

**Alzas de Precios Base  
de Planes de Salud Isapre  
Colmena Golden Cross**

**2008**

Visión  
que Marca  
Tendencia

## INDICE

<b>1</b>	<b>Introducción</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Evolución Costos de Salud</b>	<b>5</b>
2.1	Factores Comunes detrás de la tendencia alcista de costos	5
2.2	Envejecimiento de la Población	5
2.3	Aumento del Ingreso	6
2.4	Elevados niveles de Cobertura	6
2.5	Otras Variables	7
<b>3</b>	<b>Evidencia Internacional del aumento de costos en salud</b>	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>Evidencia Nacional del aumento de costos en salud</b>	<b>11</b>
4.1	Sistema Público de Salud	11
4.2	Evolución de los Costos en el Sistema Isapre	14
4.2.1	Costos de Operación	14
4.2.2	Gastos de Administración y Ventas	19
<b>5</b>	<b>Evolución de los Costos en Isapre Colmena Golden Cross</b>	<b>21</b>
5.1	Costos de Operación	21
5.2	Gastos de Administración y Ventas	25
<b>6</b>	<b>Ley de Isapres y Adecuación de planes de salud</b>	<b>27</b>
<b>7</b>	<b>Adecuaciones de Planes en Colmena Golden Cross</b>	<b>30</b>
7.1	El Proceso de Adecuación	30
7.2	Adecuación de Planes de Salud 2006, 2007 y 2008	31
7.3	Adecuación de Planes Isapre Colmena Golden Cross 2008	32

# 1 Introducción

El 1 de abril del 2008 la Superintendencia de Salud comunicó a la opinión pública el proceso de adecuación de precios base de planes de salud Isapre.

Este proceso de adecuación e incluso la comunicación del mismo, se realizó en regla con respecto a la nueva regulación del sistema Isapre, ley 18.933, y representa uno de los principales cambios que introdujo la nueva legislación al sistema privado asegurador.

Hasta el año 2005 las Isapres revisaban periódicamente el comportamiento de cada uno de sus planes de salud, pudiendo cambiar sus coberturas o precios, a aquellos que presentaban siniestralidades superiores a lo esperado. Esto permitía que aquellos planes, con adecuado comportamiento de siniestralidad, no se vieran afectados por adecuaciones.

Las correcciones de los planes podían iniciarse cuando se detectaban los desequilibrios económicos particulares, pues no existían regulaciones respecto al momento que podían efectuarse las revisiones de cada plan.

Lo anterior cambió a contar del 1º de julio del 2005 al entrar en vigencia la última modificación a la Ley de Isapres, N°18.933, en la cual se introdujeron importantes cambios al procedimiento de adecuación de los planes de salud.

El principal objetivo del cambio legislativo fue incorporar al sistema mayor transparencia y solidaridad entre todos los afiliados de cada una de las Instituciones de Salud Previsional, generando mecanismos, supervisados por la Superintendencia de Salud, para adecuar los precios de los planes.

Los cambios más importantes son los siguientes:

- a) Las Isapres pueden revisar, sólo una vez al año, el comportamiento de sus planes, informando a la Superintendencia de Salud, antes del 31 de marzo de cada año, el monto promedio en que se ajustará el precio de todos los planes, comenzando con los contratos cuya anualidad se cumple en julio del mismo año.
- b) Esta adecuación sólo afecta el precio base de los planes, no los beneficios del plan.
- c) Si la Isapre define efectuar un reajuste de precios, éste se debe aplicar a todos los planes individuales vigentes en ese momento, en un rango entre 0,7 y 1,3 veces el promedio informado a la Superintendencia de Salud. La Isapre puede optar por no aplicar el reajuste a algunos planes, cuando el alza que le corresponda a ese plan sea menor a un 2%.
- d) En ningún caso las Isapres podrán ofrecer rebajas o disminuciones respecto del precio base del plan informado a la Superintendencia de Salud, a los afiliados vigentes o a los nuevos contratantes de ese plan.

- e) Se prohíbe ofrecer o pactar planes alternativos con menos de un año de comercialización o que, cumpliendo con la vigencia indicada, no tengan personas adscritas.

Como resultado directo de la ley, las Isapre hoy no sólo revisan el comportamiento de cada uno de los planes, sino que además deben analizar la evolución global de toda su cartera, distribuyendo el mayor gasto entre todos los cotizantes; solidarizando con aquellos beneficiarios que enfrentan importantes gastos médicos.

No obstante lo anterior, y como respuesta a la constante crítica que se les realiza a las Isapres respecto a falta de transparencia, el no entregar antecedentes racionales que justifique las alzas y la creencia que dichas instituciones continúan discriminando a sus clientes, es que Colmena Golden Cross solicitó a la consultora Altura Management<sup>1</sup> la realización de un informe que exponga los principales antecedentes para responder dichas interrogantes.

El objetivo general del informe es exponer antecedentes técnicos, datos e información para comprender el proceso de adecuación de planes y por qué de las alzas declaradas a los cotizantes.

Como objetivos específicos hemos declarado:

- Demostrar la realidad alcista de los costos de salud, tanto a escala mundial como nacional.
- Demostrar que esta realidad también ha afectado a Isapre Colmena Golden Cross.
- Exponer el costo que tiene para las Isapres cometer un error proyectivo del gasto al momento de adecuar sus planes.
- Exponer antecedentes de la ley 18.933
- Transparentar los procesos de adecuación de Isapre Colmena Golden Cross y explicar la racionalidad del alza 2008.

De esta forma el contenido del informe es el siguiente:

La primera sección expone los principales factores que contribuyen al aumento sostenido de los costos de la salud en el mundo. En segundo lugar, se muestra la evolución del gasto de los sistemas de salud en países desarrollados.

Bajo este contexto, se revisa el comportamiento de los mismos factores antes mencionados en la Isapres abiertas y de Colmena Golden Cross, tras lo cual será posible dar respuesta a la crítica respecto del aumento "indiscriminado" en los precios de los planes de salud que se comercializan en nuestro país.

En la tercera se realiza un análisis técnico de la adecuación de planes de Colmena Golden Cross para los años 2006 - 2007 - 2008 según costos técnicos esperados para cada período y se explica la racionalidad del alza declarada por la Isapre para este año en cuestión.

Finalmente, se describen, analizan y discuten aspectos legislativos relativos a los precios de planes de salud, aprobados recientemente y que ordenan y conforman en marco de acción de las Isapres frente a las alzas que pueden hacer a sus productos.

---

<sup>1</sup> En anexo 1: se encuentra información referente a la empresa consultora y su trayectoria en el área salud.

## **2 Evolución Costos de Salud**

### **2.1 Factores Comunes detrás de la tendencia alcista de costos**

Es bien conocido que, tanto a escala mundial como en nuestro país, la tendencia de los costos en salud va en aumento, por sobre el promedio del alza de los precios del resto de los bienes y servicios. El aumento de los costos puede atribuirse a una compleja mezcla de factores que influyen tanto en la oferta como en la demanda por salud.

En este último ámbito, normalmente se encuentran variables como el envejecimiento de la población, el aumento del ingreso y los elevados niveles de cobertura médica, que según los expertos explican por sí mismos casi la mitad del total de aumento en los costos de salud (OCED, 1994).

Por otro lado, existe un amplio residuo que no puede ser explicado por el comportamiento de los “consumidores” (demanda), sino por el comportamiento de los prestadores de salud (oferta), como por ejemplo el desarrollo tecnológico, el aumento de personal médico altamente capacitado y clínicas y hospitales más modernos.

Algunas de estas variables, como por ejemplo: sexo, edad y nivel de cobertura de los planes, se encuentran incorporadas en los contratos de salud que las Isapres mantienen con sus beneficiarios.

De lo anterior se desprende que, cuantificar el impacto que tienen cada uno de estos factores en el gasto de salud por persona, es una tarea de alta complejidad, que debe ser revisada en forma constante por las aseguradoras en pos de intentar una correcta proyección de sus costos esperados, según su cartera.

La presente sección expone las principales variables, reconocidas en diversos estudios internacionales, que hacen crecer de manera permanente el costo por beneficiario en los seguros de salud. Lo anterior como una forma de introducir el debate respecto de la tendencia que han sufrido los costos del sistema privado de seguros de salud en Chile.

### **2.2 Envejecimiento de la Población**

En Chile, las personas por sobre los 65 años consumen, en promedio, casi tres veces más prestaciones de salud que las personas menores de 65, mientras que en países desarrollados, este valor alcanza cuatro veces su relación al gasto.

En la década de los ochenta, el envejecimiento de la población explicaba en un 0,2% promedio anual el aumento del gasto en salud en los países de la OCED. Una década después dicha proporción aumentó a un 0,3%, siendo más pronunciada en países como Japón y en menor medida de España e Italia.

La importancia de la estructura de edad de la población se espera aumente en los próximos años, alcanzando valores entorno al 0,7% promedio anual hacia el 2020.

Las implicancias del aumento de la proyección de la población deben ser tratadas cautelosamente, por cuanto el impacto en el gasto dependerá, entre otras cosas, del grado de utilización, cuidado previo de las personas de más edad y de la tecnología.

De esta forma las políticas de salud pueden también influir en el comportamiento del gasto, por ejemplo; poniendo el énfasis en la prevención y de esta forma evitar costos elevados en el futuro.

### **2.3 Aumento del Ingreso**

A medida que el ingreso de los cotizantes aumenta, los consumidores demandan más salud. Esta relación indica que se trata de un bien normal, por lo que está sujeto a las leyes económicas convencionales en esta materia.

Existe un amplio rango de estimaciones de la elasticidad ingreso de la demanda. Aquellas que poseen la mayor aceptación en los Estados Unidos, por ejemplo, provienen del Experimento de los Seguros de Salud realizado por la Corporación RAND a principios de los años ochenta (Keeler, 1992), el cual encontró una elasticidad ingreso de la demanda por salud de 0,2.

Estimaciones más elevadas se obtuvieron utilizando series de tiempo y tablas cruzadas para distintos países, normalmente tomando como variables el gasto en salud y el PIB per cápita. Un estudio para 20 países de la OECD llegó a elasticidades en torno a 1,0 y a 0,7 para un período más corto y un modelo más controlado con variables dummy que anulaban efectos cíclicos.

Lo anterior redundaría en que las personas consumen más salud a medida que aumenta su ingreso, creciendo este consumo incluso más allá del ingreso.

### **2.4 Elevados niveles de Cobertura**

El aumento sostenido del gasto puede deberse a elevadas coberturas por eventos en los sistemas de salud, al existir mayor probabilidad que se presente el “Moral Hazard” o “Riesgo Moral”.

Se trata de un efecto que se puede producir en todos los mercados de seguros, y se caracteriza porque la persona cambia su comportamiento de tal manera que vuelve más probable el evento contra el que se aseguró.

Al existir elevadas tasas de cobertura (que pueden llegar al 100%), el beneficiario cambia su comportamiento demandando mayor cantidad de atenciones de salud (o mejor calidad de ellas). Este cambio se explica porque al estar asegurado, el individuo tendrá que pagar un menor precio por las prestaciones, lo que lleva a aumentar la cantidad demandada de ellas (o su calidad).

Al darse cuenta de que el consumidor cambia su comportamiento, la aseguradora aumenta la prima para tratar de cubrir su mayor gasto esperado. Sin embargo, dicha pérdida no va a ser igual para todas las atenciones de salud, sino que va depender de la

cobertura del seguro para cada atención, del gasto total en atención y de la respuesta de la cantidad demandada ante cambios en el precio.

Para las atenciones cuya demanda sea más insensible al precio, el cambio en el consumo de salud, producto del menor precio enfrentado será más bajo, y por lo tanto el peligro de abuso será menor.

Lo anterior sugiere que las prestaciones más riesgosas (p.ej. hospitalizaciones) deberían enfrentar copagos menores sin que cambie mucho la cantidad demandada (demanda inelástica al precio), mientras que las atenciones ambulatorias deberían enfrentar un copago elevado (demanda elástica).

Al respecto, el experimento RAND mostró una elasticidad precio de la demanda por las prestaciones hospitalarias del  $-0.35$  cuando el copago es del 20%.

## **2.5 Otras Variables**

La tecnología es una variable relevante dentro de los factores de oferta que explican el mayor gasto en salud. Incluye no sólo la introducción de nuevos servicios, medicamentos y equipos, sino también nuevas aplicaciones de servicios ya existentes gracias al avance de la ciencia médica.

En términos generales se estima habitualmente que, en el largo plazo, los avances en tecnología explican la mitad o dos tercios del incremento de costos por encima de la inflación. Cabe señalar que el año 2007 fue un período de gran expansión en inversión de prestadores médicos de probada calidad, lo que puede ser una de las explicaciones del incremento explosivo del gasto durante el año pasado.

Una segunda variable por el lado de la oferta es el stock de infraestructura y personal calificado en salud.

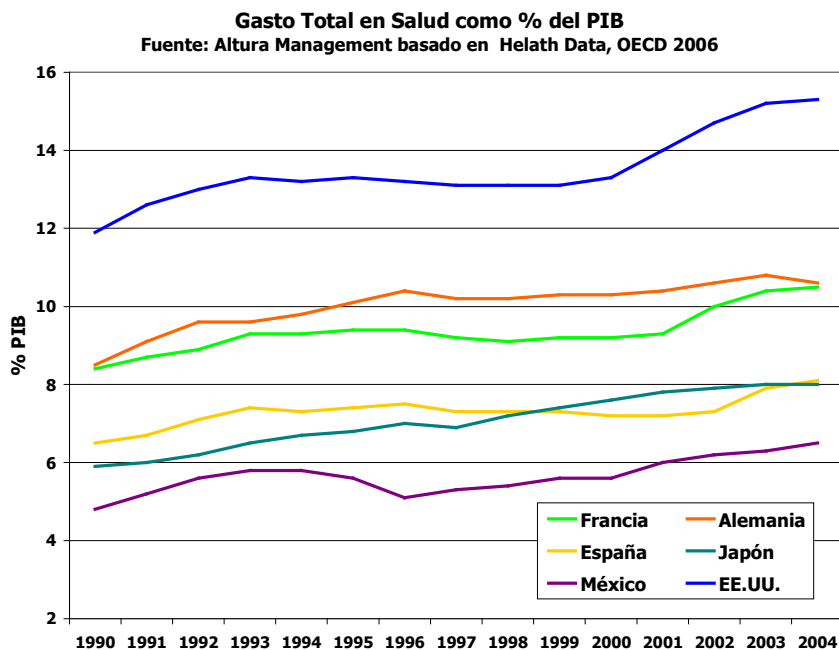
En la medida que exista mayor capacidad instalada y un mayor número de profesionales médicos capacitados, los costos por persona en salud aumentarán si la población no crece en mayor medida. Lo anterior tomando en cuenta la proliferación de escuelas de medicina, lo cual podría traducirse en mayores precios en consultas médicas al deber los profesionales alcanzar volumen para lograr la remuneración esperada.

### 3 Evidencia Internacional del aumento de costos en salud

Los costos de la salud son fuente constante de preocupación en países desarrollados. El gasto total por este concepto ha aumentado, en términos de participación en el PIB, de muchos países desarrollados. Lo cual, se argumenta, pasa por una mayor difusión de la tecnología y un cambio relativo de los precios, entre otros factores.

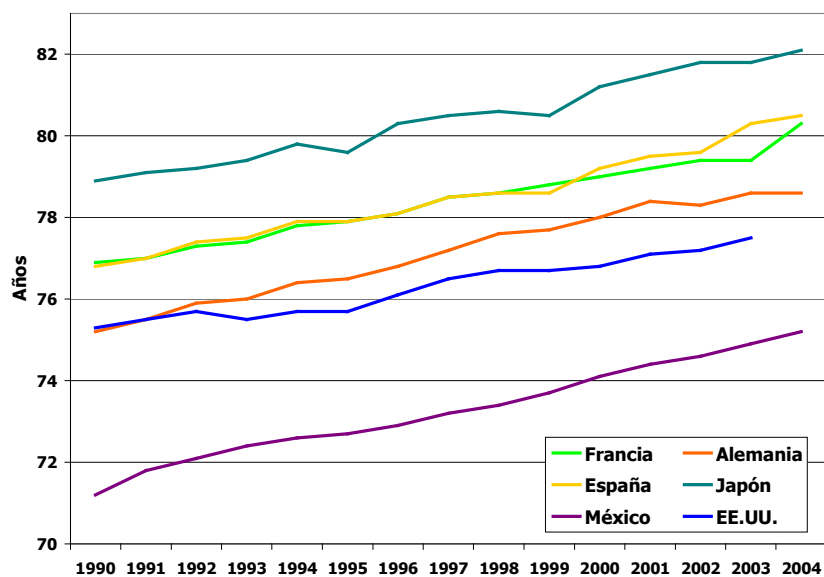
Este nivel de participación ha aumentado en el último tiempo, con casi un 7% del PIB de los países de la OECD, lo anterior destinado sólo al gasto en salud de los sistemas públicos.

A pesar que las autoridades tienen un mayor control en las actividades y precios que cobran los prestadores de los programas públicos y sus proveedores, las proyecciones para este grupo de países sugieren que, en ausencia de cambios en la política, el gasto promedio en salud como porcentaje del producto podría duplicarse hacia el 2050.

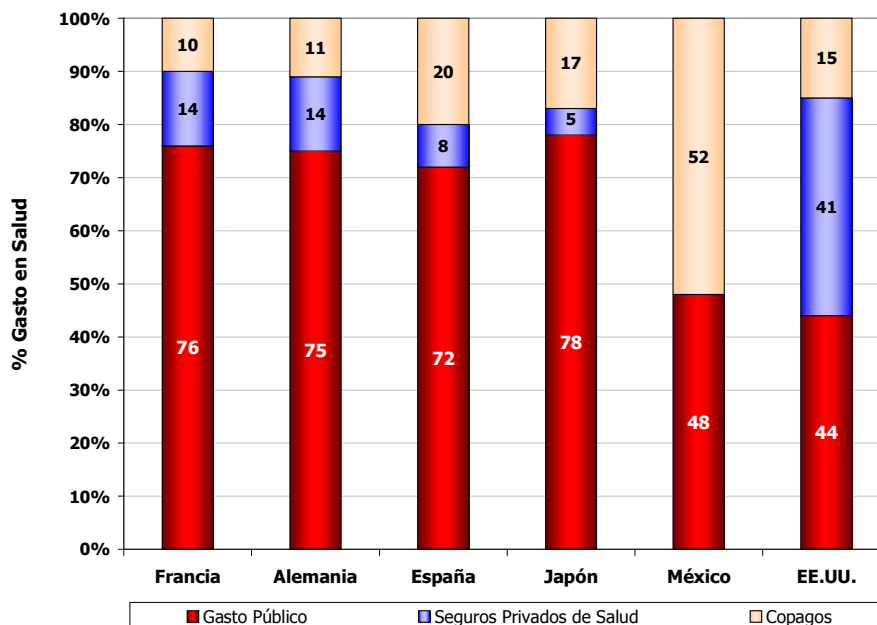


Lo anterior en parte porque, si bien el efecto del envejecimiento de la población en los costos per cápita fue débil en el pasado, aumentará en décadas futuras, producto del efecto combinado de la participación de la tercera edad en el total de la población, la tendencia al alza de los costos individuales a medida que se va envejeciendo y el alza en la expectativa de vida.

**Expectativa de Vida al Nacer**  
Fuente: Altura Management basado en Health Data, OECD 2006



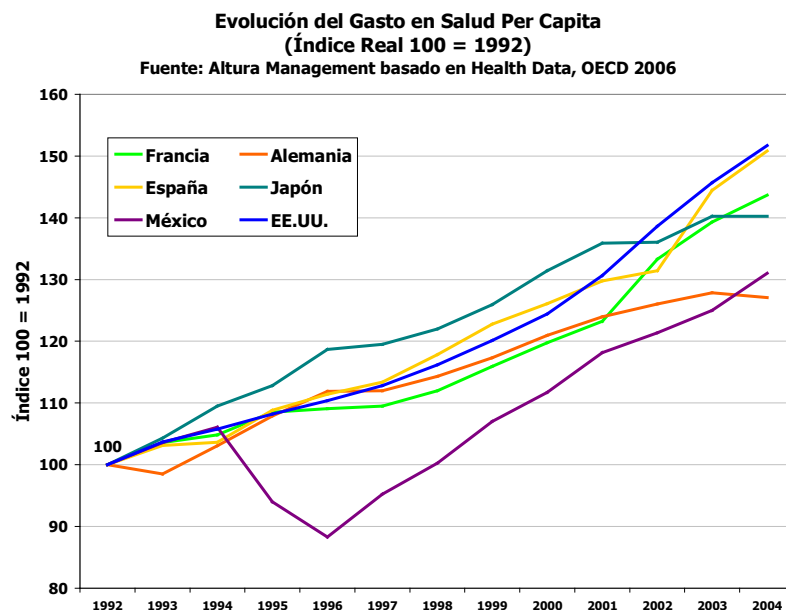
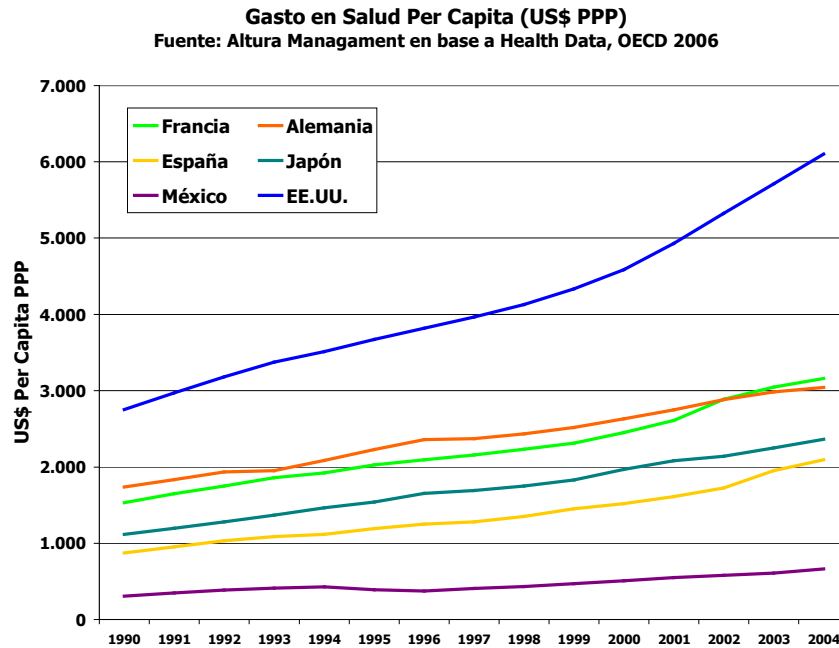
**Gasto Total en Salud según Fuente de Financiamiento, 2000**  
Fuente: Altura Management basado en Health Data, OECD 2006



En otro ámbito, si bien la participación del sector privado en los sistemas de salud de países desarrollados es relativamente baja (6,3% del total del gasto en salud en países de la OECD; con excepción de EE.UU. con un 35%), es ampliamente reconocido que su operación favorece el aumento de costos.

Lo anterior por el moral hazard y además porque el poder de negociación de las aseguradoras privadas en cuanto a los precios y cantidades de las prestaciones tiende a ser menor, lo cual presiona al alza los costos unitarios de salud.

Sobre la base de lo anterior, la evidencia internacional muestra un persistente aumento de los costos per cápita en salud, alcanzando los países de la OECD un promedio de US\$2.620 el 2005. EE.UU. sin duda lleva la delantera, con más de US\$6.000 por persona, contando los sistemas público y privado. En los países en estudio se observa un marcado aumento de esta variable, alcanzando un aumento promedio del 40,8% en 12 años.



De lo señalado anteriormente cabe de manifiesto el persistente crecimiento que han tenido los costos de la salud en países desarrollados. Los argumentos de esta evolución se mantienen, y dicen relación con los factores comunes que influyen en los costos de estepreciado bien, y que hemos vislumbrado en el primer capítulo.

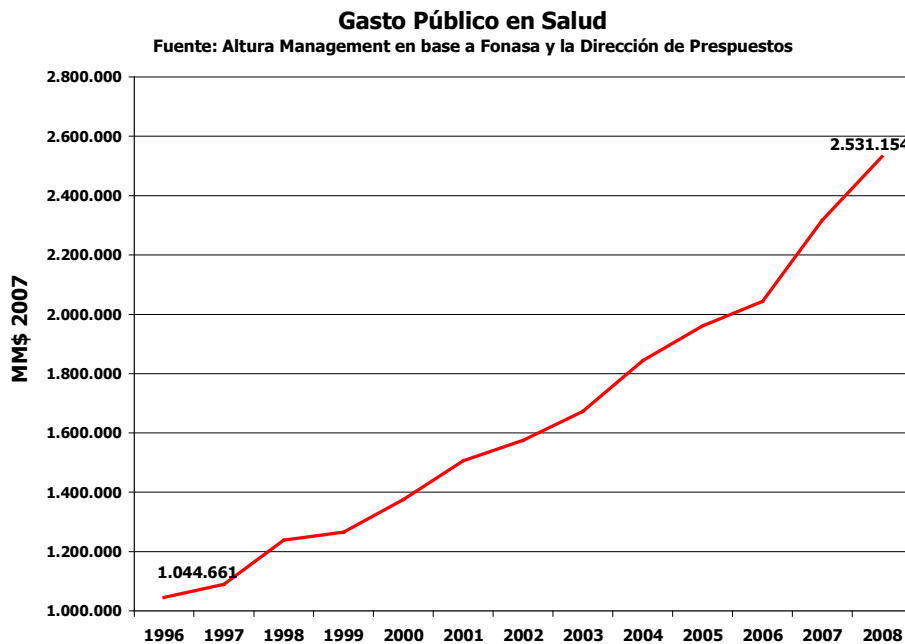
## 4 Evidencia Nacional del aumento de costos en salud

### 4.1 Sistema Público de Salud

La realidad antes demostrada, a escala mundial, no difiere esencialmente al escenario que ha debido enfrentar nuestro país en los últimos años.

Si analizamos la evolución del gasto público en Chile, también encontramos señales claras de la escalada de incremento en el costo de la salud.

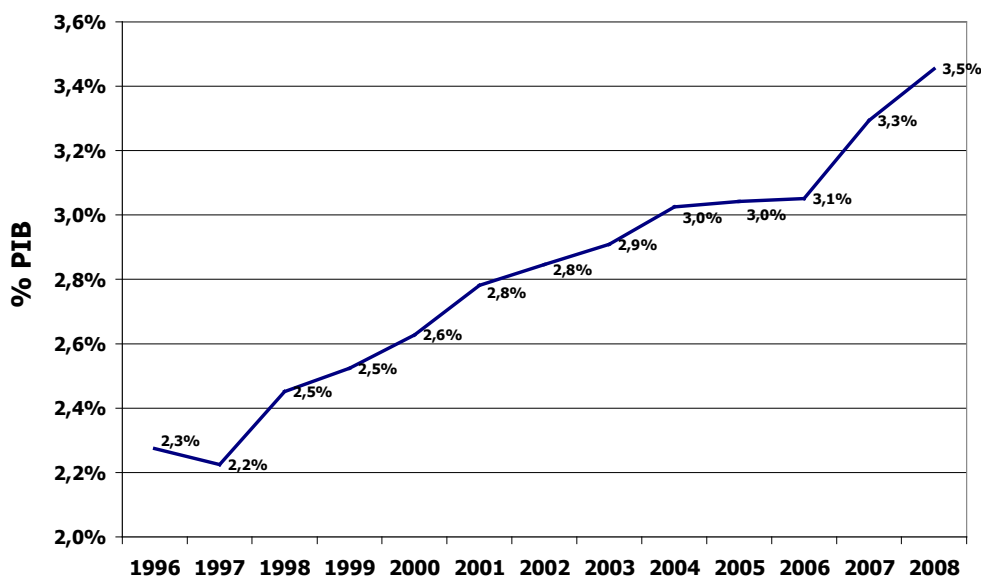
Hoy el país destina casi dos veces y media más de lo que destinaba en 1996; este aumento del gasto se debe principalmente por el incremento en las remuneraciones del personal.



En términos del PIB, el gasto en salud escaló de un 2,3% del mismo en 1996 hasta un estimado de 3,5% para el ejercicio 2008.

## Gasto Público en Salud

Fuente: Altura Management en base a Fonasa y la Dirección de Presupuestos



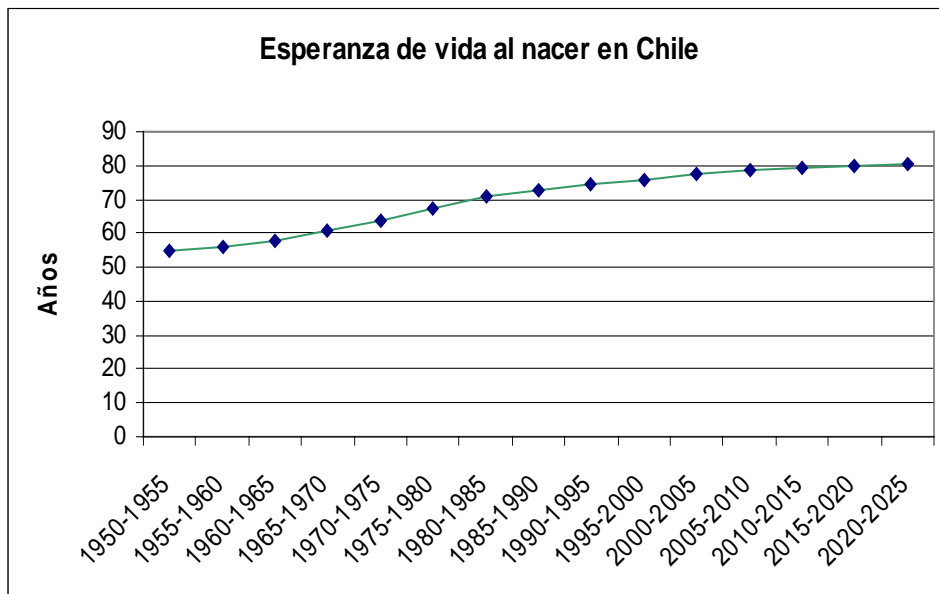
Al analizar con mayor profundidad cómo se financia el alza en el costo de la salud pública en Chile. Sobresale el aporte fiscal creciente de los últimos años y la participación de las cotizaciones. El análisis de ambas variables son dignas de mención pues prueban la tendencia al alza en los costos de salud.

En el año 1995 el aporte fiscal destinado a costear la salud pública representaba el 58,9% del total del gasto. Hoy representa el 50,3%, otro 45,4% está financiado por los cotizantes y un 4,2 por ingresos propios del sistema. **Las personas están destinando mayor cantidad de recursos a su salud y por ende están haciendo uso del sistema, elevando los costos.**

Importante destacar que en el caso de las Isapres, son sus cotizantes quienes deben solventar el encarecimiento de los servicios recibidos mediante aumentos en los precios de los planes de salud. Por contraste, el sector público no incrementa lo cobrado a sus afiliados más allá de los que suben las remuneraciones de éstos, pues finalmente el mayor costo del sistema es pagado por todos los chilenos mediante impuestos generales de la nación.

El envejecimiento de Chile también es un factor muy importante al momento de analizar el alza de costos en salud. La expectativa de vida al nacer, que aumentado en 20 años desde la década del 70, nos presenta un enorme desafío que ya se ve reflejado en los costos de salud del país y por ende en los planes de salud de las Isapres.

Si a la variable de aumento en la expectativa de vida agregamos la baja en la tasa de natalidad, el escenario para el año 2035 no será muy alentador; con un alto porcentaje de población adulta y adulta mayor, con acceso a prestaciones de salud, que el caso del sistema público chileno tiende al copago 0, acelerando el proceso de alza de costos y encareciendo enormemente la salud para el estamento productivo de la sociedad.



## 4.2 Evolución de los Costos en el Sistema Isapre

A continuación se analiza la realidad de la industria nacional de seguros de salud desde 1996, específicamente de las Isapres abiertas que operan en nuestro país.

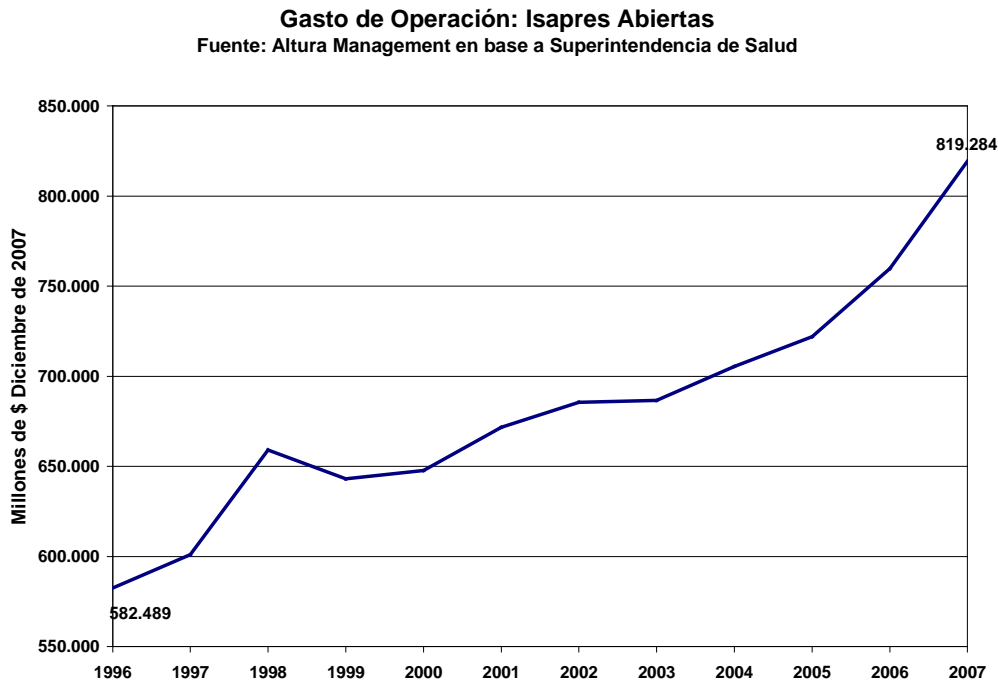
Los costos del sistema privado de salud han aumentado de manera preocupante durante los últimos 12 años. Los argumentos que explican esta tendencia se relacionan con factores presentes en los sistemas de salud a escala internacional (aumento del ingreso, envejecimiento de la población, etc.) y con factores específicos de la economía e industria nacionales que influyen en los resultados y competitividad de las Isapres.

A continuación se muestra la evolución que ha tenido el número de beneficiarios cubiertos por las Isapres abiertas, además de sus características en cuanto a sus niveles de renta y edad.

Posteriormente, se muestra un análisis descriptivo de la trayectoria que han tenido los costos del sistema, tanto en términos absolutos como relativos, lo cual se complementa con información relacionada con la frecuencia de utilización de las prestaciones de salud y licencias médicas.

### 4.2.1 Costos de Operación

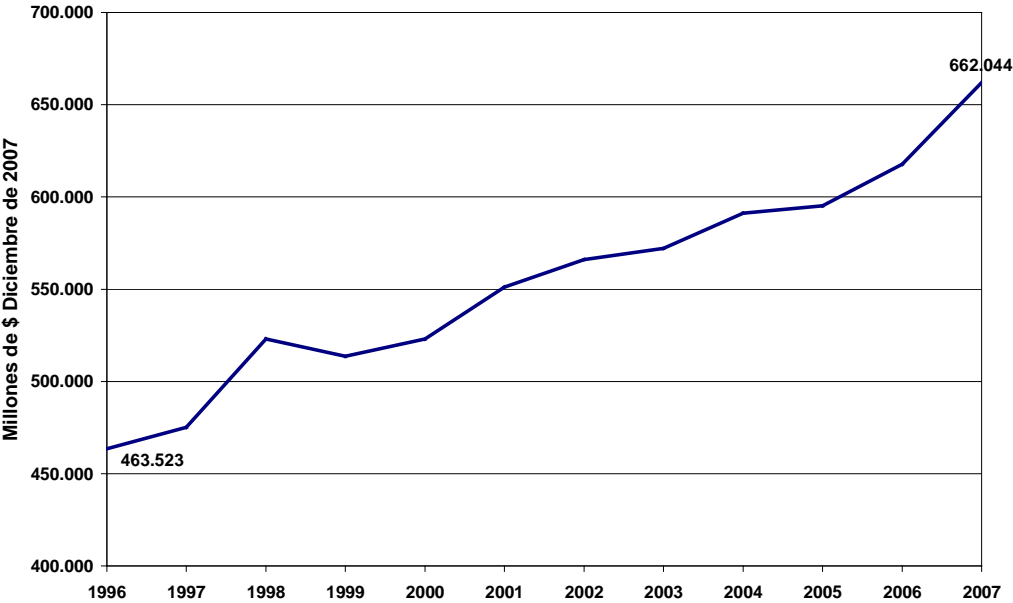
Los costos de operación de las Isapres Abiertas han aumentado significativamente a partir de 1996, alcanzando 819.284 millones de pesos durante el 2007.



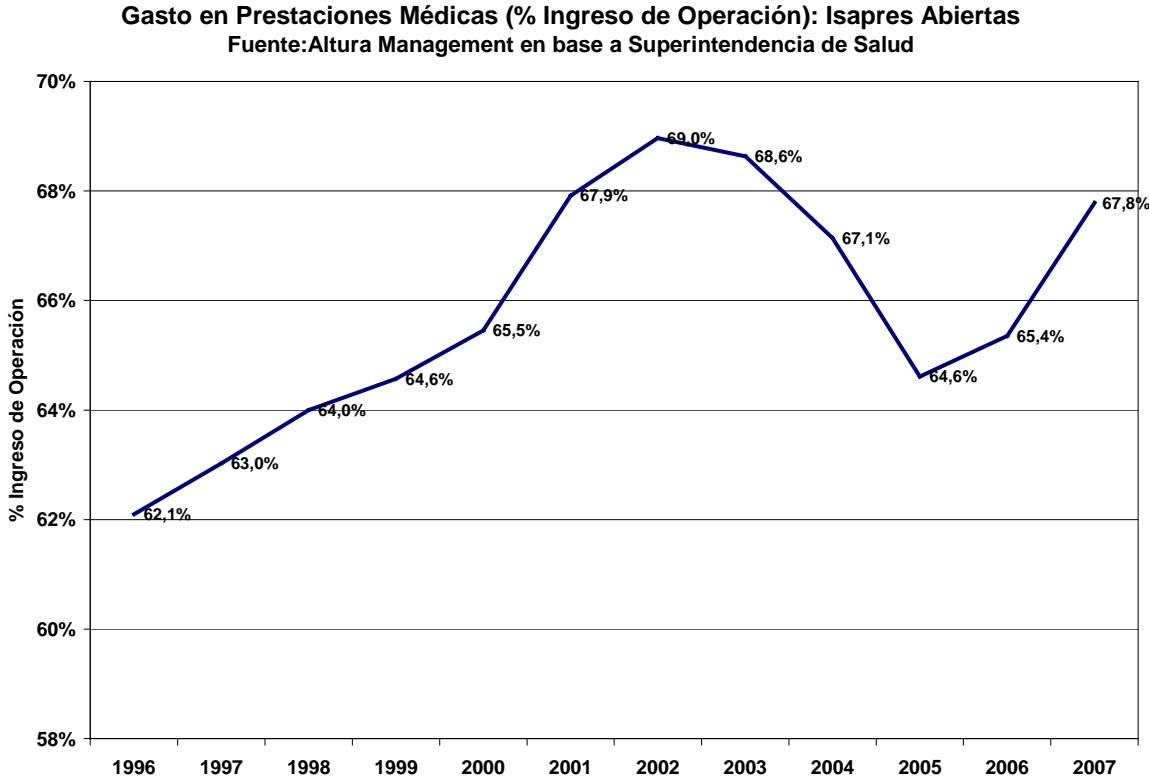
La tasa de crecimiento promedio de los últimos 12 años fue del 3,1% promedio real anual. Para el 2007 el incremento del costo operacional con respecto del año anterior fue de 7,8%.

No obstante lo anterior, el gasto en las prestaciones de salud es el principal componente que influye en los costos totales de las Isapres abiertas, explicando más del 80% del costo operacional, lo cual se tradujo en 662.044 millones pesos durante el 2007.

**Gasto en Prestaciones Médicas: Isapres Abiertas**  
Fuente: Altura Management en base a Superintendencia de Salud



En términos relativos, las prestaciones de salud pasaron de representar el 62,1% de los ingresos operacionales en 1996, a un 67,8% para 2007, valor 1,2 puntos inferior al máximo alcanzado en el 2002, año en que este parámetro alcanzó un 69%.

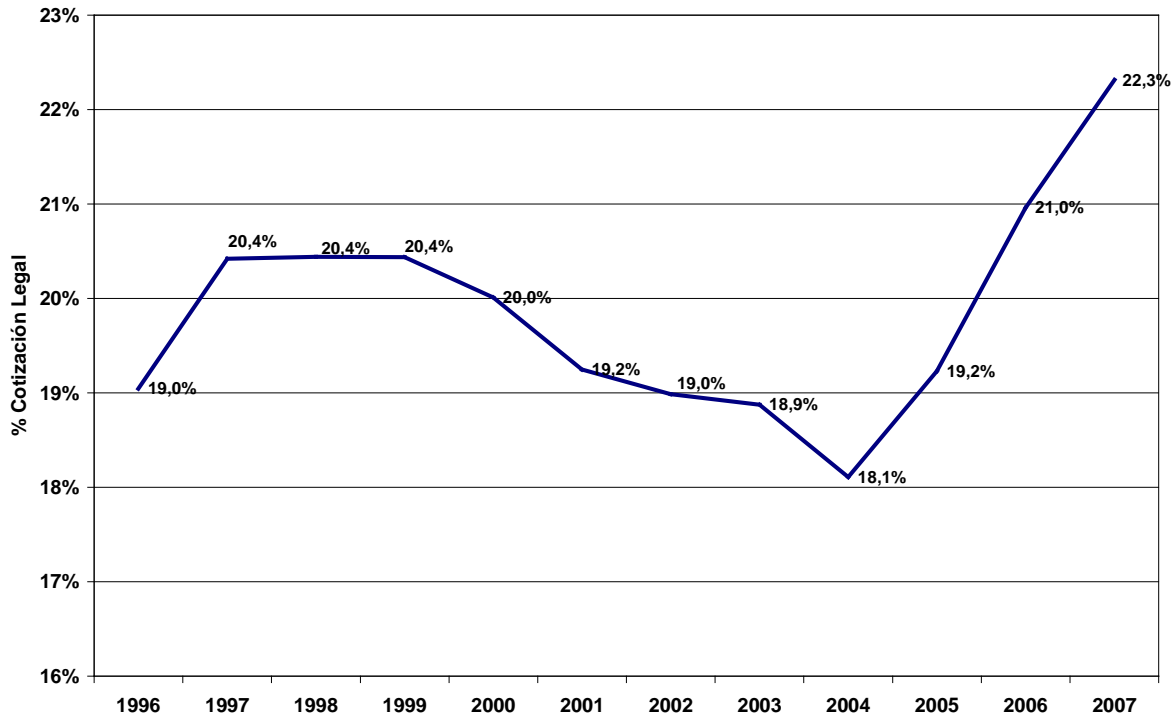


El gasto en subsidio por incapacidad laboral luego de un período de disminución hasta 2004, muestra un fuerte repunte.

Esta variable pasó desde un mínimo de 18,1% de la cotización legal en 2004 a un 22,3% en el 2007. El fuerte repunte de los tres últimos años, se debe en parte a la sobreutilización de este beneficio<sup>2</sup>, ya que no existen explicaciones de carácter epidemiológico para este fenómeno.

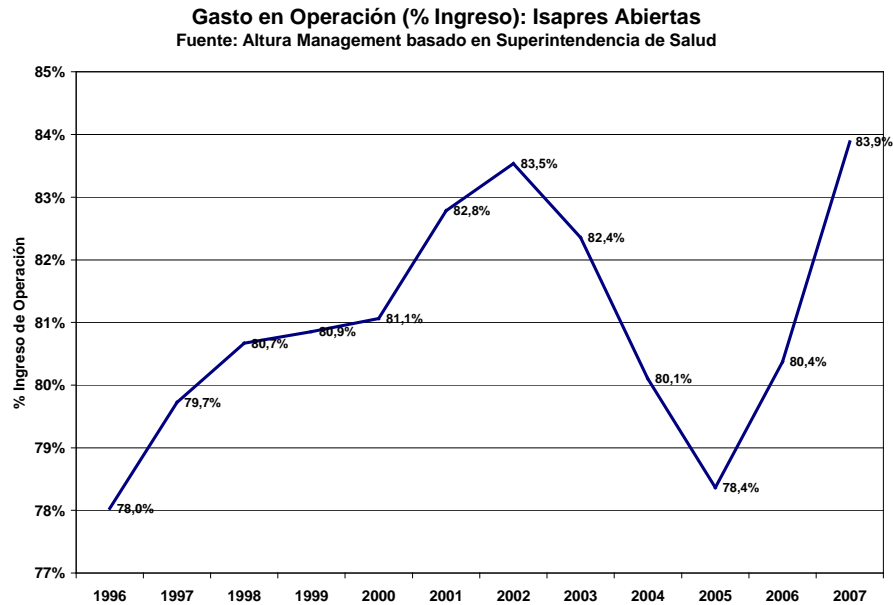
### Gasto en Licencias Médicas (% Cotización Legal): Isapres Abiertas

Fuente: Altura Management en base a Superintendencia de Salud

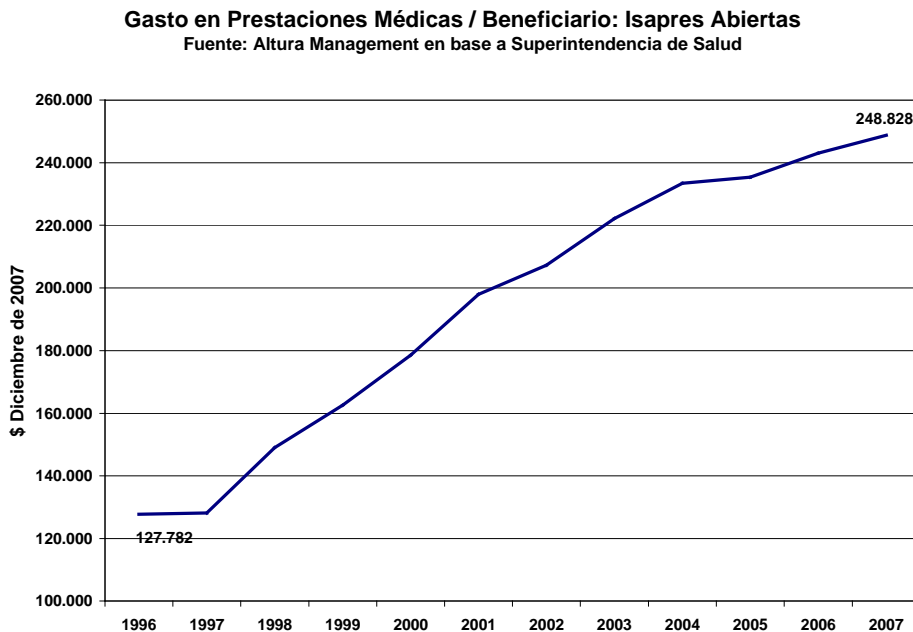


<sup>2</sup> Ver "Licencias Médicas en Chile: Evolución y Propuestas para controlar el fraude"; Altura Management, diciembre 2006. En [www.alturamanagement.cl](http://www.alturamanagement.cl), sección Estudios.

De esta forma, la evolución de ambas variables significó una reducción de manera persistente de los márgenes de explotación como proporción del ingreso operacional durante el período 1996 – 2002, tendencia que se revierte a partir de 2003 y se mantiene por tres años consecutivos. A partir de 2006, se retoma la reducción de márgenes los que alcanzarán el mínimo de la serie con 16,1% en el 2007, 4 décimas menos que en 2002.



El Gasto en prestaciones por beneficiario aumentó en un 95% desde 1996, con un crecimiento promedio real anual del 6,2%, alcanzando en 2007 248.828 pesos por beneficiario al año.



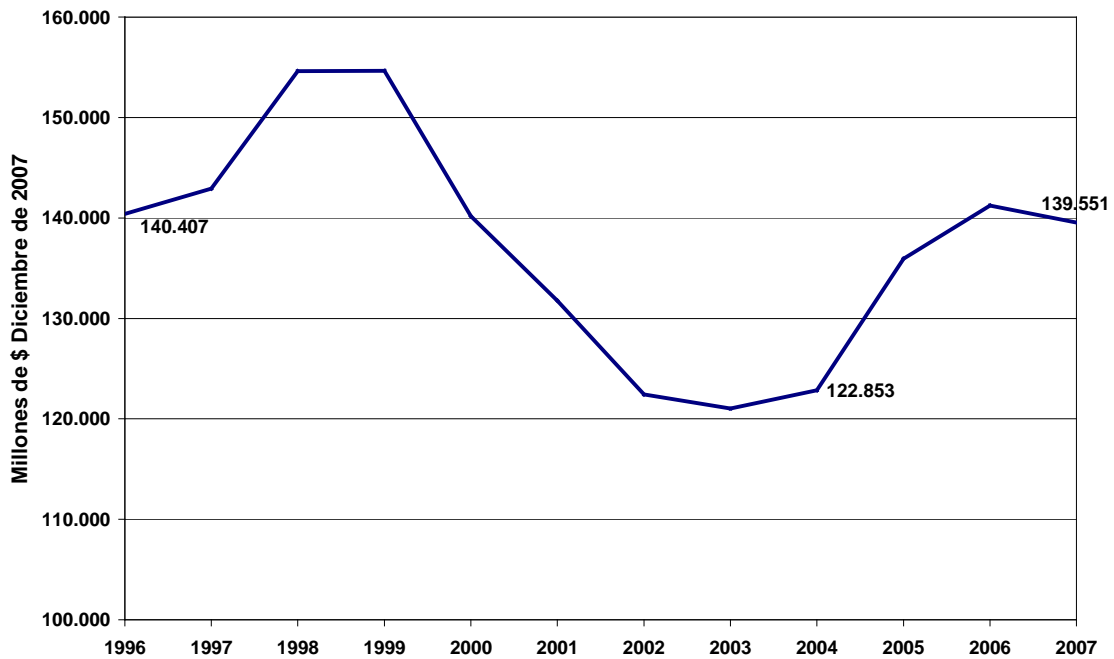
#### 4.2.2 Gastos de Administración y Ventas

Los gastos de administración y ventas aumentaron fuertemente hasta 1998 a una tasa del 11,7% anual. Los siguientes 5 años estuvieron marcados por una reducción en los valores totales por este concepto, para luego retornar a los niveles de finales de la década pasada.

Actualmente el gasto total en administración y ventas es de 139.551 millones de pesos. Nuevas exigencias producto de la incorporación del Auge y otros cambios legislativos cambiaron la tendencia experimentada por los gastos de administración.

De esta manera durante el 2005 estos gastos crecieron en un 10,7%, para luego en el 2006 hacerlo en un 3,9%. Finalmente durante el 2007 se recupera la tendencia anterior con una reducción de un 1,2%.

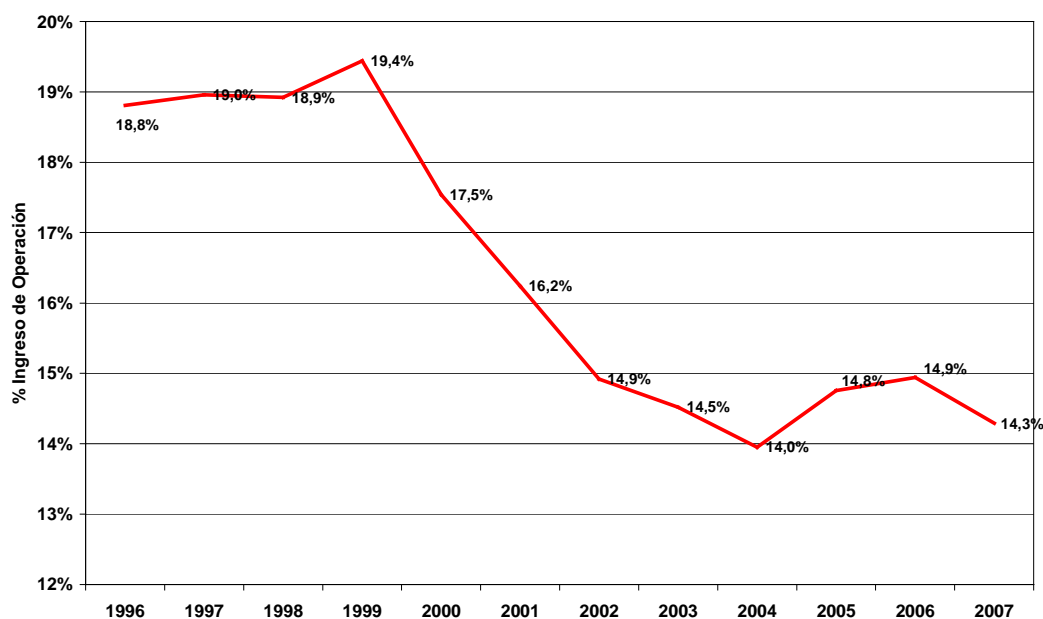
**Gasto en Administración: Isapres Abiertas**  
Fuente: Altura Management en base a Superintendencia de Salud



Las Isapres abiertas han logrado mejorar la eficiencia en el control de este tipo de gasto, reduciendo su importancia con relación al ingreso operacional, pasando de un 19,4% en 1999 a un 14,3% el 2007. Cabe mencionar el incremento de esta variable en los últimos tres años, lo que es en parte consecuencia de los cambios legislativos y en particular de la incorporación del Auge

### Gasto en Administración (% Ingreso): Isapres Abiertas

Fuente: Altura Management en base a Superintendencia de Salud



## 5 Evolución de los Costos en Isapre Colmena Golden Cross

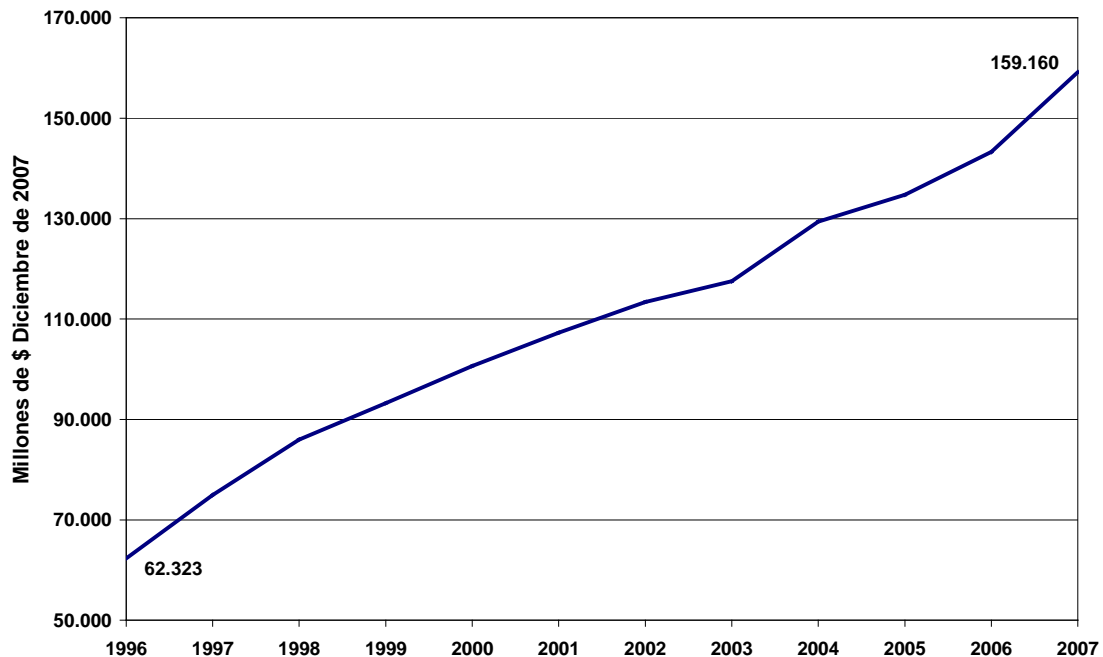
Al igual que lo observado en el conjunto de las Isapres, y en la industria de los servicios de salud en el mundo, los costos experimentados por Isapre Colmena se han incrementado durante los últimos años. Los factores que explican esta tendencia son los mismos presentes en los cambios experimentados por los sistemas de salud internacionalmente.

A continuación se presenta una breve reseña de los principales indicadores de Isapre Colmena Golden Cross. Todos los datos utilizados provienen de los boletines informativos de la Superintendencia de Salud, y han sido auditados por la misma.

### 5.1 Costos de Operación

Los costos de operación de Isapre Colmena han aumentado significativamente a partir de 1996, alcanzando en 2007 a 159.160 millones de pesos.

**Gasto de Operación: Isapre Colmena**  
Fuente: Altura Management en base a Superintendencia de Salud

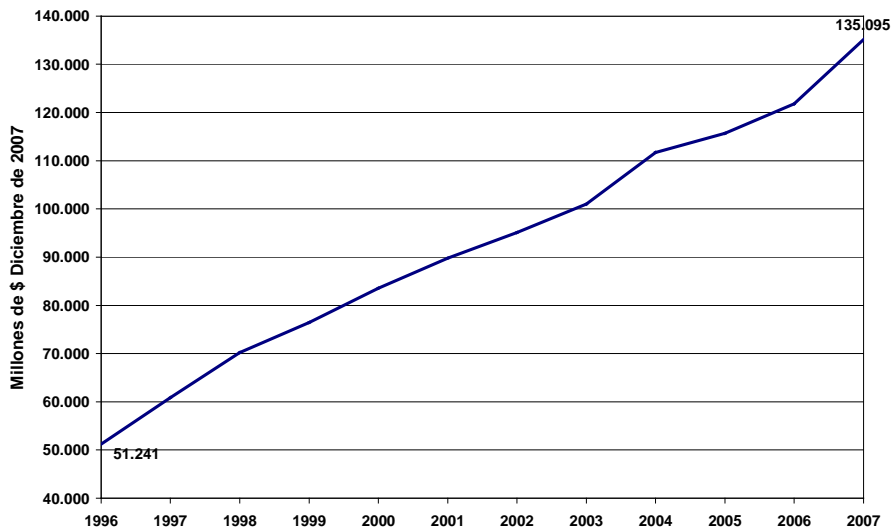


La tasa de crecimiento del costo de los últimos 11 años fue del 8,9% promedio real anual. Sin embargo, el incremento del costo operacional durante el año 2007 se escapó de este promedio alcanzando un 11,1% con respecto al año 2006.

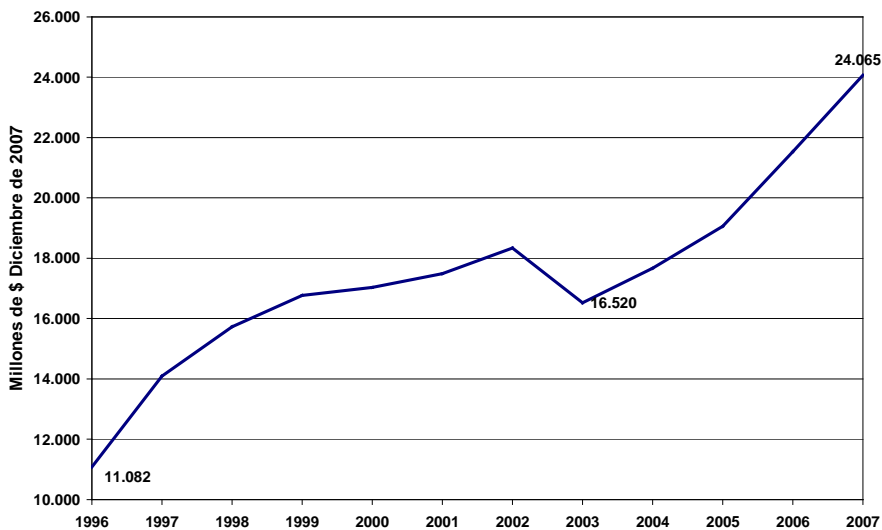
La misma tendencia se observa en los componentes del costo operacional un 10,9% de incremento de las prestaciones médicas y un 11,8% de incremento en las licencias médicas, con respecto al 2006.

No obstante lo anterior, es el gasto en las prestaciones de salud el principal componente que influye en los costos totales de Isapre Colmena Golden Cross, explicando el 84,9% del total de costos operacionales, lo cual se traduce en el 2007 en 135.095 millones de pesos.

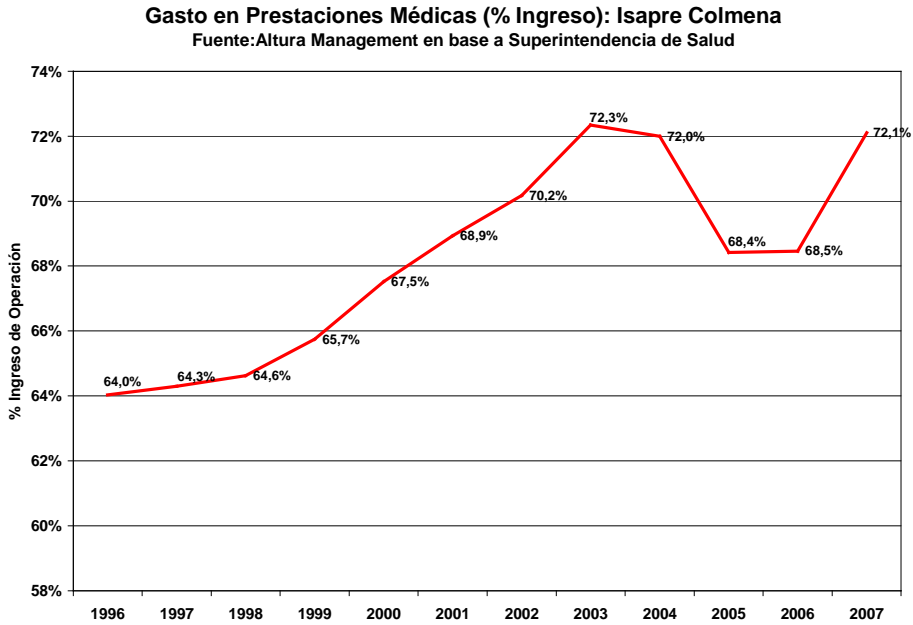
**Gasto en Prestaciones Médicas: Isapre Colmena**  
Fuente: Altura Management en base a Superintendencia de Salud



**Gasto en Licencias Médicas: Isapre Colmena**  
Fuente: Altura Management en base a Superintendencia de Salud

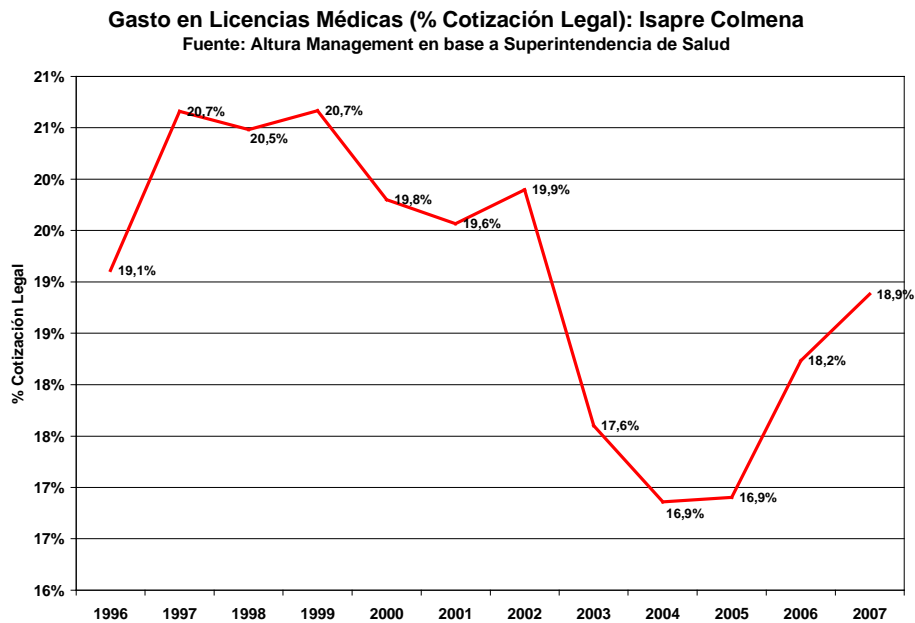


En términos relativos, las prestaciones de salud pasaron de representar el 64% de los ingresos operacionales en 1996, a un 72,1% en el 2007. La mayor proporción se evidenció el año 2003 con un 72,3% de los costos destinados al pago de atenciones médicas.



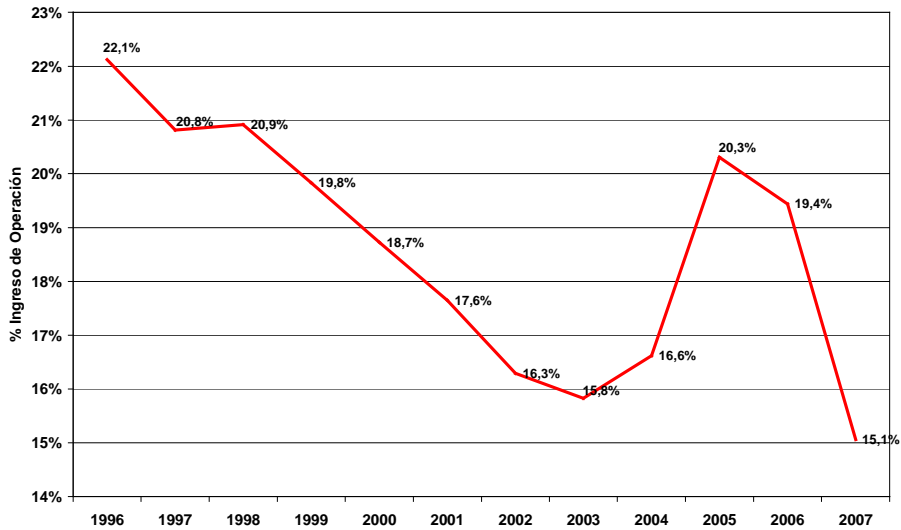
Paralelamente, el gasto en subsidio por incapacidad laboral muestra una evolución contraria en este aspecto, pasando de una proporción de los ingresos operacionales del 13,9% en 1996, a un 12,1% el 2006.

Esta variable presenta mayor volatilidad en su evolución dada la forma de operar dentro del sistema. Cabe destacar el fuerte repunte de los dos últimos años, lo cual se debe en parte a una sobreutilización de este beneficio.



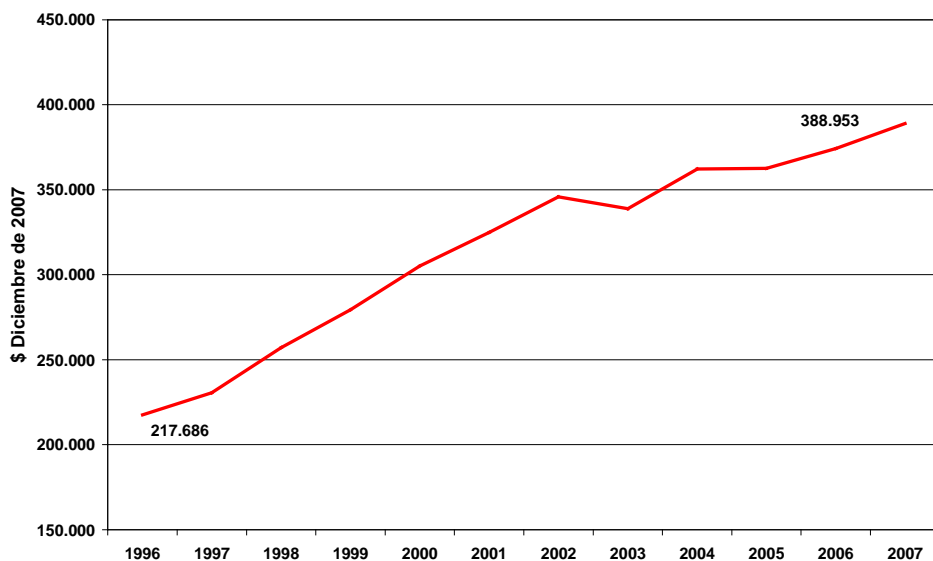
De esta forma, la evolución de ambas variables significó una reducción de manera persistente de los márgenes de explotación como proporción del ingreso operacional durante el período 1996 – 2003, tendencia que se revierte a partir de 2004 y se mantiene por dos años consecutivos. Durante el 2006 esta variable experimenta nuevamente una caída, la que se agudiza notablemente el 2007 llegando a un mínimo histórico de 15,1%.

**Margen Operacional (% Ingreso): Isapre Colmena**  
Fuente: Altura Management en base a Superintendencia de Salud



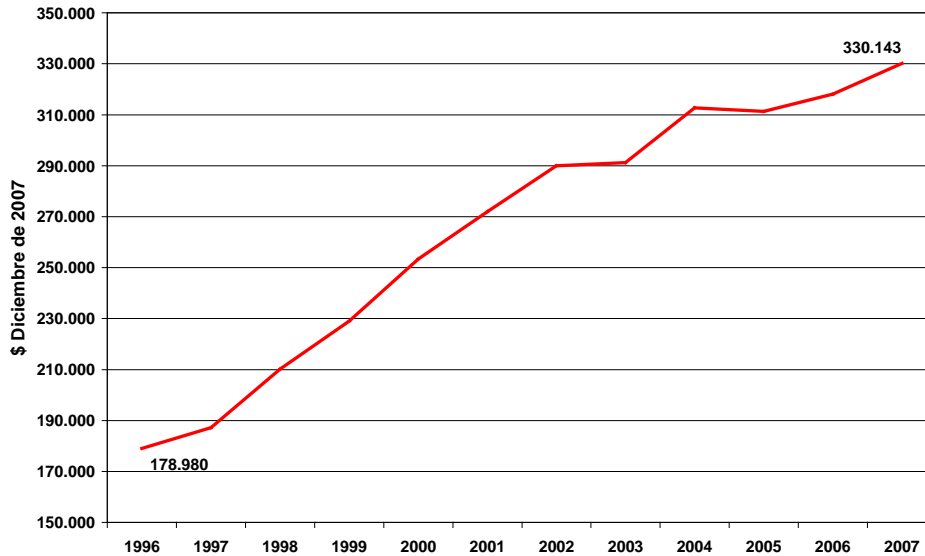
El costo de operación por beneficiario aumentó en un 79% desde 1996, con un crecimiento promedio real anual del 5,4%, alcanzando el 2007 un gasto por beneficiario de 388.953 pesos.

**Gasto de Operación / Beneficiario: Isapre Colmena**  
Fuente: Altura Management en base a Superintendencia de Salud



El mayor aumento por beneficiario se observó en el costo de las prestaciones de salud, las cuales aumentaron en un 84% en el mismo período..

**Gasto en Prestaciones Médicas / Beneficiario: Isapre Colmena**  
Fuente: Altura Management en base a Superintendencia de Salud

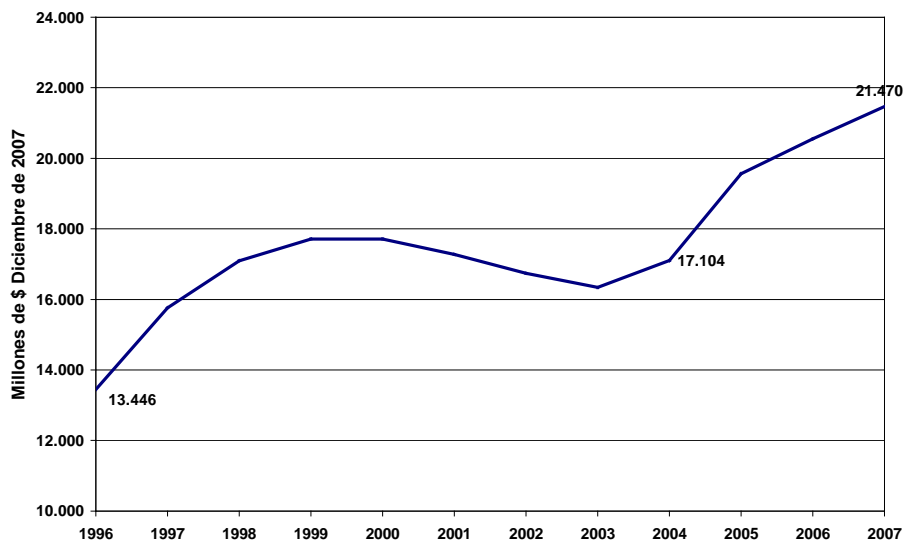


## 5.2 Gastos de Administración y Ventas

Los gastos de administración y ventas aumentaron fuertemente hasta 1999 a una tasa del 11,7% anual. Los siguientes 4 años estuvieron marcados por una reducción en los valores totales por este concepto, para luego retornar la tendencia al alza.

Actualmente el gasto total en administración y ventas es de 21.470 millones de pesos, con un aumento el 2005 de 14,4%, el 2006 de 5%, y de 4,5% durante el 2007.

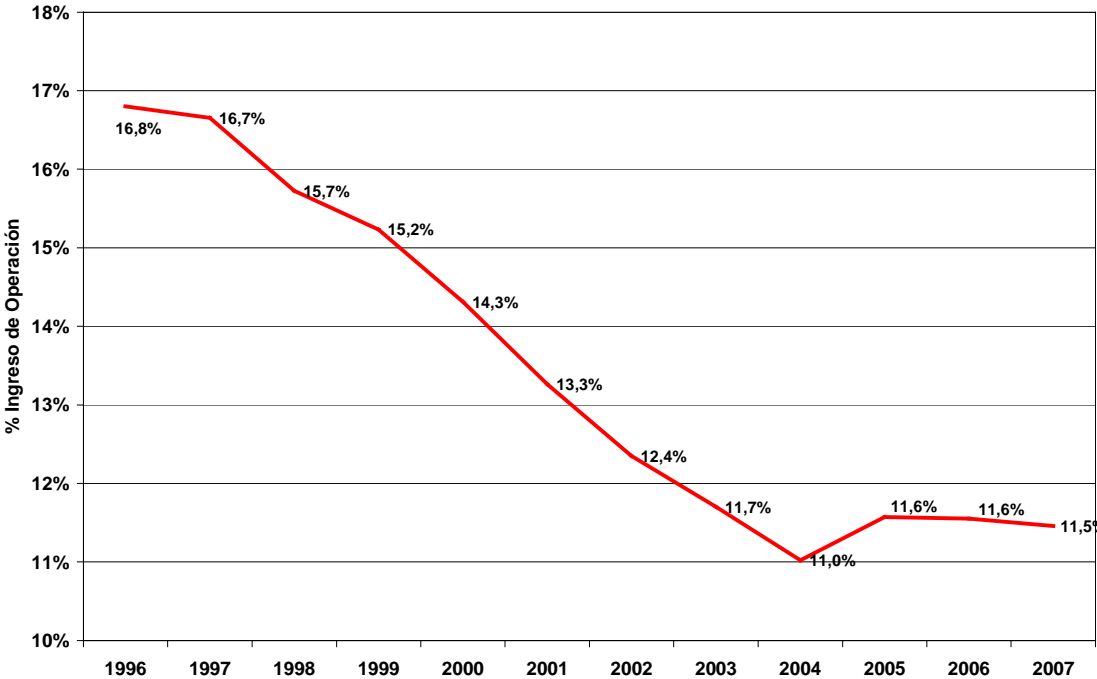
**Gasto en Administración: Isapre Colmena**  
Fuente: Altura Management en base a Superintendencia de Salud



No obstante lo anterior, Isapre Colmena Golden Cross ha logrado mejorar la eficiencia en el control de este tipo de gasto, reduciendo su importancia con relación al ingreso operacional, pasando de un 16,8% en 1996 a un 11,5% el 2007.

Cabe mencionar el importante aumento de esta variable en los últimos dos años, lo que se debe en parte por el incremento de costos que representan las nuevas exigencias y regulaciones, entre las que destacan las relativas a la provisión de las prestaciones AUGE.

**Gasto en Administración (% Ingreso): Isapre Colmena**  
Fuente: Altura Management en base a Superintendencia de Salud



## 6 Ley de Isapres y Adecuación de planes de salud

En los capítulos anteriores se ha expuesto el contexto tanto internacional como nacional en el que se desarrolla la actividad comercial de las Isapre y especialmente Colmena Golden Cross.

Como se ha podido constatar, tanto la experiencia internacional como la experiencia nacional, apuntan a una actividad sometida permanentemente a fuertes presiones inflacionarias, debido a diversos factores entre los que podemos destacar la creciente incorporación de nuevas tecnologías cada vez más caras, el envejecimiento de la población, y los sostenidos incrementos en el número de prestaciones que deben financiar debido a las mayores exigencias que las personas hacen sobre su sistema sanitario.

Como se pudo demostrar, de estas presiones no se libran ni el sector público ni el privado, la única diferencia es la forma en que se financian estos mayores costos.

En lo que respecta a la reciente ley de Isapres, en ella se encuentra regulada en forma precisa la forma en que las Isapres pueden incrementar sus precios, desterrando potenciales arbitrariedades que se cometían por este camino en el pasado.

De acuerdo a estas nuevas normativas las Isapres deben informar antes del 31 de marzo de cada año el promedio en que alzarán todos sus planes vigentes, acotando estas alzas en un rango comprendido entre un 30% menos y un 30% más que este promedio. Importante de señalar es que la ley incorpora la figura de la Superintendencia de Salud como institución garante del cumplimiento de las normas y expresamente las relativas a la legalidad de la adecuación de precios bases de los planes de salud.

**Art. 38 ley 18.933:** *"Anualmente, en el mes de suscripción del contrato, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 38 bis, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan. Las revisiones no podrán tener en consideración el estado de salud del afiliado y beneficiario. Estas condiciones generales deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes en el respectivo plan"*

El artículo indicado anteriormente termina claramente con el descreme de cartera efectuado con anterioridad a la ley por las Isapres; Prohibiendo el cobro individual de riesgos a individuos de un mismo plan y prorrateando el costo de los riesgos asociados a todos los individuos de un mismo plan. El resultado técnico de esta medida es que cotizantes que antes no habían tenido adecuaciones o alzas en sus planes hoy las tendrían por el comportamiento de algunos individuos que tienen contratado el mismo plan. A largo plazo esta indicación legal puede generar selección adversa al interior de los planes.

**Artículo 38 bis. Ley 18.933** *La libertad de las Instituciones de Salud Previsional para cambiar los precios base de los planes de salud en los términos del inciso tercero del artículo 38 de esta ley, se sujetará a las siguientes reglas:*

1.- Antes del 31 de marzo de cada año, las Isapres deberán informar a la Superintendencia el precio base, expresado en unidades de fomento, de cada uno de los planes de salud que se encuentren vigentes al mes de enero del año en curso y sus respectivas carteras a esa fecha.

Para expresar en unidades de fomento los precios base de los planes de salud que se encuentren establecidos en moneda de curso legal, las Instituciones de Salud Previsional utilizarán el valor que dicha unidad monetaria tenga al 31 de diciembre del año anterior.

2.- En dicha oportunidad, también deberán informar la variación que experimentará el precio base de todos y cada uno de los contratos cuya anualidad se cumpla entre los meses de julio del año en curso y junio del año siguiente. Dichas variaciones no podrán ser superiores a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precios base informadas por la respectiva Institución de Salud Previsional, ni inferiores a 0,7 veces dicho promedio.

El promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precio base se calculará sumando las variaciones de precio de cada uno de los planes cuya anualidad se cumpla en los meses señalados en el párrafo anterior, ponderadas por el porcentaje de participación de su cartera respectiva en la suma total de beneficiarios de estos contratos. En ambos casos, se considerará la cartera vigente al mes de enero del año en curso.

3.- Asimismo, la variación anual de los precios base de los planes creados entre febrero y junio del año en curso, ambos meses inclusive, deberá ajustarse a la regla indicada en el párrafo primero del numeral 2 precedente, al cumplirse la anualidad respectiva.

4.- La Institución de Salud Previsional podrá optar por no ajustar los precios base de aquellos planes de salud en donde el límite inferior de la variación, a que alude el numeral 2, es igual o inferior a 2%. Dicha opción deberá ser comunicada a la Superintendencia en la misma oportunidad a que alude el numeral 1 de este artículo.

5.- En ningún caso las Isapres podrán ofrecer rebajas o disminuciones respecto del precio base del plan de que se trate informado a la Superintendencia, a los afiliados vigentes o a los nuevos contratantes de ese plan.

6.- Sé prohíbe ofrecer o pactar planes alternativos con menos de un año de comercialización o que, cumpliendo con la vigencia indicada, no tengan personas adscritas, a los afiliados o beneficiarios cuya anualidad se cumpla en el período indicado en el numeral 2. La misma prohibición se aplicará cuando se ponga término al contrato y la persona se afilie nuevamente en la misma Institución de Salud Previsional.

Corresponderá a la Superintendencia fiscalizar el cumplimiento de esta norma, pudiendo dejar sin efecto alzas de precios que no se ajusten a lo señalado precedentemente, sin perjuicio de aplicar las sanciones que estime pertinentes, todo lo cual será informado al público en general, mediante publicaciones en diarios de circulación nacional, medios electrónicos u otros que se determine.

Existen consecuencias técnicas de las reglas expuestas en la ley, que aún no han sido interiorizadas en un 100% por lo cotizantes de las Isapres y que durante la adecuación de abril recién pasado generaron controversias entre las autoridades.

En primer lugar la ley regula claramente la fecha en la cuál se debe informar y a quién se debe informar, por lo tanto el paralelismo de información, el hecho que todas las Isapres informen hasta el 31 de marzo esta dado por el hecho de cumplir con la ley de Isapres.

En segundo lugar la ley indica una formula simple para calcular el promedio ponderado de las alzas de precio base de los planes y un mecanismo destinado a poner un techo a dichos incrementos de precios. Lo anterior surgió como estrategia de manejo de costos para los cautivos, solidarizando sus altos costos con el resto de los individuos de su plan y luego con el resto de los planes de salud de la Isapre.

Estos dos elementos, además de acotar la posibilidad de incrementar los precios de los planes a rangos razonables, solidarizan las alzas de costos a todos los planes vigentes de una Isapre, permitiendo sólo traspasar una parte de los incrementos de costos a los afiliados de un plan específico, incluso en las condiciones de incremento de costos más extremas.

Finalmente la ley se preocupó de evitar cualquier estrategia para favorecer a los cotizantes más valiosos para la Isapre y de esta forma ejercer de todos modos un descreme de la cartera; Prohibiendo expresamente ofrecer nuevos planes a antiguos cotizantes o a personas que sé desafilien de la Isapre para luego reintegrarse con un nuevo plan de salud.

Todo lo anterior debe ser fiscalizado y supervisado por la Superintendencia de Salud, a quien la ley otorga poder para mediar entre el cotizante y la institución previsional en el caso de controversia.

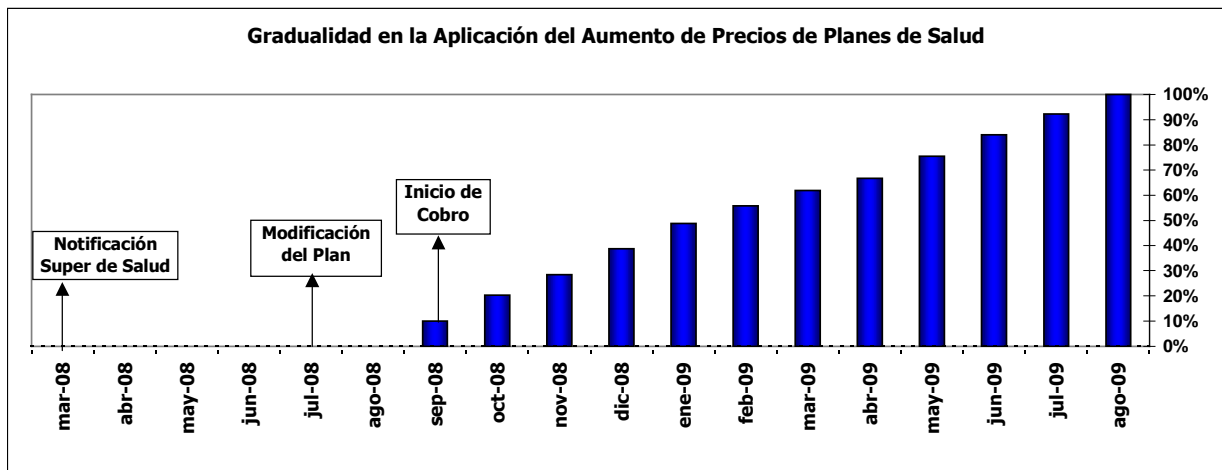
## 7 Adecuaciones de Planes en Colmena Golden Cross

### 7.1 El Proceso de Adecuación

La adecuación de los planes de salud es un proceso gradual, tanto para la Isapre como para sus cotizantes ya que el momento en que se aplica depende de la anualidad de cada individuo en su plan de salud.

Lo anterior significa que la Isapre percibe el mayor ingreso producto del alza, en forma parcelada pues cada mes se incorpora un doceavo de la cartera a la adecuación. (Ver Gráfico siguiente).

La adecuación anunciada en el mes de marzo y comunicada vía carta en abril, modifica los planes de los cotizantes que cumplen anualidad en el mes de julio, se hace efectiva en agosto y la Isapre la percibe en septiembre.



En el caso de la adecuación 2008 el alza de un 12% declarada por Colmena Golden Cross sólo significará para la Isapre un aumento real de un 0,8% de sus ingresos durante este año. Lo anterior es producto de la siguiente fórmula ( $10/144 * 12\%$ ).

Cada mes se incorpora un doceavo de la cartera a la adecuación, lo que nos lleva a calcular que para el año 2009 el aumento real del ingreso para la Isapre será un 9,7%. ( $116/144 * 12\%$ ).

Esto cobra más importancia en una industria cuyos incrementos en los precios son anuales y están a la vez regulados por la autoridad y por la competencia.

Para que las adecuaciones entren 100% en régimen y por ende el alza de planes de salud se haga efectiva a toda la cartera, las Isapres deben esperar un período extenso, 18 meses, por lo tanto equivocarse en la proyección de los costos esperados para el año redundaría en generar un déficit entre lo cobrado y lo gastado en beneficios (prestaciones y licencias médicas). Que no podría ser cubierto hasta adecuar nuevamente los planes.

Cabe destacar que los costos que enfrentará una Isapre durante un ejercicio son esencialmente desconocidos y variarán, fundamentalmente, por las siguientes dos razones:

- a) Variación en la frecuencia de uso de las prestaciones.
- b) Variación en los precios unitarios de las mismas.

## 7.2 Adecuación de Planes de Salud 2006, 2007 y 2008

Cumpliendo con esta normativa, Isapre Colmena Golden Cross informó a la Superintendencia de Salud un alza promedio de 12,0%, realidad muy distinta a las otras dos adecuaciones anteriores, años en los cuales la Isapre aplicó adecuaciones reales bajas en relación con el resto de Isapres abiertas. En el año 2006 fue la tercera Isapre con una adecuación real más baja de 2.1% y en el año 2007 la segunda con 1.9%.

El siguiente cuadro muestra como han sido los procesos de adecuación en estos tres años de vigencia de la ley de Isapres.

Es importante indicar que, debido a la facultad que tienen las Isapres de no ajustar sus precios a aquellos planes que experimentarían alzas inferiores al 2% (*regla N° 4 del Artículo 38 bis. Ley 18.933*) los precios declarados en las adecuaciones 2006 y 2007 difieren de los reales aplicados a la cartera. Siendo menores.

**Banda de precios Isapres Abiertas**  
**Procesos de Adecuación (2006-2007-2008)**  
**PPV Informado y PPV Real en % (Promedio Ponderado de las Variaciones)**

ISAPRE	2006		2007		2008		3 Años	
	Informado	Real	Informado	Real	Informado	Real	Informado	Real
COLMENA	2,9	<b>2,1</b>	2,9	<b>1,9</b>	12,0	<b>12,0</b>	17,8	<b>16,0</b>
NORMEDICA	3,5	<b>3,5</b>	3,8	<b>3,8</b>	9,6	<b>9,6</b>	16,9	<b>16,9</b>
ING SALUD	3,9	<b>3,9</b>	4,3	<b>4,3</b>	8,3	<b>8,3</b>	16,5	<b>16,5</b>
VIDA TRES	2,5	<b>2,5</b>	4,5	<b>4,5</b>	8,3	<b>8,3</b>	15,3	<b>15,3</b>
MASVIDA	0,0	<b>0,0</b>	0,0	<b>0,0</b>	0,0	<b>0,0</b>	0,0	<b>0,0</b>
BANMEDICA	2,8	<b>2,2</b>	4,5	<b>4,5</b>	8,6	<b>8,6</b>	15,9	<b>15,3</b>
CONSALUD	2,3	<b>1,2</b>	3,9	<b>3,9</b>	7,9	<b>7,9</b>	14,1	<b>13,0</b>

Fuente: Superintendencia de salud.

### 7.3 Adecuación de Planes Isapre Colmena Golden Cross 2008

En Marzo del año 2008, Isapre Colmena Golden Cross declaró que el alza de sus planes sería en promedio un 12%. Es primera vez que Isapre Colmena Golden Cross anuncia un alza tan importante de precios, consciente que este incremento afectará a toda la cartera de afiliados de la Institución de Salud Previsional.

Así como la mayor parte de las empresas, los costos que deberá enfrentar una Isapre durante un ejercicio son esencialmente desconocidos. Esto cobra más importancia en una industria cuyos incrementos en los precios son anuales y están a la vez regulados por la autoridad y por la competencia.

Las alzas de los precios de los planes deben en principio adelantarse a los incrementos de costos, siendo esencialmente **prospectivas**. Sin embargo, se debe cuidar el cubrir los costos esperados sin perder mercado en manos de la competencia (con alzas demasiado elevadas).

Con el fin de contar con una estimación del promedio anual del aumento real del gasto, excluidas las variables ya incorporadas en los precios de los planes; lo que permitiría acercarse a una estimación razonable del aumento de los costos al que deberíamos enfrentarnos anualmente, se estimó prudente analizar la evolución de los costos por bonificación de prestaciones de salud en los últimos años, aislando las variables ya consideradas en los contratos.

Así, Altura Management en conjunto con el Departamento de Estudios de Colmena Golden Cross diseñó una investigación en la cual se aislaron los cambios debidos a la modificación de la estructura demográfica (sexo y edad) y al tipo de plan elegido por los clientes. Esta investigación se realizó sobre los Planes Individuales de la Isapre (77% de la cartera), ya que estos son los incluidos en el proceso de adecuación.

La metodología utilizada para el estudio corresponde al método de “ajuste de tasas”, de amplia utilización en Salud Pública. Los pasos realizados fueron los siguientes:

- a) Se calculó el gasto y la bonificación mensual en prestaciones de salud, de cada uno de los beneficiarios vigentes en la Isapre desde el año 2000 al 2007. Para hacerla comparable, esta información se actualizó a pesos de diciembre de 2007.
- b) Se dividió la cartera de planes de la Isapre en cinco grupos de acuerdo al precio base de los mismos.
- c) Se agrupó a los beneficiarios con su gasto real, según el tipo de plan suscrito, su sexo y edad, de acuerdo a la estructura de la tabla de factores relativos vigente, la cual fue diseñada por la Superintendencia de Salud.
- d) Se calculó para cada uno de los subgrupos (sexo, edad y tipo de plan) el gasto per cápita anual en prestaciones de salud.
- e) Se construyó una “población tipo”, utilizando para ello el promedio de la población real, de cada uno de los 8 años incluidos en el estudio.

f) Se calculó el gasto teórico para cada uno de los subgrupos, multiplicando la “población tipo” por el gasto per cápita real anual de cada uno de ellos.

g) Finalmente, se sumó el gasto teórico obtenido en cada uno de los subgrupos de la “población tipo”, generando un monto bonificado ajustado, para cada uno de los años incluidos en el estudio.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

AÑO	Monto Bonificado Real (M\$ Dic 2007)	Promedio Beneficiarios Año	Monto Bonificado Ajustado (M\$ Dic 2007)	Beneficiarios Población Tipo	Bonificado Per Cápita Real (\$ Dic 2007)	Bonificado Per Cápita Ajustado (\$ Dic 2007)	Variación Anual
2000	63.543.984	230.499	72.126.410	260.903	275.681	276.450	
2001	70.040.798	234.643	74.756.545	260.903	298.500	286.530	3,6%
2002	76.736.275	239.903	80.200.554	260.903	319.863	307.397	7,3%
2003	79.162.478	246.234	81.189.726	260.903	321.492	311.188	1,2%
2004	87.407.064	265.933	85.499.359	260.903	328.681	327.706	5,3%
2005	92.292.207	276.855	87.745.338	260.903	333.360	336.315	2,6%
2006	97.284.876	286.953	91.029.429	260.903	339.027	348.902	3,7%
2007	111.139.365	306.201	99.132.430	260.903	362.963	379.959	8,9%

Fuente: Altura Management en base a Estadísticas de Isapre Colmena Golden Cross.

De esta manera podemos calcular que el incremento acumulado del gasto en salud en los tres años anteriores a los procesos de adecuación, es decir, entre 2004 y 2007, es de un **16%**.

De igual manera, se puede estudiar la evolución del gasto en Licencias Médicas (SIL) en el período 2004 a 2007. Como se puede ver en el cuadro siguiente, el gasto en SIL por beneficiario creció en este período desde \$51.660 por beneficiario al año el 2004 a \$61.218 el año 2007.

AÑO	SIL Planes Individuales M\$ cada año	SIL Planes Individuales M\$ Dic 2007	Promedio Beneficiarios Año	Gasto SIL / Beneficiario \$ Dic 2007	Variación Anual
2004	11.945.258	13.738.032	265.933	51.660	
2005	13.241.200	14.789.247	276.855	53.419	3,4%
2006	15.060.994	16.241.624	286.953	56.600	6,0%
2007	18.034.487	18.745.143	306.201	61.218	8,2%

Fuente: Altura Management en base a Estadísticas de Isapre Colmena Golden Cross.

El gasto per cápita en Licencias Médicas (SIL) en los tres años anteriores a los procesos de adecuación, es decir entre 2004 y 2007, se incrementó en un **18,5%**.

Considerando que el gasto en prestaciones médicas representa un 85% del gasto total, y que las Licencias Médicas (SIL) representan el 15% restante, podemos calcular un incremento ponderado de los gastos médicos de Isapre Colmena Golden Cross entre 2004 y 2007 de **16,4%**.

De acuerdo a cifras proporcionadas por la Superintendencia de Salud, Isapre Colmena Golden Cross adecuó los precios base de sus planes individuales en los respectivos procesos 2006 y 2007 en un 1,9% y un 2,1% respectivamente. En términos acumulados esto representa un incremento en los precios base de sus Planes Individuales de un **4,0%** para estos dos años.

AÑO	Adecuación Promedio Real
2006	1,9%
2007	2,1%
<b>2006/2007</b>	<b>4,0%</b>

Fuente: Altura Management en base a Superintendencia de Salud

Considerando que en el período de análisis, es decir 2004 a 2007, se produjo un incremento en los gastos médicos de un **16,4%**, y que en los dos primeros procesos de adecuación, los precios base de los planes se incrementaron en un **4,0%** acumulado, queda pendiente para la adecuación 2008 un incremento en los precios base de **12,4%** (16,4%- 4,0%). No obstante lo anterior Isapre Colmena Golden Cross decidió incrementar los precios base de sus planes individuales en un **12,0%**.

En este escenario el incremento de los precios base de los planes de salud de Isapre Colmena Golden Cross para el año 2008 está económicamente justificado, pues responde, en gran medida, al hecho de haber adecuado sus planes en los ejercicios anteriores, muy por debajo de los costos que se presentaron y en porcentajes menores a lo que lo hicieron las otras Isapres abiertas.