

Newsletter

Efecto en el Presupuesto Estatal de la Fusión de Fonasa y las Isapres para la Creación de un Seguro Nacional Único de Salud

Noviembre 2015

I. Resumen Ejecutivo

En la presente discusión de reforma del sistema de salud privada, el gobierno ha planteado la necesidad de que el sistema de aseguramiento privado debe avanzar hacia los principios de seguridad social, para que a futuro se logre una integración de las Isapres y Fonasa. Así, se propone, la creación de un “Asegurador Único de Salud” (un Gran Fonasa), el cual sea administrado por el Estado y fusione tanto la recaudación de las cotizaciones y aportes fiscales para la salud, como la entrega de prestaciones médicas, los pagos de licencias médicas y la compra de servicios médicos.

El crear un Fondo Único se sustenta en la idea en que con ello **se administraría un sistema más igualitario y solidario**, y se **alcanzarían mayores niveles de eficiencia, calidad y oportunidad de atención**, puesto que los **recursos per cápita que disponen los afiliados de Isapres para prestaciones son considerablemente mayores a los de Fonasa**, y se argumenta que es justamente **esta brecha en recursos lo que explicaría las diferencias en acceso y oportunidad** que hoy se observan entre el sector público y privado.

Por ello, decidimos hacer el ejercicio de medir las brechas de ingresos existentes entre los beneficiarios de Fonasa e Isapre y calcular los ingresos adicionales que potencialmente podrían tener los beneficiarios de Fonasa si es que en el año 2014 se hubiesen mancomunado los ingresos de ambos sistemas de salud. Para esto último, se consideró la cotización legal de ambos sistemas y los aportes fiscales y municipales, netos del gasto en licencias médicas, de modo de poder tener una aproximación más real de cuáles serían los ingresos disponibles para atenciones en salud.

Los resultados que se obtuvieron distan mucho de lo que algunas autoridades creen, pues se llegó a que en el 2014 la brecha entre los ingresos disponibles para atenciones de salud para un beneficiario de Fonasa y uno de Isapre es de 4,1 dólares mensuales por beneficiario¹. De este modo, **si los ingresos del año 2014 se hubiesen mancomunado en un Fondo Único** para otorgar prestaciones de salud a los afiliados al sistema público y privado, **los afiliados de Fonasa habrían recibido apenas 0,8 dólares adicionales al mes con respecto a su situación presente (sin mancomunar)**.

De este modo, **la evidencia no sustenta la idea que un Fondo Único es más solidario y generaría mayores niveles de eficiencia y calidad gracias a una mayor disponibilidad de recursos**. En primer lugar, dichos mayores recursos son prácticamente inexistentes, puesto que no considera la cotización adicional voluntaria de los afiliados a

¹ Neta de gasto SIL y sin considerar aporte voluntario de beneficiarios de Isapres.

Isapres y si descuenta el gasto en SIL de Isapres, el cual es sustancialmente mayor al de Fonasa debido a que depende de los ingresos de sus afiliados. A su vez, el que afiliados de Fonasa tengan que sustentar el pago de licencias de los usuarios de Isapre desde ningún puesto de vista nos parece igualitario y solidario, al contrario es regresivo y generaría que cada día más recursos para atenciones en salud se destinaran a pago en SIL. En segundo lugar, la gestión pública de nuestro país ha evidenciado a lo largo de su historia, que más recursos destinados al sector público no necesariamente implican mejoras en eficiencia, calidad y oportunidades.

II. Cálculos de Ingresos del Sistema de Salud Público y Privado para el año 2014

A continuación describiremos el verdadero efecto en el presupuesto estatal que tendría el mancomunar los ingresos provenientes de ambos sistemas de salud para la creación de un Asegurador Único Nacional. Sabemos que el ejercicio que se presenta es estático y que la realidad será que se producirá un flujo de personas si es que se les obligada a cotizar su 7% sólo en el asegurador estatal: muchas personas de ingresos más altos entregarán su cotización al Fondo Único pero contratarán seguros privados y no se atenderán en el sector estatal. Sin embargo, simular dicho flujo es difícil y los resultados no debiesen ser sustancialmente muy distintos del de considerar una situación estática. Al mismo tiempo, la posibilidad de un Fondo Único también se analiza sin perjuicio de la inconstitucionalidad que representaría la imposibilidad de poder elegir el sistema de salud de preferencia de las personas.

Ingresos de los Beneficiarios

En el Cuadro N° 1 se muestran los ingresos en dólares de los beneficiarios del sistema público y privado de salud para el año 2014. En relación a los ingresos de los beneficiarios del sistema público se tiene que según información de la Dirección de Presupuestos (Dipres), los recursos provenientes de la cotización legal obligatoria de los trabajadores afiliados a Fonasa ascendieron a USD 2.798 millones en el 2014. A lo que se agregan dos ingresos adicionales: el aporte fiscal y los aportes municipales. El aporte fiscal proviene de impuestos y subsidia el menor ingreso de las personas que cotizan en Fonasa y de quienes no cotizan por ser indigentes. Por su parte, el aporte municipal, es el aporte que cada municipio realiza a la salud primaria de su comuna. En el año 2014, el aporte fiscal destinado sólo a atenciones en salud alcanzó los USD 4.433 millones², mientras que la contribución de los municipios fue de USD 149 millones³. Con todo, los ingresos de los beneficiarios de Fonasa en el año 2014 alcanzaron USD 7.380 millones. Considerando que los beneficiarios de Fonasa alcanzaron en el 2014 una cifra estimada de 13.587.723⁴ personas, significa que Fonasa en el 2014 dispuso de USD 45 por persona al mes tanto para financiar gastos en salud como pagos en licencias médicas.

Por su parte, el ingreso de los beneficiarios de las Isapres, está constituido por los aportes de la cotización legal (7%) y la cotización voluntaria (adicional al 7%), las que según información de la Superintendencia de Salud, alcanzaron en el 2014 un total de USD 2.428 millones y USD 874 millones, respectivamente. Con ello, los ingresos totales de las Isapres alcanzaron USD 3.296 millones en el 2014. Considerando que los beneficiarios en el 2014 alcanzaron los 3.256.364 de personas, el ingreso disponible por beneficiario de Isapre alcanzó USD 84 mensuales en el 2014.

² Fuente: Dipres. El aporte fiscal del MINSAL para el año 2014 fue de USD 5.007 millones a los que se les descontó el aporte fiscal destinado a financiar el Instituto de Salud pública (ISP), la Subsecretaría de Salud Pública y la Superintendencia de Salud, pues estas instituciones no entregan prestaciones de salud a los beneficiarios de Fonasa

³ Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile, AMUCH.

⁴ La cifra de beneficiarios de Fonasa se encontraba al año 2013, por lo que se le aplicó la tasa de crecimiento vegetativo del país (INE), para estimar la población Fonasa de 2014.

De los resultados anteriores, se obtiene que la brecha de los ingresos por persona entre ambos seguros es de USD 39 mensuales (un 86%) y si el ejercicio terminará acá podríamos concluir que efectivamente los beneficiarios de Isapre tienen un ingreso disponible que casi duplica al de Fonasa.

Sin embargo esta comparación es incorrecta a la hora de considerar que los mismos beneficiarios ahora cotizarán para un Fondo Único. En efecto, si los afiliados a Isapres se ven forzados a cotizar en un Asegurador Estatal, a este Fondo sólo irá su cotización obligatoria, es decir, el 7% de su ingreso imponible. De este modo, en el cálculo de ingresos de un Fondo Único sólo debemos considerar la cotización obligatoria de las personas que hoy están en Isapres.

En este contexto, el ingreso de los beneficiarios de Isapre sólo considerando la cotización legal, habría alcanzado USD 2.423 millones, equivalentes a USD 62 por beneficiario de Isapre al mes. Con ello, la brecha de los ingresos por beneficiario de ambos seguros es de USD 17 mensuales (un 37% más de lo que recibe un beneficiario de Fonasa y no un 86%).

Ingresos Netos del Gasto en Licencias Médicas

El ejercicio no termina aquí, puesto que los ingresos obtenidos por los seguros financian tanto prestaciones de salud como licencias médicas, por lo que una estimación más fina de los ingresos disponibles para prestaciones de salud debe descontar el gasto en licencias médicas (Subsidio por Incapacidad Laboral, SIL) por beneficiario.

El gasto en licencias médicas en el 2014 fue de USD 770 millones en el caso de Fonasa⁵ y de USD 656 millones en el caso de las Isapres⁶. Pese a que Fonasa tiene 3,5 veces más de cotizantes activos⁷ que las Isapres, el gasto en SIL difiere muy poco, básicamente, debido a que los ingresos laborales de los cotizantes a Isapre son mayores de los de Fonasa.

Ahora bien, en términos de beneficiarios, lo anterior lleva a que el gasto en licencias médicas mensual por beneficiario sea de USD 4,1 en el caso de Fonasa y de USD 16,8 en el caso de las Isapres.

Ingresos para Atenciones de Salud

Como se muestra en el Cuadro N° 1, los ingresos mensuales promedio disponibles por beneficiario para prestaciones de salud (neto de pago licencias médicas) es de USD 41,1 para los beneficiarios de Fonasa y de USD 45,2 para los beneficiarios de Isapre (sin considerar la cotización adicional). Con ello, **la real diferencia de ingresos disponibles**

⁵ El gasto en SIL de Fonasa para el año 2014 aún no ha sido publicado. Por ello, se ajustó el gasto en SIL de Fonasa del año 2013 de acuerdo al crecimiento del Índice de Remuneraciones Real del INE para tener una estimación del SIL de Fonasa para el año 2014.

⁶ Fuente: Superintendencia de Salud.

⁷ Población cotizante compuesta por trabajadores dependientes e independientes, es decir, sólo los cotizantes que están sujetos a recibir SIL.

para atenciones en salud entre ambos tipos de beneficiarios es de USD 4,1 mensuales, equivalentes a un 10% (ni el 86% ni 37% calculado con anterioridad).

Cuadro N° 1
Creación de un Asegurador Único Nacional
Efecto Financiero en el Presupuesto Estatal (Dólares, USD)

	Salud Pública	Isapres con Aporte Voluntario	Isapres sin Aporte Voluntario	Fondo Único
Ingresos Totales (Millones USD)				
Cotización Legal (7%)	2.798	2.423	2.423	5.221
Cotización Adicional Voluntaria	-	874	-	-
Aporte Fiscal Ley Presupuesto (*)	4.433	-	-	4.433
Aportes Municipios	149	-	-	149
Total Ingresos	7.380	3.296	2.423	9.803
Gasto SIL (**)	674	656	656	1.330
Presupuesto para Salud (sin SIL)	6.706	2.640	1.766	8.472
Ingresos Por Beneficiario para Atenciones en Salud (USD por beneficiario)				
Beneficiarios (***)	13.587.723	3.256.364	3.256.364	16.844.087
Cápita Anual para Salud por Beneficiario	494	811	542	503
Cápita Mensual para Salud por Beneficiario	41,1	67,6	45,2	41,9

(*) Este valor corresponde al aporte fiscal del MINSAL para el año 2014 menos el aporte fiscal destinado a financiar el Instituto de Salud Pública (ISP), la Subsecretaría de Salud Pública y la Superintendencia de Salud, pues estas instituciones no entregan prestaciones de salud a beneficiarios de Fonasa.

(**) El Gasto en SIL de Fonasa aún no se ha publicado para el año 2014. Por ello, se ajustó el gasto en SIL de Fonasa del año 2013 de acuerdo al crecimiento del Índice de Remuneraciones Real del INE para tener una estimación del SIL de Fonasa para el año 2014.

(***) La cifra de Beneficiarios de Fonasa se encontraba al año 2013, por lo que se le aplicó la tasa de crecimiento vegetativo del país (INE).

Fuente: Elaboración Isapres de Chile en base a datos de la Superintendencia de Salud, Fonasa, Dipres y Amuch.

Nota: Se utilizó el Tipo de Cambio Nominal de fines de 2014.

Ahora bien, los resultados anteriores ¿cómo se verían reflejados en la creación de un Fondo Único en Salud? ¿Mediante esta solución solidaría, se incrementarían sustancialmente los ingresos del sector público? Y con ello, ¿Mejorará la atención de sus usuarios?

Ingresos Fondo Único para la Salud

En el caso de que los fondos estuvieran mancomunados, los ingresos para el año 2014 serían el resultado de sumar las cotizaciones legales de ambos sistemas, el aporte fiscal y el aporte de las municipalidades (USD 9.803 millones). A ello habría que descontar el gasto en licencias médicas de ambos sub sistemas de salud (USD 1.330 millones), lo que daría como resultados ingresos para atenciones de salud por USD 8.472 millones, los que repartidos entre 16.844.087 beneficiarios, daría una **cápita mensual para atenciones de salud de USD 41,9 para los beneficiarios del Fondo Único.**

Como se sintetiza en el Cuadro N°2, **este valor es de apenas 0,8 dólares mensuales adicionales a los que cuentan hoy los beneficiarios de Fonasa** (USD 41,1 versus USD 41,9), mientras que los afiliados a Isapre dispondría de 3,3 dólares menos al mes de lo que disponen hoy (sin considerar cotización adicional).

Cuadro N° 2

Ingresos Mensuales Disponibles por Beneficiario para Atenciones en Salud (2014)

Ingresos Mensuales Por Beneficiario para Salud (USD por Beneficiario Mensual)	Salud Pública	Isapres con Aporte Voluntario	Isapres sin Aporte Voluntario	Fondo Único
Total Ingresos por Beneficiario	45,3	84,4	62,0	48,5
Gasto SIL por Beneficiario	4,1	16,8	16,8	6,6
Cápita Mensual Salud por Beneficiario	41,1	67,6	45,2	41,9

Fuente: Elaboración Isapres de Chile en base a datos de la Superintendencia de Salud, Fonasa, Dipres y Amuch.

Nota: Se utilizó el Tipo de Cambio Nominal de fines de 2014.

III. Otros Efectos que Generará la Creación de un Fondo Único para Salud

Como vimos, la creación de un Fondo Único en Salud no mejoraría sustancialmente los ingresos per cápita de los beneficiarios de Fonasa y perjudicaría los ingresos disponibles para salud de los beneficiarios de Isapre. Sin embargo, la fusión de ambos sistemas no sólo tiene consecuencias financieras, sino que también de acceso a la salud y de desarrollo en el sector, por nombrar algunos.

En efecto, la creación de un Fondo Único para salud llevaría a la inexistencia de las Isapres, lo que generaría un problema importante en la satisfacción de la demanda de prestaciones de salud, para una población que además, está acostumbrada a altos estándares de servicio, oportunidad y cobertura. Además, surge la duda razonable de si el Estado estará capacitado para atender a 16,8 millones de personas, y si fuera así, por qué no lo hace hoy que tiene a su cargo la atención de 13,5 millones de personas. A modo de ejemplo, las personas que hoy usan el Auge en Isapres, se atienden en una clínica privada o retiran sus remedios en una farmacia privada, pero si se llegase a concretar un sistema único, deberán sumarse al retiro de medicamentos y atención en el consultorio público o municipal. En consecuencia, se producirá un empeoramiento tanto para los actuales usuarios de Isapre como de los actuales usuarios de Fonasa, debido al aumento de la demanda en su sistema.

Otro peligro importante, es que el desarrollo del sector salud podría verse fuertemente afectado, ya que es un hecho que la creación de las Isapres facilitaron, desde su creación en 1981, una fuerte inversión en infraestructura hospitalaria y centros de diagnóstico de alta calidad, que no solo sirven a los beneficiarios de Isapres sino que están a disposición para toda la población. Si hoy el Estado tiene enormes deudas y déficits en hospitales, equipamiento y tecnología, ¿de dónde sacará más recursos para suplir dichos déficit que se incrementarán de modo importante al necesitar satisfacer una mayor demanda? En otras palabras, lo que hoy en parte importante es financiado y recaudado

por los privados, en el futuro deberá hacerlo el Estado con impuestos, lo que no garantiza en ningún caso una gestión adecuada de dichos recursos.

Asimismo, la creación de las Isapres trajo una mejora en las rentas de los médicos y el personal del área salud. Hoy los médicos obtienen en promedio el 70% de sus ingresos del ejercicio privado; y no creemos el Estado asumirá el compromiso de mantenerles los niveles de rentas que hoy obtienen al ejercer en el sector privado. Lo ideal es seguir manteniendo una complementariedad público-privada, es decir, que hayan médicos que estén dispuestos a trabajar en el sector público, aceptando menores salarios, ya que en sector privado complementan dichas rentas.

Por otra parte, se ha argumentado que la falta de especialistas en el sector público es consecuencia de que tienen la opción de trabajar en el sector privado, donde reciben rentas más altas. Por lo tanto, al crear un Fondo Único los especialistas estarían obligados a migrar al sector estatal de salud. Sin embargo, no hay que descartar otra alternativa (la más probable), que es que estos médicos se establezcan en consultas privadas, lo que elevaría el gasto de bolsillo respecto a su situación actual tanto de pacientes de Fonasa como de Isapres.

En adición a los problemas antes mencionados, creemos que la creación de un sistema Único Nacional de Salud generará además los siguientes efectos: (i) una baja en los incentivos para perfeccionar el sistema público de salud, pues no habrá comparaciones entre un sector público y uno privado; (ii) bajaría la oferta de trabajo para el personal médico y de apoyo sanitario, debido a que inevitablemente se producirá una menor oferta privada, lo que también se puede traducir en peores condiciones de contratación; (iii) asimismo, con un sector privado debilitado, aumentará el poder de los gremios del sector público; (iv) en materia de gasto en SIL, el sistema público ha demostrado ser menos eficaz en controlar el otorgamiento de licencias médicas, por lo cual el abuso o gasto ineficaz de este beneficio aumentará y (v) la mayor demanda en el sector privado de atenciones curativas, restará espacio y recursos, para mejorar los programas preventivos y de cambio de hábitos.

Por último, no podemos dejar de lado el reconocer que la cartera de Fonasa es más riesgosa que la cartera del sistema Isapre (sólo considerando sexo y edad), lo que repercute en el presupuesto que se tiene por beneficiario. En efecto, usando datos de la SIS y de Fonasa estimamos el factor de riesgo de ambas carteras para el año 2013⁸, siendo este factor de riesgo de 1,46 para Isapres y de 1,70 para Fonasa. Lo anterior, se traduce en que sólo por el efecto sexo y edad, Fonasa tiene un riesgo que es 16% mayor al de Isapre, lo que se refleja en un mayor costo esperado en salud (sin considerar, eso sí, que la atención en el sector privado es más cara que en el sistema público).

En todo caso, todo apunta a que dados los problemas de oportunidad de acceso y de calidad de atención de Fonasa, la creación de un Asegurador Único Estatal, generará un incremento importante en la inequidad y la desigualdad - objetivos contrarios a los

⁸ La tabla de factores utilizada para calcular el factor de riesgo de las carteras de Isapre y Fonasa (se usa la misma tabla para hacer cálculo que sea comparable), fue tomada del estudio de la Superintendencia de Salud "Evaluación de las Tablas de Factores en Comercialización de las Isapres Abiertas" de julio de 2008 (Anexo N° 1). Esta tabla de factores es la que en dicho estudio la SIS concluyó proyecta de mejor manera los costos esperados del sistema Isapre.

buscados -, ya que sólo las personas de mayor nivel económico podrán acceder a un seguro privado complementario, mientras el resto de la población se verá forzada a atenderse en un sector que hoy ya presenta importantes falencias en el acceso a una atención oportuna y de calidad.

IV. Conclusiones

La información disponible para el año 2014 nos permite llegar a dos importantes conclusiones:

La primera, es que la real brecha entre los ingresos disponibles para un beneficiario de Fonasa y uno de Isapre es de 4,1 dólares mensuales por beneficiario. En segundo lugar, se concluye que si los ingresos del año 2014 se hubiesen mancomunado en un Fondo Único para otorgar prestaciones de salud a los afiliados al sistema público y privado, los afiliados de Fonasa habrían recibido apenas 0,8 dólares adicionales al mes con respecto a su situación actual.

De este modo, la evidencia no sustenta la idea que un Fondo Único es más solidario y generaría mayores niveles de eficiencia y calidad gracias a una mayor disponibilidad de recursos. En efecto, se demostró numéricamente que dichos mayores recursos son prácticamente inexistentes, puesto que no considera la cotización adicional voluntaria de los afiliados a Isapres y si descuenta el gasto en SIL de Isapres, el cual es sustancialmente mayor al de Fonasa debido a que depende de los ingresos (se pagan contra el tope imponible salarial). Asimismo, el que afiliados de Fonasa tengan que sustentar el pago de licencias de los usuarios de Isapre desde ningún puesto de vista nos parece igualitario y solidario, al contrario es regresivo y generaría que cada día más recursos para atenciones en salud se destinaran a pago en SIL.

Adicionalmente, la gestión pública de nuestro país ha evidenciado a lo largo de su historia, que más recursos destinados al sector público no necesariamente implican mejoras en eficiencia, calidad y oportunidades. Por lo que, aunque la fusión generara más recursos – cosa que no ocurre – esto no implicaría para nada mejoras en eficiencia del sector salud estatal.

Se evidenció que mancomunar los ingresos de ambos seguros de salud tiene una ganancia muy marginal para los beneficiarios de Fonasa, sin embargo, tiene un costo muy alto para los afiliados de Isapre que pertenecen a los quintiles de ingresos más bajos. Esto por cuanto, frente a la obligación de entregar el 7% de la cotización obligatoria al seguro estatal implicará que los cotizantes de ingresos más altos entregarán su cotización al Fondo Único pero contratarán seguros privados y no se atenderán en el sector estatal. Sin embargo, la gran mayoría de los hoy afiliados a Isapres no tendrán esta opción – porque sus ingresos no les alcanzarán para financiar dos seguros – y se verán forzados a empeorar su situación de atención de salud al verse forzados a atenderse en el sector Estatal⁹. En este sentido, este componente “solidario” finalmente se transforma en un impuesto regresivo, pues parte de la población más vulnerable es la que se verá más afectada, al verse forzada a emigrar a un sistema que presenta falencias en calidad y oportunidad de atención. Esto sin considerar, que los beneficiarios del sector público también se verán perjudicados al ver presionado aún más el sistema con la llegada de nuevos usuarios.

Con todo, la evidencia demuestra que la creación de un Fondo Único en Salud en cuanto a bienestar social no es la solución más óptima, pues no mejora sustancialmente

⁹ Libertad y Desarrollo utilizando datos de la Casen 2013, estimó que cerca de 660 mil afiliados a Isapres pertenecen a los tres quintiles más bajos de ingresos dentro del sistema (con un ingreso promedio del hogar de \$530 mil), siendo este grupo el que se estima será el que irremediamente no le quedará más que atenderse en la red pública.

los ingresos per cápita de los beneficiarios de Fonasa y perjudicará los ingresos disponibles para salud de los beneficiarios de Isapre, lo que es especialmente grave, para los afiliados a Isapres de menores ingresos, pues no tendrán más alternativa que bajar su estándar de oportunidad y calidad en la atención al verse forzado a tener que atenderse en el sector estatal.

IV. Referencias

Amuch, 2015. Estudio Asociación Municipalidades de Chile, Octubre 2015. Resultados obtenido de nota de prensa publicada en el diario El Mercurio el día viernes 30 de octubre de 2015 (C9).

Dipres, 2014. Ley de Presupuestos del Sector Público Año 2014.

Fonasa, 2013. Boletín Estadístico Fonasa, 2012-2013.

INE, 2012. Estadísticas Demográficas y Vitales: Actualización de Población 2002-2012 y Proyecciones 2013-2020.

Libertad y Desarrollo, 2014. Tema Público número 1.182 de octubre de 2014.

Voces La Tercera, 2015. Columna Alejandra Candia, Economista Libertad y Desarrollo, de 21 de agosto de 2015.

Superintendencia de Salud, 2008. Evaluación de las Tablas de Factores en Comercialización de las Isapres Abierta, julio 2008.

Superintendencia de Salud, 2014. Estadísticas Financieras Isapres 2014 y Estadísticas de Cartera Isapres año 2014.

V. Anexo 1: Tabla de Factores Utilizada para Calcular los Factores de Riesgo de las Carteras de Fonasa y del Sistema Isapres

Grupos de Edad	Cotizante Masculino	Cotizante Femenino	Carga Hombre	Carga Mujer
0 a 2 años	1,80	1,80	1,80	1,80
2 a 5 años	0,80	0,80	0,80	0,80
5 a 10 años	0,60	0,60	0,60	0,60
10 a 15 años	0,60	0,60	0,60	0,60
15 a 20 años	0,60	0,70	0,60	0,70
20 a 25 años	0,80	1,40	0,70	1,00
25 a 30 años	0,90	2,10	0,80	1,60
30 a 35 años	1,00	2,60	1,00	1,90
35 a 40 años	1,00	2,60	1,00	1,80
40 a 45 años	1,20	2,30	1,20	1,70
45 a 50 años	1,30	2,30	1,30	1,90
50 a 55 años	1,60	2,50	1,60	2,00
55 a 60 años	2,10	2,70	2,10	2,20
60 a 65 años	2,70	2,70	2,70	2,70
65 a 70 años	3,20	3,20	3,20	3,20
70 a 75 años	3,80	3,80	3,80	3,80
75 a 80 años	4,50	4,20	4,50	4,20
80 y más años	4,90	4,50	4,90	4,50

Fuente: Superintendencia de Salud, "Evaluación de las Tablas de Factores en Comercialización de las Isapres Abiertas" (julio 2008)