**Proyecto de Tesis**

**Estudio del traspaso de las personas de ISAPRES a FONASA entre las edades de 60 a 69 años entre los años 1990 y 2015: Un gasto más para el estado de Chile.**

**Santiago de Chile**

14 de julio de 2016

Índice

Resumen……………………............................................................................1

Introducción…………………………………………………………………………3-5

1. Marco Teórico…………………………………………………….
2. Hipótesis y Objetivos………………………………………………
3. Material y Método…………………………………………………
4. Resultados………………………………………………………..
5. Discusión………………………………………………………….
6. Conclusiones……………………………………………………….
7. Sugerencias…………………………………………………………
8. Bibliografías………………………………………………………….
9. Anexos……………………………………………………………………

**Resumen**

**Introducción**

La tasa de crecimiento real ponderado del gasto per cápita en salud de los últimos 5 años es de 8,4% (US$1.073 y US$1.606 por habitante en el año 2007 y el año 2012, respectivamente, según datos de la OMS). Visto de otro modo, en 2007 el gasto total de Salud representaba sólo un 6,4% del PIB, mientras que en el año 2012 supera un 7,2 por ciento del producto total. Esto significa que, en promedio, en los últimos 5 años el gasto en Salud ha crecido 2,4 por ciento por sobre lo que crece el PIB. ([[1]](#endnote-1))

El aumento del gasto en Salud es una realidad no sólo en Chile, sino que también en el resto del mundo. En casi todos los países desarrollados se gasta más que en Chile, independiente del Sistema de Salud que posean. Por ejemplo, países con sistemas de Salud público como Inglaterra o Canadá se gastan 2,2 y 2,9 veces lo que gasta Chile per cápita, mientras que en países con sistemas mixtos como Alemania, Bélgica o Suiza los ratios estudiados alcanzan 2,9; 2,7 y 3,8 veces, respectivamente. (1)

Todo indica que los costos relacionados a la Salud seguirán creciendo, siendo el desarrollo económico y tecnológico la variable que más estimula el crecimiento de este sector, así como también lo es el envejecimiento poblacional. (1)

Se puede observar que el índice de fecundidad en Chile ha sufrido una continua contracción, pasando de 5,58 en 1960, a 2,09 en el año 2000 y a 1,83 en el año 2012, lo que significa que el país tendrá una proporción cada vez más alta de adultos mayores en su población. De la misma manera, la esperanza de vida al nacer ha ido en aumento desde 72,9 años en el año 1990, llegando a 78,3 en el año 2012. Dado que los gastos en Salud también aumentan con la edad, se puede entonces prever que su crecimiento seguirá aumentando por sobre el PIB. (1)

Considerando el sistema de salud que tiene nuestro país, es interesante analizar el término de “cautividad” cuya definición se encuentra en la propia Ley de ISAPREs ([[2]](#endnote-2)). Es así como en el Artículo 170 del DFL No1 del año 2005, se explica que se entiende como “cotizante cautivo” aquel cotizante “cuya voluntad se ve seriamente afectada por razones de edad, sexo o por la ocurrencia de antecedentes de Salud, sea de él o de alguno de sus beneficiarios, y que le impida o restrinja, significativamente o definitivamente, su posibilidad de contratar otra Institución de Salud Previsional” ([[3]](#endnote-3)).

Esta es una de las particularidades del sistema chileno, pues la propia ley admite la potencial existencia de limitaciones a la elección y acceso, lo cual debiese ser modificada en el futuro en beneficio obviamente de las personas. En términos prácticos, la cautividad en el aseguramiento de la Salud en Chile implica que debido a la edad, sexo o padecimiento de alguna patología que los beneficiarios de las ISAPREs puedan sufrir, no sean capaces de elegir, en régimen de competencia, la institución a la que desean aliarse (3).

La cautividad, por lo tanto, se evidencia en la relativa escasez de movilidad entre ISAPREs, como resultado de un proceso en el que la elección de plan realizada por los individuos no es óptima, evidenciándose claramente un problema desde un inicio de asimetría de información. Por otra parte si se tiene en cuenta la teoría económica, se supone que la posibilidad de elección por parte de los cotizantes de la ISAPREs, respecto de acual de ellas desean afiliarse, debería jugar un rol clave en la promoción de la eficiencia en el sistema. Pero, la elección sólo puede existir y ser efectivamente libre, si no existen barreras al cambio entre ISAPREs. Por el contrario, cuando la movilidad está condicionada, como ocurre en el sistema ISAPRE en Chile, el resultado en términos económicos no será́ optimo, lo que no quiere decir necesariamente que no será́ conveniente para las ISAPREs o para algunas de ellas. ([[4]](#endnote-4))

Podemos definir a un Sistema de Salud como un conjunto de elementos relacionados funcionalmente entre sí, de forma tal que como sistema tiene como objetivo o propósito promover, restaurar o mantener la salud de las personas de una población determinada. ([[5]](#endnote-5))

Definir un sistema de salud en estos términos, tiene al menos dos consecuencias relevantes: por una parte, nuestra definición nos permite evitar juicios a priori respecto de los componentes del sistema de salud, en el sentido de no excluir la posibilidad de que alguno de estos componentes tenga un objetivo primario distinto del objetivo global del sistema.

Para ser más específicos, si una institución de salud tiene como objetivo primario, por ejemplo generar lucro, no es el lucro en sí lo que determina su evaluación, sino si esta institución es o no funcional al objetivo de promover, restaurar o mantener la salud de las personas.La segunda consecuencia es reconocer que el objetivo del Sistema de Salud, como tal, es la mejoría de la salud de las personas, entonces la organización del Sistema de Salud no sólo es un problema técnico y económico, sino que también ético.(5)

En este mismo sentido, habrá que pensar también qué pasa con el traspaso de ISAPREs a FONASA de los jubilados, que lo hacen cuando disminuyen sus ingresos, y qué pasará con los beneficiarios que actualmente están en ISAPRE y que no puedan pagar el precio que se defina. Y es aquí donde encontramos una gran brecha que se aleja de los conceptos de promover restaurar y mantener la salud de las personas y que abarca lo técnico, lo económico y lo ético.

¿O acaso es justo que las personas en su mayor periodo productivo cuando están jóvenes coticen en su isapre, sin mayormente ocuparlas, ayudando a que estas generen obviamente utilidades y que cuando las personas más la necesitan no pueden costearlas?

Esto último ya que disminuyen en este periodo sus ingresos al encontrase jubilados y donde este tema prácticamente no le incumbe a la ISAPRE y donde la solidaridad debe ser un principio básico de seguridad social en cualquier sistema el cual no se cumple, motivo por el cual estas personas se deben traspasar a FONASA, absorbiendo este fondo de salud a estas personas y sobrecargando obviamente el sistema público de salud y encareciendo el gasto para el estado, ya que tarde o temprano tendrá que asumir esta responsabilidad de protección de salud a quien lo necesita, la cual las ISAPREs no están dispuestas a asumir.

En el presente estudio se pretende evidenciar una realidad poco estudiada que va más allá de las implicancias individuales que tiene nuestro actual sistema de salud y que abarca no solamente los costos personales, sino además las implicancias para el Estado de Chile desde el punto de vista del gasto público en salud.

Se generará una proyección del gasto público percapita en salud para los próximos 30 años considerando el actual sistema de salud del país y se analizará como el traspaso de las personas desde ISAPREs a FONASA en las edades entre los 60 y 69 años, que se relación con las edades de jubilación en nuestro país,puede tener una implicancia negativa y una relación causal en aumentar este gasto para el estado de Chile en los próximos años si es que no se toman las medidas adecuadas de forma preventiva para evitar este efecto.

Esperamos que los resultados de este trabajo, contribuyan como un insumo importante para generar una mejor toma de decisiones por parte de nuestras autoridades y compatriotas,permitiendo facilitar el consenso, al tener como base el sustento de este conocimiento tomando como antecedentes datos objetivos, de una problemática que nos afecta a todos, y que ayude a mirar a un Chile con una mirada país, para que entre todos podamos construir día a día un lugar mejor. Un País más justo, más grande y más feliz.

**Marco Teórico**

***Contextos general***

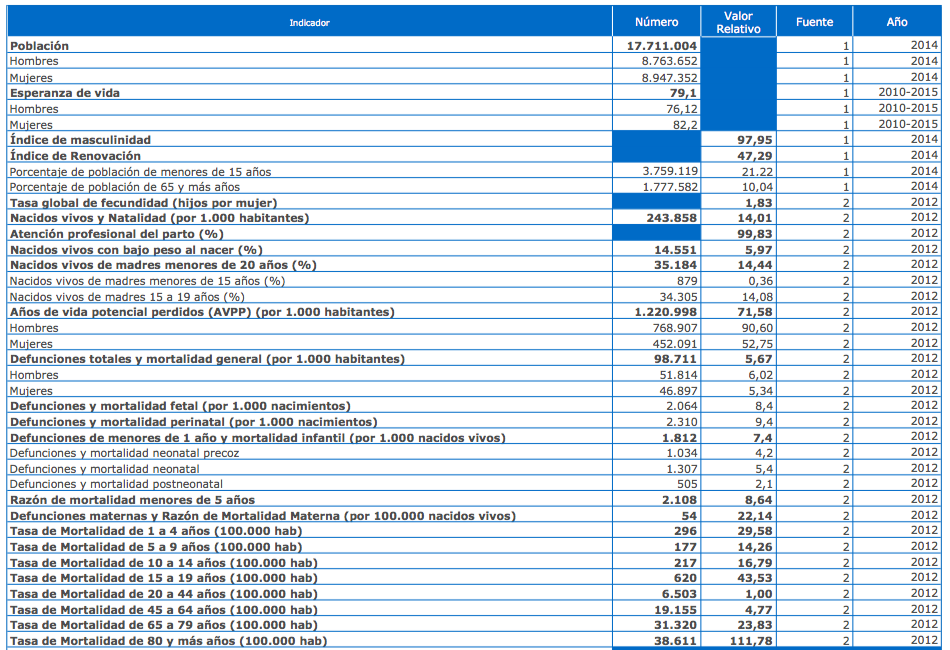
Con una población estimada en 17,6 millones de habitantes en 2013, Chile tiene una particular geografía que ha influido en su variado ecosistema y en el distinto tipo de vida de la población y de la producción económica prevalente en cada región del país. Desde 1990, la población aumentó casi en un tercio, se ha envejecido progresivamente (con disminución de natalidad y aumento de vida en los diversos grupos de edad). La población menor de 15 años disminuyó discretamente (4%) pero la población mayor de 65 y más años aumentó a más del doble (112%). La estructura de población está en envejecimiento paulatino y en 2013, un quinto de la población es menor de 15 años y un décimo tenía 65 o más años de edad (figura 1). En 2011, la tasa de natalidad fue de 14,4 nacidos vivos por 1.000 habitantes, la fecundidad alcanzó a 1,9 hijos por mujer, y la mortalidad infantil fue 7,7 muertes por mil nacidos vivos. La esperanza de vida al nacer estimada en 2010-2015 es de 79,1 años (82,2 años en mujeres y 76,1 años en hombres) (cuadro 1).

La economía chilena ha seguido consolidando su crecimiento, con un producto interno bruto (PIB) que alcanzó a US$ 17.400 per cápita en 2011, con baja inflación y desempleo. El mejoramiento progresivo de la situación de la salud de la población en general es concordante con el mejoramiento global de la situación social y económica del país, la protección social de los grupos más vulnerables, la adición de nuevas políticas sociales y sanitarias, y el desarrollo logrado en el sistema de salud global. El país es vulnerable a situaciones imprevistas, como una eventual crisis financiera nacional o internacional, o la aparición de nuevos riesgos, enfermedades y problemas de importancia en salud pública.

Entre los desafíos globales del país destaca procurar un mejor balance entre crecimiento económico y equidad social, así como el balance dinámico entre el rol del Estado y el mercado; ello contribuiría a continuar mejorando la economía y productividad en el país, con el debido resguardo del bienestar, el progreso y las condiciones de vida de la población.

A continuación en la siguiente tabla describiremos algunos indicadores generales de nuestro país:

Algunos indicadores Generales . Chile año 2012-2014:

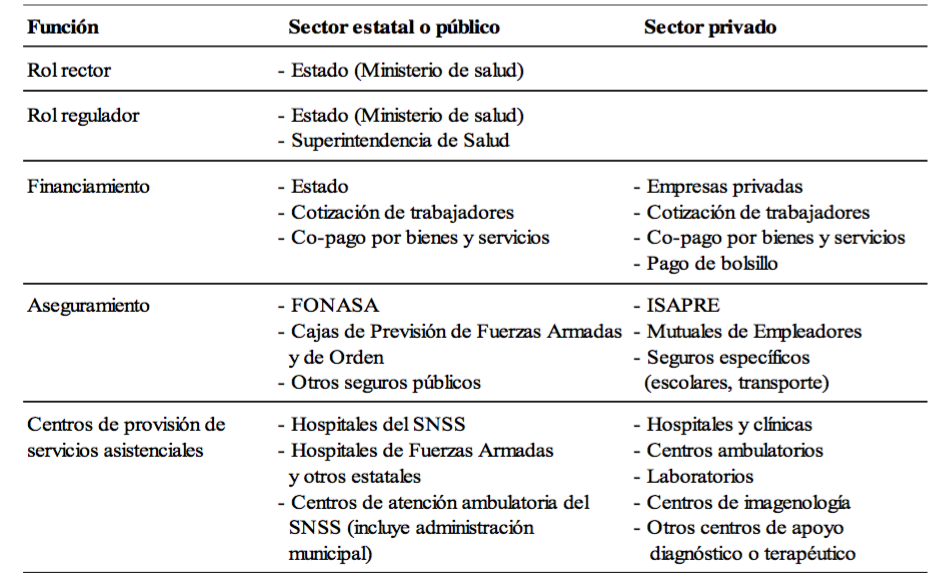


**Fuente :** 1. INE (base Censo 2002); 2. CNEV; 3. DEIS-MINSAL; 4. Informe Mundial de desarrollo Humano, ONU

***Organización y estructura del sistema de salud***

El sistema de salud ha tenido un desarrollo y organización paulatina que proviene ya desde la época de la colonia; sin embargo, su mayor crecimiento y organización ocurrió a partir del siglo XX en que contribuye activamente el rol del Estado de Bienestar. El modelo actual proviene de la reforma estructural, financiera, previsional y asistencial ocurrida en la década del 80, resultando una mezcla de modelo neoliberal y de Estado de Bienestar residual. Desde 1990 se han producido una serie de reformas específicas en el sistema de salud, aunque en general se mantiene la estructura básica establecida en los 80. El sistema de salud es mixto (mezcla público/privada en la previsión y provisión de servicios). Cuenta con un complejo marco legal y normativo, con un rol rector y regulador del Estado a través del Ministerio de Salud (cuadro 4). El financiamiento proviene principalmente del Estado, cotizaciones de trabajadores y empresas públicas y privadas, así como de pago de bolsillo. La Superintendencia de Salud regula y vela por el cumplimiento de las garantías de aseguramiento y provisión.

Esquema del sistema de salud en Chile y sus principales entidades, según función y sector:

**Fuente:** OPS Chile (2010), adaptado de MINSAL, 2008.

El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) es el responsable de la atención pública de salud. Cuenta con 29 Servicios de Salud, que tienen una red asistencial constituida por hospitales, centros de diagnóstico terapéutico, Centros de Referencia de Salud y diversos establecimientos de Atención Primaria de Salud. Los servicios de atención primaria están principalmente bajo la administración de los municipios. El nivel primario tiene amplia cobertura y realiza atenciones ambulatorias en centros urbanos, consultorios rurales y postas rurales de salud. Los hospitales, especialmente los de tipo general, también realizan atención de nivel primario en sus consultorios adosados. Allí se ejecutan acciones de promoción, prevención, atención continua, rehabilitación y se desarrollan programas de salud de las personas coordinados por el Ministerio de Salud. Además, hay unidades de atención primaria de urgencia (SAPU) que cubren una cantidad importante de la demanda de este tipo de atención.

El sistema de salud cuenta con importantes políticas sanitarias, protección social, cobertura y desarrollo sectorial global, que representa un logro de agenda que se requiere mantener. Las limitaciones que persisten, especialmente en el sistema público (de cantidad y distribución de recursos, financiamiento, aseguramiento, gestión y calidad de la atención) implican la necesidad de revisión y propuestas de cambios estructurales acerca del sistema de salud, buscando asegurar la sustentabilidad financiera y de personal capacitado. Como se reconoce en la agenda sanitaria, se requiere una mayor equidad en la distribución del recurso asistencial que favorezca acceso a una atención de calidad y responda apropiadamente a las necesidades de los diversos grupos de la población.

El sistema prestador privado de servicios de salud es bastante amplio y diverso en cuanto a agentes prestadores y está distribuido a través de todo el país (clínicas, centros médicos, laboratorios, farmacias y otros).

La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 presenta el marco de acción con objetivos sanitarios, temas y resultados esperados para el 2020. Busca mantener los logros sanitarios alcanzados, enfrentar los desafíos del envejecimiento, los cambios de vida y los cambios de la sociedad, disminuir la inequidad en salud y mejorar la calidad de los servicios. En el año 2010, una Comisión Presidencial de Salud planteó propuestas al ejecutivo para modernizar las actuales políticas de salud, y configurar un nuevo plan garantizado, solidario y universal.

**Financiamiento y aseguramiento en salud**

El financiamiento del sistema mixto de salud incluye aportes públicos y privados, que se asignan y transfieren entre las distintas entidades de aseguramiento y provisión de servicios. El aporte público proviene del presupuesto general del Estado, basado en impuestos generales y específicos de las personas. El aporte privado incluye aportes directos e indirectos, por gastos de bolsillo de las personas y cotizaciones de los afiliados al sistema previsional privado. Los gastos de bolsillo corresponden a los copagos por atenciones médicas, pagos en medicamentos y el pago por atenciones médicas particulares que los usuarios efectúan directamente al prestador de servicios. El gasto total en salud representa 8% del PIB. El 47,4 % de ello es público y representa el 16% del presupuesto del Gobierno. El 65% del gasto privado es gasto directo o de bolsillo (que es el más regresivo). El gasto en salud per cápita ha aumentado anualmente, pero la proporción del gasto privado es mayor que la del público, lo que dificulta alcanzar universalidad con equidad y eficiencia en el sistema de salud.

El aseguramiento público está a cargo del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el sistema privado es administrado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). FONASA cubre tres cuartos de la población (76%, que incluyendo también a las personas pobres) y las ISAPRE el 17%. El 7% está cubierto por otros sistemas específicos (como el de Fuerzas Armadas), y el restante 4% no tendría aseguramiento formal. Existe un fondo de protección contra gastos catastróficos. La aplicación del Régimen de Garantías Explícitas GES representa un aporte a la protección social en salud, que cubre el grupo de patologías garantizadas tanto para asegurados públicos como privados.

A continuación se describirán a modo resumen algunos de los Hitos más importantes en materias de nuestro sistema de salud a lo largo de de nuestra historia:

***Hitos de la Salud Chilena***

Desde tiempos de la Colonia, son muchos los hitos que han marcado al sector salud. A continuación un resumen de fechas e hitos importantes de la salud chilena:

* En 1552 se funda el primer hospital, en el territorio que luego conformaría la República de Chile.
* En 1805 se inicia vacunación a nivel nacional.
* En 1808 se realiza la primera campaña de difusión a nivel nacional del proceso de inmunización, por parte de la Junta Central de Vacunas.
* En 1832 se crea la Junta de Directores de Hospital y Casas de Expósitos.
* En 1842 se crea la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y comienza el desarrollo propiamente tal de la medicina en Chile, a través del estudio de las enfermedades endémicas existentes y el mejoramiento de la higiene pública y doméstica.
* En 1886 se crea ­mediante Reglamento Orgánico- la Junta de Beneficencia, con el objetivo de dar unidad administrativa a los establecimientos sanitarios.
* En 1887 se crea la Junta General de Salubridad para asesorar al gobierno en materias de Salud Pública.
* En 1891 se hace responsable de la higiene pública y estado sanitario de la comuna a las municipalidades.
* En 1892 se renombra la junta como Consejo de Higiene Pública y mantiene su objetivo de asesorar al gobierno en materias de Salud Pública.
* En 1917 se crea el Consejo Superior de Beneficencia, cuyo objetivo es dar unidad técnica a todos los hospitales del país.
* En 1918 se publica el primer Código Sanitario donde aparece la figura de una autoridad unipersonal con facultades ejecutivas. Establece la Dirección General de Sanidad y la creación de organismos sanitarios en cada zona de salubridad.
* En 1924 se crea el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social. Se organiza la Caja de Seguro Obrero para cubrir los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte.
* En 1925 surge la Junta Central de Beneficencia, entidad autónoma con recursos técnicos y financieros.
* En 1937 comienza la distribución gratuita de leche a los menores de dos años.
* En 1938 la Ley 6.174 establece los principios de la medicina preventiva, al plantear la realización de exámenes sistemáticos de salud a los trabajadores.
* En 1942 aparece la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (Protinfa) como resultado de la fusión del Departamento Central de la Madre y el Niño; con el Departamento de Sanidad Escolar. También se crea el Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena) cuando se fusionan los departamentos de salud del conjunto de Cajas de Previsión de Empleados Públicos y Privados. Su objetivo es prestar acciones de prevención.
* En 1952 se promulga la Ley 10.383 que establece el Sistema Nacional de Salud (SNS), organismo encargado de la protección de la salud para toda la población y del fomento y recuperación de la salud de los obreros, esposa e hijos hasta los 15 años. Para su creación se fusionaron la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social; el Servicio Médico de la Caja de Seguro Obrero, el Servicio Nacional de Salubridad, la Dirección General de Protección a la Infancia y a la Adolescencia; la sección técnica de Higiene y Seguridad Industrial de la Dirección General del Trabajo; los servicios médicos y sanitarios de las municipalidades; y el Instituto Bacteriológico de Chile.
* En 1958 se crean las Mutuales de Seguridad para la protección de trabajadores contra riesgos y consecuencias de accidentes del trabajo.
* En 1968 la Ley 16.744 de Accidentes y Enfermedades Profesionales consolida a las Mutuales de Seguridad, ya que las faculta para captar fondos, además de que les permite organizar y administrar un mecanismo de atención integral en accidentes del trabajo.
* En 1979 se fusionan el SNS y Sermena, con lo cual se reorganiza el Ministerio de Salud. Se crean los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), la Central Nacional de Abastecimiento (Cenabast) y el Instituto de Salud Pública (ISP). La nueva institucionalidad permite el acceso a beneficios a sistema de libre elección.
* En 1980 una serie de decretos con fuerza de ley concretan el proceso de municipalización del sector primario y crean los Consultorios de Atención Primaria, dependientes de las municipalidades. Se reforma el sistema previsional de pensiones y salud. Comienza la cotización obligatoria del 4% de las remuneraciones para salud.
* ***En 1981 se crean las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), entidades privadas con sistemas de libre elección que otorga prestaciones y beneficios de salud a sus afiliados.***
* En 1985 las leyes 18.418 y 18.469 crean el Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios. Se reorganiza el sector público en modalidades de atención institucional y libre elección. Se elimina la diferencia entre régimen de salud y calidad previsional. Establece el aporte financiero según capacidad económica y el acceso libre e igualitario a acciones de salud.
* En 1986 la Ley 18.566 permite un 2% de cotización adicional que se puede descontar de impuesto.
* En 1987 la Ley 18.675 aumenta las bases imponibles para el cálculo de cotización previsional para el sector público.
* En 1988 se fija la cotización del 7% para pensionados del régimen antiguo.
* En 1990 la Ley 18.933 crea la Superintendencia de Isapres y modifica la legislación de dichas instituciones.
* En 2000 el gobierno del Presidente Ricardo Lagos se fija como meta realizar una profunda y modernizadora reforma del sector Salud.
* En 2002 se envían al Congreso Nacional los cinco proyectos de ley que en su conjunto conforman la Reforma de Salud.
* En 2005 entra en vigencia la nueva Ley de Autoridad Sanitaria y la Ley de Garantías Explícitas en Salud (AUGE), pilares fundamentales del nuevo sistema de Salud chileno.

Como es de esperar hemos destacado dentro de estos hitos la creación de las ISAPRES donde entraremos un poco más en detalles a continuación en relación realizar un diagnóstico descriptivo del sistema de salud y el rol de las ISAPRES incorporando algunos de los hitos mencionado anteriormente:

**Diagnóstico descriptivo del sistema de salud y el rol de las ISAPRES.**

* **Desarrollo histórico del sistema de salud chileno**

El Sistema de Salud chileno ha pasado por una serie de transformaciones, varias de ellas estructura- les, que han marcado su evolución hacia la situación actual. En el año 1844, con la creación de la Junta Nacional de Beneficencia, se comienzan a estructurar las primeras organizaciones sanitarias. Más adelante, y en el ámbito del financiamiento y aseguramiento, en el año 1924 se promulga la Ley del Seguro Obrero Obligatorio, que instala el sistema de financiamiento de tipo contributivo (bismarckiano). En el año 1942 se crea el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA); que otorga cobertura a funcionarios públicos, y en el año 1952 se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS).

Un cambio fundamental en la historia de la Salud Pública en Chile, y de la conformación del Sistema de Salud actual en el país, es el que se originó, en el año 1980, a partir de una nueva Constitución Política de la República de Chile que reconoce, entre otros aspectos, la existencia de un sector privado en Salud y de la libertad de elección entre este y el sector público, además de señalar que el Estado es el encargado de supervigilar el adecua- do ejercicio del derecho a la seguridad social.

Las reformas iniciadas a comienzos de los años ochenta cambiaron la estructura y funcionamiento del sistema, siendo las principales: i) La creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA); ii) La creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE, DFL N°3, 1981); iii) La eliminación y des- centralización del SNS, convirtiéndolo en un Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) a través de servicios de Salud autónomos y con patrimonio propio distribuidos a lo largo del territorio nacional, y iv) La municipalización de gran parte de la Atención Primaria de Salud, manteniendo los Servicios de Salud un rol articulador de la política sanitaria.

Otras importantes transformaciones de la época, en el contexto de la seguridad social, fueron la eliminación del aporte del empleador (con excepción del 0,9 por ciento a 3,5 por ciento para accidentes laborales y enfermedades profesionales), el aumento del aporte a Salud del trabajador (des- de un cuatro por ciento hasta llegar al siete por ciento actual), su afiliación de carácter individual al sistema ISAPRE y el establecimiento de incentivos estatales para aumentar la incorporación de usuarios al sistema privado (subsidios de descanso maternales a cargo del Estado, y subsidio del 2 por ciento del sueldo de los trabajadores de menores ingresos que se adscribieran a planes colectivos de las ISAPREs). Además, en estos años el SNSS sufrió una fuerte reducción de aportes de parte del Estado (de 2 por ciento del PIB a 0,8 por ciento del PIB), especialmente en lo hospitalario.

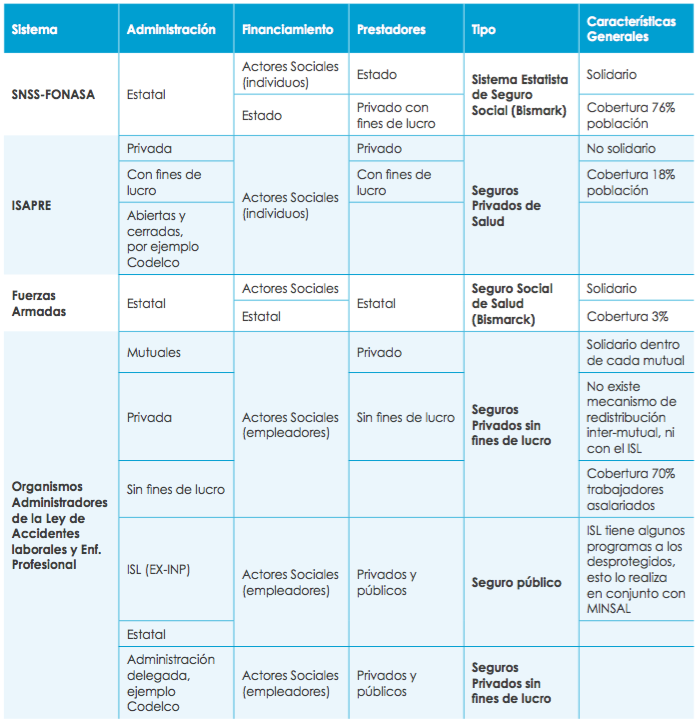
Ya hacia los años noventa, se dictaron diferentes leyes para mejorar el Sistema de Salud y se creó una institución de regulación y supervisión del mercado de seguros y proveedores de Salud, la Superintendencia de ISAPRE, en el año 1990, que más adelante, en el año 2005, se transformaría en la Superintendencia de Salud; se terminó con el subsidio del 2 por ciento a partir de 1999 (que funcionó desde el año 1986) y se realizó un importante esfuerzo por mejorar el Sistema Público de Salud, recuperando el sector con inversiones en mayor dotación de personal, mejora de sus sueldos y una fuerte inversión en infraestructura y equipamiento.

Desde el año 2003 en adelante se introdujeron nuevos cambios al sistema, teniéndose como ejes el re- conocimiento del derecho a la Salud, la equidad, la solidaridad, la eficiencia y la participación social. Es así que se fijaron objetivos sanitarios para el país, se estableció un modelo de atención centrado en Atención Primaria y trabajo en redes asistenciales y un sistema de priorización exigible (Garantías Explícitas en Salud, GES), asegurando cobertura sanitaria y financiera, tiempos máximos de atención y calidad de atención a partir del año 2005.

Sin embargo, a pesar de su evolución y de la marcada tendencia hacia la búsqueda de la cobertura de los riesgos relacionados con la enfermedad y los costos asociados a su tratamiento, 33 años después de la reforma que separó la seguridad social en Salud en una pública y una privada, y nueve años después de la reforma del año 2005, nuestro sistema sigue siendo dual y segmentado, y con dos ti- pos de regímenes: contratos individuales en el aseguramiento privado y contribución social y solidaria en el aseguramiento público. Separados como consecuencia de una fuerte selección de riesgos e ingresos de parte de las ISAPREs y dejando a FONASA como seguro de última instancia.

A continuación se muestra un cuadro que resume los diversos sistemas de aseguramiento en Salud vigentes en Chile:

Sistemas de Aseguramiento de Salud en Chile, 2014:



**Fuente:** Elaborado por la Comisión Presidencial ISAPRES en base a la clasificación de Bohm et al., 2012.

* ***Generación del sistema ISAPRE y sus implicancias***

En el marco constitucional del año 1980, se dictó el Decreto Ley No3.626, del año 19815, que permitió a los trabajadores aportar su “cotización a alguna institución o entidad que otorgue al trabajador las prestaciones y beneficios de Salud”, además de delegar facultades extraordinarias en S.E. Presidente de la República en virtud de las cuales se dictó el Decreto con Fuerza de Ley No3, del año 1981, del Ministerio de Salud, que creó las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), como seguros privados que tienen por finalidad el otorgamiento de prestaciones y beneficios de Salud, con cargo a la cotización legal obligatoria de Salud, o una superior a ella que se convenga, a los beneficiarios que libremente opten por este sistema alternativo de aquel que administra el Estado (FONASA).

Posteriormente se dicta la Ley N°18.469, del año 1985, que reestructuró el Sistema de Salud chileno, estableciendo un sistema único de cotizaciones obligatorias equivalentes al 7 por ciento de las remuneraciones, que incorpora a las ISAPREs reconociéndolas como alternativa al aseguramiento estatal. En su estatuto inicial, las ISAPREs fueron sometidas al control y fiscalización del Fondo Nacional de Salud, que a su vez fue creado por el Decreto Ley No2.763, que reorganizó el sector Salud y que corresponde al órgano financiero del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Más adelante, la Ley No18.933, de marzo de 1990 (modificada posteriormente en el año 1995 por la Ley No19.381), fijó un nuevo estatuto para las ISAPREs, cambiando el Decreto con Fuerza de Ley No3, del año 1981, y creando la Superintendencia de ISAPRE como organismo fiscalizador de estas empresas privadas con fines de lucro.

Esta nueva normativa introdujo importantes cambios en el sistema privado de Salud, tales como:

* Contrato de Salud indefinido para la ISAPRE. El afiliado lo puede dejar sin efecto una vez cumplido un año de afiliación.
* La ISAPRE, como contrapartida, una vez al año tiene la facultad de revisar el contrato y adecuar dicho plan por precio o por prestaciones (más adelante se eliminó esta última opción), a todos los integrantes de un mismo plan por igual. Debía ofrecer, por el mismo precio base del que en ese momento tenía el afiliado, un plan alternativo. El afiliado podía aceptar las nuevas condiciones del plan, el plan alternativo o desafiliarse.
* Sólo se pueden establecer diferencias de precios en los planes de acuerdo al sexo y edad y no por estado de Salud de los beneficiarios.
* Se terminaron los períodos de carencia, éstos quedaron sólo para los embarazos en forma proporcional y para las pre-existencias declara- das, por un período de 18 meses.
* Se estipularon taxativamente las prestaciones que podían ser excluidas de cobertura.
* Se estableció como mínimo de cobertura las prestaciones incorporadas en el arancel Modalidad de Libre Elección (MLE) de FONASA.
* Como se ha visto, desde el año 1990 hasta la fecha se han dictado varias normas modificando el régimen jurídico de las ISAPREs, siendo la más re- levante la reforma introducida en el año 2005, la que derivó en la dictación en un texto refundido contemplado en el DFL No1 del año 2005 del Ministerio de Salud. Antes de esta reforma se había de- rogado, en el año 1999, el subsidio del 2 por ciento y el cheque en garantía para las atenciones de urgencia, y se estableció que los excedentes de cotización son de propiedad del a liado y la cuenta corriente para abonarlos es obligatoria y que no se puede renunciar a ella salvo en los contratos colectivos o matrimoniales.

Esta nueva normativa introdujo, como una limitación a la libertad de adecuar precios, la existencia de una banda de precios a la que debía someterse la ISAPRE al aumentar anualmente los precios base de cada uno de los planes de Salud que maneja, y la incorporación de una Tabla de Factores de riesgo por sexo y edad (dos por ISAPRE), que se incorpora en el contrato y debe respetarse duran- te toda la vigencia del mismo (en el año 2010 esta norma fue derogada parcialmente por el TC).

* ***Financiamiento del gasto en salud.***

El gasto total de Salud en Chile (7,5 por ciento del PIB o US$1.568 PPP en 2011) resulta muy inferior al promedio de los países de la OECD (OECD, 2013). En términos de la composición del financiamiento, la proporción pública resulta considerablemente más baja que el promedio OECD, mientras que el gasto de bolsillo constituye la principal fuente de financiamiento.

Existen altos niveles de copagos que deben can-celar los beneficiarios y otros pagos directos de bolsillo que surgen debido a que los medicamentos ambulatorios no están incluidos en el seguro y, además, las prestaciones tienen montos máximos a pagar por los aseguradores. Si se tiene presente que muchas de las enfermedades son eventos riesgosos, entonces existe la posibilidad que sean para muchos un evento catastrófico biomédico con la connotación negativa en la perspectiva de la estabilidad financiera de los hogares. De hecho, el 3,6 por ciento de los hogares se encontraría en tal situación.

* **Organización institucional del financiamiento.**

En términos institucionales, el sector Salud se ha organizado en un sistema de protección social que cubre al 94 por ciento de la población en 2012 (FONASA, 2013). Del resto de la población, cerca de un 3 por ciento está asociada a las Fuerzas Armadas y el remanente dispone de seguros privados no ISAPRE o no cuentan con aseguramiento.

El sistema previsional de Salud adopta la forma de un seguro de Salud que es financiado a través de un beneficio mandatado que obliga a destinar el 7 por ciento del ingreso que perciba una persona para estos efectos, con un tope de 5,061 UF de cotización legal por trabajador al año 2014. Este escenario es compartido por un Sistema Público FONASA y un subsistema privado constituido por 13 ISAPREs, de las cuales 7 son abiertas y 6 cerradas. Como ya se ha visto anteriormente , ambos sistemas se financian de manera diferente.

Las ISAPREs constituyen sistemas de seguros de Salud privados con fines de lucro, del tipo actuarialmente neutros, es decir, cobrando a cada beneficiario según su riesgo de Salud específico e individual, con primas que pueden variar de uno a cuatro veces de acuerdo a la edad, y según la cantidad de personas afiliadas a cada plan. Si el monto mandatado no alcanza a cubrir la prima cobrada por la ISAPRE, el cotizante debe agregar un monto adicional, la cotización voluntaria o adicional, que en promedio alcanza otro 3 por ciento de la renta imponible.

Un segundo factor de ajuste en el sistema ISAPRE es la elección de un plan de Salud, lo que les confiere cierta flexibilidad para adecuar la prima con desembolso del afiliado, es decir, adecuar la prima y también el copago, con los costos individuales esperados. En el sistema de ISAPRE se cuentan con más de 12.00022 de estos planes en comercialización y con un stock de más de 53.00023, diferenciándose fundamentalmente en las coberturas financieras ofrecidas para diferentes tipos de prestaciones, así como los topes por uso (ej. en psiquiatría).

Por su parte, el Sistema Público, financiado desde FONASA, cuenta con un solo plan (a través de dos modalidades de prestación, la institucional o MAI y la de libre elección o MLE) que se aplica genéricamente a todos sus a liados, financiado siempre con el 7 por ciento cualquiera sea el tamaño familiar u otros factores de riesgo del a liado o su familia y copagando de acuerdo a la modalidad de atención (10 ó 20 por ciento en MAI y variables según niveles de prestación en la MLE). Los indigentes y jubilados de bajos ingresos no copagan. Este sistema es suplementado por subsidios de fondos públicos provenientes de impuestos generales que representan un 58,4 por ciento del presupuesto del FONASA.

* **Cobertura Poblacional.**

La población de beneficiarios FONASA creció a una tasa de 2,76 por ciento promedio anual entre los años 1999 y 2012 (pasando de un 61,5 por ciento a un 76,5 por ciento de la población país), mientras el número de beneficiarios ISAPRE decreció a una tasa de -0,6 por ciento promedio anual (de un 21,7 por ciento a un 17,5 por ciento)29. De esta forma, en el año 2012, el 76,5 por ciento de la población estaba adscrita al FONASA y un 17,5 por ciento a una ISAPRE. La Figura 8 muestra la evolución de la proporción de beneficiarios por tipo de seguro entre los años 1999 y 2012.

De los 3 millones 146 mil 462 beneficiarios de ISAPRE a diciembre de 2013, un 96,7 por ciento (3 millones 44 mil 337) pertenecía a alguna de las siete ISAPREs abiertas y el restante 3,25 por ciento a alguna de las seis ISAPREs cerradas existentes a esa fecha.

**Perfil demográfico y epidemiológico de la población**

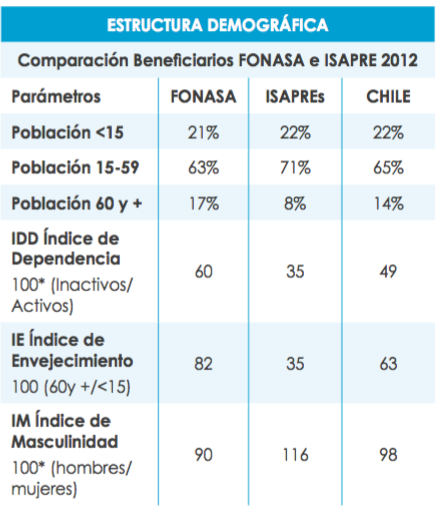
* **Demografía.**

La estructura poblacional chilena es resultado del proceso de transición demográfica iniciado en la década del 30 del siglo XX, que se caracteriza por la disminución de la mortalidad y de la fecundidad en todos los grupos de edad. A través de los años, estos cambios han llevado a la reducción de la población joven y al aumento de la proporción de población adulta y de edades avanzadas, situación que se describe como un estado de transición demográfica avanzada. La consecuencia de este fenómeno es que la población potencialmente activa comienza a disminuir y con ello aumenta el índice de dependencia demográfica. Este índice refleja la carga económica que la población potencialmente activa debe sustentar, el que disminuyó en forma paulatina en Chile desde el año 1965 a consecuencia de la reducción de la natalidad, llegando a su mínimo en el año 2011.

El escenario actual y futuro próximo, con una proporción creciente de adultos mayores de sobrevida prolongada, implica una importante exigencia para los sistemas de seguridad social y especialmente de Salud, dada la mayor demanda de servicios de Salud que presenta la población mayor. En efecto, la mortalidad y los perfiles de morbilidad son determinados (aunque no únicamente) por la edad de las personas, de forma que el riesgo de enfermar y morir se concentra en las edades extremas en ambos sexos y particularmente en los adultos mayores.

Las estructuras demográficas de las poblaciones de beneficiarios de FONASA y del conjunto de las ISAPREs reflejan el efecto de los componentes de migración entre ambos sistemas. Los beneficiarios de ISAPRE presentan una baja proporción de población adulta mayor, alta proporción de población en edad económicamente activa con un marcado predominio del sexo masculino. Esta situación se refleja en los índices de envejecimiento, donde FONASA duplica a las ISAPREs; el índice de dependencia, que en FONASA es 71 por ciento mayor que en ISAPREs, y el índice de masculinidad, que en ISAPREs es de 116 hombres por cada 100 mujeres.

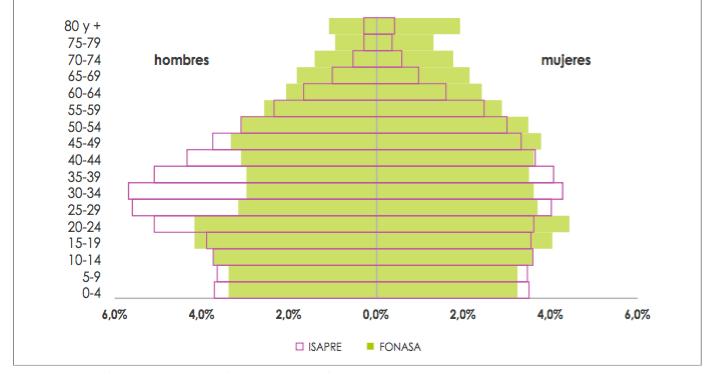
Estructura demográfica población beneficiaria FONASA e ISAPRE:

****

**Fuente:** Elaboración propia de la Comisión Presidencial ISAPRES en base a estadísticas de FONASA y de la Superintendencia de Salud.

La pirámide comparada de ambas poblaciones muestra el efecto de la emigración de FONASA a ISAPRE en las edades productivas, especialmente en hombres, y el retorno a FONASA de los adultos mayores, quienes al ver reducida su capacidad ganancial son forzados a salir del sistema por el mayor costo del sistema privado.

Pirámide poblacional beneficiarios FONASA e ISAPRE 2012:



**Fuente:** Elaboración propia de la Comisión en base a estadísticas de FONASA y de la Superintendencia de Salud.

* **Situación epidemiológica**

1. **Indicadores de impacto en Salud, prevalencia de factores de riesgo y problemas de Salud .**

La Encuesta Nacional de Salud del año 2009 permi- te comparar las prevalencias de daño en Salud de las poblaciones bene ciarias de ISAPRE y FONASA para las enfermedades incluidas en el estudio. Lo esperable es que la población de FONASA presen- te mayores prevalencias de daño en promedio debido a tres factores fundamentales: el mayor envejecimiento de sus bene ciarios, el menor nivel de ingreso promedio de sus a liados y la no exis- tencia de barreras de ingreso para las personas con pre-existencias. Es así como se observan dife- renciassigni cativas entre ambos subsistemas para varios de los problemas de Salud investigados, in- cluyendo hipertensión arterial (HTA), obesidad, dia- betes, sedentarismo y riesgo cardiovascular, entre otros30. Sin embargo, al aislar el efecto de la estructura demográfica comparando prevalencias para un mismo tramo de edad, se observa que la mayor parte de los problemas de Salud no presentan diferencias significativas entre ISAPRE y FONASA, excepto para problemas de audición y necesidad de prótesis dentales, donde consistentemente FONASA presenta una significativa mayor frecuencia en todos los tramos de edad. Esto quiere decir que la mayor prevalencia de daño de los afiliados de FONASA se debe principalmente a que atiende una mayor proporción de población envejecida y a que las ISAPREs, pese a atender a población con mayor nivel de ingresos y con mayor acceso y utilización de servicios, no logran reducir significativamente la frecuencia de factores de riesgo de sus afiliados.

* **Estado de salud y utilización.**

En relación a las diferencias en estado de Salud y utilización de servicios de Salud entre beneficiarios de FONASA e ISAPRE, a partir de los resultados de la Encuesta CASEN 2011 se puede mencionar lo siguiente:

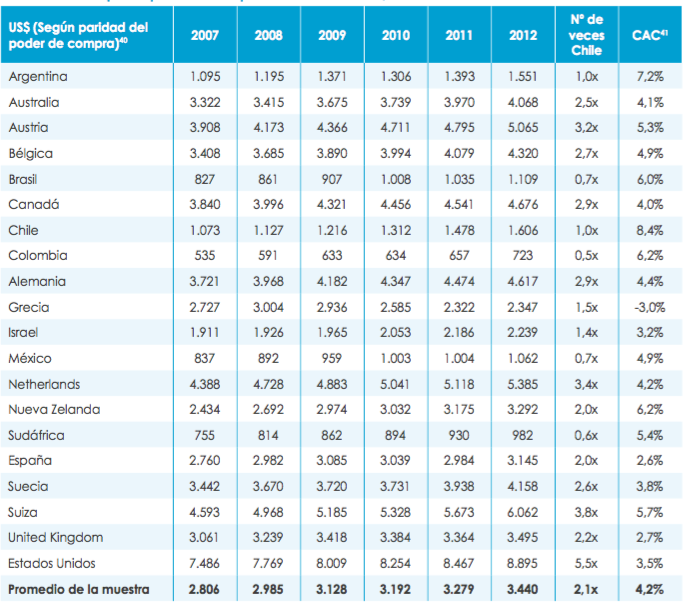
* Al usar el indicador Porcentaje de personas con Salud mala o regular, para todas las edades y quintiles de ingreso, se verifica que la población en FONASA tiene una condición de Salud menos buena que la población ISAPRE (en promedio 16,9 por ciento y 6,9 por ciento de sus beneficiarios respectivamente). Ello es consistente con las causales mencionadas en la sección precedente, el mayor envejecimiento de la población FONASA, la selección de riesgos en el sistema de ISAPRE y la diferencia en situación económica de los beneficiados.
* Si se considera la condición de discapacidad (ámbito físico, intelectual o psiquiátrico), se tiene que el porcentaje de discapacitados es mayor en la población de FONASA para prácticamente todas las categorías edad/ingresos (en promedio general, 7 por ciento para FONASA y 2,4 por ciento para ISAPRE), si bien las diferencias son a veces menos pronunciadas que al considerar el auto reporte de Salud. En este contexto es importante recordar que la discapacidad aumenta con la edad de las personas.
* El porcentaje de personas que tuvo atención de Salud entre aquellos que tuvieron una enfermedad, problema de Salud o accidente en los últimos 3 meses es similar entre los beneficiarios de FONASA (92,1 por ciento) e ISAPRE (94,1 por ciento), aunque levemente mayor para estos últimos.
* En relación a la utilización, como se muestra en las Tablas 4 y 5, por regla general la tasa de utilización de prestaciones aumenta con el tramo de edad, un resultado esperado por la condición de Salud de los grupos de mayor edad. También aumenta con el nivel de ingreso, reflejando esta vez que el acceso a la Salud tiene relación con la capacidad de pago de las personas, si bien ello no es prueba de que haya déficit de atenciones en los grupos de menores ingresos (pudiera haber sobre uso en otros casos). Asimismo, la tasa de uso es por lo general mayor en el sistema de ISAPRE a nivel de los diferentes subgrupos ingreso/edad.
* En cuanto al uso de exámenes preventivos para los cuales pregunta la encuesta CASEN, tanto el Papanicolaou como la mamografía presentan una mayor utilización por parte de la población de ISAPRE.
* **Incremento de los costos en salud en Chile.**

La tasa de crecimiento real ponderado del gasto per cápita de los últimos 5 años es de 8,4 por ciento (US$1.073 y US$1.606 por habitante en el año 2007 y el año 2012, respectivamente, según datos de la OMS). Visto de otro modo, en 2007 el gasto total de Salud representaba sólo un 6,4 por ciento del PIB, mientras que en el año 2012 supera un 7,2 por ciento del producto total. Esto significa que, en promedio, en los últimos 5 años el gasto en Salud ha crecido 2,4 por ciento por sobre lo que crece el PIB.

El aumento del gasto en Salud es una realidad no sólo en Chile, sino que también en el resto del mundo. En casi todos los países desarrollados se gasta más que en Chile, independiente del Sistema de Salud que posean. Países con sistemas de Salud público como Inglaterra o Canadá se gastan 2,2 y 2,9 veces lo que gasta Chile per cápita, mientras que en países con sistemas mixtos como Alemania, Bélgica o Suiza los ratios estudiados alcanzan 2,9; 2,7 y 3,8 veces, respectivamente.

Todo indica que los costos relacionados a la Salud seguirán creciendo, siendo el desarrollo económicos y tecnológico la variable que más estimula el crecimiento de este sector, así como también lo es el envejecimiento poblacional. Se puede observar que el índice de fecundidad en Chile ha sufrido una continua contracción, pasando de 5,58 en 1960, a 2,09 en el año 2000 y a 1,83 en el año 2012, lo que significa que el país tendrá una proporción cada vez más alta de adultos mayores en su población. De la misma manera, la esperanza de vida al nacer ha ido en aumento desde 72,9 años en el año 1990, llegando a 78,3 en el año 2012. Dado que los gastos en Salud también aumentan con la edad, se puede entonces prever que su crecimiento seguirá aumentando por sobre el PIB.

Gasto per cápita en Salud países seleccionados, 2007-2012 :



**Fuente:** Elaboración propia de la Comisión en base a estadísticas OMS.

* **Problemas del sistema de aseguramiento de Salud de las ISAPREs.**

El sistema de aseguramiento chileno es mayoritariamente público, considerando a FONASA y las instituciones de previsión de las Fuerzas Armadas y Carabineros que son parte del subsistema público, que las ISAPREs cerradas pertenecen a empresas públicas y que, finalmente, las ISAPREs abiertas son instituciones privadas que administran las contribuciones de la seguridad social, por definición, de carácter público.

Considerando a ISAPREs y FONASA, la base del sistema surgido en el año 1981 se resume bajo el concepto opt-out, dado que los ciudadanos tienen la opción de elegir aseguradora de Salud y aportan las cotizaciones obligatorias a la escogida. Al ingresar a una ISAPRE, la persona y su familia han salido del pool de riesgos conjunto de toda la sociedad para entrar a un pool de cada aseguradora. Esta elección se establece en un contexto de contrato privado y competencia entre las ISAPREs.

Pero, ¿cuáles son los elementos que caracterizan este esquema de aseguramiento de la Salud en Chile?

En primer lugar, se trata de un sistema segmenta- do por ingresos, donde la mayor parte de la población de ingresos bajos y medios es beneficiaria del subsistema público (como muestra la Tabla 10) y no ejerce la libertad de elección en materia de aseguramiento que consagraría la Constitución, tanto por la falta de ingresos propios como por la imposibilidad de recibir subsidios fiscales para comprar un seguro privado en una ISAPRE.

En cambio, la población de ingresos más altos, que sí puede ejercer la libertad de elección, se concentra en el subsistema privado. Un 79 por ciento de la población (la más pobre) permanece en el Sistema Público, donde no se dispone de las cotizaciones que los sectores de altos ingresos hacen al Sistema de Salud. Con esto, se pierde solidaridad directa de ingresos en el interior del sistema y sólo se observa la que ocurre a través de los impuestos generales que se ingresan a FONASA. Según datos de la Superintendencia de Salud, las ISAPREs recaudan 1,4 billones de pesos al año, lo que equivale al 46 por ciento de la recaudación del Sistema de Salud en su conjunto, para atender sólo a un 16,5 por ciento de la población.

En segundo lugar, el sistema ISAPRE es un esquema que selecciona y segmenta a la población (el mercado) en base al riesgo de los beneficiarios. El riesgo sanitario, expresado en las Tablas de Factores que se usan para tarificar las primas, permite pronosticar el gasto que llevará a cabo un conjunto de beneficiarios de características similares en un período de tiempo dado. No obstante, la condición de primer orden es que el ingreso bruto por beneficiario sea su cliente para financiar el gasto esperado, el que es determinado por el riesgo sanitario, los gastos de administración y ventas, y generar utilidades para la firma. En consecuencia, desde el punto de vista de las ISAPREs, el modelo de negocio consiste en seleccionar a aquellos beneficiarios que permiten extraer un ingreso neto positivo, determinadopor su ingreso bruto menos el gasto esperado.

Esta forma específica de segmentación trae consecuencias nocivas cuando se da en un contexto que permite diferenciar el plan de beneficios mínimos que otorgan las ISAPREs respecto del plan que otorga FONASA y, por otra parte, le permite a las ISAPREs comercializar un seguro complementa- rio y/o suplementario que se encuentra subsidiado por la cotización obligatoria de la población de rentas más altas. Se trata, en definitiva, de una forma particular de venta atada en condiciones de asimetría de información.

En la medida en que han convivido, por un lado, un subsistema público (FONASA) con menor disponibilidad de recursos por beneficiario y un mayor riesgo sanitario; y, por otro lado, un subsistema privado (ISAPREs) con una mayor disponibilidad de recursos por beneficiario y un menor riesgo sanitario, se han ido configurando dos subsistemas paralelos de aseguramiento, lo que genera y profundiza la inequidad en Salud y la desigualdad social. Este esquema permite advertir que la segmentación por ingresos es el aspecto más notorio y característico del aseguramiento en Salud de nuestro país, agravado por una segmentación de riesgo en los quintiles más altos, donde se segrega por edad.

Pese al enorme crecimiento del aporte fiscal registrado en las últimas dos décadas destinado al subsistema público, las brechas respecto del sub- sistema privado son sustanciales. Tales brechas se expresan no sólo en el aporte de cotizaciones per cápita entre ambos subsistemas, sino también crecientemente en cuanto al nivel de remuneraciones del personal médico y no médico, a la disponibilidad de especialistas, medicamentos, insumos y recursos tecnológicos, y, en materia de inversión, en infraestructura y equipamiento.

* **Movilidad cautividad y preexistencias.**

La definición de cautividad se encuentra en la pro- pia Ley de ISAPRE. Así, en el Artículo 170 del DFL No1 del año 2005, se explica que se entiende como “cotizante cautivo” aquel cotizante “cuya voluntad se ve seriamente afectada por razones de edad, sexo o por la ocurrencia de antecedentes de Salud, sea de él o de alguno de sus beneficiarios, y que le impida o restrinja, significativamente o definitivamente, su posibilidad de contratar otra Institución de Salud Previsional”. Esta es una de las particularidades del sistema chileno, pues la propia ley admite la potencial existencia de limitaciones a la elección y acceso, cuestión que debe ser modificada.

En términos prácticos, la cautividad en el asegu- ramiento de la Salud en Chile implica que debido a la edad, sexo o padecimiento de alguna patología que los beneficiarios de las ISAPREs puedan sufrir, no sean capaces de elegir, en régimen de competencia, la institución a la que desean afiliarse. La cautividad, por lo tanto, se evidencia en la relativa escasez de movilidad entre ISAPREs, como resultado de un proceso en el que la elección de plan realizada por los individuos no es óptima. Es decir, no es la elección que cada individuo llevaría a cabo si existiera mejor información en cuanto a las coberturas y precios de cada plan, y por tanto, en situación de niveles de competencia adecuados.

La evidencia muestra que la movilidad de las personas entre ISAPREs es escasa. Un informe de la Superintendencia de Salud así lo señala después de controlar las patologías consideradas causantes de la cautividad (Superintendencia de Salud, 2009), debido a los altos costos de cambio para el usuario y la falta de información en los individuos. Al estudiar la movilidad de distintos individuos, atendiendo a su clasificación por morbilidad, utilización y costos, se visualiza cómo la cautividad existe para una significativa proporción de individuos en el mercado. Los cautivos no se cambian de ISAPRE, o se cambian poco, porque el mercado se lo impide (2,9 por ciento), o bien se cambian a FONASA (alrededor del 7,4 por ciento). Estas cifras se contraponen a las de movilidad de los no cautivos, que cambian de ISAPRE en un 10,6 por ciento, mientras que en total (a otra ISAPRE y a FONASA) lo hacen en un 20,3 por ciento (Superintendencia de Salud, 2009).

Por otra parte, aceptando las definiciones de la Superintendencia de Salud, existirían dos tipos de cautivos: los activos y los pasivos. Esta diferencia se re ere a que dentro de un mismo contrato de seguro pueden estar distintos individuos. Y con que uno de ellos, dadas sus características individua- les, demográficas o las patologías que sufre, sea considerado cautivo, arrastra en esta condición a todos los individuos dentro del mismo contrato. Los individuos que tienen esas características son los llamados cautivos activos, mientras que el resto, los que han sido arrastrados a esta condición, son los llamados cautivos pasivos. En otras palabras, funciona como si se tuviera que calcular un nivel de riesgo común por contrato y, así, la existencia de un individuo cautivo incrementa el riesgo de todos los individuos incluidos en el contrato. Esta situación no es necesariamente beneficiosa para las ISAPREs, que en este caso se ven incapacitadas para atraer sólo a individuos sanos (descremar)sino que tienen que atraer a todos los individuos asociados al contrato, con el riesgo común. La proporción de individuos cautivos pasivos se estima que es de 49 por ciento, entonces esto supondría que casi la mitad de individuos cautivos en el mercado podrían no serlo.

A su vez, aproximadamente la mitad de los cautivos activos lo es debido a razones estrictamente etarias, mientras que la otra mitad obedece a la incidencia de las patologías llamadas a provocar la cautividad. Es conocido que la edad es uno de los determinantes del gasto sanitario y, por lo tan- to, puede ser motivo de comportamientos estratégicos por parte de los aseguradores. No obstante, también es conocido que los factores demográficos explican una menor proporción de la varianza del gasto que la información detallada de las patologías sufridas por los individuos.

La debilidad de tomar entonces esa conducta en base a la edad, se contrasta con que si la cautividad se redujera tan sólo al criterio de enferme- dad, el número total de cautivos sería de 253.846 (Superintendencia de Salud, 2009) lo que supone tan sólo, y aproximadamente, una cuarta parte de los considerados cautivos con los criterios actuales. Teniendo en cuenta que en el informe de la Superintendencia se estimaba que el número total de cautivos era del 35 por ciento de la población total, esto significaría que aquellos con patología son aproximadamente un 8 por ciento.

En general, los cautivos que se han cambiado de ISAPRE tienden a ser mucho más jóvenes que el resto. Otra propiedad común de los individuos cautivos que se mudan de ISAPRE es que pertenecen a un nivel de renta inferior, dado que se combina con las características anteriores. En cuanto a las patologías que presentan, un 34 por ciento de los cautivos que se mueven de plan tienen un diagnóstico de depresión, un 30 por ciento de hipertensión y un 9 por ciento de asma. El resto de patologías presentan una movilidad escasa entre los cautivos. Finalmente, de acuerdo al estudio citado, existe una mayor proporción de cargas cautivas que cotizantes cautivos, y mayor peso de las mujeres en las cargas en la cautividad. Esto puede explicarse probablemente por razones demográficas en la cartera de beneficiarios de ISAPREs. Recientemente, la Superintendencia de Salud ha actualizado parte de este análisis y para el año 2013 encontró que la cautividad había aumentado a un 39 por ciento de la cartera de ISAPREs.

*En relación a todos los antecedentes teóricos mencionados, en relación al aumento del gasto en salud en nuestro país, a la mayor población adulta que presenta FONASA a diferencia de las ISAPRES y al aumento de la esperanza de vida de la población lo largo del tiempo, es que este trabajo desarrollara un estudio evaluando el traspaso de ISAPRES a Fonasa en edad de jubilación de las personas proyectando en este aspecto el aumento del gasto en salud en un periodo de 30 años, con el objetivo de evidenciar este dato y generar una propuesta para disminuir el gasto en salud tomando las medidas pertinentes que permitan tener una mirada preventiva en este aspecto. Papara lo cual hemos propuesto el desarrollo de la siguiente pregunta de investigación:*

***Material y método***

**Pregunta *de investigación:*** ¿ Existe un aumento del traspaso de las personas de las ISAPREs a FONASA entre las edades de 60 a 69 años entre los años 1999 y 2015 lo que hace que aumente el gasto en salud para el estado ?

**Hipótesis :** Si, existe un aumento del traspaso de las personas de ISAPREs a Fonasa entre las edades de 60 a 69 años entre los años 1999 y 2015 lo que hace que aumente el gasto en salud para el estado.

**Objetivo General:**Estudiar el traspaso de las personas de ISAPREs a Fonasa entre las edades de 60 a 69 años entre los años 1990 y 2015 y los efectos en la gestión actual y futura del Estado.

Objetivos Específicos:

- Identificar el número de beneficiarios por rango de edad y genero pertenecientes a las ISAPRES entre los años 1990 y 2015.

- Identificar el número beneficiarios por rango de edad y género pertenecientes a FONASA entre los años 1990 y 2015.

- Identificar el número de personas que se traspasaron de ISAPRES a FONASA entre los años 1990 al 2015.

- Identificar la esperanza de vida actual de los chilenos y chilenas.Identificar la mortalidad de los chilenos y chilenas desde el año 1990 al 2015.

- Identificar el gasto en salud percápita desde los años 1990 a 2015.

- Generar una proyección del gasto público percapita en salud en los próximos 30 años considerando el actual sistema de salud del país.

- En relación a la información y análisis realizado establecer una propuesta en vías de mejorar el sistema de salud en beneficio del país y las personas.

- Medir el incremento de los traspasos tanto en términos absolutos como relativos.

**Metodología:** La presente investigación se desarrollará a partir de un análisis de datos cuantitativos y revisión de fuentes secundarias.

**Análisis de Información y Resultados Esperados:**Sobre la base de los objetivos y metodología planteada, se espera establecer una proyección del gasto publico en salud para los proximos 30 años considerando el actual sistema de salud chileno, y generar una propuesta que permita por una parte disminuir el gasto público en salud para el Estado sirviendo además al levantar y poner a dispocición esta información a las las autoridades y tomadores de deciciónes para que les sirva como insumo y tomen las medidas necesarias en beneficio del estado y de los chilenos y chilenas en materias de Salud.

**Resultados**

**Conclusión**

**Discusión**

**Bibliografía**

1. ) INFORME Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado, Preparado por: Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado, decreto No71 del 14 de abril de 2014 Palacio de La Moneda 8 de octubre de 2014. [↑](#endnote-ref-1)
2. ) <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30304> [↑](#endnote-ref-2)
3. ) <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=249177> [↑](#endnote-ref-3)
4. ) Magnitud y Características de la Cautividad en el Sistema Isapre, Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de salud, 2009. [↑](#endnote-ref-4)
5. ) Burrows J. Ética de los sistemas de salud, Centro de Bioética, Ponencia preparada para el Segundo Seminario de Bioética Clínica de la Academia Chilena de Medicina, Facultad de Medicina CAS – UDD, 2012. [↑](#endnote-ref-5)