

EFFECTO EN LAS ISAPRES DE LA ELIMINACIÓN DE LA DECLARACIÓN PARA SALUD

EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS PARA LOS AFILIADOS A ISAPRES, QUE GENERARÁ LA MIGRACIÓN DE AFILIADOS ENFERMOS DE FONASA QUE BUSCARÁN UNA SOLUCIÓN A SUS PROBLEMAS DE SALUD EN EL SECTOR PRIVADO¹

I. Resumen Ejecutivo

Propuesta de Reforma: Eliminación de la Declaración para Salud para todos los Chilenos

La Ministra de Salud anunció que presentará un proyecto de reforma a las Isapres, que entre otras disposiciones, eliminará la Declaración para Salud (DPS) de los afiliados. Con la eliminación de este filtro de ingreso a las Isapres - y sin modificaciones en el financiamiento - el gobierno estima que se alcanzaría el principio de igualdad de la seguridad social, es decir, que todos los chilenos tengan derecho a la salud sin discriminación por sexo, posición económica o condición de salud, entre muchas otras condiciones.

Sin embargo, las diferencias de tamaño de los dos subsistemas de salud que coexisten en nuestro país², el alto costo de los tratamientos médicos, la relevante diferencia en calidad de los servicios médicos ofrecidos en la medicina privada respecto de la estatal, las abultadas listas de espera por atención en el sistema estatal de salud y la nueva tarifa plana para planes universales (cotización de salud más prima comunitaria por beneficiario); hacen prever que el fin de la DPS llevará a un fácil traslado de personas con mayores riesgos (enfermos, personas mayores) desde el sector público al privado y, a la inversa, el traslado desde el sector privado a Fonasa de afiliados menos riesgosos (sanos, familias jóvenes). El primer grupo, se trasladará al sector privado en búsqueda de

¹ A la fecha no existe un proyecto de ley de circulación pública, por lo cual todo el análisis que se desarrolla a continuación se refiere a información verbal recibida en reuniones con autoridades o publicadas en medios de comunicación.

² La población beneficiaria de Fonasa alcanza alrededor de 13,7 millones, mientras que la población beneficiaria de Isapres bordea los 3,4 millones.

soluciones oportunas y de calidad a sus problemas de salud no resueltos en el sector privado, mientras que el segundo grupo, querrá ahorrarse la prima comunitaria hasta no necesitar atenderse en el sistema privado, pues cuando lo necesiten podrán regresar a una Isapre sin limitaciones. **Y se estima que será tal el comportamiento oportunista, que no será posible financiar el sistema Isapre ni con los aportes de los afiliados que se trasladen ni con los aportes de los actuales afiliados.**

En este estudio se concluye que el traspaso de una pequeña parte de pacientes enfermos de Fonasa a Isapre, podría provocar un incremento sustancial en el gasto de los afiliados a las Isapres. En efecto, un cálculo conservador realizado por Isapres de Chile, proyecta que un traslado de afiliados de Fonasa - que reúnen las condiciones de cambio - a Isapre, podría **incrementar los costos netos de las Isapres** (descontada la cotización esperada) **sólo para el primer año, entre \$278 mil millones** (considera 4% de los pacientes GES y 2% No GES) **y \$833 mil millones** (12% de los pacientes GES y 7% No GES). En otras palabras, el traslado previsto desde Fonasa a Isapre, consumiría entre el 20% y el 60% de las cotizaciones legales que reciben las Isapres, lo que lo hace categóricamente inviable.

La eliminación de la DPS y, consecuentemente, la libre movilidad entre ambos sistemas de salud, sólo sería factible sí: (i) la atención de salud fuera similar en ambos sistemas de salud, o (ii) si se permitiera a la población utilizar los subsidios de salud sin distinción entre el sistema público y privado. Es decir, en un contexto donde el sector estatal presenta falencias en la atención, la libertad de opción para personas de Fonasa sin restricciones, si bien es deseable no es posible sin un financiamiento adecuado, el que podría lograrse a través de un mecanismo de compensación de riesgos entre Isapres y Fonasa. Sin ello, lo que ocurrirá es que las personas mal utilizarán el derecho a no presentar una DPS para entrar al sector privado y resolver una situación de enfermedad o condición de salud no resuelta satisfactoriamente por el sistema público (comportamiento oportunista), lo cual como se demuestra en este trabajo, no es posible de financiar por los afiliados a Isapres.

Otras Propuestas de Reformas a las Isapres

Compartimos con el gobierno la necesidad de avanzar en la modernización de las Isapres que es el objetivo de estas propuestas de cambio y, con ello, la necesidad de crear un plan universal de coberturas de salud garantizado para los beneficiarios de Isapre y de Fonasa, el cual se denominará **“Conjunto de Beneficios en Salud” (CBS)**. Cada Isapre podría ofrecer como máximo tres planes CBS, financiados con la cotización legal más una prima comunitaria por beneficiario, cuyo precio no distinguirá sexo ni edad y variaría de acuerdo con las redes de atención de cada plan (competencia por redes).

Además, habrá libre movilidad entre Isapres, a través de la creación de un **Fondo de Compensación Inter-Isapres (FCR)**, aunque para cambiarse de red, también deberá evitarse el comportamiento oportunista. Este FCR podría poner fin a la **cautividad dentro**

del sistema Isapres, aunque se necesitará de la DPS para recoger la información adecuada y así distribuir los fondos según riesgos.

Con todo, el nuevo sistema de planes CBS (mismo producto ofrecido por las distintas Isapres) unido a la movilidad de las personas entre Isapres, llevará a una mayor competencia en el mercado de seguros privados de salud. Además, se deberá considerar que las medidas señaladas implicarán cambios difíciles de prever en el pool de riesgo (movilidad y fácil comparación de planes), por lo que se requerirá de una agilidad importante en materia de ajuste de primas comunitarias.

No obstante, dentro de las propuestas también han surgido algunas que no compartimos, además del ya señalado referido a la DPS. Entre estas propuestas de disenso están; (i) el 0,4% de la renta destinado al Fondo Mancomunado (FM) y, (ii) la intervención del Estado en la regulación en el precio inicial y en el ajuste cada 3 años de la prima comunitaria. Estas propuestas adicionales, dificultarán, e incluso imposibilitarán el desarrollo del sistema privado de salud, básicamente, porque generará altos costos e impondrán mayores restricciones a la operación de un nuevo sistema cuyo comportamiento es difícil de prever. Además, **el Fondo Mancomunado y la eliminación de la DPS antes mencionada, no tienen nada que ver con los problemas de las Isapres** sino que buscan solucionar problemas de oportunidad y calidad del sector público, pero a un costo que el sector privado no es posible de financiar.

Respecto del **Fondo Mancomunado**, usando cifras del 2014, este fondo recibiría \$102 mil millones anuales provenientes de Fonasa y \$87 mil millones anuales provenientes de los afiliados a Isapres, totalizando con \$ 189 mil millones anuales. En concreto, el 20% de la población (Isapres) financiaría el 46% de este fondo, cuya finalidad no se conoce, ya que aún las autoridades no han aclarado qué se busca cubrir con él. En síntesis, la entrega de cualquier beneficio no justifica para nada el cobro de este impuesto de 0,4% (5,7% de las cotizaciones legales) a la renta de las personas de Isapres. Así, si se insiste en crear el fondo Mancomunado y para evitar disminuir los recursos disponibles para salud, creemos necesario que el aporte a dicho fondo se construya por sobre la cotización del 7% con el propósito de no restar recursos, que ya son escasos para financiar el plan CBS.

Finalmente, la reforma no postula cambios en el funcionamiento de la red pública de atención. Por lo tanto, en el sistema de salud estatal se seguirán evidenciando los problemas de oportunidad y de calidad en la atención existente en la actualidad.

II. Algunas Consideraciones Previas

Este Informe se centra en el impacto que tendría la eliminación de la DPS para los afiliados del sistema de Isapres, considerando la existencias de diferencias de oportunidad y calidad que existen entre el sector público y privado de salud, distinguiendo que el sistema de salud privado registra selección adversa porque es un seguro y por último, considerando las diferencias de financiamiento entre ambos sistemas, en donde la entrega de subsidios para la atención en salud sólo es permitida para la población que pertenece al sistema público y que se pierde en caso de migrar al sistema privado.

De este modo, para un mejor entendimiento de lo que podría ocurrir con la eliminación de la DPS, en la sección II se expondrán datos respecto a las diferencias en oportunidad y calidad de atención existentes entre el sistema de salud público y privado. De este modo, se puede entender que ante un escenario en donde los afiliados no tendrán barreras a la entrada (fin DPS) y el costo de ingreso es bajo (prima comunitaria), se tendrán todos los incentivos para que los afiliados al Fonasa busquen soluciones de atención en las Isapres cuando estas surjan (luego se vuelve a Fonasa).

Igualmente, es necesario entender cómo funciona el mercado de los seguros, el cual es complejo y, por tanto, se debe visualizar que regulaciones inadecuadas pueden poner en serio peligro la sustentabilidad del sistema, con consecuencias nefastas para sus afiliados. Esto será tratado en la Sección IV.

Luego, en la sección V se analizarán las consecuencias que podría generar en el sistema de salud del país la eliminación de la Declaración para la Salud. Para en la Sección VI presentar las principales conclusiones.

III. Sistema de Salud en Chile: las Diferentes Realidades en Cifras

El sistema de salud en Chile está compuesto por dos subsistemas de seguros, Fonasa (público) y las Isapres (privado), los cuales presentan diferencias importantes en lo que se refiere a su financiamiento y al acceso a una atención oportuna y de calidad.

III.1 Financiamiento del Sistema de Salud en Chile

En Chile es mandatorio para trabajadores y pensionados³ estar adscrito a algún seguro de salud, estando su elección sujeta a los recursos de las familias, ya que el sistema de salud privado en Chile es una opción sólo para quienes pueden financiar un plan con ingresos propios (no recibe subsidios estatales).

En efecto, Fonasa se financia con el 7% de la cotización legal de sus afiliados y el Estado a través de aportes fiscales que provienen de impuestos pagados por todos los chilenos⁴ (sobre el 62% del financiamiento corresponde a subsidio fiscal) cubre la atención de ellos en redes estatales (o MLE).

Por su parte, las Isapres se financian a través del pago de la cotización legal la que es complementada en muchos casos con el pago de un adicional (se estima que los cotizantes de Isapres pagan en promedio el 10% de su salario imponible). En concreto, el financiamiento del sistema privado de salud se logra a través del cobro de primas, lo cual está estipulado por Ley⁵. En particular, dicha Ley faculta a las Isapres a ajustar las tarifas⁶ de sus planes base (mismo para todos los beneficiarios de dicho plan) una vez al año⁷.

III.2 Diferencias en Oportunidad y Calidad entre Subsistemas de Salud en Chile

Por otra parte, los dos sistemas de salud que coexisten en Chile presentan diferencias importantes en lo que se refiere al acceso a una atención oportuna y de calidad. El gasto por beneficiario en Fonasa se ha duplicado en los últimos 10 años, sin embargo, en el

³ Se excluye del pago del 7% a los pensionados más vulnerables (Ley N° 20.531, promulgada en agosto de 2011).

⁴ Se estima que cerca del 60% de la recaudación de impuestos en Chile, proviene de la población perteneciente a las Isapres.

⁵ Ley N° 20.015 de 2005.

⁶ No su contenido.

⁷ Sin embargo, en los últimos años la operación del sistema ha tenido que enfrentar diversos problemas, básicamente, producto de modificaciones a lo establecido en la Ley de Isapres en lo referente al ajuste de los precios base de los planes. En concreto, la declaración de inconstitucionalidad (2010) de la tabla de factores que ajusta los riesgos por edad y sexo de sus afiliados y los recursos de protección presentados para frenar el alza de los reajuste de los precios de los planes, han provocado un congelamiento parcial de las tarifas base de los planes de salud, sin importar la evolución al alza que están teniendo sus costos.

sistema público no se observan grandes avances en lo que se refiere a la satisfacción con la atención que recibe cada una de esas personas. De este modo, queda al descubierto los serios problemas de gestión que tiene el sistema de salud pública, lo que se traduce en largas listas de espera, falta de especialistas, falta de hospitales y bajas coberturas para atenderse en el sector privado (MLE), entre otros, y redundando en una insatisfacción permanente por parte de los afiliados al Fonasa, ya que no encuentran soluciones oportunas y de calidad en las redes de atención públicas.

Con todo, hoy el sector estatal no es un real competidor para el sector privado en lo que se refiere a atención, sino sólo en lo referido a precio.

Satisfacción Usuarios y Acceso a Atenciones de Salud

De acuerdo a la Encuesta Cadem de diciembre de 2014⁸, frente a la pregunta de cómo consideraban la calidad en el sistema de salud al cual pertenecían, un 89% de los usuarios de Fonasa consideraba que la calidad en su sistema de salud era mala o muy mala y sólo un 9% la consideraba buena o muy buena. Mientras que un 71% de los usuarios de Isapre consideraban la calidad de su sistema era buena o muy buena.

En tanto, un estudio de opinión realizado por la Superintendencia de Salud en marzo de 2015⁹, muestra que la percepción de protección en salud es mayor entre los beneficiarios de Isapre (68%) que entre los de Fonasa (41%). En ambos casos, la percepción de protección ha caído respecto a la medición anterior de 2013, pero destaca la caída del tramo D del Fonasa (9 puntos porcentuales). Entre los que se sienten desprotegidos en Fonasa, la principal razón se relaciona con los tiempos de espera de atención (51%), seguido por la poca disponibilidad de especialistas (14%), la mala atención por parte de funcionarios (11%), la baja disponibilidad de horas médicas (7%) y la baja calidad de médicos y profesionales de la salud (6%). Por su parte, entre los que se sienten desprotegidos en Isapres, aparece como principal motivo el precio de los bonos (27%).

La misma encuesta de la Superintendencia de Salud, muestra que la confianza que manifiestan los usuarios por recibir una atención adecuada es muy superior en Isapre que en Fonasa (65% versus 33%). Lo mismo ocurre en relación al pago por dicha prestación (55% versus 29%). En tanto, la insatisfacción con el sistema de salud para el caso de Fonasa aumentó en 11 puntos porcentuales entre 2015 y 2013, mientras que en caso de Isapres aumentó en 3 puntos porcentuales.

Con todo, la evidencia es abundante y apunta a que en el sistema de salud pública existen serios problemas de acceso e insatisfacción por parte de sus usuarios.

⁸ "Percepción del Sistema Isapre." Diciembre 2014. Cadem.

⁹ "Estudio de opinión a usuarios del sistema de salud, reforma y posicionamiento". Marzo 2015. Superintendencia de Salud.

Listas de Espera No GES y GES en el Sistema de Salud Público

En relación a las listas de espera, la Subsecretaría de Redes Asistenciales¹⁰ informó que a mediados de este año, el número de casos No GES en espera de ser atendidos alcanzaba un total de 1.859.657 (no mostrando una mejora relevante respecto a cifra de primer trimestre de 2015), mientras que los casos GES en espera alcanzan los 10.173 (entre el primer y segundo trimestre de este año se incrementaron en 1.665 casos), por lo que en total hay 1.869.830 casos en espera en el sistema público. De los casos No GES, 1.619.826 corresponden a consultas de nueva especialidad y 239.831 a intervenciones quirúrgicas.

Del total de casos de intervenciones quirúrgicas (No GES) en lista de espera, 134.379 personas llevaban esperando más de 1 año por una intervención¹¹. En el caso de consultas médicas (No GES), un 77% (1.254.255) de las personas lleva más de 120 días esperando.

Por último, las cifras de las patologías GES – sujetas por ley a una garantía de oportunidad – muestran que en entre junio de 2014 y junio de 2015 los casos en espera GES han aumentado en 4.532, lo que equivale a un incremento de 80%. En tanto, del total de retrasos GES acumulados a junio de 2015 (10.173), el problema de salud con más retraso eran las cataratas (2.103), seguido de retinopatía diabética (1.331).

Por otra parte, la Encuesta “La Brújula de Salud” del Instituto de Políticas Públicas de la Universidad San Sebastián (IPSUSS)¹², revela gran inequidad en el acceso por atención de salud. En efecto, de los encuestados afiliados a Fonasa un 45,7% se encontraba en lista de espera por una consulta médica o cirugía¹³, mientras que en caso de los beneficiarios de Isapres era de 7,4%. Es decir, la probabilidad de espera por una consulta médica o cirugía de un afiliado del sistema público es de 6 veces mayor que un beneficiario de Isapre. De los beneficiarios de Fonasa, el 36,6% llevaba más de 6 meses esperando, a diferencia de los beneficiarios de Isapre, que ninguno ha sobrepasado ese límite de tiempo. Además, el efecto de la espera en Fonasa ha llevado a que un 44,6% de estas personas sienta que en dicho tiempo su salud ha empeorado.

Finalmente, la probabilidad de ser derivado a un especialista es el doble en los beneficiarios del seguro público. Lo que deja al descubierto la necesidad de mejorar la resolutivez de la atención primaria de salud pública.

¹⁰ En cumplimiento a lo dispuesto en la Glosa 06 del Ministerio de Hacienda.

¹¹ Cirugía digestiva es la que presenta el mayor número de casos en espera (33.196), seguido de traumatología (26.090) y otorrinología (16.557).

¹² Encuesta La Brújula del Instituto de Políticas Públicas de la U. San Sebastián (IPSUSS). Agosto 2015. “Encuesta Bimestral de Monitoreo de Indicadores y Percepción del Sistema de Salud Chileno”. Estudio de alcance nacional, que aborda aspectos específicos del sistema de salud del país, como el acceso equitativo a la atención, la percepción de la calidad del servicio por parte de los usuarios, así como su estado de salud.

¹³ En el caso específico de los beneficiarios de Fonasa, la lista de espera era de 70% para consulta de un médico especialista, 15,5% para exámenes y 14,3% para una cirugía.

Con todo, en Chile existe inequidad en el acceso a la salud, lo que se traduce en largas listas de espera en el sector público y una percepción por parte de la población que se siente desprotegida y que sabe que mientras espera su salud se deteriora. Además, la falta de resolutivez existente en la atención primaria hace que la espera por soluciones de salud en el sector público sea aún más extensa.

Preferencias por la Salud Privada: Diferencias en Cobertura y Protección Financiera

Los tiempos de espera para resolver una necesidad de salud son sustancialmente menores en el sistema privado que en la salud pública, lo que ha llevado a que una parte importante de usuarios de Fonasa - que disponen de cierto margen presupuestario - a buscar su solución médica en el sector privado, lo que es especialmente relevante, para el caso de atenciones ambulatorias.

Según información presentada por Clínicas de Chile, durante el 2012 algo menos de 6 millones de afiliados a Fonasa visitó un especialista o se realizó un examen de diagnóstico con algún prestador privado (45% de los afiliados a Fonasa), mientras que algo más de 2 millones (16%) se realizó una atención de mayor complejidad, como una intervención quirúrgica. Esta diferencia de uso se debe probablemente a la baja cobertura que entrega Fonasa en hospitalizaciones fuera de la red pública. En cualquier caso, las cifras revelan que hoy día ya existe una movilidad importante desde Fonasa al sector privado de salud, en búsqueda de soluciones a los problemas no resueltos en el sector privado.

El Ministerio de Salud ha limitado la modalidad libre elección (MLE), especialmente en la población económicamente más vulnerable, privilegiando que los problemas de salud sean resueltos en la red pública, en parte por razones presupuestarias. Sin embargo, por otra parte Fonasa ha sido un activo comprador de días camas en clínicas, lo que ha permitido soluciones eficientes y concretas para sus usuarios. De este modo, se ha visto que los paquetes de atención en clínicas privadas ha sido una solución eficiente para descongestionar al sector público y se podría seguir avanzando hacia este camino.

Para lo anterior, no obstante, se debe avanzar en aumentar la protección financiera de los usuarios de Fonasa para atenderse en el sector público, la que hoy es baja, sobre todo, en hospitalizaciones. Un estudio de Altura Management¹⁴, muestran que la cobertura a la que acceden los usuarios de Fonasa (beneficiarios B, C y D) es en promedio 35% más baja que la de un cotizante de Isapre en el caso de atenciones ambulatorias y 58% más baja en promedio en atenciones hospitalaria. Siendo día cama y medicamentos los ítems menos cubiertos por Fonasa en el sector privado, como se aprecia en el Cuadro N° 1.

¹⁴ Altura Management. Junio 2015. "Desprotección financiera de los cotizantes del sistema público de salud frente a la crisis hospitalaria".

Cuadro N° 1: Bonificación Fonasa e Isapre en Modalidad Libre Elección

Bonificación Fonasa e Isapres en Libre Elección

Grupos de Prestaciones	Fonasa ¹	Isapres	Brecha
Consultas Médicas	49%	61%	12%
Exámenes Diagnósticos	35%	65%	30%
Procedimientos	33%	51%	17%
Drogas Antineoplásicas	0%	69%	69%
Sin Arancel Fonasa	0%	45%	45%
Promedio Ambulatorio	23%	58%	35%
Intervenciones Quirúrgicas	34%	63%	29%
Medicamentos	0%	70%	70%
Día Cama	2%	78%	76%
Promedio Hospitalario	12%	70%	58%

Fuente: Altura Management en base a Estadísticas de Fonasa y la Superintendencia de Salud

Notas: (1) Sólo prestadores en convenio para beneficiarios B, C y D

(2) En Fonasa sólo en prestadores públicos. En Isapre en prestadores privados en Red

En síntesis, una solución efectiva de corto plazo para solucionar la falta de especialistas y las listas de espera tanto por consultas como por intervenciones quirúrgicas es la complementariedad pública y privada. Sin embargo, para ello se requiere de mayores coberturas por parte del Estado. De esta forma, queda de manifiesto que si en un futuro atenderse en el sector privado no requerirá más que el pago de una prima adicional al 7%, existirán todos los incentivos para que los usuarios de Fonasa que se encuentran insatisfechos con la atención pública o derechamente no encuentren soluciones en el sector público, se trasladen a un costo muy bajo a atenderse en el sistema privado. Como dijimos, es deseable que los usuarios de Fonasa encuentren soluciones efectivas en el sistema privado, pero no en función de una falsa expectativa que el pago de dichas atenciones lo realicen los actuales afiliados a Isapres. Esto es financieramente imposible, por lo que el Estado debiese considerar el traspaso de subsidio junto con el traspaso de estos pacientes al sector privado.

IV. Elementos Teóricos que Rigen a los Mercados de Seguros Privados y que deben Considerarse al Estructurar la Propuesta

IV.1. El Mercado de los Seguros Privados de Salud

La demanda por seguros privados de salud viene dada por el hecho que los individuos no quieren asumir individualmente un posible gasto por enfermedad. Es decir, las personas al contratar un seguro de salud buscan proteger la variabilidad que sus ingresos pudiesen llegar a enfrentar frente a eventos médicos de alto costo. En este contexto, la persona al contratar un seguro de salud, paga una prima mensual (protegiendo la variabilidad de su ingreso frente a eventos médicos) y el seguro (Isapre) se compromete a cubrir sus eventuales necesidades de atención médica (hospitalaria y ambulatoria) de acuerdo al plan contratado y, en el caso de Chile, a pagar el subsidio por incapacidad laboral cuando se encuentre imposibilitado de trabajar debido a una enfermedad común. Por su parte, la oferta de seguros privados de salud se da cuando un asegurado está dispuesto a asumir el riesgo de su cartera a cambio del pago de una prima mensual, la cual será fijada en función del riesgo de los asegurados.

De esta forma, el seguro previsional chileno se caracteriza por la coexistencia de un sistema privado (Isapres) en que las primas son fijadas en función del riesgo de los asegurados (establecido por Ley) y otro público (Fonasa) cuya cotización solo es en función del ingreso del cotizante. En otras palabras, el seguro público cuesta lo mismo independiente de la edad, sexo y el estado de salud del beneficiario; todos reciben la misma cobertura, ya que los que gastan más la diferencia es cubierta por subsidios estatales. En el caso de las aseguradoras privadas, las personas también están obligadas a pagar el 7% de su ingreso imponible, pero las Isapres - donde los cotizantes no reciben subsidios públicos - entregan distintos planes de acuerdo a la prima pagada y el riesgo de las personas.

IV.2 Asimetrías de Información entre los Agentes: El Problema de la Selección Adversa

En todos los mercados de seguros las asimetrías de información entre los asegurados y aseguradores generan cambios en el comportamiento de las personas una vez contratado el seguro. La selección adversa (los individuos de riesgos más altos contratarán planes de mayor cobertura y las personas de bajo riesgo planes de baja cobertura) y el riesgo moral (problemas de abuso o sobre uso una vez contratado el seguro) son los problemas más relevantes que se producen en los seguros por asimetrías de información por parte de los consumidores (y prestadores también en el caso de riesgo moral).

El problema de la selección adversa, presente en todos los mercados de seguros, es el que debemos entender a cabalidad, ya que es la selección adversa la que se verá fuertemente

agravada, si es que el Gobierno avanza en la idea de poner fin a la DPS para las personas que quieran tomar un seguro de salud en el sistema privado.

La selección adversa es un problema de información asimétrica que, en el caso de los seguros médicos, surge del hecho que al momento de contratar un seguro, los individuos tienen un buen conocimiento de su estado de salud y, por tanto, de sus necesidades futuras de atención. Así, los individuos eligen el seguro de acuerdo a su probabilidad esperada de uso entre los contratos disponibles y quienes esperan realizar una mayor utilización de servicios médicos tienden a elegir planes con mayores coberturas y/o niveles de calidad, ya que los aseguradores no podrán pronosticar estos gastos al fijarles la prima (Belli, 2001 y Aedo y Sapelli, 1999).

Por su parte, para hacer frente a este problema, las compañías de seguro operan cobrando primas más altas a quienes representan un riesgo financiero mayor (o eliminando la cobertura de la preexistencia), riesgos que se pueden identificar a través de la información pública de las personas¹⁵.

IV.3 ¿Es Justo que Personas más Enfermas deban Pagar más por Salud?: Regulaciones Ponen Fin a la Selección de Riesgos, pero Conducen al Descreme

El caso de los seguros de salud, sin lugar a dudas, no es posible de tratar que si fueran autos u otro bien material. En efecto, la solución económica-financiera para evitar la selección adversa en los mercados de seguros, es que se cobre una prima asociada al riesgo que reporta cada persona. Sin embargo, en el caso de los seguros de salud, se argumenta que no es justo que las personas con peor salud, además de sufrir la enfermedad, deban pagar primas más elevadas (Aedo y Sapelli, 1999).

Dado lo anterior, muchas sociedades han adoptados sistemas de salud en donde no se les permite a las aseguradoras cobrar según el riesgo de los asegurados, sino que deben cobrar una tarifa plana (los menos riesgosos subsidian a los más riesgosos). A lo más, algunos sistemas permiten diferencias de tarifas por grupos de edad o sexo, pero no por condiciones de salud. Desde el punto de vista de seguridad social esta lógica parece del todo razonable. Sin embargo, desde el punto de vista de bienestar social la no selección de riesgos, que no sea adecuadamente compensada, puede llevar en el extremo a una insostenibilidad financiera de la aseguradora o previo a ello, a cerrar o limitar su oferta de planes.

La evidencia en torno a la existencia de tarifas planas, por su parte, ha demostrado que ante tarifas iguales para toda la cartera, a las aseguradoras les conviene traer a los consumidores de menores riesgos y evitar a los más riesgosos, lo que se conoce como

¹⁵ Llevando lo al caso de los seguros de auto, los modelos más caros o los conductores con más historial de accidentes pagan primas más altas.

descreme¹⁶. Nuevamente, el problema del descreme desaparecería si las aseguradoras cobraran por riesgo, lo que se hace si se les permite conocer toda la información de sus asegurados o si se establece un fondo de compensación de riesgo que opere adecuadamente, y elimine los problemas que implican las tarifas planas.

IV.4 Síntesis Marco Teórico

El problema de la selección adversa (y riesgo moral) es inherente a todos los mercados de seguros, y por tanto, a los seguros privados de salud. Mientras que la selección de riesgos o descreme es el resultado de regulaciones que impiden que el mercado de seguros de salud tarifique de acuerdo al riesgo de sus asegurados, como ocurre en otras industrias aseguradoras. En efecto, la evidencia teórica y empírica señala que para terminar con los problemas de selección adversa - que generan los mismos asegurados, al tomar seguros destinados a personas menos enfermas que ellos – las aseguradoras deben cobrar primas de acuerdo a sus riesgos, la que es develada a través de información pública de los individuos, como el sexo y la edad, y en el caso de los seguros médicos mediante la declaración para la salud. Sin embargo, el discriminar por riesgos en temas de salud no parece correcto (a diferencia de un auto, por ejemplo), por lo que los gobiernos en busca un sistema más igualitario generan otros problemas, como la selección de riesgos o descreme.

Por lo tanto, si se quiere tener tarifas más justas (que no discriminen) y al mismo tiempo no excluir del sistema a los más riesgosos, la normativa debe contemplar subsidios directos y no subsidios cruzados implícitos, ya que estos últimos sólo distorsionan el funcionamiento del mercado de seguros (Aedo y Sapelli, 1999).

¹⁶ A diferencia del riesgo moral o la selección adversa, el descreme o selección por riesgos no es inherente al mercado de seguros, sino que es producto de regulaciones que se hacen en dicho mercado.

**V. Consecuencias de la Eliminación de la Declaración para la Salud:
Análisis de la Propuesta de Gobierno Considerando la Lógica de Financiamiento
de Ambos Sistemas de Salud y las Diferencias en la Atención**

V.1 La Propuesta del Gobierno

La Ministra de Salud, Carmen Castillo, a mediados de agosto anunció que presentará un proyecto de reforma a las Isapres cuyo “desafío será regular el mercado de seguros individuales de salud que tienden a seleccionar, para encauzarlo en base a principios de seguridad social, mediante una combinación de tres estrategias: la regulación de primas y la afiliación abierta para acceder a un Plan Único de Salud; el control de la integración vertical, y la aplicación de un mecanismo de compensaciones entre aseguradoras privadas ajustadas por riesgo...” Asimismo, señaló que “con el proyecto no se busca eliminar a las Isapres, ni la oferta privada de salud.”¹⁷

En concreto, entre otras disposiciones, el gobierno busca avanzar en eliminar la declaración para la Salud de los afiliados (deja sin barrera de entrada al sistema Isapre) y regulará el precio de los tres planes de salud (Conjunto de Beneficios de Salud, CBS) que obligará a las Isapres a ofrecer. Estos planes se financiarán con el 7% de la cotización legal más una prima adicional por beneficiario que variará de acuerdo a la red de prestadores.

La Ministra y demás personeros de gobierno, han señalado que el proyecto no persigue hacer desaparecer a las Isapres, sino que encauzar el sistema privado de aseguramiento hacia los principios de seguridad social, lo cual es válido. Sin embargo, el diseño de la reforma, tal como está planteado hoy, hará que inevitablemente el sistema privado de aseguramiento de salud no soporte la carga financiera de enfermos del Fonasa que querrán atenderse en el sector privado, y consecuentemente, los más de 3,4 millones de beneficiarios que hoy atiende el sistema Isapres corren peligro de quedarse sin su asegurador. A continuación se explicará más en detalle lo que ocurriría en el sistema.

V.2 Consecuencias de la Propuesta del Gobierno si su Diseño no Cambia

La evidencia y teoría nos demostró que sin la selección de riesgos en el mercado de los seguros se produce un grave problema de selección adversa, lo que ocurre independientemente de la industria aseguradora en que se esté. En el caso de los seguros de la salud, si se prohíbe discriminar por riesgos, a través de la eliminación de la DPS, lo que ocurrirá – dado las diferencias de calidad y oportunidad entre ambos subsistemas – es que parte de los asegurados de Fonasa que hoy no encuentran soluciones médicas en

¹⁷ Extraído de la columna de opinión de la Ministra Carmen Castillo, titulada “Nueva ley de Isapres: Salud privada con foco en la seguridad social”. El Mercurio, 22 de agosto de 2015

Fonasa (o las encuentra a menor calidad) migrarán al sistema Isapre, ya que por una parte no requerirán DPS (Isapre tiene que aceptarlo pese a que está enfermo) y por otra, el costo para dicho afiliado es en el peor de los casos, el de pagar la prima comunitaria mientras dure su tratamiento, para luego volver a Fonasa. En efecto, sabemos que hoy los pacientes de Fonasa en lista de espera (No GES y GES) alcanzan 1.869.830, de los cuales se sabe por ejemplo, que 135 mil espera por una cirugía hace más de un año. A este número se deben agregar los enfermos crónicos del sector estatal, que podrían buscar una atención más de calidad en el sector privado.

Por otra parte, también ocurrirá que los asegurados de Isapres que perciban que su estado de salud es bueno o que no tendrán hijos pronto (en general jóvenes sin hijos o familias jóvenes) migrarán a Fonasa, ya que saben podrán volver al sistema Isapre cuando su uso o riesgos sea mayor y así no estarán pagando una prima más cara sin necesitarlo. De esta forma, el sistema Isapres atraerá a los individuos más enfermos (más riesgosos).

Con todo, la eliminación de la DPS se traduce en una contratación forzosa para las Isapres, lo que resulta en: una minimización del aspecto previsional y en la eliminación del concepto de seguro. En otras palabras, las personas ya no necesitarán proteger la variabilidad que sus ingresos pudiesen llegar a enfrentar frente a eventos médicos, ya que cuando ocurran las Isapres se verán forzadas a recibirlas y a cubrir los gastos que deriven de dichas atenciones en salud.

Además se produciría una importante incertidumbre respecto de las magnitudes de los cambios esperados, en especial al comienzo, de aprobarse el proyecto de ley tal cual se plantea, pudiendo llevar a una institución rápidamente a un desbalance financiero. Lo anterior exacerbado por las dificultades que han tenido las Isapres para ajustar sus tarifas (judicializaciones y fallo 2010), y segundo, porque ya se ha adelantado que los futuros ajustes tarifarios se harían cada tres años (puede ser muy largo plazo para la viabilidad del sistema) y deberán ser aprobados por la autoridad.

De esta forma, la realidad que se enfrentará es una en que los afiliados podrán transitar libremente entre sistemas (fin DPS), mientras las Isapres no podrán ajustar el precio de sus planes por riesgo total del sistema (Isapre y Fonasa). Sólo se considera un fondo de compensación inter-isapres, el que compensará los riesgos entre afiliados de Isapres, y que consideramos es positivo porque pondrá fin a la cautividad entre afiliados de Isapres y permite la aplicación de tarifas no relacionadas con riesgos, pero que de nada servirá si no se arregla el problema del tránsito libre entre Fonasa e Isapres sin un mecanismo compensatorio acorde.

En suma, la medida que el gobierno busca llevar adelante, tal como está, conducirá a una gravísima selección adversa contra las Isapres. En términos simples, hará que 1,8 millones de personas (actuales cotizantes del sistema) deban financiar a los enfermos crónicos o en lista de espera de Fonasa. Creemos en la seguridad social como un bien para la sociedad y estamos de acuerdo con que se transite hacia la libre movilidad entre afiliados enfermos

de Fonasa e Isapres, sobre todo en un contexto en que los primeros no encuentran soluciones a sus problemas médicos en el sistema estatal. Lamentablemente, esto no se soluciona con voluntarismos o por el simple hecho de estar plasmado en una ley, puesto que va acompañado de un costo financiero importante, el cual no podrá ser asumido por los cerca de 1,8 millones de cotizantes de las Isapres.

En este contexto, se deben crear los mecanismos para que las reformas propuestas cumplan su cometido. Una solución técnica al problema, sería crear un financiamiento bilateral inter-sistema, el que financie a Fonasa y a cada Isapre, cuando cada uno reciba personas con preexistencias. Sólo así la propuesta de gobierno, logrará avanzar en lo referido a los principios de seguridad social en el sistema de salud.

Con todo, parecíamos estar en una encrucijada de difícil solución, donde lo más probable es que si el proyecto de ley se presentara tal como está, 3,4 millones de chilenos (Isapres) tendrán que buscar alternativas para cubrir sus necesidades de salud. Los de mayores ingreso posiblemente migraran hacia pólizas que ofertarán las compañías de seguro o los mismos prestadores de salud, lo que con una alta probabilidad será a un costo mayor al cobro de primas actual. En cambio, las personas cuyos ingresos no les alcancen para cubrir estas nuevas primas deberán migrar a Fonasa, lo que les significará una pérdida en oportunidad y calidad en la atención, a ellos y a los actuales beneficiarios de Fonasa, que verán más presionado su sistema.

V.3 La Propensión al Cambio Existirá: Estimación de Costos de Pacientes que se Podrían Trasladar

Algunos personeros de gobierno, a favor de eliminar la DPS, han señalado que es imposible que ocurra esta migración de enfermos desde Fonasa a Isapres, básicamente, porque no tendrán como pagar la prima comunitaria. Consideramos que este racionamiento adolece de sustento técnico, ya que pese a que aún no se han definido los precios de estas primas¹⁸, estimaciones propias, proyectando una oferta de cobertura a una amplia población, han llegado a que una prima comunitaria podría costar entre \$15.000 y \$30.000, lo que en caso de enfermedad grave o urgencia en búsqueda de solución a un problema de salud, es racional que los individuos estarán dispuestos a endeudarse o serán socorridos por su círculo cercano (desde parientes hasta el mismo empleador).

Las autoridades aún no han sido claras si se obligará a permanecer un tiempo mínimo en la Isapre (se ha hablado de al menos 12 meses) o si existirán carencias o restricciones a

¹⁸ El Superintendente de Salud adelantó que el plan base para Fonasa e Isapres costaría \$40 mil, al que se sumarán primas adicionales según los planes de las aseguradoras, las que variarían entre \$7 mil y \$25 mil. Fuente: La Segunda, 21 de Agosto 2015.

coberturas. En todo caso, parece difícil obligar a alguien a que siga pagando, lo lógico es que una vez resuelto el problema vuelva a Fonasa que está obligado a recibirlo¹⁹.

Como señalamos anteriormente, dadas las diferencias en oportunidad y calidad de atención entre el sistema de salud estatal y el privado, la eliminación de la DPS llevará a que los asegurados de Fonasa que hoy no encuentran soluciones médicas en el sistema estatal migren al sistema privado, pagando sólo la prima comunitaria. En este contexto, Isapres de Chile realizó una estimación conservadora de los costos que dichos traslados implicarán para el sistema Isapre.

Bases para la estimación de costos de pacientes que se podrían trasladar

Las estimaciones de costos están sujetas a limitaciones provenientes tanto de definiciones de la reforma como de la disponibilidad de información pública. La estimación se limitó a patologías GES (no se consideraron las de urgencia, tratamientos menores y dentales) y las intervenciones quirúrgicas No GES (con espera de más de 1 año y un porcentaje de las diagnosticadas). Ver Anexo N° 1 y Anexo N° 2.

Lo anterior, no significa que personas en búsqueda de diagnósticos más oportunos y precisos o de tratamientos menos graves pero necesarios, no se vayan a trasladar al sistema privado para la búsqueda de soluciones, sin embargo, estos casos no están reflejados en esta estimación de costos. La misma precaución antes indicada, se debe tener presente respecto del impacto en costo que el cambio de riesgo de la cartera tendrá, por efectos de la modificación del mecanismo de fijación de la cotización.

Luego, las patologías GES consideradas se valorizaron utilizando el estudio de verificación de costos GES en su mayoría. Para las que no había información, se valorizaron de acuerdo al protocolo GES o de acuerdo a información de mercado. En tanto, las intervenciones quirúrgicas se valorizaron de acuerdo a estimaciones de Isapres de Chile en base a información de costo por prestación publicado por la Superintendencia de Salud. Por otra parte, se estimó que algo menos de la mitad de la población de Fonasa reúne las condiciones para trasladarse a Isapre, debido a su ubicación geográfica y nivel de renta²⁰.

¹⁹ Se ha mencionado como referente al sistema de salud alemán, el cual prohíbe volver al sector privado una vez que se salió de él (considera seguros frente a cesantía y otros), pero vemos difícil su implementación en Chile.

²⁰ Se estimó que un 49,7% de la población de Fonasa reúne las condiciones para trasladarse a Isapre. Para dicho cálculo se consideraron dos tipos potenciales de poblaciones para cambiarse. La primera población, son personas pertenecientes a ciudades urbanas con más de 45 mil personas y cuyos ingresos mensuales son superiores a \$ 550mil, en este caso se consideró que el 100% se cambia, ya que cuenta con los recursos para pagar la prima comunitaria. La segunda población potencial, son personas también pertenecientes a ciudades urbanas con más de 45 mil habitantes, pero con ingresos mensuales inferiores a \$ 550 mil; en este caso se estima que un 20% de ellas tiene la posibilidad de cambio, ya que se asume que la prima comunitaria la pagarían familiares, amigos o incluso su empleador.

Usando el porcentaje de pacientes que reúnen las condiciones para ingresar al sistema privado, se construyen tres escenarios posibles de traslado de pacientes desde Fonasa (potenciales a trasladarse) a Isapre: uno bajo (10%), uno medio (20%) y uno alto (30%). Ver Cuadro N° 3. Luego usando estos tres escenarios de potenciales pacientes a trasladarse y las estimaciones de costos anual de enfermedades GES y No Ges, se proyecta el costo de traspaso de pacientes desde Fonasa a Isapres considerando: (i) los pacientes GES que ingresaron el último año, (ii) los pacientes No GES en lista de espera por más de un año y un porcentaje menor de las diagnosticadas en el último año y (iii) los pacientes GES con enfermedades crónicas acumulados. Ver Cuadro N° 4.

Cuadro N° 3: Escenarios de Traslado de Población (N° de Personas)

Escenarios	% Pacientes FNS trasladados	Pacientes GES	% Total Pacientes GES	Pacientes No GES	% Total I. Quirúrgicas Sector Público	Total
Bajo	10%	92.393	3,9%	18.200	2,2%	110.593
Medio	20%	184.785	7,9%	36.400	4,4%	221.185
Alto	30%	277.178	11,8%	54.600	6,6%	331.778

Fuente: Estimación Isapres de Chile

Cuadro N° 4: Estimación de Costos de Traspaso de Pacientes desde Fonasa a Isapres para Primer Año (Miles de Millones de \$pesos)

Escenarios	% Pacientes FNS trasladados	Costos Estimados				Cotizaciones Percibidas (*)	Costo Neto Total
		Pacientes GES Último Año	Pacientes No GES	Pacientes GES Acumulados	Costo SIL Año		
Bajo	10%	158	28	137	19	64	278
Medio	20%	316	55	273	38	127	554
Alto	30%	474	83	410	57	191	833

(*) Se considera una prima comunitaria de \$ 20 mil al mes y que cotizantes permanecen por 12 meses

Fuente: Estimación Isapres de Chile

Con ello, si asumimos que en el escenario conservador un 4% de los pacientes GES y un 2% de los No GES de Fonasa migra a Isapre y en el escenario pesimista un 12% y 7%, respectivamente, migra, implica una estimación de costos netos (descontada la cotización esperada) sistemáticos para cada año, que va entre los \$278 mil millones y algo más de \$800 mil millones (14% y 41% los ingresos operacionales del sistema). Es evidente que

ante cualquier proporción de traslados, el impacto en la situación financiera de las Isapres sería insostenible, es decir, no financiable por los cotizantes de Isapres.

VI. Conclusiones y Propuestas

El Gobierno argumenta que la DPS es una herramienta de discriminación entre los actores de seguridad social, sin embargo, olvida que en Chile coexiste un asegurador público y uno privado, el primero que cuenta con subsidios y el segundo que no, por lo que la discriminación surge por la forma en que se asignan estos subsidios para la salud, los que no se movilizan al trasladarse un paciente desde el sector estatal al privado.

Entonces, la eliminación de la DPS implica que eventualmente cualquier persona con una patología adquirida puede afiliarse a una Isapre, los sanos ya cuentan con ese derecho. Sin embargo, las brechas en oportunidad y calidad existentes entre ambos subsistemas hacen que el fin de la DPS incentive el comportamiento oportunista (selección adversa) por parte de los usuarios de Fonasa que ven insatisfechas sus demandas en el sector público. En la práctica, cualquier persona con una patología aguda o crónica, que no esté satisfecha con los servicios que le ofrece el Estado a través de Fonasa, pagando su 7% para salud más la correspondiente prima comunitaria, accedería a todos los beneficios del plan de salud CBS que ofrezca la Isapre contratada. De esta forma, para que el libre tránsito funcione y se financie se necesitara de un mecanismo de compensación financiera inter-sistema. De lo contrario, los 1,8 millones de cotizantes de Isapres deberán financiar los mayores gastos asociados al traslado de los pacientes de Fonasa, lo que como se demostró será inviable.

Sin embargo, el gobierno argumenta que la eliminación de la DPS tendrá un efecto muy menor debido a que las personas no tendrían los recursos para pagar la prima comunitaria, respecto de lo cual no se conocen a la fecha cifras que avalen dicha hipótesis.

Lo cierto es que, el diferente tamaño de ambos sistemas (13,7 millones en Fonasa versus 3,4 millones en Isapres), el alto costo de los tratamientos médicos, las importantes listas de espera en el sistema estatal de salud, la importante diferencia de calidad de los servicios médicos ofrecidos por la medicina privada respecto de la estatal, hacen prever un traslado de personas enfermas o mayores del sistema público al privado (y traslado de sanos y familias jóvenes que no querrán pagar una prima alta hasta no necesitar atenderse en el sistema privado y cuando lo hagan entraran sin problemas), en cantidad tal, que no sería posible financiar con sus aportes ni los de los actuales afiliados al sistema Isapre. En efecto, el incremento de costos de un traspaso de pacientes de Fonasa a Isapre podría ser del orden de los \$278 mil millones (10% de la población de Fonasa que reúne las condiciones de cambio) a los \$833 mil millones (30% población Fonasa que reúne las condiciones de cambio), siendo conservadores.

En suma, el fin de la declaración de salud (la libre movilidad entre ambos sistemas) sólo sería factible si; (i) La atención en salud fuera similar en ambos sistemas o (ii) si se permitiera que la población pudiese utilizar los subsidios en salud sin distinción entre el sistema público y privado. Ambas condiciones no se dan.

Por lo tanto, la eliminación de la DPS genera una contratación forzosa para las Isapres, lo que lleva a una minimización del aspecto previsional (traslado al mejor sistema y mayor pago cuando esté enfermo) y elimina el concepto de seguro (pasa a ser un ente pagador de gasto efectivo).

Por último, la DPS sirve para informarse de los riesgos de la cartera de cada Isapre y permite de este modo construir el Fondo de Compensación de Riesgos Inter-Isapres. Con su eliminación la construcción de este fondo se dificultará enormemente.

Propuesta Isapres de Chile

Apoyamos la idea de generar plena movilidad entre los subsistemas de salud chilenos y que la DPS no sea un obstáculo para la libre afiliación. No obstante, se requiere un soporte financiero que permita tal movimiento y ciertas normas básicas para evitar los comportamientos oportunistas. Para ello, se deben establecer un financiamiento bilateral que pague el monto adecuado a Fonasa o a cada Isapre, según corresponda, al recibir personas con enfermedades preexistentes. En cualquier caso, las personas deberían cumplir ciertos requisitos mínimos de permanencia y de condición de atención (no estar haciendo uso de licencias médicas o estar recibiendo tratamientos médicos u otros de similar naturaleza) para realizar correctamente este movimiento.

Conclusión Final

En suma, proyectamos que la aplicación de la reforma planteada por el Gobierno sin un mecanismo adecuado de compensación de riesgos inter-sistemas, no logrará encauzar el sistema privado de aseguramiento hacia los principios de seguridad social y podría hacer desaparecer a las Isapres, debido a la discriminación existente en como el Estado asigna los subsidios para la salud. De este modo, sólo se aumentarán las brechas de desigualdad en lo que se refiere a atención en salud, puesto que los que hoy hacían esfuerzos por estar en una Isapre, deberán migrar a Fonasa y los con mayores recursos, encontrarán opciones –más caras- para seguir atendiéndose en el sector privado. Asimismo, el sector público verá más presionada su red de atención con la llegada de nuevos usuarios, lo que engrosará las listas de espera y hará que menos recursos se destinen a mejorar la calidad del sistema.

VII. Anexos

Anexo N° 1: Enfermedades GES Consideradas

Enfermedad GES		
Enfermedades Incluidas		Enfermedades No Incluidas
Artritis idiopática juvenil	Esquizofrenia	Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más
Artritis reumatoidea	Estrabismo en menores de 9 años	Analgesia del parto
Artrosis de Cadera Severa que requiere Prótesis	Fibrosis quística	Atención de urgencia del traumatismo craneo encefálico moderado o grave
Asma bronquial en personas de 15 años y más	Fisura Labiopalatina	Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años
Asma bronquial moderada y severa en menores de 15 años	Hemofilia	Cuidados Paliativos Cáncer Terminal
Cáncer Cérvicouterino	Hepatitis B	Displasia broncopulmonar del prematuro
Cáncer Colorectal en personas de 15 años y más	Hepatitis C	Displasia luxante de caderas
Cáncer de Mama	Hipertensión Arterial	Disrafias Espinales
Cáncer de Ovario Epitelial	Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio
Cáncer de próstata en personas de 15 años y más	Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro	Gran quemado
Cáncer de Testículo	Hipotiroidismo en personas de 15 años y más	Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales
Cáncer gástrico	Insuficiencia Renal Crónica Terminal	Infarto Agudo del Miocardio (IAM)
Cáncer Vesical en personas de 15 años y más	Leucemia en personas de 15 años y más	Infección Respiratoria Aguda (IRA) Infantil
Cánceres Infantiles	Linfoma del Adulto	Neumonía Comunitaria de Manejo Ambulatorio
Cardiopatías Congénitas Operables	Lupus Eritematoso Sistémico	Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más
Cataratas	Osteosarcoma en personas de 15 años y más	Politraumatizado grave
Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años	Retinopatía diabética	Prematurez
Depresión en personas de 15 años y más	Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más	Prevención secundaria insuficiencia renal crónica terminal
Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático	Trastorno de Conducción que requiere Marcapaso	Retinopatía del prematuro
Diabetes Mellitus Tipo 1	Tratamiento de Erradicación del Helicobacter Pylori	Salud Oral
Diabetes Mellitus Tipo 2	Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o	Salud oral integral de la embarazada
Enfermedad de Parkinson	Tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de la próstata en personas	Salud oral integral del adulto de 60 años
Epilepsia No Refractaria	Tratamiento Quirúrgico de Lesiones Crónicas de la Válvula Aórtica en	Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido
Epilepsia no refractaria en personas de 15 años y más	Tratamiento Quirúrgico de Lesiones Crónicas de la Válvula Mitral y Tricúspide	Tratamiento de Hipoacusia moderada en menores de 2 años
Esclerosis múltiple recurrente remitente	Tratamiento quirúrgico de tumores primarios del sistema nervioso central en	Trauma ocular grave
Escoliosis, tratamiento quirúrgico en menores de 25 años	Tratamiento quirúrgico hernia núcleo pulposo lumbar	Urgencias odontológicas ambulatorias
Vicios de refracción en personas de 65 años y más	VIH / SIDA	

Anexo N° 2: Intervenciones Quirúrgicas No GES Consideradas

Cirugías por Especialidades	
Lista de Espera Incluidas	Lista de Espera No Incluidas
Gastroenterología	Odontología
Traumatología	
Otorrinolaringología	
Ginecología y Obstetricia	
Urología y Nefrología	
Cardiovascular	
Oftalmología	
Dermatología y Tegumento	
Neurología y Neurocirugía	
Cabeza y Cuello	
Plástica y Reparadora	
Tórax	

VIII. Referencias

Aedo C, Sapelli C. 1999. "El Sistema de Salud en Chile: Readecuar el Mandato y Reformar el sistema de Seguros". Estudios Públicos N° 75. CEP.

Altura Management. Junio 2015. "Desprotección Financiera de los Cotizantes del Sistema Público de Salud frente a la Crisis Hospitalaria".

Belli P. 2001. "How Adverse Selection Affects the Health Insurance Market". Policy Research Working Paper. Harvard School of Public Health.

Bitrán E, Duarte F, Paraje G, Willington M. 2013. "El Mercado de los Seguros Privados Obligatorios de salud: Diagnóstico y Reforma". Documento de Referencia N° 11. Espacio Público.

Cutler D, Reber S. 1998. "Paying for Health Insurance: The Trade-Off Between Competition and Adverse Selection". The Quarterly Journal of Economics.

Diario El Mercurio. 22 de agosto de 2015, pág. A2. Columna de Opinión de la Ministra Carmen Castillo. "Nueva Ley de Isapres: salud Privada con Foco en la Seguridad Social".

Diario La Tercera. 17 agosto 2015, pág. 18 y 10. "Isapres Deberán Asumir Gastos de Salud de los Usuarios Cuando Superen el 30% de su renta Anual". Opinión Superintendente de Salud, Sebastián Pavlovic.

Diario la Segunda. 21 de agosto 2015, pág. 6. "Según Superintendente de Salud: Usuarios de Isapres Pagarán al Mes entre \$ 6 mil y \$25 mil adicionales a su 7%".

Encuesta Cadem. Diciembre 2014. "Percepción Sistema Isapre".

Encuesta La Brújula del Instituto de Políticas Públicas de la U. San Sebastián (IPSUSS). Agosto 2015. "Encuesta Bimestral de Monitoreo de Indicadores y Percepción del Sistema de Salud Chileno".

Libertad y Desarrollo. 19 agosto 2015. "Evolución Listas de Espera en el Sector Público Primer Semestre de 2015". Centro de Prensa Libertad y Desarrollo.

Ministerio de Salud, Gabinete Subsecretaria de Redes Asistenciales. 2015. "Glosa 06: Lista de Espera No GES, Garantías Incumplidas No Reclamadas, Retrasos GES". Julio 2015.

Sapelli C, Torche A. 1997. "¿Fonasa para Pobres, Isapres para ricos? Un Estudio de los Determinantes de la Elección entre Seguro Público y Privado". Documento de Trabajo N° 183. PUC.

Sapelli C, Vial B. 2001. "Self Selection and Moral Hazard in Chilean Health Insurance". Documento de Trabajo N° 195. PUC.

Superintendencia de Salud. Marzo 2015. “Estudio de Opinión a Usuarios del Sistema de salud, Reforma y Posicionamiento”.

Velasco, C. 2014. “Desafíos y Algunos Lineamientos para el Sistema de Seguros de Salud en Chile”. Propuestas de Políticas Públicas N° 3. CEP.