

LOS PROBLEMAS DE SALUD DEL ADULTO MAYOR Y LAS ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

Cristián Aedo

Los problemas de salud del adulto mayor y aquellos asociados a las enfermedades catastróficas han adquirido cada vez más importancia en el sector. Ambos, especialmente el primero, tienen su origen en el envejecimiento de la población. El autor de estas páginas propone, en forma preliminar, soluciones a estos fenómenos. Se parte por reconocer que ningún país ha resuelto satisfactoriamente estas situaciones. En este trabajo, específicamente en lo referido al financiamiento de la salud del adulto mayor, se hace la distinción entre un problema de corto plazo —que afectaría a la población de edad avanzada actual— y uno de largo plazo —que incidiría en las generaciones más jóvenes. En el caso del primer grupo se sugiere el establecimiento de un subsidio explícito y directo, financiado con fondos generales de la nación, para que los adultos mayores puedan afrontar sus actuales gastos de salud en la institución de su elección.

En lo que se refiere al segundo grupo, se argumenta que la solución debe centrarse en promover el ahorro individual de manera voluntaria. Esta alternativa, entre otros aspectos, podría involucrar campañas de información que muestren las ventajas de un ahorro adecuado para la vejez e incentivos tributarios. El crecimiento económico sostenido —se señala— es indispensable en el logro de este objetivo.

A juicio del autor, las enfermedades catastróficas son de baja prevalencia y de alto impacto financiero para una familia. Algunas Isapres han reaccionado ofreciendo planes complementarios de salud desti-

CRISTIÁN AEDO I. Ingeniero Comercial y Magister en Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile. Master y Ph.D. en Economía, University of Minnesota. Profesor e investigador del Programa de Postgrado en Economía de Ilades/Georgetown University.

nados a cubrir dichas enfermedades. En este trabajo se argumenta que, en general, los montos asegurados en estos planes cubren parcialmente los costos de esas enfermedades. Una alternativa a implementar, que se sugiere aquí, sería la creación de planes de salud con deducibles. Lo que se perseguiría es, por tanto, eliminar eventos frecuentes, pero de bajo costo (como, por ejemplo, las consultas médicas), a cambio de destinar los recursos liberados a la cobertura de enfermedades catastróficas.

La mayoría de los sistemas de salud enfrentan hoy problemas de aumentos de costos, los que se asocian tanto con el proceso de envejecimiento de la población como con la presión de costos vinculada al desarrollo de nuevas tecnologías médicas para tratar enfermedades de difícil manejo o incurables. Encarar de manera adecuada estos aumentos de costos constituye, sin lugar a dudas, uno de los grandes desafíos de todos los sistemas de salud en el mundo.

Las dificultades de salud del adulto mayor y las enfermedades catastróficas constituyen en Chile, con distintos matices, problemas tanto para el subsistema público como privado de salud. Ambos temas son de difícil solución.

Dentro de este contexto el objetivo del presente artículo es discutir ambos temas, mostrar sus distintas dimensiones y presentar algunas alternativas de solución. Una conclusión importante que se desprende del estudio es que los problemas de salud del adulto mayor y los de las enfermedades catastróficas están íntimamente relacionados; por ello, pensar en soluciones para unos sin considerar los otros equivale mirar sólo parcialmente a la problemática.

En la primera sección de este artículo se entregan antecedentes generales del problema de salud del adulto mayor, a la vez que alternativas de solución. En la segunda sección se analiza el problema de las enfermedades catastróficas, con énfasis en los aspectos de prevalencia, costos y respuestas que al respecto entrega el sector privado, y se presenta una alternativa de solución.

I. EL PROBLEMA DEL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR

1.1 Antecedentes generales

Las proyecciones demográficas de la población chilena indican que ésta experimenta un claro proceso de envejecimiento. En el Cuadro Nº 1 se

puede observar una participación aún pequeña pero creciente de la población de 65 años y más, la que en 1995 representa un 6,6% de la población total, pero que llegará a 8,6% en el año 2010 y al 11,0% en el año 2020.

Un indicador interesante que refleja este proceso de cambio en la estructura etaria lo constituye el “Índice de Envejecimiento”, el cual representa el cociente de menores de 14 años sobre el total de personas de 65 años y más. Las cifras entregadas en el Cuadro N° 2, que se aprecian mejor en el Gráfico N° 1, indican una clara tendencia decreciente en este índice, el cual significa un valor de 4,5 para el año 1995, pero que llegará a 2,9 para el año 2010 y de 2,1 para el año 2020. En este gráfico se incluye además la tendencia observada en América Latina y la de algunos países seleccionados de la región, tales como Argentina, Brasil, Honduras y México, todos los cuales presentan una conducta similar a la del caso chileno.

Estos cambios demográficos son el resultado de un crecimiento diferencial de la población según grupo de edad. En el Gráfico N° 2 se observa que en la década de los '50 y '60 todos los grupos de edad crecían a altas tasas. A partir de 1965 el grupo de 0-14 años de edad empieza a experimentar una fuerte disminución en su tasa de crecimiento, lo que se refleja a partir de 1980 en la tasa de crecimiento de la población de 15-64 años. En cambio, el grupo constituido por los mayores de 65 años mostrará recién alrededor del año 2020 caídas en su tasa de crecimiento.

Si se analizan las brechas entre las tasas de crecimiento, los resultados son concluyentes: en el año 1990 el grupo de 65 años y más presenta una tasa de crecimiento de 2,6%, mientras que la del grupo de 0-14 años es de 1,0%. En el año 2000 habrá una diferencia aproximada de cinco veces entre estas tasas (3,0% versus 0,7%), mientras que el mayor diferencial de tasas de crecimiento se espera para el año 2010, con valores de 3,3% para el grupo de 65 años y más, y de -0,3% para el segmento de 0-14 años.

Este conjunto de cifras entrega una idea no sólo de las profundas transformaciones que están operando en las tendencias demográficas de Chile, sino que también permite anticipar cambios en la demanda de atención de salud que se asocian con el envejecimiento de la población. La atención de salud del adulto mayor es, en general, más costosa al requerir de mayor tecnología, cuidados de largo plazo, mayor frecuencia de hospitalización y mayor permanencia hospitalaria.

Cuando los países tienen una estructura poblacional relativamente joven, pueden financiar de manera solidaria o redistributiva, a través de impuestos generales moderados, los gastos en salud de la población adulta

CUADRO N° 1 CHILE: 1950-2020

Población en grupos especiales de edad															
	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020
Total	6.082	6.764	7.608	8.572	9.496	10.337	11.147	12.047	13.100	14.210	15.211	16.136	17.010	17.912	18.774
0-14	2.233	2.580	2.984	3.429	3.725	3.809	3.735	3.754	3.938	4.185	4.328	4.297	4.235	4.237	4.291
15-64	3.590	3.879	4.259	4.718	5.289	5.976	6.792	7.591	8.360	9.085	9.793	10.591	11.305	11.942	12.419
65 y +	259	305	364	426	482	552	620	702	801	940	1.090	1.248	1.470	1.733	2.064

Estructura por edades de la población															
	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0-14	36,7	38,1	39,2	40,0	39,2	36,8	33,5	31,2	30,1	29,5	28,5	26,6	24,9	23,7	22,9
15-64	59,0	57,4	56,0	55,0	55,7	57,8	60,9	63,0	63,8	63,9	64,4	65,6	66,5	66,7	66,2
65 y +	4,3	4,5	4,8	5,0	5,1	5,3	5,6	5,8	6,1	6,6	7,2	7,7	8,6	9,7	11,0

Fuente: Celade.

CUADRO N° 2 CHILE: 1950-2020 ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO
(Relación jóvenes/ancianos)

	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020
	8,6	8,5	8,2	8,1	7,7	6,9	6,0	5,3	4,9	4,5	4,0	3,4	2,9	2,4	2,1

Fuente: Celade.

GRAFICO N° 1

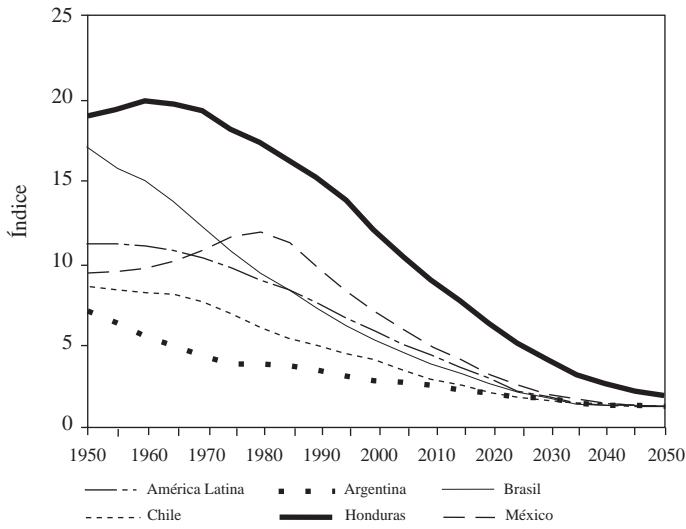
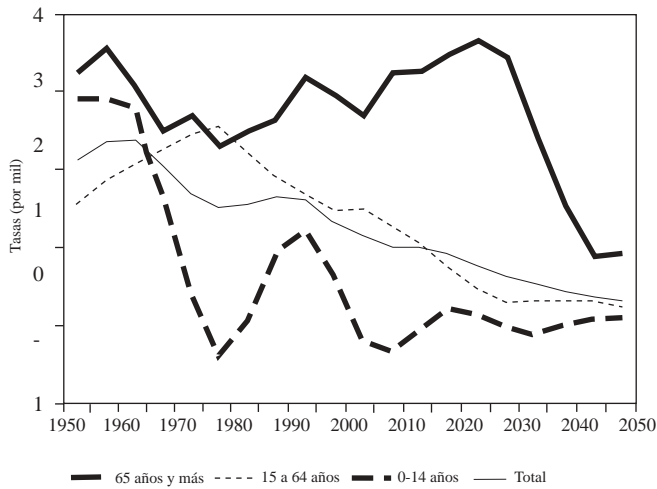


GRÁFICO N° 2



mayor. Sin embargo, a medida que la estructura poblacional envejece, tales posibilidades de financiamiento van disminuyendo al implicar mayores cargas tributarias para el país.

Estimaciones de CIEDESS (1992) indican un gasto en salud anual de 17,5 UF para el adulto mayor, el cual es más alto que para otros grupos de la población (véase Cuadro N° 3). Por otra parte, el tamaño del grupo familiar disminuye a medida que aumenta la edad del jefe de hogar. Por ejemplo, y de acuerdo a la misma fuente, el tamaño del grupo familiar, incluyendo al afiliado, disminuye de manera notable desde un máximo de 3,1 para una familia con jefe de hogar con edad entre 35 y 39 años, a un máximo de 1,6 para una familia con un jefe de hogar cuya edad se ubica en el rango 60-64 años y de 1,2 para una familia con un jefe de hogar de 90 años o más. De esta manera, el gasto total en salud del grupo familiar sigue una conducta decreciente a medida que la edad del jefe de hogar supera los 35 años.

CUADRO N° 3

Tipo de beneficiario	Gasto en salud anual (UF)
Lactante	12,9
Pre-escolar y escolar	3,9
Hombre	8,7
Mujer en edad fértil	13,1
Mujer en edad no fértil	11,6
Adulto mayor	17,5

Respecto de la capacidad financiera del adulto mayor para solventar sus gastos en salud es importante considerar sus pensiones de vejez. Según esto, se estima que los cotizantes hombres al momento de su retiro de la fuerza de trabajo tendrán una pensión bruta que se ubica entre 79 y 105% del ingreso disponible antes de la jubilación. Para las cotizantes mujeres esta cifra se ubicará entre 57 y 75%. Así, la disponibilidad de recursos per cápita aumentaría en la tercera edad al reducirse el tamaño del grupo familiar. Debido a lo anterior, se concluye que en general no existiría un problema para el financiamiento de la salud para el adulto mayor.

Es importante indicar en este caso que el nivel de cobertura de la seguridad social ha disminuido, representando los cotizantes activos un 54% de la fuerza de trabajo en el año 1994. Así, sin una política que incentive una mayor cobertura del sistema de pensiones, podría existir un problema de financiamiento privado para un porcentaje importante de la población.

Un estudio reciente de Fischer *et al.* (1995) confirma la conclusión obtenida por el estudio de CIEDESS, indicando que el financiamiento de la salud en el adulto mayor no representa un problema para aquel que proviene de una familia promedio.

Se estima que el problema del financiamiento de la salud para el adulto mayor debe ser analizado para buscar soluciones que permitan prever la demanda futura de atención de salud que surgirá como consecuencia normal de la transición demográfica que experimenta el país. Es preciso mencionar que el análisis de soluciones no es una tarea sencilla, puesto que el problema presenta múltiples dimensiones: sociales, psicológicas, políticas y económicas, y no existe país que haya resuelto este problema de manera satisfactoria.

Finalmente, en lo que dice relación a lo que ofrece el sector Isapre al adulto mayor, los antecedentes de tipo general que hemos recopilado indican lo siguiente: en primer lugar, los planes que ofrece el sector contemplan cobertura en todas las prestaciones incluidas en el arancel con porcentajes de bonificación y topes previamente definidos. En segundo lugar, el valor del plan, ya sea como afiliado o dependiente, varía, de acuerdo al rango de edad y género, lo que requiere del 7% de cotización más un adicional. En tercer lugar, evidencia del tipo anecdótico sugiere que el adulto mayor enfrentaría problemas para acceder a algunas Isapres, aunque esto no fue posible confirmarlo en la práctica.

2.2 Financiamiento de la salud para el adulto mayor

Al analizar posibles soluciones para el financiamiento de la salud para el adulto mayor es importante identificar dos problemas diferentes: el primero, y que llamaremos problema de corto plazo, tiene que ver con qué hacer con la población adulta mayor que existe hoy día en el país y con la que entrará en este grupo en el futuro cercano. El segundo, y que denominaremos problema de mediano y largo plazo, tiene que ver con qué hacer con la población que llegará a esta edad en el futuro lejano. A continuación se discuten alternativas de solución para ambos problemas.

2.2.1 Problema de corto plazo¹

Éste es un problema de difícil solución por dos razones principales. En primer lugar, por la urgencia con la que se requiere enfrentarlo, y en segundo lugar, por cuanto se estima que no es responsabilidad ni del sector público de salud ni del sector privado (Isapre).

La actual población adulta mayor es la que en su juventud contribuyó a través de un sistema de reparto a financiar los gastos de salud de la población adulta mayor. La promesa era que este financiamiento entre generaciones estaría vigente al momento en que ellos se convirtieran en adultos mayores. Sin embargo, la reforma al sistema de seguridad social de principios de los ochenta cambió este esquema hacia uno basado en la responsabilidad individual. Si bien en el componente de pensiones de la seguridad social se reconocieron las contribuciones que en el tiempo habían efectuado los individuos al sistema de reparto a través de un “Bono de Reconocimiento”, esto no se hizo en el sector salud.

Debido a lo anterior, se estima que la sociedad chilena como un todo debe asumir la responsabilidad por el financiamiento de la salud del adulto mayor, ayudándolo de manera solidaria a enfrentar este problema. Para tal efecto, se plantea establecer un subsidio explícito al adulto mayor para que pueda financiar la compra de un seguro de salud, ya sea al sector público (Fonasa) o privado (Isapre) de salud. El financiamiento de este subsidio debe provenir de impuestos generales de la nación.

El subsidio para cada adulto mayor (S_i) debe cubrir la diferencia entre un monto disponible per cápita para este subsidio (P) y un porcentaje (t) del ingreso disponible de la persona (ID_i) considerado como razonable por la autoridad. En términos específicos este subsidio corresponde a:

$$S_i = \text{máximo } (0, P - t * ID_i)$$

El monto per cápita disponible (P) puede variar, dependiendo de características socioeconómicas del adulto mayor y su familia, como por ejemplo composición familiar, edad, etc.

Es importante mencionar que este subsidio se debe entregar al adulto mayor directamente para que pueda optar, en la medida de lo posible, entre comprar su seguro de salud de Fonasa o del sistema Isapre. Este subsidio a la demanda constituye una manera de permitir un acceso más igualitario en

¹El Estudio de Fischer *et al.* (1995) no presenta alternativas de solución para este problema.

el mercado de seguros de salud, permitiendo simultáneamente una mayor autonomía para que el adulto mayor elija libremente su seguro de salud.

Cabe precisar tres aspectos de la solución propuesta. En primer lugar, el Estado debe apoyar la libertad de elección de los individuos a través de una entrega de información relevante para éstos, tanto en lo relativo al costo de los seguros como respecto de coberturas. En segundo lugar, dado que Fonasa en su financiamiento recibe un aporte fiscal, se sugiere que el adulto mayor que opte por Fonasa no reciba un subsidio directo, sino más bien uno indirecto a través de la atención “subsidiada”, ya sea institucional o de libre elección. En tercer lugar, el subsidio sugerido es decreciente con ingreso y es igual a cero para individuos con un ingreso mayor a un cierto monto (P/t).

2.2.2 Problema de mediano y largo plazo

En esta sección se discuten propuestas de solución que son independientes de la estructura actual del mercado de salud en el país. En segundo lugar, se presentarán algunos cambios que deben ocurrir en Fonasa y en el sector Isapre en lo relativo al financiamiento de la salud del adulto mayor.

2.2.2.1 *Propuestas de solución*

Las propuestas de solución se basan en la observación de que el problema fundamental tras la relativa incapacidad del adulto mayor para financiar sus necesidades de salud es la insuficiencia de ahorros. Desde este punto de vista, alternativas de solución que promuevan el ahorro individual de manera voluntaria y que, por ende, permitan independencia y autonomía financiera para decidir libre y responsablemente sobre aspectos fundamentales relativos a salud, constituyen las mejores opciones para enfrentar este problema. Esta alternativa es adecuada incluso para el período en que comienza la declinación física, psicológica y social del anciano y para la etapa en que la muerte se encuentra cercana.

Es importante destacar que esta política se basa en dos elementos fundamentales: en primer lugar, se intenta evitar a través del ahorro que el adulto mayor experimente un problema de insuficiencia de recursos para solventar de manera privada sus mayores gastos en salud. En segundo lugar, se intenta retardar su envejecimiento a través de fomentar su independencia y autonomía.

Dentro de las políticas factibles de implementar para fomentar el ahorro se pueden destacar las siguientes:

- Una fuerte campaña de información que muestre las ventajas de un ahorro adecuado para las necesidades de esta etapa de la vida y que cree conciencia sobre la necesidad de prever frente a las necesidades de salud que se originarán.
- Una política fiscal que promueva fuertemente el ahorro, por ejemplo a través de incentivos tributarios.
- Una política económica que permita un fuerte y sostenido proceso de crecimiento económico, que se traduzca en una alta tasa de generación de empleos y de crecimiento en los salarios reales.

Se considera que el sistema de pensiones que rige hoy en Chile, complementado con las políticas anteriores, constituye una buena solución frente a este problema. Si se cumple la promesa de generar pensiones que constituyan al menos un 70% de los ingresos de la etapa activa, se tendrá en el futuro una población adulta mayor que en general podrá financiar de manera apropiada el mayor gasto en salud que enfrentará en dicha etapa.

En este sentido, toda política económica que desincentive el ahorro de los individuos y las familias disminuirá la capacidad que tendrá el adulto mayor para financiar sus mayores gastos de salud. En esta perspectiva, no parece adecuado imponer una cotización obligatoria adicional para conformar un fondo de salud para la tercera edad por dos razones: en primer lugar, una porción de esta mayor cotización puede ser percibida como un impuesto al trabajo, lo que provocará tanto una menor generación de empleo en la economía, así como probablemente una mayor subdeclaración de ingresos y una mayor informalización de las empresas de menor tamaño.

En segundo lugar, la obligatoriedad no debe ser buscada, por cuanto producto de esta mayor cotización el Estado disminuye el ingreso disponible de los hogares en una etapa en la cual la composición familiar implica gastos mayores.

Fischer *et al.* (1995) sugieren que si los trabajadores activos destinan el 1% de los ingresos imponibles a un fondo de capitalización se acumularía una suma suficiente para compensar los mayores costos de salud que ocurrirían al llegar a la tercera edad. Sin embargo, por diversas razones, los autores no justifican exigir una cotización especial para estos efectos.

Es preciso mencionar que aun con las políticas sugeridas de incentivo al ahorro pueden existir bolsones de pobreza en la población adulta

mayor. Este sería el caso probable de mujeres ancianas que viven solas, personas que recibieron bajos salarios o ingresos en su vida laboral, otras que trabajaron por períodos cortos, etc. Para ellas no existe otra solución que la ayuda redistributiva del Estado, a través de subsidios a la demanda focalizados y decrecientes en relación al ingreso. El costo de esta ayuda, la cual se debe efectuar sin desalentar el ahorro y la ocupación, podrá ser financiado a medida que el país presente un crecimiento sostenido.

2.2.2.2 Cambios sugeridos en la operación de Fonasa y el sector Isapre

En primer lugar, se considera que es fundamental que Fonasa cobre sus verdaderos costos de operación, reconociendo así el real costo social de proveer estos servicios. En segundo lugar, Fonasa debe cobrar primas que reflejen el verdadero riesgo, por género y edad, de su población asegurada. En tercer lugar, se estima que se deben buscar mecanismos para que el sector Isapre premie la permanencia de sus afiliados.

Con los ajustes sugeridos en la operación del organismo público se obtienen los siguientes resultados: en este primer lugar, se elimina la competencia «injusta» que Fonasa introduce en el mercado de la salud, al utilizar recursos obtenidos a través de impuestos generales a la población y subsidios cruzados de sus afiliados, para financiar los mayores gastos de salud del adulto mayor; en segundo lugar, al ajustarse las primas se frenaría la migración racional observada en la actualidad de la población adulta mayor hacia Fonasa; en tercer lugar, se eliminaría el problema de equidad que ocurriría al cambiarse a esta institución beneficiarios que durante toda su etapa activa permanecieron en el sector Isapre y que en la tercera edad se cambian, beneficiándose del sistema público sin haber contribuido —más allá de sus impuestos generales— al financiamiento del mismo.

En relación a los cambios sugeridos al sistema Isapre, se estima que si pudiese incentivar la permanencia de sus afiliados —por ejemplo, a través de menores primas o mayores beneficios—, tendría un mayor incentivo para entregar o financiar actividades de promoción y prevención de salud, lo que le permitiría contar con una población adulta mayor relativamente más sana².

Nótese que a través de la permanencia de sus afiliados la Isapre adquiere información sobre la siniestralidad de su cartera más allá del promedio, y a la vez, a través de actividades de promoción y prevención, mejora el nivel de salud promedio de su cartera de afiliados.

² Estas pueden incluir el control de enfermedades crónicas, la promoción de actividades recreativas, etc.

II. ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

2.1 Definiciones³

Las enfermedades catastróficas pueden definirse de diversas maneras⁴. En primer lugar, desde el punto de vista clínico ellas corresponden a cualquier patología que en adición a un grado de dificultad técnica en su resolución, implican un alto riesgo en la recuperación y alguna probabilidad de muerte.

En segundo lugar, desde el punto de vista financiero una enfermedad catastrófica es aquella cuyo tratamiento implica un desembolso monetario importante y que excede algún umbral considerado normal. Éstas tienen, en general, un fuerte impacto en el presupuesto familiar pudiendo eventualmente dejar a las familias en un estado de insolvencia financiera temporal o definitiva.

Las enfermedades catastróficas pueden ser subdivididas en dos categorías: en primer lugar, las Enfermedades Sinietrosas, que son de resolución de corto plazo, en general no requieren de un mayor tratamiento de largo plazo e implican un elevado costo monetario por episodio. Ejemplos de estas condiciones los constituyen las enfermedades agudas, entre ellas el infarto al miocardio.

En segundo lugar, las Enfermedades Crónicas, que corresponden a aquellas de tipo no recuperables en general, requieren de tratamientos prolongados, los que no necesariamente implican un fuerte desembolso monetario en el corto plazo, pero que sí representan un flujo de gastos de importancia en el largo plazo. Ejemplos de estos casos son la disfunción renal y algunas patologías mentales.

2.2 Prevalencia y costo

2.2.1. Prevalencia

El Cuadro N° 4 presenta la prevalencia de algunas enfermedades consideradas como catastróficas, según egresos hospitalarios en porcentajes y tasas por cada mil habitantes, considerando diferentes grupos etarios. Las causas de egresos hospitalarios consideradas en dicha tabla corresponden al 5,8% del total de egresos para el año 1991.

³ Véase Wysezewianski (1986) y (1988).

⁴ Díaz *et al.* (1995) presentan una excelente discusión sobre diversas definiciones para los eventos catastróficos.

CUADRO N° 4 ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS SELECCIONADAS
EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN EDAD

	0-14	15-54	55-64	65 y más	Total
Tumor maligno labio cara y boca	3,05%	20,19%	33,90%	42,86%	100,00%
Tasa por 1000 Habit.	0,0040	0,0138	0,2123	0,2764	
Tumor maligno otros órganos	0,13%	23,45%	26,62%	49,80%	100,00
Tasa por 1000 Habit.	0,0030	0,2844	2,9495	5,6830	
Tumor maligno aparato respiratorio	0,64%	24,25%	33,21%	41,90%	100,00%
Tasa por Habit.	0,0040	0,0787	0,9851	1,2798	
Tumor maligno huesos, tejido y piel	4,65%	45,52%	19,59%	30,24%	100,00%
Tasa por 1000 Habit.	0,0639	0,3269	1,2857	2,0352	
Tumor maligno génito-urinario	0,91%	49,61%	19,09%	30,39%	100,0%
Tasa por 1000 Habit.	0,0247	0,7006	2,4641	4,0372	
Tumor maligno otros sitios	13,87%	33,70%	20,44%	31,99%	100,00%
Tasa por 1000 Habit.	0,0914	0,1160	0,6428	1,0366	
Tumor maligno tejido linfático	31, 15%	35,63%	12,55%	20,67%	100,00
Tasa por 1000 Habit.	0,3990	0,2386	0,7681	1,3019	
Fiebre reumática y otros reumas	3,60%	64,90%	18,66%	12,84%	100,00
Tasa por 100 Habit.	0,0157	0,1484	0,3900	0,2764	
Enfermedades isquémicas del corazón	0,08%	19,39%	25,72%	54,81%	100,00%
Tasa por 100 Habit.	0,0025	0,2909	3,5267	7,7391	
Enfermedades cerebrovasculares	0,32%	16,93%	21,23%	61,52%	100,00
Tasa por 1000 Habit.	0,0115	0,3222	3,6925	11,0197	
Otras enfermedades aparato circulatorio	3,60%	60,90%	15,35%	20,15%	100,00%
Tasa por 1000 Habit.	3,1468%	1,2977	2,9888	4,0421	

Fuente: Egresos hospitalarios de 1991. INE.
CELADE

Se observa que la participación del grupo 65 años y más es importante en ocho causas de enfermedad de un total de once, presentando una proporción superior al 30% del total de egresos atribuibles a dicha causa. El impacto es, sin embargo, más notorio al considerar las tasas por cada 1.000 habitantes para estas patologías. Por ejemplo, en lo que respecta a enfermedades isquémicas al corazón la tasa por cada 1.000 habitantes es de 7,7391 para el grupo 65 y más y de 0,3222 para el grupo de 15 a 54 años.

De esta manera, se estima que el problema de salud asociado con las enfermedades catastróficas está íntimamente relacionado con el tema del financiamiento de la salud para el adulto mayor.

2.2.2. *Costo*

La Superintendencia de Isapre valoró en un estudio realizado en el año 1993 el costo de las prestaciones más comunes utilizadas en la resolución de dos enfermedades consideradas como catastróficas en una muestra de seis Isapres abiertas. Con este objetivo se consideraron el infarto al miocardio con by pass y el tratamiento de hemodiálisis por insuficiencia renal crónica.

En primer lugar, se obtuvo la estructura de prestaciones asociada con la resolución de dichas enfermedades. En el caso del infarto al miocardio con by pass ésta incluía los ítems de hospitalización, exámenes específicos, exámenes generales, kinesiterapia, materiales de cirugía, farmacia y honorarios médicos. En el caso del tratamiento de hemodiálisis mensual, ésta incluía diversos exámenes y la hemodiálisis propiamente tal, incluyendo materiales e insumos.

En segundo lugar, con el objeto de valorar estas estructuras de prestaciones, se supusieron dos planes: un plan *top* y un plan mínimo. En el plan *top* se valoró la estructura de prestaciones de acuerdo a los precios vigentes en la Clínica Alemana en 1994. Por su parte, para el plan mínimo se utilizaron tarifas a particulares año 1994 en un hospital público en sala de pensionados.

En este análisis se pudo observar lo siguiente:

- En el caso del infarto al miocardio se obtuvieron valores facturados de \$8.081.483 para el plan *top* y de \$ 1.691.481 para el plan mínimo.
- En el caso del plan *top* la bonificación varía entre Isapres desde un 96% del valor facturado hasta un 52%. En el caso del plan mínimo la bonificación varía desde un 89% del valor facturado a un 44%.

- En el caso de la hemodiálisis se obtuvo una valoración mensual de \$ 567.739 para el plan *top* y de \$ 246.871 para el plan mínimo.
- En el plan *top* el porcentaje de bonificación varía entre Isapres desde un 90% hasta un 57%. En el caso del plan mínimo, los porcentajes varían entre un 90% y un 77%.
- Al comparar los copagos con el ingreso promedio anual de los hogares se puede obtener un indicador de la solvencia relativa de cada uno. En el caso del *by pass* el copago promedio requerido en 1994 en el plan *top* correspondía a 1,2 veces el ingreso promedio anual de los hogares, mientras que en el plan mínimo correspondía a 0,3 veces. En el caso del gasto anual de la hemodiálisis en el plan *top* éste correspondía a 0,7 veces el ingreso promedio anual, mientras que en el plan mínimo éste correspondía a 0,3 veces.

La evidencia mostrada anteriormente indica que las enfermedades catastróficas presentan en general dos características relevantes: en primer lugar, ellas son de baja prevalencia y, en segundo lugar, pueden representar un fuerte impacto financiero para la familia, puesto que fácilmente pueden generar un copago de monto exagerado en relación a la capacidad de pago de las familias.

2.3 Las Isapres y las enfermedades catastróficas

Se efectuó un análisis de la información disponible a nivel de la Superintendencia de Isapres para Consalud, Cruz Blanca, Banmédica, Promepart, Colmena Golden Cross y Compensación, complementado con un catastro publicado en Chackiel (1996). El análisis de la información contempló los siguientes grupos de condiciones: cáncer, enfermedades mentales, trastornos renales, trasplantes y trastornos cardíacos.

En general, la cobertura para este conjunto de enfermedades se rige en estas Isapres por el plan de salud contratado y ella no presenta, con la excepción del caso de enfermedades mentales, un tratamiento especial. Se observaron algunas desviaciones de esta norma general que es preciso mencionar caso a caso.

Consalud contempla un beneficio adicional para enfermedades catastróficas sin costo alguno para el beneficiario, otorgando una bonificación especial de un 10% adicional al plan de salud contratado, por cada año cumplido de permanencia ininterrumpida en la Isapre, con un tope de 5 años. Los eventos considerados son: cáncer, patologías cardiovasculares y osteoarticulares, malformaciones congénitas e insuficiencia renal crónica.

Por su parte, Cruz Blanca ofrece un seguro adicional para la protección de eventos catastróficos denominado “Gastos Médicos Mayores” que puede ser contratado sin estar adscrito a un plan básico en esa entidad. Contempla cobertura para exámenes de diagnóstico y tratamientos (consulta médica, hospitalización, intervenciones quirúrgicas, medicamentos e insumos, prótesis y órtesis, y arrendamiento de equipos médicos). El monto cubierto puede llegar hasta 3.000 UF, caso en el cual su costo es de 0,25 UF mensuales. La vigencia del contrato es anual y se aplica para los casos de cáncer, infarto al miocardio, enfermedad u operación de coronarias, enfermedades cerebrales, accidente vascular encefálico, insuficiencia renal crónica y politraumatismo por accidente. Lo problemático es que establece un límite de edad de 60 años, lo cual es inconsistente con los datos de prevalencia presentados previamente. Además, el monto asegurado no es suficiente, dado el monto promedio de gasto que pueden representar las enfermedades catastróficas.

Banmédica ofrece para sus afiliados un seguro complementario para eventos catastróficos, cubriendo hasta 5.000 UF en oncología y enfermedades cardiovasculares y 7.500 UF en trasplantes. Para este nivel de cobertura el seguro posee un costo de 0,4 UF mensuales. La cobertura más básica parte de 150 UF y su costo es de 0,044 UF. Próximamente este seguro también comprenderá casos de politraumatismos y enfermedades renales. Este seguro establece un límite de edad de 65 años.

La Isapre Compensación establece un seguro complementario para algunas enfermedades catastróficas. En el caso del cáncer, éste cubre 35 UF por tratamiento, todos los gastos de honorarios profesionales, prestaciones ambulatorias, diagnósticos y drogas antineoplásicas y consultas de observación post tratamiento. También ofrece cobertura hospitalaria en caso de afecciones cardiológicas, pero con la limitación de regir a partir del decimotercer mes desde el inicio de la vigencia (antes de ese período los beneficios se otorgan a razón de un doceavo por mes). Una restricción importante es que las prestaciones sólo pueden ser otorgadas por un establecimiento designado por la Isapre.

Promepart y Colmena Golden Cross no ofrecen seguros complementarios orientados a eventos catastróficos más allá de las condiciones generales establecidas en los contratos.

Es necesario mencionar que otras Isapres y algunas compañías de seguros han diseñado productos asociados específicamente a enfermedades catastróficas. Entre ellas se encuentra Aetna, que ofrece un seguro oncológico abierto a toda la población, cuyo costo es de 0,24 UF mensuales y entrega cobertura tope de 1.000 UF. Cubre, entre otros, consultas médicas

especializadas, hospitalización, intervenciones quirúrgicas, y quimioterapia. Lo conflictivo es que contempla un límite de edad de 60 años.

Por su parte, Vida Tres no ofrece seguros complementarios, pero premia contratos fijos de mayor duración (24 y 36 meses) incrementando los topes de bonificación en algunos ítems de hospitalización.

Cigna sólo contempla, en adición al plan, un seguro por trasplante que bonifica hasta 500 UF.

En adición a éstos hay que considerar a las compañías de seguros que en conjunto con seguros de vida han incursionado en planes complementarios para enfermedades catastróficas, tales como Cigna Seguros, Chilena Consolidada, Consorcio Nacional y Santander Vida.

2.4 Seguro automotriz obligatorio (SAO)

Es interesante discutir este seguro dentro de este contexto, por cuanto es un seguro que entrega cobertura de politraumatismos por accidente, lo cual en sí puede considerarse como un evento catastrófico.

De acuerdo a la legislación vigente desde el año 1986 todo vehículo que transita en el país requiere poseer una póliza de SAO. Ésta cubre el reembolso de los gastos por lesiones corporales, efectivamente incurridos por el lesionado de un accidente de tránsito, hasta 90 UF por persona afectada, y de acuerdo al contrato estipulado también incluye: hospitalización hasta 3 UF por día-cama; medicamentos a precio de mercado; prestaciones médicas (consultas, exámenes de laboratorio, rayos, intervenciones quirúrgicas, kinesiterapia, etc.). El valor tope corresponde al nivel 2 Fonasa libre elección. También incluye indemnizaciones por un monto de 150 UF por fallecido o por incapacidad permanente total derivada del accidente y de 90 UF por incapacidad permanente parcial.

Este seguro ampara a todos los ocupantes del vehículo asegurado, incluido el conductor y todos los peatones, ciclistas y no ocupantes que resultasen lesionados en el accidente. A objeto de ejecutar el seguro sólo se requiere obtener un certificado del accidente automovilístico en Carabineros de acuerdo al parte enviado al tribunal, con la identificación del vehículo y el número de póliza. Así, no se requiere de una investigación de culpabilidad.

Dentro de las principales características de este seguro se pueden mencionar que es un contrato de un año de duración, cuyos montos asegurados están fijados por ley y, por lo tanto, no dependen de la persona que compra el seguro ni de características como edad o sexo. A diferencia de otros seguros cubre a todos los pasajeros de un vehículo y a los peatones

del accidente durante todo el año, sin necesidad de volver a pagar un porcentaje de su valor cada vez que se usa. Finalmente, no requiere de una investigación para determinar culpabilidad en el accidente para cancelar la indemnización.

En los cerca de diez años de vigencia, el seguro ha entregado aproximadamente una suma total de US\$ 105 millones. Se estima que sólo alrededor de un 30% de los posibles usuarios nunca cobraron su seguro, lo que refleja que su uso es relativamente alto.

Es importante destacar que dados los montos de cobertura, este seguro no pretende ser una solución económica completa para los lesionados, sino más bien representa una ayuda básica, la que puede ser más importante para las personas de menores ingresos. En este sentido la operación del seguro de accidentes del trabajo no es independiente de los seguros de salud que posean los individuos. En particular, la cobertura de la Isapre actúa sobre la diferencia no cubierta por el SAO; en algunos casos éste puede cubrir items no cubiertos por la Isapre y además puede rebajar el monto sobre el cual se aplica la bonificación del plan médico, de modo de no superar el tope establecido por éste.

2.5 Análisis y posibles estrategias

Del análisis anterior se hace evidente que las Isapres están preocupadas por abordar adecuadamente los problemas derivados de enfermedades catastróficas.

En general, esto se ha reflejado en la aparición de planes complementarios concebidos para cubrir una lista de eventos definidos, costosos y de baja probabilidad de ocurrencia. Los planes convencionales existentes en la actualidad son claramente insuficientes por los topes y porcentajes de bonificación que contemplan, los que generan en la presencia de enfermedades catastróficas un elevado copago a las familias.

¿Es esto adecuado y suficiente? Pienso que los esfuerzos del sector privado, aunque positivos, son insuficientes. En primer lugar, los planes complementarios son accesibles sólo a un porcentaje de la población; en segundo lugar, presentan montos que no cubren adecuadamente los gastos asociados con el tratamiento de estas enfermedades, generando un copago elevado para los afiliados; en tercer lugar, y de manera más importante, los planes en general presentan límites de edad para sus beneficiarios no entregando cobertura precisamente en el rango de edad en el que las personas se encuentran más vulnerables a sufrir eventos catastróficos.

¿Qué alternativa existe? Una fácil de implementar sería la de difundir y educar a la población en el uso de seguros de salud con deducibles. Estos deducibles, los que serían función del gasto promedio de una persona en salud al año —el que depende de su rango de edad y sexo—, permiten acomodar gastos ciertos en salud para los que no se requiere de un seguro. Así, por ejemplo, si es factible predecir casi con certeza que se necesitarán 3 consultas médicas y 3 exámenes de laboratorio, no se requiere de la compra de un seguro de salud para estos fines, pues la prima por cobrar reflejará este gasto. Los seguros de salud, como cualquier otro, tienen lógica sólo en el caso de enfrentar eventos con probabilidad limitada de ocurrencia.

Así, una buena alternativa sería la de mantener la cotización obligatoria del 7% actual para salud, eliminar a través de deducibles la cobertura de eventos ciertos de salud, pero exigiendo a cambio que las aseguradoras entreguen cobertura —tanto en prestaciones como en montos— a las enfermedades catastróficas.

Se estima que al eliminar a través de deducibles la cobertura de eventos frecuentes pero de bajo costo (por ejemplo, consultas médicas), pidiendo a cambio la cobertura de eventos infrecuentes pero de alto costo (por ejemplo, enfermedades catastróficas), esto permitirá el adecuado balance en las cuentas financieras de las compañías aseguradoras, tanto públicas como privadas.

Estimo que de esta mayor cobertura debieran excluirse ciertas prestaciones, entre ellas: lesiones asociadas a accidentes de tránsito, enfermedades profesionales; atención de salud fuera del país; cirugía de cambio de sexo, enfermedades, lesiones o tratamiento por estupefacientes y alcohol, intento de suicidio y lesiones asociadas a calamidad pública, deportes profesionales, tumultos o peleas y actividad de alta peligrosidad.

Es importante mencionar que Díaz *et al.* (1995) proponen un interesante mecanismo para entregar cobertura frente a eventos catastróficos⁵. Ésta consiste en dos seguros: el primero cubre sólo gastos médicos (incluyendo catástrofes) incurridos en los primeros doce o veinticuatro meses desde la firma del contrato, y el segundo cubre los incrementos de prima originados en enfermedades duraderas iniciadas durante los primeros doce o veinticuatro meses desde la firma del contrato, por encima de los incrementos de prima que sufriría una persona sana que no desarrolle enfermedades duraderas en ese año. La lógica del mecanismo propuesto es cubrir a las personas frente al incremento en las primas que experimentarían a lo largo de sus vidas en caso de desarrollar una enfermedad catastrófica, entregando así una real protección de largo plazo para estas personas.

⁵Estas ideas tienen su origen en Cochrane (1995).

Lamentablemente, este estudio no desarrolla mayormente esta propuesta, con lo cual sólo se puede indicar que ella constituye una idea interesante, cuya aplicabilidad al caso de Chile deberá aún analizarse.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chackiel, J. E. 1996. "Enfermedades catastróficas: Tratamiento actual por parte de las Isapre y lineamientos para la creación de un seguro". *Mimeo* ILADES.
- CIEDESS. 1992. "La tercera edad y el sistema Isapre".
- Cochrane, J. 1995. "Time-Consistent Health Insurance". En *Journal of Political Economy*, vol. 103, N° 3.
- Díaz, C., Gazitúa, R. Torche, A. y S. Valdés, 1995. "Estudio: Cobertura catastrófica para los cotizantes del sistema de ISAPRE". Superintendencia de Isapre.
- Fischer, R., Mizala, A. y P. Romaguera, 1995. "Estudio: Alternativas de solución para el financiamiento de la salud en la tercera edad en el sistema Isapre". Superintendencia de Isapres.
- Wyszewianski, L. 1986. "Families with Catastrophic Health Care Expenditures". *Health Services Research* 21:5 (diciembre).
- . 1988. "Catastrophic Health Expenditure: Toward a Working Definition". En EBRI, *Where Coverage Ends: Catastrophic Illness and Long Term Health Care Costs*, Washington D.C. □