

P.

puntos de referencia

CENTRO
DE ESTUDIOS
PÚBLICOS

EDICIÓN DIGITAL
N° 654, ABRIL 2023

ECONOMÍA Y POLÍTICAS PÚBLICAS

Promoviendo la competencia en el mercado de seguros de salud en Chile: Una mirada desde la economía del comportamiento

MARÍA DE LA LUZ DANIEL CRUZ



RESUMEN

- Uno de los desafíos que aún se encuentra pendiente en nuestro sistema de salud consiste en impulsar políticas públicas que promuevan una mayor competencia y transparencia en el mercado de las Instituciones de Salud Previsional (Isapres).
- En la industria de seguros de salud la capacidad de los consumidores de entender los contratos es fundamental en dos etapas: primero, al elegir el plan de salud más idóneo y luego, para utilizarlo de la manera más eficiente al momento de requerir una prestación médica.
- De acuerdo con los datos obtenidos en esta investigación es posible observar que la mayoría de los chilenos no entiende conceptos y elementos básicos presentes en los planes de salud.
- Cabe destacar que algunas características sociodemográficas como educación y estrato socioeconómico se relacionan positivamente con el nivel de entendimiento de los consumidores sobre sus planes de salud. En este sentido, las personas pertenecientes al segmento socioeconómico más alto y aquellas con un mayor nivel educativo entienden mejor sus planes de salud que aquellas de menores ingresos y con menor nivel educativo. Por su parte, la edad tiene un efecto negativo, es decir, a medida que la edad aumenta disminuye el nivel de entendimiento de los consumidores sobre cómo utilizar sus planes de salud.
- Esta generalizada falta de comprensión dificulta o hace imposible que los consumidores comparen entre distintas alternativas. Lo anterior se ve reflejado en el hecho que el 32% de los afiliados no comparó entre distintas opciones al momento de elegir su plan de salud y aceptaron la recomendación del agente de la Isapre.
- En cuanto al proceso de decisión sobre qué plan de salud elegir, detectamos que la principal fuente de información que utilizan los consumidores son los agentes de venta de las Isapres. Así el 57% de la muestra se informó solo con una Isapre al momento de elegir su plan de salud.
- En el estado actual es posible afirmar que las Isapres influyen fuertemente en la elección de los consumidores, lo que plantea graves problemas relacionados a los sesgos que pueden venir de estas recomendaciones y la capacidad de los cotizantes de sopesarlos adecuadamente.
- Así, es posible concluir que el marco regulatorio actual parecería favorecer la forma en que las Isapres compiten, esto es, mediante los agentes de venta y no por precio y mejores coberturas en sus planes de salud.
- Para fomentar la competencia y transparencia en el mercado de las Isapres se proponen distintas alternativas de política pública. Entre ellas destacamos que en una primera etapa debe implementarse una plataforma gobernada por una entidad estatal que permita a los consumidores comparar en precio, calidad y otros atributos relevantes los distintos planes de salud que se ofertan en el mercado. Esta medida debe complementarse con la restricción de la cantidad de planes que pueden ser ofrecidos por las aseguradoras, y la alfabetización de los consumidores. En una segunda etapa, debe pensarse en la implementación de un plan de salud por defecto que tenga en consideración las particularidades de cada beneficiario.

MARÍA DE LA LUZ DANIEL CRUZ. Abogada de la Universidad de Chile y máster en ciencias del derecho (JSM) por la Universidad de Stanford.

La autora agradece los comentarios realizados al borrador de este artículo a María José Abud, Macarena Viertel y Sebastián Izquierdo.

INTRODUCCIÓN*

Impulsar políticas públicas que aseguren el acceso universal a la salud, independiente de la situación social y económica de cada individuo, es un imperativo nacional. La desprotección financiera y la falta de acceso oportuno a la salud es una de las principales fuentes del malestar social en Chile en los últimos años.

Esta insatisfacción de los usuarios tanto con el sistema público como privado de salud¹ tuvo como correlato el fallido intento de cambiar el sistema de salud a través del proyecto constitucional. En este sentido, la Convención Constitucional propuso cambiar el sistema mixto consagrado en la ley fundamental por un sistema nacional de salud teniendo como principal referente el modelo británico. Sin embargo, la mayoría de los chilenos, según lo reportado por distintas encuestas, prefiere mantener la libertad de elegir si utilizar su cotización obligatoria en los aseguradores privados o público².

A pesar de esta preferencia por la libertad de elegir, existe consenso por parte de los expertos en que el sistema de salud actual necesita una reforma de manera urgente. Entre los principales problemas que se han identificado en el sistema de seguros de salud en Chile se encuentran aquellos referidos a la baja protección financiera, que se refleja en un alto gasto de bolsillo, segmentación e inequidad en el acceso a prestaciones de salud, las largas listas de espera en el sistema público y la deficiente regulación del mercado privado.

[Esta insatisfacción de los usuarios tanto con el sistema público como privado de salud tuvo como correlato el fallido intento de cambiar el sistema de salud a través del proyecto constitucional.](#)

* “La investigación empírica que comprende la encuesta de panel en línea a los afiliados a las Isapres fue desarrollada en el marco de la tesis de magíster realizada en la Facultad de Derecho de la Universidad de Stanford para obtener el título de Master of the Science of Law (JSM) el año 2022, bajo la supervisión del profesor David M. Studdert. Cabe destacar que para llevar a cabo esta encuesta se contó con recursos proporcionados tanto por la Facultad de Derecho de la Universidad de Stanford como también por el Center for Latin American Studies de la misma universidad.”

¹ Así lo constata un estudio encargado por la Superintendencia de Salud sobre la opinión de los usuarios del sistema de salud público y privado en Valenzuela et al. (2015).

² Véanse los resultados de la encuesta Black&White y el Dinamo que señala que el 59% de la muestra está en desacuerdo con que la cotización en salud solo pueda ser utilizada para aportar solidariamente al financiamiento del sistema nacional de salud. Disponible online. Por otro lado, la encuesta de la UNAB junto a IPSOS en Valparaíso muestra que el 63% no está de acuerdo en que no se pueda escoger quién administra su 7%. Disponible online. En la misma línea la encuesta CADEM señala que un 76% de trabajadores en Chile quiere poder elegir entre un sistema público o privado de salud. Disponible online.

En esta investigación analizaremos en detalle esta última problemática, especialmente en cómo la regulación actual no incentiva la competencia en precio y calidad de los planes de salud entre las empresas. Desde ya cabe destacar que parte del éxito de un esquema privado de seguros de salud depende de la presión competitiva que puedan ejercer las aseguradoras para ofrecer mejores precios y planes de salud. En este escenario cobra especial relevancia la capacidad de los consumidores de entender los contratos y de decidir de manera informada. Respecto a la industria de seguros de salud, este conocimiento es fundamental en dos etapas: primero, al momento de elegir el plan de salud más idóneo y luego, al momento de utilizar el plan de salud de la forma más eficiente.

Por ello, uno de los principales desafíos regulatorios pendientes consiste en promover políticas públicas que busquen aumentar la competencia en el mercado de los seguros de salud. La competencia en este mercado generará presión competitiva en términos de precios y aumentará la calidad de los productos y servicios ofertados cuando un número suficiente de consumidores tome decisiones informadas (Loewenstein et al. 2013; Heidhues et al. 2016).



Uno de los principales desafíos regulatorios pendientes consiste en promover políticas públicas que busquen aumentar la competencia en el mercado de los seguros de salud.

Sin embargo, los consumidores muchas veces pueden tomar malas decisiones cuando se ven enfrentados a alternativas muy complejas o a muchas opciones (Scitovsky 1950). En el caso de nuestro país esta problemática cobra especial relevancia puesto que, a diferencia de otras jurisdicciones, los planes de salud no son filtrados o elegidos por el empleador³, sino que, por regla general, son directamente elegidos por los consumidores. Adicionalmente, no existe limitación a la cantidad de planes de salud que las aseguradoras pueden ofertar, lo que muchas veces dificulta o hace imposible la comparación.

Así, la presente investigación tiene dos componentes: uno de análisis empírico que busca contribuir a la falta de evidencia o datos en esta materia; y otro de política pública que consiste en proponer alternativas regulatorias para cambiar la deficiente o escasa normativa que gobierna el mercado privado.

En la primera parte de este trabajo se reportan los resultados de una encuesta panel en línea realizada a una muestra representativa de afiliados al sistema privado de seguros de salud en Chile.

³ Véase el caso de Estados Unidos en Rosenbaum (2011) en que por regla general son los empleadores los que eligen los planes de salud de los trabajadores.

La encuesta intenta medir cuánto saben los afiliados a una aseguradora privada sobre conceptos básicos de su plan de salud y además busca entender cómo fue el proceso de elección de los consumidores del plan que tienen actualmente.

No consideramos al asegurador público como parte de la investigación empírica puesto que, tal como lo han determinado diversos estudios⁴, y como explicaremos más adelante, el asegurador público funciona bajo una lógica distinta a los aseguradores privados. Así lo han afirmado también nuestras autoridades de libre competencia⁵, señalando que en el estado actual existe nula o escasa sustituibilidad de la demanda entre el subsistema público y el subsistema privado de aseguramiento.

En términos simples, aquellos usuarios de bajos ingresos y/o alto riesgo observable no tienen acceso a los seguros privados, y, al contrario, aquellas personas con altos ingresos y/o bajo nivel de riesgo no consideran el subsistema público como una elección razonable⁶.

En resumen, los resultados de la encuesta proveen evidencia que la mayoría de los consumidores no entiende conceptos básicos presentes en los planes de salud ni tampoco sabe cómo utilizarlos. Adicionalmente, en lo que respecta al proceso de toma de decisión, las respuestas a la encuesta muestran que este se encuentra altamente influenciado por los agentes de venta de las empresas de seguros de salud.

La segunda parte del análisis contenido en este trabajo consiste en sugerir distintas propuestas regulatorias para aumentar la transparencia y competencia en precio y calidad de los planes de salud.



En el estado actual existe nula o escasa sustituibilidad de la demanda entre el subsistema público y el subsistema privado de aseguramiento.

Los datos y análisis realizados en esta investigación son cruciales para entender las barreras a las que se ven enfrentados los consumidores en este mercado y las posibles alternativas regulatorias para superar estos obstáculos.

⁴ En la literatura académica, a modo ejemplar, véanse los siguientes artículos: Bernal-Baksai (2020); Hidalgo et al. (2013); Sapelli et al. (2001); Palmucci et al. (2015); Barrientos et al. (2002).

⁵ En esta línea podemos citar las sentencias del Tribunal de Defensa de la Libre Competencia (TDLC) N° 57/2007 y Sentencia TDLC N°145/2015. Respecto a la Fiscalía Nacional Económica (FNE) véase la minuta de archivo sobre las denuncias del senador Fulvio Rossi y del Consejo Regional de Valparaíso del Colegio Médico de Chile (A.G.) por integración vertical en el mercado de la salud privada Rol 2182-13 FNE; Informe de Archivo Denuncia por eventuales conductas anticompetitivas en el mercado de la salud privada, Investigación Rol 2244-13 FNE; Informe de Prohibición de la Adquisición de control de Clínica Iquique S.A. por parte de Redinter clínica S.A. Rol FNE F178-2019. Todas las sentencias e informes de archivo son citadas en el Informe de prohibición sobre adquisición de control en Colmena Salud S.A. por parte de Nexus Chile SpA Rol FNE F271-2021 pp. 19 y siguientes. Disponible online.

⁶ Informe de prohibición sobre adquisición de control en Colmena Salud S.A. por parte de Nexus Chile SpA Rol FNE F271-2021 p. 21. Disponible online.

Consideramos que los cambios propuestos en esta investigación son el primer paso para darle una mayor legitimidad y transparencia al sistema privado de aseguramiento de la salud y son elementos que deben estar presentes en una futura reforma al sistema.

En este sentido, la contribución de este estudio está en proveer evidencia del funcionamiento de este mercado desde el punto de vista del consumidor, y en base a esta evidencia, proponer mejoras al diseño regulatorio actual para que exista competencia y mayor acceso en el mercado privado de seguros de salud.

II.

FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGUROS DE SALUD

En esta sección explicaremos resumidamente el funcionamiento del sistema de seguros de salud vigente en Chile. En primer lugar, la regulación mandata a los trabajadores y pensionados a enterar una cotización del 7% de sus ingresos imponibles o pensiones a alguna institución para el aseguramiento de las prestaciones de salud⁷. Esta es la primera decisión que tienen que tomar los usuarios del sistema de salud y que se encuentra garantizada por la Constitución: elegir si pertenecer al seguro público o alguno de los seguros privados de salud. Sin embargo, esta libertad de elegir muchas veces se ve limitada puesto que las aseguradoras privadas tienen la facultad discrecional de no otorgar coberturas a preexistencias y segmentar a la población en base al riesgo sanitario de los beneficiarios, pudiendo cobrar una prima que excede el 7% de las cotizaciones de una persona.

Los seguros de salud tienen por objeto exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, así como las actividades que sean afines o complementarias a este fin⁸. En este sentido, las aseguradoras de salud buscan contener el impacto económico que tienen las prestaciones que buscan la prevención y recuperación de la salud de las personas.

Por un lado, el seguro público corresponde al Fondo Nacional de Salud. Esta entidad se encarga de otorgar protección financiera y acceso a la salud a más de 15 millones de beneficiarios (FONASA 2021a). A diciembre del año 2021 los beneficiarios de este subsistema corresponden aproximadamente al 77% de la población.

Por el otro lado, se encuentran los seguros privados, que son administrados por instituciones de salud previsual. A la fecha de esta investigación son siete las Isapres abiertas: Colmena, Nueva Masvida, Banmédica, Vida Tres, Consalud, Cruz Blanca y Esencial. Estas, en su conjunto, concentran a más de 3 millones de beneficiarios que corresponden aproximadamente al 17% de la población nacional (FONASA 2021b).

⁷ Véase Decreto con Fuerza de Ley (DFL) N° 1 de 2006 del Ministerio de Salud.

⁸ Artículo 173 del DFL N° 1 del Ministerio de Salud.

Mientras que el 6% restante son personas que no se encontrarían afiliadas a ningún sistema y a miembros de las Fuerzas Armadas y de Orden que se encuentran adscritos a su propio sistema de salud.

a. Subsistema público: Fondo Nacional de Salud (Fonasa)

Fonasa es un seguro de carácter solidario y universal que no discrimina por género, edad, nivel de ingresos, preexistencias o nacionalidad, por lo que cuenta con subsidios cruzados entre sus afiliados y el ingreso al sistema se genera de manera automática contando con previa inscripción⁹.

Fonasa ofrece un listado común de prestaciones de salud a sus beneficiarios que cuentan con cobertura, cobrando una prima que depende exclusivamente del ingreso imponible del afiliado. Por tanto, el seguro público de salud se caracteriza por ser solidario pues no considera la edad o estado de salud de los cotizantes y tampoco puede seleccionar a sus beneficiarios.

Los beneficiarios de Fonasa acceden a las prestaciones de salud a través de dos modalidades de atención: la primera corresponde a la modalidad de atención institucional y la segunda a la modalidad de libre elección. A la primera modalidad tiene acceso la totalidad de los beneficiarios, en ella las prestaciones de salud son otorgadas por establecimientos públicos que conforman la red asistencial. Mientras que, en la segunda modalidad, las personas pueden atenderse en establecimientos privados o con profesionales que tengan convenio.

A grandes rasgos, el sistema de salud público se estructura de la siguiente manera: nivel primario, que esté compuesto por establecimientos de atención primaria de salud: centros de salud familiar, consultorios rurales y urbanos y postas. Por su parte, los niveles secundarios y terciarios se ubican los hospitales, centros de referencia de salud, entre otros.

El seguro público de salud caracteriza a sus beneficiarios en cuatro tramos: A, B, C y D. Estos grupos determinan el porcentaje de copago que le corresponde pagar al beneficiario por concepto de atenciones médicas, insumos y medicamentos en el sistema público. Los beneficiarios pertenecientes a los tramos A y B, son aquellos segmentos integrados por personas carente de recursos, no cotizantes, funcionarios del sector público y personas entre 18 y 65 años que perciben un ingreso que no excede el mínimo mensual.

b. Subsistema privado: Isapres

Respecto al mercado privado, las Isapres son seguros autofinanciados, los que a su vez se fijan en función del riesgo de los beneficiarios y la cobertura del plan respectivo (Vivanco 2010). La suscripción a

⁹ Informe de prohibición sobre adquisición de control en Colmena Salud S.A. por parte de Nexus Chile SpA Rol FNE F271-2021, p. 21. Disponible online.

la Isapre se realiza mediante la celebración de un contrato en el cual el afiliado pacta un plan de salud en el que se brinda una determinada cobertura sujeta a un tope general anual de bonificación. Es posible identificar dos modalidades de pago que se pactan en estos contratos: porcentaje de bonificación que puede o no tener tope y copago fijo en que el afiliado paga un monto fijo por una prestación o grupo de prestaciones. Cabe resaltar que los topes pueden, a su vez, estar expresados en pesos, unidades de fomento o en número de veces el arancel de la Isapre¹⁰. Todos estos factores son relevantes puesto que al momento de comparar es necesario entender cómo operan cada una de estas modalidades en la práctica.

Respecto a los planes, es posible diferenciar aquellos que se comercializan a trabajadores de una determinada empresa, que se denominan planes colectivos o grupales; y los planes individuales, en los que no es necesario pertenecer a una compañía en particular.

Otra clasificación relevante se refiere a la libertad de elegir diferentes prestadores individuales o institucionales. En esta categoría encontramos los planes de libre elección, en que el afiliado puede decidir dónde atenderse libremente; los planes cerrados, en los que el afiliado solo se puede atender en determinados centros de salud con convenio; y los planes con prestadores preferentes, que orientan al beneficiario de manera predominante hacia prestadores médicos específicos con los cuales la Isapre ha celebrado algún convenio. Respecto a estos últimos planes, el beneficiario puede de todas formas optar por otro prestador de su elección.



Otra clasificación relevante se refiere a la libertad de elegir diferentes prestadores individuales o institucionales.

De acuerdo a datos publicados recientemente en el informe de la Fiscalía Nacional Económica (FNE) que prohíbe la adquisición de control de Nexus Chile SpA a Colmena Salud S.A. (Informe FNE), los planes preferentes constituyen los más demandados, seguidos por aquellos en los que se tiene la facultad de elegir libremente, y los menos utilizados son los planes de salud cerrados¹¹.

En el subsistema privado de aseguramiento a la salud es posible distinguir a los cotizantes; que son aquellos que suscriben el contrato de salud con la aseguradora; y los beneficiarios, que son aquellas personas incluidas en el plan de salud y que tienen derecho a los beneficios de este, ya sea como titular, cotizante o como carga legal o médica. En suma, el conjunto de cotizantes y sus respectivas cargas

¹⁰ Al año 2013 existían 92 tipos de aranceles distintos para las atenciones médicas. Disponible online.

¹¹ Informe de prohibición sobre adquisición de control en Colmena Salud S.A. por parte de Nexus Chile SpA Rol FNE F271-2021, p. 21. Disponible online.

legales o médicas se denominan beneficiarios. Esta distinción, como veremos más adelante, resulta relevante para entender los dos filtros aplicados en la encuesta¹².

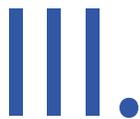
De acuerdo a la FNE es posible resumir los factores relevantes en la celebración del contrato con la Isapre, como los siguientes:

Primero, el cotizante debe suscribir un formulario denominado declaración de salud. A partir de esta declaración la aseguradora privada podrá fijar condiciones particulares al otorgamiento de prestaciones ya sea excluyendo derechamente la protección financiera en ciertas enfermedades o limitando las bonificaciones en determinadas prestaciones de salud.

Si bien el monto de la renta que percibe el cotizante no es un requisito, de acuerdo con el Informe de la FNE un cotizante que perciba ingresos menores a 700 mil pesos no consideraría al sistema privado una opción frente a FONASA¹³.

Otro factor relevante, de acuerdo con la FNE, respecto a la demanda de planes de salud está determinado por la fuerza de venta y las estrategias comerciales de cada aseguradora privada. En este sentido, clasifica a los planes de salud transados en Chile como un producto *push*, esto quiere decir que mientras más se contacta al cliente para ofrecerle el producto es más probable que el cliente termine comprándolo. En este tipo de productos es difícil que el consumidor tome una decisión más proactiva. Esto se contradeciría entonces a los productos *pull*, en que los consumidores proactivamente buscarían y escogerían el producto de su preferencia.

Esta teoría propuesta por la FNE se ve corroborada con los datos recabados en la encuesta y que pasaremos a analizar en detalle en la siguiente sección.



PROBLEMÁTICAS DETECTADAS EN EL SISTEMA DE SALUD VIGENTE

El sistema de salud en Chile ha sido estudiado principalmente respecto a la segmentación e inequidad en el acceso a prestaciones de salud, financiamiento, organización y estructura, satisfacción con el sistema y resultado en indicadores sanitarios.

Como ya lo mencionamos anteriormente, las principales falencias en relación con el sistema de seguros en particular es la falta de protección financiera, la selección y segmentación que pueden realizar las aseguradoras privadas, las listas de espera en el sistema público y la deficiente regulación del mercado privado.

¹² Ver Anexo I del presente artículo.

¹³ Informe de prohibición sobre adquisición de control en Colmena Salud S.A. por parte de Nexus Chile SpA Rol FNE F271-2021, p. 155. Disponible online.

Una de las formas de medir el nivel de protección financiera que otorga un sistema de salud en particular es el denominado gasto de bolsillo en salud (GBS)¹⁴. Este se refiere a los pagos efectuados directamente por los pacientes para obtener prestaciones de salud en el saldo que no es cubierto por el seguro público o privado. En nuestro país el GBS se ha mantenido constante en el tiempo a pesar de los fuertes aumentos del gasto público durante la última década¹⁵ y que cerca del 96% de la población pertenece a un esquema de previsión (Ministerio de Desarrollo Social y Familia 2020).

Así, un tercio de los gastos (33%) en salud siguen siendo directamente pagados desde el bolsillo de las personas, mientras que el promedio en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) este porcentaje es de tan solo un 20% (OCDE 2019). En el año 2019 Chile se sitúa en el cuarto lugar de los países de la OCDE con mayor porcentaje en este indicador, solo por detrás de Letonia, México y Grecia. Se ha señalado que un país tenga sobre un 20% de GBS indica que la población está expuesta a una alta vulnerabilidad con respecto a los gastos catastróficos por motivos de salud (OCDE 2020, 140).

Respecto a la segmentación¹⁶, las aseguradoras privadas están facultadas para seleccionar en base al riesgo sanitario que se encuentra en la tabla de factores y por preexistencias. Asimismo, solicitan en promedio 10% de la renta (3% más que el 7% obligatorio), por lo que también discriminan según capacidad de pago (Superintendencia de Salud 2020).



En el año 2019 Chile se sitúa en el cuarto lugar de los países de la OCDE con mayor porcentaje en este indicador, solo por detrás de Letonia, México y Grecia.

En relación con el sector público, una de sus principales falencias está relacionada con las listas de espera. Así, al año 2022, y de acuerdo con un oficio enviado por el Ministerio de Salud, el sector público cuenta con 360.000 cirugías y apropiadamente dos millones de consultas de especialidad en espera, esto se suma a los 63 mil casos de patologías comprendidas en las Garantías Explícitas en Salud (GES) que se encuentran con el plazo vencido¹⁷.

¹⁴ Para una mayor profundidad sobre el gasto de bolsillo en nuestro país véase Velasco et al. (2018).

¹⁵ El 2010 el gasto público en salud representaba el 6,8%, mientras que al año 2020 representó el 9,4% del Producto Interno Bruto (PIB).

¹⁶ Véase respecto a la segmentación entre el sistema público y el sistema privado de aseguramiento a Bernales-Baksai (2020); Hidalgo et al. (2013); Sapelli et al. (2001); Palmucci et al. (2015); Barrientos et al. (2002); y Comisión Asesora Presidencial (2014).

¹⁷ Véase Oficio Ord. N° 1447 del Ministerio de Salud en que informa sobre garantías de oportunidad GES y no GES al primer trimestre del año 2022. Disponible online.

Finalmente, en lo que respecta a la regulación de las aseguradoras privadas, es posible destacar que, si bien han existido proyectos que intentan reformar el sistema de Isapres¹⁸, el diseño regulatorio sigue siendo deficiente. Este mal diseño regulatorio se ve reflejado en diversos ámbitos, como, por ejemplo, los recursos de protección o reclamos ante la autoridad administrativa propiciados por el aumento del precio base de sus planes de salud¹⁹. Así los tribunales de justicia han resuelto reiteradamente que este aumento unilateral contraviene los derechos fundamentales del afiliado. Esta regulación propiciada fundamentalmente por la Corte Suprema y el Tribunal Constitucional obedece a que las Isapres se financian con cotizaciones y por tanto pertenecen al sistema de seguridad social (Jordán 2018). De esta forma, y explicado en términos simples, la regulación de los planes de salud no obedece a un contrato privado cualquiera como podría ser el seguro de un auto o una casa, sino más bien a un contrato de orden público.

Adicionalmente, y como explicaremos más adelante, el diseño regulatorio actual favorece la forma en que las aseguradoras privadas compiten, esto es, mediante los agentes de venta y, como se evidencia en la encuesta, esta es la principal fuente de información que tienen hoy en día los consumidores para elegir su plan de salud.

Lo anterior también se ve corroborado por el Informe de la FNE en que señala que la suscripción de nuevos contratos se encuentra altamente correlacionada con el tamaño de cada Isapre respecto a la cantidad de agentes de venta²⁰.

IV.

EVIDENCIA SURGIDA DE LA ENCUESTA A CONSUMIDORES RESPECTO AL SUBSISTEMA PRIVADO DE ASEGURAMIENTO

Para llevar a cabo esta investigación empírica adaptamos una encuesta realizada por Loewenstein et al. (2013). La presente encuesta tuvo como principales objetivos medir el nivel de conocimiento de los consumidores sobre conceptos básicos de los seguros de salud y entender el procedimiento de toma de decisión para elegir un plan de salud en particular²¹.

¹⁸ En especial, véase los Boletines 13.738-07, Proyecto de Reforma Constitucional que Consagra el Derecho a la Salud; y 13.863-11, que Reforma el Fondo Nacional de Salud y Crea un Plan de Salud Universal.

¹⁹ Los datos sobre la cantidad de recursos de protección interpuestos por cotizantes se encuentran disponibles en Judicialización Isapres 2019. Realizado por Altura Management para Asociación de Isapres de Chile. Disponible online.

²⁰ Informe de prohibición sobre adquisición de control en Colmena Salud S.A. por parte de Nexus Chile SpA Rol FNE F271-2021, 49. Disponible online.

²¹ Ver Anexo I.

a. Predictores de comprensión sobre los seguros de salud

En primer lugar, se pidió a los encuestados que declararan si entendían los siguientes conceptos y elementos presentes en los seguros de salud: copago, tope general anual y plan de red preferente. Después de afirmar si entendían cada concepto, se les hacía una pregunta de selección múltiple para determinar su verdadera comprensión²².

La Tabla 1 muestra el porcentaje de encuestados que afirmaron conocer cada concepto, el porcentaje de los que acertaron y el porcentaje de los que respondieron correctamente a las preguntas de selección múltiple.

Los encuestados se mostraron muy seguros de entender los copagos y los planes de red preferente (todos ellos > 88%). Sin embargo, estaban menos seguros de conocer los límites anuales, en que solo el 77% declaró comprenderlos²³.

Es posible observar un exceso de confianza en dos de los tres ítems, que oscila entre el 9% para los copagos y el 12% para los planes de red preferente. Por el contrario, en lo que respecta al tope general anual, el porcentaje de personas que creían entender el concepto era inferior al porcentaje que creía entenderlo y contestaron correctamente la pregunta, por lo que había una pérdida de confianza.

TABLA 1. Percepción y real entendimiento sobre conceptos básicos de los seguros de salud

Concepto	Porcentaje que considera que entiende el concepto	Porcentaje de aquellos que creen entender y que además contestaron correctamente la pregunta	Porcentaje de la muestra total que entiende el concepto
Copago	91,78	82,14	79,97
Tope general anual	77,46	85,26	78,02
Plan de red preferente	87,92	75,63	71,48

Por su parte, la Tabla 2 reporta el porcentaje de respuestas correctas a las preguntas que buscan medir la capacidad de los encuestados de utilizar las distintas modalidades de pago que se encuentran actualmente en los planes de salud y estimar cuánto cubrirá la Isapre en cada caso²⁴.

²² Ver Anexo I, específicamente preguntas 5-10 de la encuesta.

²³ Hay que tener en cuenta que las preguntas de opción múltiple probablemente sobrestiman la comprensión de los encuestados, ya que el azar por sí solo arrojaría un índice de precisión del 25%.

²⁴ Debemos prevenir que la descripción de los planes de salud en la encuesta difiere de la realidad. Simplificamos ambos planes de salud para tener una alta tasa de respuesta a las preguntas. Por ello, no utilizamos la unidad de fomento ni tampoco el número de veces el arancel, que están presentes en la mayoría de los planes de salud en stock. En su lugar, describimos los planes de salud en pesos. Por lo tanto, el objetivo principal de estas preguntas no era saber si los beneficiarios podían calcular efectivamente cuánto cubriría la Isapre, sino evaluar si los encuestados saben cómo utilizar los diferentes instrumentos y conceptos presentes en los planes de salud.

Como se puede observar, el porcentaje de personas que respondió correctamente la pregunta respecto al Plan A fue significativamente mayor que respecto al Plan B. La única diferencia entre estos planes de salud es que el copago es un porcentaje del costo del servicio en el Plan A y en el Plan B, el copago es un costo fijo²⁵.

Aproximadamente el 30% de los encuestados respondió incorrectamente o no sabía la respuesta a la pregunta sobre cuánto le cubriría la Isapre con el Plan A, mientras que el 43% respondió incorrectamente la pregunta respecto al Plan B.

TABLA 2. Pregunta sobre costos

Tipo de plan de salud	Porcentaje que respondió correctamente	Porcentaje que respondió incorrectamente	Porcentaje que no estaba seguro
Plan de salud con copago que es un % y con tope de bonificación (Plan A)	69,03	25,33	5,64
Plan de salud con copago fijo y con tope de bonificación (Plan B)	57,37	28,42	14,21

La Tabla 3 muestra la media y mediana de la muestra en relación con la cantidad de respuestas correctas sobre cobertura y bonificación (costos) y las tres preguntas sobre conceptos básicos (conceptos).

TABLA 3. Media y mediana de la muestra en pregunta de costos y conceptos

	N	Media	Mediana	Min	Max
Total pregunta sobre costos	816	1.169	1	0	2
Total pregunta sobre conceptos	816	1.991	2	0	3

Para determinar qué características demográficas se asociaban con la comprensión de los conceptos y el cálculo de bonificación por parte de los encuestados, se realizó una regresión mediante mínimos cuadrados ordinarios (OLS, por su sigla en inglés) de la suma del número de preguntas sobre conceptos y costos contestadas correctamente en función de una serie de características sociodemográficas. Incluimos una variable *dummy* basada en el número de visitas que declararon hacer al médico (visita \geq una vez al mes) y una variable *dummy* para el nivel de estudios (\geq título universitario). Tras hacer categóricas las preguntas sobre concepto y costos, generamos variables *dummy*=1 solo cuando entendían y respondían correctamente a las preguntas.

La Tabla 4 muestra el efecto medio de las diferentes variables sociodemográficas sobre el número de preguntas de concepto contestadas correctamente.

²⁵ Véanse preguntas 11 y 12 de la encuesta.

TABLA 4. Predictores de comprensión en las preguntas sobre conceptos

Variables sociodemográficas	Efecto promedio en el número de respuestas correctas sobre concepto (rango: 0-3)
	0.241
Visita ≥ una vez al mes	(0.166)
	0.232
≥ Título universitario	(0.183)
	-0.0238
CGénero	(0.121)
	-0.00887
CEdad = 2, 35 a 54	(0.149)
	0.190
CEdad = 3, 55 o más	(0.208)
	0.627***
CGSE = 1, ABC1 (GSE. Grupo socioeconómico)	(0.172)
	0.210
CGSE = 2, C2	(0.190)
	-0.0384
CGSE = 3, C3	(0.207)
	0.0317
Ocupación = 2, Empleado dependiente	(0.219)
	0.405
Ocupación = 3, Empleado independiente	(0.258)
	0.719
Ocupación = 4, Estudiante	(0.483)
	0.364
Ocupación = 5, Retirado	(0.304)
	0.631*
Cestado_salud = 1, Regular	(0.378)
	0.0999
Cestado_salud = 3, Buena	(0.379)
Constante	0.956**
	(0.468)
Observaciones	817
R ²	0.163

Errores estándar robustos entre paréntesis

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

A partir de la estimación OLS, podemos observar dos variables significativas en relación con las preguntas sobre conceptos: el estrato socioeconómico y el estado de salud. Ambas variables tienen un efecto sobre el número de preguntas de concepto contestadas correctamente. En cuanto a la variable estrato socioeconómico, las personas pertenecientes al estrato ABC1 tienen, en promedio, 0,627 puntos más (respuestas correctas) que las personas pertenecientes al estrato socioeconómico bajo (DE). El estado de salud también es estadísticamente significativo, ya que las personas con un estado de salud regular tienen 0,631 puntos más (respuestas correctas) que las personas con un mal estado de salud.

La Tabla 5 muestra el efecto medio de las distintas variables sociodemográficas sobre el número de preguntas sobre los costos contestadas correctamente.

TABLA 5. Predictores de comprensión en las preguntas sobre costos

Variables sociodemográficas	Efecto promedio en el número de respuestas correctas sobre costos (rango: 0-2)
	0.0258 (0.145)
Visita ≥ una vez al mes	0.390*** (0.140)
≥ Título universitario	0.0960 (0.0833)
CGénero	-0.191 (0.116)
CEdad = 2, 35 a 54	-0.230* (0.132)
CAge = 3, 55 o más	0.495*** (0.129)
CGSE = 1, ABC1	0.250* (0.150)
CGSE = 2, C2	-0.103 (0.156)
CGSE = 3, C3	-0.0328 (0.153)
Ocupación = 2, Empleado dependiente	-0.199 (0.178)
Ocupación = 3, Empleado independiente	0.205 (0.221)
Ocupación = 4, Estudiante	-0.122 (0.189)
Ocupación = 5, Retirado	-0.0389 (0.324)
Cestado_salud = 1, Regular	-0.167 (0.327)
Cestado_salud = 3, Buena	0.751* (0.396)
Constante	817
Observaciones	0.190
R ²	

Errores estándar robustos entre paréntesis
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Como se muestra en la Tabla 5, las variables estadísticamente significativas respecto a las dos preguntas de costos son \geq título universitario, edad y estrato socioeconómico.

Tener un título universitario (\geq título universitario) supone 0,390 puntos más que no tenerlo. Mientras que tener 55 o más años supone -0,21 puntos respecto a tener entre 18 y 34 años. En cuanto al estrato socioeconómico, la clase alta (ABC1) tiene, en promedio 0,495 puntos más que las personas pertenecientes a la clase baja (DE). Al mismo tiempo, la clase media-alta (C2) tiene 0,250 puntos más de media que la clase baja (DE).

b. Proceso de toma de decisión de los consumidores

Las preguntas sobre el proceso de toma de decisión de los consumidores se dirigieron únicamente al afiliado titular, ya que es él o ella quien decide cómo elegir su plan de salud personal o familiar.

Como se muestra en la Tabla 6, el 45% de los encuestados tardó menos de un día en elegir qué plan de salud contratar, mientras que tan solo el 19% tardó más de una semana en decidirse.

TABLA 6. Tiempo invertido en decidir sobre el plan de salud contratado

Tiempo en decidir sobre plan de salud a contratar	Frecuencia	Porcentaje
Inmediatamente	140	20,86
Menos de un día	159	23,70
Entre uno y siete días	246	36,66
Más de una semana	126	18,78
N	671	100

No obstante que los consumidores pueden cambiar de plan después de un año de afiliación, en los hechos, el 66% de los encuestados declaró no haberse cambiado de plan de salud durante los últimos cinco años. De hecho, según los datos públicos administrados por la Superintendencia de Salud, en promedio, tan solo el 7% de los titulares de seguros de salud privados se cambian en un año.

La causa de este bajo porcentaje de cambio de acuerdo con la FNE puede deberse a los altos costos de cambio que experimentan los consumidores en este mercado. Así, explican que la movilidad se restringe por las preexistencias, normas legales que limitan la desafiliación, el congelamiento de la tabla de factores al momento de ingresar a una Isapre y las asimetrías de información en razón a la existencia de una gran variedad de planes de salud²⁶.

A continuación, se preguntó a los consumidores qué afirmación representa mejor la forma en que eligieron su actual plan de salud: el 33% de los encuestados respondió que el personal de la Isapre le sugirió un plan de salud específico, mientras que el 24% señaló que el personal de la Isapre le ofreció diferentes alternativas y le pidió que decidiera.

²⁶ Informe de prohibición sobre adquisición de control en Colmena Salud S.A. por parte de Nexus Chile SpA Rol FNE F271-2021, p. 164. Disponible online.

TABLA 7. Toma de decisión y fuentes de información

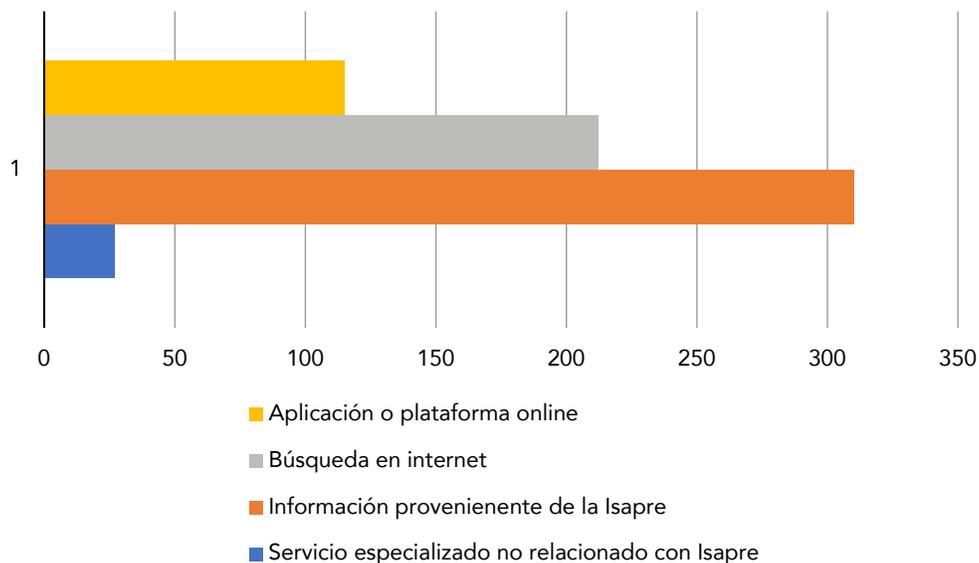
Opción que mejor representa cómo decidió contratar su plan de salud	Frecuencia	Porcentaje
La Isapre le presentó un plan de salud	219	32,74
La Isapre le presentó distintos planes de salud	160	23,92
Se informó de manera independiente sobre los distintos planes de salud	187	27,95
Una persona de confianza le recomendó el plan de salud	103	15,4
N	669	100

Como se observa en la Tabla 7, más de la mitad de los consumidores se informó con un agente de ventas de la Isapre para elegir el plan de salud. Cabe resaltar que el 32% de los cotizantes ni siquiera comparó entre alternativas de una misma empresa, sino que tomó su decisión sobre la sola base de lo que el agente de ventas le ofreció.

Luego se preguntó a los encuestados si compararon con otras alternativas antes de elegir su plan de salud actual. Tan solo el 71% de los encuestados respondió que comparó diferentes opciones antes de decidirse.

Finalmente, se preguntó por las herramientas que utilizaron los consumidores que compararon entre diferentes planes de salud. El siguiente gráfico muestra qué herramientas utilizaron las personas para comparar diferentes planes de seguro médico con su respectiva frecuencia.

FIGURA 1. Herramientas utilizadas para comparar planes de salud



Como puede apreciarse, la principal fuente de información que tienen los consumidores que compararon son los agentes de venta de las Isapres. Siendo las plataformas para comparar precios poco utilizadas en comparación a la Isapre o la búsqueda por internet.

c. Síntesis de resultados de la encuesta

Los resultados de la encuesta muestran que la gente tiene una comprensión limitada del funcionamiento de los seguros de salud en Chile. Menos de la mitad de la muestra respondió correctamente las tres preguntas de opción múltiple sobre elementos básicos presentes en los seguros de salud: copagos, tope general anual por beneficiario y los planes de red preferente. Asimismo, un gran porcentaje de encuestados no pudieron realizar un cálculo básico acerca de cuánto le cubriría el seguro de salud en dos casos que fueron presentados de manera simple, pues el objetivo era saber si sabían utilizar los conceptos y no si sabían calcular efectivamente cuánto le cubriría la Isapre.

Podemos concluir, en relación con la encuesta de comprensión, que existe una relación estadísticamente significativa entre estrato socioeconómico y el estado de salud con el número promedio de preguntas de concepto contestadas correctamente (rango: 0-3). La primera regresión (véase Tabla 4) muestra que las personas pertenecientes al estrato socioeconómico ABCI contestaron correctamente 0,627 más preguntas que el estrato socioeconómico bajo (DE). Adicionalmente, las personas con un mejor estado de salud respondieron 0,631 más preguntas de manera correcta.

En resumen, en lo que respecta a la primera parte de la encuesta, podemos observar que estos grupos: personas pertenecientes a estrato socioeconómico de mayores ingresos y con buen estado de salud, comprenden de mejor forma los conceptos y elementos básicos que se encuentran presentes en los seguros de salud en Chile.



Los resultados de la encuesta muestran que la gente tiene una comprensión limitada del funcionamiento de los seguros de salud en Chile.

Por su parte, la segunda regresión (véase Tabla 5) nos muestra que las variables estrato socioeconómico, el hecho de tener o no un título universitario y la edad son predictores significativos del número promedio de preguntas correctas sobre costos (rango: 0-2). Así, las personas que pertenecen a un estrato socioeconómico alto responden 0,495 más preguntas correctamente. Mientras que tener un título universitario explica 0,390 de preguntas correctas, y las personas de 55 o más años tienen -0,21 puntos en comparación con las que tienen entre 18 y 34 años.

En síntesis, podemos observar que aquellas personas pertenecientes a un estrato socioeconómico alto, que tienen título universitario y más jóvenes saben utilizar de mejor manera los planes de salud y calcular correctamente cuánto le cubriría la Isapre en cada uno de los planes representados en la encuesta.

Finalmente, en cuanto al proceso de toma de decisión, el mayor problema detectado es que, a la hora de elegir un plan de salud, la principal fuente de información de los consumidores es un agente de ventas de la Isapre.

Como se observa en la Tabla 7, el 57% de la muestra se informó solo con una Isapre para elegir su plan de salud, y el 32% de la muestra ni siquiera comparó distintos planes con la misma empresa aseguradora.

Por lo tanto, es posible concluir que en el estado actual las Isapres influyen fuertemente en la elección de los consumidores. Este hecho plantea serias dudas sobre cómo los consumidores deciden qué plan de salud contratar.

Si bien se podría pensar que cuando un agente de ventas asesora a los consumidores se espera que estos sean conscientes de los sesgos en su recomendación y por tanto lo tengan en consideración al momento de elegir, esto no ocurre en la práctica. De hecho, la literatura sugiere que los individuos no consideran este consejo correctamente y, por regla general, les dan una importancia inadecuada a las recomendaciones de los agentes de venta (Cain et al. 2003).

Por ello resulta de suma relevancia en el escenario actual eliminar o restringir la relación entre el agente de ventas y el consumidor al momento de informarse sobre los planes de salud disponibles en el mercado, implementando algunas de las medidas que explicamos con mayor detalle en las conclusiones del presente artículo.

V.

REFORMAS REGULATORIAS EN LOS PAÍSES BAJOS Y ESTADOS UNIDOS

Las problemáticas asociadas a la asimetría de información en el mercado de los seguros de salud y las posibles soluciones regulatorias para enfrentar esta falla han sido temas arduamente estudiados en otras latitudes y jurisdicciones. En los siguientes párrafos describiremos resumidamente los cambios regulatorios que han experimentado los Países Bajos y Estados Unidos en relación con el mercado privado de seguros de salud. Ambos países cuentan con aseguradores privados de salud y han experimentado reformas regulatorias que buscan aumentar la competencia y transparencia en este mercado.

a. El caso de los Países Bajos

En los Países Bajos todos los ciudadanos mayores de edad están obligados a contratar directamente un seguro médico en el mercado de seguros privados. En 2015 existían 25 empresas de seguros de salud que ofrecían 53 tipos de contratos y generalmente no hay intermediadores entre la oferta de los planes de salud y los consumidores²⁷.

Las aseguradoras pueden llegar a acuerdos con asociaciones, empresas o municipalidades para ofrecer planes grupales. El principal objetivo es agregar demanda para conseguir descuentos en los planes de salud. En la práctica, se logra hasta un 10% de descuento en las primas. Muchas veces también, para aquellos usuarios con ingresos inferiores al 130% del ingreso mínimo, las municipalidades subvencionan el deducible obligatorio. En estos casos los consumidores no pueden elegir (Kroneman et al. 2016).

Una de las principales reformas realizadas en los Países Bajos ocurrió el año 2006 en que se dictó una ley que introdujo un sistema de competencia regulada²⁸. Así, desde ese entonces, se regula estrictamente el contenido de los planes de salud, estableciendo un paquete básico de prestaciones que incluyen medicamentos, visitas al médico y gastos de hospitalización. La regulación también prohíbe la discriminación de precios respecto al paquete básico, la negativa a contratar con un consumidor y la obligación de todos los ciudadanos de contratar a un seguro de salud²⁹.

b. El caso de Estados Unidos

Una de las reformas más importantes al sistema de salud en Estados Unidos fue el año 2010 en que se promulgó la *Affordable Care Act* (ACA por sus siglas en inglés). Uno de sus principales objetivos fue hacer obligatorio para todos los ciudadanos contar con un seguro de salud, puesto que una de las principales falencias del sistema antes de la reforma era la cantidad de personas que no contaba con un seguro médico. Se estableció que todos los planes de salud que cumplan con esta normativa deben cubrir una canasta básica de prestaciones de salud. Entre ellas, se encuentran los servicios de urgencia, planificación familiar, maternidad, medicamentos con receta, servicios de salud mental, atención pediátrica y hospitalización³⁰.

Todos los años hay un periodo de inscripción abierta en la plataforma denominada Marketplace. En este plazo las personas pueden contratar un plan de salud o cambiar el que ya tienen. Uno de los principales focos de esta reforma fue informar y proteger a los consumidores. Así, se prohíbe establecer un

²⁷ Para un análisis detallado del sistema de salud en los Países Bajos véase Kroneman et al. (2016).

²⁸ Health Insurance Act 2006. Disponible online.

²⁹ Health Insurance Act 2006. Disponible online.

³⁰ Ver específicamente qué cubre este plan esencial el siguiente link: <https://www.healthcare.gov/coverage/what-marketplace-plans-cover/> [10 de diciembre 2022]

tope anual por beneficiario para aquellas prestaciones de la canasta básica³¹, se estableció un procedimiento para revisar el aumento de las primas de los seguros de salud³², y se prohíbe negar la cobertura a niños con preexistencias ni tampoco cancelar o rescindir el plan de salud. Asimismo, se estandarizan los planes de salud estableciendo qué factores pueden ser considerados para el cálculo de la prima.

Entre las reformas que buscan aumentar la transparencia y la información en el mercado se encuentra el resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés)³³. La finalidad de este resumen es ayudar a los consumidores a comparar las características y prestaciones de los distintos planes de salud. Así el SBC es una síntesis de los costos del plan de salud, los beneficios, los servicios de atención que cuentan con cobertura, entre otros elementos relevantes para los consumidores. Adicionalmente, las compañías de seguro deben adjuntar un glosario que explique los términos y conceptos presente en los planes de salud.

Otra reforma relevante es aquella que le exige a la red de prestadores proveer información clara y accesible sobre los precios de las distintas prestaciones de salud. Esta información debe ser entregada de manera legible por un computador y mostrarse en un formato fácil de usar para los consumidores. El objeto principal de esta regulación es entregarle a los consumidores información para estimar el costo de atención antes de acudir a un hospital en particular³⁴.

Una de las agencias creadas con ocasión de la reforma es el Centro de Información para el Consumidor y Supervisión de Seguros (CCIIO, por sus siglas en inglés). Esta entidad es la encargada implementar las reformas relacionadas con los seguros privados de salud y con promover la alfabetización de los consumidores en este mercado.

VI.

RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

En el escenario actual podemos observar que existen distintas alternativas para regular de mejor manera el sistema de seguros privados de salud y así darle una mayor legitimidad y promover la competencia entre las firmas. Asimismo, consideramos necesario y deseable generar un sistema con reglas claras y previsibles tanto para los usuarios como para las aseguradoras. En caso de que estas incertidumbres regulatorias sigan ocurriendo resulta esperable que esa incerteza se traduzca en los precios o primas

³¹ Ver el siguiente link para mayor información sobre este punto: <https://www.hhs.gov/healthcare/about-the-aca/benefit-limits/index.html#:~:text=Insurance%20companies%20can%20no%20longer%20set%20yearly%20dollar%20limits%20on,spending%20for%20your%20covered%20benefits.> [10 de diciembre 2022]

³² Ver el siguiente link para mayor información sobre el procedimiento para aumentar primas de los planes de salud: <https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Health-Insurance-Market-Reforms/Review-of-Insurance-Rates> [10 de diciembre 2022]

³³ Para más información sobre qué contiene la SBC, véase el siguiente link: <https://marketplace.cms.gov/technical-assistance-resources/summary-of-benefits-fast-facts.pdf> [10 de diciembre 2022]

³⁴ Para más información sobre esta reforma revisar el siguiente link: <https://www.cms.gov/hospital-price-transparency> [10 de diciembre 2022]

que pagan las personas que entran al sistema o se cambian de plan de salud, y solo se vean beneficiadas aquellas personas que acuden a los tribunales de justicia.

A continuación, se proponen alternativas regulatorias para aumentar la competencia y transparencia en el mercado privado de seguros de salud.

a. Plataforma para comparar planes de salud

Una primera alternativa consiste en regular el modo en que los consumidores se informan para tomar decisiones de compra sobre diferentes planes de salud. Respecto a este punto, un interesante caso de estudio es la evolución de las reformas al mercado de la salud en Estados Unidos mencionado anteriormente.

Un aspecto relevante del Marketplace es que estandariza los planes de salud y los agrupa con distintos metales (oro, plata, bronce y platino) de acuerdo con el valor que tienen para el usuario³⁵. Así, cada categoría ofrece distintas ratios de cuánto finalmente va a terminar pagando el consumidor para determinadas prestaciones de salud. Véase la siguiente ilustración, un ejemplo del funcionamiento del Marketplace en el estado de California.

ILUSTRACIÓN 1. Ejemplo de plataforma en California



Fuente: Covered California³⁶

³⁵ Para ver cómo funciona en la práctica, revise el siguiente link: <https://www.healthcare.gov/choose-a-plan/plans-categories/> [10 de diciembre 2022]

³⁶ Véase una descripción detallada de cómo se agrupan los planes en diferentes categorías en el siguiente link: <https://www.healthforcalifornia.com/covered-california/plans> [10 de diciembre 2022]

Esta plataforma permite a los consumidores a encontrar un plan de salud que tome en consideración sus necesidades y presupuestos, ya que se puede comparar en precio, calidad y otros atributos relevantes para la toma de decisión (Rosenbaum 2011).

Algunos autores han propuesto que esta plataforma debiera incluir otros elementos claves, como una calculadora que permita saber cuánto costaría una visita al hospital o a un médico en particular; la calidad de la red de hospitales y médicos incluidos en el plan y una evaluación de la protección del riesgo que ofrece el plan de salud de acuerdo con las necesidades del usuario (Handel et al. 2015). Estas herramientas guiarían a los consumidores a tomar mejores decisiones y al mismo tiempo le da flexibilidad de elegir de acuerdo con sus propias preferencias.



Si se implementara esta plataforma en nuestro país, se eliminaría o reduciría la intervención de los agentes de Isapre en cuanto a su rol de informar a consumidores sobre distintos planes de salud.

Si se implementara esta plataforma en nuestro país, se eliminaría o reduciría la intervención de los agentes de Isapre en cuanto a su rol de informar a consumidores sobre distintos planes de salud. Es relevante destacar que es deseable que esta plataforma sea administrada por una entidad estatal independiente de las aseguradoras, y que se exija que la información publicada sea fehaciente y vinculante para las empresas.

Sin embargo, uno de los aspectos problemáticos de esta opción es que, en principio, asume que los consumidores entienden y saben utilizar los distintos planes de salud. En otras palabras, para que la plataforma ayude efectivamente a tomar decisiones racionales y costo-eficiente, los consumidores deben entender conceptual y prácticamente como operan los elementos y conceptos que se encuentran en estos contratos. Por ello, a continuación, se proponen otras medidas complementarias.

b. Plan de salud por defecto

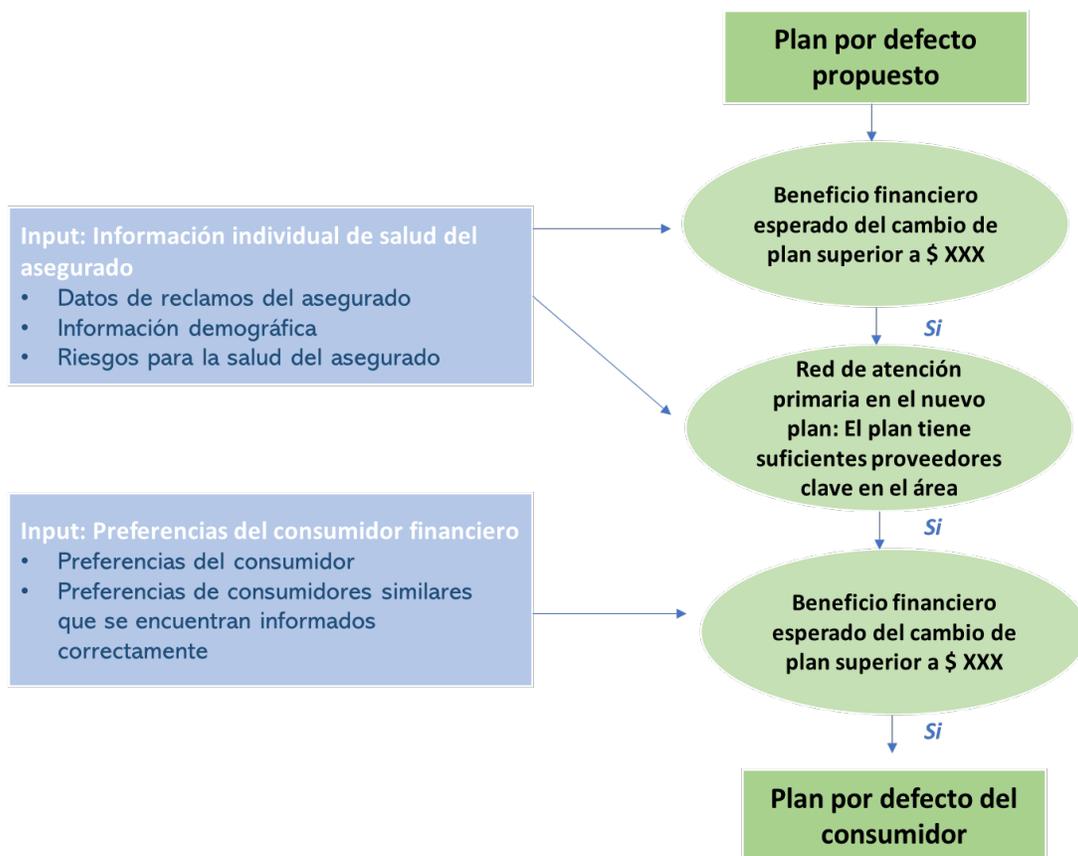
De acuerdo con la evidencia surgida en la encuesta de consumidores y a los datos de la Superintendencia de Salud, existe una gran parte de la población que no entiende conceptos básicos sobre seguros de salud y tan solo, en promedio, el 7% de los afiliados al sistema privado se cambia en un año. Esta asimetría de información y la distintiva inercia que caracteriza a los usuarios y consumidores en este mercado, ha llevado a concluir que una medida que tan solo contemple la entrega de información no solucionaría el problema fundamental.

Por ello se ha propuesto como medida complementaria a la anterior establecer un plan de salud por defecto que esté relacionado con las preferencias y características individuales de los consumidores (Handel et al. 2015). Un estudio empírico reciente muestra que, si se implementara un plan de salud por defecto en California, se podría reducir en promedio 100 dólares en las primas mensuales de los afiliados, 1.960 dólares en los deducibles anuales y 50 dólares en los copagos de medicamentos éticos (Anderson et al. 2021).

Para establecer esta regla por defecto es necesario que la Superintendencia de Salud o el organismo encargado posea información específica sobre los consumidores para establecer el plan de salud que más se acerque a sus preferencias y características.

La siguiente ilustración muestra cómo debería funcionar la regla por defecto en el mercado privado de planes de salud.

ILUSTRACIÓN 2. Funcionamiento de la regla por defecto



Fuente: The Hamilton Project (Brookings Institution)³⁷

³⁷ Traducción libre. Véase Handel et al. (2015).

Así como lo demuestra la figura, es muy relevante para que opere esta regla contar con información detallada tanto del funcionamiento de los seguros de salud como de las preferencias de los consumidores.

c. Restringir alternativas

Junto con la plataforma para poder comparar entre distintos planes de salud, y mientras no sea posible contar con un plan de salud por defecto, es deseable no solo estandarizar y simplificar los planes de salud, sino que también restringir las opciones a solo aquellas alternativas razonables (Bhargava et al. 2015). Algunos estados en Estados Unidos han implementado esta última opción (Dash et al. 2013).

Esta medida no es una novedad en nuestro país. Hay quienes ya han propuesto la restricción de la cantidad de planes que las compañías de seguro pueden ofertar. Esta restricción constituye una necesidad básica para que el mercado opere correctamente (Velasco et al. 2017). Esta medida no es solo relevante para los usuarios que entran sino también para aquellos que se quieren cambiar de plan de salud o de compañía de seguros y que no encontrándose estrictamente “cautivos”, no lo hacen por el alto costo de cambio que se presentan en mercados con asimetría de información como el de la salud.

Hoy en día es posible observar que las Isapres comercializan 2.512 planes de salud. Por ello, se ha señalado que al menos se creen categorías que se diferencien por el nivel de los servicios ofertados (prestadores) y de acuerdo con el precio de la prima y los deducibles (Velasco et al. 2017). Esto va en línea con lo implementado en Estados Unidos con la diferenciación de los planes con distintos metales que están relacionados con el valor que el usuario les da a estos.

d. Alfabetización de los consumidores sobre seguros de salud

Los datos recabados en la encuesta son útiles para impulsar políticas públicas que promuevan la alfabetización en materia de seguros de salud, especialmente en aquellos segmentos de la población que, en promedio, responden una mayor cantidad de preguntas de manera incorrecta: adultos mayores, aquellas personas que no tienen un título universitario y las que pertenecen a estratos socioeconómicos de bajos ingresos. Esta alfabetización es relevante no solo para que los consumidores tomen mejores decisiones en el momento de contratar un plan de salud sino también cuando tengan que utilizarlo de la manera más eficiente e informada posible.

e. Conclusiones

En conclusión, la encuesta realizada y los datos recabados vienen a corroborar la tesis de que la mayoría de los chilenos no entiende conceptos básicos presentes en los planes de salud ni tampoco sabe cómo utilizarlos correctamente. Asimismo, es posible observar que existen ciertas variables que se relacionan

con el nivel de entendimiento de los consumidores, como lo son estrato socioeconómico, estado de salud, edad y nivel educativo.

Por su parte, respecto al proceso de toma de decisión, observamos que la elección está fuertemente condicionada por los agentes de venta de la Isapres, al ser estos su principal fuente de información al momento de elegir su plan de salud. Este hecho genera serias dificultades para que el mercado opere correctamente, pues un gran porcentaje de los encuestados ni siquiera comparó entre más de una alternativa y contrató el plan de salud que le presentó el agente de la Isapre. Por ello, es difícil pensar que actualmente las empresas estén compitiendo por entregar mejores condiciones o menores precios si, en la práctica, los consumidores no comparan entre distintos planes o si comparan, no entienden conceptos y elementos básicos presentes en estos contratos.

Esta evidencia es crucial para entender el mercado privado de seguros de salud desde el punto de vista de los consumidores y para diseñar reglas que tengan por objetivo aumentar la competencia en precio y calidad de los planes de salud. Las alternativas propuestas en este artículo constituyen el primer paso para reformar el sistema de seguros privados en nuestro país, y así darle mayor transparencia y legitimidad.

Bibliografía

Anderson, D. M., Rasmussen, P. W., y Drake, C. 2021. Estimated Plan Enrolment Outcomes After Changes to US Health Insurance Marketplace Automatic Renewal Rules. *JAMA health forum*, 2(7), e211642. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2021.1642>

Barrientos A. y Lloyd-Sherlock P. 2002. Health insurance reforms in Latin America: cream skimming, equity and cost-containment in Haagh L, Helgø C, editors. *Social policy reform and market governance in Latin America*, London: Springer.

Bernales-Baksai P. 2020. Tackling segmentation to advance universal health coverage: analysis of policy architectures of health care in Chile and Uruguay. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01176-6>

Bhargava, S. y Loewenstein, G. 2015. “Behavioral Economics and Public Policy 102: Beyond Nudging.” *American Economic Review*, 105 (5): 396-401. DOI: 10.1257/aer.p20151049.

Cain, D. M., Loewenstein, G., y Moore, D. A. 2003. The Dirt on Coming Clean: Perverse Effects of Disclosing Conflicts of Interest (SSRN Scholarly Paper No. 480121). <https://doi.org/10.2139/ssrn.480121>.

Clínicas de Chile A.G. 2020. *Dimensionamiento del sector de salud privado en Chile: Actualización a cifras año 2018: resumen ejecutivo.*

Dash, S., Lucia, K. W., Keith, K. y Monahan, C. 2013. Implementing the Affordable Care Act: Key Design Decisions for State-Based Exchanges, The Commonwealth Fund.

Comisión Asesora Presidencial 2014. Estudio y propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud, elaborado por la Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema privado salud, de fecha 8 de octubre de 2014, pp. 48 y ss. Disponible online.

FONASA 2021a. Tablero beneficiarios. Disponible online.

FONASA 2021b. Cuenta pública participativa. Disponible online.

Fiscalía Nacional Económica 2022. Informe de prohibición sobre adquisición de control en Colmena Salud S.A. por parte de Nexus Chile SpA Rol FNE F271-2021. Disponible online.

González, C., Castillo-Laborde, C., y Matute, I. [ed.]. 2019. Serie de salud poblacional: Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. Santiago, Chile: CEPS, Facultad de Medicina. CAS-UDD.

Handel, B., Kolstad, J., Minten, T., y Spinnewijn, J. 2020. The Social Determinants of Choice Quality: Evidence from Health Insurance in the Netherlands (Working Paper No. 27785). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w27785>.

Handel, B. y Kolstad, J. 2015. Getting the Most from Marketplaces: Smart Policies on Health Insurance Choice. Brookings Hamilton Project Discussion Paper 2015-08. 4, 31, 37.

Heidhues, P., Kószegi, B., y Murooka, T. 2016. Exploitative Innovation. *American Economic Journal: Microeconomics*, 8(1), 1-23.

Hidalgo, H., Chipulu, M., y Ojiako, U. (2013). Risk segmentation in Chilean social health insurance. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(7), 666-681. <https://doi.org/10.1108/IJHC-QA-05-2012-0045>

Jordán, T. 2018. Isapres: el derecho a la protección de la salud privada como parte del sistema de seguridad social constitucional, El Mercurio. Disponible online.

Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J., y van Ginneken, E. 2016. Netherlands: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 18(2), 1-240.

Lloyd-Sherlock, P. y Barrientos, A. 2002. Health insurance reforms in Latin America: cream skimming, equality and cost containment. En L. Haag, y C. Helgø (eds.), *Social Policy Reform and Market Governance in Latin America* (pp. 183-199). Palgrave.

Loewenstein, G., Friedman, J. Y., McGill, B., Ahmad, S., Linck, S., Sinkula, S., Beshears, J., Choi, J. J., Kolstad, J., Laibson, D., Madrian, B. C., List, J. A., y Volpp, K. G. 2013. Consumers' misunderstanding of health insurance. *Journal of Health Economics*, 32(5), 850-862. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2013.04.004>

Ministerio de Desarrollo Social y Familia 2020. Subsecretaría de Evaluación Social, en base a información de la Encuesta Casen y Encuesta Casen en Pandemia 2020.

OECD 2019. Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en.

- OECD y World Bank** 2020. *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>.
- Palmucci, G. A., y Dague, L.** 2015. The Welfare Effects of Banning Risk-Rated Pricing in Health Insurance Markets: Evidence from Chile (SSRN Scholarly Paper No. 2569072). <https://doi.org/10.2139/ssrn.2569072>
- Rosenbaum S.** 2011. The Patient Protection and Affordable Care Act: Implications for Public Health Policy and Practice, *Public Health Rep* 126, 130-135.
- Scitovsky, T.** 1950. Ignorance as a Source of Oligopoly Power. *The American Economic Review*, 40(2), 48-53.
- Sapelli, C., y Torche, A.** 2001. The Mandatory Health Insurance System in Chile: Explaining the Choice between Public and Private Insurance. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 1(2), 97-110. <http://www.jstor.org/stable/3528867>
- Superintendencia de Salud** 2020. Cuenta pública. 10. Disponible online.
- Valenzuela, P., y Pezoa, M.** 2015. Estudio de opinión a usuarios del sistema de salud, reforma y posicionamiento de la superintendencia de salud.
- Velasco, C. y Paolucci, F.** 2017. Reformando el sistema de seguros de salud chileno: Elección, competencia regulada y subsidios por riesgo, *Debates de Política Pública* (Centro de Estudios Públicos).
- Velasco, C., Benítez, A., y Hernando, A.** 2018. Encuesta de Presupuestos Familiares y Gasto en Salud: Una Primera Mirada, *Puntos de Referencia* (Centro de Estudios Públicos).
- Vivanco Martínez, A.** 2010. Justicia constitucional, libre elección en materia de salud y normativa sobre Isapres: un comentario a la reciente jurisprudencia del tribunal constitucional. *Revista Chilena de Derecho*, 37(1), 141-162. Disponible online.
- World Health Organization. Savigny, Donald de, Adam, Taghreed** 2009. Alliance for Health Policy and Systems Research & World Health Organization. En De Savigny, D. y Taghreed, A. (eds.), *Systems thinking for health systems strengthening*. World Health Organization.

Anexo I: Cuestionario encuesta

[PRIMERA PREGUNTA FILTRO]

F1. ¿Se encuentra usted afiliado a una ISAPRE en cualquiera de sus formas? (ya sea como cotizante dependiente, independiente, voluntario o carga)

Sí

No

SI RESPONDE F1= SI, CONTINUA, LOS OTROS TERMINAN

[CONSENTIMIENTO INFORMADO]

DESCRIPCIÓN: Estamos llevando a cabo un estudio para evaluar su conocimiento sobre conceptos y parámetros utilizados en los seguros de salud por las ISAPRES. Adicionalmente, queremos entender el proceso de decisión por el que usted pasó cuando adquirió su plan de salud. La participación consiste en una encuesta en línea.

TIEMPO DE PARTICIPACIÓN: En total, su participación le llevará aproximadamente 7 minutos.

RIESGOS Y BENEFICIOS: No se prevén riesgos ni molestias asociados a este estudio más allá de los que conlleva el uso normal y cotidiano del computador. No podemos garantizar ni prometer que usted recibirá ningún beneficio personal de este estudio.

REMUNERACIÓN: Los participantes recibirán puntos después de completar esta encuesta de acuerdo con lo ya consentido con la empresa Black & White.

CONFIDENCIALIDAD: Todas sus respuestas serán confidenciales. Recogeremos su dirección de correo electrónico para procesar su compensación, luego su dirección de correo electrónico será eliminada de sus respuestas. No se recogerá ninguna otra forma de identificación. Después de que se elimine su correo electrónico, sus respuestas podrán utilizarse para futuros estudios de investigación o distribuirse a otro investigador para futuros estudios de investigación sin que sea necesario su consentimiento informado nuevamente.

DERECHOS DEL PARTICIPANTE: Si ha leído este formulario y ha decidido participar en este proyecto, entienda que su participación es totalmente voluntaria. Tiene derecho a retirar su consentimiento o a interrumpir su participación en cualquier momento, sin penalización ni pérdida de los beneficios a los que tiene derecho. La alternativa es no participar. Los resultados de este estudio de investigación pueden presentarse en reuniones científicas o profesionales o publicarse en cualquier medio. Esta declaración permite compartir y utilizar en futuras investigaciones los datos no identificables recogidos para este proyecto de investigación.

INFORMACIÓN DE CONTACTO: Si tiene alguna pregunta, preocupación o queja sobre esta investigación, sus procedimientos, riesgos y beneficios, por favor, póngase en contacto con María de la Luz Daniel (luzdc@stanford.edu). Si no está satisfecho con la forma en que se está llevando a cabo este estudio, o si tiene alguna preocupación, queja o pregunta general sobre la investigación o sus derechos como participante, por favor, póngase en contacto con la Junta de Revisión Institucional (IRB) de la Universidad de Stanford para hablar con alguien independiente del equipo de investigación por teléfono en el 650-723-2480 o por correo electrónico en irbnonmed@stanford.edu, o en el número gratuito 1-866-680-2906. También puede escribir al IRB de Stanford, Stanford University, 1705 El Camino Real, Palo Alto, CA 94306.

DEBE TENER 18 AÑOS O MÁS PARA PARTICIPAR. Usted reconoce que tiene 18 años o más al dar su consentimiento para participar.

C. Consentimiento

Sí doy mi consentimiento informado para participar en este estudio.

No doy mi consentimiento informado para participar en este estudio.

SI RESPONDE C= Sí doy mi consentimiento informado para participar en este estudio, CONTINUA, LOS OTROS TERMINAN.

P 1. En general ¿Cómo calificaría su estado de salud?

Excelente (1)

Muy bueno (2)

Bueno (3)

Regular (4)

Malo (5)

Muy malo (6)

Pésimo (7)

P 2. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la frecuencia con la que acude al médico o a un centro de salud?

Menos de una vez al año (1)

Algunas veces en el año (2)

Una vez al mes (3)

- Una vez a la semana (5)
- Más de una vez a la semana (6)

P 3. Por favor, indique su ocupación.

- Desempleado o cesante (1)
- Retirado (2)
- Estudiante (3)
- Empleado dependiente (4)
- Empleado independiente (5)

P 4. Por favor, indique su nivel de estudios más alto.

- Menos que enseñanza media (1)
- Enseñanza media completa (2)
- Técnico nivel superior completo (3)
- Enseñanza universitaria completa (4)
- Postgrado completo (5)

[VISUALIZACIÓN PANTALLA]

Las siguientes preguntas evalúan su comprensión de términos y conceptos de los seguros de salud con su ISAPRE.

[FIN VISUALIZACIÓN PANTALLA]

P 5. ¿Entiende lo que es un copago?

- Sí
- No
- No estoy seguro(a)

P 6. ¿Cuál de las siguientes definiciones **describe mejor** lo que es un **copago**?

- Un porcentaje de dinero que su ISAPRE paga por un servicio específico (1)
- Una cantidad específica de dinero que su ISAPRE paga por un servicio específico (2)
- Un porcentaje o monto fijo del costo de un procedimiento que usted debe pagar (la ISAPRE paga el resto) (3)

- Un porcentaje o monto fijo del costo de un procedimiento que usted debe pagar (su empleador paga el resto) (4)
- No estoy seguro (a) (5)

P 7. ¿Entiende lo que es el tope general anual por beneficiario?

- Sí
- No
- No estoy seguro(a)

P 8. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor lo que es el tope general anual por beneficiario?

- Una vez alcanzado el tope anual, todos los gastos médicos están cubiertos al 100% (1)
- Una vez alcanzado el tope anual, el beneficiario deberá seguir pagando los copagos, pero todos los demás gastos médicos están cubiertos al 100% (2)
- Una vez alcanzado el tope anual, el beneficiario deberá pagar el 100% de los gastos médicos (3)**
- No estoy seguro (4)

P 9. ¿Entiende lo que es un plan de salud con prestadores preferentes?

- Sí
- No
- No estoy seguro (a)

P 10. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor lo que es un plan de salud con prestadores preferentes?

- No se encuentra orientado a ningún prestador médico específico, pudiendo el beneficiario preferir libremente por el prestador de su elección (1)
- Orientan al beneficiario de manera predominante hacia prestadores médicos específicos, con los cuales la ISAPRE ha celebrado algún convenio, pudiendo el beneficiario, en todo caso, optar por otro prestador de su elección (2)**
- Orientan al beneficiario en forma exclusiva hacia prestadores médicos específicos, con los cuales la ISAPRE ha celebrado algún convenio, en estos planes no se contempla la libre elección (3)
- No estoy seguro (4)

P 11. Considere que el precio de la consulta médica general es de \$30.000, de acuerdo con su plan de salud la ISAPRE bonifica el 70% del valor de la prestación y el tope de bonificación del plan es de \$17.000 por consulta ¿Cuánto le cubriría la ISAPRE?

- \$ 14.000 (1)
- \$ 17.000 (2)
- \$ 21.000 (3)
- \$ 12.000 (4)
- No estoy seguro (a) (5)

P 12. Considere que el precio de la consulta médica general es de \$30.000, de acuerdo con su plan de salud con la ISAPRE usted tiene un copago fijo de \$4.000 por cada consulta médica general y el tope de bonificación del plan es de \$25.000 por consulta ¿Cuánto le cubriría la ISAPRE?

- \$ 26.000 (1)
- \$ 23.000 (2)
- \$ 25.000 (3)
- \$ 22.000 (4)
- No estoy seguro (5)

F2. ¿Es usted el afiliado titular de su plan de salud con la ISAPRE?

- Sí
- No

SI RESPONDE F2= SI, CONTINUA, LOS OTROS TERMINAN

P 13 ¿Cuánto tiempo demoró en elegir su plan de salud actual?

- Firmó inmediatamente (1)
- Menos de un día (2)
- De uno a siete días (3)
- Más de una semana (4)

P 14 De estas afirmaciones, ¿cuál representa mejor cómo eligió su actual plan de salud?

- El personal de la ISAPRE le sugirió este plan específico como el más conveniente (1)
- El personal de la ISAPRE le presentó distintas alternativas y le pidió que decidiera (2)

- Una persona de confianza le recomendó este plan (3)
- Se informó de forma independiente sobre algunas alternativas de planes de salud y después se decidió (4)

P 15 ¿Se ha cambiado de plan de salud durante los últimos cinco años?

- Sí
- No

P 16 Antes de decidirse por el plan de salud que tiene actualmente, ¿Comparó con otras alternativas?

- Sí
- No

SI RESPONDE P16=SI, CONTINUA, LOS OTROS TERMINAN

P 17 ¿Qué herramienta utilizó para comparar alternativas? Respuesta múltiple.

- Usé una aplicación o plataforma online de comparación de precios y planes de salud (1)
- Búsqueda en internet (2)
- Pedí información a la ISAPRE (3)
- Contraté servicios especializados no relacionados con una ISAPRE para elegir el plan de salud (4)

Anexo II: Metodología y diseño encuesta

a. Objetivo general

Medir el nivel de conocimiento de los afiliados al sistema de Isapre sobre elementos y conceptos básicos presentes en los seguros de salud y describir el proceso de toma de decisión de un plan de salud en particular.

b. Estructura y objetivos específicos

Encuesta de panel *online*.

Primero, filtramos aquellas personas incluidas en la población de interés. Para ser elegible, los encuestados debían ser adultos³⁸, beneficiarios de una Isapre³⁹ y dar su consentimiento informado para participar en la encuesta.

A continuación, solicitamos características sociodemográficas que la consultora no tenía respecto del panel, como nivel educativo, estado de salud y situación laboral. Dado que la experiencia con el sistema también constituye una variable relevante, preguntamos la frecuencia de visitas a un médico o establecimiento de salud.

Luego le preguntamos a los encuestados sobre tres elementos esenciales que se presentan en los planes de salud en Chile: copago, tope máximo anual por beneficiario y plan con red preferente. Adicionalmente, les pedimos calcular cuánto cubriría la Isapre con un plan de salud específico en dos casos diferentes.

Finalmente, realizamos preguntas para entender cómo eligieron el plan de salud en particular. En esta última parte el encuestado también debía ser el tomador de decisiones principal o compartido respecto de sus propios planes de salud o los de sus familias. Por lo que filtramos nuevamente la muestra.

La siguiente tabla muestra las características sociodemográficas de la muestra. La consultora Black & White (Consultora) entregó información sobre género, edad y estrato socioeconómico. Nosotros preguntamos las variables restantes. Asimismo, la Consultora nos entregó los pesos muestrales que fueron utilizados en todas las regresiones realizadas.

³⁸ Mayores de 18 años de edad.

³⁹ En lo que respecta al aseguramiento de salud es posible distinguir a los cotizantes, que son las personas que suscriben el contrato de salud con una determinada aseguradora y los beneficiarios, que son aquellas personas incluidas en un contrato de salud y que tienen derecho a los beneficios de este, ya sea como titular, cotizante, o como carga legal o médica.

TABLA 8. Características sociodemográficas de la muestra

Características sociodemográficas de la muestra (n = 957)		
	n	%
Género		
Masculino	472	49,32
Femenino	485	50,68
Edad		
18-34	257	26,85
35-54	383	40,02
55-más	317	33,12
Estrato socioeconómico		
ABC1	643	67,19
C2	156	16,3
C3	79	8,25
D/E	79	8,25
Nivel educativo		
Menos que enseñanza media	1	0,12
Enseñanza media completa	65	7,97
Enseñanza universitaria completa	414	50,74
Técnico superior completo	115	14,09
Postgrado completo	221	27,08
Ocupación		
Desempleado o cesante	61	7,47
Empleado dependiente	512	70,13
Empleado independiente	129	15,79
Estudiante	9	1,1
Retirado	106	12,97
Frecuencia visita médico		
Algunas veces en el año	571	69,72
Menos de una vez al año	173	21,12
Más de una vez a la semana	3	0,37
Una vez a la semana	6	0,73
Una vez al mes	66	8,06
Estado de salud		
Excelente	76	9,25
Muy bueno	274	33,33
Bueno	368	44,77
Regular	84	10,22
Malo	17	2,07
Muy malo	1	0,12
Terrible	2	0,24
Afiliado titular de su plan		
Sí	675	90,36
No	72	9,64

c. Unidad de observación

Personas afiliadas a una ISAPRE en calidad de cotizante, beneficiario, o carga legal.

d. Distribución de la muestra respecto a las preguntas sobre costos y conceptos

Las figuras 2 y 3 muestran la distribución de la muestra respecto a la cantidad de preguntas de costos y conceptos contestadas correctamente.

FIGURA 2. Número de preguntas sobre costos contestadas correctamente

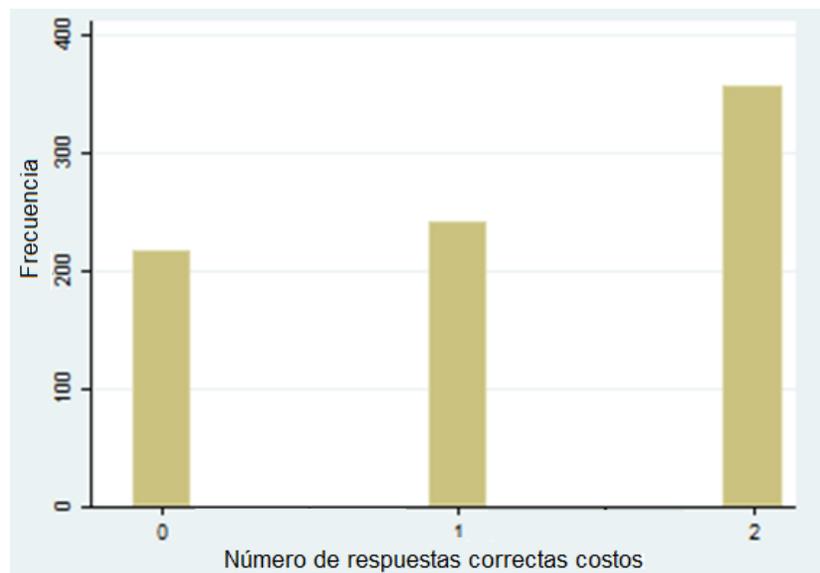
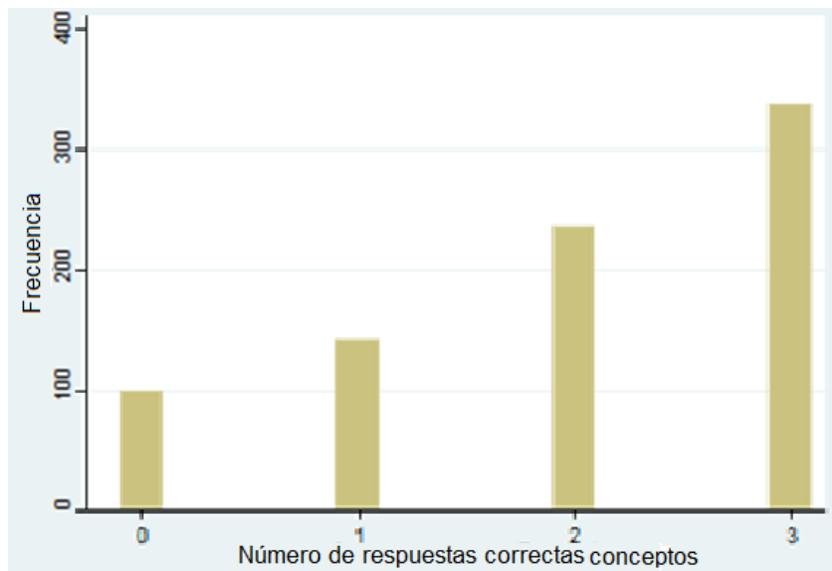


FIGURA 3. Número de preguntas sobre conceptos contestadas correctamente





CENTRO DE ESTUDIOS PÚBLICOS



Cada artículo es responsabilidad de su autor y no refleja necesariamente la opinión del CEP.

Director: Leonidas Montes L.
Coordinador académico: Sebastián Izquierdo
Diagramación: Pedro Sepúlveda V.



VER EDICIONES ANTERIORES

