantidad de personas sanas que se movería desde Isapres a Fonasa(X2).

$$\text{Caso 1: } X1 = (N^{\circ}\text{potencial}) \cdot (\% \text{ de cambio}) \cdot (\% \text{ de Enfermos})$$

$$\text{Caso 2: } X2 = (N^{\circ}\text{potencial}) \cdot (\% \text{ de cambio}) \cdot (\% \text{ de No Enfermos})$$

En ambos casos debemos realizar algunos supuestos para las estimaciones de los porcentajes de cambios, los que se desarrollan a continuación.

IV.1. Caso 1: Costo de los flujos de personas desde Fonasa a Isapres (X1)

Para estimar los costos de las personas que migrarían desde Fonasa a Isapres consideraremos tres grupos de personas. El primero corresponde a las personas con enfermedades GES que por la característica de la enfermedad que padecen pueden esperar para realizar el cambio. El segundo grupo está asociado a los pacientes en lista de espera para una intervención quirúrgica no GES, y que por la necesidad de una atención oportuna podrían decidir cambiarse al sistema privado. El tercer grupo corresponde a pacientes que requieren de una intervención quirúrgica, pero que no están en lista de espera GES, por lo que a ellos se les abre una opción de atención en el sistema privado.

En el primer grupo debemos considerar que en la lista de 80 enfermedades GES hay un número importante de ellas que deben ser excluidas del cálculo, ya sea porque no dan tiempo al paciente de realizar un cambio desde un sistema a otro (infarto agudo al miocardio, accidente cerebrovascular, gran quemado, etc.), o porque son enfermedades crónicas cuyo costo anual es menor a la prima anual (hipertensión, hipotiroidismo, etc.). Así, las enfermedades que sí son consideradas para el ejercicio son 49 de las 80 GES. Al usar cifras del año 2016, se observa un total de casi 3 millones de casos en las 80 enfermedades GES, mientras que en el subconjunto de 49 enfermedades, el total llega a poco menos de 1,4 millones de casos (46%).⁵⁴ Para efectos de valorar estos casos, se utilizó el vector precio estimado en el estudio de Bravo et al. (2016).^{55 56}

Los principales resultados reflejan que el costo anual de las 49 prestaciones alcanza a UF 148 millones. Ahora bien, es importante considerar que no todas las personas van a realizar un cambio de sistema. En este sentido, debemos considerar tanto aspectos económicos que podrían dificultar el cambio como el deseo de cada persona de cambiarse de sistema (propensión al cambio).

⁵⁴ Se consideró el año 2016 porque este era el último con información anual disponible. Ahora bien, en el trienio anterior el total de casos GES se ubicó en torno a 3 millones en cada año, y al sacar las enfermedades comentadas en el texto el porcentaje de casos que permanecieron se ubicó en torno a 42%-45%.

⁵⁵ "Estudio de Indicadores de Precios y Costos GES en el Sistema de Isapres", David Bravo et al., junio 2016.

⁵⁶ Para calcular los precios, este estudio considera el grupo de prestaciones médicas que están asociadas a cada una de las enfermedades GES, las cuales son valoradas al precio privado de cada prestación. Luego, el costo total del grupo de prestaciones de cada enfermedad GES es dividido por el número de personas que fueron usuarias en dicha enfermedad, arrojando un costo promedio por enfermedad que es usado como vector de precios. Un detalle de estas cifras son presentadas en el ANEXO C.

En relación al aspecto económico, debemos definir un punto crítico de ingreso desde el cual una persona de Fonasa podría estar en condiciones de cambiarse a alguna Isapre en caso de que necesite una atención de salud, esto sin considerar la posibilidad de recibir ayuda de terceros o realizar alguna solicitud de crédito.⁵⁷ Si bien aún no se conoce el proyecto que impulsará la autoridad, estimaciones de la industria ubican la prima por beneficiario en torno a \$ 500 mil anuales, cercana a UF 1,6 mensuales. Siendo conservadores, se tomará como referencial un ingreso del hogar de \$ 800.000 o más. Esta cifra sumada al número de personas promedio de un hogar cubierto por Fonasa (3,92 personas), equivale a que el hogar debiese destinar algo más del 20% de su ingreso familiar a enfrentar el mayor costo en salud en la Isapre mientras dure la enfermedad.

Dado lo anterior, se considerará un valor mínimo de \$ 800.000 mensuales por hogar como referencial, los datos de la Encuesta CASEN 2017 indican que existen poco más de 6,7 millones de personas en dicho rango, lo que representa el 48,5% de las personas auto-reportadas como adscritas a Fonasa en dicha Encuesta.

Por su parte, en relación al deseo de cambio podemos tomar el resultado de la Encuesta del Instituto de Salud Pública UNAB junto con GfK, donde se observa que – ante igualdad de costos –, de las personas que están en el sistema de Fonasa hay entre un 25% y un 38% de cotizantes que se cambiarían a Isapres, dependiendo del año en que se realiza la Encuesta. Por su parte, una Encuesta de CADEM de noviembre de 2018 refleja que el 37% de los beneficiarios de Fonasa se cambiaría a Isapres si es que esto no representara un costo adicional.

Es importante señalar que en estas cifras de propensión al cambio que son reportadas en ambas encuestas están representadas tanto las personas sanas como enfermas, lo que genera un sesgo para medir el cambio efectivo que tendrían los enfermos. En efecto, dado que los que más valoran una atención de calidad son los enfermos, es esperable que la disposición al cambio de ellos sea mucho mayor que la de los sanos, por lo que el resultado agregado sesga a la baja el cambio de lo que se desea medir, y desde este punto de vista el resultado estimado de costos debe ser tomado como un piso.

Con todo, para el ejercicio consideraremos una propensión de cambio de 37% según lo reportado en la Encuesta más reciente (CADEM).⁵⁸

De esta forma, el número de personas que padece alguna enfermedad GES y que se puede permitir esperar para el cambio o le resulta conveniente hacerlo (49 de 80 enfermedades),

⁵⁷ Este hecho genera un sesgo a la baja en el tamaño del cambio, por lo que la estimación es conservadora.

⁵⁸ En el ANEXO C se presentan algunos ejercicios de sensibilidad del resultado final considerando cambios en los parámetros.

que además pertenece a un hogar con un ingreso que le permitiría asumir el costo de un mayor pago mientras es tratada por la enfermedad en el sistema privado (48,5%), y que efectivamente desearía cambiarse (37%), alcanza un total de 247.768 personas, cuyas atenciones valoradas lleva a un costo de UF 26,6 millones anual.

Adicionalmente existe un costo por el uso de licencias médicas, lo cual se calcula multiplicando el número de cotizantes con derecho a licencia médica, por el gasto SIL⁵⁹ promedio de Fonasa. Del informe de licencias médicas se desprende que los beneficiarios por este concepto corresponden a un tercio de los cotizantes totales de Fonasa, por lo que usaremos este porcentaje para la estimación, mientras que para el gasto SIL usaremos el promedio del año 2017 que correspondió a UF 5,8 por cotizante. Así, el costo total por este concepto, aplicando los mismos factores que antes – en relación al ingreso y a la preferencia al cambio – sobre las personas que están en GES en alguna de las 49 enfermedades identificadas, es de UF 0,48 millones anuales.

Con todo, el costo bruto esperado del cambio que hemos supuesto con los parámetros analizados es de UF 27,06 millones anuales.

Ahora bien, el cambio de personas desde Fonasa a Isapres también conlleva una recaudación de parte de las Isapres, la que podemos estimar a través de las personas que son susceptibles de traspasarse (247.768 personas) multiplicado por el pago promedio de UF 19,2 anuales que realizarían. Esto lleva a un ingreso de UF 4,76 millones anuales.

Así, por concepto de enfermedades GES dentro de las 49 patologías consideradas, se tiene un costo anual neto de la recaudación adicional de UF 22,3 millones.

El segundo grupo que debemos analizar es el de pacientes que se encuentran en lista de espera para alguna intervención quirúrgica no GES. Según la información de la Glosa 06 del Ministerio de Salud de agosto de 2018, se observa que excluyendo intervenciones odontológicas, existen cerca de 250 mil intervenciones quirúrgicas retrasadas. Al igual que en el caso de las enfermedades GES, debemos considerar que no todas las personas se van a cambiar de sistema, por lo que vamos a usar los mismos factores que ya fueron considerados anteriormente (de ingreso y de propensión al cambio). Al hacer esto se obtienen casi 45 mil cirugías, las que son valoradas a precios privados usando el costo promedio bonificado por intervención quirúrgica, al que se agregó el monto bonificado por derecho a pabellón, el de anestesia, y el valor de los días de hospitalización.⁶⁰

⁵⁹ SIL corresponde al seguro de invalidez laboral.

⁶⁰En todos estos casos los precios son tomados de las bonificaciones que las Isapres realizan en cada prestación (año 2017). Para el costo de la hospitalización se consideró el valor día cama multiplicado por el número promedio de días.

La estimación entrega un monto total de UF 2,09 millones anuales en lo que respecta a atenciones médicas. Para estimar el costo de los subsidios por licencias médicas se procede de igual forma que en el primer grupo analizado, obteniéndose que existirían poco más de 82,6 mil personas a cubrir, con un costo total de poco más de UF 86 mil anuales.

Nuevamente atender a estas personas que se traspasan desde Fonasa a Isapres conlleva una recaudación para las Isapres, las que estimamos usando la misma metodología que antes, obteniéndose una recaudación de UF 0,86 millones anuales.

De esta forma, el costo total neto al que se verían expuestas las Isapres por el concepto de prestaciones analizadas en este grupo es de UF 1,32 millones al año.

Por último, el tercer grupo corresponde a aquellos pacientes a quienes se les abre una opción de atención en el sistema de salud privado. Para cuantificar estas prestaciones vamos a considerar los partos y las intervenciones quirúrgicas adicionales a las que ya fueron analizadas en las listas de espera.⁶¹ Al igual que antes, la información de precios de las prestaciones es obtenida de los montos bonificados por las Isapres para cada tipo, a los que se les agregó el monto bonificado por derecho a pabellón, el de anestesia, y el valor de la hospitalización.

La estimación refleja que el costo de este grupo de intervenciones quirúrgicas y partos (166.158) alcanza un total de UF 8,69 millones anuales, al que debe sumársele el costo de los subsidios por licencias médicas, que al ser valorado usando la misma metodología de antes totaliza UF 0,32 millones anuales. De la misma forma, la recaudación que obtendrían las Isapres de las personas que se cambian para ser atendidas alcanzaría UF 3,19 millones al año, lo que lleva a un costo total neto de UF 5,82 millones al año.

Existe un elemento adicional que debe ser considerado, y que es transversal a los tres casos anteriores para una persona que migra desde Fonasa a alguna Isapre. Por el lado de los costos estimados estos son efectivamente incurridos en la medida que la persona se atiende en el sistema privado, por lo que ahí no cabe hacer ninguna apreciación adicional. En contraste, para los ingresos estimados se supuso que la persona aportaba un año a la Isapre, lo cual no tiene por qué ser así. Por ejemplo, si una persona se atiende de una determinada patología cuya atención normal es de dos meses, el costo en que incurre el

⁶¹ Para el número de partos se consideraron el total de nacimientos reportados en el Anuario de estadísticas vitales del INE (agosto 2018), a los que se le restaron las cifras de listas de espera y las atenciones en Isapres. Además para valorar los partos según tipo, se usó la información disponible en DEIS que indica que en el sector público un 58,5% corresponde a parto vaginal y un 41,5% a cesárea. En el caso de las intervenciones quirúrgicas, la información de las cantidades es obtenida de DEIS (REM-BS0, sección D).

prestador privado es completo, pero si luego de satisfecha la atención médica el paciente migra de vuelta a Fonasa, entonces dejará de aportar a la Isapre, con lo que el monto anual estimado en la recaudación se reduce considerablemente.⁶²

IV.2. Caso 2: Menores Ingresos por los flujos de personas desde Isapres a Fonasa (X2)

En este caso debemos considerar la menor recaudación que tendrán las Isapres debido al flujo de personas sanas que se van a mover desde Isapres a Fonasa. Al igual que en el caso 1, estas personas también tendrán un comportamiento oportunista, por cuanto mientras no enfrenten una patología van a preferir ahorrar costos cambiándose a Fonasa, sabiendo que de necesitarlo podrán volver a cambiarse fácilmente a una Isapre. En este sentido debemos estimar una tasa de no uso del sistema de salud, fundamentalmente en las personas que son más sanas, por cuanto son estas las que tendrían mayor propensión a cambiarse hacia el sistema público de salud.

Para estos efectos vamos a considerar como tasa de uso promedio del sistema cualquier atención de salud que se haya realizado una persona adscrita a alguna Isapre según lo reportado en la Encuesta CASEN 2017, ya sea en controles de salud, consultas médicas, intervenciones quirúrgicas, o algún examen.⁶³ Esta información se muestra en el Gráfico N° 7 por edad de los afiliados a una Isapre, donde la zona inferior de las barras corresponde al porcentaje de personas que usan el sistema de acuerdo a la definición elegida, mientras que la zona superior de las barras corresponde al porcentaje de personas que no demandaron atenciones médicas del sistema privado.

Para realizar las estimaciones de flujo además vamos a acotar el rango etario a personas entre 25 y 45 años, que es donde se observa la menor tasa de uso del sistema.⁶⁴ En este rango la tasa de uso del sistema es cercana al 75%, es decir, 3 de cada 4 de las personas del rango etario seleccionado ha requerido algún tipo de control de salud o atención

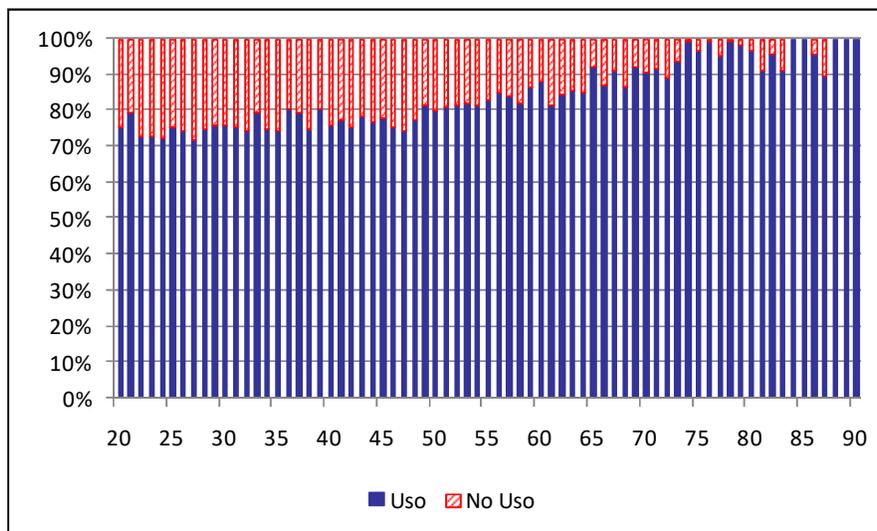
⁶² Es relevante considerar que existen personas con alguna enfermedad que no llega a estar en lista de espera, pero que potencialmente es factible de traspasarse al sistema de Isapre al eliminarse la declaración de salud, luego el costo neto para el sistema privado puede ser mayor.

⁶³ Para estimar esto se consideró el uso reflejado en las preguntas s19a, s20a, s22a, s23a, s24a, s25a, s26a, s27a y s28 de la Encuesta CASEN 2017. Estas preguntas se especifican en las notas de pie de página 37 a 46 de este Informe. Dado que hay preguntas que reflejan usos trimestrales del sistema, estas fueron anualizadas manteniendo las proporciones en cada trimestre, y asumiendo una inercia de uso de 50% de un trimestre a otro.

⁶⁴ Una alternativa de estimación podría ser tomar las tasas de no uso para cada edad y asumir que esta proporción se va a cambiar a Fonasa mientras no padezca alguna enfermedad. Si bien esto puede ser correcto, es posible pensar que a medida que aumenta la tasa de uso ello significa que la probabilidad de usar el sistema está aumentando, por lo que una persona podría decidir no cambiarse de sistema ante una mayor probabilidad de uso en el futuro. En este sentido, la estimación que realizamos para el flujo de salida de clientes desde las Isapres es conservadora.

médica en el rango de tiempo relevante. Del total de las personas entre 25 y 45 años que no han usado el sistema de salud privado (de acuerdo a la definición expresada en las preguntas que se expresan en la nota de pie de página 63), supondremos que el 50% de ellas es factible de cambiarse a Fonasa.⁶⁵

Gráfico N° 7: Uso del Sistema de Salud por Edad



Fuente: Elaboración en base a Encuesta CASEN 2017

De la información anterior, podemos considerar que poco más de un 10% del total de las personas del rango etario 25-45 años preferirá cambiarse de sistema a Fonasa a la espera de necesitar algún tipo de atención en el futuro, sabiendo que podrá volver con relativa facilidad al sistema privado, sin que medie la Declaración de Salud. De acuerdo a la encuesta CASEN, el número de personas que se ubica en el rango etario 25-45 años que pertenece a una Isapre pero que no han usado el sistema (de acuerdo a la definición de uso utilizada en el ejercicio) alcanza a 226.092 y su ingreso per cápita promedio es de \$808.442 mensuales, equivalente a UF 29,4.⁶⁶ De esta forma, 113.046 personas serían las potenciales de traspasarse de una Isapre a Fonasa.

⁶⁵ Estas son personas que no usan el sistema de Isapres y pagan una prima superior al 7% de su remuneración, situación que al cambiarse a Fonasa les significaría un aumento en su remuneración líquida.

⁶⁶ Dado que el período de la toma de la muestra de la Encuesta es de noviembre de 2017 a enero de 2018, se utilizó la UF promedio del período, equivalente a \$ 27.533,67.

Con estos antecedentes es factible estimar que las Isapres dejarían de percibir un pago promedio de al menos 7% de dicho ingreso, lo que equivale a UF 2,79 millones al año.⁶⁷ Vamos a considerar además que la Isapre podría tener algunos ahorros de costos por atenciones menores o subdeclaración del autoreporte en la CASEN, además de menores costos asociados a gastos administrativos, los que en total supondremos en 15%. Así, los menores Ingresos netos de costos que se dejarían de percibir serían de UF 2,37 millones al año.

Es importante notar que estos resultados corresponden a los efectos de una primera ronda de traspasos o del primer año, ya que es de esperar que estos traspasos entre sistemas continúen en los períodos siguientes, a lo que se sumaría que para efectos de financiar el sistema de Isapres, estas deberán elevar el valor promedio de los planes, lo cual generará efectos adicionales en el número de traspasos inter-sistemas.

IV.3. Síntesis de Resultados de la Primera Ronda de Traspasos

Dados los parámetros antes señalados, el Cuadro N° 4 resume el efecto estimado que generaría la medida de poner fin a la Declaración de Salud para el primer año. Específicamente, el ejercicio estima que, en el primer año sin declaración de salud, 458.728 beneficiarios enfermos de Fonasa migrarían a Isapre, lo que implicaría un costo neto para el sistema privado de UF 29,44 millones ese primer año, mientras que se estima que 113.046 beneficiarios sanos de Isapre migren hacia Fonasa, con un costo neto de UF 2,37 millones en el período. Con todo, en el primer año de la eliminación de la declaración de salud, los movimientos netos de riesgos entre sistemas alcanzarían sobre las 350 mil personas, lo que implicaría un costo neto adicional para las Isapres de UF 31,81 millones, 17 veces las utilidades del sistema.

Este resultado implicaría que en el primer año los costos operacionales del sistema Isapres se elevarían en 38,7% respecto de los costos operacionales observados el año 2017. En este contexto, la mantención del equilibrio financiero del sistema Isapres ante los mayores costos requeriría que los ingresos del sistema, provenientes del precio promedio de los planes de salud por cotizante, aumentasen en alrededor de 30% real durante el primer año.⁶⁸

Para tener una dimensión de la magnitud del costo para el sistema Isapre que involucra estos traspasos en el primer año, podemos compararlo con el monto de las utilidades y

⁶⁷Al ampliar el rango etario hasta los 55 años el efecto se eleva a UF 3,8 millones, mientras que ampliarlo hasta los 65 años el efecto se eleva a UF 4,4 millones.

⁶⁸ Esto implicaría aumentar el precio promedio de los planes de Isapre de UF 27,9 a UF 36,4.

del valor total de activos del sistema. Así, dependiendo del año que se tome de utilidades referenciales, los mayores costos se ubican entre 12,1 y 18,1 veces las utilidades anuales,⁶⁹ mientras que respecto de los activos del sistema alcanzan al 74%, cifras que reflejan la relevancia del monto y su carácter de un resultado no sostenible para la viabilidad del sistema en el tiempo.

Cuadro N° 4: Resumen Efectos Eliminación Declaración de Salud

Grupo analizado	Millones de UF primer año			
	Costo Atención	Costo SIL	Recaudación 1 año	Costo Neto
GES	26.59	0.48	4.76	22.31
Lista de espera quirúrgica	2.09	0.09	0.86	1.32
Partos e Intervenciones quirúrgicas no GES	8.69	0.32	3.19	5.82
Total Caso 1	37.36	0.88	8.81	29.44
Menores Ingresos Caso 2				2.37
Efecto total que debe ser asumido (MM UF)				31.81
En relación a utilidades del sistema (veces)	2012-2013	2014-2015	2017	2018
	12.1	18.1	13.7	17.0
En relación al total de Activos (veces)	2017			
	0.74			

Fuente: Construcción en base a metodología y fuentes citadas en el texto. SIL representa el seguro de invalidez laboral.

Nota: En los números del Cuadro el punto corresponde a la separación decimal.

Como se mencionó, esta estimación considera los costos que se incurrirían en una primera ronda de traspasos de un sistema a otro, por cuanto es de esperar que este comportamiento continúe en rondas posteriores hasta que se estabilice en un cierto número de traspasos de un sistema a otro.⁷⁰ En este contexto, el efecto total en los costos del sistema privado de salud debería contemplar los costos de las distintas rondas.⁷¹

⁶⁹ Se excluyó al año 2016 por exhibir pérdidas.

⁷⁰ Esto en el supuesto que el sistema de Isapres decidiese continuar funcionando.

⁷¹ En el ejercicio no se ha considerado los costos que traería en el sistema de Isapres los traspasos de asegurados entre Isapres producto del término de la Declaración de Salud. En efecto, es de esperar que los asegurados que hoy están pagando una prima más alta, debido a su mayor riesgo individual que genera una preexistencia, decidan cambiarse a otra Isapre que sin la Declaración de Salud no podría cobrarles la sobre prima por su mayor riesgo individual. En este contexto, el sistema de Isapres como un todo tendría un costo que asumir por dichos traspasos, ya que el sistema quedaría con el mismo riesgo que cubrir pero con una prima promedio menor.

IV.4. Estimación de Costos de Rondas Posteriores de Traspasos Inter-sistemas

El costo estimado presentado en el Cuadro N° 4 corresponde al del primer período de traspasos, a los cuales se les debería agregar los costos generados en las rondas siguientes de traspasos entre sistemas. En esta subsección se efectúa este ejercicio, simulando los distintos movimientos esperados entre un sistema y otro que generaría la eliminación de la Declaración de Salud. Los resultados de este ejercicio se presentan en los Cuadros N° 5 y N° 6.

Los datos iniciales corresponden al período base o inicial (t0), cuya información de personas adscritas a Isapres y precio por beneficiario corresponde a la información efectiva del año 2017. A partir de esta información se incorpora la estimación de la primera ronda de traspasos presentada en el Cuadro N° 4, con estimaciones de flujos de personas y costos. En particular, la población inicial adscrita a alguna Isapre es de casi 3,4 millones de beneficiarios, desde donde se obtiene un pago promedio por beneficiario de UF 27,9 que resulta de dividir los ingresos totales de las Isapres por el número de beneficiarios. Además, la eliminación de la Declaración de Salud tendrá como primer efecto la entrada de personas desde Fonasa en busca de una atención médica, y una salida de personas sanas desde Isapres que busca ahorrar parte del pago que realizan, sabiendo que de necesitar una atención podrían volver con facilidad al sistema privado.

Adicionalmente, los Cuadros N° 5 y N° 6 presentan una columna que contabiliza la salida de personas del sistema de Isapres por efecto de un posible aumento de precios en las primas como forma de enfrentar los mayores costos que generarían los traspasos por la eliminación de la Declaración de Salud. En este contexto, el ejercicio no contempla que el primer año existan aumentos de precios, ya que se ha supuesto que estos se gatillan como consecuencia de los aumentos de costos del sistema que se observan con posterioridad a la entrada en vigencia del fin a la Declaración de Salud, y por tanto los mayores precios comenzarían a observarse a partir del segundo período o segunda ronda de traspasos.

Así, en las rondas siguientes, el ejercicio considera que a la población beneficiaria inicial del sistema de Isapres se deben sumar las entradas y restar las salidas, obteniéndose una población beneficiaria final en cada período, que a su vez pasa a ser la población inicial del período siguiente.

En la primera ronda, el ejercicio estima los costos correspondientes a UF 31,81 millones. En la segunda ronda, hemos supuesto que las Isapres buscan compensar los mayores costos, mediante un aumento del precio de los planes.⁷² Para efectos de compensar

⁷² Recordemos que los costos en la primera ronda aumentan en 38,7% respecto de los costos operacionales del año 2017 del sistema Isapres. Como supuesto de trabajo, el ejercicio considera que las Isapres elevarán

totalmente los costos de la primera ronda, el sistema de Isapres debería subir el precio de sus planes en 30,4% por beneficiario, llevando a que el precio promedio de los planes de la segunda ronda se elevaría de UF 27,9 a UF 36,4 por beneficiario.

Al igual que en la primera ronda o periodo, en cada una de las rondas siguientes se vuelven a tener flujos de personas, tanto de entrada como salida, sólo que desde la segunda ronda en adelante también se produce una salida adicional de personas por efecto del aumento del precio de los planes en el sistema Isapres.⁷³

En cada ronda de traspasos, el ejercicio supone que el precio promedio de los planes aumenta en la magnitud que es necesaria para compensar el aumento de costos que se genera en el período anterior por los traspasos inter-sistemas.

En el caso de las entradas de personas desde Fonasa al sistema Isapres, hemos considerado que el ingreso familiar que se utilizó como referencia en el ejercicio base debería elevarse en la misma cantidad en que se elevará el precio de los planes, por lo que la proporción de personas que está en Fonasa y cumple con esta condición de ingresos será menor año tras año respecto al nivel de 48,5% establecido en el ejercicio de la primera ronda de traspasos.

Por su parte, en relación a la propensión al cambio, se ha supuesto para el ejercicio que ésta va disminuyendo gradualmente en 5 puntos porcentuales anuales desde el nivel de 37% que se usó para la primera ronda.⁷⁴ Para el caso de las salidas de personas desde las Isapres a Fonasa, se consideró que este porcentaje se mantiene estable en 3,3% del total de beneficiarios de Isapres, el cual se obtiene de los resultados que entrega la estimación de la primera ronda de traspasos. Adicionalmente, las salidas de personas desde las Isapres por efecto precio se estimaron a través de considerar una elasticidad precio⁷⁵ de -0,5 y -0,8, y se supuso que estas salidas se distribuían en el total de beneficiarios.⁷⁶

el precio promedio de sus planes para efectos de compensar los mayores costos operacionales y así no exhibir pérdidas en el ejercicio. Esto debido a que la regulación de solvencia que exhiben las Isapres es muy estricta y cualquier pérdida generada debe ser asumidas por ellas, sino al siguiente ejercicio la Superintendencia de Salud podría intervenirlas u obligarlas a capitalizar las pérdidas.

⁷³ De igual forma, a partir de la segunda ronda de traspasos hay un porcentaje de personas que habiéndose traspasado de Fonasa a Isapre en rondas iniciales retorna a Fonasa una vez que se atendió en el sistema de Isapres y se sanó. En particular, se ha supuesto que un 70% de las personas que se traspasaron de Fonasa en las rondas anteriores retornan a Fonasa producto que recibieron una atención y solucionaron su problema de salud.

⁷⁴ Los porcentajes de entrada de personas a Isapres se aplican al total de personas de Fonasa, que además de ajustarse año a año por los flujos de entrada y salida, asumen un crecimiento tendencial del 0,5% anual.

⁷⁵ En el estudio "Health care demand elasticities by type of service", de Ellis et al. (2017), se estima una elasticidad precio para todos los gastos en salud cercana a -0,4. Por su parte, en "Paying for Health Insurance: The Trade-Off between Competition and Adverse Selection", de Culter y Reber (1998), se estima

Con base en los supuestos mencionados y a partir de la información de costos de la ronda inicial de traspasos, se estimaron los costos del sistema Isapres para las siguientes cinco rondas de traspasos entre sistemas, los cuales se muestran en la penúltima columna de los Cuadros N° 5 y N° 6.

**Cuadro N° 5: Efectos Dinámicos de la Eliminación de la Declaración de Salud
(Elasticidad precio -0,5)**

Período	Precio por Beneficiario (UF)	Personas					Costo (MM UF)	Cambio % Precio
		Adscritos Inicial	Entrada para Atención Médica	Salida por Oportunismo	Salida por Precio	Adscritos Final		
t0	27.9	3,393,805	458,728	113,046	0	3,739,487	31.8	30.4%
t1	36.4	3,739,487	391,705	445,670	569,240	3,116,282	33.9	29.9%
t2	47.3	3,116,282	248,853	377,995	465,266	2,521,874	23.4	19.6%
t3	56.6	2,521,874	145,346	258,200	247,319	2,161,701	14.4	11.8%
t4	63.3	2,161,701	84,743	173,748	127,474	1,945,222	8.9	7.2%
t5	67.9	1,945,222	49,608	124,114	70,323	1,800,393	5.7	4.6%

Nota: Se usa elasticidad precio de -0,5

Fuente: Elaboración propia.

**Cuadro N° 6: Efectos Dinámicos de la Eliminación de la Declaración de Salud
(Elasticidad precio -0,8)**

Período	Precio por Beneficiario (UF)	Personas					Costo (MM UF)	Cambio % Precio
		Adscritos Inicial	Entrada para Atención Médica	Salida por Oportunismo	Salida por Precio	Adscritos Final		
t0	27.9	3,393,805	458,728	113,046	0	3,739,487	31.8	30.4%
t1	36.4	3,739,487	391,705	445,670	910,784	2,774,738	33.9	33.5%
t2	48.7	2,774,738	244,000	366,619	744,426	1,907,694	22.9	24.6%
t3	60.7	1,907,694	134,016	234,344	375,779	1,431,586	13.2	15.2%
t4	69.9	1,431,586	72,345	141,496	174,265	1,188,170	7.4	9.0%
t5	76.1	1,188,170	39,271	90,219	85,214	1,052,008	4.3	5.4%

Nota: Se usa elasticidad precio de -0,8

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados del ejercicio muestran que los costos del sistema de Isapres aumentan en forma significativa en cada período o ronda de traspasos como consecuencia de la eliminación de la Declaración de Salud, acumulando en un período de 6 años un costo en

una elasticidad precio por servicios de salud entre -0,6 y -0,3. Para efectos de nuestro ejercicio, se ha sensibilizado la estimación al uso de dos elasticidades precio: -0,5 y -0,8. Estas son levemente mayores a las estimadas en los estudios mencionados, lo cual obedece a que los cambios de precios son de una magnitud significativa, situación que debería afectar al alza la sensibilidad de los agentes ante un cambio en precio.

⁷⁶ Este es un supuesto conservador, por cuanto es más probable que las personas que prefieran salir luego del aumento de precio sean aquellas que están más sanas, ya que en el margen su costo esperado de atención médica quedaría por debajo de la mayor prima a pagar.

torno a UF 115 millones⁷⁷, equivalente a cerca de 2,7 veces el valor de los actuales activos totales del sistema de Isapres. Esto se explicaría producto de que la eliminación de la Declaración genera una completa modificación en los riesgos de la cartera de las personas en Isapres, siendo ésta cada vez más compuesta por personas que entraron en busca de una atención médica, y menos por personas que se mantienen en el sistema de Isapres sin usarlo pero contribuyendo a su financiamiento, por cuanto estas personas se van paulatinamente a Fonasa.

Lo anterior se observa en el Gráfico N° 8 para el caso del ejercicio del Cuadro N° 6, donde bajo el supuesto que en el período inicial el 5% de las personas del sistema de Isapres es un usuario neto del sistema (exhibe más costos que pagos en el sistema), por lo que estas personas eran cubiertas por el 95% restante siguiendo la lógica de un modelo de seguros. No obstante, en la medida que se generan los cambios antes analizados, en el segundo período o ronda de traspasos esta tasa de riesgo de cartera aumenta considerablemente, y seguiría aumentando en las rondas siguientes.

Gráfico N° 8: Composición de Riesgos

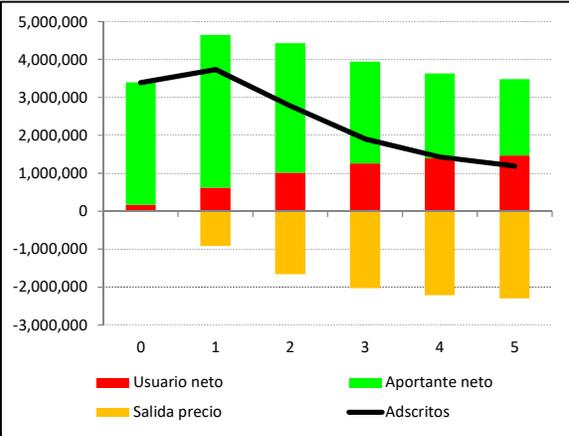
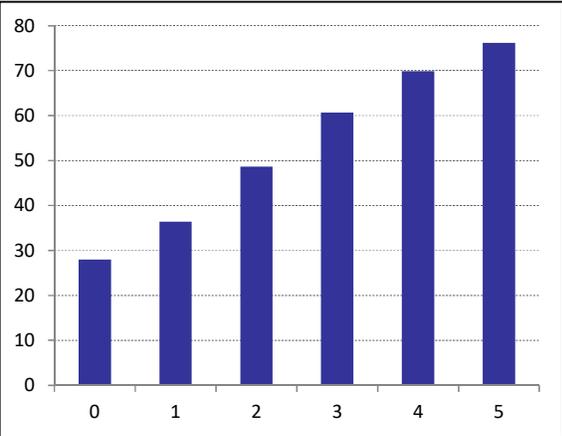


Gráfico N° 9: Precio Promedio Planes



Nota: Estos Gráficos corresponden al ejercicio que se presenta en el Cuadro N° 6, donde la elasticidad precio su supuso de -0,8.

Fuente: Elaboración en base a estimaciones propias.

Adicionalmente, el Gráfico N° 9 muestra la evolución que exhibirían los precios promedios de los planes del sistema Isapres para efecto de compensar los aumentos de costos en cada uno de los períodos. En particular, los precios promedios pasarían en el momento

⁷⁷ En el caso del ejercicio que supone una elasticidad de -0,5 el costo acumulado en seis años alcanza a 118,1 millones de UF, mientras que aquel que supone una elasticidad precio de -0,8 el costo acumulado en el período se estimó en 113,5 millones de UF.

inicial de UF 27,9 a UF 76,1 en el año seis, representando un incremento real en el precio de los planes de 172,8% en el período. El fuerte aumento que requerirían los precios de los planes permite inferir la dificultad que encontraría el sistema para su materialización. De esta forma, la magnitud de los costos hace imposible considerar que estos pudiesen ser absorbidos por el sistema privado de salud si no se elevan los precios de los planes en forma significativa. En este contexto, el ejercicio muestra que no es factible que el sistema se establezca en una cierta tasa de traspaso después de algunas rondas de traspasos, ya que financieramente el sistema privado de salud se hace inviable ante la imposibilidad de elevar los precios de los planes todo lo que se necesita para solventar el sistema.

El ejercicio muestra además que la eliminación de la Declaración de Salud llevaría a que el sistema privado de salud fuese elevando sostenidamente el porcentaje de personas que requieren atención (usuarios netos en el Gráfico N° 8), elevando con ello la tasa de riesgo de la cartera y con ello la viabilidad financiera del sistema. En el evento que el sistema privado pudiese permanecer operando, se tendría en el límite que el número de cotizantes en el sistema de Isapres se iría reduciendo mientras la proporción de personas que requieren atención seguiría elevándose respecto del total.

En síntesis, la eliminación de la Declaración de Salud, sin mecanismos que frene la entrada de enfermos desde el Fonasa o que no se haga cargo financieramente de ella, llevará con una alta probabilidad a la quiebra del sistema. Esto podría ocurrir en el primer año de la aplicación, pues los ingresos no serán suficientes para solventar los gastos en prestaciones y licencias médicas al siguiente año, y consecuentemente, la Superintendencia de Salud deberá intervenir el sistema.⁷⁸

En definitiva, frente a la eliminación de la Declaración de Salud, los antecedentes permiten concluir que los traspasos de asegurados entre sistemas se generarán bajo un comportamiento oportunista, erosionando el correcto equilibrio de los riesgos involucrados y con ellos los costos a financiar, con el consiguiente efecto en la viabilidad y existencia de éste, si no media algún mecanismo que evite o se haga cargo de los movimientos de riesgos entre sistemas que se generarían al no existir la declaración de salud.

⁷⁸ El ejercicio considera que las Isapres tendrían que elevar el precio promedio de sus planes para efectos de compensar los mayores costos operacionales y así no exhibir pérdidas en el ejercicio. Esto debido a que la regulación de solvencia que exhiben las Isapres es muy estricta y cualquier pérdida generada debe ser asumidas por ellas, sino al siguiente ejercicio la Superintendencia de Salud podría intervenirlas u obligarlas a capitalizar las pérdidas.

ANEXO A: Estudios de Asimetrías de Información en Seguros

La literatura de seguros es clara en identificar a la selección adversa y al riesgo moral como dos aspectos fundamentales relacionados con las asimetrías de información. En particular, existen estudios empíricos que intentan probar la existencia real de estos comportamientos.

En efecto, en un documento de trabajo del departamento de estudios de la Superintendencia de Salud (2017),⁷⁹ se analiza la posibilidad de existencia de selección adversa y riesgo moral mediante el análisis de estadísticas básicas de las condiciones de salud de la población usando la Encuesta CASEN 2015. La metodología que se utiliza en dicho estudio es la de comparar los promedios de uso del sistema aprovechando diversas preguntas de la Encuesta que reflejan condición de salud y demanda de prestaciones de los usuarios, diferenciando entre quienes tienen y quienes no tienen un seguro de salud.

En el caso del riesgo moral, el documento encuentra evidencia de su existencia en algunos tipos de demanda, mientras que en el caso de selección adversa no se encuentra evidencia de su existencia. En todo caso, en ambos resultados está presente la debilidad metodológica de la comparación estadística de forma directa al no construir un contrafactual apropiado, lo que es comentado en el mismo estudio, y que por tanto no permite extraer conclusiones robustas.⁸⁰

Ahora bien, también la Superintendencia exhibe un documento donde se intentan probar ambas hipótesis anteriores a través de modelos que controlan por ciertas características observables de los individuos,⁸¹ y que desde un punto de vista teórico son modelos más apropiados que la comparación del estudio anterior usando sólo estadísticas descriptivas. En concreto, para la evaluación del riesgo moral se utilizan modelos de conteo (poisson y binomial negativo, ambos inflados con ceros), encontrando que efectivamente existiría evidencia de riesgo moral en consultas dentales (que es la variable resultado usada por el autor, correspondiente a la pregunta s23a de la Encuesta), concluyéndose que posiblemente esto también se produciría en consultas de especialidad y de salud mental.

Para analizar la existencia empírica de selección adversa el documento exhibe una estimación de un modelo *probit* para evaluar si la probabilidad de tener o no un seguro se

⁷⁹“Caracterización del mercado de seguros complementarios de salud en base a la encuesta CASEN 2015”, Superintendencia de Salud.

⁸⁰ En términos sencillos, es inapropiado usar como contrafactual de quienes tienen seguro a quienes no lo tienen, por cuanto los que toman el seguro no necesariamente son “similares” a quienes no lo toman.

⁸¹ “Demanda por seguros complementarios de salud e hipótesis de selección adversa y riesgo moral en base a CASEN 2015”, Superintendencia de Salud. Lamentablemente este documento es difícil de analizar porque solo se tienen diapositivas que no permiten realizar un análisis acabado del mismo.

ve afectada por la condición de salud. Como medidas de condición de salud el estudio utiliza la condición de salud subjetiva que informa el propio encuestado (pregunta S13), además de enfermedades preexistentes que son declaradas como tratamientos que se han recibido los últimos 12 meses (pregunta s28 de la Encuesta). En el caso de la condición de salud, esta es subjetiva, por lo que no resulta muy claro que sea una variable apropiada para evaluar correctamente la selección adversa.

Por su parte, de las enfermedades declaradas el estudio utiliza tres tipos. La primera llamada “enf” en el modelo *probit*, obteniéndose una estimación positiva del parámetro que la acompaña, lo que refleja una mayor contratación de seguros en caso de tener esta enfermedad, pero con un *t-student* bajo, lo que refleja que no sería estadísticamente significativa. Lamentablemente no podemos saber a qué enfermedad en específico se refiere la variable “enf” o si agrupa a todas las enfermedades auto declaradas de la pregunta de la Encuesta. Tampoco hay detalles de la estimación de las varianzas.

Las otras dos variables de enfermedad son “Cronic” y “Cancer”, la primera arrojando un parámetro estimado de signo negativo y la segunda variable arrojando un parámetro estimado de signo positivo, pero en ambos casos siendo no significativos. En el caso de las enfermedades crónicas, si bien existen un número importante de casos reportados en la Encuesta, se está dejando fuera el resto de las enfermedades que también puede llevar a tener un seguro, haciendo poco confiables los resultados en términos agregados para evaluar selección adversa. Mientras que en el caso del cáncer, los casos no resultan ser muy significativos en número, ya que todos los tipos de cáncer de la Encuesta alcanzan apenas el 0,6% del total de encuestados.

Por otro lado, un estudio de los setentas de la Corporación RAND referido a los seguros de salud permite concluir respecto al riesgo moral. En este estudio se analizaron los patrones de consumo de prestaciones de salud de 5.809 personas de diferentes ciudades de Estados Unidos, a las que se les otorgó diferentes coberturas de seguros de salud, incluyendo un plan libre de costos para la familia. La principal conclusión que se extrae del estudio es que el uso del sistema de salud era significativamente mayor en personas que contaban con seguro con cobertura completa en relación a aquellas con seguro parcial, observándose también diferencias de uso entre personas con distinto nivel de cobertura.⁸² Dada las características del experimento de este estudio, los resultados pueden considerarse robustos.

⁸²Detalles en “Association Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment”, Willard G. Manning et al (1987).

ANEXO B: Gasto en Salud per Cápita países OECD

País	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Australia	2,783	2,888	3,016	3,107	3,255	3,256	3,336	3,429	3,506	3,636	3,611	3,748	3,838	3,905	4,062	4,241	4,224	4,198
Austria	3,469	3,524	3,613	3,688	3,830	3,856	3,930	4,064	4,194	4,232	4,298	4,324	4,409	4,421	4,460	4,446	4,503	4,564
Bélgica	2,882	2,955	3,053	3,352	3,463	3,482	3,505	3,610	3,766	3,936	3,945	4,030	4,056	4,110	4,173	4,113	4,122	4,179
Canadá	3,055	3,217	3,366	3,455	3,550	3,616	3,731	3,808	3,873	4,152	4,225	4,182	4,209	4,219	4,224	4,403	4,480	4,505
Chile	725	755	793	838	894	933	975	1,045	1,074	1,166	1,232	1,290	1,368	1,476	1,563	1,675	1,729	1,758
República Checa	1,184	1,259	1,350	1,479	1,511	1,607	1,663	1,695	1,825	1,981	1,919	1,962	1,958	2,164	2,177	2,137	2,186	2,257
Dinamarca	3,357	3,515	3,626	3,714	3,848	3,963	4,140	4,230	4,268	4,530	4,448	4,410	4,442	4,433	4,483	4,569	4,657	4,683
Estonia	770	764	806	900	1,003	1,074	1,182	1,308	1,419	1,379	1,368	1,358	1,422	1,500	1,599	1,696	1,785	1,881
Finlandia	2,321	2,427	2,594	2,748	2,895	3,044	3,158	3,234	3,349	3,355	3,439	3,543	3,609	3,642	3,599	3,692	3,663	3,646
Francia	3,258	3,341	3,464	3,488	3,589	3,639	3,754	3,795	3,852	4,001	4,037	4,107	4,141	4,188	4,264	4,242	4,289	4,328
Alemania	3,538	3,609	3,696	3,752	3,706	3,793	3,898	3,976	4,106	4,265	4,397	4,438	4,474	4,545	4,631	4,723	4,802	4,957
Grecia	1,765	2,016	2,152	2,261	2,293	2,608	2,738	2,850	2,934	2,826	2,694	2,333	2,123	1,960	1,878	1,943	2,008	2,015
Hungría	1,168	1,225	1,340	1,593	1,603	1,728	1,754	1,632	1,622	1,548	1,621	1,658	1,622	1,615	1,649	1,715	1,819	1,856
Islandia	3,039	3,069	3,295	3,519	3,574	3,614	3,588	3,740	3,730	3,600	3,380	3,326	3,333	3,458	3,503	3,552	3,741	3,933
Irlanda	2,256	2,546	2,776	2,957	3,193	3,506	3,537	3,755	4,123	4,485	4,552	4,755	4,764	4,606	4,658	4,453	4,588	4,729
Israel	1,740	1,808	1,750	1,724	1,762	1,827	1,847	1,922	1,967	1,974	2,033	2,085	2,134	2,172	2,237	2,302	2,327	2,379
Italia	2,681	2,795	2,842	2,820	2,967	3,044	3,132	3,051	3,146	3,103	3,138	3,108	3,054	2,965	2,961	2,984	2,997	3,033
Japón	2,370	2,442	2,480	2,560	2,631	2,716	2,762	2,834	2,912	3,044	3,205	3,718	3,843	3,926	3,961	4,034	4,065	4,105
Corea	831	1,009	1,012	1,099	1,143	1,249	1,399	1,521	1,633	1,754	1,896	1,970	2,047	2,143	2,282	2,411	2,572	2,723
Letonia	586	671	725	756	939	989	1,093	1,170	1,158	1,103	1,081	1,061	1,087	1,121	1,167	1,266	1,427	1,506
Lituania	720	751	825	926	889	998	1,127	1,249	1,414	1,425	1,371	1,417	1,443	1,473	1,553	1,672	1,785	1,766
Luxemburgo	4,698	5,160	5,573	5,793	6,236	6,219	6,038	6,002	6,114	6,530	6,456	5,371	5,628	5,681	5,758	5,570	5,583	5,501
México	665	709	736	846	890	882	883	909	896	901	911	891	936	955	918	964	934	934
Países Bajos	2,881	3,079	3,274	3,474	3,559	3,946	4,040	4,205	4,386	4,520	4,634	4,742	4,845	4,818	4,852	4,729	4,791	4,825
Nueva Zelanda	2,008	2,103	2,263	2,267	2,360	2,525	2,670	2,645	2,828	3,014	2,998	3,030	3,135	3,080	3,159	3,199	3,212	3,162
Noruega	3,943	4,077	4,436	4,563	4,663	4,750	4,773	4,890	5,072	5,176	5,163	5,308	5,418	5,476	5,653	5,904	5,920	6,087
Polonia	755	820	896	911	943	966	1,025	1,112	1,258	1,336	1,352	1,379	1,393	1,453	1,472	1,553	1,644	1,762
Portugal	2,185	2,220	2,265	2,325	2,466	2,518	2,472	2,509	2,590	2,651	2,684	2,561	2,421	2,340	2,356	2,396	2,471	2,515
Eslovaquia	823	857	925	966	1,207	1,312	1,480	1,717	1,756	1,894	1,949	1,903	1,988	1,987	1,872	1,931	2,067	2,116
Eslovenia	1,713	1,781	1,875	1,948	1,993	2,079	2,145	2,191	2,366	2,358	2,386	2,391	2,372	2,351	2,340	2,390	2,454	2,425
España	2,008	2,064	2,099	2,355	2,416	2,483	2,569	2,645	2,784	2,885	2,883	2,866	2,775	2,722	2,767	2,895	2,938	2,981
Suecia	2,648	2,907	3,079	3,179	3,224	3,308	3,395	3,448	3,503	3,543	3,533	4,530	4,592	4,678	4,770	4,875	4,936	5,010
Suiza	4,752	4,973	5,141	5,247	5,389	5,430	5,296	5,359	5,478	5,633	5,683	5,753	5,904	6,082	6,253	6,476	6,687	6,726
Turquía	598	605	659	682	724	777	863	911	903	893	872	885	875	922	944	941	998	1,044
Reino Unido	1,960	2,122	2,253	2,410	2,524	2,634	2,732	2,814	2,872	3,032	3,040	3,041	3,035	3,605	3,669	3,752	3,786	3,795
Estados Unidos	5,633	5,932	6,339	6,693	6,921	7,090	7,267	7,446	7,550	7,775	7,940	7,985	8,101	8,161	8,396	8,733	8,933	9,111

Fuente: OECD Statistics

ANEXO C: Detalles de enfermedades GES

Enfermedad	Enf. Usada (1=sí)	Casos 2016	Costo (UF)
Insuficiencia Renal Crónica Terminal (etapa 4 y 5)	1	4,507	268
Cardiopatías Congénitas Operables En Menores De 15 Años	0	6,271	72
Cáncer Cervicouterino*	1	645,507	158
Alivio Del Dolor Por Cáncer Avanzado Y Cuidados Paliativos	0	17,670	6
Infarto Agudo Del Miocardio (25, marcapaso)	0	89,730	110
Diabetes Mellitus Tipo I	1	863	32
Diabetes Mellitus Tipo II	1	103,529	12
Cáncer De Mama	1	13,131	316
Disrrafias Espinales	1	818	166
T.Q. Escoliosis	1	740	239
T.Q. Cataratas	1	63,351	14
Endoprotesis Artrosis De Cadera	1	3,026	207
Fisura Labiopalatina	1	375	365
Cáncer Infantiles	1	985	1,251
Esquizofrenia	1	2,622	241
Cáncer De Testículo En Personas De 15 Años Y Mas	1	1,194	704
Linfoma	1	2,140	1,254
VIH/Sida	1	60,004	206
Infección Respiratoria Aguda (Ira) Baja De Manejo Ambulatorio En Menores De 5 Años	0	243,863	2
Neumonía Adquirida En La Comunidad De Manejo Ambulatorio En Personas De 65 Años Y Mas	0	33,099	3
Hipertensión Arterial Primaria O Esencial En Personas De 15 Años Y Mas	0	137,903	9
Epilepsia No Refractaria desde 1 Año y menores 15 Años	1	2,653	18
Salud Oral Integral Para Niños Y Niñas 6 Años	0	116,215	6
Prematurez	0	-1,739	15
Marcapaso	1	6,285	150
Colecistectomía Preventiva Del Cáncer De Vesícula	1	21,460	40
Cáncer Gástrico	1	14,042	189
Cáncer De Próstata En Personas De 15 Años Y Mas	1	3,958	393
Vicios De Refracción Personas De 65 Años Y Mas	1	184,260	3
Estrabismo En Menores De 9 Años	1	8,423	8
Retinopatía Diabética	1	27,559	16
Desprendimiento De Retina Regmatogeno No Traumático	1	2,349	45
Hemofilia	1	562	2,299
Depresión En Personas De 15 Años Y Mas	1	50,373	32
Hiperplasia de próstata	1	12,152	44
Ortesis Adulto Mayor	0	56,351	19
Accidente Cerebrovascular Isquémico En Personas De 15 Años Y Mas	0	27,749	138
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica Tratamiento Ambulatorio	0	18,291	16
Asma Bronquial En Menores De 15 Años	1	29,329	15
Síndrome De Distress Respiratorio En El Recién Nacido	0	2,413	645
Tratamiento médico Artrosis de cadera y/o rodilla	0	61,604	12
Hemorragia Subaracnoidea Secundaria A Ruptura De Aneurismas Cerebrales	0	636	22
T.Q. Tumores Primarios SNC	1	1,505	791
T.Q. Hernia Núcleo Pulposo Lumbar	1	2,521	48
Leucemia adultos	1	1,056	358
Urgencias Odontológicas Ambulatorias	0	293,739	2
Salud Oral Integral Del Adulto De 60 Años	0	41,815	14
Politraumatizado	0	1,532	624
Atención De Urgencia Traumatismo Cráneo Encefálico Moderado O Grave	0	14,463	267
Trauma Ocular Grave	0	16,568	54
Fibrosis Quística	1	42	878
Artritis Reumatoidea	1	3,756	59
Consumo Perjudicial Y Dependencia De Alcohol Y Drogas En Menores De 20 Años	0	1,705	56
Analgesia Del Parto	0	55,040	4
Gran Quemado	0	811	2,080
Hipoacusia Bilateral En Personas De 65 Años Y Mas Que Requieren Uso De Audífono	1	29,394	12
Retinopatía Del Prematuro	0	9,278	14
Displasia Broncopulmonar Del Prematuro	0	3,587	38
Hipoacusia Neurosensorial Bilateral Del Prematuro	1	8,381	106
Epilepsia No Refractaria 15 Años Y Más	1	5,011	6
Asma Bronquial 15 Años Y Más	1	24,035	64
Enfermedad De Parkinson	1	3,032	35
Artritis Idiopática Juvenil	1	266	94
Prevención Enfermedad Renal	0	31,258	8
Displasia Luxante De Caderas	0	98,513	11
Salud Oral Integral De La Embarazada	0	133,977	9
Esclerosis Múltiple Rr	1	180	385
Hepatitis B	0	292	85
Hepatitis C	1	278	62
Cáncer colorectal (15+)	1	4,679	413
Cáncer de ovario (15+)	1	922	336
Cáncer vesical (15+)	1	738	429
Osteosarcoma (15+)	1	59	986
T.Q. válvula aórtica en personas de 15 años y más	1	826	537
Desorden bipolar	1	2,489	44
Hipotiroidismo mayores de 15 años	0	76,627	8
Tratamiento de hipoacusia moderada en menores de 2 años	0	124	546
Lupus	0	1,342	105
T.Q. válvulas mitral y tricúspide	1	543	919
Úlcera péptica (Helicobacter Pylori)	1	24,953	3

Nota: La prematurez aparece con signo negativo debido a una recodificación y recalificación hacia otras enfermedades

ANEXO D: Sensibilización resultados Cuadro N° 4. Millones de UF primer año.

Propensión al cambio	Porcentaje de personas en FONASA que económicamente pueden cubrir cambio				
	30%	40%	48.5%	50%	60%
20%	12.21	15.50	18.28	18.78	22.06
30%	17.14	22.06	26.24	26.98	31.90
37%	20.58	26.65	31.81	32.72	38.79
40%	22.06	28.62	34.20	35.18	41.75
50%	26.98	35.18	42.15	43.39	51.59

Nota: Se ha mantenido el supuesto del rango etario entre 25-45 años

Fuente: Elaboración propia