

CLINICAS DE CHILE A.G.
Clínicas y Centros de Salud

Temas de Coyuntura

Número 28
MAYO 2010

¿QUÉ INCIDE EN LA EVOLUCIÓN DEL COSTO DE EXPLOTACIÓN DE LAS ISAPRES?

Cuando se acerca el período anual en que las Isapres aplican modificaciones a los precios de sus planes de salud, surge una expectativa por tratar de proyectar la tendencia y la magnitud de los ajustes que se aplicarán los que evidentemente tienen relación directa con la evolución del gasto en prestaciones de salud y subsidios por incapacidad laboral. En este contexto resulta muy interesante comprender como se estructura el gasto de las Isapres y que análisis son pertinentes de considerar en el cálculo de los ajustes necesarios.

Del total de ingresos de las Isapres, al año 2009, según los resultados financieros del sistema, las Isapres destinaron un 87,2% de sus ingresos a cubrir costos de operación. El año 2008 esta proporción alcanzaba a un 84,4%.

Resultados Financieros Comparados del Sistema Isapre (Período enero-diciembre) MM\$					
Variables seleccionadas	2008		2009		Variación anual
	Valores	Estructura porcentual	Valores	Estructura porcentual	
Ingresos operacionales	1.179.773	100%	1.251.542	100%	6,1%
Costos de operación	995.425	84,4%	1.091.499	87,2%	9,7%
Gastos de administración y ventas	163.336	13,8%	156.096	12,5%	-4,4%
Resultado operacional	21.013	1,8%	3.947	0,3%	-81,2%
Resultado no operacional	20.721	1,8%	25.315	2,0%	22,2%
Resultado ejercicio	34.668	2,9%	24.976	2,0%	-28,0%

Fuente: Superintendencia de Salud
CIFRAS PRELIMINARES SUJETAS A CONFIRMACION

Este aumento de la siniestralidad obedece a que los ingresos por beneficiario crecieron en una menor proporción que lo que lo hicieron los costos de salud y los costos de subsidios por incapacidad laboral. Ante esta alza de costos, las Isapres han reaccionado optimizando el costo de administración y ventas, sin embargo no logran compensar los fuertes crecimientos en siniestralidad, generando una importante baja en los resultados del ejercicio.

Esta situación es bastante generalizada a nivel de todas las Isapres por lo que es posible definirlo como un problema de la industria más que de una Isapre en particular.



CLINICAS DE CHILE A.G.
Clínicas y Centros de Salud

Estados de Resultados al 31 de diciembre 2009 Como porcentaje del Ingreso Operacional									
ISAPRE	Costos de operación			Gastos de adm. y vtas.			Resultado operacional		
	2008	2009	% variación	2008	2009	% variación	2008	2009	% variación
Colmena	84,2%	88,9%	5%	11,8%	11,0%	-1%	4,1%	0,2%	-4%
Cruz Blanca	85,6%	86,8%	1%	15,8%	14,1%	-2%	-1,4%	-0,9%	1%
Vida Tres	85,6%	87,3%	2%	9,7%	9,2%	-1%	4,7%	3,6%	-1%
Ferrosalud	96,8%	84,4%	-12%	27,7%	24,0%	-4%	-24,4%	-8,4%	16%
Másvida	79,0%	86,4%	7%	18,0%	14,1%	-4%	3,0%	-0,5%	-3%
Banmédica	84,3%	86,7%	2%	13,3%	12,8%	0%	2,4%	0,5%	-2%
Consalud	83,5%	85,4%	2%	14,7%	12,6%	-2%	1,7%	2,0%	0%
San Lorenzo	84,1%	84,7%	1%	28,1%	27,4%	-1%	-12,3%	-12,1%	0%
Fusat	92,5%	93,5%	1%	7,1%	7,2%	0%	0,4%	-0,7%	-1%
Chuquicamata	93,8%	94,2%	0%	10,0%	10,2%	0%	-3,8%	-4,4%	-1%
Rio Blanco	90,4%	93,9%	3%	8,0%	8,4%	0%	1,5%	-2,3%	-4%
Fundación	84,7%	86,8%	2%	15,9%	16,0%	0%	-0,6%	-2,8%	-2%
Cruz del Norte	86,5%	88,8%	2%	13,5%	12,9%	-1%	0,0%	-1,7%	-2%
	84,4%	87,2%	3%	13,8%	12,5%	-1%	1,8%	0,3%	-1%

Fuente: Superintendencia de Salud

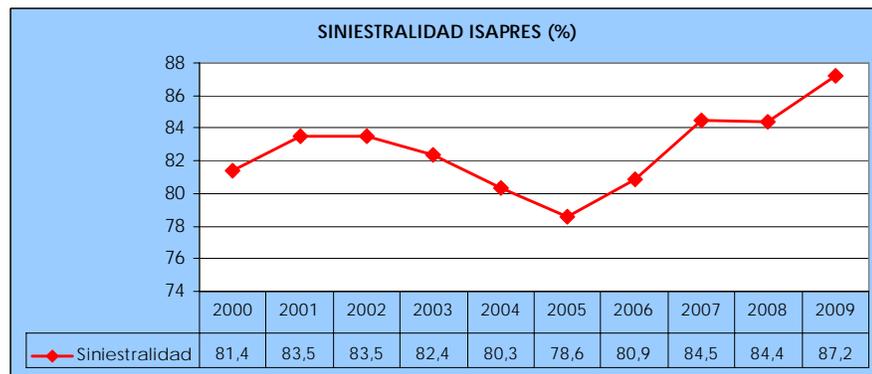
Otro aspecto preocupante respecto de estas tendencias que se observaron en el periodo 2008 – 2009 es que esta dinámica no es un fenómeno nuevo en la industria. La siniestralidad en los últimos años ha ido aumentando fuertemente, debido a un aumento sostenido del costo total por beneficiario, que ha crecido a unas tasas muy superiores al aumento de los precios por beneficiario.

Resultados Financieros Comparados del Sistema Isapre (Período enero-diciembre)			
Variables seleccionadas	2008	2009	Variación anual
	Valores	Valores	
Cotización total por beneficiario	35.305	37.665	6,7%
Costo en prestaciones por beneficiario	24.248	26.709	10,1%
Costo en subsidios por cotizante	11.193	12.240	9,4%
Gasto de administración y ventas por beneficiario	4.888	4.698	-3,9%
Resultado ejercicio	34.668	24.976	-28,0%

CIFRAS PRELIMINARES SUJETAS A CONFIRMACIÓN

Fuente: Superintendencia de Salud

Cifras expresadas en moneda de diciembre de 2009



Ante el escenario de constante aumento de costos, es poco realista asumir que el aumento de siniestralidad puede ser traspasable a precio anualmente totalmente sin afectar la afiliación o el nivel de riesgo promedio de la cartera.

Es importante señalar que en el proceso readecuación 2009 y 2010, aún cuando los costos de explotación crecieron en forma importante, la mayor parte de las Isapres optó por no aplicar ajuste de precios, optando por una estrategia que concentre sus esfuerzos en optimizar los costos y analizar las causas del gasto a objeto de poder generar cambios de comportamiento y tendencias

**Banda de Precios Informadas
Proceso de Adecuación Julio 2010 - Junio 2011**

ISAPRE	Variación Mínima	Promedio Ponderado	Variación Máxima	Observaciones
Isapres Abiertas				
Vida Tres	0,0%	0,0%	0,0%	No aplicará alzas de precios
MasVida	0,0%	0,0%	0,0%	No aplicará alzas de precios
Banmédica	0,0%	0,0%	0,0%	No aplicará alzas de precios
Consalud	0,0%	0,0%	0,0%	No aplicará alzas de precios
Cruz Blanca	3,4%	3,9%	5,1%	
Colmena	3,3%	4,7%	6,1%	
Ferrosalud	5,3%	7,5%	9,8%	
Isapres Cerradas				
Rio Blanco	0,0%	0,0%	0,0%	No aplicará alzas de precios
Fundación	0,0%	0,0%	0,0%	No aplicará alzas de precios
Cruz del Norte	0,0%	0,0%	0,0%	No aplicará alzas de precios
San Lorenzo	1,5%	1,6%	2,0%	Ejerce opción de no adecuar
Chuquicamata	7,0%	9,2%	12,0%	
FUSAT	25,0%	25,0%	25,0%	

Nota: las adecuaciones informadas hasta junio de 2010, corresponden al proceso anterior, vale decir, al período julio 2009-junio 2010.

GASTO EN SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL

Del total de los costos de operación de las Isapres, de acuerdo a datos a Diciembre 2009, un 81,3 % corresponde a gasto en prestaciones de salud y un 18,7 % corresponde a gastos en Subsidios por Incapacidad Laboral (SIL).

El gasto en SIL se construye en función del número de licencias por persona, los días promedio por cada licencia y el costo diario que cada día implica. En esta ecuación, la Isapre sólo puede hacer esfuerzos por optimizar la cantidad de licencias y el número de días promedio, ya que el costo diario se relaciona con el nivel de renta imponible del trabajador y es una variable exógena.

El siguiente cuadro muestra la evolución del costo SIL por cotizante en el período 2004 - 2008, el que muestra una tendencia al alza permanente y creciente. Si se asume que una población que mejora su nivel de desarrollo, debería mejorar su estado de salud, sería esperable que en Chile se observara una baja del ausentismo laboral por enfermedad o al menos una mantención de los parámetros. Claramente esto no ha pasado a nivel de Isapres ni a nivel de asegurados a FONASA, lo cual indica una fuerte distorsión que merece un análisis más profundo y eventuales medidas que permitan normalizar esta demanda, evitando gastos excesivos por uso negligente o derechamente fraudulento.

Evolución de variables SIL por cotizante

	2004	2005	2006	2007	2008
Nº de licencias autorizadas	0,66	0,66	0,70	0,76	0,74
Nº días autorizados	7,0	7,2	7,5	8,1	8,4
Costo SIL por cotizante (UF)	0,42	0,42	0,45	0,50	0,55

Variación respecto al año anterior por cotizante

	2004	2005	2006	2007	2008
Nº de licencias autorizadas		1%	5%	9%	-3%
Nº días autorizados		2%	5%	7%	3%
Costo SIL por cotizante (UF)		1%	7%	11%	9%

Fuente: Superintendencia de Salud

Entre las personas que han analizado el tema en profundidad, se piensa que el diseño del beneficio en Chile, al ser relativamente generoso, tiende a incentivar un sobre uso. La mayor parte de los países, considera algunos tipos de “deducibles” a asumir directamente por el trabajador, lo cual funciona como un incentivo positivo en el uso del beneficio. El siguiente Cuadro grafica la estructura de este beneficio en diferentes países del mundo.

COMPARACIÓN DE LEGISLACIÓN SIL

PAÍS	% DE INGRESO ANTERIOR PAGADO	DEDUCIBLE	TOPE
Chile	100%	3 días si licencia es por 10 días o menos	—
Argentina	100% para empleados con cinco años de servicio	—	180 días (360 si es que existen cargas)
Brasil	91%	Hasta 15 días, como máximo	—
Colombia	67%	2 días si incapacidad es ambulatoria o días en caso de hospitalización	180 días
España	60% hasta el día 20 75% desde el día 21	3 días empleador paga el 60% desde el día 4 al 15	360 días, prorrogable por 180 días más.
Alemania	70%	42 días (empleador paga el 80%)	546 días en tres años
Suecia	100% del día 1 al 28 75% a partir del día 29	28 días (el empleador paga el 75% desde el día 2 al 28)	—
Japón	60%	3 días	180 días
Francia	49 % aumenta a 67% después de 30 días si tiene tres o más niños dependientes	—	360 días
EE.UU.	Depende del Estado: 75% en el Estado Rlieede Island 53% en New Jersey	7 días (desde la hospitalización en California y Puerto Rico)	360 días

Fuente: El Mercurio, Marzo 2008

Ante este escenario, para las Isapres es difícil el control de los Subsidios por Incapacidad Laboral, ya que requiere un costo administrativo muy importante para detectar casos de mal uso y además difícilmente es factible probarlo, lo que se demuestra en el hecho que cuando los trabajadores recurren a instancias de apelación, los fallos finales los favorecen en la mayoría de los casos.

GASTO EN PRESTACIONES MÉDICAS

Del total del gasto en beneficios de las Isapres, el gasto en prestaciones de salud es el más relevante, sobrepasando el 80%. Por otra parte, considerando las características del gasto en subsidios por incapacidad laboral, aparentemente es el área donde existe un mayor ámbito de optimización por parte de las Isapres, lo que hace muy relevante entender como se construye y los factores que inciden en su evolución:

El gasto en salud del sistema Isapres se estructura en función de tres factores generales:

- Tasa de uso por beneficiario
- Monto promedio facturado de las prestaciones
- Monto promedio bonificado de las prestaciones
- Nivel de bonificación

Los siguientes cuadros muestran la evolución de estas variables en el tiempo.

Grupo	FRECUENCIA DE USO ANUAL POR BENEFICIARIOS							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Atenciones Médicas	3,8	4,0	4,0	4,5	4,0	4,2	3,9	4,2
Exámenes	5,2	5,4	5,5	6,5	5,8	6,4	6,7	7,0
Procedimientos	3,0	2,7	2,7	3,2	2,8	2,8	3,7	4,0
Días cama	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4
Intervenciones Quirúrgicas	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Partos y cesáreas	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01

Grupo	VARIACIÓN FRECUENCIA DE USO ANUAL POR BENEFICIARIOS							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Atenciones Médicas		3,8%	0,7%	13,4%	-12,6%	7,0%	-7,0%	5,6%
Exámenes		2,7%	2,7%	17,0%	-10,9%	11,0%	4,6%	5,2%
Procedimientos		-9,5%	0,8%	18,6%	-12,4%	0,0%	32,6%	6,7%
Días cama		10,5%	-5,8%	1,6%	-3,5%	10,8%	33,5%	5,9%
Intervenciones Quirúrgicas		4,3%	5,1%	5,7%	-14,0%	9,0%	2,7%	13,1%
Partos y cesáreas		-9,9%	-4,3%	-4,2%	-22,2%	6,0%	6,2%	13,3%

Grupo	MONTO FACTURADO PROMEDIO POR PRESTACIÓN (UF)							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Atenciones Médicas	0,86	0,91	0,93	0,98	0,94	0,89	0,91	0,88
Exámenes	0,38	0,40	0,41	0,42	0,43	0,41	0,43	0,42
Procedimientos	0,49	0,56	0,58	0,58	0,60	0,62	0,56	0,55
Días cama	4,60	5,23	5,29	5,48	5,62	5,93	6,48	6,64
Intervenciones Quirúrgicas	18,14	18,31	20,20	22,80	20,90	19,95	20,05	18,18
Partos y cesáreas	27,05	28,71	31,09	37,00	33,59	31,43	29,73	24,65

Grupo	VARIACIÓN MONTO FACTURADO PROMEDIO POR PRESTACIÓN (UF)							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Atenciones Médicas		4,9%	2,6%	5,4%	-3,8%	-5,3%	1,6%	-2,9%
Exámenes		5,9%	2,5%	1,1%	2,6%	-4,1%	6,1%	-2,2%
Procedimientos		14,4%	3,7%	-0,5%	3,5%	3,5%	-9,3%	-2,7%
Días cama		13,8%	1,1%	3,6%	2,6%	5,6%	9,1%	2,5%
Intervenciones Quirúrgicas		0,9%	10,3%	12,9%	-8,3%	-4,5%	0,5%	-9,3%
Partos y cesáreas		6,2%	8,3%	19,0%	-9,2%	-6,4%	-5,4%	-17,1%

Como es posible observar, al analizar la evolución año 2001 – 2008 (último dato disponible a la fecha), la tasa de uso o frecuencia ha mostrado un crecimiento muy superior al monto promedio facturado por prestación. Es más, si nos concentramos en los dos últimos años de información pública disponible, se observa que para la mayor parte de las prestaciones la tasa de uso creció en forma importante y los montos promedio facturados por los prestadores de salud han tendido a la baja.

En relación al monto bonificado promedio por prestación del sistema Isapres, para la mayor parte de los grupos de prestaciones más relevantes, se observa la misma tendencia que en el monto facturado, lo que lleva a que el nivel de cobertura promedio de las Isapres se haya mantenido relativamente constante en el tiempo.

Grupo	MONTO BONIFICADO PROMEDIO POR PRESTACIÓN (UF)							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Atenciones Médicas	0,58	0,60	0,61	0,62	0,59	0,56	0,57	0,56
Exámenes	0,27	0,29	0,29	0,29	0,29	0,28	0,30	0,29
Procedimientos	0,28	0,32	0,32	0,29	0,31	0,32	0,29	0,28
Días cama	3,89	4,43	4,48	4,53	4,56	4,81	5,29	5,41
Intervenciones Quirúrgicas	12,65	12,86	14,18	15,68	14,05	14,32	13,20	11,94
Partos y cesáreas	20,53	21,83	23,62	27,57	24,48	25,15	22,22	18,43

Grupo	VARIACIÓN MONTO BONIFICADO PROMEDIO POR PRESTACIÓN (UF)							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Atenciones Médicas		4,0%	1,0%	1,7%	-5,6%	-3,6%	1,0%	-1,3%
Exámenes		5,7%	0,9%	-1,6%	1,7%	-5,8%	8,2%	-4,1%
Procedimientos		13,5%	0,8%	-8,0%	5,2%	5,2%	-11,1%	-1,8%
Días cama		13,8%	1,2%	1,0%	0,7%	5,6%	10,0%	2,2%
Intervenciones Quirúrgicas		1,6%	10,3%	10,6%	-10,4%	1,9%	-7,8%	-9,5%
Partos y cesáreas		6,4%	8,2%	16,7%	-11,2%	2,7%	-11,7%	-17,1%

Grupo	NIVEL DE COBERTURA REAL							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Atenciones Médicas	67%	67%	65%	63%	62%	63%	63%	64%
Exámenes	73%	73%	71%	70%	69%	68%	69%	68%
Procedimientos	57%	56%	55%	51%	51%	52%	51%	52%
Días cama	85%	85%	85%	83%	81%	81%	82%	81%
Intervenciones Quirúrgicas	70%	70%	70%	69%	67%	72%	66%	66%
Partos y cesáreas	76%	76%	76%	75%	73%	80%	75%	75%

¿Es posible inferir de estos resultados que los prestadores bajaron sus precios? ¿El nivel de cobertura constante implica que la estructura de los planes de salud se han mantenido inalterables, o sea que las personas no han modificados sus beneficios a pesar que en el tiempo los planes de salud han modificado sus precios?.

La respuesta no es tan simple ni directa. Dentro de cada uno de estos componentes inciden una serie de factores que tienen dinámicas propias y sobre los cuales existen diferentes grados de posibilidad de intervención. Lo que si podemos afirmar es que, en promedio, el precio facturado por prestación bajó en la mayor parte de las grupos de prestaciones analizadas. Si se eligiera un determinado prestador, al revisar la evolución de sus precios, vamos a encontrar algunos que suben, otros que se mantienen y otros que bajan.

Tasa de uso o frecuencia por beneficiario: en la evolución de este parámetro las variables que inciden mayormente se relacionan con el nivel de riesgo de la cartera en análisis, la estructura de los planes de salud (que incentivan o desincentivan la “voluntariedad” en el uso), el nivel de ingreso de las personas, los avances tecnológicos que generan una oferta mayor y más sofisticada

con métodos diagnósticos más precisos y nuevas técnicas de tratamientos y también la mayor información en salud con que cuentan las personas. Es fundamental para entender esta variable analizar como han evolucionado cada uno de estos “impulsores de demanda” como dato inicial, la evidencia indica que, a pesar de los cambios poblacionales del sistema Isapres, el nivel de riesgo de la cartera del sistema no ha crecido en forma importante, por lo que no es atribuible a este factor los fuertes aumentos observados y la explicación debe buscarse en las otras variables.

Estimación de riesgo promedio cartera Sistema Isapres

	Año 2000	Año 2001	Año 2002	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006
ISAPRES	0,86	0,87	0,86	0,87	0,88	0,86	0,85

Fuente: Diagnoses-based Risk Capitation Payments for Improving Solidarity and Efficiency in the Chilean Health Care System: Evaluation and Comparison with a Demographic Model, Autor Camilo Cid.

Monto facturado promedio por beneficiario: El monto facturado promedio por prestación del sistema Isapres se estructura en función de un mix de prestaciones y un mix de prestadores de salud (con su nivel de precios respectivos). Si asumimos que las personas son seres económicamente racionales que se desenvuelven en un mercado altamente competitivo, como es el de los prestadores de salud en Chile, es esperable que el mix de prestadores seleccionados por las personas varíe en el tiempo, en función de las ofertas más atractivas que surjan en su relación beneficio/precio, siendo la base de la competencia de ese mercado. Por otro lado, el mix de prestaciones, a pesar de tener cierta estabilidad en el corto plazo, también es esperable que en períodos más prolongados se observe una variación de la canasta de prestaciones tipo, producto de la evolución tecnológica y de la morbilidad de la población.

Considerando estos factores, para analizar la evolución del Monto Facturado promedio por beneficiario no tiene sentido hacer seguimientos de evolución de precios de un determinado prestador, más aún cuando los factores de competencia de este mercado hacen que, para cada prestador en particular, no exista un arancel de precios único, sino que múltiples alternativas de condiciones y estrategias comerciales entre prestadores, aseguradores, empresas, etc. que hacen muy difícil ese seguimiento.

Monto bonificado promedio por beneficiario: Este parámetro, que junto a la tasa de uso es el que define el gasto de las Isapres, se construye en función del monto facturado promedio de las prestaciones y la estructura de los planes de salud. En la medida que los planes de salud sean más abiertos en sus coberturas, la evolución del monto bonificado promedio mantendrá una relación directa con la evolución del monto facturado. Si los planes tienen límites que acoten la cobertura, como pueden ser los topes por prestación o anuales, la cobertura preferente en cierta red de prestadores, es probable que la evolución de estas dos variables puedan diferenciarse.

Como puede deducirse, buscar una explicación única del aumento de costo de las Isapres es un análisis simplista de una ecuación muy compleja que requiere intervenciones bastante sofisticadas que pueden tener efectos sobre múltiples variables de comportamiento.

Clínicas de Chile A.G. es una asociación gremial que reúne a los principales prestadores y establecimientos de salud privados de Chile en el proyecto común de entregar un mejor servicio de salud al país. Su objetivo es fomentar el desarrollo y perfeccionamiento de las instituciones prestadoras privadas, promoviendo el diseño de políticas públicas que permitan a todas las personas aprovechar la capacidad de gestión eficiente, la experiencia y las competencias del sector privado, para ampliar la cobertura y las opciones de atención en salud.