

---

# ISAPRES

---

1981-2016

**35 años** de desarrollo del

sistema de salud privado

de Chile

**isapres**  
de Chile

**35**  
AÑOS



## PRÓLOGO

Con motivo del trigésimo quinto aniversario desde la creación de las Instituciones de Salud Previsional, la Asociación Gremial de Isapres AG edita el libro **"Isapres 1981–2016: 35 años de desarrollo del sistema de salud privado de Chile"**.

En sus páginas es posible ver una reseña histórica sobre el desarrollo del sistema Isapre y el marco regulatorio que lo ha normado a través de los años, además de aspectos institucionales y de operación que han caracterizado al sistema de salud chileno. Luego, se exponen los desafíos que enfrenta el sistema y se presentan una serie de propuestas que la Asociación de Isapres de Chile plantea para desarrollar y proyectar el sistema hacia un nuevo modelo de previsión privada de salud. Posteriormente, se presentan una serie de datos estadísticos que permiten vislumbrar la cobertura de atenciones y beneficios de salud que ha entregado el sistema privado.

Finalmente, destacados expertos del área de la salud entregan su opinión respecto a los logros y fortalezas alcanzados por el sistema Isapre, al mismo tiempo que dan cuenta de posibles espacios de mejoras.

Es de particular interés que este libro sea un aporte real para los lectores y que en sus páginas obtengan una radiografía completa de antecedentes del sistema privado de salud. El objetivo, por tanto, ha sido crear un documento que se convierta en un aporte futuro para el perfeccionamiento del actual modelo de previsión privado de salud de nuestro país.





## CARTA DEL PRESIDENTE ASOCIACIÓN DE ISAPRES

**Rafael Caviedes Duprá**

Presidente Asociación Isapres de Chile A.G

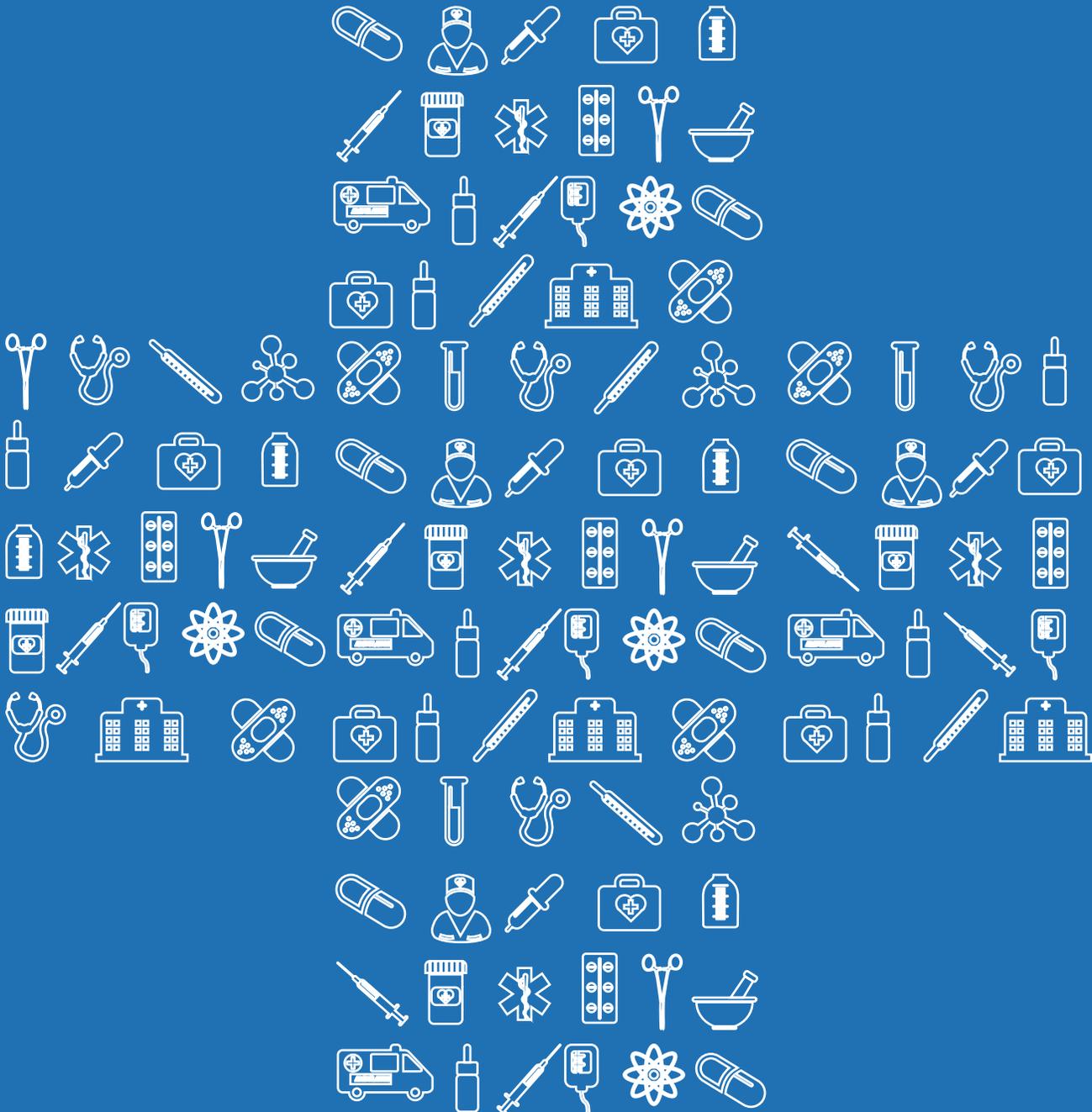
Tengo el agrado de presentar a ustedes el documento "Isapres 1981 – 2016: 35 años de desarrollo del sistema de salud privado de Chile", el cual resume los principales logros alcanzados por el sistema previsional privado de salud y los desafíos futuros que enfrenta el sector.

Hace 35 años, en 1981, se amplió las posibilidades de los chilenos para elegir en salud, mediante la creación del sistema Isapres. Uno de sus logros, ha sido permitir el acceso a un número cada vez más creciente de personas al sistema privado de atenciones de salud, las que hasta antes de su creación no tenían más opción que recurrir al sistema público. De este modo, las Isapres sustituyeron al Estado en el otorgamiento y financiamiento de las prestaciones de salud, de los trabajadores que libre e individualmente optaron por ellas. Así, la creación del sistema Isapre marcó el inicio del proceso de desarrollo y masificación del acceso a la salud privada en Chile, lo que permitió la sustancial expansión de la actividad médica privada, el auge de la inversión en infraestructura hospitalaria y de asistencia médica ambulatoria, que benefician tanto a pacientes del sistema Isapres como de Fonasa.

Con todo, las Isapres financian hoy las prestaciones de salud y las licencias médicas de cerca de 3,5 millones de personas en Chile, sin que al Estado ello le signifique algún esfuerzo económico, pues las Isapres sólo se financian con el aporte de sus afiliados y permite que más de 5 millones de beneficiarios de Fonasa se atiendan en servicios médicos privados.

Lo anterior nos impulsa a perfeccionar el sistema para permitir que más chilenos accedan al sistema privado de salud. Estoy convencido que debemos avanzar rápida y decididamente en facilitar la comparación de las diversas coberturas de salud que cada Isapre ofrece, para lo cual se propone crear un Plan de Beneficios de Salud estandarizado. Asimismo, debemos transitar de un modelo de tarificación individual a un sistema más solidario en el cual se igualen las tarifas por sexo y edad y se equalicen los riesgos mediante un Fondo de Compensación de Riesgos, de modo de minimizar esas diferencias y, a su vez, permitir la movilidad de los afiliados con enfermedades preexistentes o mayores de edad.

La complejidad de estos cambios requiere tiempo y prudencia para implementarse, no obstante, existe una contrariedad apremiante, esta es la judicialización de la adecuación anual de los precios de los planes base. Existe pleno consenso técnico, que dichas alzas de precios de los planes no son antojadizas, sino que deben realizarse para cubrir los mayores costos de una medicina mucho más intensiva, que atiende a una población más exigente y envejecida y que, inevitablemente, genera costos por encima de la inflación y del crecimiento económico. Este problema que afecta tanto la estabilidad financiera del sistema como su confianza, requiere solución urgente y no puede seguir siendo ignorado por las autoridades, pues mientras tratemos de corregir el modelo de aseguramiento, la creciente judicialización más temprano que tarde, pondrá en riesgo la viabilidad de alguna Isapre.



# Capítulo I

35 AÑOS DE DESARROLLO DEL SISTEMA  
PRIVADO DE SALUD DE CHILE



# I. SISTEMA DE SISTEMA DE SALUD

## I.1 BREVE RESEÑA HISTÓRICA Y MARCO REGULATORIO DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO<sup>1</sup>

### I.1.1 Orígenes del Sistema de Salud Chileno

El sistema de salud chileno ha sufrido una serie de transformaciones desde la creación de las primeras organizaciones sanitarias del país. Muchas de estas modificaciones han llevado a cambios profundos y estructurales del sistema de salud chileno y lo han conducido a lo que es hoy: un sistema de salud mixto en todos sus niveles, puesto que en él participa tanto el sector público como privado en todo lo que se refiere a financiamiento, aseguramiento (previsión) y provisión de atenciones de salud.

El origen del sistema de salud chileno se remonta a 1844, cuando aparecen las primeras organizaciones sanitarias, de la mano de la creación de la Junta Nacional de Beneficencia. Sin embargo, el concepto de seguro aparece por primera vez durante la primera parte del siglo XX, con la creación en 1924 del Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social (posteriormente Ministerio de Salud) y la promulgación de la Ley de Seguro Obrero Obligatorio<sup>2</sup> (Ley N° 4.054 de 1924). Este seguro, además de otorgar cobertura en salud, incorpora los pagos por concepto de jubilaciones (vejez), indemnizaciones por accidentes laborales (invalidez) y el fallecimiento de sus cotizantes (existió hasta 1952). Con el Seguro Obrero, se instala por primera vez en nuestro país un sistema de financiamiento de la salud de tipo contributivo, es decir, los aportes que reunía provenían de los trabajadores contratados, sus empleadores y el Estado.

Más tarde, en 1942<sup>3</sup> se crea el Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena), el que fusiona la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas (CEPP) y la Caja de Previsión de Empleados Privados (EMPART), incorporando así a este segmento a la previsión y otorgando prestaciones de asistencia médica y dental bajo la modalidad de un sistema administrativo o de libre elección (bonos). Por su parte, en 1952 (Ley N° 10.383 de 1952) se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS), el que a diferencia del

EL ORIGEN DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO SE REMONTA A 1844, CUANDO APARECEN LAS PRIMERAS ORGANIZACIONES SANITARIAS, DE LA MANO DE LA CREACIÓN DE LA JUNTA NACIONAL DE BENEFICENCIA. SIN EMBARGO, EL CONCEPTO DE SEGURO APARECE POR PRIMERA VEZ DURANTE LA PRIMERA PARTE DEL SIGLO XX, CON LA CREACIÓN EN 1924 DEL MINISTERIO DE HIGIENE, ASISTENCIA Y PREVISIÓN SOCIAL (POSTERIORMENTE MINISTERIO DE SALUD) Y LA PROMULGACIÓN DE LA LEY DE SEGURO OBRERO OBLIGATORIO.

1 Sección basada en: Informe Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Modelo y Marco Jurídico para El Sistema Privado de Salud (2014); Informe CEP "Desafíos y Algunos Lineamientos para el Sistema de Seguros de Salud en Chile (Velasco, 2014); Informe PUCV "Mercado de la Salud Privada en Chile" (PUCV 2012) y recopilación de información vía medios electrónicos.

2 En este caso, la palabra seguro no tiene que ver con el concepto actual de seguro. Fue el primer paso para la constitución de un sistema de previsión social en Chile, siendo una entidad semifiscal de seguridad social, la cual se estableció bajo un sistema de reparto (pagaba los beneficios sociales de sus afiliados a partir del total de lo recaudado).

3 Hasta 1979, cuando se fusiona en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).

Sermena, atendía a los obreros y el resto de la población no cubierta (indigentes). Con el SNS, desaparece el Seguro Obrero Obligatorio como tal y se separan las funciones médicas de las funciones de seguridad social. Por su parte, la seguridad social queda en manos del Servicio de Seguro Social (SSS, Ley N° 10.383 de 1952)<sup>4</sup>, al cual se incorporan los derechos a asignaciones familiares y el seguro de cesantía.

En 1968, en tanto, se promulga la Ley N° 16.744, la que establece las normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y asume los compromisos de pago de pensiones y beneficios, así como el cobro de la cotización de dicho seguro<sup>5</sup> (Mutuales de Seguridad, Instituto de Seguridad Laboral), separando estos eventos de las obligaciones médicas del Seguro Nacional de Salud. Este seguro existe hasta el día de hoy en nuestro país.

En síntesis, hacia mediados de los años setenta, el sistema de salud chileno estaba organizado de la siguiente manera: El Ministerio de Salud Pública junto con el Servicio Nacional de Salud ejercían las funciones normativas y controladoras. Adicionalmente, el Sistema Nacional de Salud, administraba y operaba el sector público de salud, que como se señaló, entregaba cobertura a obreros e indigentes, quienes hasta antes de 1979 no tenían acceso a medicina de libre elección (elegir prestador) y en caso de atenderse en el sector privado debían asumir el costo total de la prestación. El Sermena, dependía del Ministerio de Salud Pública y era una institución semifiscal, la cual financiaba las prestaciones de salud de los empleados, quienes podían elegir de entre un registro de prestadores inscritos, debiendo pagar un copago en el lugar de atención. La legislación establecía que todos los trabajadores debían cotizar obligatoriamente parte de sus salarios, los obreros inscritos al SNS, además recibían aportes de los empleadores y aportes fiscales, mientras que los empleados adscritos al Sermena, recibían suplementariamente sólo aportes de sus empleadores.

Adicionalmente, existían las ya mencionadas Mutuales de Seguridad y otros esquemas de protección de salud asociados a las Fuerzas Armadas, Carabineros y Universidades.

### 1.1.2 La Reforma a la Salud de la Década de los Ochenta

La conformación del actual sistema de salud nacional, se originó en el año 1980 (y su modelación se extendió durante toda la década), a partir de la promulgación de una nueva Constitución Política para la República de Chile, la cual, entre otros aspectos, reconoció en su Art. 19 n° 9 inc. 1° como una garantía constitucional el derecho a la protección de la salud. En concreto, dicho artículo dispuso que: *"El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de Instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea este estatal o privado"*.

4 En 1980 se crean Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), instituciones privadas encargadas de administrar los fondos y ahorro de pensiones (Decreto Ley N° 3.500 de 1980). Con ello, se reformó el sistema previsional transformándolo en un sistema de capitalización individual de las pensiones de vejez, invalidez y supervivencia. Las cajas previsionales – sistema anterior de reparto por medio de las cuales se cotizaba y entregaban las prestaciones correspondientes – se mantuvo sólo para las Fuerzas Armadas y Carabineros de Chile.

5 Mutuales de Seguridad (privadas sin fines de lucro), Instituto de Seguridad Laboral (ex INP, Estatal) y empresas con administración delegada (Codelco y PUC).

EN 1952 SE CREA EL SERVICIO NACIONAL DE DE SALUD (SNS), QUE ATENDÍA A OBREROS Y LA POBLACIÓN NO CUBIERTA POR EL SERMENA. CON EL SNS, DESAPARECE EL SEGURO OBRERO OBLIGATORIO.

Con la Constitución de 1980, en temas de salud, se reconoce la existencia de un sector privado de salud y la libertad de elección entre dicho sistema privado y el sistema público de salud. De este modo, lo dispuesto constitucionalmente generó un cambio en materia de salud al entender delegables las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, permitiendo la participación de los privados en un ámbito que hasta la fecha había sido prácticamente de exclusividad del sector estatal. En lo relativo a las acciones de salud, si bien es deber preferente pero no exclusivo del Estado atenderlos, ello debe ser siempre respetando la iniciativa particular en la materia, atendido que se garantiza el derecho de las personas a elegir el sistema en salud en el cual deseen atenderse. La ley mantiene la obligatoriedad de cotizar (salud y pensiones), sin embargo, innova en el derecho a elegir donde el trabajador desea hacerlo: si cotizar en el sistema estatal o privado, sin poder obligar a las personas a la afiliación en uno u otro sistema. Esta norma constitucional da origen a las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) y faculta a la ley para regular a estas entidades privadas que perciben cotizaciones obligatorias de salud, y que de esta forma sustituyen al Estado en el otorgamiento y financiamiento de las prestaciones de salud. Así, las personas a partir de 1980 pueden optar - si sus ingresos se lo permiten - entre quedarse en Fonasa o afiliarse a una Isapre.

Con este cambio regulatorio, se puso fin a la discriminación que existió hasta el año 1980 entre obreros y empleados, los que sólo podían hacer uso del SNS o de Sermena según su calidad de obrero o empleado.

Adicionalmente, con la Constitución de 1980 se redefine el rol del Ministerio de Salud y se descentraliza la provisión de salud estatal. En el caso de la atención primaria, se traspasó la administración de los centros de atención primaria desde el Servicio Nacional de Salud a los municipios (proceso que se dio entre los años 1981 y 1988). Con ello, se disolvió el SNS y se descentralizó la salud pública en 27 centros autónomos con patrimonio propio a cargo de las funciones operativas, de gestión y desarrollo de su red y cuya jurisdicción quedó asociada a determinadas zonas<sup>6</sup>. En relación con la recaudación y administración de los recursos destinados a la provisión de salud estatal, se fusionaron los antiguos aseguradores dependientes del Estado (SNS y Sermena), dando origen al Fondo Nacional de Salud, Fonasa (DL N° 2.763 de 1979), que se constituyó como un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio.

En síntesis, las reformas iniciadas a comienzos de los años ochenta cambiaron radicalmente la estructura y funcionamiento del sistema, con el propósito de separar las funciones de diseño de políticas, operación, control y financiación en salud, siendo los principales cambios: (i) la creación del Fondo Nacional de Salud (Fonasa); (ii) La creación de las Instituciones de Salud Previsional (Isapre); (iii) La descentralización del Servicio Nacional de Salud (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 país; 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. Asimismo, se privilegió la focalización del gasto en la atención primaria y en las acciones de salud más costo efectivas y se puso especial énfasis en la red de postas y consultorios.

6 DFL N° 1 de 2005 artículo 16°.



CON LA CONSTITUCIÓN DE

1980

SE RECONOCE UN SECTOR PRIVADO DE SALUD Y LA LIBERTAD DE ELECCIÓN ENTRE ESTE SISTEMA PRIVADO (ISAPRES) Y EL SISTEMA PÚBLICO (FONASA).

En materia de seguridad social a partir de los ochenta, las cotizaciones legales (salud y pensiones) pasaron a ser de cargo exclusivo de los trabajadores<sup>7</sup>, eliminándose el aporte del empleador (con la excepción del porcentaje entre 0,9% y 3,5% para accidentes laborales y enfermedades profesionales). De esta forma, se consideró que las cotizaciones de salud pertenecen al trabajador y le otorgan la posibilidad de elegir entre el sistema público o privado de salud y, que ese sentido de propiedad sobre la cotización, contribuiría a cautelar su buen uso por parte de las entidades que brinden los servicios de salud.

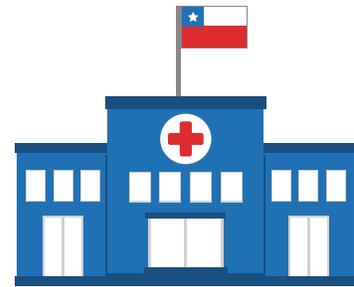
Por otra parte, en la década los ochenta se establecieron algunos incentivos estatales para fomentar la incorporación de más usuarios al sistema privado, aliviando al sector público, como fue el subsidio de descanso maternal a cargo del Estado y un subsidio de 2% del sueldo de los trabajadores de menores ingresos que se adscribieran a planes colectivos de las Isapres. En el año 1999 se puso fin a este subsidio del 2%, lo que inevitablemente aumentó la diferenciación de los subsistemas, pues casi un millón de trabajadores de bajas rentas beneficiarios de las Isapres, al no contar con el subsidio, debieron abandonar sus Isapres y afiliarse a Fonasa.

En la década de los noventa, en tanto, se promulgaron diversas leyes en pro de fortalecer el sistema de salud estatal y regular más a la actividad privada. Es así como en 1990 (Ley N° 18.933 de 1990) se creó la Superintendencia de Isapres (existe hasta el año 2005, cuando se transforma en la Superintendencia de Salud), institución que regula y supervisa el mercado de seguros y proveedores de salud, asimismo, las Isapres para constituirse deben registrarse en dicha Superintendencia. Por su parte, el Fonasa desde su constitución es supervigilado por el Ministerio de Salud (Minsal) y debe someterse a sus políticas, normas y planes. Durante la década de los noventa, se trató de realizar un importante esfuerzo por mejorar el sistema público de salud, especialmente la atención hospitalaria, para recuperar el sector con inversiones en mayor dotación de personal, mejora de sus sueldos y una fuerte inversión en infraestructura y equipamiento.

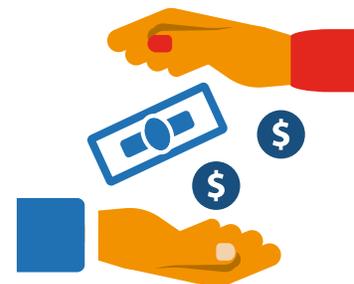
### 1.1.3 La Reforma a la Salud del Año 2005

Entre 1990 y 2007 Chile enfrentó una seguidilla de reformas, las que tenían como fundamento el reconocimiento del derecho a la salud, la equidad, solidaridad, la eficiencia y la participación social. De esta forma, las reformas afectaron primordialmente a la Superintendencia de Isapre, el Estatuto de Atención Primaria y se reemplaza el Régimen de Prestaciones de Salud por el Régimen General de Garantías en Salud, incorporándose tanto para el sector público como para el sistema Isapre, la obligación de entregar el conjunto de prestaciones GES (Garantías Explícitas en Salud).

En términos normativos, la legislación aplicable al sistema de salud nacional quedó contenida, básicamente, en la Constitución Política de la República de 1980 y en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del Ministerio de Salud, de 2005. Este último, fijó en un texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763<sup>8</sup>, de 1979, y de las



EN LA DÉCADA DE LOS NOVENTA, SE PROMULGARON DIVERSAS LEYES EN PRO DE FORTALECER EL SISTEMA DE SALUD ESTATAL Y REGULAR MÁS A LA ACTIVIDAD PRIVADA.



EN EL AÑO 2009 SE ESTABLECIÓ QUE LOS EXCEDENTES DE COTIZACIÓN, ADEMÁS DE SER DE PROPIEDAD DEL AFILIADO, TIENEN EL CARÁCTER DE IRRENUNCIABLES.

<sup>7</sup> La cotización legal pasó entre 1981 y 1983 desde un 4% a un 6% del salario bruto imponible y en el año 1986 del 6% al 7% actual.

<sup>8</sup> El DL N° 2.763 de 1979; "Reorganiza el Ministerio de Salud y el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y La Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud".

leyes N° 18.933<sup>9</sup>, de 1990, y N° 18.469<sup>10</sup>, de 1985 y la Ley 19.996. Además, como agentes económicos, a las Isapres se les aplica el Decreto Ley N° 211, sobre protección de la libre competencia en los mercados.

#### Ley N° 19.381 de 1995

Una importante reforma al sistema fue introducida por la Ley N° 19.381 de mayo de 1995. Esta normativa estableció los contenidos mínimos de los contratos, eliminó los periodos de carencia y detalló expresamente qué prestaciones podían ser excluidas de las coberturas<sup>11</sup>.

Se destaca también, dentro de las modificaciones que propuso esta ley, la declaración de que los excedentes de cotización son de propiedad de los afiliados<sup>12</sup>. La normativa anterior decía que estos excedentes eran de propiedad del afiliado salvo que éste renunciara a ellos para tener un plan con mayores beneficios. Si no renunciaba a ellos, dichos excedentes debían ser acumulados en una cuenta corriente que la Isapre debía abrir en favor del cotizante y sólo podían ser usados para los fines que la misma ley indicaba: copagos, cubrir cotizaciones en periodos de cesantía, prestaciones no cubier-

#### Ley de Urgencias (1999) y Cobertura Catastrófica (2000)

En el año 1999 se promulga la Ley N° 19.650 (Ley de Urgencias), la que tuvo como fin perfeccionar algunas normas en el área de la salud. Mediante esta normativa, se prohibió a los establecimientos de salud públicos y privados, exigirle a los afiliados que debiesen atender (ya sea de Fonasa o Isapre), montos en dinero, cheque u otro instrumento financiero para asegurar el pago futuro de las prestaciones otorgadas o condicionar de cualquier otra forma dichas atenciones, cuando esta fueran de carácter de urgencia vital (riesgo de muerte o de secuela funcional grave)<sup>13</sup>.

En el caso de las Isapres, estas instituciones deben pagar directamente al establecimiento de salud el valor de las prestaciones que se haya otorgado a sus afiliados, hasta que el paciente se encuentre estabilizado y sea trasladado a un centro asistencial que corresponda a su plan de salud.

Por su parte en el año 2000, las Isapres le propusieron (autorregulación) a la Superintendencia (de Isapre en ese entonces) crear un seguro catastrófico, el que sería entregado a todos sus beneficiarios para enfrentar financieramente una enfermedad catastrófica, fijándose un deducible<sup>14</sup> por sobre el cual se accedería al pago total de la enfermedad, siempre y cuando esté atendándose en la red de prestadores preferentes

9 Ley N° 18.933 de 1990; "Crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Isapre y deroga el Decreto con Fuerza de Ley N° 3, de Salud, de 1981".

10 Ley N° 18.469 de 1985; "Regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud".

11 Las preexistencias no declaradas pueden ser excluidas de cobertura, mientras que las preexistencias declaradas tendrán una carencia por un periodo de 18 meses. Asimismo, quedan sin cobertura las prestaciones cubiertas por otras leyes, la atención de enfermería, las hospitalización con fines de reposo, las prestaciones derivadas de la participación del beneficiario en actos de guerra, la cirugía plástica con fines de embellecimiento, medicamentos ambulatorios y las prestaciones que no estén contenidas en el arancel de Fonasa.

12 Se entiende por excedentes la diferencia existente entre el valor del plan y la cotización del 7%.

13 Acreditadas por un médico cirujano.

14 Este deducible se paga anualmente y desde el momento que se activa la enfermedad catastrófica se acumulan los copagos que se enteren por esa patología para conformar el deducible, que está vinculado a la capacidad económica del cotizante. Asciende a 30 veces la cotización pactada por cada beneficiario que lo utilice, con un mínimo de 60 UF y un máximo de 126 UF.

# 1999

SE PROMULGA LA LEY DE URGENCIAS QUE PROHIBIÓ A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS, EXIGIRLE A LOS AFILIADOS QUE DEBIESEN ATENDER (YA SEA DE FONASA O ISAPRE), MONTOS EN DINERO, CHEQUE U OTRO INSTRUMENTO FINANCIERO PARA ASEGURAR EL PAGO FUTURO DE LAS PRESTACIONES OTORGADAS.



# 2000

LAS ISAPRES CREAN LA COBERTURA PARA LAS ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS (CAEC).

de su Isapre. De esta forma, se da origen a la "Cobertura para Enfermedades Catastróficas o CAEC", que fue regulada por la Superintendencia de Isapre (posteriormente de Salud), a través de la Circular N° 59 del 29 de febrero de 2000. Originalmente, se trató de una cobertura voluntaria, pero finalmente todas las Isapres abiertas terminaron otorgándola<sup>15</sup>.

#### Ley de Solvencia de las Isapres (Ley N° 19.895 de 2003 o Ley Corta de Isapres)

Las reformas al subsistema de salud privado de salud se iniciaron con la promulgación de la llamada "Ley Corta de Isapres" (Ley N°19.895 de 2003), que buscó resguardar la solvencia de las aseguradoras y la protección de sus beneficiarios en caso de cancelación del registro de alguna Isapre<sup>16</sup>. Esta normativa, posteriormente se incorporó a la reforma de Salud del año 2005, y por tanto quedó contenida en el DFL N° 1 de 2005.

En particular, se legisló en lo referente al capital mínimo requerido al momento de ser registradas como Isapres (cinco mil unidades de fomento y deberán constituir una garantía equivalente a dos mil unidades de fomento), al patrimonio de las Isapres (deben mantener un monto igual o superior a 0,3 veces el de sus deudas totales) y la liquidez de las Isapres (la relación entre el activo y pasivo circulante de cada empresa Isapre no puede ser inferior a 0,8), entre otras<sup>17</sup>.

#### Ley de Garantías Explícitas en Salud (Ley N° 19.996 de 2005 o Ley GES) y Decreto con Fuerza de Ley N°1 (DFL N° 1 de 2005), que establece el General de Garantías en Salud y Crea la Superintendencia de Salud.

En el DFL N° 1 del Ministerio de Salud de 2005 está contenida la reforma a la salud que se basa en los pilares del GES<sup>18</sup> y la autoridad sanitaria. En concreto, esta ley crea el Régimen General de Garantías en Salud. Por su parte, la Ley N° 19.996 de 2005 dispuso que dicho régimen debería contener las Garantías Explícitas en Salud (GES). Ellas se refieren a la Garantía Explícita de Acceso; la Garantía Explícita de Calidad; la Garantía Explícita de Oportunidad y la Garantía Explícita de Protección Financiera, todas las cuales apuntan a la ampliación de las prestaciones a un mayor número de personas y a un mayor número de enfermedades. En términos simples, el plan GES incluye un listado de patologías (80 en la actualidad) cuyo diagnóstico y tratamiento (estandarizado) cuenta con Garantías Explícitas en Salud (GES), referidas al acceso, calidad, oportunidad y protección financiera para todos los chilenos (Fonasa e Isapres).

De este modo, esta reforma obliga a entregar una cobertura de acceso obligatoria para eventos de salud priorizados (representan el mayor impacto de carga de enfermedad en la ciudadanía), denominada Garantías Explícitas en Salud (garantías relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad), en todos los con-



## GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

ESTA REFORMA OBLIGA A ENTREGAR UNA COBERTURA DE ACCESO OBLIGATORIA PARA EVENTOS DE SALUD PRIORIZADOS, DENOMINADA GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES), TANTO PARA CONTRATOS DE FONASA, COMO DE ISAPRE.

<sup>15</sup> En los primeros años las Isapres cobraban un valor adicional mensual por CAEC, luego se incorpora al precio base del plan.

<sup>16</sup> Tras la quiebra de la Isapre Vida Plena en el año 2003, el gobierno envió al congreso un proyecto de ley que establecía diversas normas de solvencia y protección a las personas pertenecientes a las Isapres, AFP y compañías de Seguro, y que culminó con la dictación de la Ley N° 19.895.

<sup>17</sup> Asimismo, se modificaron las normas relativas a las garantías, el pago a prestadores, a la creación de un régimen especial de supervigilancia y control por parte de la Superintendencia de salud, al nombramiento de administrador provisional, a la cancelación de registro en caso de incumplimiento de normas de solvencia, regulando la transferencia de cartera y la prioridad de pago con garantía de las Isapres.

<sup>18</sup> Popularmente conocido como AUGÉ, régimen de Acceso Universal con Garantías Explícitas.

tratos de salud (Fonasa e Isapres), con un precio único para todos los beneficiarios de Isapre y la existencia de un Fondo de Compensación Inter-Isapres para compensar los riesgos (sexo y edad) de las diferentes poblaciones de cada Isapre.

El precio o prima del GES es igual para todos los beneficiarios de Isapre, sin que se pueda aplicar para su determinación la discriminación de precios por edad y sexo, como ocurre con el contrato del plan base. El precio del GES varía cada tres años, contados desde la vigencia del respectivo decreto GES, o en un plazo inferior si el decreto es revisado antes del período señalado si se agregan problemas de salud y/o una enfermedad.

La determinación de las patologías incluidas en el GES es elaborada por el Ministerio de Salud, de conformidad a un procedimiento establecido en la ley y en el reglamento, y deben ser aprobadas por el Ministerio de Hacienda<sup>19</sup>. El Ministerio de Hacienda fija un marco de recursos disponibles en el Fonasa y el valor de la Prima Universal, expresada en UF, al que deberán ajustarse dichas garantías<sup>20</sup>.

Por otra parte, en el año 2005 se reemplaza la Superintendencia de Isapres por la Superintendencia de Salud<sup>21</sup>, organismo funcionalmente descentralizado (se relaciona con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud), dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, cuyas funciones principales son supervigilar y controlar a las Isapres y a Fonasa, y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley, además de fiscalizar a todos los prestadores de salud públicos y privados, respecto de su acreditación y certificación.

En relación a la autoridad sanitaria, esta también sufre modificaciones con el fin de desconcentrar algunas atribuciones del nivel central, así como de separar el rol rector del rol ejecutor del Minsal. Para ello se reorganiza el Minsal en dos subsecretarías: de Redes Asistenciales y de Salud Pública. Las Secretarías Regionales Ministeriales (Seremis) concentraron las funciones de rectoría y de regulación. De esta forma, los servicios de salud quedan con las funciones ejecutoras y administradoras, gestionando los centros estatales a su cargo y articulando la red asistencial comprendida en cada uno de sus territorios (establecimientos públicos y privados en convenio con Fonasa). El director de cada servicio, así como el Superintendente de Salud pasan a ser elegidos por el Sistema de Alta Dirección Pública (ADP).

Regulación de Precios y Fondo de Compensación en Isapres para GES (Ley N° 20.015 de 2005 o Ley Larga de Isapres)

### Regulación de Ajustes de Precios

La reforma del año 2005 normó un sistema para fijar las alzas en los planes de salud, estableciendo los aspectos en que se componía el precio del plan y estableciendo la



EN EL AÑO 2005 SE REEMPLAZA LA SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES POR LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD, CUYAS FUNCIONES PRINCIPALES SON SUPERVIGILAR Y CONTROLAR A LAS ISAPRES Y A FONASA, Y VELAR POR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES QUE LES IMPONGA LA LEY, ADEMÁS DE FISCALIZAR A TODOS LOS PRESTADORES DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS, RESPECTO DE SU ACREDITACIÓN Y CERTIFICACIÓN.

<sup>19</sup> La propuesta de Garantías Explícitas considera realizar estudios con el objeto de determinar un listado de prioridades e intervenciones en salud (considerando efectividad de las intervenciones, su contribución a la calidad de vida y, cuando sea posible, costo y efectividad). Con estos estudios en mano se elabora un listado de enfermedades y sus prestaciones asociadas. Se estima el costo de incorporarlas al Régimen, de acuerdo con la capacidad de oferta pública y privada. La propuesta se somete a un proceso de verificación del costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado GES, mediante estudio coordinado por el Ministerio de Salud.

<sup>20</sup> La Ley N° 19.966 de 2004 (Ley AUGÉ) establece que las garantías que se determinan no pueden generar un costo esperado individual promedio del conjunto de beneficios de Fonasa e Isapre, estimado por 12 meses, significativamente diferente de la Prima Universal. Los cambios en el valor de la Prima Universal no pueden ser superiores a la variación experimentada por el índice General de Remuneraciones por Hora (IGMO).

<sup>21</sup> DFL N° 1 de 2005, artículo 106.

forma en que este podía reajustarse anualmente. De esta forma, el “contrato de salud” de las Isapres está compuesto por: (i) un precio base (ajustado por factor de riesgo)<sup>22</sup> y (ii) la prima GES por beneficiario (tarifa plana). En la reforma del 2005, se estableció que el precio base se reajusta a través de dos mecanismos contemplados en la ley (DFL N° 1 de 2005): La “adecuación” del precio base y la aplicación de tablas de factores de riesgo (sexo, edad y condición de cotizante o beneficiario). Además, los precios de los planes están fijados en UF, por lo que contemplan un reajuste inflacionario mensual.

**(i) Adecuación de los planes:** el artículo 197 del DFL N° 1 de 2005 modifica el conjunto de riesgos a considerar para efectos de la aplicación de un ajuste de tarifas. La ley incentivó la ampliación de la consideración de los riesgos a toda la cartera de la Isapre, como una forma de colectivizar en todos los beneficiarios de una Isapre el ajuste de tarifas (hasta antes de esta ley, algunos planes no tenían reajuste, pero otros, con población con más problemas de salud, sufrían reajustes más altos).

En el artículo 198, en tanto, se establecen las reglas a las que se debe someter la Isapre<sup>23</sup>, reglas de cómo la Superintendencia de Salud recibe el precio de cada plan y las propuestas de modificación de precio, el que debe circunscribirse a una banda<sup>24</sup>. La autoridad debe fiscalizar que el alza de estos precios se ajuste a la ley y que no haya discriminación entre afiliados (la ley prohíbe hacer rebajas).

**(ii) Tabla de Factores de Riesgo:** está definida en el artículo 170 letra n) del DFL N° 1 de 2005. La norma señala: “La expresión Tabla de Factores por aquella tabla elaborada por la Institución de Salud Previsional cuyos factores muestran la relación de precios del plan de salud para cada grupo de personas, según edad, sexo y condición de cotizante o carga, con respecto a un grupo de referencia definido por la Superintendencia, en instrucciones de general aplicación, el cual asumirá el valor unitario. Esta tabla representa un mecanismo pactado de variación del precio del plan a lo largo del ciclo de vida, el que es conocido y aceptado por el afiliado o beneficiario al momento de suscribir el contrato e incorporarse a él, según corresponda, y que no podrá sufrir variaciones en tanto la persona permanezca adscrita a dicho plan”. El artículo 199 del DFL N°1 de 2005 regula el uso de la Tabla de Factores de Riesgo.

Es importante mencionar que en el año 2010, el Tribunal Constitucional dictó una sentencia que derogó parte de la normativa de la Tabla de Factores. En la práctica congeló la aplicación de dicha tabla para aumentar los precios de los afiliados y beneficiarios cuando cambiaran de tramo de edad<sup>25</sup>. Esto, por considerarlo contrario al derecho a la protección de la salud, el principio de igualdad y el derecho

LA REFORMA DEL AÑO 2005 NORMÓ UN SISTEMA PARA FIJAR LAS ALZAS EN LOS PLANES DE SALUD DE LAS ISAPRES.

EN 2010, EL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL DEROGÓ PARTE DE LA NORMATIVA DE LA TABLA DE FACTORES, CON LO CUAL LOS PRECIOS DE LOS PLANES NO AUMENTAN AL CAMBIAR LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DE TRAMO DE EDAD.

22 El precio base se multiplica por la suma de todos los factores de riesgo de todos los beneficiarios de ese plan de salud, lo que da el precio mensual del plan. En la actualidad el precio base incluye la prima por CAEC.

23 La ley contempla que El procedimiento de adecuación de precios se inicia con una carta al afiliado con tres meses de anticipación de la fecha en que se cumpla la anualidad. Establece que las Isapres una vez al año pueden revisar los planes de salud y modificar el precio base el plan en condiciones que no exista discriminación entre afiliados de un mismo plan y en las mismas condiciones que se están ofreciendo a los nuevos contratantes. La modificación sólo puede estar referida al precio del plan, no a los beneficios o coberturas, los que no se pueden modificar. Si el afiliado no está de acuerdo con el nuevo precio cobrado puede solicitar un plan alternativo, por el mismo precio que paga, planes que deben estar en comercialización en ese momento y, si el afiliado no está conforme con las opciones propuestas puede desafiliarse (opción que es más complicada de tomar para pacientes con preexistencias, ya que es poco probable lo acepten en seguro privado de la competencia. Si lo aceptan en Fonasa).

24 La banda es de 0,7 a 1,3, siendo 1 el alza media de los planes.

25 En la medida que envejecemos vamos siendo más caros debido a mayores necesidades de atención de salud.

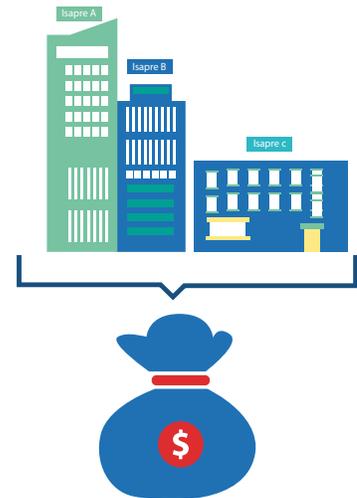
de seguridad social que no admite trato discriminatorio de ningún tipo. El Tribunal, además, exhortó al legislador (gobierno y parlamento) a determinar por ley una tabla de factores, de tal forma que dicha definición no quedará al arbitrio de las Isapres ni de la autoridad administrativa. Sin embargo, hasta la fecha lo anterior no se ha llevado a cabo y sólo primó frenar las alzas sujetas al cambio de tramo etario señaladas en la Tabla de Factores.

**(iii) Recursos de Protección con el fin de frenar adecuación precios base de planes:** los tribunales también interfirieron en la modificación del alza de los precios bases, mediante la aceptación de recursos de protección (comenzaron el año 2007) interpuestos por los beneficiarios del sistema Isapre, con el fin de frenar los precios base de sus planes. Los jueces han fallado, en su mayoría, a favor de quienes han apelado en contra del alza de precio base, justificando su decisión en que estos aumentos constituyen actos arbitrarios y unilaterales por parte de las Isapres, dejando de lado consideraciones de incrementos de costos de la salud y que las Isapres están facultadas por ley para modificar anualmente los precios de sus planes.

#### **(b) Fondo de Compensación de Riesgos GES Inter-Isapres**

La prima GES es plana por beneficiario. En este contexto, y con la finalidad de solidarizar los riesgos en salud entre los beneficiarios de las Isapres (relacionados con las prestaciones contenidas en las GES), se creó un Fondo de Compensación entre las Isapres abiertas<sup>26</sup>. Este Fondo compensa a las Isapres entre sí, por la diferencia entre la prima comunitaria que se determine para el GES y la prima ajustada por riesgo que le corresponda (sólo sexo y edad). La Superintendencia determina los montos que deben traspasarse entre Instituciones<sup>27</sup>.

LOS TRIBUNALES, DESDE EL AÑO 2007, INTERFIRIERON EN LA MODIFICACIÓN DEL ALZA DE LOS PRECIOS BASE DE LOS PLANES..



LA PRIMA GES ES PLANA POR BENEFICIARIO, Y PARA FINANCIARLA SE CREÓ UN FONDO DE COMPENSACIÓN ENTRE LAS ISAPRES ABIERTAS.

## I.2 LA ACTUAL CONFORMACIÓN DEL SISTEMA DE PREVISIÓN DE SALUD EN CHILE

### I.2.1 Los Sistemas de Previsión de Salud y su Financiamiento

En Chile, se obliga por ley a destinar para efectos de salud el siete por ciento del sueldo o pensión que una persona perciba con un tope imponible<sup>28</sup>. Las instituciones facultadas por ley para recibir la cotización para salud y a cambio otorgar y financiar las prestaciones de salud, y gestionar y pagar los subsidios por incapacidad laboral (SIL) provenientes de licencias médicas curativas (enfermedades comunes), son el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), que pertenece al sistema público, y las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), las cuales pertenecen al sector privado.

<sup>26</sup> Con tarifas planas hay grupos de personas que pagan por sobre su costo esperado y otras por debajo, por lo que El fondo redistribuye los ingresos y gastos de cada grupo y permite el correcto funcionamiento de la tarifa plana.

<sup>27</sup> Las Isapres aportan a un fondo virtual el costo GES por beneficiario determinado por la Superintendencia de Salud y retiran según le corresponda (y determine la Superintendencia) por la composición de su cartera por sexo y edad.

<sup>28</sup> Hasta el año 2009, el tope imponible era de 60 unidades de fomento (UF), el que posteriormente se fue reajustando considerando la variación del índice de remuneraciones reales determinadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE). En el año 2016 el tope imponible era de 74,3 UF, es decir, la cotización legal máxima es de 5,2 UF por trabajador.

De esta forma, el sistema previsional de salud en Chile es mixto, pues cuenta con participación pública y privada en lo que se refiere al aseguramiento de la salud (también es mixto a nivel de financiación y provisión de atenciones de salud). Actualmente, el sector previsional de salud cubre al 95% de la población, estando un 76% de dicha población adscrita a Fonasa y un 19% en las Isapres. Del resto de la población, cerca de un 3% está vinculado a las Fuerzas Armadas y Carabineros y el remanente dispone de seguros privados distintos a las Isapres o no cuenta con aseguramiento<sup>29</sup>.

Cabe mencionar, que a nivel de aseguramiento de salud, también existen las mutuales de seguridad del accidente (Ley N° 16.744 de 1968), las cuales son instituciones privadas sin fines de lucro<sup>30</sup> encargadas de las acciones de prevención de riesgos y de otorgar prestaciones de salud y pagar el SIL en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, financiadas con una cotización que es de cargo del empleador<sup>31</sup>. Sin embargo, como se señaló, la previsión social de la salud en Chile está en manos de Fonasa y las Isapres, instituciones encargadas de recaudar y gestionar la cotización legal en salud, por lo que en el análisis las mutuales quedarán fuera.

## CUADRO N°1 SISTEMA DE PREVISIÓN DE SALUD EN CHILE

SISTEMA	ADMINISTRACION	FINANCIAMIENTO	PRESTADORES	TIPO	CARACTERÍSTICAS GENERALES
FONASA (SNSS)	Estatal	Individuos (7% cotización obligatoria salud) Estado (aportes fiscales)	Estado Privado (MLE)	Sistema Estatal de Seguro Social (Bismark)	Solidario Cobertura: 76% población
Isapres	Privadas con fines de lucro (Abiertas y Cerradas)	Inindividuos (7% cotización obligatoria salud más aportes adicionales)	Privado	Seguros privados de Salud	No Solidario (Riesgos) (*) Cobertura: 19% Población
Fuerzas Armadas	Estatal	Individuos y Estado	Estatal	Seguro Social de Salud	Solidario Cobertura 3% Población

(\*) El componente solidario de todo sistema de seguridad social son los subsidios estatales, los cuales en Chile se canalizan exclusivamente hacia la oferta estatal de prestadores de salud, es decir, hacia la cobertura que brinda Fonasa. El sistema privado, en ausencia de subsidios, esta obligado a autofinanciarse y para ello las Isapres cobran primas basadas en el riesgo individual de la población cubierta por cada plan. Sin embargo, en las Isapres si existe solidaridad dentro de un mismo plan de salud (un plan vale lo mismo para todos los afiliados adscritos a dicho plan) y dentro de una Isapre (banda de precio).

**Fuente:** Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Modelo y Marco Jurídico para El Sistema Privado de Salud (2014).

**Nota:** Las prestaciones por accidentes laborales y enfermedades profesionales son administrados por organismos sin fines de lucro: las mutuales (privado) y el ISL (estatal).

29 De llegarse a requerirlo, una persona sin seguro puede recurrir a Fonasa.

30 Además, existe el Instituto de Seguridad Laboral (ISL), que es la entidad pública encargada de administrar el seguro social contra riesgos de accidentes del Trabajo y enfermedades profesionales.

31 El seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales se financia con una cotización básica general del 0,95% de la remuneración imponible del trabajador, que es de cargo del empleador, y con una cotización adicional diferenciada en función de la actividad y riesgo de la empresa que no excede de un 3,4% de las remuneraciones imponibles, también de cargo del empleador.

En relación a los planes de salud y su prima, en el caso de las Isapres el precio de cada plan depende de la cobertura del plan contratado (bonificación y copagos), la mayor o menor libertad para elegir prestadores y del riesgo de los beneficiarios (sexo y edad). Por lo que en Isapres existen múltiples planes complementarios y por tanto múltiples primas para dichos planes (misma prima para mismo plan complementario, pero que se multiplica por el factor de riesgo del afiliado). Por su parte, la prima GES es igual para todos los beneficiarios dentro de una misma Isapre (varía entre Isapres).

En Fonasa, existe un único plan, en el cual sólo varían ciertos copagos para los tramos de ingresos C (10% copago) y D (20% copago) para la modalidad de atención institucional (MAI), los que también tienen acceso a la modalidad de libre elección (MLE). En el caso de Fonasa, la prima corresponde únicamente al monto que resulte de la cotización legal para salud sobre la remuneración imponible.

En relación al financiamiento, los beneficios que reciben los afiliados a Isapres se financian exclusivamente con el aporte de los cotizantes, lo que en muchos casos implica un aporte adicional a la cotización legal. En efecto, se estima que los cotizantes de Isapre pagan en promedio el 10% de su salario imponible. En concreto, de lo recaudado por las Isapres en el año 2015, un 72% correspondió a cotización legal y el 28% restante a aporte voluntario.

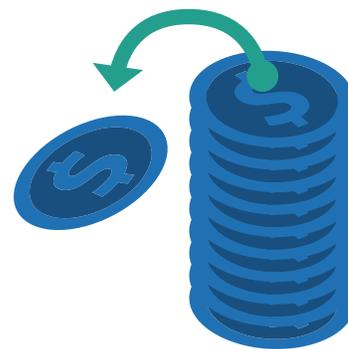
En el caso de Fonasa, existe el pago de una prima colectiva calculada en proporción a la capacidad de pago de las personas, aunque al igual que en Isapres, ésta sólo financia una fracción de los costos en que incurrir sus afiliados, el resto es financiado con aportes fiscales provenientes de impuestos generales. De acuerdo a la Ley de Presupuestos 2015, el 60% del presupuesto de Fonasa proviene de aportes fiscales y el 40% restante de la cotización legal de salud.

De esta forma, el sistemático y progresivo aumento en los costos en salud, que afecta tanto a Fonasa como a Isapres, en el caso de Fonasa es financiado a través de aumentos en el aporte fiscal y también mediante el racionamiento a través de las listas de espera, mientras que en el caso de las Isapres las alzas en los costos de salud se traducen en alzas en las primas y por tanto en incrementos en el aporte voluntario.

Previendo el problema de los costos crecientes en salud, la reforma al sistema Isapre del año 2005, facultó a las Isapres para poder ajustar las tarifas (no su contenido) de sus planes base (mismo para todos los beneficiarios de dicho plan) una vez al año. Sin embargo, la operación del sistema Isapre ha tenido que enfrentar diversos problemas en lo que respecta al ajuste de tarifas, básicamente, producto de modificaciones a lo establecido en la ley en lo referente al ajuste de los precios base de los planes, tales como, la declaración de inconstitucionalidad de la tabla de factores de riesgo (2010) y la judicialización de la adecuación de precios.

En el Cuadro N° 2 se presenta de forma esquemática las principales características distintivas entre ambos sistemas previsionales de salud, las que se pueden resumir en: (i) el cómo se define la prima; (ii) el plan de salud y (iii) el ajuste de la prima.

LOS BENEFICIOS QUE RECIBEN LOS AFILIADOS A ISAPRES SE FINANCIAN EXCLUSIVAMENTE CON EL APORTE DE LOS COTIZANTES, QUE EN PROMEDIO CORRESPONDE AL 10% DE SU SALARIO IMPONIBLE.



**CUADRO N°2**  
**CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS ENTRE FONASA E ISAPRES**

SISTEMA	FONASA	ISAPRES
Afiliación	Automática, supletoria y por disposición de la ley.	Requiere suscripción de contrato. Isapre puede rechazar solicitud de afiliación.
Contribución o precio prima	<p>a) Cotización legal del 7% de la renta imponible</p> <p>b) Este "precio" como porcentaje de la renta no varía con el tiempo.</p>	<p>a) Precio del Plan Complementario contratado comprende la aplicación de un precios base y de la tabla de factores relativos (sexo y edad).</p> <p>b) El precio del Plan Complementario cambia mediante la adecuación anual de los contratos (puede mantenerse el precio también). Hoy puede variar sólo el precio base (antes del 2005 podían variar los beneficios y antes del 2010 variaba también en factor de riesgo).</p> <p>c) Prima Ges plana por beneficiario. Se adecua cada tres años.</p>
Plan	Único (con diferentes coberturas según ingresos)	Multiplicidad de Planes.
Relación entre precio y plan	Casi inexistente, salvo por copagos. Cotización es proporcional a la remuneración.	Absoluta. La cobertura del Plan Complementario es directamente proporcional a su precio base.
Relación entre precio y riesgo	Inexistente.	El precio Plan Complementario considera el riesgo del beneficiario (prima GES no considera riesgo por sexo y edad).
Preexistencias	No se considera para efectos de afiliación o prestaciones de beneficios.	Pueden dar lugar a rechazo de afiliación y/o a coberturas diferidas o parciales.
Financiamiento de prestaciones	Cotización legal e impuestos generales.	Cotización legal más cotización adicional voluntaria.

Fuente: Elaboración Isapres de Chile en base a Ferreiro A., 2009.

**1.2.2 La Elección de Afiliación entre Sistemas de Previsión de Salud: ¿Existe Libertad de Elección para Todos?**

Como se señaló, la afiliación al sistema Isapre es de carácter individual y se financia con la cotización de salud del trabajador (7% salario bruto imponible) más aportes voluntarios en algunos casos en que la cotización de salud es insuficiente. El sistema estatal de Fonasa, además de la cotización de salud de los trabajadores, recibe importantes y crecientes subsidios fiscales. Si un trabajador opta por una Isapre, pierde dicho subsidio fiscal (subsidio a la oferta), que sí recibiría si estuviese afiliado a Fonasa.

Por otra parte, el sector privado difiere del sector público, en el acceso a una atención oportuna y de calidad, y que por su esquema de seguro y necesidad de autofinanciamiento discrimina en el cobro de sus tarifas (por riesgo).

Este diseño no permite que toda la población pueda elegir una Isapre. En concreto, la libertad constitucionalmente establecida de elegir entre aseguradores es efectiva solamente para la población que puede autofinanciar su salud en el sector privado, pues una persona cuyo 7% no le alcanza para cubrir un plan de salud en Isapre sólo puede

hacer uso de subsidios para financiar su salud en el sector estatal, por tanto por mucho que se quiera acceder a la atención oportuna y de calidad que brinda el sector privado, no puede hacerse si con el monto de la cotización legal no alcanza para un plan de Isapre, pues en Chile los subsidios de salud no son portables. Lo anterior, explica por qué la mayor parte de la población en Chile está afiliada a Fonasa y por qué éste concentra a las personas de mayor riesgo y menores ingresos.

En suma, la libertad de afiliación entre el sector público y privado que la Constitución garantiza, sólo sería verdaderamente libre si los afiliados de Fonasa pudieran trasladar sus subsidio públicos hacia la demanda del sector privado<sup>32</sup>.

## I.3 PERSPECTIVAS FUTURAS DEL SISTEMA ISAPRE

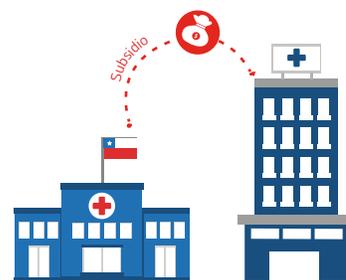
### I.3.1 Propuesta de Gobierno de Reforma a las Isapres

A fines de 2016, no existía un proyecto de ley de circulación pública sobre una posible reforma al sistema Isapre, por lo que los antecedentes que se expondrán a continuación, se refieren a las propuestas de la Comisión Presidencial de Salud y a información verbal recibida por la Asociación de Isapres en reuniones con autoridades o publicadas en medios de comunicación.

De esta información, se concluye que una eventual propuesta de gobierno consideraría los siguientes puntos donde existirían acuerdos con las Isapres: (i) tres o más planes denominados "Conjunto de Beneficios de Salud" (CBS), donde todos los afiliados pagan un precio por el plan definido por cada Isapre o bien, aportarían el 7% de su salario imponible más una "prima comunitaria", sin diferencia por sexo, edad y condición de salud, por Isapre por cada beneficiario (diferente para cada CBS); (ii) el 7% del salario imponible se distribuye a las aseguradoras (Isapres) a través de un "Fondo de Compensación de Riesgo" (FCR) que ajusta según edad, sexo y condición de salud; (iii) los CBS entregan coberturas, bonificando 80% a las prestaciones hospitalarias y 60% a las ambulatorias, más algún mecanismo de "stop loss"; (iv) habría alguna opción de libre elección acotada a un arancel; (v) libre movilidad de los cotizantes entre las diferentes Isapres, eliminando la cautividad por preexistencias y eventualmente un mecanismo de revisión de los precios. (vi) plan suplementario que ofrecerían las Isapres para mejorar coberturas.

Lo anterior, resolvería los problemas relevantes del sistema privado de salud como son la transparencia (hoy se repite la crítica a la dificultad para comparar las diversas coberturas de salud que cada Isapre ofrece debido a la multiplicidad de planes existentes), la discriminación de precios por edad y sexo, la existencia de cotizantes cautivos (se permitiría la movilidad entre Isapres) y la judicialización de adecuaciones de precios, (consecuencia de la solución de los dos problemas anteriores) por lo cual se entiende como una discusión perfectible pero justa y adecuada.

LA LIBERTAD DE AFILIACIÓN ENTRE EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO QUE LA CONSTITUCIÓN GARANTIZA, SÓLO SERÍA VERDADERAMENTE LIBRE SI LOS AFILIADOS DE FONASA PUDIERAN TRASLADAR SUS SUBSIDIO PÚBLICOS HACIA LA DEMANDA DEL SECTOR PRIVADO.



<sup>32</sup> Únicamente, en los años 80, se establecieron tímidos incentivos estatales para fomentar la incorporación de más usuarios al sistema privado, aliviando al sector público como lo fue el subsidio de 2% del sueldo de los trabajadores de menores ingresos que se adscribieran a planes colectivos de las Isapres. En el año 1999 se puso fin a este subsidio del 2%, lo que inevitablemente aumentó la diferenciación de los subsistemas, pues casi un millón de trabajadores de bajas rentas beneficiarios de las Isapres, al no contar con el subsidio, debieron abandonar sus Isapres y afiliarse a Fonasa.

Sin embargo, el Minsal agrega también otras propuestas al proyecto de reforma que las Isapres no comparten, pues pondrían en peligro la subsistencia del sistema privado. Entre estas propuestas se encuentra; (i) la eliminación de la declaración de salud para los afiliados a Fonasa; (ii) la creación de un Fondo Mancomunado financiado con 0,4 puntos del 7% de cotización legal (equivalente a 5,7% de los ingresos recaudados a través de la cotización de salud de los beneficiarios de Isapre), fondo que a la fecha no tiene un fin definido y que en el futuro sería incremental; y (iii) la regulación del precio de los planes CBS y los ajustes tri-anales de dichos planes.

Estas últimas tres propuestas establecen una obligación adicional a los cotizantes del sector privado, y pueden significar importantes costos para el erario público, en caso de que Fonasa deba hacerse cargo de población hoy atendida por las Isapres.

La eliminación de la declaración de salud y, por lo tanto, el libre ingreso de personas con preexistencias desde el Fonasa a las Isapres, en busca de una solución efectiva a sus problemas de salud (el sistema público tiene importantes problemas de acceso oportuno y de calidad), si bien es deseable, sin una compensación adecuada y sustentable generará comportamientos oportunistas de beneficiarios de Fonasa con preexistencias, que no es posible de financiar por los cotizantes de las Isapres y las llevaría a la inviabilidad financiera en el corto plazo.

Por su parte, el Fondo Mancomunado -que tendría por propósito la cobertura de atenciones de salud, por ahora no definidas-, necesariamente demandará cada vez más recursos, al igual que cualquier aspecto de los servicios de salud, consumiendo cada vez una mayor proporción de la cotización legal (7%), hasta eventualmente capturar su totalidad<sup>33</sup>. Adicionalmente, el fondo mancomunado llevará al Estado a tener que asumir el riesgo de dar servicios médicos y pagar licencias médicas de cientos de miles de personas que se trasladen desde las Isapres a Fonasa como consecuencia de este "impuesto" directo a la afiliación a Isapre<sup>34</sup>.

Por último, la fijación de precios de los planes CBS por la autoridad, no es correcto si se considera que existiría un plan de salud igual para todos (mismas coberturas definidas

---

33 En la discusión de reforma al sistema de salud, un sector del gobierno ha planteado la necesidad de avanzar hacia la integración de ambos subsistemas de salud en un "Asegurador Nacional Único de Salud", el cual sea administrado por el Estado y fusione tanto la recaudación de las cotizaciones y aportes fiscales para la salud, así como la entrega de prestaciones médicas, los pagos de licencias médicas y la compra de servicios médicos. La idea de crear este Fondo Único se sustenta 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.

Sin embargo, al hacer los cálculos, los resultados distan mucho de lo que algunas autoridades creen. Un estudio de la Asociación de Isapres - "Efecto en el Presupuesto Estatal de la Fusión de Fonasa y las Isapres para la Creación de un Seguro Nacional Único en Salud"- concluye que la brecha real entre los ingresos disponibles para un beneficiario de Fonasa y uno de Isapre es de 3,3 dólares mensuales por beneficiario (neta de gasto SIL y sin considerar aporte voluntario de beneficiarios de Isapres) y que si los ingresos del año 2015 se hubiesen mancomunado en un Fondo Único, los afiliados de Fonasa habrían recibido apenas 0,7 dólares adicionales al mes con respecto a su situación sin mancomunar. Lo anterior, debido a que si se llegaran a mancomunar las cotizaciones, no incluiría la cotización adicional voluntaria de los afiliados a Isapres, pero si descontaría el gasto en SIL de Isapres, el cual es sustancialmente mayor al de Fonasa debido a que depende de los ingresos de sus afiliados. Por último, hay que considerar que incluso aunque se contaran con mayores recursos, 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.

34 Este aporte al Fondo Mancomunado del 0,4% de la cotización legal, será un impuesto regresivo al trabajo para los afiliados a Isapres, puesto que los afiliados a Fonasa seguirán recibiendo aportes fiscales si no alcanzan a cubrir sus necesidades médicas, mientras que los afiliados a Isapre deberán o bien reducir su plan (si mantiene constante el pago que hace a la Isapre) o bien aumentar el aporte adicional voluntario (si decide mantenerse con mismo plan).

por la autoridad) y la posibilidad cierta de movilidad de las personas entre Isapres (fin cautividad), lo que garantizará niveles de transparencia y competencia muchos más altos a los existentes en la actualidad en el mercado de seguros de salud privados. Además, el regulador ya estará definiendo la cobertura de los planes CBS (el producto) por lo que si además define su precio, podría llevar a la insostenibilidad del sistema si la tarificación no se realiza en forma adecuada.

### I.3.2 Propuesta de la Asociación de Isapres para Desarrollar un Nuevo Modelo de Previsión Privada de Salud

Las Isapres, por su parte, han expresado su voluntad de colaborar activamente en los cambios que se avizoran y comparten la idea de avanzar hacia un sistema más fácil de comparar, donde se mejore la competencia entre los actores, y las tarifas eviten discriminaciones por sexo y edad y las personas puedan moverse dentro del sistema con libertad (fin condición cotizante cautivo). Asimismo, se debe contar con un mecanismo de adecuación de precios aceptado por cotizantes y tribunales.

En este contexto, la Asociación de Isapres de Chile reconoce que debe perfeccionarse el sistema vigente, de manera de avanzar en la construcción de un sistema que se acerque aún más a los principios de seguridad social de salud, que incluya al sector privado y que solucione los aspectos mencionados anteriormente. De este modo, los fundamentos que la reforma de las Isapres debería considerar, son:

- Incrementar la transparencia, mediante planes comparables, lo que se ha denominado Plan de Seguridad Social (PSS)<sup>35</sup>.
- Lograr una mayor solidaridad en el financiamiento de la salud entre afiliados del sistema Isapres, estableciendo una evaluación comunitaria de riesgos, no individual, sin discriminación por sexo y edad<sup>36</sup> para la fijación de tarifas.
- Permitir la libre movilidad entre Isapres de los afiliados con Plan PSS.
- Para hacer factibles los puntos 2 y 3, se creará un Fondo de Compensación de Riesgos entre Isapres (FCR).

En concreto, las Isapres proponen avanzar hacia un plan estandarizado y garantizado de beneficios en salud (PSS), de modo de facilitar la comprensión del usuario de sus coberturas de salud, independiente de la Isapre que las ofrezca.

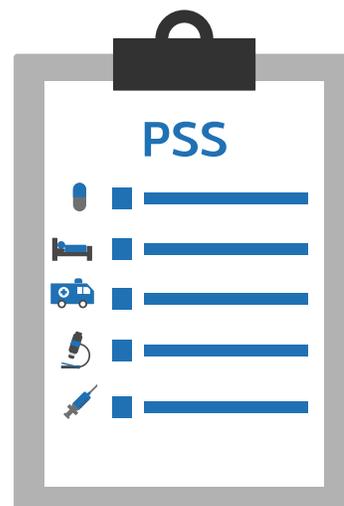
Asimismo, proponen transitar desde un modelo de tarificación individual hacia un sistema más solidario e igualitario, en el cual no se diferencien las tarifas según el riesgo individual y se ecualicen los riesgos mediante un Fondo de Compensación de Riesgos, con el fin de poner término a la diferenciación de tarifas por sexo y edad, y de paso permitir la movilidad de las personas con preexistencias. Esto favorecería la competencia del sector y la calidad de los servicios otorgados.

Adicionalmente, e independientemente de si se logra llevar a cabo una reforma completa del modelo de previsión de salud privado, la Asociación plantea la necesidad de implementar a breve plazo, un mecanismo que norme la facultad de adecuación de precios de los contratos vigentes, incorporando a un Panel de Expertos, para que éste vise dichas modificaciones.

35 Considera prestaciones de salud y el Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL).

36 También se podría explorar la alternativa de contar con 3 tarifas de acuerdo a la edad: de 0 a 18 años, de 19 a 59 años y de 60 y más años. Esta tarifa se multiplicaría por un factor X para reflejar el incremento del gasto en salud en la población de más edad.

LAS ISAPRES PROPONEN AVANZAR HACIA UN PLAN ESTANDARIZADO Y GARANTIZADO DE BENEFICIOS EN SALUD (PSS), CON TARIFA ÚNICA Y LIBRE MOVILIDAD ENTRE ISAPRES.



En tanto, para los contratos que contemplen un PSS, no se aplica un mecanismo de adecuación de tarifas regulado por ley -no obstante el procedimiento de ajuste sí es un procedimiento normado- puesto que el PSS es igual para todos los usuarios (con coberturas definidas de acuerdo a la ley) y la posibilidad cierta de movilidad de las personas entre Isapres (por calidad y servicio), lo que garantizará altos niveles de competencia y la libre elección de la mejor oferta vigente, de acuerdo al criterio de cada cotizante.

Lo anterior, deberá ir acompañado de un marco normativo que permita la transición ordenada de los cotizantes vigentes, evitando tanto la pérdida de derechos adquiridos como también la selección adversa (riesgo moral) por parte de los afiliados.

Por otra parte, las Isapres podrán ofrecer beneficios complementarios y suplementarios. Esto es, productos que cubran otras prestaciones no incluidas en el PSS o que aumenten las coberturas de las prestaciones del PSS.

Adicionalmente, para avanzar en la reforma será necesario realizar las siguientes modificaciones institucionales:

Primero, se debería definir una institucionalidad técnica para la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias (ETESA). Este organismo debiese ser el responsable de analizar las prestaciones y medicamentos existentes y a ser incorporados o eliminados de los planes PSS, como también de realizar los protocolos médicos y las acreditaciones de los prestadores (mediciones de calidad).

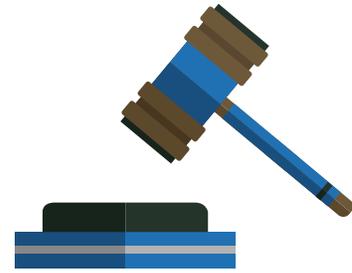
Segundo, sería conveniente que existiera una separación de funciones del seguro de salud, existiendo uno que cubra las prestaciones de salud y otro que responda por los subsidios de incapacidad laboral (SIL), debido a su distinta naturaleza en el gasto en salud. En particular, el financiamiento, control y gestión de las licencias médicas debería estar en manos de una institucionalidad especializada, que no sólo administre este beneficio para los afiliados a Fonasa e Isapres, sino que también incluyera las licencias por accidentes laborales y enfermedades profesionales. En suma, idealmente se debería establecer un fondo especial con una institucionalidad independiente y financiamiento específico para la administración de las licencias médicas y su respectivo pago SIL, en donde el financiamiento fuese compartido entre el cotizante y el empleador.

Y tercero, se debería fomentar el uso de mecanismos de compras de prestaciones entre aseguradores y prestadores que apunten a soluciones integradas, protocolizadas y/o estandarizadas, más transparentes y que promuevan una mayor eficiencia del sistema. Para ello, se debería modificar el arancel de Fonasa, que obliga a las Isapres a pagar a los prestadores mediante el sistema de pago por prestación ("fee for service") y se debería permitir alternativamente la existencia de planes cerrados y con deducibles.

Con estas modificaciones, se estima que se resolverían parte importante de los problemas que hoy afectan al sector previsional privado de salud, los que como se mencionó, son la transparencia (dificultad para comparar las diversas coberturas de salud que cada Isapre ofrece, debido a la multiplicidad de planes existentes), la discriminación de precios por edad, sexo y condición de salud, la existencia de cotizantes cautivos y la judicialización de adecuaciones de precios.

Asimismo, estos cambios crearían las bases, de tal forma que si a futuro las autoridades encargadas de las políticas de salud pública quisieran avanzar hacia una mayor integración entre Isapres y Fonasa, en una segunda etapa podría el Fonasa ofrecer el PSS e ingresar al Fondo de Compensación de Riesgos (FCR), cumpliendo con las

NECESIDAD DE IMPLEMENTAR A BREVE PLAZO UN MECANISMO QUE NORME LA FACULTAD DE ADECUACIÓN DE PRECIOS DE LOS CONTRATOS VIGENTES, INCORPORANDO A UN PANEL DE EXPERTOS, PARA QUE VISEN DICHAS MODIFICACIONES.



condiciones que dicho fondo establece, lo cual permitiría que toda la población pueda elegir el PSS en la institución de su preferencia.

Lo anterior, permitiría contar con un sistema de salud integral de multiseguros competitivos, con compensaciones de riesgo universales que permitirán la libertad de elección en la afiliación entre los usuarios, independientemente de sus niveles de renta, e incrementar la efectividad, eficiencia y calidad del sector salud del país. No obstante, para llegar a ese punto, se requerirá que el sistema público acerque sus estándares de servicios, oportunidad y coberturas efectivas a las del sector privado.

### I.3.3 Conclusiones

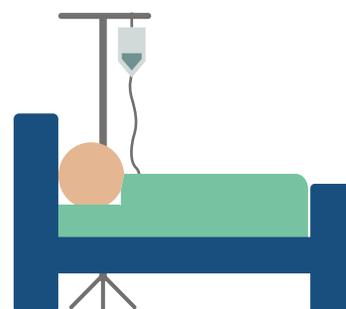
La creación de las Isapres, hace ya 35 años, como opción a la cobertura pública, ha permitido que una parte importante de la población de Chile, cerca de 3,5 millones de personas, reciban su atención de salud en el sector privado. Esto alivia la demanda por servicios de salud del sector público sin utilizar aportes fiscales, recursos que se concentran en la red pública y Fonasa.

Asimismo, la población ha podido acceder a salud de buen nivel, y la opción privada ha contribuido al desarrollo del sector prestador de salud. En efecto, desde su creación las Isapres promovieron 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, incluidos más de 5 millones de beneficiarios de Fonasa. Con ello, el sector prestador privado entrega una proporción relevante de las prestaciones médicas que demandan todos los chilenos, lo que constituye una irrefutable demostración de la colaboración público-privada en la entrega de salud a la población.

No obstante, lo anterior no significa que no existan aspectos del sistema de salud nacional, y en particular del sistema asegurador privado, que deban ser mejorados. En efecto, ya han pasado 35 años desde la reforma que creó un sistema con participación pública y privada de salud en nuestro país, el cual cuenta por una parte con contratos individuales en el aseguramiento privado (Isapre) y una contribución solidaria (aportes estatales financiados con impuestos) en el sector público (Fonasa).

Existiendo consciencia de ello, en la década del 2000 se introdujeron los últimos cambios importantes al sistema, cuando se fijaron nuevos objetivos sanitarios para el país, estableciéndose un modelo de atención primaria y trabajo en redes asistenciales en el sistema público de salud y un sistema de priorización exigible (GES) en ambos sistemas.

En relación a las Isapres, éstas han debido enfrentar dificultades en materia de ajuste de precio, así como críticas por la selección de riesgos y la cautividad de beneficiarios con preexistencias que existe en dicho sistema. Esto, ha llevado a que en tres oportunidades el Gobierno de turno convoque a Comisiones de Expertos (2010, 2011 y 2014) con el fin de reformar el sistema de salud privado (y público), lo que aún no sucede, pese a la insistencia de las mismas Isapres de la necesidad de ello<sup>37</sup>.



LA CREACIÓN DE LAS ISAPRES, HACE YA 35 AÑOS, COMO OPCIÓN A LA COBERTURA PÚBLICA, HA PERMITIDO QUE UNA PARTE IMPORTANTE DE LA POBLACIÓN DE CHILE, CERCA DE 3,5 MILLONES DE PERSONAS, RECIBAN SU ATENCIÓN DE SALUD EN EL SECTOR PRIVADO. ESTO ALIVIA LA DEMANDA POR SERVICIOS DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO SIN UTILIZAR APORTES FISCALES, RECURSOS QUE SE CONCENTRAN EN LA RED PÚBLICA Y FONASA.

37 En el año 2011 el Ejecutivo envió al Congreso un proyecto de Ley (Boletín N° 8.105-11) que entre otros aspectos, creaba un plan garantizado de salud para el sector privado, el cual debía ser ofrecido a un mismo precio para todos los beneficiarios, para lo cual se consideraba un fondo solidario entre Isapres que compensaría a las que tengan carteras más riesgosas. Este proyecto de ley avanzó en su tramitación en una primera etapa, pero posteriormente quedó paralizada.

Las Isapres apoyan y creen necesario avanzar rápida y decididamente hacia modificaciones del sistema. En particular, estiman necesario crear un plan de salud estandarizado, para facilitar la comprensión del usuario de sus coberturas de salud, independiente de la Isapres que los ofrezca. Asimismo, apoyan el que se transite de un modelo de tarificación individual a un sistema más solidario e igualitario, en el cual se igualen las tarifas y se ecualicen los riesgos mediante un Fondo de Compensación de Riesgos inter-Isapres (FCR), de modo de poner fin a la diferenciación de tarifas por sexo y edad y, de paso, con ello se permitiría la movilidad entre Isapres de las personas con preexistencias.

No obstante, lo que apremia al sistema es una solución urgente a la judicialización de las adecuaciones de los precios de los planes base. Ello no puede seguir siendo ignorado por las autoridades, pues mientras no se logre el consenso necesario para corregir el modelo de previsión privada en salud, la normativa actual se seguirá aplicando y si no se actúa a tiempo, se pondrá en riesgo, más temprano que tarde, la estabilidad financiera de alguna Isapre. Por ello, se propone que un panel de expertos vise las adecuaciones de precios de los contratos vigentes, mientras que la prima del Plan de Seguridad Social (PSS) sea fijada anualmente por cada Isapre (e igual para todos los beneficiarios con dicho plan dentro de una Isapre). Para lo anterior, es indispensable que una futura modificación normativa contenga estipulaciones transitorias para efectos de la adaptación paulatina a las nuevas disposiciones legales.

Por otra parte, el Plan de Seguridad Social requerirá de una institucionalidad independiente del poder político, conocida como ETESA (Evaluación de Tecnología Sanitaria), para evaluar la incorporación y diseño de protocolos de las tecnologías médicas que se utilicen en dicho plan, y evalúe el desempeño de los prestadores.

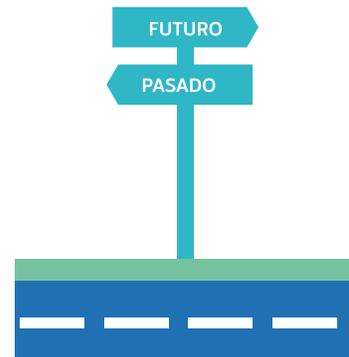
Del mismo modo, diversos expertos y comisiones de salud, han señalado la necesidad de separar de los seguros de salud -Isapres y Fonasa-, el financiamiento, control y gestión de las licencias médicas (además facilitar la operación del FCR). Para ello, se ha propuesto una institucionalidad especializada que administre este seguro, tanto para los afiliados a Fonasa como a Isapres e incluso incluir en esta institución las licencias por accidentes laborales y enfermedades profesionales.

Ahora, si se quiere avanzar hacia una reforma global del sistema de salud nacional, una vez probada la efectividad del PSS y la solvencia del FCR, el paso a seguir debiese ser el lograr la integración de ambos sistemas de salud. Para ello, Fonasa podría concurrir como un asegurador al FCR, financiando lo que corresponda con sus aportes fiscales y cotizaciones para salud y recibiendo lo que corresponda, ajustado por riesgo. Ello permitiría contar con un sistema de salud integral, de multiseguros competitivos y con libertad de afiliación para la población.

Estos cambios conforman una propuesta integral que modificaría el acceso, cambiaría los beneficios y la forma de financiar el plan de salud, pero por sobre todo, generaría una oportunidad política inédita y gigantesca, para avanzar en la modernización del sistema de salud del país y permitiría, en el futuro, un sistema multiseguro, integrado, con compensaciones de riesgo universales, que daría paso a la libertad de elección de los usuarios, independientemente de sus niveles de renta.

Sin embargo, estos cambios son complejos y requiere de herramientas sobre la cual existe poca experiencia en Chile, tal como lo es el Fondo de Compensación de Riesgos, por lo que se requerirá de tiempo y prudencia para que su implementación se

LAS ISAPRES APOYAN Y CREEN NECESARIO AVANZAR RÁPIDA Y DECIDIDAMENTE HACIA MODIFICACIONES DEL SISTEMA.



lleve a cabo de forma correcta. No obstante ello, Chile cuenta con un buen sistema de identificación de las personas y una gran información de patologías GES, lo que puede constituir una gran fuente de información para diseñar adecuadamente dicho Fondo de Compensación de Riesgos, aspectos que no estuvieron presente en los inicios de muchos países que hoy utilizan este sistema.

En definitiva, es necesario mejorar el diseño institucional y tener una regulación más adecuada para el sistema, de modo de corregir las fallas existentes y así poder alcanzar en el futuro los beneficios de un sistema más inclusivo, competitivo y universal, en el que idealmente, los afiliados puedan elegir efectivamente entre seguros, públicos y privados, mediante modelos de subsidios y compensaciones de riesgos que respondan a las necesidades y decisiones de las personas, independientemente de su sexo, edad, estado de salud o ingresos.



# Capítulo II

Columnas de opinión



## HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO: SU PARTICULAR RELACIÓN CON EL SISTEMA ISAPRE

---

**Dr. Carlos E. García Brahm**

*Dr. Carlos E. García Brahm (director Hospital Parroquial 1985-2002)*

*Director del Magister de administración y gestión de salud Universidad de los Andes.*

El hospital Parroquial de san Bernardo es una corporación de salud católica, privada y sin fines de lucro. Fundado a fines de 1800, ha estado al servicio de los más pobres de la comuna de san Bernardo de acuerdo a la misión encargada por su fundador.

Me hice cargo del hospital a fines del año 1985, inmediatamente posterior al terremoto que devastó Santiago y sus alrededores, dejando al hospital en muy malas condiciones de infraestructura.

Teníamos a cargo, como hospital delegado del sistema público de salud, a más de un millón de habitantes. Los pacientes eran derivados desde los consultorios de San Bernardo, Nos, Buin, Pirque, y parte de la comuna de San Miguel a nuestro policlínico adosado de especialidades, servicio de urgencia y hospitalización. Contábamos con 160 camas de adultos y 12 camas de pensionado. Sus edificios principales ya tenían más de 100 años y parte de ellos habían sido destruidos por el sismo.

El presupuesto, otorgado por el estado, era insuficiente para cubrir las necesidades básicas de funcionamiento por lo cual se recurría a donaciones, colectas y otras fuentes alternativas que suplían parcialmente las precarias condiciones de funcionamiento. No era posible otorgar prestaciones complejas, por lo cual los pacientes eran derivados, cuando era posible, al sistema público de salud.

Pensamos que una estrategia sostenible en el tiempo, para conseguir recursos y modernizar el hospital, debía ser abrirnos a la atención de pacientes ISAPRES de bajos recursos, mediante planes de salud que aprovecharan el 2% adicional que permitía la ley. Tomamos la iniciativa e iniciamos conversaciones con todas las ISAPRES de las cuales varias de ellas mostraron interés en trabajar en conjunto con el hospital y ofrecer planes preferentes de atención con nosotros. Por otro lado, y dada la condición confesional y sin fines de lucro del hospital, nos reunimos con empresarios de San

Bernardo y Buin, quienes acogieron la idea con entusiasmo. Fueron miles de trabajadores que se beneficiaron con estos planes de salud que les permitió acceder a prestaciones de variada complejidad, que por años habían sido postergados en el sector público por falta de capacidad, ya sea en el Hospital Parroquial u otras instituciones de mayor complejidad cuando lo requirieron. Muchos de ellos derivados de centros de atención primaria organizados por las propias ISAPRES y por los consultorios de atención primaria.

Las ISAPRES que comercializaron estos planes nos adelantaron recursos con los cuales el hospital fue capaz de construir y reconstruir en una década la totalidad de su infraestructura, dejándola acorde a la dignidad de las personas que atendíamos. Se implementó un servicio de pediatría, se aumentaron las camas de pensionado, se equipó la unidad de endoscopia y se construyó y equipó completamente el servicio de pabellones

quirúrgicos y esterilización, entre otras mejoras de infraestructura.

El número de camas aumento a 220 médico-quirúrgicas, pediátricas y ginecológicas. Se equipo una UCI con 8 camas y de reconstruyo totalmente el servicio de neonatología, imágenes y laboratorio.

Los mejores precios de las prestaciones, por otro lado nos permitieron atraer profesionales médicos, de enfermería y de colaboración medica que hicieron del hospital Parroquial una institución de salud digna de ser imitada. En efecto, fuimos visitados por varias consultoras nacionales para conocer el modelo, el diario el Mercurio nos dedico un editorial, alabando el modelo de administración y gestión, y la cámara de comercio de Santiago nos otorgo una distinción por la calidad de servicio otorgada a los trabajadores de bajos recursos.

La colaboración de las ISAPRES en el modelo de gestión del hospital parroquial, le permitió profundizar su visión de atención digna y oportuna a los más necesitados y su misión de otorgar atención de salud a los más pobres de san Bernardo. De esta manera, a una población de recursos escasos se beneficio enormemente gracias a la colaboración entre ISAPRES, empresas y prestadores que consolido una red de salud que no solo ofrecía prestaciones curativas, si no que alcanzo a iniciar acciones educativas de prevención antes de que se termine el beneficio.

Los precios adecuados permitieron cubrir el déficit de presupuesto estatal, mejorar la remuneración del personal, cubrir el déficit de personal y disminuir su rotación, implementar procesos de control de calidad y de esa manera logramos ser el primer hospital privado

acreditado en el control de infecciones intra hospitalarias. Modernizamos instalaciones, introducimos insumos y equipamiento adecuado. Fuimos capaces de otorgar ayuda financiera para que varios profesionales se capaciten en técnicas específicas en Chile y el extranjero, creamos nuestra propia escuela de auxiliares de enfermería y cooperamos con la municipalidad de San Bernardo en la formación de técnicos de enfermería en su liceo técnico, lo que permitió que cientos de jóvenes de la comuna accedan a una fuente laboral con ingresos seguros. Formamos además, un fondo con el cual becamos decenas de personas del hospital para completar estudios en el área de educación superior de salud.

Por último quisiera agregar que durante los años en que compartimos con un grupo de ISAPRES la visión de otorgar salud a trabajadores que anhelaban una mejor calidad de atención y que desgraciadamente desapareció al terminar el beneficio del 2% adicional a la cotización de salud, el hospital organizo con el Hogar de Cristo, la primera unidad que acogía pacientes terminales y abandonados. Pasaron por esa unidad más de 2000 pacientes a los cuales se les otorgo una atención digna y humana en sus últimos días de vida temporal.

Nos queda la convicción que, si se dan las condiciones adecuadas, es posible trabajar mancomunadamente prestadores y aseguradoras velando por el bien común. Se abren espacios a la innovación de servicios asequibles y valiosos, se resuelven necesidades apremiantes de la población, con rentabilidad justa para todos los actores lo que permite el desarrollo humano y empresarial que beneficia a toda la comunidad.

LA COLABORACIÓN DE LAS ISAPRES EN EL MODELO DE GESTIÓN DEL HOSPITAL PARROQUIAL, LE PERMITIÓ PROFUNDIZAR SU VISIÓN DE ATENCIÓN DIGNA Y OPORTUNA A LOS MÁS NECESITADOS Y SU MISIÓN DE OTORGAR ATENCIÓN DE SALUD A LOS MÁS POBRES DE SAN BERNARDO. DE ESTA MANERA, A UNA POBLACIÓN DE RECURSOS ESCASOS SE BENEFICIO ENORMEMENTE GRACIAS A LA COLABORACIÓN ENTRE ISAPRES, EMPRESAS Y PRESTADORES QUE CONSOLIDO UNA RED DE SALUD QUE NO SOLO OFRECÍA PRESTACIONES CURATIVAS, SI NO QUE ALCANZO A INICIAR ACCIONES EDUCATIVAS DE PREVENCIÓN ANTES DE QUE SE TERMINE EL BENEFICIO.



## EL SISTEMA DE SALUD COMO VINCULACIÓN PÚBLICO - PRIVADA

---

**Fernando Lolas Stepke**

*Profesor Titular, Universidad de Chile. Miembro de Número, Academia Chilena de la Lengua, Académico Correspondiente, Real Academia Española. Académico Honorario, Academia Chilena de Medicina.*

**D**e salud, como de educación, como de felicidad, como de dinero, nunca se tiene suficiente. Con razón se dice que pobre no es el que tiene poco sino el que quiere más. Igualmente, enferma es aquella persona aparentemente sana que ignora su condición. La cual, a medida que el progreso técnico hace accesibles el cuerpo, el alma, las moléculas, será capaz de descubrir cada vez más serias anomalías y limitaciones a su bienestar.

Poco se reflexiona en que la medicina (término usado aquí tanto para la profesión médica como para cualquier forma organizada de prestar ayuda en el menoscabo y la discapacidad) es una práctica social que induce su propia demanda. Mientras más recursos técnicos estén disponibles, o más personas digan profesarla, más demanda existirá. Es la enseñanza de esa producción teatral de Jules Romains, "Monsieur Kock o el triunfo de medicina", que narra cómo,

en un pequeño pueblo francés, la presencia del médico científico indujo finalmente la enfermedad generalizada.

La paradoja de la medicina contemporánea, post-clínica y técnica, es que ilustra la vieja y escéptica expresión: "nada falla tanto como el éxito". La tecnificación (y su consiguiente profesionalización específica) han hecho de la medicina científica una panacea de la cual se espera mayor belleza, mayor longevidad, mejor inteligencia. No solamente un mínimo de bienestar o salud. Todas "falsas esperanzas", según el famoso libro de Daniel Callahan. La medicina del deseo no parece satisfacer.

Primero, por las barreras biológicas de la especie, aún no superadas y cuya superación dista mucho de ser un ideal razonable. La muerte seguirá siendo el sentido de la vida humanamente vivida.

Segundo, por el hecho incontrovertible de que la dinámica del progreso tec-

nocrático se basa en excluir personas y así acicatear sus necesidades o deseos. Es parte constitutiva, no accidental, de las convicciones neoliberales imperantes: siempre ha de haber necesidades insatisfechas para que se estimule el espíritu emprendedor y la competencia haga a la gente trabajar más y mejor. Obviamente, para beneficio de todos. Los presentes y los futuros habitantes del planeta.

El mismo éxito de las tecnocracias lleva a su desvalorización. Pues nunca habrá medicina técnicamente fundada que pueda satisfacer de una vez y para siempre las necesidades o los deseos de todos los que quisieran sus productos o servicios. Ya se sabe que hay límites biológicos. Y los límites sociales, por obvios a veces malentendidos, consisten en que los bienes civilizatorios no serán nunca suficientes para aplacar las demandas siempre crecientes. La inequidad y la desigualdad en su acceso

constituyen ciertamente injusticias, problema moral y problema político. Pero la simple denuncia no será suficiente para complacer o satisfacer. Es necesario entender su dinámica. Compleja amalgama de factores económicos, políticos, técnicos, biológicos y morales. Para la cual, ciertamente, hay que buscar culpables o conspiraciones, pues ese es el substrato psicológico inicial de resolver o afrontar problemas cuya solución no se deja al destino o sea evidente.

Estas consideraciones pueden parecer abstractas en un texto que tiene tanto lectores como usuarios orientados hacia la práctica concreta. Pero nada hay más práctico que una buena dosis de teoría. Esto es, de contemplación en perspectiva amplia de aquello que nos ocupa o preocupa.

Nuestro país no existe en una insularidad idílica que permitiera soluciones originales. Existe en una dinámica de globalización de ideas, conceptos, creencias y prejuicios. Ignorar esto permite que sea tan sencillo opinar y dar recetas sin considerar el contexto en el cual existen las prácticas y las instituciones.

Desde hace ya tiempo que las organizaciones internacionales reconocen en las interfaces público-privadas las formas más eficientes para desarrollar acciones en educación y salud. Compete

a uno de los componentes, el público o estatal, la dimensión regulatoria, la supervisión, quizá la rectoría del sistema social del cuidado y protección de la salud. Pero el grado de diferenciación de la oferta de servicios, la adecuación a la demanda específica que las personas demandan, es probable que sea mejor afrontada por un sistema privado de instituciones. Esta dinámica globalidad-especificidad no siempre se considera en las discusiones. En principio, las motivaciones supuestas de uno y otro componente del sistema conjunto público-privado parecen diferir; se supone altruismo desinteresado en uno y afán de lucro en el otro. Como comienzo del análisis, este es un buen supuesto. Pero un verdadero análisis reconoce que tales caracterizaciones son simplistas y no conducen a plantear –y menos a resolver– problemas.

Por de pronto, lo público (o estatal, lo cual no quiere decir siempre identificación) no siempre está guiado por altruismos desinteresados. Lo estatal se condensa en dirigencias transitorias que conquistan el poder y lo ejercen según convicción y doctrina propias, a menudo utópicas, y que responden a veces a sus intereses más pedestres: abuso del poder político con fines personales, corrupción y aprovechamiento de la confianza. Y el deseo inherente a los grupos políticos de perpetuarse en

NUESTRO PAÍS NO EXISTE EN UNA INSULARIDAD IDÍLICA QUE PERMITIERA SOLUCIONES ORIGINALES. EXISTE EN UNA DINÁMICA DE GLOBALIZACIÓN DE IDEAS, CONCEPTOS, CREENCIAS Y PREJUICIOS. IGNORAR ESTO PERMITE QUE SEA TAN SENCILLO OPINAR Y DAR RECETAS SIN CONSIDERAR EL CONTEXTO EN EL CUAL EXISTEN LAS PRÁCTICAS Y LAS INSTITUCIONES.

LA RACIONALIDAD ECONÓMICA QUE GUÍA EL EMPRENDIMIENTO PRIVADO PUEDE FÁCILMENTE SATANIZARSE. SE SUPONE QUE EL LUCRO ES PERNICIOSO, SIN DISTINGUIR ENTRE JUSTA RETRIBUCIÓN POR EL EMPEÑO Y ABUSIVA GANANCIA. ESTA ÚLTIMA DEBE CONDENARSE, PERO LOS LÍMITES SON CIERTAMENTE AMBIGUOS.

situaciones de poder: origen de todo clientelismo y populismo nefasto.

La racionalidad económica que guía el emprendimiento privado puede fácilmente satanizarse. Se supone que el lucro es pernicioso, sin distinguir entre justa retribución por el empeño y abusiva ganancia. Esta última debe condenarse, pero los límites son ciertamente ambiguos. Lo que es aceptable y lo que no lo es depende de una serie de factores, entre ellos la escasez, la legitimidad de la demanda, el ser ésta esencial y básica o prescindible y lujosa, la existencia de los bienes y servicios demandados, por solo dar ejemplos. A ello debe agregarse la dinámica de las empresas transnacionales, no siempre sensibles al contexto local o interesadas en responder a demandas espontáneas sino en crear aquellas que pueden resolver con sus productos.

El sistema de aseguramiento de la propia salud tiene facetas que son susceptibles de un análisis ético. Por una parte, la ideología de los derechos humanos exige que cada persona reciba lo que su dignidad humana permite demandar como derecho. En realidad, la dignidad queda bien definida como el "derecho a tener derechos". Este "mínimo decente" permite establecer una gradación y observar si una sociedad cumple o no con esta precondition de la vida social. El

tener derechos supone también aceptar deberes, lo que no siempre es obvio. El anonimato permite en ocasiones transgredir lo que es justo y demandar lo que no se debe.

De otra parte, es concebible pensar que personas en circunstancias privilegiadas (por la lotería de la vida) deseen especificidad en sus servicios y estén dispuestas a pagar por ese beneficio. Una elemental noción de justicia distributiva permite suponer que si esto es así, podrían perfectamente subsidiar las demandas de los menos favorecidos por la fortuna vital. Un sistema de solidaridad razonable es de egoísmo racional. Hace mucho que los filósofos sociales han descubierto que todo buen egoísta debe ser altruista. La supervivencia de los grupos sociales, y aún de la humanidad entera, depende de este sencillo principio: ayudar a otros conviene al propio interés.

La salud privada en Chile tiene diversas facetas. La tradicional figura del médico independiente se difumina cada vez más. Otros profesionales mantienen quizá mejor la idea de profesión liberal. Las isapres presentan un sistema de seguros muy heterogéneo; ofrece enorme variedad de propuestas, lo que dificulta la transparencia y traspa al usuario una decisión que casi nunca es racional pues debe anticipar un futuro

desconocido, si bien no imprevisible. Es seguro que todos gastaremos más en salud a medida que envejecamos. Y, si tenemos suerte, la morbilidad se “comprimirá” en los últimos años, o poco antes de morir, dejándonos vida más o menos plena hasta el final y concentrando nuestro gasto y sufrimiento en la etapa final.

Las empresas de seguros sanitarios trabajan con un bien público, la salud, pero lo comercializan en una dinámica de costo-beneficio, privada. Su inserción en el sistema de prestaciones incluye que las personas en Chile puedan destinar su 7% obligatorio al seguro estatal o al seguro privado. Y en éste, a pagar sobre esa suma si desean diferenciación y especificidad en las prestaciones. Hasta allí todo parece claro. Donde empieza a haber problemas es en el tema de las preexistencias, en los períodos de carencia, en la limitación de las prestaciones en edades avanzadas. Lo cual parece contradecir cualquier ideario de solidaridad y se presta a la crítica.

Tengo para mí que la diversificación del sistema, las interacciones público-privadas y ese inefable factor que llamamos calidad son todos factores que exigen, por una parte, una adecuada comunicación entre todos los interesados. A veces, quizá educar a las personas para que sus demandas sean

razonables y también para que asuman responsabilidad por el propio bienestar. El debate, la deliberación, el diálogo son indispensables. Antes de enjuiciar, es necesario conocer. Cabe esperar que los representantes de las personas sean representativos de los grupos y las posturas. Solamente de esa fusión entre representación y representatividad puede lograrse una adecuada comprensión de esta interfaz público-privada que en Chile no está exenta de fricciones, malentendidos y propuestas. El gran problema no es solamente técnico- de medios- es un problema ético- de fines.

LAS ISAPRES PRESENTAN UN SISTEMA DE SEGUROS MUY HETEROGÉNEO; OFRECE ENORME VARIEDAD DE PROPUESTAS, LO QUE DIFICULTA LA TRANSPARENCIA Y TRASPASA AL USUARIO UNA DECISIÓN QUE CASI NUNCA ES RACIONAL PUES DEBE ANTICIPAR UN FUTURO DESCONOCIDO, SI BIEN NO IMPREVISIBLE. ES SEGURO QUE TODOS GASTAREMOS MÁS EN SALUD A MEDIDA QUE ENVEJECAMOS.



## LAS ISAPRES EN PERSPECTIVA

---

**Juan-Pablo Illanes**

*Médico, Licenciado en Ciencias Biológicas de la Universidad Católica de Chile. MPH, Health Policy Analysis, en Harvard University. Se ha desempeñado como director y asesor de la Presidencia de El Mercurio, y como presidente de América Solidaria. Actualmente es presidente de la Universidad Diego Portales.*

Las Isapres surgieron en 1981, en un momento de nuestra historia en que se renovaban las antiguas estructuras de la previsión social. Poco antes, en 1979, se habían creado los 27 servicios que reemplazarían al Servicio Nacional de Salud, y sólo meses antes se había transformado el sistema de pensiones con la creación de las Administradoras de Fondos de Pensiones, AFP, que se encargarían de administrar los ahorros del sistema de capitalización individual. Cada persona asumiría su responsabilidad de prepararse para la vejez, mediante ahorros obligatorios. Análogamente, y siguiendo la norma chilena de que todos los trabajadores debían aportar el 7 por ciento de sus ingresos a salud, se abrió la posibilidad de que cada persona eligiera a qué institución haría entrega de su dinero a cambio de la seguridad en sus atenciones.

La creación del sistema de Isapres fue impulsada por dos fuerzas: por una parte, los trabajadores que ya tenían un sistema de seguros de salud que no querían caer en el sistema único que disponía la reforma previsional y, de otro lado, la opinión imperante de

que la libertad individual debía ser el motor central de la organización social del país. La primera de estas fuerzas se pudo verificar en forma concreta en los trabajadores asociados a la Caja Bancaria, quienes solicitaron poder cotizar su 7 por ciento internamente en una organización que les diera seguridad en salud. El segundo impulso se reflejó en la prensa que recogía opiniones autorizadas e insistía editorialmente que debía existir un sistema análogo al de las AFP para hacer posible que las personas eligieran dónde querían asegurarse. Para ello se basaban en lo que disponía la Constitución, que ya había dejado abierto el camino al señalar en su artículo 19 No. 9: "Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado". Dicho precepto no se ha cambiado en los cientos de modificaciones que ha experimentado la Carta Fundamental.

Pero el sistema no sólo ofrecía la ventaja de ser consistente con la institucionalidad basada en la libertad de las personas, sino que además ofrecía un régimen que creaba competencia entre distintos modos de organizarse y den-

tro de cada uno de ellos, entre diferentes modalidades y emprendimientos. Se abrió así el sector salud a quienes quisieran arriesgarse a participar en él y se liberaba en alguna medida a los atiborrados servicios estatales de atender a una parte de la población, cuya magnitud era objeto de especulaciones. Se decía en ese entonces que el 8 por ciento de la población sería el tope que podría alcanzar.

Aunque las Isapres nacieron en una época de grave crisis económica nacional y sin contar con datos estadísticos que les permitieran ajustar sus cálculos, crecieron a un ritmo razonable y ya a los cinco años tenían a su cargo la salud de cerca de un millón de personas. Es decir, ya estaban algo por arriba del 8 por ciento de la población nacional de esa época. El número de Isapres en competencia también aumentó rápidamente y llegaron a ser 35 las que existían el año 1996. Luego de la crisis asiática y otros cambios, vino una declinación, pero ya habían hecho surgir una medicina privada organizada en Chile, con clínicas provistas de equipos médicos permanentes y laboratorios bien dotados. La inversión

privada en salud alcanzó de este modo cifras de verdadera importancia.

Las regulaciones, las críticas y las quejas también estuvieron presentes desde el comienzo. Si bien las Isapres se comprometían por un año y sus beneficiarios por 30 días, los plazos se estimaron cortos y se alargaron favoreciendo la estabilidad de los contratos y, de paso, ayudando más a las Isapres que a sus beneficiarios, obstaculizando así la competencia. La izquierda política nunca aceptó que hubiera un sistema privado en la atención de salud, pero el interés que despertaba en el extranjero, así como el de las AFP, los ponía en una incómoda situación, en especial luego de que llegaron al gobierno. En Chile las acusaban de ser empresas de papel, que no habían construido ninguna clínica, no habían aportado ni una sola cama hospitalaria ni laboratorios ni nada. Pero pocos años más tarde comenzó la crítica por la razón contraria: cuando fue apareciendo la infraestructura los reguladores comenzaron a hablar de integración vertical, que permitía que los médicos enviaran a los pacientes a las mismas clínicas de las Isapres. Se cambió entonces la norma regulatoria, pero a esas alturas los poderes públicos ya habían tardado 15 años en establecer una regulación, que pese a su larguísima discusión no fue aceptada por los tribunales y ha creado problemas judiciales que se arrastran ya por otros diez años.

Las críticas a las Isapres también tenían aspectos muy razonables. Ellas consiguieron cierta inflexibilidad en los contratos que hacía muy difícil para una persona retirarse o cambiarse de

Isapre. El trato con sus clientes no fue amable y a menudo excusándose en las normas regulatorias trababan la atención. Como había dificultades para desafilarse y se preocupaban de seleccionar gente joven y sana, lograban que la mayoría de sus beneficiarios no tuviera grandes problemas, pero nunca fueron entidades verdaderamente apreciadas por quienes habían adherido a ellas. En parte, como es común en el campo de la salud, fueron desprestigiadas por acumulación de anécdotas más que por estadísticas confiables.

El futuro que ahora enfrentan es incierto, pues el Estado de Chile no ha podido encontrar reglas claras que las regulen. Nadie duda de que el sistema de seguros de salud debe ser cuidadosamente regulado, pero un aspecto clave de una buena regulación es que las reglas sean estables y permanentes. Ese rasgo crucial no ha sido posible de alcanzar en el país, pues ni el Ejecutivo, ni el Congreso ni el Poder Judicial parecen acordar una forma de supervisar y controlar a estas entidades privadas. En parte los problemas provienen justamente de su éxito, pues es muy difícil encontrar un juez, un parlamentario o algún ministro que se haya mantenido al margen de las Isapres. Todos ellos están afiliados a ellas y más preocupados por este subsistema que por aquel que por defecto cubre a la mayoría del país. Pero en esta característica reside también su fortaleza, pues quienes detentan el poder en Chile estarán interesados en mantener la existencia de estas instituciones previsionales que les brindan una atención calificada de buena o muy buena por la mayoría –el 73 por ciento– de sus beneficiarios.

EL FUTURO QUE AHORA ENFRENTAN ES INCIERTO, PUES EL ESTADO DE CHILE NO HA PODIDO ENCONTRAR REGLAS CLARAS QUE LAS REGULEN. NADIE DUDA DE QUE EL SISTEMA DE SEGUROS DE SALUD DEBE SER CUIDADOSAMENTE REGULADO, PERO UN ASPECTO CLAVE DE UNA BUENA REGULACIÓN ES QUE LAS REGLAS SEAN ESTABLES Y PERMANENTES. ESE RASGO CRUCIAL NO HA SIDO POSIBLE DE ALCANZAR EN EL PAÍS, PUES NI EL EJECUTIVO, NI EL CONGRESO NI EL PODER JUDICIAL PARECEN ACORDAR UNA FORMA DE SUPERVISAR Y CONTROLAR A ESTAS ENTIDADES PRIVADAS.



## 35 AÑOS DEL SISTEMA DE ISAPRES

**Alfredo Schönherr**

*Director de FASA y Director Área Salud Seminarium.*

**A** 35 años de su creación, no hay dudas de que el sistema de Isapres ha hecho una contribución valiosa para mejorar el acceso a la salud de los chilenos-, logrando en conjunto dar respuesta a las necesidades crecientes de salud de la población.

El sistema privado de salud, aportando gestión y eficiencia, ha logrado contribuir a una mejor calidad de vida de la población, una mayor esperanza de vida, con posibilidades de acceso oportuno y eficiente, a profesionales de salud, tecnología e infraestructura de alta calidad y seguridad.

En este contexto, es innegable que las Isapres, como financiadores de las prestaciones de salud de los pacientes, han sido un pilar determinante para el sistema, para que millones de chilenos accedan a una atención de calidad y también para el desarrollo de los prestadores privados de salud.

Hoy, los prestadores privados atendemos a 8 millones de chilenos, entre ellos a más de 5 millones de pacientes de Fonasa, con los mejores profesionales, en centros de alta tecnología, con

rapidez y eficiencia, además de realizar casi la mitad de las atenciones de alta complejidad. Ello nos ha llevado a obtener con orgullo, altos niveles de aprobación entre nuestros usuarios.

Todo esto en un marco de amplia competencia y libertad, en el que las personas pueden elegir dónde y con quién atenderse, elemento que debería permanecer incólume en el tiempo.

Gracias a la demanda de las personas, en 35 años, el sector ha crecido y se ha consolidado permitiendo poner a disposición de la población una infraestructura que, por ejemplo, en la última década se ha más que duplicado con una oferta de alto nivel que ha logrado acreditación a nivel mundial. Esto ha permitido, además, que hoy los prestadores privados seamos, el mayor empleador del sector de la salud en Chile, para los profesionales médicos, otros profesionales clínicos, técnicos e incluso administrativos que se desempeñan en esta área.

En ese sentido, el balance es positivo, aunque debemos reconocer que el camino no ha estado exento de errores y dificultades.

Es un hecho que en los últimos años hemos sido testigos de un cuestionamiento profundo a las Isapres. Sin embargo, ello no ocurre por el rol que éstas prestan, sino porque nuestra sociedad ha evolucionado y la ciudadanía requiere de la incorporación de algunos elementos básicos de la seguridad social al funcionamiento del sistema. Entre ellos está el desafío de buscar una solución a las restricciones originadas por las enfermedades preexistentes y el avanzar a un sistema de tarificación basado en una prima nivelada que evite la discriminación por sexo y edad.

Producto de la madurez del sistema, actualmente existe consenso en que los cambios son necesarios y deben hacerse y ha habido una enorme evolución y apertura por parte de las Isapres en cuanto a entender estos temas y abordarlos de manera constructiva. Debemos ser certeros en afirmar que nunca debe vulnerarse ni afectarse la esencia del sistema Isapres, ya que éste, no obstante las críticas, ha aportado una solución real al acceso a la salud de sus beneficiarios, quienes aspiran a que el sistema se perfeccione, no que se elimi-

ne. En esto queremos ser enfáticos porque conocemos de primera fuente lo que nuestros pacientes piensan al respecto.

Estamos seguros de que el sistema Isapres y la autoridad serán capaces de encontrar soluciones a las deficiencias, pero siempre dentro del propio sector privado, y considerando suficientes grados de libertad de elección de las personas, valor que se constituye como pilar fundamental.

Creemos en la libre competencia y en que un número relevante de aseguradores y prestadores se esfuercen al máximo para ofrecer la mayor cantidad de alternativas, para que los pacientes elijan libremente la que más les convenga en términos de menor costo y mayor calidad, de acuerdo con sus propias convicciones.

No creemos en un único sistema asegurador, peligrosamente muy de moda hoy día, ni solo en un sistema estatal único de salud. Creemos que las personas valoran extraordinariamente su libertad y capacidad de elegir, castigando al prestador o asegurador que no satisface sus expectativas.

Debemos aprovechar la experiencia adquirida para hacer en forma inteligente los cambios necesarios para consolidar un sistema privado de salud, sostenible en el tiempo, que constituya una sana competencia con el sistema estatal y que juntos se complementen en una verdadera red de salud de utilización pública.

En resumen, transcurridos 35 años desde la creación del sistema de Isapres, no obstante las críticas plausibles que conducen a la necesidad de implementar correcciones para avanzar hacia la mayor inclusión, libertad y solidaridad que la sociedad demanda, es también un hecho, que éstas han sido muy importantes en la evolución positiva del sistema privado de atenciones de salud, que ha ayudado en gran medida también a descomprimir el sistema prestador público de salud, permitiendo que miles de chilenos encuentren una solución adecuada a sus necesidades de atenciones de salud cuando asisten a prestadores privados, razón por la cual su existencia es determinante para seguir aportando a mejorar la salud de todos los chilenos.

NO CREEMOS EN UN ÚNICO SISTEMA ASEGURADOR, PELIGROSAMENTE MUY DE MODA HOY DÍA, NI SOLO EN UN SISTEMA ESTATAL ÚNICO DE SALUD. CREEMOS QUE LAS PERSONAS VALORAN EXTRAORDINARIAMENTE SU LIBERTAD Y CAPACIDAD DE ELEGIR, CASTIGANDO AL PRESTADOR O ASEGURADOR QUE NO SATISFACE SUS EXPECTATIVAS.



## 35 AÑOS DE LA CREACIÓN DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL

**Dr. Juan Hepp K.**

*Profesor de Cirugía. Médico Director Clínica Alemana de Santiago, Facultad de Medicina Clínica Alemana.*

*Universidad del Desarrollo.*

Este año 2016 se cumplen 35 años de la publicación del Decreto con Fuerza de Ley N° 3, el 19 de mayo 1981, con la cual se crean las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) que posibilitan a los trabajadores depositar en ellas sus cotizaciones obligatorias, con el compromiso de las ISAPRES de hacerse cargo de su cobertura económica para la atención de la salud, en base a la contratación de un plan de salud, bajo reglas que permiten darle estabilidad en el tiempo y continuidad a esta relación entre asegurado y aseguradora.

Hasta el año 1981 las personas disponían de muy pocas instituciones u organizaciones que financiaban solidariamente sus prestaciones de salud, como fueron el SERMENA y luego el FONASA, los bienestares de grandes empresas como bancos o industrias, y muy excepcionalmente algún seguro internacional de salud. Existían pocas clínicas privadas u hospitales universitarios, la atención ambulatoria privada se hacía en las consultas de propiedad de los médicos y las hospitalizaciones en los pensionados de los hospitales públicos, especialmente para enfermos en regiones. Sin duda, los pacientes portadores de

enfermedades muy complejas estaban mejor atendidos en los hospitales.

La creación de las ISAPRES permitió el desarrollo del sector prestador de salud privada desde los consultorios privados que agrupaban a unos pocos médicos, a la evolución de los centros médicos y la fundación de nuevas y más sólidas clínicas privadas. Los afiliados a las ISAPRES y también los pertenecientes al FONASA fueron encontrando en los prestadores privados una opción eficiente y oportuna para resolver sus necesidades de atención médica, bajo el principio de la libre elección, elemento muy valorado y apreciado por las personas.

Hoy día en el sector prestador privado de salud se otorga más del 50% de las prestaciones ambulatorias del país y las clínicas privadas aportan el 18% de las camas de hospitalización que dispone el país. Las clínicas privadas se han constituidas en instituciones líderes en el país tanto en el desarrollo tecnológico como en la capacidad de resolución de las más complejas enfermedades o condiciones patológicas, con una organización de médicos con actividad institucional, que busca la eficiencia en la atención, con calidad y seguridad.

En este proceso, la complementariedad de las Instituciones de Salud Previsional con los prestadores privados ha sido fundamental para permitir el gran desarrollo de la salud privada y su proyección a la salud pública como se observa en Chile. Este modelo es reconocido internacionalmente como exitoso y es valorado por los usuarios, con las críticas y observaciones propias de su evolución y las sensibilidades de los tiempos actuales.

En este 35 aniversario es un deber reconocer el importante rol que han cumplido las Instituciones de Salud Previsional para alcanzar este gran avance de nuestra medicina, y debe existir inteligencia y sabiduría, junto a buena disposición, para resolver la contingencia actual.

El sistema de atención de salud privado, tanto asegurador como prestador, ha requerido y va a necesitar nuevos ajustes en el contexto de las necesidades de las personas, los requerimientos de la sociedad y las nuevas regulaciones del estado. Sin duda se enfrentan grandes desafíos para los prestadores y aseguradores, quienes van a requerir de creatividad, realismo y capacidad de adaptación a los cambios que se avecinan.



## ISAPRES 35 AÑOS: LEGITIMIDAD Y VIABILIDAD DEL SISTEMA

**Pedro Barria**

*Abogado de la Universidad de Chile, posee estudios de doctorado en Ciencias Políticas en Duke University. Defensor de beneficiarios de Isapres y seguros complementarios de Salud.*

**E**n este aniversario, es ineludible referirse al escenario de inquietud e incertidumbre que se ha abierto a partir de una creciente brecha afiliados-Isapres con eventuales efectos sobre la legitimidad y viabilidad del sistema. La superación de esa brecha requiere actuar sobre las causas y no sobre los efectos, el principal de los cuales es el cuestionamiento anual de las alzas de precio base mediante acciones de protección en todo el país. En 2015, 133.503 cotizantes recurrieron de protección, lo que representa 9,41% de los afiliados para ese año. Nada indica que no sigan aumentando las protecciones, lo cual solamente preocupa a Isapres y tribunales, sin que existan manifestaciones similares de afiliados y autoridades sanitarias.

Este fenómeno tiene como causa última el unilateralismo y exclusión de los afiliados, en virtud de las enormes facultades que la ley entregó a las Isapres y que ha llevado a un modelo de relación en que prima el formalismo y la incomunicación, una relación basada en posiciones y no en la búsqueda de soluciones que impliquen ganancias mutuas,

sino resultados suma cero, de modo tal que la única vía abierta ante los conflictos, resulta ser la judicialización.

La judicialización se fue gestando gradual e incrementalmente. Su superación requiere proactividad e imaginación para la adopción de medidas que introduzcan consenso e inclusividad en un sistema caracterizado desde sus inicios por la unilateralidad y la exclusión.

Dos factores históricos vinculados con el origen de las Isapres son esenciales para entender la gestación de la crisis actual. El primero es el origen de las Isapres en un contexto de ausencia de democracia en 1981. En efecto, ellas no fueron fruto de un acto legislativo democrático, de un consenso o decisión mayoritaria en un entorno de debate parlamentario. Las Isapres fueron fruto de una decisión unilateral, sin contrapeso. El segundo se vincula con la creación y fortalecimiento de un sector privado en la salud chilena, incorporándose por primera vez la concepción del lucro en el área sanitaria.

Cabe recordar que, a pesar de la ausencia de pluralismo, el surgimiento de

las Isapres provocó agudos cuestionamientos públicos. Como respuesta se destacaron los aportes que las Isapres entregarían a la salud chilena, al poner al alcance de los pacientes los avances tecnológicos mundiales en medicina, tratamientos y medicamentos.

Además de su origen no consensuado, jurídicamente las Isapres fueron dotadas de poderosas facultades unilaterales, entre otras, la de reajustar anualmente el precio base de los planes de salud de los afiliados. Muy probablemente el afán de lucro o de obtención de una ganancia legítima, lógico en cualquier actividad económica, per se no habría sido fuente de desconfianza si es que las Isapres no hubieran sido dotadas legalmente de instrumentos unilaterales – reajustes anuales de precios base – que permiten aumentar sus ganancias. Entonces, no cabe duda que el unilateralismo nos ha llevado a la en-crucijada actual de creciente cuestionamiento judicial. Reajustes siderales en la década de los 1990, de 30, 50 y hasta 100%, fueron provocando un malestar generalizado, pero individual y pasivo, de los afiliados.

LA MEJOR DEMOSTRACIÓN DEL INTERÉS DE LOS AFILIADOS EN LA MANTENCIÓN DE LAS ISAPRES, LA CONSTITUYE LA CIRCUNSTANCIA QUE ELLOS NO PIDEN EL FIN DEL SISTEMA COMO MUCHOS AFILIADOS A ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES, AFP, SINO QUE SU MODIFICACIÓN PARA EQUILIBRAR SUS ASIMETRÍAS Y DESBALANCES, SUPERANDO EL UNILATERALISMO Y EXCLUSIÓN.

Al comienzo, no más de 10 o 20 personas anualmente cuestionaban las alzas mediante acciones de protección. Sin embargo, el malestar larvado creó el caldo de cultivo necesario para que muchos afiliados adhirieran a un diseño novedoso de un entonces pequeño grupo de abogados, que comenzó a ofrecer el servicio de congelar el precio base mediante recursos de protección anuales, tramitados sin costo para los afiliados, con cargo a las costas en que fuere condenada la Isapre respectiva. La impugnación de los reajustes empezó fundamentándose en fallos de la Corte Suprema, que habían elaborado una completa doctrina de cuestionamiento, no de la facultad de reajuste, sino de su ejercicio abusivo y arbitrario. Al inicio de la masificación de los recursos de protección, años 2005 y 2006, nadie pudo siquiera predecir las dimensiones que ella adquiriría y el peligro que podría llegar a representar para la legitimidad y viabilidad del sistema.

Fue en ese mismo contexto en que el Tribunal Constitucional sepultó el reajuste adicional al precio base, por factores de riesgo vinculados a edad y sexo de los beneficiarios del plan de salud, postulando que la actividad de las Isapres se enmarcaba dentro del campo de la seguridad social. Ante estos embates, las Isapres han tenido una actitud poco proactiva, muy alejada de la iniciativa demostrada, por ejemplo, frente a enfermedades catastróficas, con la creación de la CAEC en 2000, cobertura especial para esos eventos, vigente hasta estos días e implementada incluso 5

años antes de las Garantías Explícitas en Salud (GES).

En el escenario actual, existen ciertas unanimidades que no deben ser desatendidas. Por una parte, los tribunales no cuestionan el tema del lucro, sino que la facultad unilateral de reajuste anual que desequilibra la relación afiliado-Isapre. Por otra parte, existe consenso en cuanto a que la actividad de las Isapres integra la seguridad social y debe guiarse por sus principios, principalmente universalidad y solidaridad, como lo han señalado diversas sentencias del Tribunal Constitucional y de la Corte Suprema. En este escenario, no resulta viable la mantención de la facultad unilateral de reajuste anual, en los términos actuales, debiendo buscarse otro mecanismo para los reajustes de precio cuando resulten necesarios.

Es evidente que si el unilateralismo y exclusión están en la base del estado actual, solamente éste podría ser superado avanzando a una situación de consenso e inclusión. Ello requiere renunciamentos y proactividad. En aras de recuperar la confianza de sus afiliados, las Isapres deberían aceptar perder la unilateralidad en materia de reajustes anuales y también en materia de las Garantías Explícitas en Salud (GES), terreno en que si bien los recursos de protección no han sido acogidos, cada 3 años se acumulan sobre tres decenas de miles, los cuales podrían comenzar a abrir un nuevo flanco de cuestionamiento judicial.

En materia de reajustes, debería avanzarse a un sistema objetivo, técnico e

independiente de las Isapres, que incluso pudiera espaciar los reajustes desde la anualidad actual a un período mayor. No es posible pensar que ello pueda lograrse en el corto plazo con una reforma legal, que nada indica que se vaya a presentar al Parlamento y que, aún en caso de presentarse, podría implicar una larga tramitación. ¿No sería posible esperar algo de la proactividad de las mismas Isapres? Ellas fueron capaces en 2000 de diseñar un sistema de aseguramiento para gastos catastróficos, la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), que, presentada a la Superintendencia de Isapres de entonces, fue autorizada y regulada por dicha entidad, incluso cinco años antes del surgimiento de las Garantías Explícitas en Salud (GES). El sistema catastrófico, sobre la base de la gestión de costos en prestadores cerrados, ha permitido financiar costosas intervenciones terapéuticas de numerosos beneficiarios.

Aprovechando esa proactividad, las Isapres podrían avanzar a otras materias y proceder a eliminar las preexistencias y permitir amplia movilidad de sus afiliados, sobre la base de la implementación de un Fondo de Compensación de Riesgos, sistema estudiado por las mismas Isapres. No hay razón legal alguna que lo impida. Los derechos unilaterales que la ley confiere a las Isapres, perfectamente pueden ser limitados por ellas, entrando al terreno de la autoregulación. Evidentemente la autoridad sanitaria no puede prohibirlo, como no lo hizo frente a la propuesta de cober-

tura catastrófica. Lo único que puede hacer la autoridad es regular cualquier diseño, con el objeto que no sea lesivo y desequilibrante para los derechos de los afiliados y beneficiarios.

Este abandono del unilateralismo gradualmente podría extenderse a otras materias mediante otras iniciativas de autoregulación. Ante la comunidad y afiliados, medidas de este tipo transmitirían un vigoroso mensaje de búsqueda de consenso y colaboración, constituyendo un aporte en el largo camino en pro de la superación de la brecha afiliados-Isapre.

Afiliados e Isapres tienen intereses contrapuestos en ciertas áreas, como utilidades, por ejemplo, campo en el cual una visión miope y cortoplacista entendería que todo lo que se ahorre en coberturas para afiliados, implicaría mayores ganancias, sin entender que la pérdida de legitimidad y prestigio que ello conllevaría, podría impedir el ingreso de nuevos afiliados.

En definitiva, hay que privilegiar los intereses compartidos, el principal de los cuales es la legitimidad y consecuente viabilidad del sistema. En efecto, a ningún afiliado puede interesarle que su Isapre quiebre y desaparezca, no obstante lo cual, la conducta de ambas partes no parece en la práctica entender este postulado teórico. Desde ese punto de vista, es interés objetivo de los afiliados que la Isapre recaude al máximo y gaste lo mínimo, siempre que ello no perjudique las legítimas coberturas a las que aspira. No obstante ello, no se ha explorado suficientemente la aplicación de medidas, por afiliados junto con sus Isapres, de vigilancia de costos de prestadores y de ahorro en las coberturas.

La mejor demostración del interés de los afiliados en la mantención de las Isapres, la constituye la circunstancia que ellos no piden el fin del sistema – como muchos afiliados a Administradoras de Fondos de Pensiones, AFP –, sino que su modificación para equilibrar sus asimetrías y desbalances, superando el unilateralismo y exclusión.

No obstante lo anterior, debe precisarse que cualquier reforma legal del sistema no puede desconocer los derechos adquiridos, amparados por el derecho constitucional de propiedad, de los actuales afiliados. En efecto, una eventual reforma, debe ofrecer la posibilidad de permanecer en los actuales planes de salud a los afiliados que estimen que son más ventajosos que cualquier diseño que la reforma realice. Solamente los nuevos afiliados podrían ser orientados a contratar solamente el o los nuevos planes que cree la reforma. Así se ha hecho siempre que un nuevo sistema reemplaza a uno anterior que ha generado derechos adquiridos. Al crearse el nuevo sistema previsional de las AFP, por ejemplo, a los afiliados de las antiguas Cajas de Previsión se les dio la opción de mantenerse en el sistema antiguo o trasladarse al nuevo. Solamente para afiliados nuevos, el sistema nuevo era obligatorio.

Quizás la lección más grande que podría extraerse de la judicialización es que ella ha sido consecuencia de un modelo de relación Isapre-afiliado, basado en el unilateralismo y exclusión, en el cual no existe diálogo ni negociación. Más bien la relación se desarrolla simplemente como un formal interambio epistolar, o sea cartas que van y vienen, con cero contacto personal, ni apertura a abrirse a soluciones conversadas y negociadas.

Un nuevo modelo de relación Isapre-afiliado debe partir por entender el relacionamiento como un proceso de comunicación, en que las personas se contactan y negocian tratando de descubrir intereses comunes y compartidos, detrás de las posiciones muchas veces irreductibles. La negociación e incluso la mediación deberían ser políticas impulsadas con convicción por las mismas Isapres, superando la “comunicación” de las cartas que van y vienen, que únicamente recogen posiciones, las más de las veces irreductibles y que son un aliciente para la judicialización de los conflictos.

Solamente la aplicación de un modelo de relacionamiento de este tipo permitiría en el mediano y largo plazo superar la brecha de confianza afiliados-Isapres y descubrir y acentuar los intereses comunes que podrían permitir al sistema crecer, mejorar y desarrollarse en una navegación sin zozobras, satisfaciendo, de esa forma, tanto los intereses de los afiliados como de las Isapres.



## DESAFÍOS DEL SISTEMA DE SALUD

Carolina Velasco

*Ingeniera Comercial y Magíster en economía con mención en políticas públicas. Fue investigadora del Programa Social de Libertad y Desarrollo y jefa del Departamento de Planificación y Estudios de la Dirección de Educación de la Municipalidad de Santiago. En 2006, integró el Consejo Asesor Presidencial para la calidad de la educación. Además, fue Secretaria Ejecutiva del Panel de Expertos para una Educación de Calidad convocado por el Ministro de Educación el año 2010. Desde 2014, se desempeña como investigadora del CEP.*

### La contribución de un sistema mixto

La historia de colaboración público-privada en el ámbito de la salud en Chile es de larga data. En efecto, fueron entidades privadas (religiosas y de beneficencia) quienes ya en la época de la colonia fundaron los primeros hospitales y durante varios siglos tuvieron a su cargo el cuidado de los enfermos. Asimismo, fueron trabajadores quienes fundaron los primeros seguros de salud, agrupándose en mutuales o sociedades de socorro, entidades que dieron el puntapié inicial para la organización de un sistema estatal de salud.

La apertura a la participación de entidades privadas en el aseguramiento de la salud en la década de los 80 trajo consecuencias positivas, aunque es importante reconocer que debido a errores de diseño, las ventajas de un sistema de salud basado a múltiples aseguradores no han sido aprovechadas a plenitud. La presencia de estas instituciones fomentó el desarrollo de un sector privado de atención de salud que en su ausencia seguramente no habría tenido espacio para expandirse. Entre otros, introdujo importantes avances en materia de cui-

dado de la salud, infraestructura sanitaria (centros de salud y clínicas privadas) y tecnologías avanzadas para el tratamiento de enfermedades y condiciones de salud. Asimismo, permitió a una parte de los chilenos ampliar sus posibilidades, al poder elegir, tanto su asegurador, como su prestador de salud (en este último caso, también en el Fondo Nacional de Salud, Fonasa).

La opinión de los usuarios, observable mediante diversas encuestas, da cuenta de la valoración que éstos tienen de los centros de salud y de su seguro de salud. En la última encuesta de la Superintendencia de Salud (2016), los beneficiarios de isapres les asignan una nota de 5,4 y 5,1 respectivamente, cifras superiores a las de sus pares del Fonasa (4,5 y 4,7 respectivamente). Esta mayor valoración también se observa en las evaluaciones globales respecto de cada subsistema de salud (isapres y Fonasa), donde la percepción respecto de la calidad de la atención otorgada por las isapres es más alta que la del asegurador estatal (Superintendencia de Salud 2016). Sin embargo, esta apreciación global involucra el juicio de una diver-

sidad de dimensiones de la atención, cuyo análisis desagregado da cuenta de diferencias interesantes. Según los propios usuarios, las dimensiones consideradas son: (i) trato del personal de la salud, (ii) tiempos de espera, (iii) acceso a centros de salud y especialistas, (iv) funcionamiento en general de sistema, (v) calidad de la atención médica, (vi) costos, (vii) cobertura y convenios del seguro, (viii) entrega de información sobre beneficios del programa o plan, (ix) calidad de las dependencias e infraestructura, y (x) costos de los planes y programas de salud.

En el Cuadro 1 se observan los aspectos señalados por los propios beneficiarios como ventajas y desventajas de cada seguro. Los usuarios de isapres mencionan como desventajas el alza en los precios de los planes y la baja cobertura de las preexistencias y, como ventajas, la cobertura, disponibilidad de especialistas y la posibilidad de elección. Por su parte, los usuarios del Fonasa señalan como desventajas la falta de especialistas y de opciones para elegir y, como ventajas, los bajos precios y gratuidad para quienes no pueden pagar (Superintendencia de Salud 2016).

**VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE CADA SUBSISTEMA DE SALUD SEGÚN USUARIOS (5 PRIMERAS MENCIONES), AÑO 2015**

SUBSISTEMA DE SALUD	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Isapres	Amplia cobertura en consultas médicas	Alza en los planes de salud
	Mejor cobertura que Fonasa	Baja cobertura enfermedades preexistentes
	Posibilidad de elección de médicos y centros de salud	Falta de cobertura en medicamentos
	Bajo costo de los bonos	Mala calidad de la red prestadora GES
Fonasa	Gratuidad para quienes no pueden pagar	El precio Plan Complementario considera el riesgo del beneficiario (prima GES no considera riesgo por sexo y edad).
	Bajo costo consulta a médicos particulares	Pueden dar lugar a rechazo de afiliación y/o a coberturas diferidas o parciales.
	Cercanía y acceso a centros de salud	Cotización legal más cotización adicional voluntaria.
	Bajo costo exámenes	Mala atención del personal del Fonasa

Fuente: Superintendencia de Salud (2016)

En el tiempo se ha intentado corregir algunas de las falencias mencionadas como desventajas por los usuarios (Cuadro 1). Por ejemplo, en la reforma de mediados de la década del 2000, se reguló la fijación de precios de los planes (se estableció una banda de precios) y la tabla de factores que rige a las isapres. Asimismo, se introdujo la obligación, a todos los aseguradores, de ofrecer un paquete de beneficios referidos al diagnóstico y tratamiento de un grupo de condiciones de salud (actualmente 80) que cuentan con Garantías Explícitas en Salud (GES). Escobar & Bitrán (2014) mencionan que aunque no existen estudios sistemáticos del impacto de esta última medida, hay alguna evidencia de mejora del acceso a la atención de ciertos problemas de salud, de alivio de la carga financiera de las

personas (y sus familias) y de impacto sanitario. De todas maneras, el Cuadro 1 da cuenta de que aún existen importantes desafíos.

Al contrastar la opinión de los usuarios con otros datos, ya sea obtenidos de encuestas o de información administrativa (Encuesta Casen, información sobre listas de espera, registros de la Superintendencia de Salud), se encuentra que, efectivamente, hay diferencias en cuanto al acceso y uso de los servicios, así como en los precios, tiempos de espera, etc., que dependen del tipo de seguro, pero también del nivel de ingresos de los hogares y de otros factores como el lugar de residencia. Todos estos son aspectos que requieren ser abordados desde una perspectiva global, que no sólo considere reformas a las isapres,

sino que también busque la integración de estas últimas con el Fonasa en un esquema más armónico que el actual, donde la realidad es que conviven dos subsistemas paralelos, cuyas lógicas de funcionamiento son muy diferentes (Butelman et al. 2014, Sánchez & Inostroza 2011, Velasco 2014).

#### Desafíos futuros

La reforma de la década de los ochenta buscó terminar con las restricciones y discriminaciones que el modelo previo generaba, debido a la existencia de dos tipos de seguros, uno para trabajadores (Servicio Médico Nacional de Empleados) y otro para obreros (Servicio Nacional de Salud). En términos generales, según Miranda (1994) los fundamentos principales de dicha transformación

fueron: mejorar la equidad en los beneficios y aportes a la salud, focalizar los subsidios estatales en personas de bajos ingresos, incrementar la libertad de elección, promover la eficiencia e incrementar la sensibilidad del sistema a las necesidades de la población.

Esos objetivos no fueron alcanzados a plenitud, debido a ciertas carencias en el diseño y regulación inicial, así como a los cambios posteriores que fue sufriendo el sector. Por una parte, la convivencia de dos subsistemas cuyas lógicas son diferentes genera segmentación de las personas (los de mayor riesgo quedan en el Fonasa) y, dadas las características de cada uno, aparecen diferencias en el acceso y calidad de la atención recibida, aspectos que no son abordados adecuadamente por la reglamentación. Por otra parte, el marco regulatorio no se hace cargo de los déficits de cada uno de los modelos que subyacen a ambos subsistemas. En el caso de las isapres, la literatura da cuenta de que los mercados de seguros de salud tienen fallas (Barr 2004), tal como se evidencia en el caso chileno: (i) no cobertura de eventos ciertos o preexistencias y rechazo de ciertas personas debido a ellas; (ii) alzas constantes de las primas para cubrir costos crecientes en el tiempo (que en el Fonasa se abordan con mayores aportes estatales y con racionamiento mediante colas) y (iii) falta de transparencia y complejidad de análisis de la información (más de 10.000 planes de salud en comercialización, dificultad de comparación de sus coberturas).

Si lo que se busca es disminuir las diferencias en el acceso y calidad de la atención en salud para todos los chilenos, se debe reconsiderar el marco normativo del actual sistema. Su modificación

debe, por una parte, construir sobre lo que ya existe, puesto que, en general, en democracia los cambios graduales son más sostenibles (en oposición a cambios drásticos), particularmente cuando hay ventajas reconocibles del esquema actual que con determinadas modificaciones a éste pueden ser aprovechadas, y además, porque es importante considerar la cultura y opinión de los usuarios, quienes valoran la posibilidad de elección. Por otra parte, es relevante abordar de manera integral los diferentes aspectos que requieren mejoras, en cuanto el déficit de uno de ellos podría hacer fracasar una reforma.

Si bien pareciera haber un consenso en que se requiere comenzar a transformar a las isapres en seguros sociales de salud, existen dos grandes planteamientos respecto de la dirección de los cambios requeridos en el sistema de salud en el mediano a largo plazo: un esquema basado en un único asegurador y otro que considera múltiples seguros sociales. En ambos casos se garantizaría la cobertura asociada a un único plan de salud y los precios dejarían de estar asociados al riesgo.

Transitar hacia un seguro único requiere terminar con las isapres, lo cual es riesgoso y costoso dada la necesaria ampliación de las capacidades institucionales y organizacionales que el actual asegurador estatal requeriría (asumiendo que no se crea uno diferente, lo cual sería aún más complejo), dado que tendría que hacerse cargo de todos los beneficiarios del país (aumentando sus beneficiarios en 25% aproximadamente). La evidencia actual respecto de listas de espera, déficit de especialistas y fragmentación de la atención médica indica que no estaría en condiciones de

SI BIEN PARECIERA HABER UN CONSENSO EN QUE SE REQUIERE COMENZAR A TRANSFORMAR A LAS ISAPRES EN SEGUROS SOCIALES DE SALUD, EXISTEN DOS GRANDES PLANTEAMIENTOS RESPECTO DE LA DIRECCIÓN DE LOS CAMBIOS REQUERIDOS EN EL SISTEMA DE SALUD EN EL MEDIANO A LARGO PLAZO: UN ESQUEMA BASADO EN UN ÚNICO ASEGURADOR Y OTRO QUE CONSIDERA MÚLTIPLES SEGUROS SOCIALES. EN AMBOS CASOS SE GARANTIZARÍA LA COBERTURA ASOCIADA A UN ÚNICO PLAN DE SALUD Y LOS PRECIOS DEJARÍAN DE ESTAR ASOCIADOS AL RIESGO.

hacerlo. A ello se suman las desventajas asociadas a los sistemas de un único seguro —principalmente ineficiencias debidas a la burocracia y captura política—. Lo anterior, sin considerar que se terminaría con una alternativa —las isapres— que los chilenos valoran, según se da cuenta en las encuestas.

Considerando entonces los antecedentes mencionados, parece más conveniente reorganizar todo el sistema en un esquema de múltiples seguros sociales, transformación que no está exenta de desafíos importantes al marco regulatorio actual y al seguro estatal (Fonasa). En dichos modelos, típicamente, tanto empleados, como empleadores, y en algunos casos el Estado, contribuyen para cubrir un paquete básico de beneficios de salud y los aportes son fijados para asegurar que aquellos de mayores ingresos contribuyan más que los de menores ingresos y que los enfermos no paguen más que los sanos (Doetinchem et al. 2010). Asimismo, la elegibilidad y fijación de primas no se realizan en base a las prácticas comunes de los contratos privados y, en general, las primas son subsidiadas (Folland et al. 2014).

El Centro de Estudios Públicos se encuentra desarrollando una propuesta que pretende contribuir con esa mirada, que se basa principalmente en los siguientes aspectos: (i) una cantidad reducida de planes de salud, que deben incluir un paquete de servicios predefinido, a ser ofrecido por quienes participen del arreglo; (ii) medidas que aseguren la cobertura universal (subsidios para quienes no tienen recursos, obligatoriedad de contratar un plan, etc.); (iii) financiamiento adecuado para el plan (contribuciones, subsidios cruzados, impuestos generales, etc.); (iv)

esquema de ajuste de riesgo para compensar a las aseguradoras que reciban a las personas más costosas, basado en metodologías más sofisticadas que el actual y en el uso de la información sobre el estado de salud, con el objeto de evitar la exclusión o discriminación de dichas personas, garantizando la equidad; y (v) reglas que eviten comportamientos anticompetitivos y herramientas que les permitan participar en condiciones adecuadas, tanto a los aseguradores como a los proveedores de salud: libre afiliación, información de calidad y transparencia, distribución adecuada de riesgo financiero entre “pagadores” y “compradores”, libertad para contratar e integrarse, supervisión efectiva de calidad, entre otros.

Es importante destacar que, en caso de avanzar a un sistema de seguros sociales, el seguro y los prestadores estatales deben adecuarse a la nueva realidad, en tanto participarán del sistema como una entidad aseguradora más. Es decir, las personas podrán escoger entre afiliarse al seguro estatal o a alguno privado (libre afiliación), por tanto, la calidad del servicio del primero deberá mejorar para poder “competir” con sus pares privados.

#### Comentarios finales

El gran desafío que enfrentan hoy los sistemas de salud es responder de manera adecuada a las necesidades de todos sus habitantes. Según la Organización Mundial de la Salud el objetivo de la cobertura sanitaria universal es “asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos” ([http://www.who.int/universal\\_health\\_coverage/es/](http://www.who.int/universal_health_coverage/es/)); es decir, el foco está en las necesi-

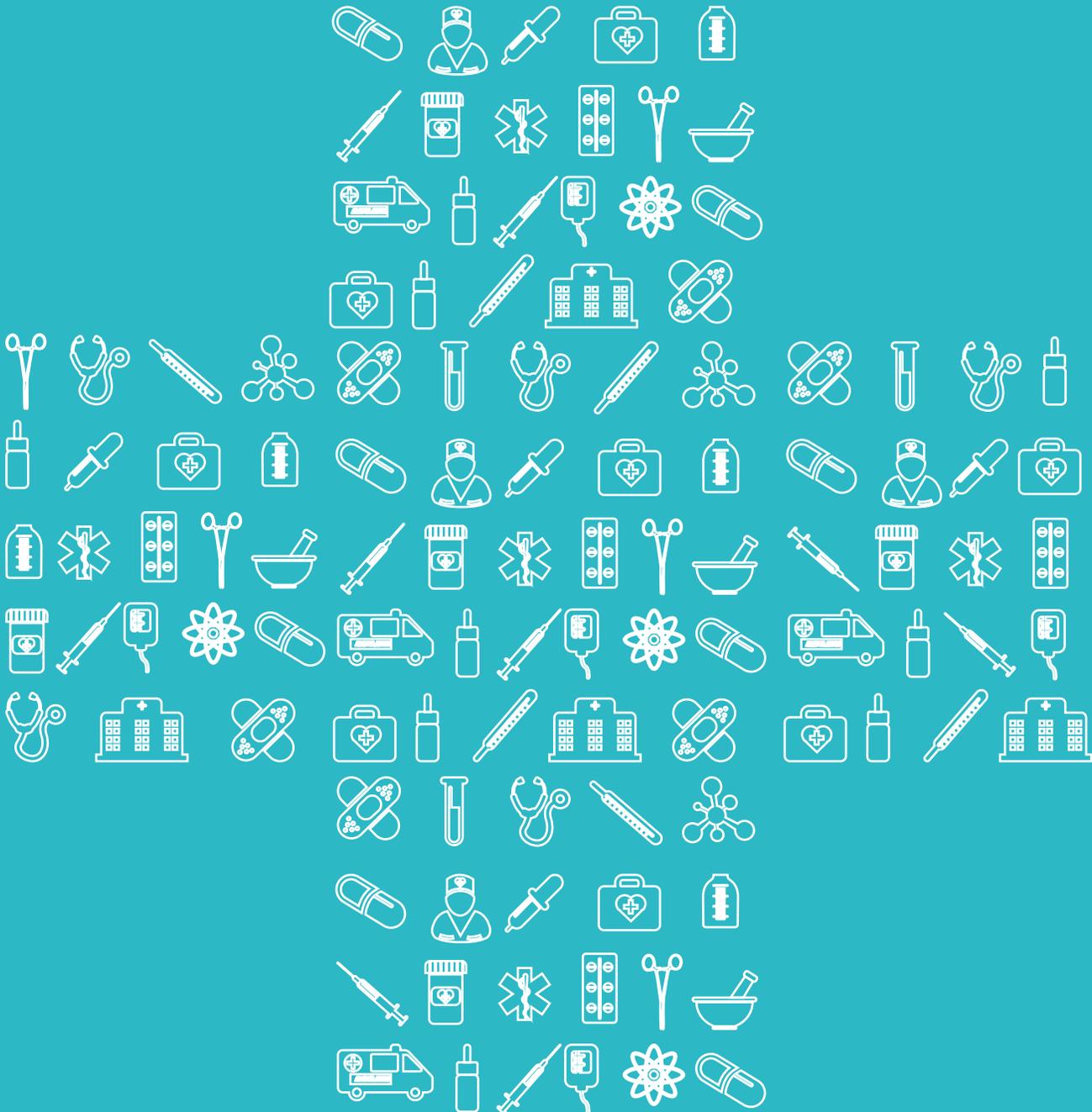
dades de las personas. Los sistemas de seguros sociales de salud consideran al beneficiario como el motor del sistema, en cuanto cada persona elige su seguro de salud, potenciando que estos últimos orienten sus servicios para responder a las necesidades de sus usuarios y no a otros intereses. Sin embargo, como se mencionara antes, un esquema de este tipo requiere, por una parte, un marco de acción adecuado, que aborde los problemas de los seguros de salud y, por otra parte, que la institucionalidad chilena se adecúe a estos cambios.

La experiencia chilena en relación con reformas de este tipo es positiva, como se demuestra con la creación del paquete de prestaciones garantizadas (GES), que implicó introducir algunos de los elementos de los seguros sociales al sistema. Asimismo, el país cuenta con una base sólida respecto de estándares y de acreditación, de trabajo con redes de prestadores, de diseño de protocolos y guías clínicas y de metodologías de compensación de riesgo. Todo este aprendizaje puede ser aplicado para un nuevo paso en pro de la mejora de nuestro actual sistema.

## Referencias

- Barr, Nicholas. 2004. *The Economics of the Welfare State*. Cuarta edición. Oxford: Oxford University Press.
- Butelman, Andrea, Fabián Duarte, Nicole Nehme, Guillermo Paraje & Marcos Vergara. 2014. "Tratamiento para un enfermo crítico. Propuestas para el sistema de salud chileno". Informe de políticas públicas 04. Espacio Público. Agosto.
- Doetinchem, Ole, Guy Carrin & David Evans. 2010. "Thinking of introducing social health insurance? Ten questions". *World Health Report (2010)*. Background Paper 26.
- Escobar, Liliana & Ricardo Bitrán. 2014. "Chile: las Garantías Explícitas de Salud". En *Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación regional*. Editado por Úrsula Giedion, Ricargo Bitrán e Ignez Tristao. Banco Interamericano del Desarrollo (BID). [http://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6484/Planes\\_de\\_beneficios\\_en\\_salud\\_de\\_America\\_Latina.pdf?sequence=4](http://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6484/Planes_de_beneficios_en_salud_de_America_Latina.pdf?sequence=4).
- Folland, Sherman, Allen Goodman & Miron Stano. 2014. *Economics of Health and Health Care*. Séptima edición. Pearson.
- Miranda, Ernesto. 1994. "Descentralización y privatización del sistema de salud chileno". En *La salud en Chile. Evolución y perspectivas*. Editado por Ernesto Miranda, Santiago: Centro de Estudios Públicos.
- Sánchez, Héctor & Manuel Inostroza. 2011. "La salud del bicentenario, Chile 2011-2020: desafíos y propuestas". En *La salud del bicentenario, Chile 2011-2020: Desafíos y propuestas*. Editado por Héctor Sánchez. Instituto de Políticas Públicas y gestión, Salud y Futuro-Universidad Nacional Andrés Bello.
- Superintendencia de Salud. 2014. "Estudio de opinión a usuarios del sistema de salud, reforma y posicionamiento de la Superintendencia de Salud. Enero. [http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-9184\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-9184_recurso_1.pdf).
- Superintendencia de Salud. 2016. "Estudio de opinión a usuarios del sistema de salud y posicionamiento de la Superintendencia de Salud. Junio. [http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-12432\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-12432_recurso_1.pdf).
- Velasco, Carolina 2014. "Desafíos y algunos lineamientos para el sistema de seguros de salud en Chile". *Propuestas de Política Pública N°3*, Centro de Estudios Públicos. Octubre.





# Capítulo III

Estadísticas



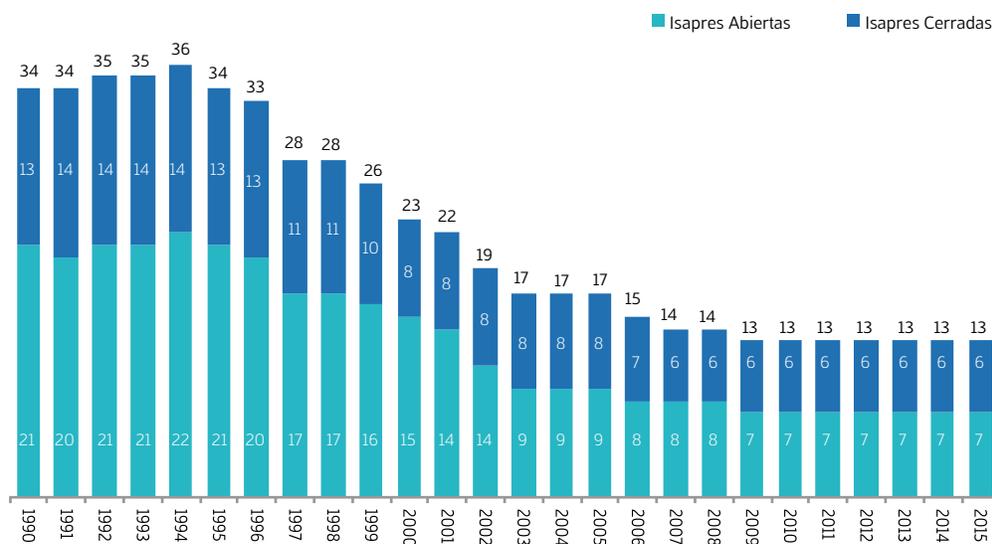
### III. RADIOGRAFÍA DEL SISTEMA ISAPRE

A continuación se presenta la evolución de los principales parámetros estadísticos públicos para el sistema Isapre, los cuales se agruparon en Isapres participantes, cobertura poblacional, prestaciones, licencias médicas, resultados financieros, cuentas de excedentes y excesos y opinión de los usuarios. Esta información fue preparada por la Asociación de Isapre en base a los datos publicados por la Superintendencia de Salud (SIS)<sup>38</sup>, los cuales en su mayoría se encuentran disponibles a partir de 1990.

#### III.1 ISAPRES PARTICIPANTES

El número de instituciones de salud previsual ha mostrado una disminución en las últimas décadas, lo que ha obedecido a fusiones y absorciones que se fueron dando con el correr de los años. En particular, durante el quinquenio 1990-1995 el número de Isapres se mantuvo en torno a las 35, alcanzando a 26 a fines de 1999. Esta tendencia a la baja continuó en la década del 2000, cayendo el número de Isapres desde 23 a 13 en el 2009. Desde entonces el número de Isapres se ha mantenido en 13, de las cuales 7 son abiertas y 6 cerradas<sup>39</sup>.

**GRÁFICO N°1**  
**EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE ISAPRES**



Fuente: Elaborado por Isapres de Chile en base a información SIS

38 La información estadística utilizada en este documento es proporcionada directamente por las Isapres a la Superintendencia, la cual recopila procesa y emite documentos estadísticos finales.

39 En las Isapres abiertas la afiliación y planes de salud son de oferta pública. En la actualidad las Isapres abiertas son: Banmédica, Colmena Golden Cross, Consalud, Cruz Blanca, Masvida, Óptima (ex Ferrosalud, Vida Tres. Las Isapres cerradas, por su parte, otorgan prestaciones y beneficios a trabajadores de una determinada empresa e institución. En la actualidad las Isapres cerradas son: Chuquicamata, Cruz del Norte, Fundación, Fusat, Río Blanco y San Lorenzo.

A futuro no debiesen esperarse aumentos en el número de entidades, al menos en lo que respecta a Isapres abiertas, puesto que el desarrollo del sistema alcanzó un grado de consolidación y de equilibrio competitivo, que dificulta la entrada al mercado de nuevos competidores. Por el contrario, si no se logra poner fin a la judicialización<sup>40</sup> o si las condiciones económicas y políticas del país empeoran, la tendencia podría ser hacia nuevas fusiones, en la búsqueda de economías de escala que permitan seguir reduciendo los costos administrativos y operacionales del sistema.

En tanto, al observar la participación de mercado de las Isapres en términos de beneficiarios (Cuadro N° 3), se concluye que ningún actor de la industria de Isapres abiertas ostenta una participación muy por sobre otro actor (Vida Tres pertenece al mismo holding que Isapre Banmédica), ubicándose en torno a 20% la participación de las tres Isapres más grandes.

### CUADRO N°3 PARTICIPACIÓN DE MERCADO 2015

ISAPRES	BENEFICIARIOS	PARTICIPACIÓN
Isapres Abiertas	3.314.427	97%
Consalud	666.359	20,1%
Banmédica	673.143	20,3%
Cruz Blanca	709.204	21,4%
Masvida	570.113	17,2%
Colmena Golden Cross	535.422	16,2%
Vida Tres	138.553	4,2%
Óptima	21.633	0,7%
Isapres Cerradas	96.060	3%
<b>Total Sistema</b>	<b>3.410.487</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración Isapres de Chile en base información SIS.

Nota: Vida Tres pertenece al mismo holding que Isapre Banmédica.

### III.2 COBERTURA POBLACIONAL

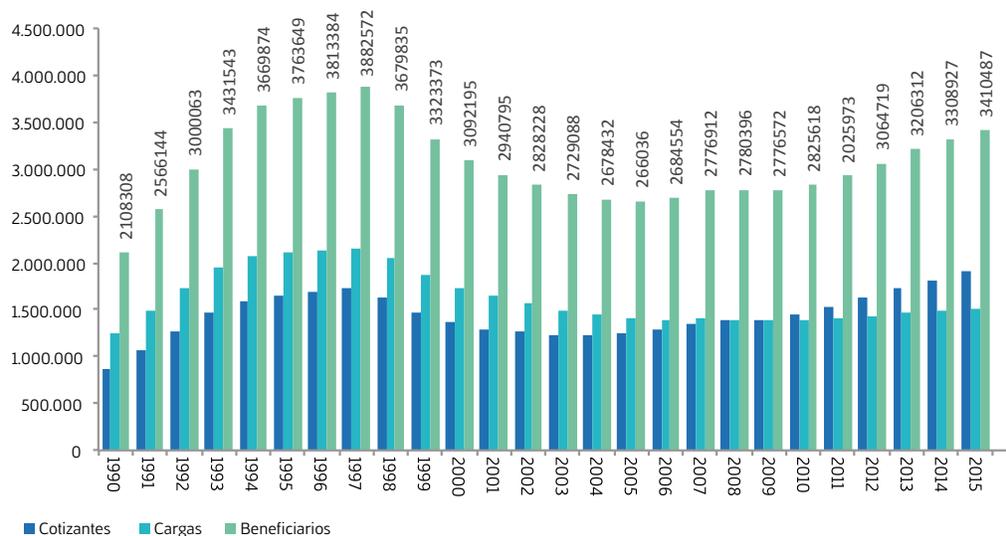
Si se analiza la cobertura poblacional del sistema (Gráfico N° 2), se observa que entre los años 1990 y 1997, el sistema Isapre presentó un crecimiento sostenido. Luego, los efectos de la crisis asiática de 1998 (desempleo) y el aumento del valor de los planes de salud para un porcentaje importante de trabajadores de ingresos más bajos (en 1999 se eliminó el subsidio del 2% del sueldo de los trabajadores de menores ingresos que se adscribieron a planes colectivos de las Isapres), llevaron a que una parte de los afiliados de las Isapres migraran del sistema.

Sin embargo, a partir del 2006 y en adelante (excepción años 2008 y 2009 que el crecimiento fue nulo debido a la crisis subprime), el sistema volvió a mostrar un crecimiento sostenido, incrementándose en promedio 4% anual durante los últimos 5 años. En concreto, en el año 2015 se registró el mayor número de cotizantes (1.902.448) desde que se tiene registro, mientras las cargas (1.508.039) anotaron su mayor nivel desde el año 2002, con ello se registro un total de 3.410.487 beneficiarios de Isapre al cierre del 2015, lo que representa cerca del 19% de la población del país.

<sup>40</sup> Urge validar la adecuación de precios base ante los beneficiarios y tribunales. Para ello, las Isapres han propuesto la creación de un mecanismo de ajuste regulado y un panel de expertos que valide el ajuste que anualmente le corresponde por ley a cada Isapre realizar.

Se observa, que a partir del año 2009 el número de cotizantes supera al número de cargas, tendencia que se acentúa cada año. Dado eso, el número de cargas por cotizante ha caído desde 1,44 en 1990 a 0,8 en el 2015.

**GRÁFICO N° 2**  
**EVOLUCIÓN AFILIADOS A ISAPRES**



Fuente: Elaborado por Isapres de Chile en base a información SIS

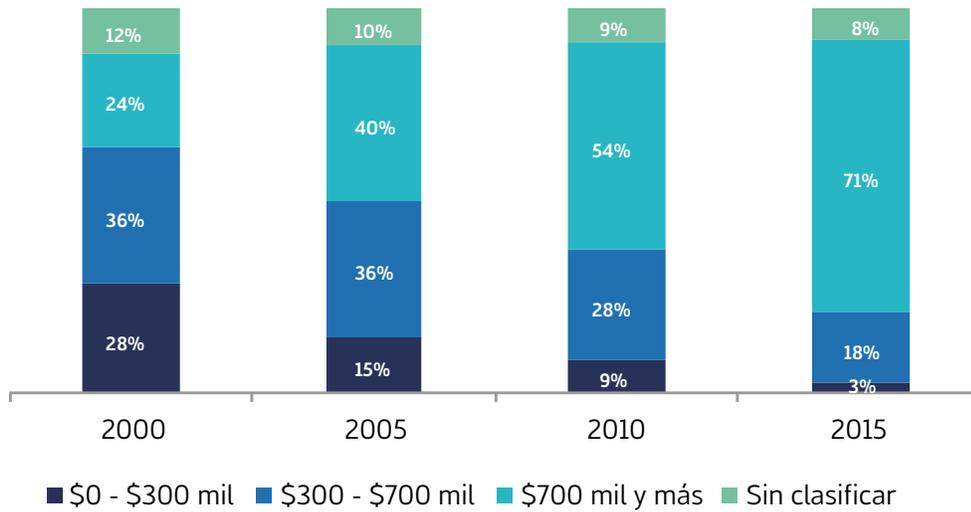
En relación al género, un 54% de los beneficiarios de Isapre son hombres y un 46% mujeres. Sin embargo, en relación a los cotizantes, un 64% corresponde a hombres y apenas un 36% a mujeres, en línea con lo que se observa en la composición de la participación laboral. En los últimos 25 años las mujeres han ganado apenas 4% de participación como cotizantes.

Por otra parte, la población beneficiaria al sistema Isapre se concentra mayoritariamente en la Región Metropolitana (58%), lo que no ha cambiado con el paso del tiempo. Le sigue la V región (7,4%) y la VIII región (6,9%).

Desde el punto de vista de la condición previsional de los cotizantes, en el año 2015, un 85% correspondía a trabajadores dependientes, un 3% a trabajadores independientes, un 6% a pensionados y un 6% voluntario. Hay que señalar que al inicio, en el sistema Isapre, cotizaban básicamente trabajadores dependientes.

En cuanto a las rentas imponibles, hay que señalar que en el año 2000 los cotizantes dependientes que registraban rentas entre \$0 y \$ 300.000 eran el 28% de los cotizantes totales, cayendo su participación a sólo el 3% en el 2015. Por el contrario, los cotizantes dependientes con rentas superiores a \$700.000 hoy son el 71%, cuando en el 2000 eran el 24% (Ver Gráfico N° 3). Esto pone en evidencia la segmentación que ha sufrido este mercado desde su creación, lo que en parte fue consecuencia de la eliminación del subsidio del 2% a trabajadores de menores ingresos (en el año 1999) en conjunto con una evolución de la atención de salud hacia una medicina más especializada (mayores costos en salud).

**GRÁFICO N°3**  
**COTIZANTES DEPENDIENTES POR RENTA IMPONIBLE EN SISTEMA ISAPRE**



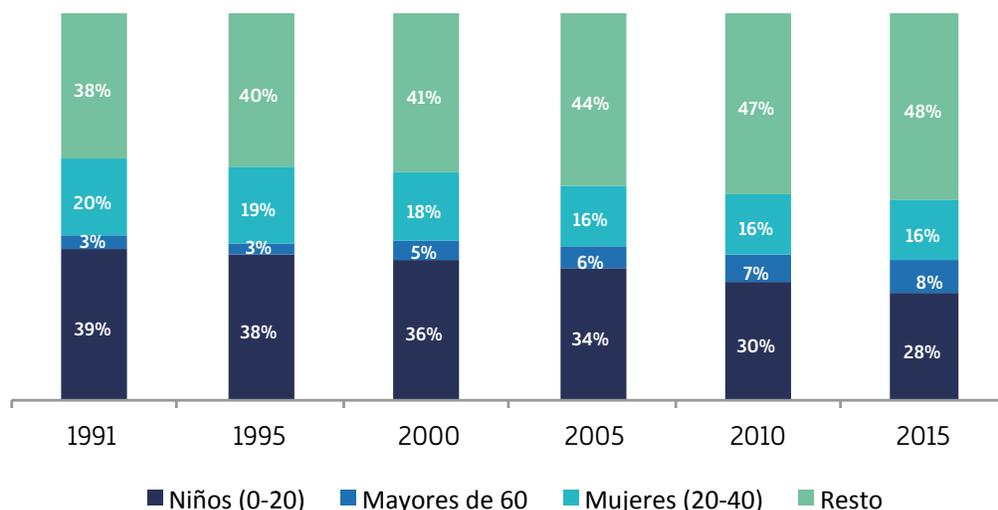
Fuente: Elaborado por Isapres de Chile en base a información SIS

En cuanto al perfil etéreo de los afiliados al sistema se tiene que la población que registra un mayor crecimiento es el de mayores de 60 años, mientras que el crecimiento de los niños se ha ralentizado. En efecto, en los últimos 25 años la población de adultos mayores se ha triplicado, registrándose 283.873 mayores de 60 años en el sistema Isapre al cierre del 2015. Lo anterior, da cuenta de que la cartera Isapre envejece, en concordancia con el envejecimiento de la población total del país.

En línea con la tendencia mundial de menores tasas de fecundidad y mayor esperanza de vida de la población, la tasa de menores de 20 años en relación a los mayores de 60 años ha caído pronunciadamente en el sistema Isapre. En efecto, a principios de los 90 esta relación era cercana a 12 jóvenes por cada mayor de 60 años, mientras que hoy esta relación es de 3,3 jóvenes por cada adulto mayor.

Con todo, el envejecimiento poblacional es un fenómeno que no es ajeno al sistema Isapre y que una vez que se inicia es difícil de revertirlo sistemáticamente, pues los factores que llevan al envejecimiento sólo seguirán profundizándose (la caída en las tasas de fertilidad, la caída sostenida en las tasas de mortalidad y la esperanza de vida). Lo anterior, queda de manifiesto en el Gráfico N° 4, donde se presenta una síntesis de la evolución de la composición de la cartera del sistema Isapre y en donde se observa que los menores de 20 años han pasado de ser el 39% de la cartera Isapre a 28% entre los años 1991 y 2015, mientras los adultos mayores han pasado de ser el 3% de la cartera al 8%. Asimismo, las cifras constatan que las Isapres concentran un mayor número de beneficiarios menores de 60 años (92% en el 2015), lo cual es natural, dada la normativa que rige al sistema de Isapres, que permite un financiamiento exclusivo mediante recursos propios del cotizante y en donde este jubila a los 65 años en el caso de los hombres y 60 años en el caso de las mujeres, por lo que su permanencia en el sistema de Isapre dependerá del monto de su jubilación y ahorros (y no de subsidios).

**GRÁFICO N°4**  
**EVOLUCIÓN COMPOSICIÓN DE LA CARTERA SISTEMA ISAPRE**



Fuente: Elaborado por Isapres de Chile en base a información SIS

No obstante, en los últimos años el porcentaje de la cartera que pertenece al grupo etario de 60 y más años ha aumentado, pasando desde una participación de la cartera total del 3,3% (83,6 mil beneficiarios) en 1991 a 8,3% (283 mil beneficiarios) en el 2015. Cuadro N° 4.

**CUADRO N°4**  
**EVOLUCIÓN BENEFICIARIOS SISTEMA ISAPRE POR TRAMO ETARIO**

BENEFICIARIOS ISAPRES					
	Menor 60	% Cartera	Mayor 60	% Cartera	Total
1991	2.482.493	96,7%	83.651	3,3%	2.566.144
1995	3.642.685	96,8%	120.964	3,2%	3.763.649
2000	2.492.211	95,4%	142.631	4,6%	3.084.842
2005	2.499.053	94,0%	160.285	6,0%	2.659.338
2010	2.618.217	92,7%	207.401	7,3%	2.835.618
2015	3.126.127	91,7%	283.837	8,3%	3.410.000

Fuente: Elaborado por Isapres de Chile en base a datos Superintendencia de Salud.

La población Isapre de adultos mayores (8%) se encuentra algo por debajo el perfil poblacional del país (15% de adultos mayores de la población total), lo que como se indicó es producto de que el financiamiento en el sistema Isapre es mediante recursos propios y la prima depende del perfil de riesgo (sexo y edad) del usuario, por lo que una vez que se jubila la permanencia en el sistema dependerá de si con la pensión y ahorros el afiliado podrá seguir financiando su salud. Las cifras en todo caso demuestran, que contrariamente a lo que se cree, una vez que los cotizantes de Isapre jubilan, de ellos, una parte importante decide quedarse en el sistema, pese a que les signifique una prima mayor; esto puesto que reconocen que en el sector privado contarán con una atención oportuna y de calidad, en la etapa de vida que más lo necesitarán. La permanencia de los adultos mayores en el sistema Isapre también se

vio acentuada con la resolución del año 2010 del Tribunal Constitucional que congeló el ajuste por factor de riesgo de la prima del plan base, es decir, a partir del 2010 la prima del plan base no se incrementa en la medida que envejecemos sólo presenta diferencias de acuerdo al género del afiliado.

Si bien, la no discriminación por edad es positiva para la población que envejece, esto significa que las Isapres (sus afiliados) enfrentarán costos crecientes que serán cada vez mayores, porque como se señaló el número de adultos mayores seguirá en aumento y el gasto de ellos es significativamente mayor que el del resto de la cartera (el 8% de la cartera de adultos mayores gasta el 20% del monto facturado en prestaciones médicas), por lo que las Isapres deberán tener que encontrar la forma de hacer frente a estos mayores costos provenientes de una cartera que envejece.

En síntesis, se puede decir que la población beneficiaria de Isapre es una población joven, pero la participación de los adultos mayores ha venido creciendo rápidamente en los últimos años. Se concentra mayoritariamente en la región Metropolitana y existe equilibrio entre ambos sexos, posee rentas medias-altas y está compuesta mayoritariamente por cotizantes dependientes, siendo el número de cotizante mayor al de cargas.

### III.3 PRESTACIONES MÉDICAS

Las prestaciones médicas otorgadas por las Isapres han experimentado, desde los inicios del sistema, un crecimiento sostenido, lo que se explica no sólo por el crecimiento de los beneficiarios, sino que, también por una mayor demanda de éstos y una mejora en la cobertura y calidad de los planes ofrecidos por las Isapres. En el año 2015 el número de prestaciones otorgadas por el sistema alcanzó más de 83 millones, de las cuales casi 31 millones correspondieron a exámenes de diagnóstico y cerca de 15 millones a consultas médicas. Con todo, en el año 2015 el sistema financió en promedio 25 prestaciones por beneficiario.

La frecuencia anual de uso se ha elevado sostenidamente, pues en 1990 se financiaban 9 prestaciones por beneficiario, las que se elevaron a 14 en el año 2000, a 19 en el año 2010 y a 25 en el año 2015. Con ello, la tendencia muestra que en promedio año a año los beneficiarios utilizan una prestación más.

En tanto, de las 25 prestaciones utilizadas por beneficiario en el 2015, 9 correspondieron a exámenes de diagnóstico, 5 a procedimientos de apoyo clínico y terapéutico, 5 a prestaciones adicionales (aproximadamente 3 en GES) y 4 a atenciones médicas.

En relación a la distribución de las prestaciones por grupo etario, en el año 2015 los beneficiarios menores de 60 años utilizaron en promedio 21 prestaciones, mientras que los mayores de 60 años 60 prestaciones, lo que da como promedio las 25 prestaciones por beneficiario mencionadas anteriormente. En cuanto al género, las mujeres utilizaron 29 prestaciones en promedio en el año 2015, mientras que los hombres 21.

**CUADRO N°5**  
**PRESTACIONES OTORGADAS EN EL SISTEMA ISAPRE**

N° Prestaciones (en miles)	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
N° Atenciones médicas	6.891	11.982	13.228	10.584	11.922	12.678	13.465	14.428	14.772	14.782
N° Exámenes de diagnóstico	6.306	12.978	17.144	15.436	20.653	23.855	25.566	27.901	29.408	30.931
N° Procedimientos apoyo clínico/terapéuticos	3.153	6.562	8.962	7.549	12.157	13.715	14.444	16.004	17.244	18.139
N° Intervenciones quirúrgicas	157	298	368	269	355	425	446	432	445	441
N° Otras prestaciones	2.133	4.697	3.760	1.142	1.785	1.936	1.986	2.253	2.296	2.321
N° Prestaciones adicionales	-	-	-	4.432	6.416	8.798	10.526	12.187	13.874	15.724
Sin clasificar	-	-	-	1.658	0	0	0	0	4	1.305
<b>Total Prestaciones</b>	<b>18.640</b>	<b>36.518</b>	<b>43.462</b>	<b>41.070</b>	<b>53.289</b>	<b>61.406</b>	<b>66.434</b>	<b>73.206</b>	<b>78.043</b>	<b>83.643</b>
<b>Beneficiarios</b>	<b>2.108.308</b>	<b>3.763.649</b>	<b>3.092.195</b>	<b>2.660.338</b>	<b>2.825.618</b>	<b>2.925.973</b>	<b>3.064.719</b>	<b>3.206.312</b>	<b>3.308.927</b>	<b>3.410.487</b>
N° Prestaciones por cada beneficiarios	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
N° Atenciones médicas	3,3	3,2	4,3	4,0	4,2	4,3	4,4	4,5	4,5	4,3
N° Exámenes de diagnóstico	3,0	3,4	5,5	5,8	7,3	8,2	8,3	8,7	8,9	9,1
N° Procedimientos apoyo clínico/terapéuticos	1,5	1,7	2,9	2,8	4,3	4,7	4,7	5,0	5,2	5,3
N° Intervenciones quirúrgicas	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
N° Otras prestaciones	1,0	1,2	1,2	0,4	0,6	0,7	0,6	0,7	0,7	0,7
N° Prestaciones adicionales	-	-	-	1,7	2,3	3,0	3,4	3,8	4,2	4,6
Sin clasificar	-	-	-	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
<b>Total Prestaciones</b>	<b>8,8</b>	<b>9,7</b>	<b>14,1</b>	<b>15,4</b>	<b>18,9</b>	<b>21,0</b>	<b>21,7</b>	<b>22,8</b>	<b>23,6</b>	<b>24,5</b>

Fuente: Elaborado por Isapres de Chile en base a información SIS

### III.4 LICENCIAS MÉDICAS CURATIVAS Y SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL (SIL)

El sistema de seguridad social en Chile considera distintos subsidios para el empleado que se encuentra imposibilitado de trabajar, conocidos como Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL). Dependiendo del tipo de licencia médica el financiamiento del SIL es distinto y su pago es realizado por diferentes instituciones. En este contexto, en Chile existen tres tipos de SIL: (i) el que proviene de licencia médicas por enfermedades curativas y reposo maternal suplementario<sup>41</sup>, (ii) el SIL por descanso maternal (pre y post natal) y enfermedad grave de hijo menor a 1 año<sup>42</sup>; y (iii) el SIL derivado de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales<sup>43</sup>.

41 Patologías del embarazo y prórrogas del pre y post natal.

42 Financiadas con cargo al Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidio de Cesantía, constituido por aportes fiscales.

43 Este subsidio es financiado con cargo a la cotización obligatoria establecida en la Ley N° 16.744, el cual es de cargo del empleador y es gestionado por las Mutuales de Seguridad.

El SIL proveniente de enfermedades curativas y reposo maternal suplementario, es gestionado y financiado por los sistemas de previsión de salud público y privado, es decir, por Fonasa y las Isapres, dependiendo de donde el trabajador se encuentre afiliado. Hay que señalar, que según definiciones de la OIT, Chile cuenta con uno de los sistemas más generosos de protección frente a la incapacidad laboral, con una tasa de reemplazo salarial del 100% del tope imponible y no cuenta con restricciones respecto a la duración de las licencias médicas. Sólo cuenta con un deducible de 3 días si la duración de la licencia es menor a 11 días.

En el año 2015, los subsidios por incapacidad laboral (SIL) representaron el 25% del gasto sobre la cotización legal de las Isapres, observándose en los últimos años un importante aumento de esta razón, puesto que desde la creación del sistema hasta el año 2005 se había mantenido en torno a 20%. Esta situación ha implicado una carga financiera que cada vez se hace más significativa para las Isapres. En el Cuadro N° 6, se sintetizan las principales estadísticas en cuanto a licencias médicas y pago SIL de cargo de las Isapres.

**CUADRO N°6**  
**LICENCIAS MÉDICAS Y SIL DE CARGO DE LAS ISAPRES**

	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
N° de Licencias Rechazadas	52.408	84.149	155.214	150.746	148.965	154.966	175.166	203.429
N° de Licencias Pagadas	908.180	867.515	1.155.784	1.168.320	1.265.494	1.385.015	1.565.075	1.696.620
N° de días de Subsidios Pagados	6.890.577	5.901.939	8.932.797	8.831.870	9.922.444	10.819.899	12.033.526	12.310.568
Costo Total SIL (MM\$ de 2015)	178.825	177.716	282.180	281.177	317.986	380.483	416.108	420.102
Costo SIL por Cotizante Año (\$ 2015)	150.195	161.306	221.775	214.844	228.894	256.320	267.608	259.093
Licencias Pagadas por Cotizante Activo	0,76	0,79	0,91	0,89	0,91	0,93	1,01	1,05
N° de días de SIL por Cotizante Activo (TIL,Q)	5,8	5,4	7,0	6,7	7,1	7,3	7,7	7,6
Costo SIL por día pagado (P)	25.952	30.111	31.589	31.837	32.047	35.165	34.579	34.125
Cotizantes Activos	1.190.618	1.101.729	1.272.373	1.308.749	1.389.231	1.484.404	1.554.914	1.621.432

Fuente: Elaboración Isapres de Chile en base a Información SIS.

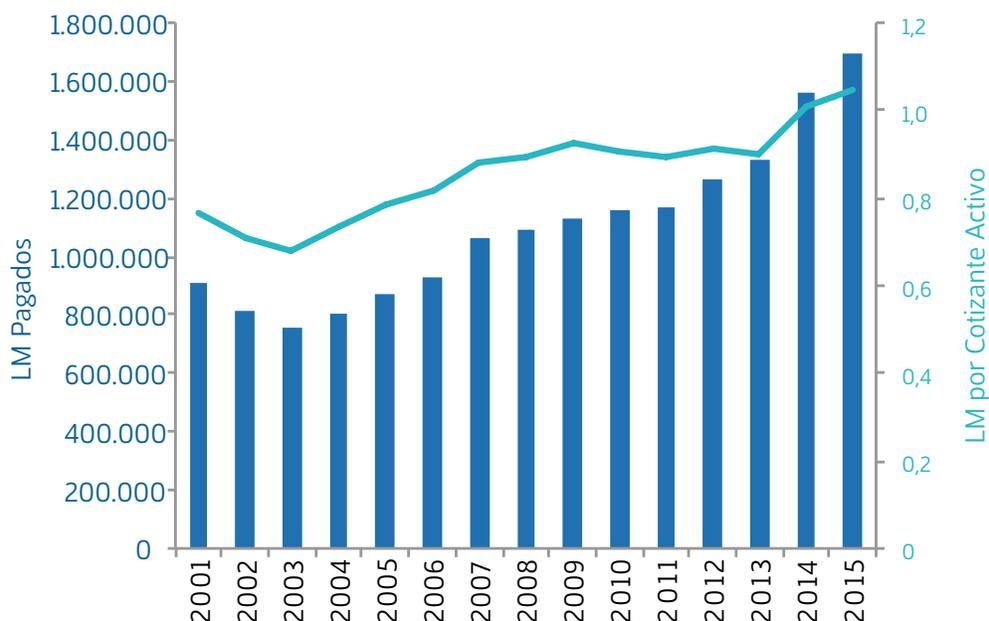
Cotizante Activo: Población cotizante compuesta por trabajadores dependientes e independientes sujetos a pago de licencia médica.

En el año 2015, en el sistema Isapres se pagaron algo más de 1,6 millones de licencias médicas, duplicándose respecto a 10 años atrás. En tanto, si consideramos que los cotizantes que son sujetos al pago de licencias médicas (cotizante activo) son cercanos a 1,6 millones, se desprende que en promedio cada cotizante activo hace uso de una licencia al año, tendencia que se ha elevado de manera importante con el correr de los años. En el Gráfico N° 5 se amplía la información respecto al número de licencias médicas pagadas por las Isapres en los últimos 15 años, así como también se presenta la tasa de licencias médicas por cotizante activos del sistema para igual período.

Por su parte, las algo más de 1,6 millones de licencias médicas pagadas en el año 2015, implicaron un gasto de algo por sobre \$ 420 mil millones. En términos reales, el costo SIL se ha más que duplicado en

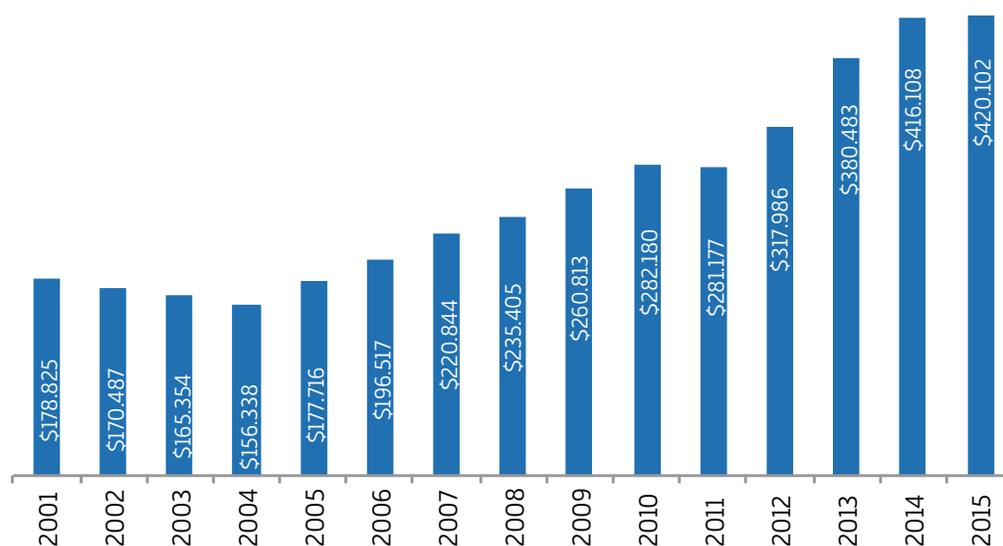
la última década, incrementándose 136% real entre el 2005 y 2015 (9% promedio anual). En el Gráfico N° 6 se presenta el gasto en SIL de cargo de las Isapres de los últimos 15 años en moneda del año 2015.

**GRÁFICO N°5**  
**LICENCIAS MÉDICAS PAGADAS DE CARGO ISAPRES Y LICENCIAS MÉDICAS POR COTIZANTE ACTIVO**



Fuente: Elaborado por Isapres de Chile en base a información SIS

**GRÁFICO N°6**  
**GASTO EN SIL DE CARGO ISAPRES**  
**(Millones de Pesos de Diciembre 2015)**



Fuente: Elaborado por Isapres de Chile en base a información SIS

Entre las causas del aumento en el gasto en SIL se encuentra primordialmente el mayor uso de licencias médicas (efecto cantidad), pero también ha influido – aunque en menor proporción - el incremento de los salarios y topes imposables (efecto precio). Para analizar lo anterior, se debe examinar el gasto SIL por cotizante activo, el cual es la multiplicación del costo promedio por días de subsidio pagado (efecto precio)<sup>44</sup> por el número de días de subsidios pagados por cotizante (efecto cantidad o tasa de incapacidad laboral, TIL)<sup>45</sup>.

Al analizar el gasto en SIL por cotizante (Cuadro N° 7), se observa que entre los años 2005 y 2015 éste aumento 61% en términos reales (5% promedio anual), impulsado en mayor medida por un incremento en la tasa de incapacidad laboral (efecto cantidad), la que se elevó 42% real (4% promedio anual), mientras que el gasto por día pagado de subsidio (efecto precio) creció 13% real (1% promedio anual). En concreto, la tasa TIL ha pasado de un promedio de 5,4 días de licencia pagados por cotizante en el 2005 a 7,6 en el 2015, es decir, se ha incrementado en 2,2 días en promedio. Por su parte, el mayor incremento en el monto pagado por día SIL (efecto precio), obedece a un mejoramiento de los salarios y/o aumento de los topes imposables, por lo que era de esperarse este efecto fuese positivo, pues la renta imponible de los cotizantes de Isapre se ha incrementado en promedio 3% anual real en los últimos 10 años, mientras el tope imponible ha pasado de 60 UF a 74,3 UF.

#### CUADRO N°7 GASTO SIL POR COTIZANTE DE CARGO DE LAS ISAPRES

	2005	2012	2013	2014	2015	CRECIMIENTO	
						2005-2015	Prom. Anual
Costo Total SIL (MM\$ de 2015)	\$ 177.716	\$ 317.986	\$ 380.483	\$ 416.108	\$ 420.102	136%	9%
Costo SIL por Cotizante Año (\$ 2015)	\$ 161.306	\$ 228.894	\$ 256.320	\$ 267.608	\$ 259.093	61%	5%
N° de días de SIL por Cotizante Activo (TIL,Q)	5,4	7,1	7,3	7,7	7,6	42%	4%
Costo SIL por día pagado (P)	\$ 30.111	\$ 32.047	\$ 35.165	\$ 34.579	\$ 34.125	13%	1%

Fuente: Elaboración Isapres de Chile en base a Información SIS.

Con todo, el incremento del gasto SIL explicado por el aumento de cotizantes o de sus rentas, es inevitable. Sin embargo, es preocupante el aumento observado en el número de días pagados en SIL por cotizante (efecto cantidad), pues puede estar indicándonos que la población o está más enferma (o se diagnostican más enfermedades) o estamos frente a la presencia de posibles abusos que no están siendo detectados por las contralorías de las Isapres.

Respecto a la salud de la población, las variables epidemiológicas no han cambiado sustancialmente en nuestro país, al menos en las últimas dos décadas, es más, muchos indicadores de salud incluso han mejorado, por lo que es difícil atribuir este pronunciado aumento de las licencias médicas a razones de salud. Lo que sí es cierto, es que cada día se cuenta con mejores tecnologías y un mayor acceso a salud, lo que podría estar permitiendo un mayor número de diagnósticos y ello conduciendo a un mayor número de licencias médicas.

Por otra parte, en el Cuadro N° 7 se observa que en los últimos 10 años el número de licencias médicas rechazadas se ha más que duplicado (9% promedio anual), rechazándose cerca de 120 mil licencias mé-

44 Efecto Precio = Costo SIL (\$) / Días Pagado SIL.

45 Efecto Cantidad = Días SIL Pagados / Cotizante Activo.

dicas en los últimos 10 años (un poco más de 28 mil entre 2014 y 2015). En este contexto, no es posible atribuir tan fácilmente la mayor utilización de licencias médicas a controles institucionales más laxos, aunque sí hay que tener en cuenta que la comprobación objetiva de algunas patologías es más difícil, como lo son los diagnósticos de la salud mental o las enfermedades osteomuscular. Coincidentemente, en dichas patologías es justamente donde se observa una mayor tasa de utilización de licencias médicas, las que en conjunto concentran el 35% de las licencias médicas.

En este escenario, es muy plausible que detrás de la explosión observada de licencias médicas, exista un componente de mal uso de ellas. En particular, creemos que el seguro SIL presenta problemas en su diseño -tasa de reemplazo salarial del 100% y sin restricción en cuanto a la duración de las licencias- que incentivan el uso de este beneficio para fines distintos al reposo por enfermedad. En este contexto, se podrían realizar cambios en el diseño de las licencias médicas para desincentivar malos usos de este beneficio. Por ejemplo, los tres días de deducible deberían ser válidos para licencias de cualquier duración, evitando con ello la extensión innecesaria de días de licencias médicas.

Asimismo, la cobertura de 100% del ingreso es demasiado generosa, lo que incentiva el mal uso de licencias o el uso innecesario de ellas. El reducir el porcentaje de ingresos que se retribuirán al trabajador ha demostrado en otros países ser un buen incentivo para hacer uso de las licencias médicas en los casos que corresponden a reposo por enfermedades. En este contexto, se propone que en caso de enfermedades demostrables y que requieran de largos tratamientos (cáncer, infartos, etc) al cotizante se le retribuya en un 100% su renta, y en el resto de los casos la retribución sea menor y con un tope de días.

Por otra parte, debería haber un cambio en la institucionalidad de las licencias médicas, en el sentido, que las licencias tanto de Fonasa e Isapre (curativas) como de las mutuales de seguridad (laborales) sean administradas por un solo asegurador especializado. Con ello andando, además se podría avanzar en la idea de que el financiamiento del subsidio sea compartido por los cotizantes y el empleador, con lo cual se desincentivaría el fomento del ausentismo laboral por parte del empleador.

Por último, además de mejorar la fiscalización, se deberían aumentar considerablemente las penas por emitir licencias médicas fraudulentas, tanto para el cotizante como para el médico que la emitió. Además, en la medida que desincentivemos el uso fraudulento de licencias, también se reducirá las tasas de rechazos de las mismas.

En síntesis, el diseño institucional del subsidio por incapacidad laboral, pareciera haber generado incentivos perversos para el uso de este beneficio para fines distintos al reposo por enfermedad. Esto se ha traducido, en un crecimiento explosivo del gasto en SIL en los últimos años -lo que afecta tanto a Fonasa como a Isapres-, impulsado en mayor medida por un aumento en el número de días SIL pagado por cotizante, pero también por un incremento en los salarios y topes imposables; lo que se ha traducido en una carga financiera que cada vez es mayor para el sistema.

### III.5 RESULTADOS FINANCIEROS

Los gastos de las Isapres están compuestos por los costos operacionales (técnicos) y por los gastos de administración y venta (GAV). Los costos técnicos corresponden a aquellos incurridos por concepto de reembolso de prestaciones médicas y licencias médicas (pago de SIL), es decir, son gastos inherentes a temas de salud de los afiliados. Por su parte, los GAV corresponden a los gastos necesarios para operar las Isapres y prestar servicios de atención a sus beneficiarios y la venta de planes. En el sistema Isapre, el financiamiento de estos gastos proviene en un 100% de la cotización -legal y adicional voluntaria- de sus afiliados, lo que constituye el ingreso operacional de las Isapres.

En el Cuadro N° 8 se presenta la evolución del estado de resultados del sistema Isapre como porcentaje de los ingresos operacionales. De dicho cuadro se desprende que durante los últimos 25 años la siniestralidad<sup>46</sup> se ha elevado en 13 puntos porcentuales, mientras que los GAV como porcentaje de los ingresos se han reducido en 9 puntos porcentuales. En particular, se tiene que para el año 2015 de las cotizaciones percibidas por las Isapres, un 88% se destinó a financiar los gastos operacionales (siniestralidad) o beneficios de sus usuarios, mientras que un 12% a financiar los GAV. Hay que mencionar, que de los gastos operacionales del 2015, la siniestralidad de las prestaciones médicas (70% de los ingresos) fue sustancialmente mayor que la del gasto en licencias médicas (18% de los ingresos), aunque ambos gastos se han incrementado de manera importante en el tiempo.

Hay que destacar que el sistema de aseguramiento privado de salud de Chile, es uno de los que un mayor porcentaje de los ingresos (provenientes de los cotizantes) es devuelto a los afiliados a través de prestaciones médicas y beneficios de salud (88%), lo que se refleja en los niveles alcanzados por la siniestralidad.

**Cuadro N°8**  
**ESTADO DE RESULTADO SISTEMA ISAPRE**  
**(% Ingresos Operacionales)**

RUBROS	1990	1995	2000	2005	2010	2015
Ingreso Operacional	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Costo de Operación</b>	<b>74,8%</b>	<b>76,4%</b>	<b>81,4%</b>	<b>78,6%</b>	<b>84,7%</b>	<b>87,7%</b>
<i>Prestaciones de Salud</i>	58,1%	61,5%	65,6%	64,6%	69,1%	69,6%
<i>Licencias Médicas</i>	16,7%	14,9%	15,8%	14,0%	15,6%	18,1%
Margen de Explotación	25,2%	23,6%	18,6%	21,4%	15,3%	12,3%
<b>GAV</b>	<b>21,1%</b>	<b>20,0%</b>	<b>17,7%</b>	<b>14,5%</b>	<b>12,6%</b>	<b>12,2%</b>
Resultado Operacional	4,1%	3,6%	0,9%	6,8%	2,7%	0,1%
Resultado No Operacional	4,3%	2,2%	1,2%	0,2%	1,6%	2,1%
Impuesto a la Renta	0,7%	1,0%	0,2%	1,2%	0,7%	0,5%
Resultado del Ejercicio	7,7%	4,8%	1,8%	5,8%	3,6%	1,6%

Fuente: Elaboración Isapres de Chile en base a FEFIs presentadas por las Isapres a la SIS.

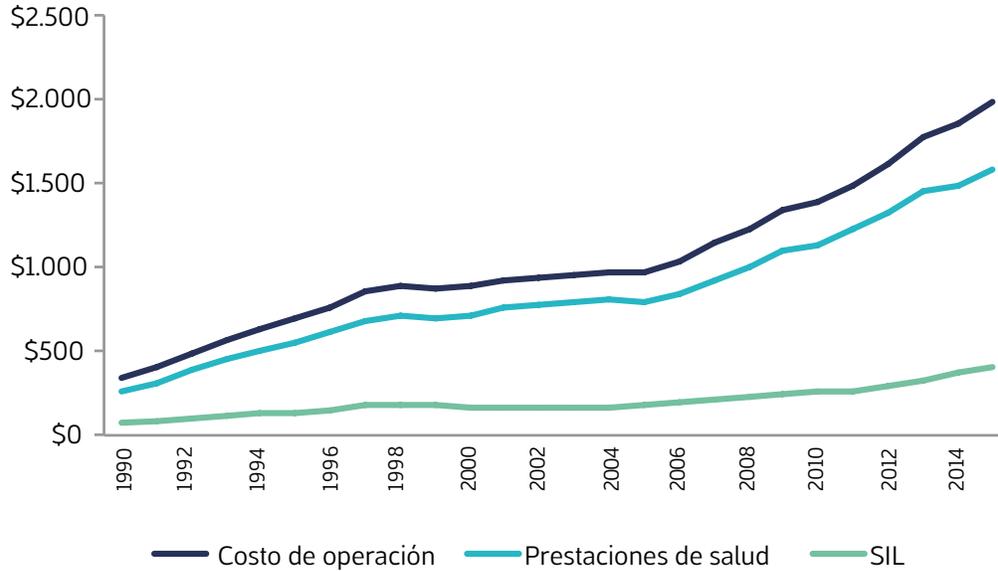
El crecimiento experimentado por los costos operacionales se puede observar en el Gráfico N° 7, los que se han sextuplicado en términos reales entre 1990 y 2015, pasando de \$ 336 mil millones en 1990 a \$ 1.986 mil millones en el año 2015 (en moneda de 2015). Del costo operacional de 2015, un 79% correspondió a gasto en prestaciones médicas y el 21% restante a pago SIL derivado de licencias médicas, ganando en los últimos años una participación mayor el gasto en SIL.

Lo anterior, ha ido de la mano con una mayor velocidad observada en el crecimiento del pago SIL en los últimos años, el cual sólo en la última década se ha duplicado, creciendo en promedio 9% real anual, mientras las prestaciones médicas han crecido en promedio 7% real anual en igual periodo.

Ahora bien, en los años que van corridos, el número de beneficiarios también ha variado, por lo que para aislar este efecto es necesario mostrar la evolución del costo técnico por beneficiario. El Gráfico N° 8 muestra los cambios anuales en el número de beneficiarios del sistema Isapre, los que en términos netos se han incrementado en 1.302.179 entre 1990 y 2015.

<sup>46</sup> Costos operacionales como porcentaje de los ingresos operacionales.

**GRÁFICO N° 7**  
**COSTOS OPERACIONALES SISTEMA ISAPRE**  
 (Miles de Millones de Pesos de Diciembre de 2015)



Fuente: Elaborado por Isapres de Chile en base a información SIS

**GRÁFICO N° 8**  
**VARIACIONES ANUALES EN EL NÚMERO DE BENEFICIARIOS DEL SISTEMA ISAPRE**  
 (Número de Personas)

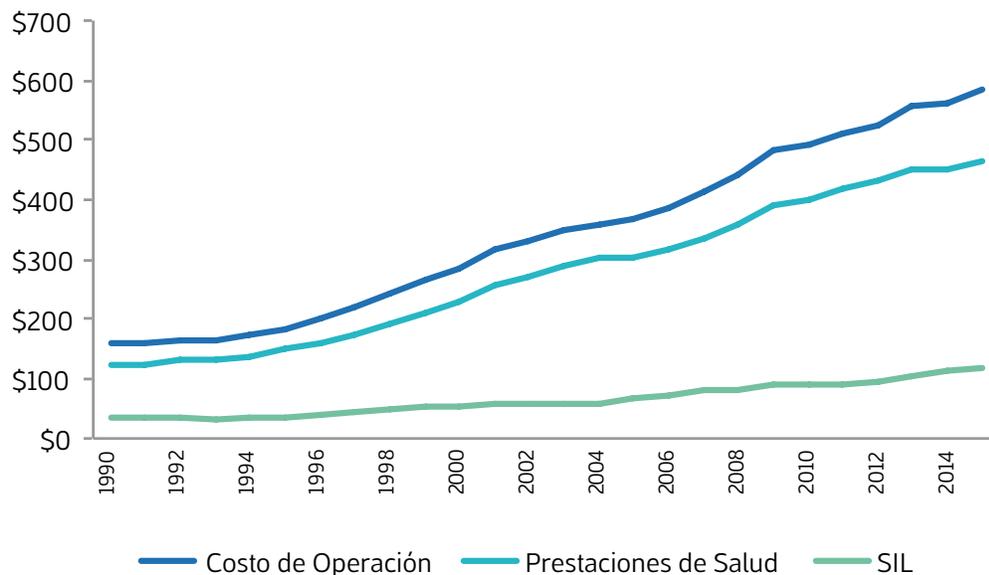


Fuente: Elaborado por Isapres de Chile en base a información SIS

Habiendo corregido por el número de beneficiarios, se tiene que los costos técnicos anuales por beneficiario, se han cuadruplicado en términos reales entre 1990 y 2015, pasando de \$ 159 mil por beneficiario en 1990 a \$ 582 mil por beneficiario en 2015 (5% promedio real anual), período en que como se señaló los beneficiarios se elevaron en algo más de 1,3 millones (2% promedio anual). Por su parte, entre 1990 y 2015 el gasto anual en prestaciones por beneficiario se ha incrementado desde \$124 mil a \$ 462 mil (5% promedio real anual) y el pago en SIL desde \$ 36 mil a \$120 mil (5% promedio real anual).

Acotando el análisis per cápita a los últimos 10 años (2005-2015), se tiene que los costos técnicos anuales por beneficiario se han incrementado un 59% anual real (5% promedio anual). En particular, el gasto anual en prestaciones médicas por beneficiario se ha elevado 54% real anual (4% promedio anual), mientras el pago en SIL por beneficiario lo ha hecho en 84% (6% promedio anual). Esta información corrobora, como el gasto en SIL, en este caso por beneficiario, viene creciendo por sobre el gasto en prestaciones médicas en los últimos años.

**GRÁFICO N° 9**  
**COSTOS OPERACIONALES ANUALES POR BENEFICIARIO SISTEMA ISAPRE**  
**(Miles de Pesos de 2015)**

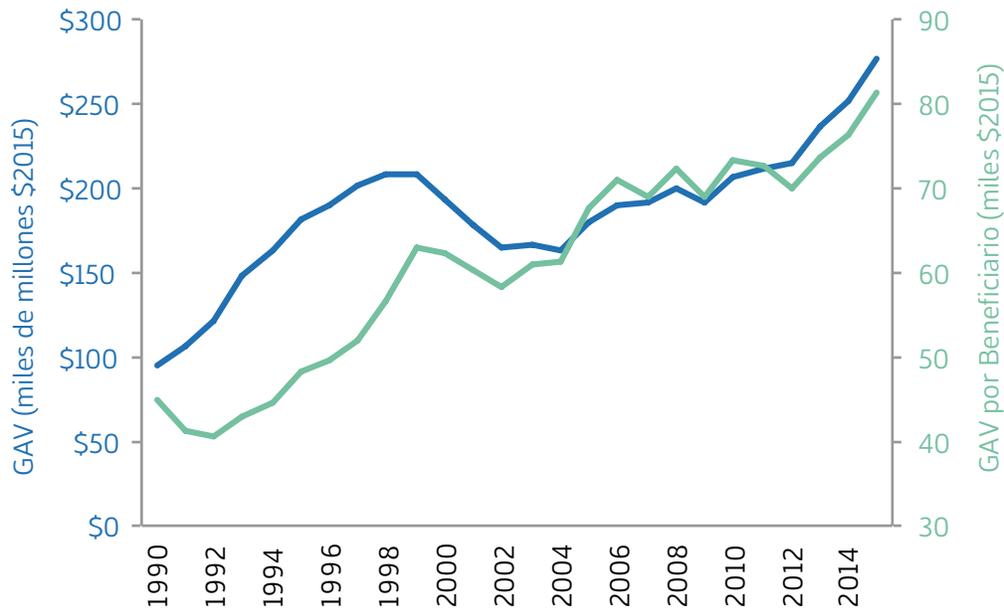


Fuente: Elaborado por Isapres de Chile en base a información SIS

En relación a los gastos de administración y venta (GAV), en su análisis hay que tener en cuenta que su origen está relacionado con las actividades concernientes con el otorgamiento de beneficios (como la operación de los locales de atención, los servicios telefónicos, el procesamiento de órdenes de atención y gestión de licencias médicas, entre otros), por lo que su evolución dependerá del desarrollo que a su vez tengan el número de beneficiarios y las atenciones y licencias médicas. Al respecto, vimos que en los últimos 25 años (1990-2015) el número de beneficiarios se ha incrementado en 1,3 millones, mientras el número de prestaciones por beneficiario se ha incrementado de 9 a 25 y la tasa de uso de licencias médicas por cotizante se ha elevado de 0,6 a 1,05. Ello se ha traducido, en que los GAV del sistema se han triplicado en términos reales en los últimos 25 años, pasando de \$ 95 mil millones en 1990 a \$ 277 mil millones en 2015 (en moneda de 2015).

En términos per cápita, los GAV por beneficiario han pasado de \$ 45 mil a \$ 81 mil (en moneda de 2015) entre 1990 y 2015, elevándose en promedio 2% real anual (Gráfico N° 9). Se observa que el crecimiento real de los GAV en promedio ha sido menor que el de los costos técnicos y como se vio las Isapres hoy son más eficientes en el manejo de sus GAV, pues el GAV como porcentaje de los ingresos consistentemente se ha reducido (Cuadro N° 10).

**GRÁFICO N° 10**  
**GAV TOTALES Y POR BENEFICIARIO SISTEMA ISAPRE**  
**(Miles Millones de Pesos de 2015 y Miles de Pesos de 2015)**



Fuente: Elaborado por Isapres de Chile en base a información SIS

En tanto, en los últimos 10 años (2005-2015), los GAV crecieron 54% real (4% promedio real anual), incremento que estuvo fuertemente influido por un mayor gasto en personal (representa más del 50% del GAV), específicamente por un alza en la dotación de personal, lo que a su vez fue consecuencia de la necesidad de tener que atender más beneficiarios y una mayor demanda por servicios de salud de los mismos. Sin embargo, desde el año 2007 las Isapres han debido enfrentar un incremento en los GAV inexistente hasta antes de esa fecha y que si bien no proviene directamente de la operación del sistema, deriva de acciones legales interpuestas por parte de los cotizantes. Esto es el gasto legal proveniente de los recursos de protección interpuestos por los cotizantes para frenar las adecuaciones de precios de los planes de salud. En concreto, este gasto legal desde el año 2007 se incrementa a tasas crecientes y en el año 2015 representó el 8% del GAV.

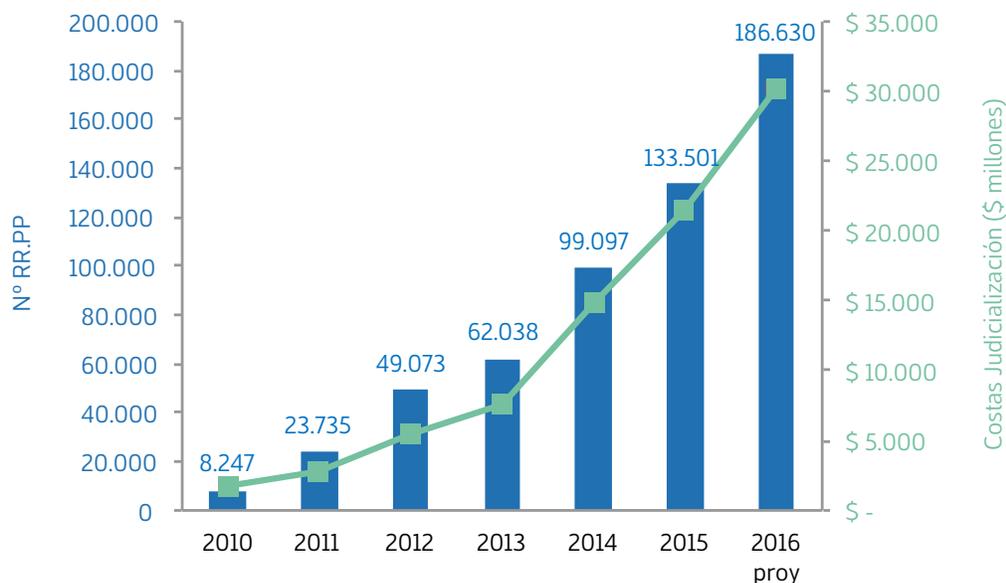
Respecto a los recursos de protección, a partir del año 2007 y con mayor énfasis desde el 2011, los Tribunales de Justicia comenzaron a aceptar recursos de protección interpuestos por los cotizantes del sistema Isapre, con el fin de frenar las alzas anuales de los precios base de sus planes. Los jueces han resuelto en su mayoría a

favor de los beneficiarios<sup>47</sup>, lo que no sólo ha detenido el alza sino que además ha condenado a las Isapres a pagar las costas judiciales, creando un mercado de pleitos judiciales de alta rentabilidad para un grupo de abogados. Con ello los recursos de protección han crecido exponencialmente. Esta situación ha generado una merma en los recursos financieros que las Isapres requieren para cumplir con los beneficios pactados, tanto por la imposibilidad de reajustar los precios de sus planes de acuerdo al crecimiento en los costos de salud (congelación precio base), como por el pago de costas de los abogados.

En el año 2015, los recursos de protección alcanzaron 133.503, lo que implicó un costo sólo por concepto de costas cercano a los 21.500 millones de pesos, a lo que hay que sumar los costos por concepto de menores ingresos producto del congelamiento de la tarifa. A septiembre del 2016, ya habían ingresado algo más de 158 mil recursos de protección, ya que en este año a la adecuación de precios base se sumó el ajuste de la tarifa GES, lo que elevó la cantidad de presentación de causas. Con ello, se estima que en el año 2016 los recursos de protección podrían bordear los 186 mil y el pago de costas podría alcanzar por sobre los \$ 30 mil millones.

La intromisión de tribunales en el ajuste de precios de las Isapres complica cada día más el normal funcionamiento de las Isapres, a lo que se suma una nueva arista, que es la resolución del Servicio de Impuestos Internos (SII) que obliga a las Isapres a pagar impuestos por las costas de los juicios referidos a los recursos de protección, los que hasta la fecha eran tratados como gastos de operaciones, pero que el SII los comenzará a considerar como gasto rechazado. Esta resolución obligará a las Isapres a pagar retroactivamente el pago de impuestos por este concepto desde el año tributario 2013, lo que implica cerca de 40 mil millones de pesos.

**GRÁFICO N° 11**  
**RECURSOS DE PROTECCIÓN Y COSTAS POR ADECUACIÓN PLANES ISAPRE**  
**(Número de RR.PP y Millones de Pesos de cada Año)**



Fuente: Elaborado en base a Informe Altura Management

47 Las razones invocadas por los Tribunales (Cortes de Apelaciones y Corte Suprema) para acoger dichos recursos de protección se refieren principalmente a que, reconociendo la facultad legal que tienen las Isapres para aplicar estas alzas anualmente, dicha facultad se ejerce en forma arbitraria considerando que es una alza unilateral, y que no se basa en parámetros objetivos y comprobables, informados a cada afiliado en la carta de adecuación del precio del plan. Sin embargo, los fallos no reconocen que el mecanismo de adecuación contenido en la ley dificulta a las Isapres justificar en forma individual el alza y prohíbe hacer discriminaciones positivas entre cotizantes.

Con todo, el futuro financiero del sistema Isapre se ve cada día más comprometido e incluso se podría llegar a la inviabilidad si no se pone atajo luego a la judicialización. En este contexto, una modificación en la legislación vigente permitiría superar esta situación, de modo tal que los tribunales acepten los ajustes de los precios utilizando consideraciones establecidas por ley, puesto que el crecimiento de los costos en salud, es un fenómeno mundial<sup>48</sup> del que el sistema privado de salud no está libre.

En suma, en los últimos años la judicialización junto con la mayor entrega de beneficios, han llevado a una caída del resultado operacional del sistema Isapre y con ello la utilidad del sistema, la que alcanzó los \$ 37.249 millones en el 2015 (Cuadro N° 9). La utilidad promedio registrada por beneficiario al mes entre 1990 y 2015 fue de \$ 1.130 (moneda de 2015), valor que alcanzó los \$ 910 por beneficiario al mes en el año 2015. Lo anterior, también ha llevado a una disminución de la rentabilidad sobre los ingresos (Cuadro N° 9), la cual en el 2015 fue de 1,6% para el sistema Isapre.

**CUADRO N° 9**  
**ESTADO DE RESULTADO SISTEMA ISAPRE**  
**(MILLONES DE PESOS DE 2015)**

RUBROS	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ingreso Operacional	\$ 1.640.975	\$ 1.767.445	\$ 1.895.863	\$ 2.025.932	\$ 2.138.113	\$ 2.264.610
<b>Costo de Operación</b>	<b>\$ 1.389.346</b>	<b>\$ 1.491.524</b>	<b>\$ 1.609.670</b>	<b>\$ 1.780.803</b>	<b>\$ 1.857.389</b>	<b>\$ 1.986.427</b>
<i>Prestaciones de Salud</i>	\$ 1.133.354	\$ 1.228.832	\$ 1.320.915	\$ 1.448.447	\$ 1.486.526	\$ 1.576.454
<i>Licencias Médicas</i>	\$ 255.992	\$ 262.692	\$ 288.756	\$ 332.356	\$ 370.863	\$ 409.973
Margen de Explotación	\$ 251.629	\$ 275.921	\$ 286.193	\$ 245.130	\$ 280.724	\$ 278.183
<b>GAV</b>	<b>\$ 206.740</b>	<b>\$ 212.054</b>	<b>\$ 214.233</b>	<b>\$ 236.314</b>	<b>\$ 252.060</b>	<b>\$ 277.033</b>
Resultado Operacional	\$ 44.889	\$ 63.866	\$ 71.960	\$ 8.816	\$ 28.663	\$ 1.151
Resultado No Operacional	\$ 25.899	\$ 33.483	\$ 44.580	\$ 42.307	\$ 52.712	\$ 48.403
Impuesto a la Renta	\$ 11.771	\$ 19.689	\$ 24.965	\$ 9.181	\$ 18.843	\$ 12.304
Resultado del Ejercicio	\$ 59.018	\$ 77.660	\$ 91.575	\$ 41.941	\$ 62.532	\$ 37.249

Fuente: Elaboración Isapres de Chile en base a FEFIs presentadas por las Isapres a la SIS.

### III.6 CUENTAS DE EXCEDENTES Y EXCESOS

#### III.6.1 Excedentes de Cotización

Los excedentes de cotización corresponde a los sobrepagos que se producen cuando la cotización pagada (7% del sueldo imponible) es superior al valor del plan contratado (precio del plan más prima GES).

Estos excedentes son abonados a una cuenta individual de excedentes y pueden ser utilizados por el afiliado para: (i) comprar productos exclusivos del área de la salud; (ii) cubrir el pago de medicamentos;

48 Diversos estudios muestran que al menos durante las últimas tres décadas el gasto en salud en el mundo ha crecido por sobre la expansión de las economías y la inflación, además de constituir una parte cada vez mayor del PIB. En el caso de Chile, el gasto en salud como porcentaje del PIB alcanza un 7,8% incrementándose en los últimos 10 años en 1,3 puntos porcentuales. En todo caso, si bien el gasto en salud ha aumentado en Chile, aún se encuentra por debajo el promedio de la OCDE (9% del PIB). Lo anterior da indicios de que al gasto en salud en Chile le queda espacio aún para expandirse. De hecho, desde el año 2009 el gasto en salud en Chile ha aumentado más rápido que cualquier otro país de la OCDE, según un estudio de este mismo organismo. En particular, en Chile hemos visto como año a año se incrementan las prestaciones demandadas por las personas, así como el uso de licencias médicas, a lo que hay que sumar el envejecimiento (y mayor esperanza de vida) que afecta a nuestra población y los avances en tecnologías médicas, todo lo cual seguirá presionando el costo en salud.

(iii) mejorar y agregar beneficios complementarios de su plan de salud; (iv) comprar bonos; (v) copagar prestaciones médicas; (vi) cubrir cotizaciones en caso de cesantía; (vii) financiar prestaciones de salud no cubiertas por el contrato; (viii) cubrir cotizaciones adicionales voluntarias y (ix) financiar un plan de salud cuando desee pensionarse, lo cual comprende el tiempo entre la solicitud de jubilación y el momento en que se hace efectiva.

La participación de las cuentas de excedentes entre los cotizantes viene en aumento desde antes del cambio legal de 2009 que estableció la irrenunciabilidad de estos fondos al momento de establecer un nuevo contrato. En el año 2015 existían 1.116.979 cotizantes con cuentas de excedentes, un 9,1% más que en diciembre de 2014, correspondiendo al 58,7% de los cotizantes del sistema. El total de estas cuentas de excedentes acumulaban \$ 89.311 millones a diciembre de 2015, lo que equivale a un monto promedio de \$ 79.958 por cada cuenta de excedente.

**Cuadro N° 10**  
**CUENTA DE EXCEDENTES SISTEMA ISAPRE**

TOTAL SISTEMA ISAPRE	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cuenta de Excedentes	171.227	191.120	231.948	277.553	402.279	554.651	683.450	804.238	923.724	1.024.168	1.116.979
Participación de Cuentas en Cotizantes Totales	13,8%	14,9%	17,1%	20,1%	28,8%	38,3%	44,8%	49,4%	53,3%	56,4%	58,7%
Recursos (millones \$ 2015)	\$14.712	\$17.578	\$19.859	\$22.426	\$25.117	\$37.108	\$49.169	\$65.494	\$ 78.715	\$87.224	\$89.311
Recursos por cuenta (\$ 2015)	\$85.922	\$91.974	\$85.619	\$80.800	\$62.437	\$66.902	\$71.942	\$81.436	\$85.214	\$85.166	\$79.958

Fuente: Superintendencia de Salud. Ficha Económica y Financiera de Isapres y Archivo Maestro de Beneficiarios

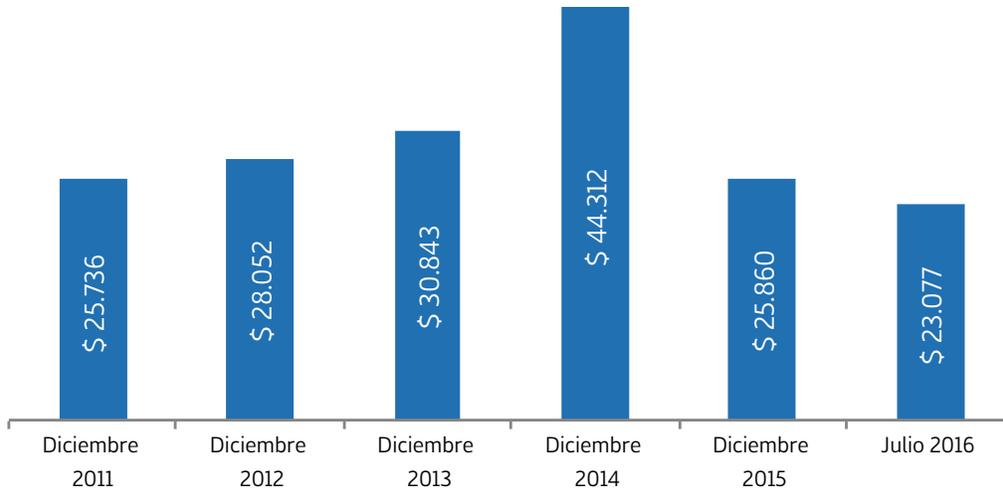
### III.6.2 Excesos de Cotización

El exceso de cotización es el monto de sobrecotización que se produce cuando la cotización pagada es superior al mayor valor entre la cotización total pactada y la cotización legal del 7% con tope legal imponible. Este monto de dinero se origina al obtener remuneraciones extraordinarias (bonos, gratificaciones) o rentas de dos o más empleadores. En otras palabras, los excesos de cotización en las Isapres se producen cuando el pago de la cotización del mes supera el monto mayor entre el tope imponible vigente o el precio del plan de salud pactado.

Estos excesos se devuelven a los afiliados por medio de un cheque nominativo, vale vista, efectivo o por depósito en la cuenta corriente del afiliado.

A julio de 2016 existían algo más de 23 mil millones de pesos acumulados en las Isapres por concepto de exceso de cotización de los afiliados, los que serán devueltos a 954.403 personas, siendo el monto de devolución promedio de \$ 24.180.

**GRÁFICO N° 12**  
**MONTOS DE EXCESOS ACUMULADOS EN ISAPRE**  
 (millones de pesos de cada mes/año)



Fuente: Superintendencia de Salud.

### III.7 OPINIÓN DE LOS USUARIOS

La empresa de investigación de mercado y opinión pública, Cadem, lleva tres años realizando un estudio de Percepción del Sistema Isapre (2014-2016). En la encuesta realizada en el año 2016, 7 de cada 10 afiliados de Isapre encuestados consideraban que la calidad del sistema era buena o muy buena y estaban satisfechos con el servicio general que prestan las Isapres. Dentro de la evaluación de satisfacción, la calidad de la atención es la principal variable de satisfacción de los usuarios, mientras el precio de los planes sigue siendo la principal variable de insatisfacción. En todo caso, los afiliados perciben que como pertenecen a una Isapre pueden acceder a prestadores de salud de calidad y consideran que es importante estar en una Isapre porque si les pasa algo acceden a una atención oportuna y de calidad, lo que más que compensa lo que pagan por su plan.



# Capítulo IV

Memoria gráfica



# Todo sobre el sistema de salud

## En 1983, 300 mil personas cotizarían en ISAPRES

◆ Sólo podrán usar los bonos ex Sermena los beneficiarios del Fondo de Salud y los imponentes del SSS. ◆ Independientemente de pertenecer o no a una Isapre, por derecho constitucional todo el mundo tiene acceso a la infraestructura estatal de salud, siempre y cuando cancele como particular.

"Es falso que las ISAPRES no podrá jamás entregar atención de salud utilizando la infraestructura estatal. Eso sólo será en aquellas zonas del país en que el Secretario Regional Ministerial así lo determine, es decir, donde no exista medicina privada". Las declaraciones corresponden al Delegado de Gobierno ante el Fondo Nacional de Salud, Juan Manuel Ortiz.

Insistió el personero que, al modificar el DFL 93 "no cambiamos las reglas del juego a último momento", como lo afirman ejecutivos de algunas Isapres. Lo hicimos justamente antes que el nuevo sistema estuviera operando fuerte: sólo estaban funcionando 204 contratos de salud, perteneciente a Cruz Blanca".

tendió fue perfeccionar el nuevo sistema; hacer hincapié en que las ISAPRES no pueden usufructuar libremente de la infraestructura estatal, ni utilizar el Sistema de Medicina Curativa para entregar salud a quienes cotizan en ella, (es decir utilizar los llamados "bonos del ex Sermena") para cancelar las prestaciones de salud de sus afiliados.

fue siempre que las nuevas instituciones de salud desarrollaran la medicina privada".

### TODOS TIENEN DERECHO

"Independientemente de si pertenecen o no a una Isapre, todas las personas de acuerdo a la Constitución tienen derecho a usar de cualquiera infraestructura estatal de salud -hospitales, servicios de urgencia, etc.- siempre que cancele su atención como pacientes privados. En los casos de los afiliados a una Isapre y de acuerdo al contrato establecido, la institución de salud devolverá este pago en el porcentaje pactado", dijo.

Seguirán cancelando con bonos del Fondo de Salud (ex Sermena) quienes sigan siendo beneficiarios del Fondo de Salud, (ex Sermena) y los que pertenecen al Servicio de Seguros So-

cialmente seguirán siendo atendidos en los policlínicos y hospitales estatales todas aquellas personas de menos recursos económicos, que sean considerados "indigentes" en materia de salud.

### EVALUANDO

"El fondo de Salud está evaluando mes a mes el comportamiento de las Isapres, agregó el personero. Es el mejor modo de saber si en determinado momento las nuevas instituciones están utilizando la infraestructura estatal en forma innecesaria. En esos casos habría sanciones para las que están funcionando y pondremos todo tipo de problemas a las solicitudes de las que quieren empezar a funcionar como tales.

"De acuerdo a nuestros estudios, este año las Isapres ya aprobadas contarán por lo menos con 60.000 cotizantes;

el próximo año la cifra llegará a 200.000, para terminar finalmente en 1983 con 300 mil afiliados en total, lo que estaría dando (tomando en cuenta las cargas familiares) una cifra aproximada de un millón doscientos mil personas

atendidas a través del nuevo sistema de salud".  
"Con esta cantidad de personas, es difícil que no se produzca un desarrollo real del sector privado de la salud en Chile", dijo finalmente Juan Manuel Ortiz.

## Consejos para elegir la mejor ISAPRE

— ¿Qué consejos daría usted a quienes deseen pasar del ex SERMENA a una Isapre?

— Primero que todo, es bueno que la gente, al momento de firmar un contrato con una ISAPRE, sepa lo que va a obtener de él. Será positivo conocer a fondo todo el mercado de las Isapres; saber exactamente qué pueden ofrecer unas y otras, y finalmente, firmar el contrato (que es de tipo individual) con la que ofrezca más por el 4% de salud o un porcentaje mayor. No hay que olvidar que el porcentaje a pactar debe ser voluntario por ambas partes.

— ¿Qué pasa si al seguir, una vez probada la atención que se entrega a través de esa Isapre, se arrepiente de haber firmado el contrato?

— Ningún problema. Una persona que cotiza en una ISAPRE determinada puede decidir, en cualquier momento, cambiarse a otra que ofrezca mejores atenciones o...volver, sencillamente, al Fondo de Salud, ex Sermena.

En este caso, quien se retira de nuestro Fondo de Salud (ex Sermena) puede volver cuando lo quiera. En todo caso, creo que eso no va a suceder, porque cada una de las nuevas instituciones se cuidará mucho de entregar siempre lo mejor y en las mejores condiciones...

LA SEGUNDA, 12.08.1981



◆ Juan Manuel Ortiz, director del Fondo Nacional de Salud.

## Beneficiarios de ISAPRES podrían llegar a medio millón este año

◆ Hasta fines de enero había 150 mil afiliados. ◆ Usuarios tienen libertad para volver al sistema de origen.

"El sistema nacional de servicios de salud seguirá funcionando como lo ha hecho hasta ahora, tratando de mejorar, y el sistema de las órdenes de atención o la Ley de Medicina Curativa seguirá funcionando también". Así lo señaló Juan Manuel Ortiz, director del Fondo Nacional de Salud, puntualizando que quienes ingresan a una ISAPRE pueden retirarse a voluntad y volver al esquema de origen con los mismos derechos y obligaciones que tenían con anterioridad. Ortiz indicó que no hay amarra en el sistema, ya que es diferente a las administradoras de fondos de pensiones, que permiten cambiar de institución, pero no volver a la modalidad antigua.

Al 30 de enero último se habían firmado 46.880 contratos en las ISAPRES, descontando los anulados o rescindidos, lo que da un total de 150 mil afiliados beneficiarios del sistema.

Juan Manuel Ortiz precisó que el ritmo de crecimiento del sistema es bueno, registrándose un au-

mento de 23 por ciento en enero último. De mantenerse el actual nivel de desarrollo —agregó— es probable llegar a fines de este año a un total de 150 mil contratos, lo que daría medio millón de beneficiarios.

Añadió que estas cifras se encuentran dentro de lo proyectado al poner en marcha el sistema.

Sin embargo, dijo, no se puede comparar con las AFP en su crecimiento, ya que el producto ofrecido por la ISAPRE es más complejo. Por lo tanto, la organización de una ISAPRE necesita de tiempo y maduración".

### AUTORIZACIONES

A la fecha hay doce ISAPRES autorizadas, de las cuales nueve se encuentran en funcionamiento: Compañía de Seguros Vida BHC; Compañía de Seguros Vida Cruz Blanca; Banmédica, de la Caja de Pensiones; Compañía de Seguros Generales BHC; Compañía de Seguros de Vida La Chilena Consolidada; Cooperativa Frompart; Compañía de Seguros Continental (Colmena); Sección de Previsión del Banco Central; Servicios de Salud Humana Ltda. Salud Santa María; San Lorenzo Ltda.; Fundación de Salud El Teniente, y Sudamericana de Salud.

Fue caducada, asimismo, la autorización al Lloyd de Chile y a la Caja de Previsión y Estímulo de los Empleados del Banco de Chile, que solicitó su propia cancelación.

Juan Manuel Ortiz subrayó que el Fondo Nacional de Salud cautela el buen funcionamiento de estas instituciones.

Indicó que existen garantías en dinero, constituidas por las entidades, de más de un millón de dólares, para hacer cumplir los contratos que los beneficiarios han pactado con las instituciones. Agregó que se asegura que en ningún caso se dejen de entregar los beneficios, es decir, medicina curativa, preventiva y subsidios por incapacidad laboral.

LA SEGUNDA, 22.02.1982





# ISAPRES han otorgado servicios por US\$ 8,5 millones en un año

◆ Delegado de Gobierno en el Fondo Nacional de Salud, Juan Manuel Ortíz, señaló que espera que en 1983 sean atendidas por ese sistema un millón de personas.

En sólo un año de actividad de los Institutos de Salud Previsional (ISAPRES) han otorgado servicios por un valor que supera los 8 millones y medio de dólares. Así lo señaló esta mañana el delegado de Gobierno al Fondo Nacional de Salud, Juan Manuel Ortíz, quien agregó que se espera que para el presente

año dichos servicios superen los 22 millones de dólares.

El personero indicó que el objetivo por el cual estos servicios fueron creados hace un año exactamente, no es reemplazar los actuales sistemas estatales, sino complementarlos, a fin de otorgar nuevas opciones a los usuarios y lograr un desarrollo de

las organizaciones privadas en el sector salud.

"El principio fundamental es la libertad que los entes y personas involucradas en este sistema tienen para desarrollar", señaló Ortíz.

Dijo que las proyecciones para este año del sistema, es cerrar con 150 mil contratos o un total de 500 mil personas beneficiadas con este tipo de salud.

Agregó que para 1983, el sistema debería estabilizarse en aproximadamente 300 mil contratos, o sea, un total de un millón de personas atendidas por las ISAPRES.

Juan Manuel Ortíz dijo además, que hasta la fecha y para resguardar los intereses de los beneficiarios del sistema, sólo se han usado 6 mil pesos de la garantía de estos servicios. El fondo total de garantía de las ISAPRES supera los dos millones de dólares, "lo cual demuestra la buena operación del sistema", agregó Ortíz.

Hasta el momento, se han otorgado 15 autorizaciones para operar ISAPRES, de las cuales 13 permanecen con validez y de éstas, 10 están operando en la actualidad.

LA SEGUNDA, 19.05.1982



GERENTE DE I. SUDAMERICA:

# "Isapres Están Ayudando A Solucionar Problemas Del Sector Salud"

● En torno a las utilidades de las Isapres, dijo que más que un fin son un requisito, ya que de otra manera no podríamos efectuar inversiones que nos permitan constituirnos en una alternativa privada de salud a nivel nacional".



Jaime Charles.

"El crecimiento evidenciado en el último tiempo por las Isapres, demuestra que el sistema privado de salud finalmente está comenzando a cooperar realmente en la solución de los problemas del sector en general", dijo el gerente general de Isapre Sudamérica, Jaime Charles, agregando que ello obedece a que, en la actualidad, "estamos entrando a captar gente que tradicionalmente era atendida por el sistema estatal".

Precisó que el sistema privado está creciendo a razón de 30 mil beneficiarios al mes, equivalentes a una tasa de casi el 5% mensual la que también está en aumento. "Ello refleja el interés de los grupos de trabajadores por tener acceso a los beneficios de la medicina privada organizada", dijo.

Añadió que "los que primero ingresaron a las Isapres eran gente que nunca utilizó el sistema estatal, ya que tenía acceso a la medicina privada en forma normal. Hoy, en cambio, estamos afiliando —particularmente en Sudamérica, Conasud y Promepart, que representan el 75% del crecimiento del sistema— trabajadores que tradicionalmente manejaba el SNSS, lo que implica que hay menos demoras que antes de los limitados recursos estatales".

Ejemplificó esto señalando que las afiliaciones de junio de Sudamérica contemplan un 45,3% en el plan familiar; 31,8% en el principal ("donde están básicamente las rentas entre \$ 35 mil y \$ 60 mil"); 12,9% en el ejecutivo; 5,7% en el superior, "y ni uno solo en el máximo, que reúne básicamente a las rentas superiores a \$ 150 mil. Esa tendencia demuestra que los ingresos más altos ya están en Isapres y que, en general, están contentos con sus instituciones, mientras que el 73% de esas afiliaciones venía de Fonasa".

Requerido sobre si es efectivo que las cotizaciones que hoy perciben las Isapres han disminuido los recursos con que Fonasa contribuía a financiar el sistema estatal, respondió que "las prestaciones de salud se financian en Chile por tres vías: las cotizaciones de los trabajadores, los copagos por prestaciones específicas, que tienen un efecto muy marginal, y la parte importante, que son recursos fiscales, por lo que la merma no es significativa".

### PLANES COLECTIVOS

Seguidamente, el gerente de Sudamérica precisó que el sistema de Isapres han incrementado efectivamente la libertad de las personas en materia de salud. "Nuestros planes colectivos representan casi dos tercios de nuestros afiliados, y antes de firmar los contratos, la gente negocia con varias instituciones para obtener el mejor rendimiento para su cotización, lo que implica en definitiva ganar una libertad personal real y efectiva".

Destacó que en la actualidad prácticamente todos los planes contemplan la cotización legal de 7%. "Desde hace un año, la competencia ha obligado a que los planes colectivos se negocien sobre esa base, y también los individuales. Ir más allá es cosa del pasado, excepto en algunos convenios en que hemos sido pioneros, y que consisten en conseguir aportes del empleador. En los casos de Schwagger, Cemento Melón y algunas forestales de Arauco, es la cotización de los trabajadores más un 2% del empleador".

Reconoció que el citado 7% permite una buena cobertura de salud, aunque lo refirió a determinado grupo de ingresos. "Si pensamos en una familia promedio del sistema de Isapres, es decir, de tres personas, es difícil comprar un buen plan de salud que cueste menos de \$ 2.500, lo que implica una renta mensual de \$ 35.700. De ahí para arriba hay planes ventajosos, pero ese grupo no es de ninguna manera mayoritario. Hay cientos de miles de trabajadores entre esa cifra y \$ 20 mil, que si se contrata con un poco más de cotización, probablemente un 2%, sí podrían tener acceso al sistema privado de medicina, salvo los que lo están haciendo vía planes colectivos, en que

hoy ingresa gente con 14 e incluso 10 mil pesos de renta".

### UTILIDADES

Sobre las utilidades de las Isapres, Charles manifestó que "ese tema hay que tratarlo con cuidado. La curva de gastos médicos es absolutamente estacional y cíclica, y el período enero-marzo es el de más baja utilización en todo el año, por lo que se produce una gran utilidad en ese momento y a corto andar, entre abril y agosto, cambia bastante la situación, y lo mismo en octubre y noviembre".

Dijo que tampoco es posible medir el sistema por utilidades circunstanciales que se puedan producir en un año o dos. "Si uno mira la experiencia de todas las Isapres desde 1982 hasta ahora, ve que la simestralidad, es decir, el nivel de gastos médicos y de licencias médicas de los afiliados más antiguos, ha ido creciendo año a año, a medida que la gente sabe hacer mejor uso de su derecho. Por ello, no es prudente usar los niveles de rentabilidad actuales, producto de una incorporación masiva de gente que todavía no ha aprendido a hacer uso del sistema".

Destacó que en el caso particular de Sudamérica, "nosotros hacemos inversiones en nuestros propios centros médicos en diferentes partes del país, y a fines de año tendremos 13. Nuestras inversiones han sido de \$ 440 millones, más de cuatro veces las utilidades de nuestras enero-junio, y ese nivel va a continuar".

Enfatizó que "creemos en la presencia privada en el sector salud, y pretendemos crear una alternativa al sistema estatal de norte a sur del país. Pa-

ra nosotros, la utilidad más que un fin pasa a ser un requisito, ya que sin ellas no podremos comprar los equipos necesarios para dar esta atención, ya que el resto es puro gasto", añadiendo que ello tendrán que hacerlo también otras entidades, "ya que a medida que uno se orienta más hacia los sectores de más bajos ingresos, es necesario invertir más, ya que la cotización menor obliga a controlar más los gastos, y la única manera de hacerlo es tener una infraestructura propia".

### DESAFILIACION

En torno a la crítica que se hace al sistema privado, de que tiene "el sartén por el mango" al tener las herramientas para rescindir contratos, señaló que "Sudamérica ha usado ese mecanismo sólo en cinco casos, y en todos ellos por abuso flagrante, casi delictual, del sistema, y esto, creo, es casi general. No es porque seamos buenas personas, sino que, entre otras razones, porque la existencia de planes colectivos y la competencia impiden la no renovación de los contratos".

Concuerda plenamente, sin embargo, con la necesidad de "la más absoluta transparencia en cuanto a la desafiliación", señalando que "el ingreso y la salida de una Isapre deben ser procesos simples, y no me molesta que las desafiliaciones se atiendan en horas normales de trabajo, de 9 a 18, en todas partes del país, en todas las oficinas. En Santiago por la tremenda atención de público que tenemos, hemos especializado una oficina muy central, notoria y pública, en Alameda con Estadio, para atenderlas, pero en el resto del país ello se hace en todas las oficinas y en horarios regulares de trabajo".

## EL MERCURIO, 23.09.1986

La Tercera Edición - Sábado 13 de Junio de 1981

# Cuatro ISAPRES Inician sus Actividades el Próximo Lunes

- Primeras entidades ofrecerán diversos planes a los cotizantes afiliados a AFP
- Están capacitadas para recibir la cotización del 4% de Salud a través de contratos individuales y voluntarios

Diversos planes destinados a cubrir una amplia gama de posibilidades en cuanto a prestaciones, costo de las mismas y nivel de ingreso de los posibles cotizantes, están siendo elaborados por las cuatro instituciones de salud preespecializadas que integran el sistema de salud preespecializado que autorizó por el Fondo Nacional de Salud.

Estas cuatro primeras ISAPRES son las pertenecientes a la Caja Bancaria de Pensiones, el Consorcio Nacional de Seguros, el Consorcio de Seguros Vida BNC y el Consorcio de Seguros Generales BNC.

Estas entidades, más las que el FNS registró a finales de 1980, están capacitadas para recibir la cotización del 4% de salud de los afiliados a Administradoras de Fondos de Pensiones, suscritoras de estos contratos individuales, voluntarios por ambas partes y comprometiéndose a proporcionarles las prestaciones de medicina curativa y preventiva y de régimen de subsidio por incapacidades laborales, con un mínimo establecido por lo que actualmente para trabajadores afiliados al sistema estatal.

En ellas se destacó que, aun cuando pueden formularse inmediatamente a suscribir cada contrato, todavía existen trámites que realizar, entre los que se encuentran la aprobación de los nuevos formularios, el primer devolivos respecto de los nomos de cada plan y, en el caso de las compañías de seguros, tener de parte de la Superintendencia respectiva la autorización para su operación.

**DESDE EL LUNES**  
El Sector Salud Comenzó a operar

de la ISAPRE "Cruz Blanca", del Consorcio Nacional de Seguros, precisa que esa entidad operará desde el lunes fundamentalmente en el ámbito del funcionamiento de la prestación de salud, otorgando en los planes de salud preespecializado un valor de los beneficios establecidos.

Esta póliza con el "Sistema Preespecializado", el "Especial" y el "Integral", en el marco de los cuales, de acuerdo al ingreso imponible de cada uno de los interesados y al número de cargas familiares de los mismos, se ofrecen las posibilidades distintas que permiten a los cotizantes elegir en su plan de salud "como lo vamos hacer un año en un dedo", indicó.

En ese caso, por ejemplo, un trabajador que tiene un ingreso de 20 millones y dos cargas, podría optar con su cotización de 4% a una bonificación de 35% de las prestaciones en el plan Sistema Preespecializado. En tanto que otro con 15 millones debería, para comenzar el mismo, aportar su cotización más una cantidad de 220 pesos mensuales.

En cuanto a la diferencia que existe entre cada uno de los planes, indicó que en el "Sistema Preespecializado", el trabajador tiene derecho a obtener todos los medicamentos que posee el sistema estatal, pero con una bonificación menor que se otorga en el sistema mismo del contrato.

Por su parte, el "Plan Especial" con el que se atienden a los cotizantes por parte de médicos que no atienden

por el FNS y cuya consulta tiene un valor de 700 pesos, otorgando además descuentos con centros hospitalarios privados, que le permitirán una atención preferente incluso en procedimientos no incluidos en el FNS.

En tercer término, el "Plan Internacional" garantiza consultas (tanto mente médicas, incluso en el extranjero, y una atención sustancialmente sujeta en lo que respecta, por ejemplo, en la calidad de las habitaciones por hospitalización).

En fin, que la operatividad podrá ser a través de órdenes de pedido que se entregarán en las redes de las ISAPRES o bien directamente por el mismo la parte honoraria de la consulta.

"El nuevo Reglamento de Prestación en hospitales estatales es un procedimiento de control administrativo que en nada altera los mecanismos que actualmente regulan los usuarios del sistema y, por el contrario, permite supervisar la atención eficiente y oportuna de los beneficiarios y controlar los ingresos que deben percibir entre otros beneficios por el uso de la infraestructura estatal".

Así lo afirmó el Ministro de Salud, Centralinimienta Héctor Rivera Callegrán, durante reuniones técnicas e informativas que sostuvo en su calidad de dos días en la Octava Región del país, en las cuales dio a conocer una serie de medidas adoptadas en el presente semestre y que tienen a implementar la política del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Respecto de la práctica privada intrahospitalaria, precisó que el nuevo reglamento también controla las actividades que pertenecen a la actividad regulada, como de un cuerpo normativo preciso y p'nter en mejor forma a los usuarios del Sistema de Salud, los cuales no sufre ninguna modificación en sus derechos para obtener los beneficios que se corresponden".

**PRIVATIZACIÓN**  
Por otra parte, el secretario de Estado precisó que "no es política del Gobierno la privatización de la salud, y nunca a nivel estatal se ha intentado hacer".

Explicó que el Gobierno está creando mecanismos efectivos para

## EL MERCURIO, 13.06.1981

El Año Pasado:

# En 50% Aumentaron Afiliados a ISAPRES

■ Número se elevó de 88 mil a 131 mil. El sistema, en tanto, logró utilidades por 50 millones de pesos, según informó el director del FONASA, Carlos Munizaga.

En aproximadamente el 50 por ciento aumentó el número de personas afiliadas a los Institutos de Salud Previsional (ISAPRES) durante el año pasado. Este sistema logró, además, utilidades por 50 millones de pesos, al 31 de diciembre de 1984.

La información fue proporcionada por el director del Fondo Nacional de Salud (FONASA), Carlos Munizaga, quien sostuvo que dicho sistema "es financieramente sano y presenta un crecimiento sostenido importante".

Munizaga presidió ayer la ceremonia de entrega de la primera edición

del Directorio Médico de la Región Metropolitana para el período 1984-1985.

Consultado sobre el funcionamiento de las ISAPRES, el ejecutivo del FONASA señaló que, de acuerdo con el balance, al 31 de diciembre del año pasado, de todas esas instituciones, éstas obtuvieron utilidades por 50 millones de pesos, lo que significa un 5 por ciento de su patrimonio. "Ello es muy aceptable", apuntó.

Sobre el aumento del número de afiliados, dijo que el primero de enero

(Continúa en la página C 2)

EL MERCURIO, 28.03.1985

A 12

EDICION  
COMERCIAL

## Participación del Sector Privado En Salud Previsional Va Creciendo

● En poco más de un año de la puesta en marcha de las primeras instituciones de salud previsional se ha copado una quinta parte del mercado potencial de este nivel de prestaciones. Diez Isapres operan actualmente ofreciendo planes de medicina preventiva, curativa, subsidios y otros servicios.

Aun cuando las Isapres son consideradas organizaciones complementarias al sistema de salud previsional, que básicamente se sirve a través del ex Sermena con financiamiento del Fondo Nacional de Salud —cubre hasta un 50% del monto de las prestaciones— estas instituciones sobrepasan los beneficios del esquema de salud previsional anterior y del que aún se sustenta en el Fonasa, por cuanto en muchos planes de cobertura total a los gastos médicos o

de hospitalización y en la mayoría de los casos aplica bonificaciones de 60 y 80 por ciento, superiores a las del ex Sermena, con modalidades distintas derivadas de financiamientos diferentes.

En las Isapres la cobertura depende del nivel de ingresos del usuario y de cotizaciones superiores al 4 por ciento de descuento para salud determinado por ley, con mejoramiento,

desde luego, de los beneficios para el afiliado y su familia.

Un corte en el movimiento económico de las Isapres al primer semestre de 1982, revela que la prestación de servicios de estas instituciones superó los 450 millones de pesos.

La verdad es que la ley representa una apertura al sector privado para que ponga infraestructura asistencial médica en el mercado de los trabajadores y sus familiares y paulatinamente este sector se va incorporando al sistema, con nuevas clínicas y hospitales, centros médicos, servicios e infraestructura en general.

Las instituciones de salud previsional que están en actual operación en nuestro país, son las que siguen:

Banmédica, BHC Vida, Colmena, Cruz Blanca, Chuquicamata, F.S. El Teniente, Pro-

EL MERCURIO 02.08.1982

DIRECTOR DE FONASA:

## “Sistema de Isapres Crece en Transparencia Y Competitividad”

- Rafael Caviedes resaltó la estacionalidad de los ingresos de esas instituciones. La demanda por salud es alta en invierno y baja en verano, lo que se traduce en mayores utilidades en ese último período.
- “No es dable ni lógico que las Isapres deban entregar dinero o dividendos al afiliado como producto de excedentes, ya que estarían actuando como instituciones financieras y no como entes prestadores de salud”, dijo el personero.

El promedio de ingreso mensual que recibieron las Isapres entre enero y marzo de 1986 por concepto de la cotización obligatoria del 7%, asciende a \$ 1.339 millones, puntualizó el director del Fondo Nacional de Salud, Rafael Caviedes, quien señaló igualmente que el sistema privado de salud es “cada vez más transparente y competitivo”.

Haciendo referencia al artículo “Las Isapres, Un Mundo de Sorpresas”, publicado el domingo último, el personero hizo presente que el análisis de las cifras sobre utilidad obtenida en el primer trimestre por el sistema Isapre debe ser efectuado con cautela, “toda vez que la demanda por atención de salud es estacional. Es decir, es alta en los meses de invierno y baja en verano, y los ingresos que reflejan mayor utilidad en el resultado operacional de dicho período se ven afectados por esa característica de la demanda”.

Añadió que otro factor que influye en el resultado operacional es el pago de los subsidios por licencias médicas. “Al poseer una cantidad considerablemente menor de afiliados, el sistema Isapre es mucho más eficiente en el control de las licencias médicas que el sistema estatal, lo que se traduce en una disminución de los abusos que puedan existir en su otorgamiento”, manifestó Caviedes.

### DESAFILIACION

En otro de los aspectos analizados por el mencionado artículo, el director de Fonasa señaló que esa entidad ha aplicado sanciones a varias Isapres

“por dificultar el proceso de desafiliación a sus afiliados, ya que ello constituye un grave incumplimiento de las obligaciones de estas instituciones”.

Dijo que es importante destacar que los afiliados pueden denunciar cualquier irregularidad que cometan las Isapres, reclamo que debe hacerse ante el Fonasa, organismo fiscalizador del sistema de Instituciones de Salud Previsional de acuerdo a facultades otorgadas por el D.F.L. N.º 3, de 1981, y ratificadas en un fallo emitido por la Corte Suprema en agosto de 1986.

### COTIZACION

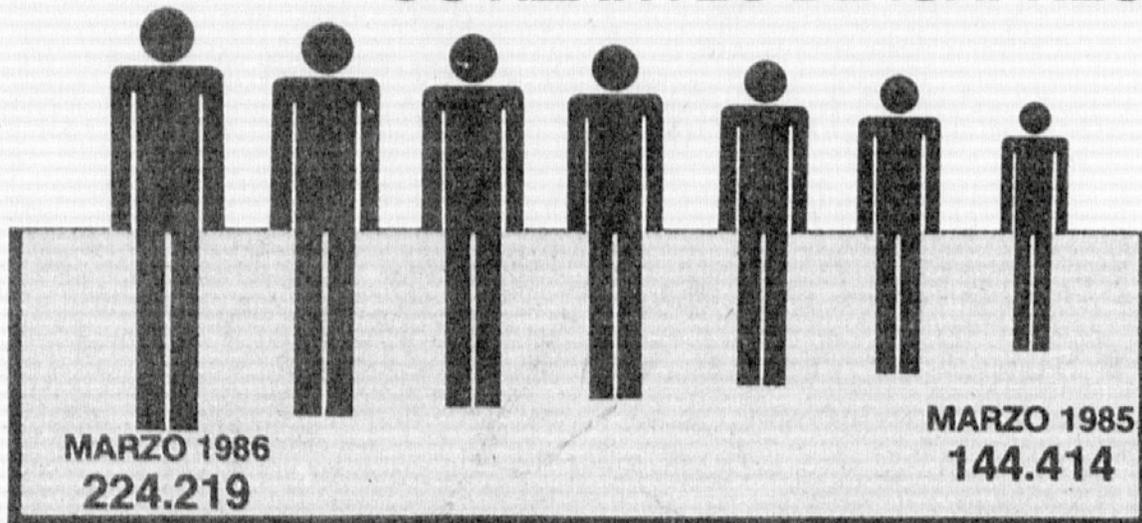
Más adelante, Caviedes indicó que “la razón de ser de las Isapres es otorgar prestaciones de salud a sus beneficiarios, recibiendo por ello una cotización”.

“Es así que no es dable ni lógico que si la cotización para salud es mayor que el costo del plan, las Isapres debieran entregar dinero, dividiendo o algún otro concepto que se le parezca al afiliado producto del excedente, ya que de esta forma estarían funcionando como instituciones financieras y no como entes prestadores de salud”.

Añadió que, “así, el incremento de la cotización de salud de un 6% a un 7% debiera reflejarse en mayores beneficios para los afiliados al sistema Isapre, toda vez que esas personas tienen derecho a exigir que esas instituciones mejoren las condiciones establecidas en los planes de salud al verse incrementada su cotización. De no ser así, pueden optar libremente por cambiar-

EL MERCURIO, 19.09.1986

## COTIZANTES DE ISAPRES



EN UN AÑO:

# Más de 50% Creció El Sistema de Isapres

- A marzo de este año se contabilizaron 224.219 cotizantes, mientras que los beneficiarios totales del sistema llegaron a 613.443 personas.

Un crecimiento superior al 50 por ciento en el número de cotizantes registró el sistema de Instituciones de Salud Previsinal (ISAPRE) en el lapso de un año, de abril 85 a marzo recién pasado, llegando en número a 224.219 contra 144.414 de marzo de 1985, indicaron informes del sector.

A la fecha, el sistema de salud

cuenta con 17 instituciones, 10 de las cuales son "abiertas" y las restantes siete "cerradas". En el período de 12 meses, de marzo a marzo, se integraron 79.805 nuevos cotizantes, lo que representa un aumento de 55,2% sobre la cifra de marzo de 1985.

La mayor parte de los afiliados se

(Continúa en la página B 10)

# EL MERCADO DE LAS ISAPRES

(A diciembre de 1985)

Isapres Abiertas		Afiliados
CRUZ BLANCA		29.131
BANMEDICA		36.921
PROMEPART		28.809
SUDAMERICA		10.660
LUIS PASTEUR		10.855
COLMENA GOLDEN CROSS		10.475
NORMEDICA		3.145
CONSALUD		30.662
INTERCLINICA		2.893
LA CUMBRE		1.629
Isapres Cerradas		
SAN LORENZO		2.192
EL TENIENTE		7.427
CHUQUICAMATA		7.647
RIO BLANCO		1.792
ISPEN		4.081
SHELL CHILE		576
BANCO DEL ESTADO		9.915



DURANTE 1985:

## Número de Afiliados A Isapres Subió 51%

- FONASA informó que el sistema contaba, a diciembre último, con 198.811 cotizantes, con un total de 551.447 beneficiarios.

El sistema de Isapres experimentó un considerable aumento en el número de sus afiliados, al cerrar 1985 con un total de 198.811 cotizantes. Esto representa un incremento del 51 por ciento, ya que el año anterior esta cifra había sido sólo de 131.640 afiliados, según se desprende de informaciones proporcionadas por FONASA.

Este crecimiento, según señala la fuente, se debe a varios factores. Entre

ellos se destaca el hecho de que el sistema ya es más conocido por el público y de que las Isapres han optado por ofrecer planes de salud colectivos. Estos planes están orientados a captar la afiliación de todo el grupo de trabajadores de una empresa, lo que redundará en menores costos y más cotizantes para la entidad.

Dentro de las Isapres abiertas, es

(Continúa en la página B 2)

EL MERCURIO, 07.02.1986

En Enero

# En 23% Crecieron Afiliados a ISAPRES

- Contratos vigentes suman 46.880, con lo que las personas adscritas al sistema ascienden a 150.000
- Garantías depositadas en el Fondo Nacional de Salud superan el millón de dólares

En un 23% creció durante enero pasado el número de afiliados a Instituciones de Salud Previsional, ISAPRES, según informó ayer el Director del Fondo Nacional de Salud, Juan Manuel Ortiz. El número de contratos vigentes asciende en estos momentos a 46.880, con lo que el total de personas afectas al nuevo sistema se eleva aproximadamente a las 150.000.

Al 31 de diciembre, el número de contratos vigentes —descontando para esos efectos el retiro automático de aproximadamente dos mil personas de la cancelada ISAPRE del Lloyd de Chile— era de 38.050. En enero se afiliaron 9.316 trabajadores y se retiraron del sistema privado o se cambiaron de institución otras 486.

Juan Manuel Ortiz precisó que, de seguir el sistema con el actual ritmo de afiliación, a fines de año los contratos vigentes sumarían cerca de 150.000, con lo que las personas afectas se acer-

carian al medio millón, "hecho que es absolutamente compatible con las estimaciones que se hicieron en un comienzo", señaló.

Indicó que las ISAPRES, cuya autorización está vigente en estos momentos, son doce, de las cuales nueve ya están en operación. El Fondo Nacional de Salud ha cancelado el registro de dos instituciones: el Lloyd de Chile, en 1981, y la Caja de Previsión y Estimulo del Banco de Chile, gestión esta última que obedeció a una expresa petición de la propia entidad, la cual no operó como ISAPRE en ningún momento.

Entre las nuevas instituciones aprobadas por el FNS se cuentan la Fundación de Salud "El Teniente", registrada mediante la resolución 154 del 25 de enero, y "Sudamérica de Salud", por resolución 219 del 29 del mismo mes.

La ISAPRE de "El Teniente" es la se-

(Continúa en la página C 6)

Logró afiliación de un centenar de personas:

## Atendió Público Primera De las Cuatro ISAPRES

Las restantes 3 esperaban abrir sus puertas a los interesados en el curso de la presente semana, o en los primeros días de la semana venidera

Más de un centenar de personas se afiliaron en el día de ayer a la primera de las instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), que entró en funcionamiento, en tanto que las tres restantes que fueron aprobadas para funcionar por el Fondo Nacional de Salud informaron que aun se encuentran en proceso de implementación de sus esquemas administrativos y de sus infraestructuras médicas.

Voceros de la ISAPRE que ayer abrió las puertas al público dieron cuenta de una concurrencia importante de personas a sus oficinas, "peste a que habíamos hecho esta publicidad y a dificultades que se presentaron durante toda la mañana para subir a nuestro local -9º piso-, debido a un corte de luz que inutilizó los ascensores".

La ISAPRE en referencia tenía ofrecimiento de diversos programas de salud, desde uno, cuyo costo no es más que el 4% legal que los trabajadores cotizan en las Administradoras de Fondos de Pensiones, a otros que se otorgan

mediante el pago de algunos recursos o aportes adicionales.

Como ya se ha informado anteriormente, las instituciones de Salud Previsional son entidades autorizadas para otorgar prestaciones de medicina curativa y preventiva a los trabajadores afiliados a las AFP, prestaciones que se hacen extensivas al grupo familiar del beneficiario, igualmente otorgan subsidios por incapacidad laboral.

### PRESTACION DE SALUD MINIMA

Consultado el Delegado de Gobierno ante el Fondo Nacional de Salud, coronel Víctor Molina, sobre las proyecciones que cabe esperar del funcionamiento de las ISAPRES, manifestó que "constituyen otra alternativa para los trabajadores en materia de salud, y que operarán bajo el imperativo legal de otorgar una prestación mínima a lo menos equivalente a la que otorga el Estado a través del Fondo Nacional de Salud".

Agregó que al Fondo corresponde el control de las nuevas instituciones, pero que la forma en que operen y los diversos programas de prestaciones que ofrezcan son determinados libremente por las referidas entidades.

El coronel Molina calificó el ingreso de las ISAPRES a los sistemas de sa-



La primera de las ISAPRES autorizadas inició ayer atención al público, registrando una concurrencia que ejecutivos de la entidad estimaron como "buena". En la foto, interesados concurrentes a dicha institución de salud previsional

lud como "una experiencia nueva, que, a nuestro juicio, dará resultados muy positivos para los afiliados".

Añadió que en un marco de libertad operativa "cada ISAPRE deberá componer legalmente, ofreciendo a quienes desean afiliarse voluntariamente a ellas, las mayores posibilidades de obtener buenos servicios, sabiendo de partida que no puede otorgar prestaciones inferiores a las que el Fondo ha estado proporcionando hasta el momento".

Señaló que, en este momento, cuatro ISAPRES fueron autorizadas para funcionar mediante las Resoluciones 885 al 888, del 11 de junio último, en tanto

que otras dos se encuentran en estudio y varias solicitudes más en carpeta.

Dijo que para aprobar las solicitudes de ingreso al sistema el Fondo considerará las condiciones de solvencia y garantía que ofrecen las organizaciones aspirantes a convertirse en instituciones previsionales de Salud. Añadió que, finalmente, se les exige el depósito de una "garantía" no inferior a 800 UF al momento de registrarse, como aval de su debido cumplimiento de las normas que rigen el funcionamiento del sistema.

PODER LEGISLATIVO:



## BIBLIOGRAFÍA

- Benavides, Paula, Rubén Castro & Ingrid Jones. 2013. "Sistema público de salud, situación actual y proyecciones fiscales 2013-2050". Dipres. Ministerio de Hacienda. Diciembre.
- Decreto N° 100 de 2005, "Fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Constitución Política de la República de Chile", Ministerio Secretaría General de la Presidencia, República de Chile.
- Decreto con Fuerza de Ley N° 32 del 10 de diciembre de 1942, "Refunde en el Servicio Médico Nacional de Empleados, los servicios médicos de las Instituciones de Previsión Social que se mencionan", Ministerio de Salubridad; Previsión y Asistencia Social, República de Chile
- Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, "Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469", Ministerio de Salud, República de Chile.
- Decreto Ley N° 2.763 del 3 de agosto de 1979, "Reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de salud, el Fondo Nacional de salud, e Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud", Ministerio de Salud Pública, República de Chile.
- Decreto Ley N° 3.500 del 13 de noviembre de 1980, "Establece nuevo sistema de pensiones", Ministerio del Trabajo y Previsión Social, República de Chile.
- Isapres de Chile. 2015. "Efecto en el Presupuesto Estatal de la Fusión de Fonasa y las Isapres para la Creación de un Seguro Nacional Único en Salud". Newsletter noviembre.
- Ley N° 4.054 del 26 de septiembre de 1924 del Ministerio del Interior, República de Chile.
- Ley N° 10.383 del 8 de agosto de 1952, "Modifica la Ley N° 4.054 relacionada con el Seguro Obligatorio", Ministerio de Salubridad; Previsión y Asistencia Social, República de Chile.
- Ley N° 16.744 del 1 de febrero de 1968, "Establece normas sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales", Ministerio del Trabajo y Previsión Social, República de Chile.
- Ley N° 19.381 del 3 de mayo de 1995, "Modifica Ley N° 18.933, que creó Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, Ministerio de Salud, República de Chile.
- Ley N° 19.650 del 24 de diciembre de 1999, "Perfecciona normas del área de la salud", Ministerio de Salud, República de Chile.
- Ley N° 19.895 del 28 de agosto de 2003, "Establece diversas normas de solvencia y protección de personas incorporadas a instituciones de salud previsional, administradoras de fondos de pensiones y compañías de seguros", Ministerio de Salud, República de Chile.
- Ley N° 19.966 del 3 de septiembre de 2004, "Establece un régimen de garantías en salud". Ministerio de Salud, República de Chile.

- Ley N° 20.015 del 17 de mayo de 2005, "Modifica Ley N° 18.933, sobre instituciones de salud previsional", Ministerio de Salud, República de Chile.
- Ley N° 20.317 del 24 de enero de 2009, "Da carácter de irrenunciable a los excedentes de cotizaciones de salud en Isapres", Ministerio de Salud, República de Chile.
- Ley N° 20.531 del 31 de agosto de 2011, "Exime, total o parcialmente, de la obligación de cotizar para salud a los pensionados que indica", Ministerio de Hacienda, República de Chile.
- Ley 20.850 del 6 de junio de 2015, "Crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos", Ministerio de Salud, República de Chile.
- Cadem. 2016. "Encuesta Percepciones sobre el Sistema Isapre". Octubre.
- Ferreiro, Alejandro. 2009. "Efectos para los Afiliados de la Aplicación de una Tarifa Plana en Caso que se Declare Inconstitucional la Norma Legal que Regula la Tabla de Factores Relativos a Sexo y Edad". Diciembre 2009.
- PUCV. 2012. "Mercado de la Salud Privada en Chile". Estudio solicitado por la Fiscalía Nacional Económica. Octubre.
- Merino René, Simón Gonzalo, Salazar M. Eugenia, Cifuentes Mercedes, Gandolfo Magdalena, Quesney Francisco, Sánchez Héctor, Caviedes Rafael, Larraín Luis, Valdés Salvador, Pérez Eusebio, Soler Eduardo, Peri Gina. 2000. "Síntomas del Sistema de Salud Chileno, su Diagnóstico y Tratamiento". Isapres de Chile, Agosto.
- Superintendencia de Salud, 1990-2015. Estadísticas Sistema Isapres recopiladas por la Superintendencia de Salud.
- Velasco, Carolina. 2014. "Desafíos y Algunos Lineamientos para el Sistema de Seguros de Salud en Chile". Propuestas de Políticas Públicas N° 3, CEP, Octubre.
- Comisión Asesora Presidencial, Octubre 2014. "Estudio y Propuesta de un Nuevo Modelo y Marco Jurídico para El Sistema Privado de Salud". Palacio de la Moneda, República de Chile.

