



Universidad de Chile.
Facultad de Derecho.
Departamento de Derecho del Trabajo.

**SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ADULTO MAYOR EN CHILE: ANÁLISIS
CRÍTICO DE LA LEY 20.531, QUE EXIME DE COTIZACIONES DE SALUD A LOS
PENSIONADOS QUE INDICA.**

Memoria para optar al Grado de Licenciada en Ciencias Jurídicas y Sociales

AUTORES: JAVIERA PATRICIA ESPINOSA DIAZ
DAVID ALEJANDRO PAVEZ GUERRERO
PROFESOR GUÍA: JORGE DRAGO MORALES

Santiago, Chile.

2012

TABLA DE CONTENIDOS

| | Página |
|---|--------|
| Introducción | 1 |
| CAPÍTULO PRIMERO: IDEAS GENERALES SOBRE LA SEGURIDAD SOCIAL. | |
| 1. Nociones de Seguridad Social | 3 |
| 1.1. Conceptos | 4 |
| 1.2. Fundamentos y Objeto de la Seguridad Social | 5 |
| 1.3. Ramas o instituciones de la Seguridad Social | 6 |
| 1.4. Contingencias Sociales | 8 |
| 1.4.1. Vejez | 9 |
| 1.4.2. Asistencia Médica | 9 |
| 1.4.3. Medicina Social | 10 |
| 1.5. Características del Sistema de Seguridad Social en Chile | 11 |
| 2. Los Principios de la Seguridad Social | 12 |
| 2.1. Principio de Universalidad | 12 |
| 2.2. La Igualdad e Integridad o Suficiencia | 14 |
| 2.3. Principio de Solidaridad | 15 |
| 2.4. Principio de Subsidiariedad del Estado | 16 |
| 2.5. Unidad de Gestión o Descentralización | 17 |

| | | |
|------------|---|----|
| 3. | Cobertura del Sistema de Seguridad Social | 18 |
| 3.1. | Discusiones y problemas actuales de la cobertura | 18 |
| 3.2. | Cobertura del Sistema en Chile | 20 |
| 3.3. | Las Pensiones por Vejez | 20 |
| | | |
| II. | CAPÍTULO SEGUNDO: PROTECCIÓN LEGAL DE LA SALUD Y EL SISTEMA DE SALUD CHILENO | |
| 1. | Derecho a la Protección de la Salud en Chile | 22 |
| 1.1. | Protección legal | 23 |
| 2. | Estado de la Salud en Chile | 27 |
| 2.1. | Factores Condicionantes | 27 |
| 3. | Sistemas de Salud en Chile | 31 |
| 3.1. | Las Interacciones del Sistema Público y Privado | 32 |
| 3.2. | Sistema Público: FONASA | 32 |
| 3.3. | Sistema Previsional de Salud: Afiliación al Sistema Público | 33 |
| 3.4. | Grupos según su nivel de ingresos y cobertura | 35 |
| 4. | Las Instituciones de Salud Previsional: ISAPRES | 36 |
| 4.1. | Concepto | 37 |
| 4.2. | Afiliados y Beneficiarios | 37 |
| 4.3. | Contrato de Salud | 38 |
| 4.4. | Fiscalización | 39 |
| 5. | Plan de Garantías Explícitas en Salud: Plan GES | 39 |
| 5.1. | Características | 40 |

| | | |
|-------|---|----|
| 5.2. | Garantías Explícitas en salud como derechos | 41 |
| 5.3. | Resultado del Plan GES | 42 |
| 6. | Discriminación en el acceso a la Salud en la Tercera edad | 43 |
| 6.1. | Afiliación de los pensionados | 44 |
| 6.1.1 | Discriminación en el Sector Privado | 44 |
| 6.2. | Equidad y Protección Social | 46 |
| 6.3. | Accesibilidad | 48 |

III. CAPÍTULO TERCERO: FINANCIAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN CHILE.

| | | |
|--------|--|----|
| 1. | Financiamiento del Régimen Público, comparaciones con el sistema privado | 49 |
| 1.1. | Fuentes de Financiamiento | 49 |
| 1.2. | Distribución de los Recursos Públicos | 50 |
| 1.2.1. | Redistribución de los Recursos Públicos | 52 |
| 1.3. | El Gasto de Bolsillo | 53 |
| 1.4. | Financiamiento del GES | 54 |
| 1.5. | Cobertura de Salud | 56 |
| 2. | Financiamiento del Sector Privado | 57 |
| 2.1. | Precio del Contrato de Salud y Cotizaciones en el Sistema Privado | 58 |
| 2.2. | Selección de Riesgos | 58 |
| 2.3. | Afiliados Cautivos | 60 |

| | | |
|------------|--|----|
| 3. | Mecanismos de Pago de los Mecanismos de Salud | 61 |
| 3.1. | Descripción de los Mecanismos de Pago actuales | 62 |
| 3.2. | Clasificación de los Métodos de Pago de las Prestaciones en salud | 63 |
| 4. | La Cotización | 66 |
| 4.1. | Cotizaciones a cargo del trabajador | 66 |
| 4.2. | Cotizaciones Obligatorias para Pensionados | 67 |
| 5. | Discriminación en el Acceso a la salud En La Tercera Edad y deficiencias del Sistema Chileno | 68 |
| 5.1. | Afiliación de los Pensionados | 69 |
| 5.2. | Discriminación en el sector privado, especialmente de la Tercera Edad | 70 |
| 5.3. | Equidad y Protección social: una solución al problema de los pensionados | 72 |
| 5.4. | Accesibilidad | 74 |
| 5.5. | Programa especial de FONASA para el Adulto Mayor | 74 |
| 6. | Comparaciones y Conclusiones | 75 |
| 6.1. | Proyecto de Ley que crea el Plan Garantizado de Salud (GSS) | 77 |
| 6.2. | Conclusiones | 77 |
| IV. | CAPÍTULO CUARTO: REFORMA AL SISTEMA PREVISIONAL CHILENO; LEY 20.255 DEL AÑO 2008. | |
| 1. | Introducción | 80 |
| 1.1. | Definiciones del Sistema Previsional | 80 |

| | | |
|------|--|-----|
| 1.2. | El Sistema de Capitalización individual desde 1980 | 82 |
| 1.3. | La Reforma Previsional del año 2008 | 84 |
| 1.4. | Pensiones Básicas Previas a la reforma | 86 |
| 2. | Desafíos y Metas obtenidas con la Reforma | 87 |
| 2.1. | Desafíos | 87 |
| 2.2. | Metas obtenidas | 88 |
| 2.3. | Metas no obtenidas, pero reemplazadas por otras | 90 |
| 3. | Pilares del Actual Sistema de Pensiones, especialmente, el Pilar Solidario | 90 |
| 3.1. | Pilar Solidario y sus Beneficios | 92 |
| 3.2. | Personas Carentes de Recursos | 94 |
| 3.3. | No son Beneficiarios del Pilar Solidario | 95 |
| 3.4. | Administración del Nuevo Pilar Solidario | 95 |
| 4. | Grupos Vulnerables | 96 |
| 4.1. | La situación previsional de las mujeres | 96 |
| 4.2. | Situación de los Trabajadores independientes con la Reforma | 97 |
| 4.3. | Implementación Gradual de los Trabajadores Independientes al Sistema | 98 |
| 5. | Conclusión y Análisis de los Nuevos Beneficios Previsionales | 101 |

V. CAPITULO QUINTO: EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y LOS PENSIONADOS EN EL DERECHO COMPARADO

| | | |
|----|--------------------------------|-----|
| 1. | Envejecimiento de la población | 104 |
|----|--------------------------------|-----|

| | | |
|--------|---|-----|
| 1.1. | Servicio Nacional del Adulto Mayor | 107 |
| 2. | Índices de Envejecimiento | 108 |
| 2.1. | Factores que inciden en el envejecimiento | 109 |
| 2.2. | Índices del año 2050 | 111 |
| 3. | Sistemas de Pensiones en la Región | 111 |
| 3.1. | Protección Social en la Vejez | 112 |
| 3.2. | Derecho Comparado | 114 |
| 3.3. | Conclusiones del Derecho Comparado | 121 |
| 4. | Salud de la Tercera Edad | 122 |
| 4.1. | Factores que determinan la salud de los Adultos Mayores | 123 |
| 4.2. | Dependencia | 124 |
| 4.2.1. | Dependencia: Caso España | 125 |
| 4.2.2. | Dependencia: Caso Chile | 126 |
| 5. | Reinserción al trabajo de los Adultos Mayores | 128 |
| 6. | Relación entre Pensión por Vejez y mejor calidad de vida. | 130 |
| 6.1. | Pensión por vejez y salud | 130 |
| 6.2. | Adultos Mayores y Familia | 131 |

VI. CAPÍTULO SEXTO: ANALISIS PROFUNDO DE LA LEY 20.531, CRÍTICAS Y BENEFICIOS

| | | |
|------|--------------------------|-----|
| 1. | Nociones Preliminares | 133 |
| 1.1. | Génesis de la Ley 20.531 | 134 |

| | | |
|-------------|--|------------|
| 1.2. | ¿Por que un pensionado que se encuentra activamente trabajando debe pagar el 7% en salud por ambos ingresos? | 135 |
| 2. | Historia de la Ley 20.531 | 136 |
| 2.1. | Fundamentos del Mensaje original del Proyecto de ley | 136 |
| 2.2. | Objetivos del Mensaje original del Proyecto | 137 |
| 2.3. | Contenido del Mensaje original del Proyecto | 139 |
| 2.4. | Indicaciones del Ejecutivo | 140 |
| 2.5. | Discusión en la Cámara de Diputados | 142 |
| 2.6. | Discusión en el Senado | 145 |
| 3. | Análisis de los articulados de la ley 20.531 | 148 |
| 3.1. | Artículos Permanentes | 148 |
| 3.2. | Artículos Transitorios | 150 |
| 4. | Beneficiarios del Derecho a Exención del 7% en salud | 151 |
| 4.1. | Tendrán Derecho a la Eliminación de la Cotización de Salud los Siguietes Grupos (ART. 1) | 153 |
| 4.2. | Beneficiarios de la rebaja de la cotización legal de salud (ART. 2 Y 3) | 153 |
| 4.3. | No tendrán derecho a la eliminación o posterior reducción del 7% de salud | 154 |
| 5. | Financiamiento de los Planes de Salud | 154 |
| 6. | Críticas a la Ley 20.531 | 156 |
| VII. | CONCLUSIONES | 159 |

INTRODUCCIÓN

La siguiente Memoria tiene por objeto analizar de forma general la situación previsional y sanitaria de los adultos mayores chilenos, enfocándonos principalmente en efectuar un análisis crítico de la Ley N. 20.531 publicada el 31 de agosto del año 2011, que exime total o parcialmente a los pensionados de su obligación de cotizar el 7% de su jubilación, destinado al financiamiento de las prestaciones de salud.

En un principio, nuestra motivación consistía exclusivamente en establecer los alcances sociales, que la mencionada ley traería a la población de adultos mayores, pero en el desarrollo del trabajo, pudimos percatar la necesidad plantear el proceso de envejecimiento acelerado, con una mayor amplitud, debido a que es un problema que probablemente nos afecte a todos los seres humanos, si es que no contamos con suficientes recursos económicos para afrontar una vejez digna.

Por ende, intentamos explicar y enumerar cada una de las medidas que ha tomado nuestro país, para afrontar el proceso demográfico en desarrollo, y si estas son adecuadas para prevenir los problemas, económicos, sociales y sanitarios que implican el aumento de los adultos mayores y la disminución de la población económicamente. Pero mostrar de forma fehaciente el trabajo realizado y alcanzar los objetivos de nuestra memoria, la exposición se dividirá en seis capítulos, en el primero se realiza una síntesis introductoria de la Seguridad Social chilena (Sistema Previsional y Sanitario); para posteriormente continuar en los dos siguientes, con la estructura y financiamiento del Sistema de Salud Público y Privado de nuestro país, enfocado principalmente desde la perspectiva de los Adultos Mayores y del envejecimiento poblacional que ha impulsado una serie de políticas públicas destinadas a afrontar las consecuencias negativas que esta transición demográfica involucra.

Nuestras motivaciones descansan en el acelerado envejecimiento de la población chilena (se estima que en el año 2025 un 16% de los chilenos será mayor de 60 años), cifras que hacen cada vez mas necesario contar con un sistema que asegure

a la tercera edad una pensión digna, que cubra con las múltiples necesidades de los ciudadanos de edad mas avanzada, y en especial los mas pobres, ya que luego de 20, 30, o más años de trabajo, llega un momento en que la resistencia física de las personas no alcanza para continuar con las mismas labores productivas de antes, y con esta notable merma de sus ingresos, deben costear las vulnerabilidades especificas asociadas a su edad, especialmente en servicios sanitarios.

Por lo tanto, se pretende informar al lector de las principales leyes promulgadas en los últimos 20 años para afrontar estos cambios etarios, destacando en el capitulo cuarto: la Reforma Previsional del año 2008; Ley N° 20.255 que estableció un pilar solidario en Chile y que se relaciona estrechamente con los beneficiarios de la ley N° 20.531, para continuar con la exposición en el quinto capítulo de un análisis sociológico del envejecimiento y algunos ejemplos de los sistemas más destacados del derecho comparado. Para que así, el lector pueda resultar lo suficientemente informado, y formar su propia opinión respecto a si los esfuerzos estatales han sido suficientes para afrontar la disminución de la población económicamente activa, sin generar una crisis económica grave.

CAPITULO I: IDEAS GENERALES SOBRE LA SEGURIDAD SOCIAL

1. NOCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

La Seguridad Social ha ido evolucionando con el paso de los años, respondiendo a las etapas sociales y políticas que ha enfrentado la sociedad. Es una institución dinámica, y a la cual cada nación, e incluso persona, querrá definir, según sus intereses. La Seguridad Social de principios del siglo XX, no es la misma que la de hoy, ya que las contingencias sociales han cambiado, y en especial la población, producto de las transiciones demográficas y del mayor acceso a la educación, todos estos cambios han provocado que los ciudadanos exijan una mayor cobertura de las contingencias sociales a una mayor cantidad de personas, orientados por el principio de Universalidad. Las discusiones acerca de quien debe financiar esta expansión continúa, si debe el Estado compartir este rol junto con un sistema de aportes privados, o debe asumir de una vez por todas, este gasto de forma íntegra a través del erario público. Es una problemática difícil de zanjar, especialmente con el aumento de las expectativas de vida, que impide pensiones dignas y vitalicias, en un sistema basado en la capitalización individual y en la rentabilidad de las inversiones efectuadas por los administradores del mismo.

Nuestro trabajo esta focalizado principalmente en las áreas del Sistema de Pensiones y del Sistema de Salud de los jubilados, pero este primer capítulo proporciona información introductoria para poder entender mejor la etapa de la Seguridad Social que analizaremos.

A continuación presentamos sus definiciones más aceptadas y los conceptos que son necesarios definir, para el desarrollo de la presente memoria:

1.1. Conceptos

a) Concepción Amplia

Una concepción amplia e histórica es la que define William Beveridge, de la siguiente forma: “La Seguridad Social tiene por objeto abolir el estado de necesidad, asegurando a cada ciudadano en todo tiempo, una entrada suficiente para hacer frente a sus responsabilidades”. Esta definición señala que la Seguridad Social es tan amplia, que sus objetivos debiesen ser, la eliminación de todos los estados de necesidad de la población.¹

b) Concepción integral y moderna

La Seguridad Social ha sido definida en reiteradas oportunidades, respondiendo a las características del momento histórico en que se encontraba. Por ejemplo, en 1964, donde primaba la idea del Estado de Bienestar, se definió en su concepto integral y moderno, “Como la rama de la política socio económica de un país, por la cual la comunidad protege a sus miembros, asegurándoles condiciones de vida, salud y trabajo socialmente suficientes, a fin de lograr mejor productividad, más progreso y mayor bienestar comunes”. (Definición que dio la comisión de expertos que elaboraron el denominado “Informe sobre la reforma de la seguridad social chilena” a instancias del Presidente don Jorge Alessandri Rodríguez).²

c) Concepto de la Organización Internacional del Trabajo

En una época más reciente la Organización Internacional del Trabajo (en adelante OIT), conceptualiza la Seguridad Social en 1991, desde su aspecto clásico basado en los principios de la solidaridad, universalidad, igualdad, suficiencia y participación. Define Seguridad Social como: “La protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que de otra manera derivarían de la desaparición o de una fuerte reducción de sus ingresos como consecuencia de

¹ NOVOA F, Patricio. Derecho de la Seguridad Social. Santiago, Editorial Jurídica de Chile. P.46.

² HUMERES N., Héctor. Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. 17 Edición, Santiago, Editorial Jurídica de Chile, 2004. P. 13.

enfermedad, maternidad accidente del trabajo o enfermedad profesional, desempleo, invalidez, vejez, y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos”.³

d) Concepto de Protección social

En su definición tradicional es el conjunto de medidas públicas para proveer seguridad de ingresos a los individuos y procurar su bienestar. En esta concepción primaria la cobertura comprende intervenciones en el mercado laboral y en los componentes y redes de la Seguridad Social⁴.

Otra definición más moderna y completa la entiende como el conjunto de políticas y programas gubernamentales y privados con los que las sociedades dan respuesta a diversas contingencias a fin de compensar la falta o reducción sustancial de ingresos provenientes del trabajo, brindar asistencia a las familias con hijos, ofrecer atención médica y vivienda a la población.⁵

1.2. Fundamentos y Objeto de la Seguridad Social

Su fundamento radica en los derechos y deberes de las personas, de tener una vida digna a pesar de encontrarse en un estado de necesidad por haberse verificado alguna contingencia o riesgo social. La sociedad política, frente a este derecho - obligación de vivir dignamente, que compete a todos sus miembros, debe organizar todo lo necesario para permitir el cumplimiento de esta obligación y el ejercicio de aquel derecho.⁶

³ ORGANIZACIÓN Internacional del Trabajo En Línea. [http://www.oitchile.cl, consulta Mayo 2012].

⁴ PROTECCIÓN SOCIAL en salud en Chile, FONASA [en línea] <http://www.slideshare.net/eltrbxhiigh/libro-proteccion-social-en-salud-en-chile> [consulta 15 de mayo 2012].

⁵ ORGANIZACIÓN de Naciones Unidas, Secretaría General. Informe a la 39 Sesión de la Comisión de Desarrollo Social de ONU. Nueva York, Estados Unidos, Febrero 2001, s.a.

⁶ NOVOA F, Patricio. Derecho de la Seguridad Social. Santiago, Editorial Jurídica de Chile. P.43.

El objetivo de la Seguridad Social es principalmente cubrir los estados de necesidad en que se encuentran las personas como consecuencia de encontrarse afectas, haber sido afectadas o poder serlo por alguna de las contingencias sociales que contempla como tal, el Derecho de la Seguridad Social, destacando como objetivos directos: Asegurar la protección de la familia; mantener o incrementar la capacidad económica de los individuos o de ciertos grupos vulnerables; dar protección a la salud.

Por lo que en resumen, el fundamento primario de la Seguridad Social, radica en el derecho de todos los seres humanos a tener una vida digna y su objetivo es cubrir las contingencias sociales mediante prestaciones suficientes y adecuadas, a partir del esfuerzo de toda la comunidad, debiendo aportar más quienes más puedan, y todo enmarcado en una política que no reconozca discriminaciones arbitrarias.

Ahora bien podemos hacer una breve enumeración, que sin ser taxativa, indique cuáles son los objetivos directos o específicos de la Seguridad Social:

- Cuidado de la Salud, mediante acciones médicas preventivas, curativas y de rehabilitación
- Otorgamiento de prestaciones pecuniarias, substitutivas del salario, sueldo o renta de que disfrutaba la persona, en caso de suspensión, disminución o terminación de su capacidad de trabajo, o en caso de muerte del jefe de familia.
- Protección de la familia, mediante otorgamiento de asignaciones familiares y demás prestaciones en beneficios de la familia.⁷

1.3. Ramas o Instituciones de la Seguridad Social.

La Comisión de Estudios de la Seguridad Social estimó que, en su concepto moderno, la seguridad social comprende seis ramas: Medicina Social; Asistencia Social; Seguros Sociales; Servicios Sociales y las políticas de Pleno Empleo y Vivienda; luego estimó que las dos últimas debían ser tratadas separadamente, tanto

⁷ Op. Cit. P. 54.

en su concepto y ámbito de aplicación, y que, al parecer estarían más relacionadas con la Política Social.⁸

Sin embargo otros autores estiman que esta concepción es demasiado amplia, y por ello la Seguridad Social comprende las siguientes ramas o instituciones:⁹

- a) Los Seguros Sociales: Son los mecanismos que tienen por objeto otorgar las prestaciones médicas preventivas, curativas y de rehabilitación, a sus afiliados y familiares a cargo; y las pecuniarias en caso de suspensión, disminución o terminación de la capacidad de trabajo o ganancia, o muerte del jefe de familia, exigiendo cotizaciones previas. Estos seguros obligatorios constituyen el segundo grado de previsión social, cuyo primer aspecto se refiere al ahorro voluntario. Están orientados por el interés general de la comunidad toda, son contributivos y se apoyan en la justicia distributiva.
- b) La Asistencia Social, cuyo objetivo es atender contingencias sociales que, por cualquier causa o motivo, no hubieren sido atendidas por los seguros sociales, fueren cuales fueren dichas contingencias; o cuando la atención del seguro social es incompleta o insuficiente. Su financiamiento proviene principalmente del Estado, sin que en ciertas circunstancias exista financiamiento privado.
- c) Los Sistemas de Prestaciones Familiares, pueden ser considerados como tales todas aquellas instituciones destinadas a proteger la familia, mediante el otorgamiento de asignaciones familiares (prestaciones pecuniarias que se otorgan a la familia en relación con las personas que viven a expensas del jefe de familia) y otras prestaciones en beneficio del núcleo familiar (beneficios pecuniarios en especie o servicios otorgados al grupo familiar para mejorar su formación y desarrollo).

⁸ Op. Cit. P. 50

⁹ Íbid.

1.4. Contingencias Sociales

Las contingencias sociales, se pueden clasificar en atención a su origen en:

1. Patológico: Enfermedad, invalidez, accidente del trabajo y enfermedad profesional.
2. Biológico: Maternidad, vejez y muerte.
3. Económico social: Cesantía, cargas familiares.¹⁰

Dentro de las contingencias sociales que deben ser cubiertas por un sistema de Seguridad Social, la OIT aprobó el convenio 102, adoptado en la Conferencia Internacional del Trabajo en junio de 1952, donde se definen las contingencias sociales mínimas:

- Asistencia médica: Referida a la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria necesaria para el trabajador y su familia, en la prevención, promoción y recuperación de la salud.
- Prestaciones monetarias de enfermedad: Servicios en especie y en dinero que incluyen, por ejemplo: ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales.
- Prestaciones de desempleo
- Prestaciones de vejez: Posibilidad para obtener un beneficio por el cumplimiento de 60 ó 65 años, según se trate de mujer o un hombre y que pueden o no tener una base contributiva.¹¹
- Prestaciones en caso de accidente del trabajo y enfermedad profesional
- Prestaciones familiares
- Prestaciones de maternidad
- Prestaciones de invalidez y

¹⁰ HORMAZABAL, Viviana; Nuñez, Natalia; Ortuzar, Maria José; Planet, Lucia y Rodriguez, Patricio. Problemas de Cobertura en el Contrato de Salud. Memoria (Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales). Santiago, Chile. Universidad de Chile, Facultad de Derecho. 2007. P.5.

¹¹ SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL [en línea]. <<http://www.suseso.cl>> . [18 de abril, 2012]

- Prestaciones de sobrevivencia

Para los efectos del análisis que se realiza en los siguientes capítulos de este trabajo, consideramos en forma especial la contingencia de Prestaciones por Vejez y Asistencia Médica, esta última estrechamente relacionada con la Medicina Social. Contingencias que son desarrolladas brevemente a continuación.

1.4.1. Vejez:

Dentro de las contingencias mencionadas, a diferencia de las contingencias patológicas o económicas; las biológicas de vejez y muerte son inevitables para todos los seres humanos, de hecho comenzamos a envejecer desde el momento en que nacemos, es un proceso largo que nos acompaña en toda nuestra vida, configurando un proceso biológico, psicológico y social, por eso, la vejez, ha adquirido un gran protagonismo en los asuntos políticos y sociales.

Los Adultos Mayores (en adelante: AM) configuran el grupo etario y social, al cual todos, si es que tenemos suerte y salud, perteneceremos en la última etapa de nuestras vidas. Es la contingencia, dentro de las políticas públicas de cada país, más relevante, ya que la capacidad productiva se ve notoriamente disminuida, por lo que se vuelve necesario implementar un sólido sistema de pensiones, y además esa pensión debe ser lo suficientemente digna, para cubrir los gastos de salud, que se incrementan notoriamente, en los adultos mayores. Por lo tanto, hay que velar por la adecuada cobertura de la seguridad social en la vejez.

1.4.2. Asistencia Médica.

La prestación de Asistencia Médica como mencionamos antes comprende a la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria necesaria para el trabajador y su familia, en la prevención, promoción y recuperación de la salud. Ámbitos que se

encuentran estrechamente relacionados con el concepto de Medicina Social.

1.4.3 Medicina Social

La Medicina Social fue definida por el informe sobre la Reforma de la Seguridad Social Chilena del año 1965 como “la rama de la seguridad social que se ocupa de las condiciones de salud, incluyendo su componente económico, de los miembros de la comunidad”. Sin embargo el profesor Patricio Novoa estima que la Medicina Social no es una institución, rama o estructura diferente de la Seguridad Social, sino la forma como han de ocuparse de la salud, los seguros sociales y la asistencia social, en relación con sus afiliados y familiares a cargo.¹² Debe entenderse como integrante pleno del sistema; su perfección debe encontrarse dentro de este y no fuera del mismo.

Los principios de la Seguridad Social, que explicaremos más adelante, también son aplicables a la Medicina Social, hacemos hincapié en esto, ya que el principio de Universalidad, que es básicamente entendido como que ninguna persona quede involuntariamente desprovista de seguridad social, se refiere de igual manera, al derecho a acceder a prestaciones y cuidados de salud que pueden aspirar las personas con un elevado nivel de certeza.

En este sentido es posible especificar que existen restricciones de accesibilidad, como la restricción económica, que representa la posibilidad de uso de un servicio, derivada de la capacidad adquisitiva de la población frente a tarifas y precios de servicios, lo que dice relación con los pagos (copagos) adicionales que deben asumir los propios beneficiarios, por ejemplo, en el caso de medicamentos no cubiertos.

Chile ha desarrollado un sistema de salud dual (público-privado), que al año 2007

¹² NOVOA F, Patricio. Derecho de la Seguridad Social. Santiago, Editorial Jurídica de Chile. P.51.

cubría el 88% de la población, por lo que existen 1.900.000 desprotegidas, que no tienen cobertura de la Salud en forma directa. Hoy, en el 2012, dicho porcentaje de cobertura es mayor.

1.5. Características del Sistema de Seguridad Social en Chile:

El Sistema de Seguridad Social de Pensiones chileno se rige principalmente por el Decreto Ley N. 3500 de 1980, que crea el Sistema de capitalización individual y es complementado por, entre otras, la recién Ley N° 20.255 del 2008, que crea los pilares solidarios de pensiones. Respecto a la protección previsional de la Salud, prima el Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del año 2005 del Ministerio de Salud, que organiza el conjunto de leyes que norman al Sistema de Salud, fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469, la que regulaba el ejercicio al derecho constitucional de protección de la salud.

Dentro de las características del Sistema de Pensiones chileno, se encuentran, de forma no absoluta: su obligatoriedad, la que se extenderá en los próximos años, incluso a trabajadores independientes; la administración privada previsional persigue fines de lucro (Administradoras de Fondos de Pensiones e Instituciones de Salud Previsionales); es principalmente contributivo (debo cotizar en el sistema para obtener prestaciones), pero con la Reforma Previsional del año 2008, se incluyó un régimen no contributivo, a través del pilar solidario conformado por las pensiones y los aportes previsionales solidarios, destinadas las primeras, a personas que no efectuaron cotización alguna, pero que debido a su condición de pobreza, son beneficiarias de una pensión mínima otorgada por el Estado; y por último, es un Régimen Mixto, aunque con cierta preponderancia privada, conformado por el régimen de capitalización individual administrado por entes privados, un sistema público de pensiones (IPS) al cual no pueden acceder los nuevos cotizantes, el sistema del sector de las Fuerzas Armadas, Policía de Investigaciones, Gendarmería y Carabineros, representado por las Cajas de Previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA) y de la Dirección de

Previsión de Carabineros (DIPRECA).

Para ser beneficiario del Sistema de Seguridad Social de nuestro país:

- Se debe ser sujeto del sistema cubierto (afiliado)
- Se debe tener cierta antigüedad en el sistema (reunir un monto mínimo en el fondo previsional), excepto a los beneficiarios de la reforma previsional, ya que se establece un sistema de pensiones solidarias, que tiene por objeto otorgar beneficios previsionales sin exigir afiliación ni tiempo de cotización a un importante grupo de la población, y también se asegura a los afiliados pensionados una pensión mínima a través del aporte previsional solidario.

2. LOS PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Al igual que todas las instituciones de nuestra sociedad, la Seguridad Social se orienta por ciertas ideas matrices que le dan sentido y la ordenan a cumplir con los objetivos que se han propuesto en determinados momentos históricos y políticos que permiten administrar los recursos (siempre escasos e insuficientes) de un modo que permita cubrir un mayor número de necesidades y beneficiar al máximo de personas posibles.

Los principios son la base de un Sistema de Seguridad Social y los más fundamentales y que gozan de mayor reconocimiento en el ámbito internacional, son:

2.1. Principio de Universalidad

El Principio de Universalidad se destaca en la mayoría de los conceptos de Seguridad Social, esta compuesto por dos aspectos uno subjetivo y otro objetivo. En su aspecto subjetivo atiende al campo de acción de los beneficiarios; y en su aspecto objetivo, considera que la Seguridad Social ha de cubrir todos los riesgos sociales

derivados de un estado de necesidad que provenga de alguna contingencia¹³ de las anteriormente indicadas. Este principio se preocupa de otorgar protección a todas las personas que lo necesiten, sin que exista base para hacer discriminaciones o limitaciones a causa de la edad, raza o nacionalidad de las personas; o en virtud de su calidad de trabajadores independientes o de poseer una remuneración superior a determinado límite, en resumen, la protección de la Seguridad Social debe extenderse no sólo a los trabajadores dependientes, sino que a todo ser humano que se ve enfrentado a los riesgos sociales¹⁴, independientemente de su afiliación al sistema.

En Chile, la Universalidad no rige en su 100%, ya que no se encuentra protegida toda la población, los índices de protección son sobre el 67% de la población económicamente activa, contra un 30% de promedio en el resto del continente, aunque este porcentaje es alto en comparación al resto de la región, aún hay que elevarlo y aspirar a la cobertura total de los países europeos, que alcanzan el 90 a un 95% de cobertura.

Los afiliados al Sistema de Pensiones de las Administradoras de Fondos de Pensiones (en adelante, AFP) en Chile ascienden a 8.957.495 a diciembre del 2011¹⁵, por lo tanto, a pesar de todos los problemas de cobertura existentes, la participación es mayoritaria.

Se han efectuado en los últimos años, intentos de que esto cambie, y se universalice la seguridad social en Chile, ya que antes de la Reforma Previsional del año 2008, este principio se veía mermado aun más, por la falta de cobertura a una gran parte de la población, específicamente respecto a las pensiones de vejez, de personas cuyos fondos de capitalización individual, eran insuficientes para proporcionarles una pensión vitalicia, y debían postular a las antiguas pensiones asistenciales (PASIS), las cuales se les otorgaban solo si cumplían con los

¹³ HORMAZABAL, Viviana; Nuñez, Natalia; Ortuzar, María José; Planet, Lucía y Rodríguez, Patricio. Problemas de Cobertura en el Contrato de Salud. Memoria (Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales). Santiago, Chile, Universidad de Chile, Facultad de Derecho. 2007. P.7-8.

¹⁴ ROJAS ESPINA, Alejandro. "Reforma Al Sistema Previsional", Universidad de Chile, Santiago, Chile, 2009. P. 15.

¹⁵ Asociación Gremial de AFP. [en línea] <www.afp-ag.cl> [consulta: Abril 2012].

burocráticos requisitos establecidos en la ley, situación que ha cambiado notoriamente, como veremos más adelante, al hablar del pilar solidario constituido por la Ley N° 20.255.

El único país en América Latina que se rige de forma absoluta por este principio, al menos en términos de oportunidad de acceso, es Bolivia, como lo veremos más adelante. Gracias a la creación de la renta dignidad, que por problemas de accesibilidad y muchas veces ignorancia, no ha podido abarcar a toda la población, pero que al menos en sus cimientos y requisitos, son susceptibles de ser beneficiarios, todos los adultos mayores bolivianos sin importar su condición económica.

2.2. La Igualdad e Integridad o Suficiencia

La igualdad atiende a la capacidad de cobertura del riesgo protegido, es decir, el monto de las prestaciones, que debe ser suficiente para cubrir, atender y solucionar las contingencias sociales. Se debe asegurar a la persona un nivel de vida similar, al previo a la contingencia.

Por ejemplo, en cuanto a prestaciones pecuniarias, a través del reajuste de las pensiones de vejez, en el caso de aumento del costo de la vida, que se estima absolutamente indispensable, ya que representa una garantía del valor real de las prestaciones, y es lo más justo, ya que parece equitativo que quienes dejaron de trabajar y entregaron a la sociedad el esfuerzo que ésta les exigió en su oportunidad, participen también en la proporción que corresponda del mayor aumento que en término medio logren los activos¹⁶, de establecerse un valor nominal de la pensión, este dinero terminaría siendo insuficiente para cubrir cualquier tipo de contingencia o necesidad. Desde el punto de vista de la salud, la integridad establece que la atención médica, quirúrgica y dental debe ser completa en todas sus fases: preventiva, curativa y reeducativa. Respecto de la protección de la familia, este principio señala que tales

¹⁶ HUMERES N., Héctor. Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. 17 Edición, Santiago, Editorial Jurídica de Chile, 2004. P. 35-40.

prestaciones, ya sean asignaciones familiares, prestaciones en especie, servicios, etc. han de constituir un conjunto de medidas que logren una protección efectiva del núcleo familiar. Por último, respecto de la rehabilitación de discapacitados la integridad debe llegar hasta devolverle a la persona su capacidad de trabajo, hasta colocarlo en una ocupación.¹⁷

2.3. Principio de la Solidaridad

Este principio está estrechamente vinculado al bien común de la sociedad, que supone ayudas y servicios mutuos y al financiamiento de la Seguridad Social. Se define en cuanto a que cada cual aporta al sistema de Seguridad Social según su capacidad contributiva y recibe prestaciones de acuerdo a sus necesidades y está basado en que cada persona es éticamente responsable de sus semejantes, lo cual constituye una herramienta indispensable a efectos de cumplir con el objetivo esencial de la Seguridad Social, consistente en la redistribución del ingreso nacional; el Estado redistribuye, mediante la Seguridad Social, el ingreso general de la nación, generado por los impuestos y otras prestaciones.

Existen varios tipos de manifestación del principio de Solidaridad, uno de ellos es la solidaridad Intergeneracional u horizontal: según la cual, cada generación provee lo necesario para el sustento de la posterior, y así sucesivamente, esta variante justificaba al antiguo sistema de reparto en las pensiones de los chilenos. El problema es que tiene sobre sí el fantasma del envejecimiento de la población, motivado por la violenta caída de las tasas de natalidad y el notable aumento de las expectativas de vida, que provoca la falta de suficientes personas activas para solventar las necesidades de las personas económicamente pasivas (jubilados), ya que este implica la solidaridad del joven con el anciano.

¹⁷ NOVOA F, Patricio. Derecho de la Seguridad Social. Santiago, Editorial Jurídica de Chile. P. 100.

Por último también existe la solidaridad de las personas con diferentes ingresos denominada solidaridad intrageneracional o vertical, incluso existe la solidaridad geográfica, entre regiones de más y menos recursos.¹⁸

2.4. Principio de Subsidiariedad del Estado

La Constitución Política de la Republica de Chile es particularmente partidaria de este principio y constituye uno de sus fundamentos, incluso se ha sostenido que se expresa en el Inciso tercero del artículo primero de la carta fundamental. Este principio ha sido debatido por la doctrina, pues se estima que no es principio orientador de la seguridad social, pues se opone a la responsabilidad que le cabe al Estado y al Principio de Solidaridad. Implica que el Estado no debe ejercer acciones que el individuo o los grupos sociales intermedios puedan realizar por si mismos, el cual solo podrá actuar de la siguiente forma:

- En calidad de garante o regulador de la acción particular; y otorgando ayuda a los mas débiles (acción complementaria del Estado o Asistencia Social)¹⁹, por lo tanto los individuos deben satisfacer por si mismos sus necesidades y resolver sus problemáticas, y únicamente en la medida que estas pretensiones no logren satisfacerse, comienza la intervención estatal.

Este principio se manifiesta en nuestro sistema de forma evidente, a pesar de los esfuerzos en la última década para paliar esta falta de protagonismo que adquirió el Estado con la privatización de los fondos de pensiones y de gran parte del sistema de salud. El problema es que debido a que las AFP no han obtenido la rentabilidad esperada, y el gran número de personas que tienen trabajos informales, obligan a que en el futuro, el Estado deba recuperar protagonismo, y financiar gran parte de las pensiones, a través de nuevos regímenes tributarios y presupuestarios.

¹⁸ HUMERES N., Héctor. Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. 17 Edición, Santiago, Editorial Jurídica de Chile, 2004. P. 35-40.

¹⁹ ARIAS LOPEZ, Carlos y Salas Juan Alberto, "Un sistemas mas solidario y eficiente de Seguridad Social, Reforma a la Previsión Social Chilena", Profesora Guía: Rosa Mengod Gimeno, Santiago de Chile, 2010, Pág. 28.

La aplicación plural de estos principios depende en gran medida del sistema político y económico imperante, de los recursos de cada país y de los fines básicos que éste persiga. El aporte y protagonismo del Estado siempre va a ser relevante, aunque cuando comenzó la capitalización individual de las AFP, se prometió que el Estado se sacaría este peso de encima respecto, al menos, del sistema de pensiones, pero no es así totalmente, al contrario, se hace cada vez mas necesario y existe una necesidad absoluta de un sistema público que vele por los más desprotegidos al menos.

El aporte económico del Estado se incrementa todos los años, lo que se traduce en gastos en las asignaciones familiares, pensiones solidarias, seguros de cesantía, en su gran mayoría; según porcentajes que suben cada año, esto manifiesta la necesidad de que el Estado mantenga su preocupación por mejorar la seguridad social.

2.5 Unidad de gestión o Descentralización

Este principio esta orientado a la unificación orgánica o administrativa, fundamentada principalmente en la circunstancia de la conveniencia de la existencia de un riesgo único, con el fin de ahorrar costos y optimizar los recursos con que cuenta el sistema y simplificar la administración de los mismos. En general, se denomina unidad administrativa del Estado, pero admite la intervención de otros sujetos.

Hoy en día, más bien se entiende, esta unificación a través de un órgano gestor de los subsistemas, debido al sinnúmero de riesgos o contingencias sociales que necesitan protección, y que son muy diferentes, una de la otra. Por lo cual, un sistema integral también cumple con los objetivos de unidad, sin necesariamente ser administrado todo el sistema de Seguridad Social, por un sólo ente público.

3. COBERTURA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

La cobertura es la manifestación misma de la entrega de las prestaciones que se otorgan a los beneficiarios de la Seguridad Social, en los momentos de contingencia social, es la forma en que se aportan los medios apropiados para prevenir, resolver y rehabilitar al sujeto que se encuentra frente a un estado de necesidad. Se pueden clasificar en tres grupos:

- De carácter pecuniario
- En especie; y
- En servicios, por ejemplo atención médica.

Las pecuniarias se clasifican a la vez en 3 grupos:

- Definitivas; como las pensiones de vejez e invalidez total, que son las que profundizaremos en esta memoria.
- Transitorias, como los subsidios del DFL 44 que fijó normas comunes para los subsidios por incapacidad laboral de los trabajadores dependientes del sector privado.
- Eventuales; como complementarias a las pensiones, para alcanzar un monto suficiente.

3.1. Discusiones y problemas actuales de la cobertura de la Seguridad Social

Uno de los problemas centrales de la Seguridad Social, son los altos costos que origina a los Estados, y se evidencia su aumento en el futuro. Los sistemas de Seguridad Social se encuentran en crisis en la mayor parte de los países, también en los latinoamericanos, las causas son entre muchas, el aumento del empleo informal

(que impide un adecuado sistema de cotizaciones) y de la pobreza, las crisis financieras del Estado, deficiencias burocráticas, crisis de su propio financiamiento, la postergación de la entrada de los trabajadores al mercado del trabajo remunerado, producto de la expansión de la educación superior, reduciendo considerablemente el porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que trabajan, con lo que disminuyen las cotizaciones previsionales de forma global. Pero sin duda una de las más importantes es el fuerte aumento de la esperanza de vida de los habitantes, que determina una proporción cada vez menor de contribuyentes activos en relación a los pensionados.²⁰

La vejez es una de las contingencias sociales cubiertas o por cubrir por el sistema de Seguridad Social más importante. Considerando el hecho causante, es decir, el estado de necesidad que merece ser protegido por la Seguridad Social, por lo que el envejecimiento de la población es un tema alarmante a nivel nacional, mundial y especialmente latinoamericano.

De todas formas, pareciera que estos gastos que deben efectuar los países y los mismos cotizantes para velar por tener una tercera edad digna, valen la pena y se ha convertido en una herramienta importantísima de superación de la pobreza, ya que las cifras indican que la pobreza de los Adultos Mayores es mucho menor que la pobreza de la población en general. En el caso de Chile, sólo el 10% de los adultos mayores es pobre, por lo tanto están mucho mejor posicionados que la población en general, y además sus pensiones suelen mejorar y contribuir con la situación económica de toda la familia en conjunto, ya que las pensiones solidarias o contributivas que obtienen personas de menores recursos, suelen constituir un aporte importante (o incluso la única fuente de ingresos en algunos casos) de las familias que viven con Adultos Mayores.

²⁰ HUMERES N., Héctor. Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. 17 Edición, Santiago, Editorial Jurídica de Chile, 2004. P. 30-34.

3.2. Cobertura del Sistema de Seguridad Social en Chile

En términos generales nuestro sistema esta estructurado a través de las siguientes instituciones, para cubrir las principales contingencias sociales:

- *Sistema de Pensiones*: el cual tiene por objeto la cobertura de las contingencias de invalidez, vejez, muerte y asistencia funeraria. Estas contingencias son cubiertas en la mayoría de los casos por los fondos de Capitalización Individual.
- *Cobertura por Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales*, cubiertos por las prestaciones médicas, subsidios y pensiones de invalidez o sobrevivencia.
- *Desempleo*, a través del seguro de desempleo se pretende proteger a las personas en estado de necesidad por cesantía y mediante ahorro obligatorio y del Fondo de Cesantía Solidario. El problema es que existe una alta desinformación sobre este seguro.
- *Maternidad*; Pre y Post Natal, recientemente ampliados el año 2011, y que podría ser un mecanismo que incentive el crecimiento de la tasa de natalidad.
- *Asignaciones Familiares*²¹
- *Pensiones Solidarias*, reemplazaron a las pensiones asistenciales, de carácter no contributivo y las definiremos más adelante.
- *Sistemas de Atención de Salud, Pública y Privada*.

3.3. Las pensiones por vejez

La pensión por vejez es uno de los beneficios previsionales consagrados en el D.L. N° 3.500 de 1980, y que consiste en el derecho (no obligación y he aquí la importancia del pilar solidario) que tienen los afiliados al Sistema a obtener una pensión una vez

²¹ ROJAS ESPINA, Alejandro. "Reforma Al Sistema Previsional", Universidad de Chile, Santiago, Chile, 2009. P. 16-17.

que hayan cumplido con la edad legal exigida para tales efectos: 65 años de edad para los hombres y 60 años las mujeres.²²

El criterio doctrinario predominante es el considerar que esta pensión se otorga por la circunstancia de haber llegado el ser humano a una edad en la que es racional el presumir que su capacidad de ganancia ha de estar disminuida notoriamente, descartándose por impropia la idea de una “pensión - premio” (discutible), ya que no podría ser ella razón suficiente para dar un aliciente a quien cumplió con una obligación común a la de todos los integrantes de la sociedad.

Se entiende que atiende a un estado de necesidad, considerando a la vejez como una verdadera invalidez presumida legalmente por el cumplimiento de una determinada edad.²³

El proceso de envejecimiento es definido en su más amplio sentido, desde una visión biológica que comprende todos los cambios biológicos producidos con el tiempo, abarcando también aquellos cambios que resultan de la reducción de la capacidad funcional del organismo maduro.²⁴

²² SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES [EN LINEA] www.safp.cl, mayo 2012.

²³ HUMERES N., Héctor. Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. 17 Edición, Santiago, Editorial Jurídica de Chile, 2004. P. 295.

²⁴ POBLETE Carrilanca, Ricardo y Retamal R., César. Reinserción Laboral en la Vejez. Memoria (Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales). Santiago, Chile. Universidad de Chile, Facultad de Derecho 2008. P. 20.

CAPÍTULO II: PROTECCIÓN LEGAL DE LA SALUD Y EL SISTEMA DE SALUD CHILENO

1. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN CHILE

Junto con la seguridad previsional de pensiones, la salud es una de las mayores preocupaciones de los Adultos Mayores, ya que en gran medida, determina su calidad de vida y es donde invertirán la mayor parte de sus recursos. En vistas de la creciente alza de la población adulto mayor de nuestro país, es que nos preocuparemos de analizar los Sistemas de Salud, su protección legal, y en qué medida estos servicios se están adecuando a la transición demográfica en curso. Los servicios de salud, no solo deben tener como objetivo extender la vida de una persona, sino que también mantenerla libre de situaciones de dependencia extrema.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Salud de un modo integral, como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedad o dolencia. Asimismo, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, en su Observación general N° 14, define el contenido esencial de la garantía a la salud como “un derecho al disfrute de toda gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud posible”²⁵.

La mejora de salud de los AM, requiere de políticas específicas, enfocadas en este grupo etario, por lo que a continuación desarrollaremos brevemente en que consiste el sistema sanitario chileno y que medida se proyecta para atender las necesidades de la tercera edad.

²⁵ DRAGO, Marcelo. La Reforma al Sistema de Salud Chileno desde la Perspectiva de los Derechos Humanos. Cepal. Santiago. 2006. P.13.

1.1 Protección Legal

La legislación chilena atribuye al Derecho a la Protección de la Salud rango de derecho fundamental al incorporarlo dentro del catálogo de los derechos que posee toda persona en el artículo 19, N° 9, de la Constitución Política de la República. Asimismo, este derecho también se incorpora a nuestro ordenamiento a través de los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentran actualmente vigentes, donde se reconoce el Derecho a la Protección de la Salud. Sin embargo, la norma constitucional no fija el contenido del derecho, debiendo ser el legislador interno quien lo establezca e interprete en virtud de lo preceptuado en los Tratados Internacionales de Derechos Humanos.

En este sentido, creemos que Chile ha tenido un evidente retroceso respecto de la protección del Derecho a la Salud, considerando que desde los años 40 y hasta mediados de la década de los 70 (previo a la reforma de 1980), rigió un modelo universalista único, que a pesar de sus falencias, poseía amplia cobertura.

Siguiendo la línea de la reforma previsional del Decreto Ley N°3500 que establece el nuevo Sistema de Pensiones de 1981, se da por finalizado el sistema público único en atención de salud. Creándose la base jurídica sobre la cual se reorganiza el sistema público y se regula un nuevo sistema privado de prestaciones de salud, paralelo y alternativo al público, primando el principio de Subsidiariedad del Estado²⁶, promoviendo la participación privada, con una fuerte disminución del gasto social entre los años 1973 a 1980, a través del Decreto N°2.763 de 1979 (que reorganiza el Fondo Nacional de Salud y los servicios de salud públicos) y el DFL N°3 del año 1981 que crea las Instituciones de Salud Previsional o ISAPRES.

La Universalidad en la Salud, es el principio que debiese estar protegido constitucionalmente. Ningún individuo debe estar excluido de su cobertura, salvo por

²⁶ MIRANDA R. ERNESTO. Descentralización y Privatización del Sistema de Salud Chileno, Estudio. <www.cepchile.cl/dms/archivo_1640_1217/rev39_miranda.pdf>, [consulta abril, 2012]. P. 29-40.

razones voluntarias explícitas, como por ejemplo, contar con suficientes recursos económicos para acceder directamente a los costos de Salud o a contratar seguros privados, por lo tanto se debe asegurar, más bien, el acceso a la satisfacción de las necesidades de Salud. Pero esta Universalidad no sólo debe estar focalizada en los trabajadores dependientes, debe estar desvinculada de cualquier contrato de trabajo, o de capacidad de contribución, ya que el derecho a la Protección de la Salud es un derecho humano, que sin legitimación, nos impide disfrutar plenamente de todo lo que significa ser persona.

a) Constitución Política de 1980 (art. 19 Número 9)

El Derecho a la Protección de la Salud se encuentra materializado en el Artículo 19 N°9 de la Constitución Política de la Republica (CPR): “La Constitución asegura a todas las personas; N°9:

El Derecho a la protección de la salud.

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 tiene derecho a elegir el sistema de salud que desee acogerse, sea este estatal o privado”.

Como se puede apreciar, el precepto constitucional sólo resguarda el libre e igualitario acceso a las acciones de salud, estableciendo además, que el Estado tiene el deber de garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que éstas se presten por entes públicos o privados. Debiendo ser la ley quien determinará la forma y condiciones en que se realiza.

Este artículo omite en definitiva, toda obligación o garantía del Estado de asegurar el Derecho a la Salud, limitándose a señalar que existen 2 subsistemas (uno público, y otro privado) dentro de los cuales, las personas pueden elegir libremente a cual de ellos afiliarse. Todo esto porque la CPR de 1980, está enmarcada en el Principio de Subsidiariedad del Estado que señalamos en el primer capítulo de la presente memoria, perpetuando un sistema de salud dual, con sistemas paralelos, en que el Estado entrega prestaciones de salud de mucho menor calidad que el privado. Por lo que la protección constitucional deja bastante desprotegidos los derechos sociales, en cuanto a su aplicabilidad y exigibilidad, quedando la protección en manos del legislador, a través leyes de menor rango, antes que de un mandato constitucional explícito.

Al señalar que las personas tendrán el derecho de elegir entre un sistema privado de salud o un sistema público, la legislación que aborda las responsabilidades del Estado en materia de Salud debe siempre respetar este derecho a elección. Por tanto el constituyente se inclina por establecer un inciso donde se garantice expresamente el derecho a la iniciativa particular en materia de Salud y que el Estado sólo pueda controlar dentro de ese marco.²⁷

Además, es necesario mencionar que el Derecho a la Protección de la Salud queda excluido del mecanismo procesal contemplado a nivel constitucional, conocido como la acción de protección ante los Tribunales de Justicia, al no estar comprendido dentro de los numerales consignados en el artículo 20 de la CPR, por lo que tradicionalmente, esta vía solo puede ser utilizada para proteger la libertad a elegir a cual subsistema (público o privado) acceder, como lo dispone el inciso final del numeral 9 del artículo 19.

Sin embargo para poder subsanar este problema, y poder recurrir a la acción de protección y obtener las prestaciones garantizadas que permiten hacer efectivo este derecho económico y social, las personas deben alegar que se les ha vulnerado la

²⁷ Op. Cit. P. 17.

garantía del derecho a la vida y a la integridad física y síquica consagrada en el numeral 1 del artículo 19 de la CPR.

b) D.F.L. N°1 de 2005 del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial el 24 de abril del año 2006

Decreto con Fuerza de Ley dictado por el Presidente de la República, por delegación de facultades que le otorga la ley, para fijar el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763, de 1979 que creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud, de las Leyes N°18.469 (Esta modificación normativa, fue la encargada de eliminar las diferencias entre obreros y empleados, es decir, entre régimen de salud y calidad previsional. Estableció un aporte financiero de acuerdo a la capacidad económica de pago con acceso libre e igualitario a las acciones de salud y a la elección del sistema de atención)²⁸ y la Ley N°18.933 de 1990 (esta última, creó la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, hoy Superintendencia de Salud y deroga el DFL N°3 de 1981, fusionándolo con el DFL N°1, creador de estas instituciones). En su artículo primero señala las funciones que le corresponde ejercer al Ministerio de Salud y a otros organismos en nombre del Estado: Garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la Salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones.

El D.F.L N°1 se estructura de la siguiente manera:

- Libro I, “De los Organismos Públicos de Salud”, originalmente contenido en el D.L N°2763.
- Libro II, “Regula el Ejercicio del Derecho Constitucional a la Protección de la Salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud”, materia contenida en la ley N°18.469.

²⁸ BARRETTO, Ricardo y Gallegos, Jaime. El Derecho a la Salud en Chile: Hacia un Rol más activo y estructural del Estado en el aseguramiento de este derecho fundamental. Gaceta Jurídica N. 373 Páginas 48-70 [2011]. P. 49.

- Libro III, “Del Sistema Privado de Salud administrado por las Instituciones de Salud Previsional”, materia contenida originalmente en la Ley N°18.933.

c) Ley N°19.966 de 2004

Esta Ley, establece un Régimen de Garantías en Salud, definido como un instrumento de regulación sanitaria, elaborado por el Ministerio de Salud, que establece las enfermedades o condiciones de Salud y sus prestaciones asociadas en materia de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera que el Sistema debe cubrir a sus beneficiarios. Siendo promulgada el 25 de agosto de 2004 y publicada en el Diario oficial el 3 de septiembre de 2004.

2. ESTADO DE LA SALUD EN CHILE

2.1. Factores Condicionantes²⁹

Una diversidad de factores condiciona el estado de salud de una población. Entre ellos, destacan la dinámica poblacional, la pobreza, el nivel de educación, el acceso al trabajo y el estado del medio ambiente. A continuación analizaremos algunos de estos.

a) Demografía

En las últimas décadas se ha producido en Chile una notoria disminución de las tasas de mortalidad infantil y natalidad. Esto ha significado que el país se encuentre en un avanzado estado de transición demográfica, con un crecimiento más lento de la población y un cambio en la distribución por grupos de edad, con un evidente envejecimiento. Esto ha sido acompañado de un aumento en la esperanza de vida al nacer y de un descenso en la mortalidad infantil.

²⁹ DRAGO, Marcelo. La Reforma al Sistema de Salud Chileno desde la Perspectiva de los Derechos Humanos. Cepal. Santiago. 2006. P 20-21.

b) Pobreza e Igualdad

Los niveles de pobreza y de indigencia han bajado sustancialmente en los últimos 20 años, esta disminución de la pobreza no ha sido acompañada por una disminución de la desigualdad. Muestras de desigualdad se pueden ver en las mayores tasas de desempleo y menores ingresos para mujeres, mayor incidencia de pobreza en hogares encabezados por mujeres, mayores niveles de pobreza en zonas rurales y menores niveles de educación y salud en hogares y comunas pobres.

c) Educación

En la década del 2000 el nivel de educación promedio de la población mayor de 15 años había aumentado 1,1 años respecto de 1990. Mejoró la cobertura a nivel rural y urbano, en los tres niveles de enseñanza media, superior y preescolar. Sin embargo, los mayores aumentos en el nivel de educación se produjeron en los dos quintiles de mayor ingreso. Persisten brechas importantes entre zonas rurales y urbanas, con una diferencia de 1,6 años de escolaridad promedio entre jóvenes de 15 a 24 años.

d) Empleo

Un 75% de los asalariados habían firmado contratos de trabajo en su actual empleo el 2003; el mismo porcentaje tenía trabajos permanentes. El 41,6% de los desocupados pertenecían al primer quintil de ingreso y el 47,4% tenían entre 15 y 29 años. Las mujeres percibieron en promedio, el 80% de la remuneración por hora de los hombres, y los asalariados en zonas rurales percibieron en promedio tan sólo el 53% de la remuneración por hora de asalariados urbanos.

e) Saneamiento

Al 2003, el acceso al agua potable era alto en zonas urbanas, un 97,0% de los hogares contaban con acceso a la red pública a través de llave en su vivienda. El 81.5% de los hogares rurales también tienen acceso al agua a través de llave en su vivienda. Sin embargo, existe una fuerte desigualdad en estos indicadores en la zona rural, separando los quintiles de ingreso en el año 2000, el 83,3% de los hogares

rurales del quintil más alto contaba con un sistema de distribución intradomiciliario de agua, comparado con 41,6% de los hogares rurales en el quintil más bajo.

El acceso a sistemas de eliminación de excretas aceptables alcanzaba un 94,8% en zonas urbanas el 2003, comparado con un 40% en zonas rurales, lo que representa una mejoría respecto de 1990 (86,9% y 19,1% respectivamente), pero manteniendo una brecha importante. En zonas rurales hay grandes diferencias entre hogares dependiendo del quintil de ingreso: en el año 2000, el 71,9% de los hogares del quintil más alto de ingresos tenía acceso a sistemas aceptables contra 17,9% de los hogares del quintil más pobre.

Teniendo en consideración estos factores, se puede apreciar, las enormes brechas existentes entre los quintiles y entre zonas urbanas y rurales, sin dejar de reconocer que en estos últimos 20 años se han realizados grandes avances, pero sigue la importante brecha antes mencionada.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010³⁰ realizada por el Ministerio de Salud conjuntamente con la Pontificia Universidad Católica de Chile, plasmó en su informe una serie de afirmaciones generales sobre el estado de salud de la población general adulta chilena, en función de los resultados obtenidos, siendo las más relevantes:

1. Se observa un elevado nivel de morbilidad por enfermedades crónicas y sus factores de riesgo en Chile.

2. Se observan grandes desigualdades por sexo, edad, zona urbano/rural, nivel educacional y regiones.

3. La mayor parte de los problemas de salud crónicos evaluados muestran una gradiente educacional evidente, con mayores prevalencias de problemas de salud en la población con menos de 8 años de estudios.

³⁰ Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud ENS 2009-2010. [en línea] <<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>> [consulta: 05 de Junio de 2012]

Destacan al respecto los siguientes problemas de salud con mayores prevalencias en estratos educacionales bajos, independiente de la edad: presión arterial elevada, obesidad, bajo consumo de pescado, bajo consumo de frutas y verduras, hipotiroidismo, sedentarismo, riesgo cardiovascular bajo, entre otros.

4. Existen dos factores de riesgo conductuales para enfermedades crónicas que aún presentan en Chile gradientes educacionales inversas: el consumo de tabaco y el consumo de alcohol. Es decir, las tasas de consumo general observadas en el nivel educacional alto superan a las del nivel educacional bajo. Esto denota la posibilidad de que Chile sea aún sensible a políticas públicas que intervienen sobre los impuestos a estos bienes.

5. Sin embargo, la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 muestra, al igual que lo observado por estudios de CONACE, que la mayor prevalencia de problemas por abuso o dependencia de alcohol se encuentra en los estratos socioeconómicos bajos.

6. Llama la atención la baja cobertura de tratamiento de algunas patologías crónicas como el hipotiroidismo.

7. Una proporción importante de la población está expuesta a determinantes psicológicos adversos que la ponen en mayor riesgo de adquirir o evolucionar no satisfactoriamente frente al tratamiento de enfermedades crónicas (hostilidad de la personalidad, síntomas depresivos, bajo nivel de capital social del barrio, stress personal o financiero permanente, bajos niveles de apoyo social emocional y material, falta de apoyo de un único médico permanente de cabecera en la atención primaria, etc.)

8. Se observa baja prevalencia de infecciones crónicas virales como virus de hepatitis B, C, HTLV-1 y VIH, los cuales corresponden a “niveles no epidémicos”, según los patrones definidos por OMS.

9. En atención a los datos obtenidos es evidente que la morbilidad crónica no disminuye, sino que se mantiene o aumenta en este corto período de análisis.

3. SISTEMAS DE SALUD EN CHILE

La OMS define al Sistema de Salud como “Todas las acciones cuyo propósito primario, sea promover, restaurar o mantener la Salud”. Junto con esta definición, establece los siguientes tres objetivos para los sistemas de salud:

- Mejorar la Salud de la población.
- Responder a las expectativas de la gente.
- Proveer protección financiera para los costos de una salud deficiente.

En nuestro país el Sistema de Salud, no es un sistema mixto ni complementario, sino ‘dual’. Es decir, no existiría un sistema en que, a pesar de estar dividido horizontal o verticalmente, sus partes se coordinen estratégicamente para conseguir los objetivos sanitarios definidos por la sociedad. Este sistema, contempla la participación de entidades públicas y privadas, administrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) respectivamente. La prestación de servicios en el sistema privado es proporcionada por profesionales y centros asistenciales privados.

El sistema público esta representado principalmente; por FONASA en su aspecto financiero y por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (en adelante SNSS) en su componente de prestador de servicios. Esta integrado, además, por el MINSAL y sus organismos dependientes, el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central de Abastecimiento (CENABAST) y la Superintendencia de Salud.

Se rige por el Principio de la Solidaridad, accediendo todos sus afiliados a similares beneficios, a diferencia del sistema privado de ISAPRES, integrado por estas Instituciones y por una gran cantidad de prestadores individuales e institucionales, que es esencialmente individual, en vez del público. Es más, el sistema privado se encuentra basado en un sistema de seguro de salud, con cotización obligatoria, y por lo tanto, sus afiliados tienen diferentes beneficios en cuanto a salud, dependiendo del plan o contrato suscrito.

Cabe destacar que la cartera de afiliados a FONASA solidariza los riesgos, sin vincular cobertura o primas con el costo esperado del afiliado, sea por edad o sexo. La afiliación a FONASA es altísima, alcanzó en el año 2003 un 72,1% de la población, existiendo una clara concentración de la población de menores ingresos en el sistema público, y con el sistema ISAPRE concentrando la población de los dos mayores quintiles de ingresos. Asimismo, su cartera tiene una proporción mayor de mujeres y adultos mayores que los afiliados a las ISAPRE.

Respecto al sexo, destaca el porcentaje menor de mujeres beneficiarias de las ISAPRE en casi todos los tramos de edad, particularmente en el tramo de 20 a 39 años. A partir de los 55 años y especialmente desde los 70 años, comienza a aumentar sustantivamente la afiliación a FONASA en ambos sexos.³¹

3.1. Las Interacciones del Sistema Público y Privado

El nivel de interacción entre el sistema público y privado es muy limitado, este se produce solamente en tres ámbitos: Primero, mediante la venta por parte de los hospitales públicos de servicios a beneficiarios de las ISAPRES, a través de la modalidad pensionado. El segundo se produce a partir de la obligatoriedad de los hospitales públicos de atender urgencias y cuidados intensivos de los usuarios de las ISAPRES. Tercero, mediante la compra de servicios clínicos y de laboratorio de hospitales y consultorios públicos a entidades privadas.

3.2. Sistema Público: FONASA.

El Fondo Nacional de Salud es un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, creado en 1979. Es el ente financiero encargado de recaudar, administrar y distribuir los dineros estatales destinados a salud, en conformidad con las políticas, planes y normas que para esos efectos determina el Ministerio.

³¹ Óp. Cit. P.28

3.3. Sistema Previsional de Salud: Afiliación al Sistema Público

La afiliación es un acto jurídico por medio del cual una persona se integra al régimen de seguridad social pertinente, generando derechos y deberes tanto para el afiliado como para el órgano gestor del sistema.³²

a) Son afiliados:

Tendrán la calidad de afiliados al Régimen los trabajadores dependientes de los sectores público y privado; Los trabajadores independientes que coticen en cualquier régimen legal de previsión; Las personas que coticen en calidad de imponentes voluntarios en cualquier régimen legal de previsión; las personas que gocen de algún tipo de pensión previsional o de un subsidio por incapacidad laboral o cesantía (Art. 135 Libro II, D.F.L N°1 de 2006).

Su incorporación se produce automáticamente en el Sistema Público al adquirir cualquiera de dichas calidades y se mantendrá mientras ellas subsistan, los afiliados deben efectuar en el Fondo Nacional de Salud las cotizaciones que determine el nuevo régimen (7%) o el antiguo (variable según caja) destinadas a financiar las prestaciones de salud que se establecen en los Decretos Leyes N°3500 y 3501 (Art. 137).

b) Son Beneficiarios:

Los beneficiarios son los individuos cubiertos por un Plan de Salud y son beneficiarios del Régimen todos los afiliados al sistema; Los causantes por los cuales los trabajadores dependientes y los pensionados perciban asignación familiar; La mujer embarazada aún cuando no sea afiliada ni beneficiaria y el niño hasta los 6 años de edad, para los efectos del otorgamiento de las prestaciones a que alude el Art. 139 del mismo cuerpo legal; las personas carentes de recursos o indigentes y aquellas que gocen de pensiones asistenciales en conformidad al DL 859 de 1975; los causantes del subsidio familiar establecidos en la ley 18.020 y las personas que gocen de una

³² HUMERES NOGUER., Héctor. Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Editorial Jurídica, Decimo septima edición, Santiago, 2004. P. 447.

prestación de cesantía de acuerdo a la Ley 19.728 y sus causantes de asignación familiar (Art. 136).

Los beneficiarios de FONASA pueden optar, de acuerdo al Régimen de Salud, por atenderse a través de 2 modalidades de atención para acceder a las prestaciones de salud financiadas por el fondo: la Modalidad de Atención Institucional (MAI) y la Modalidad de Libre Elección (MLE).

Pueden acceder a la MLE todos los afiliados que aportan el 7% de su renta imponible para salud en FONASA y sus respectivas cargas legales, por lo tanto pueden acceder los beneficiarios de los grupos B, C y D. Las personas carentes de recursos que configuran el grupo A no pueden optar por atenderse por la MLE.

Esta modalidad implica que las personas puedan elegir libremente al profesional y/o institución que estimen conveniente para que este les brinde la prestación requerida. Además el beneficiario que opte por esta modalidad, debe por regla general cancelar un copago según el valor de la prestación fijado por un arancel de FONASA, y para otorgar prestaciones a través de la MLE, el profesional o entidad debe estar inscrito en el rol de FONASA.³³

c) Son Prestaciones médicas:

Los beneficiarios tendrán derecho a recibir del Régimen general de garantías en salud las siguientes prestaciones:

- i. El examen de medicina preventiva
- ii. La asistencia médica curativa que incluye consulta, exámenes y procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, hospitalización, atención obstétrica, etc.
- iii. Atención odontológica en la forma que determine el reglamento, y en la medida que exista disponibilidad presupuestaria. (art. 138)

d) Desafiliación:

³³ HERRERA, M. Soledad y Kornfeld, Rosita. Construyendo Políticas Públicas para una Sociedad que envejece. CIEDESS, Santiago de Chile, 2008. P. 42-43.

Los afiliados pueden optar en cualquier instante por ingresar a una ISAPRE, en la forma que establece la ley 18.933 y pasar a ser afiliados del sistema privado.

3.4. Grupos según su nivel de ingresos y cobertura

El Artículo 29 de la ley 18.469 y Art. 160 del DFL N°1, clasifica a los beneficiarios de FONASA según su nivel de ingresos y capacidad de copago en los siguientes grupos:

- Grupo A: Personas indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales (los que aún reciben estas pensiones y actualmente de pensiones básicas solidarias de la ley N°20.255 de 2008) a que se refiere el Decreto Ley N°869 de 1975, y causantes del subsidio familiar establecido en la Ley N°18.020, para personas carentes de recursos.
- Grupo B: Afiliados cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de 18 años de edad y menores de 65 años de edad. Las prestaciones de los grupos A y B, son gratuitas y están 100% cubiertas por el Estado, en las redes de atención pública.
- Grupo C: Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de 18 años de edad y no exceda 1,46 veces dicho monto, salvo que los beneficiarios que de ellos dependan sean tres o más, caso en el cual serán considerados en el Grupo B. El Estado cubre en un porcentaje no inferior al 75% las prestaciones médicas de este grupo.
- Grupo D: Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior en 1,46 veces al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de 18 años de edad y menores de 65 años de edad, siempre que los beneficiarios que de ellos dependan no sean más de dos. Si los beneficiarios que de ellos dependan son tres o más, serán considerados en el Grupo C. El Estado debe cubrir en al menos un 50% las prestaciones médicas solicitadas por este grupo de afiliados.

Las diferencias que resulten entre la cantidad en que concurre el fondo y el valor de la prestación, será cubierta por el propio afiliado mediante un copago.

4. LAS INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL, ISAPRES.

Las Instituciones de Salud Previsional son personas jurídicas, de derecho privado, con o sin fines de lucro, abiertas o cerradas, cuyo objeto exclusivo es el financiamiento de prestaciones y beneficios de salud, y actividades afines o complementarias a ese fin.

Genéricamente son conocidas como entidades de administración especializada, similares a las mutualidades (en el caso de ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales), pero su diferencia radica en que pueden tener fines de lucro. Representan una genuina expresión de la gestión privada en la administración de determinados beneficios sociales, en aplicación del principio de Subsidiariedad del Estado que recoge nuestra CPR.³⁴

Las ISAPRES se rigen por la ley N°18.933 de 1990 y sus modificaciones, ley actualmente recogida en el D.F. L. N°1 de 2006. La última modificación que sufrió la ley de ISAPRES ocurrió el 17 de mayo del 2005, Ley N°20.015, que tuvo por objeto:

- Limitar el alza de precio de los planes de salud entregados por las ISAPRES, en especial en los casos de cotizantes cautivos, por ejemplo los adultos mayores, quedan obligados a mantenerse en una misma institución, difícilmente serán aceptados por otra, o los costos por cambio son muy altos.
- Mantener el contrato de salud para las cargas o beneficiarios, una vez que fallezca el cotizante, Por ejemplo, favoreciendo a las mujeres que se dedicaron al cuidado del hogar y pasaron a ser cargas del marido, en el caso de que fallezca el cónyuge, su mujer, puede continuar con el plan de salud respectivo.

³⁴ HUMERES N., Héctor. Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. 17 Edición, Santiago, Editorial Jurídica de Chile, 2004. P. 93.

- Mantener sin restricciones la protección de salud, esto es en el contrato de salud para el beneficiario que pasa a ser cotizante.³⁵ Entre otras modificaciones.

4.1. Concepto

Son entidades que tienen por objeto exclusivo el financiamiento de prestaciones y beneficios de salud, y de las actividades que sean afines o complementarias a ese fin, con cargo al aporte de la cotización legal para salud, o a una superior convenida, a las personas indicadas en el artículo quinto de la ley 18.469. Son personas jurídicas, ya sea de derecho público como privado, con o sin fines de lucro, y se encuentran especialmente fiscalizadas por la Superintendencia de Salud, donde deben registrarse como tales. Se les denomina como abiertas o cerradas, en la medida que aceptan todo tipo de afiliados o bien solamente trabajadores de una empresa o un grupo de ella.³⁶

4.2. Afiliados y Beneficiarios

Los Afiliados, son los cotizantes de las ISAPRES, que pueden ser cualquier persona natural (trabajador dependiente, independiente, pensionado voluntario) que suscriba un contrato de salud, destinando su 7% o adicional a una institución que el elija. Son Beneficiarios los familiares de este afiliado, causantes de asignación familiar (cargas legales) y cualquier otra persona que el mismo cotizante determine libremente (cargas médicas). Para afiliarse a una ISAPRE es indispensable (requisito esencial) que la persona suscriba una contrato de salud de plazo indefinido, ya que esto no opera de forma automática.

³⁵ DIAZ Manriquez, Nadia Beatriz y Maturana Fernaández, Jaime Andres. El Precio en el Contrato de Salud. Memoria (Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales). Santiago, Chile. Universidad de Chile, Facultad de Derecho, 2008. P. 29

³⁶ Ibid.

4.3. Contrato de Salud

El Contrato de Salud no estaba definido en el derogado D.F.L. N°3 de 1981 que creó el sistema de ISAPRE ni en la ley N°18.933 que reemplazo a este Decreto con Fuerza de Ley. Una de las pocas definiciones legales es la que señaló la Circular N°9 de la ex Superintendencia de ISAPRES “como los instrumentos formales mediante los cuales las personas afiliadas al Régimen de Prestaciones de la Ley N°18.469, pueden ejercer su derecho de opción para incorporarse al sistema que operan estas instituciones privadas”.

En definitiva, es un contrato bilateral y dirigido en sus contenidos mínimos, entre una ISAPRE y una persona que desea optar por su derecho de libre elección, garantizado por la CPR, afiliándose al Sistema Privado de Salud, y obligándose ambas partes, recíprocamente. La ISAPRES deben financiar las prestaciones de salud contenidas en el plan ofrecido, y el sujeto debe aportar con la prima correspondiente pactada.

Los trabajadores que opten por una ISAPRE deben suscribir este “Contrato de Salud”, que produce la afiliación a ella, la ISAPRE pondrá en conocimiento de la Superintendencia, y del empleador, en caso de tratarse de un trabajador dependiente, o de la entidad encargada del pago de la pensión – si el cotizante fuere pensionado- antes del día 10 del mes siguiente al de la suscripción. El sistema de integro se encuentra regulado en la ley en forma muy similar a lo establecido en general para las cotizaciones de las AFP, por la Ley 18.933 y las modificaciones de la Ley 19.381.

Al término de este contrato, si la persona no opta por renovarlo o afiliarse con otra Institución de Salud Previsional, retornará automáticamente al régimen público con todos los derechos y obligaciones que establece la ley.

Sólo el 17% de la población chilena esta afiliada a una ISAPRE según los datos de cartera 2010-2011 obtenidos de la página web www.isapre.cl, equivalentes en números a 2.925.973 personas.

4.4. Fiscalización

La Superintendencia de Salud es la sucesora legal de la Superintendencia de ISAPRES e inició sus actividades el primero de enero del año 2005, le corresponde dentro de sus funciones, principalmente supervigilar y controlar a las ISAPRES y a FONASA, velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley y por la correcta defensa de los derechos consagrados a favor de los cotizantes y beneficiarios. El incumplimiento de estas funciones abraza la imposición de multas de hasta 500 UF.

5. PLAN DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS DE SALUD (PLAN GES) Ex PLAN AUGE.

El Régimen General de Garantías en Salud puede ser definido como un instrumento de regulación sanitaria, elaborado por el MINSAL, que establece las enfermedades o condiciones de salud y sus prestaciones asociadas de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación o paliativo que FONASA debe cubrir a sus beneficiarios. Siendo las Garantías Explícitas en Salud un subconjunto de este donde se aplica en lo esencial un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud respecto de las cuales se consagran estas garantías explícitas, en materia de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera.³⁷

El plan GES pone en marcha un cambio en el Sistema de Protección Social chileno basado en el reconocimiento de los derechos ciudadanos, y es la antesala a la Reforma previsional del año 2008. Su objetivo principal es conferir a sus beneficiarios cobertura y garantías explícitas frente a determinadas patologías, por lo tanto se busca establecer un Plan de Salud garantizado de manera universal, determinado en base a prioridades sanitarias. Las Garantías Explícitas son iguales y alcanzan a todos los

³⁷ PRADO S. Augusto y Salamero R., Antonio. ISAPRES y Contrato Previsional de Salud (Memoria para optar la grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales) Santiago, Chile, 2006. P.42.

cotizantes del Sistema Público y de las ISAPRES, trabajadores o indigentes, sin existir exclusiones de ninguna naturaleza.

5.1. Características

EL sistema de Garantías Explícitas para poder dar cumplimiento a sus objetivos (acceso, calidad, protección financiera y oportunidad), se basa en una serie de características, que desarrollaremos a continuación:

a) Universalidad

Las garantías establecidas en las GE alcanzan y son iguales para todos los cotizantes del sistema público o de las ISAPRE, trabajadores o indigentes, sin exclusiones de ninguna naturaleza. Los cotizantes de FONASA las incorporan a sus beneficios sin cotización adicional. Los miembros de las ISAPRE deben pagar una prima adicional pero única e igual para todos los cotizantes de una misma ISAPRE (Art. 42ª, Ley 19.966), no pudiendo discriminar por edad o sexo.

b) Certeza

Permite a las personas tener certeza de que las enfermedades o condiciones de salud incluidas como GE serán resueltas con bajos costos, de manera oportuna, y con adecuados estándares de calidad. Esta certeza se logra a través de la regulación mediante el decreto GE, que establece en forma pormenorizada los alcances de las garantías para cada patología y gracias a los protocolos de atención y guías clínicas, que detallan la atención que debe ejecutarse.

c) No discriminación

Para el Sistema ISAPRE, la prima que se debe pagar por las GE es única, sin poder diferenciar en razón de edad o sexo, siendo estos los principales motivos de discriminación por riesgo existentes en ese mercado.

d) Actualización e Incrementalidad

Se define las GE como dinámicas, se deben actualizar e incrementar a través del tiempo bajo los parámetros y metodología establecidos en la Ley.³⁸

5.2. Garantías Explícitas Como Derechos

La Ley del Régimen general de garantías en salud señala: “Las Garantías Explícitas en Salud serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan” (Inc. 2 Art. 2, Ley 19.966). Bajo esta norma, se incluye un mecanismo de exigibilidad a esta garantía social. El Derecho a la Salud, al menos en cuanto la atención de patologías determinadas como GE pasa a ser un derecho exigible y con un mecanismo de exigibilidad creado para el efecto.³⁹

Al establecer la ley derechos y garantías de las personas con énfasis en la equidad, se le entregó a la ciudadanía una importante herramienta de negociación con las autoridades administrativas respecto a cómo deben evolucionar y profundizarse dichas garantías. Con el conocimiento paulatino de esos derechos, que se logra a lo largo del

³⁸ DRAGO, Marcelo. La Reforma al Sistema de Salud Chileno desde la Perspectiva de los Derechos Humanos. Cepal. Santiago. 2006. P. 36.

³⁹ Op. Cit. P 38.

tiempo, profundizará este proceso y le otorgará a la ciudadanía un papel preponderante en la construcción del Sistema de Salud.⁴⁰

5.3. Resultado del Plan GES

Los resultados que ha demostrado el Plan GES, han sido positivos en cuanto a las patologías protegidas, el GES soluciona problemas históricos para sus beneficiarios, en cuanto a la tardía atención en el sistema público, promoviendo una oportunidad de atención más eficiente y clara; mejoras en el acceso a procedimientos diagnósticos y terapéuticos complejos, además de un diagnóstico precoz que pueden significar mejor pronóstico para algunos cánceres y enfermedades cardiovasculares. En términos de protección financiera se alcanzaron reducciones en copagos promedio y, aparentemente, una reducción moderada en los gastos en salud, eliminando así la incertidumbre de los costos que se producen al tratar estas enfermedades en el sistema privado.

Del mismo modo las GE pueden constituir un avance en disminuir la discriminación existente en la provisión de prestaciones de salud. Permiten establecer garantías mínimas igualitarias de acceso a la salud, bajo condiciones de calidad, oportunidad y protección financiera obligatoriamente igual para todos, que benefician no sólo a los más pobres, sino a todas las personas, independiente de su condición socioeconómica o su pertenencia a minorías étnicas, sexuales, religiosas, etc. Traduciéndose en una mayor protección para las personas afectadas por las patologías allí establecidas, tanto para los usuarios del subsistema público, que son la gran mayoría, como para los usuarios del subsistema privado, cobrando el Estado en esta tarea un rol fundamental, controlando y coordinando ambos sistemas.⁴¹

⁴⁰ CONTRERAS Dante, LARRAÑAGA Osvaldo (editores). Las Nuevas Políticas de Protección Social en Chile. Santiago, PNUD. 2009. P. 31.

⁴¹ BARRETTO, Ricardo y Gallegos, Jaime. El Derecho a la Salud en Chile: Hacia un Rol más activo y estructural del Estado en el aseguramiento de este derecho fundamental. Chile, Gaceta Jurídica N. 373 Páginas 48-70. 2011. P. 52.

Respecto de las enfermedades no comprendidas dentro del régimen de garantías, y sus prestaciones asociadas, deben ser otorgadas, al menos, en las condiciones generales de oportunidad en la atención y de protección financiera, por lo que las Garantías protegidas, no pueden ir en desmedro del resto de las prestaciones generales. Sin embargo un problema emergente, y que se había previsto en la discusión de la reforma, es el probable aumento en listas de espera en los problemas de salud no garantizados.

6. DISCRIMINACIÓN EN EL ACCESO A LA SALUD EN LA TERCERA EDAD Y DEFICIENCIAS DEL SISTEMA CHILENO

Es indiscutible que las personas mayores requieren de un mayor número de servicios de salud y que se encuentran en una etapa de sus vidas, en que necesitan de una mayor protección social por parte del Estado, para responder por las vulnerabilidades propias de su edad. El número de adultos mayores ha venido creciendo de manera sostenida en Chile y según todas las proyecciones seguirá aumentando. Se estima que para el año 2025, la población mayor de 60 años alcanzará los 3,5 millones. Este proceso demográfico, tal como es esperable, tiene un importante impacto en el gasto en salud, principalmente en el sistema público, donde se concentra el 86,3% de los adultos mayores⁴², porcentaje que va en alza, en vistas que desde 1990 la afiliación al sistema público de las personas mayores, se ha incrementado en más de 9 puntos y desde 1998 ha crecido sin interrupciones.

Existe la paradoja, de que en la medida que más se gasta e invierte para alargar la vida de las personas, más gastos serán necesarios para sostener este alargue, por lo tanto la demanda se incrementará cada vez más.

⁴² Datos obtenidos de la Encuesta CASEN 2006.

6.1. Afiliación de los Pensionados

El sistema de salud al cual se afilia la población de adultos mayores es fundamental en los planes de política pública, debido a la gran cantidad de dinero que debe dedicar el Fisco a este ítem. La afiliación de la población adulto mayor a ISAPRES es inferior al resto de la población nacional. El Sistema Público es predominante en el total nacional, pero la preferencia de la tercera edad (mayores de 60 años) es superior en 10 puntos porcentuales al tramo etario más joven, de personas entre 0 a 59 años de edad, alcanzando un 87,3% de afiliados al sistema público. Esto se puede explicar racionalmente, debido a las políticas discriminatorias que han utilizado las ISAPRES con las personas mayores, y especialmente con las mujeres. Ya que sus cotizantes, una vez que cumplen cierta edad pasan a ser cotizantes cautivos (concepto que explicaremos a continuación), sin posibilidad de ser aceptados por otra institución, o los elevados precios de los planes de salud, provocan su salida del Sistema Privado, pasando a formar parte del FONASA.

Estamos frente a dos subsistemas que operan con sistemas de precios distintos: uno fija la tarifa de la prima por riesgos y otro en función de los ingresos. La consecuencia de ello es que en el primero estarán los más ricos y menos siniestros (hombres jóvenes) y en el segundo se concentrarán los más pobres y los de mayores riesgos.⁴³No obstante la solución no pasa por que todas las personas se afilien a un sistema según sus ingresos, ya que en ese caso, los de mayor ingresos postergarían a los de menos ingresos. Esta opción no permitiría una redistribución eficiente de los recursos.

6.1.1. Discriminación en el Sector Privado

Uno de los problemas más comunes del Sistema de ISAPRES es la discriminación, de la que son objeto diversos grupos: Las mujeres en edad fértil, los enfermos crónicos y los adultos mayores, este último grupo, es el que nos interesa y es el objeto de

⁴³ VERGARA I., Marcos y Martínez G., María Soledad. Financiamiento del Sistema de Salud Chileno. Salud Pública Mex 2006. Mediagraphic Artemisa [en línea]. <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2006/sal066j.pdf>. [consulta mayo 2012]

estudio de nuestra memoria. Todas estas personas, deben pagar sumas superiores que el resto de los hombres adultos para poder pertenecer al sistema privado, y en el caso de los enfermos crónicos (dentro de los cuales pertenecen gran parte de los adultos mayores), sus primas se incrementan a niveles demasiado elevados, que los obligan a abandonar al sistema privado.

Existen diferentes factores que inciden en esta discriminación a los adultos mayores: el alto riesgo de enfermar, además, se transforman en cotizantes cautivos y sufren una disminución notoria de sus ingresos al momento de su jubilación.

Lamentablemente, mientras las utilidades de las ISAPRES estén estrechamente relacionadas con la discriminación entre afiliados, estas tienen pocos incentivos de terminar con estas prácticas y promover ganancias de eficiencia.

Los jubilados son catalogados por el Sistema Privado de Salud, como cotizantes cautivos, es decir, personas que por razones de edad o antecedentes de salud, se ven severamente restringidas o impedidas de negociar con las instituciones que prestan servicios de salud. Este verdadero “cautiverio” vulnera la pregonada libertad de elección que asegura la CPR, ya que según datos de la Superintendencia de Salud, más del 30% de los afiliados a una ISAPRE son cautivos de su aseguradora y no se pueden cambiar porque no serán aceptados en ninguna otra, por lo que, en definitiva, sumado al hecho de que las personas más pobres tampoco pueden optar por el Sistema Privado por falta de recursos, es que la famosa libertad que tanta protección constitucional posee, es una ilusión, creada por el sistema, que sólo es posible mantener, en la medida en que se posean recursos económicos suficientes. No obstante, estas personas pueden optar por volver al Sistema Público, de FONASA.

Dentro de los factores mencionados que menoscaban el acceso a la Salud de los jubilados, especialmente en el Sistema Privado, incide en primer lugar la disminución de su capacidad adquisitiva, sus ingresos se reducen a una pensión notoriamente inferior a las remuneraciones percibidas en su vida económicamente activa, y en segundo lugar, el aumento en el costo de sus planes. Por estas razones, un indicador comparativo entre afiliados a FONASA y a las ISAPRES del año 2004, estableció, que

dentro de las personas mayores de 65 años: 1.707.559 están afiliadas a FONASA, y solamente 113.618, son afiliados a una ISAPRE⁴⁴, cifra que en el 2011 no cambió sustancialmente alcanzando solo un 11,2% del total de los afiliados a ISAPRE (170.626 personas).⁴⁵

No existen estudios que den cuenta de un seguimiento sistemático del comportamiento del gasto en salud para este grupo de edad. Ni tampoco de estudios que den cuenta de la evolución del gasto y patrón de consumo según subsistema de salud, y dentro del subsistema público según modalidad de atención. Sólo existen los datos que nos proporciona las diferentes encuestas, en especial la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN 2006), que establece que sólo 2,6% de los adultos mayores pertenecientes al primer quintil de la población, están afiliados a una ISAPRE, porcentaje que va incrementándose, a medida que mejoren los ingresos socioeconómicos de la persona mayor, segundo quintil conforma un 3,5%, el tercero un 7,3%, el cuarto un 15,6%, para alcanzar un 71,1% en el quinto quintil. Lo que nos permite concluir que los afiliados a ISAPRE, independientemente de la edad, se concentran de manera mayoritaria en los hogares de quintiles más altos de ingreso.

6.2. Equidad y Protección Social: Una solución al problema de los Pensionados.

El concepto de Equidad, aplicado en el ámbito de la Salud, se refiere no sólo a las formas en que se resuelve un problema sanitario, sino en relación con la situación social y estados de salud de cada individuo que recibe tales prestaciones. La equidad se refiere tanto a las formas de financiamiento como a las formas en que se suministran los bienes y servicios de salud. Respecto a la forma de financiamiento, Adam Wagstaff y Van Doorslaer plantean que la equidad horizontal se expresa cuando

⁴⁴ PROTECCIÓN SOCIAL en salud en Chile, FONASA 2007 [en línea] <http://www.slideshare.net/eltrbxhiigh/libro-proteccion-social-en-salud-en-chile> [consulta mayo 2012]. P. 43.

⁴⁵ Datos de Cartera Sistema ISAPRE 2011. <http://www.isapre.cl/PDF/Cuadros_Isapres_para_Senado.pdf>. [consulta 31 mayo 2012]

todos los miembros de la sociedad con una misma capacidad de pago, contribuyen de forma idéntica al financiamiento, y habría equidad vertical si además, los pagos se organizaran de acuerdo con la capacidad de pagar de modo que los ricos paguen más que los pobres.⁴⁶

Las reformas realizadas al Sistema de Salud a partir del año 2004 (GES Y D.F.L 1), tienen como objetivo avanzar en el camino hacia la equidad en el acceso, en términos de oportunidad y calidad de la atención; junto con aportar una cierta solidaridad financiera al sistema, invirtiendo mayores recursos estatales en el Sistema de Salud público y privado.

Por lo tanto, planteamos un redistribución de los gastos en la salud pública y privada en toda la población, de acuerdo con su capacidad de pago, y con incentivos creados por el Estado, a través de pagos prorrateados a la seguridad social en la vejez según si se haya cotizado en la edad joven, para así detener las alzas arbitrarias de los planes de salud, por el solo hecho de ser mujer en edad fértil, o pertenecer a la tercera edad, redistribuyendo estos costos entre los hombres adultos, que suelen ser los que menos pagan en sus planes o los que menos interés tienen en cotizar. De esta forma las personas que una vez cumplida cierta edad, pueden y deseen mantenerse en el sistema privado, puedan hacerlo sin tener que asumir costos altísimos.

La Equidad, en relación al suministro de los servicios de salud, implica que no existan diferencias en las prestaciones, donde las necesidades son iguales (equidad horizontal); o que existan servicios de salud mejorados donde existan mayores necesidades (equidad vertical). Esto se refiere que si dos personas padecen de estados de salud similares, deben recibir el mismo tratamiento, pero si estas dos personas, difieren en diversas condiciones (etarias, educacionales y sociales), la que esté desventajada, debe recibir una atención especializada, por ejemplo: ser atendido por Medicina geriátrica.

⁴⁶ PROTECCIÓN SOCIAL en salud en Chile, FONASA 2007 [en línea] <http://www.slideshare.net/eltrbxhiigh/libro-proteccion-social-en-salud-en-chile> [consulta 15 de mayo 2012]. P. 28.

6.3. Accesibilidad

En reiteradas oportunidades, hemos mencionado el Principio de Universalidad debido a su importancia, ya que básicamente ninguna persona debe quedar involuntariamente desprovista de seguridad social. En cuanto salud, es el derecho a acceder a prestaciones y cuidados de salud que puedan aspirar las personas con un elevado nivel de certeza. En este sentido explicaremos los tipos o restricciones de accesibilidad:

- a. **Restricción de accesibilidad directa:** Personas sin adscripción a la seguridad social. Representan el 11.5% de la población chilena, es decir alrededor de un 1.900.000 personas.
- b. **Restricción de accesibilidad indirecta:** Son las trabas intermedias al uso efectivo del derecho a usar los servicios de salud que le ofrece su adscripción. Por ejemplo: La restricción económica, que representa la posibilidad de uso de un servicio, relacionado con la capacidad adquisitiva del individuo frente a tarifas y precios de los servicios, que no puede pagar.

Por lo tanto, las restricciones económicas, que son las que en su mayoría afectan a la población, están relacionadas con los copagos adicionales que deben efectuar las personas beneficiarias, lo que se convierte en una verdadera “puerta de entrada” a los servicios de salud⁴⁷.

⁴⁷ PROTECCIÓN SOCIAL en salud en Chile, FONASA 2007 [en línea] <http://www.slideshare.net/eltrbxhiigh/libro-proteccion-social-en-salud-en-chile> [consulta 15 de mayo 2012]. P. 33.

CAPITULO III: FINANCIAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN CHILE

1. FINANCIAMIENTO DEL RÉGIMEN PÚBLICO, COMPARACIONES CON EL SISTEMA PRIVADO:

1.1. Fuentes de Financiamiento

Las fuentes de financiamiento o recaudación preponderante del sistema son las siguientes:

- Los impuestos generales (materializados en aportes fiscales obtenidos del presupuesto público, que alcanzan un 25% de los gastos en salud);
- Las cotizaciones obligatorias de los trabajadores que, en total, son alrededor de un 35% del gasto (7% del salario, destinado tanto para ISAPRE como para FONASA) y finalmente;
- El gasto directo y privado privado, que incluye las cotizaciones voluntarias adicionales a las ISAPRES más el gasto de bolsillo, representado por los copagos y por los gastos en medicamentos, que son de alrededor del 40%, en ambos sistemas.

Chile gasta aproximadamente 7% de su PIB en salud, sólo en ISAPRES y FONASA, y la principal fuente de financiamiento de la salud es el gasto de las familias.

FONASA es la institución encargada de distribuir estos aportes entre los prestadores públicos, los 28 Servicios de Salud descentralizados y los Hospitales estatales, además de aportes a la atención primaria municipal. Según datos de FONASA, el gasto público en salud, aumentó proporcionalmente su participación en el Producto Interno Bruto (PIB) desde 2% en el año 1990 a casi un 3% en la actualidad (aproximadamente un 2,8%).

El Sistema de Salud se financia principalmente por medio del Gasto directo de Bolsillo de las familias, le siguen en importancia las cotizaciones de los afiliados, obligatoria del 7% de los ingresos mensuales, con un tope de 4,62 UF por trabajador y su familia. Por último, Los aportes fiscales provenientes de rentas generales (especialmente en el caso de quienes carecen de capacidad contributiva, como es el caso de los indigentes).

En FONASA el financiamiento está mancomunado y el acceso a los beneficios es independiente de los aportes. La solidaridad directa entre cotizantes y no cotizantes solo funciona en esta parte del sistema dual. De hecho se estima que un porcentaje importante de las cotizaciones de los miembros de mayor ingreso (Grupo D) del FONASA se destinan al financiamiento de los servicios que reciben los no cotizantes, por lo tanto, en este subsector se da efectivamente solidaridad de riesgo y de ingreso.

A pesar de la solidaridad de ingreso existente en FONASA, la dualidad del sistema y el carácter individual del seguro en las ISAPRES determinan obstáculos, tanto en lo que respecta la integración plena del financiamiento como en materia de equidad. Porque en efecto, las personas de mayor ingreso tienden a estar afiliadas a una ISAPRE, especialmente cuando son jóvenes y tienen un riesgo de salud relativamente bajo, y cuando pasan a la tercera edad, se integran prácticamente de forma obligada al sistema público, por lo tanto no participan de mecanismos de solidaridad contributiva en ninguna parte de sus vidas.

1.2. Distribución de los Recursos Públicos

El Artículo 29 del DFL 1, del 2006, establece que los Servicios de Salud se financiarán con los siguientes recursos:

- a) Con los aportes y pagos que efectuó el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorguen a los beneficiarios a que se refiere el Libro II de la ley, a valores que representen los niveles de costo esperados de las prestaciones, de acuerdo a los presupuestos aprobados.

- b) Con los fondos que ponga a su disposición la Subsecretaría de Salud Pública o la Secretaría Regional Ministerial para la ejecución de acciones de salud pública.
- c) Con las tarifas que cobren cuando corresponda, por los servicios y atenciones que presten, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes.
- d) Con los frutos que produzcan sus bienes propios y con el producto de la enajenación de los mismos bienes.
- e) Con las donaciones que se le hagan, y las herencias y legados que acepte.
- f) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones, aportes, transferencias, rentas, utilidades, multas y otros recursos que reciban, y
- g) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios.

El Art. 55 del mismo Decreto señala que serán recursos del Fondo Nacional de Salud:

- a) Los aportes que se consulten en la Ley anual de presupuestos;
- b) Los ingresos por concepto de cotizaciones de salud que corresponda efectuar a los afiliados del Régimen del libro II de esta ley;
- c) Las contribuciones que los afiliados deben hacer para financiar el valor de las prestaciones y atenciones que ellos y los respectivos beneficiarios soliciten y reciban del Régimen del libro II de esta Ley;
- d) Los recursos destinados al financiamiento del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados, de acuerdo con el artículo 65 de la ley No 10.383, y el artículo 13 del decreto con fuerza de ley No 286, de 1960, y con las demás normas legales y reglamentarias, sin sujeción a las limitaciones de afectación o destinación que esas disposiciones establecen; pero sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 51 de la presente Ley;
- e) Los frutos de sus bienes propios y el producto de la enajenación de estos bienes;
- f) Los bienes muebles e inmuebles que adquiera por donaciones, herencias o legados o a cualquier otro título, respecto de los cuales no tendrán aplicación las disposiciones especiales, testamentarias o contenidas en el acto de donación, que establezcan un destino o finalidad determinados;

- g) Las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones u otros recursos o ingresos que le corresponda percibir;
- h) Los empréstitos y crédito internos y externos que contrate el Fondo de acuerdo con la ley, y
- i) Los demás recursos que establezcan las leyes.

1.2.1. Redistribución de los Ingresos

El Sistema de Salud Pública redistribuye los ingresos hacia los grupos más pobres, los que acceden a las prestaciones de salud en forma gratuita o fuertemente subsidiada. La condición híbrida de nuestro sistema también se ve reflejada en la redistribución de los recursos. En efecto, una parte se financia con impuestos generales mediante el aporte fiscal al sistema público de salud, y la otra parte, es financiada con las cotizaciones que proveen las personas adscritas a FONASA.

El problema es que esta redistribución no funciona si existe la alternativa del seguro privado, puesto que las personas de ingresos más altos emigran al sector de las ISAPRES y la redistribución termina siendo financiada por los cotizantes de ingresos medios que permanecen en el sector público.⁴⁸ Esta ayuda tiene la característica de ser Implícita al sistema más que explícita, en el sentido que aquellos que financian de manera cruzada la atención de salud de otros no perciben esta situación, lo cual introduce un serio cuestionamiento sobre la justicia del esquema.

No obstante, el Estado ahorra recursos dado que no requiere financiar la atención en ISAPRES, los que puede distribuir en la atención pública de salud, a favor de los más necesitados.

⁴⁸ TITELMAN Daniel, UTHOFF Andras (Compiladores). Ensayos Sobre el Financiamiento de la Seguridad Social en Salud. Volumen II. Santiago. Fondo de Cultura Económica y CEPAL. 2000. P. 447.

1.3. **El Gasto de Bolsillo**

La ineficiencia del sistema dual para cubrir todos los riesgos y el siempre insuficiente gasto del Estado en salud, es financiado en gran medida por las propias familias, a través del gasto directo de bolsillo, considerado un gasto poco eficiente e inequitativo, que hace cuestionar la universalidad del Sistema Chileno de Salud. Sin perjuicio de los recursos que establezcan las leyes, el financiamiento de la salud se construye también a base de los gastos que efectúan las propias familias, independiente de las cotizaciones obligatorias que se descuentan de sus ingresos mensualmente.

El gasto de bolsillo está constituido en primer lugar, por los copagos o tarifas que realizan los beneficiarios y los no beneficiarios por los servicios y atenciones que solicitan. Los afiliados (con las excepciones que establece la Ley 18.469) contribuyen con el pago directo que hagan de las prestaciones en salud, de conformidad a un arancel fijado por los Ministerios de Salud y de Hacienda a proposición del Fondo Nacional de Salud,⁴⁹ por ejemplo; consultas médicas, pago de exámenes no cubiertos por los seguros de salud y hospitalizaciones.

En segundo lugar, este gasto incluye la compra de medicamentos, que en el caso de nuestro país, constituye un alto gasto mensual, debido a factores de automedicación excesiva de la población, evidente oligopolio de las principales tres cadenas de farmacias, y pago excesivo por marcas, en desmedro de la utilización de medicamentos genéricos.

El gasto de bolsillo, representó un 40% de los recursos utilizados en salud en Chile en el año 2008, mientras que las cotizaciones representaron un 35% y el aporte fiscal sólo un 25%.⁵⁰ Aunque en el año 2009 este gasto disminuyó a un 34%, sigue siendo una cifra alta, que demuestra que nuestro país esta sumamente privatizado en salud y

⁴⁹ HUMERES N., Héctor. Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. 17 Edición, Santiago, Editorial Jurídica de Chile, 2004. P. 87-90.

⁵⁰ SALUD UN DERECHO. Las Cifras de la Desigualdad en Salud en Chile. www.saludunderecho.cl/archivos/2011 [consulta mayo 2012].

que la principal fuente de financiamiento de la salud viene directamente del presupuesto familiar. Tomando en consideración las recomendaciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), estos porcentajes ponen a Chile fuera de los parámetros de los países de esta organización, en que este tipo de gasto es menor al 10% (OCDE 2011b. OMS 2010 sugiere tope de 15-20% al respecto).⁵¹

El gasto de bolsillo provoca un fuerte impacto en las familias de bajos recursos, ya que estas, son las que gastan una mayor parte de su presupuesto familiar en salud. Aunque las personas ricas son las que más gastan en salud, no alcanza a mermar el presupuesto familiar, a diferencia de lo más pobres. Además, estos gastos son invertidos en el sistema privado (a través de la Modalidad de Libre Elección y de la compra de Medicamentos principalmente). Estos altos recursos no son enviados a un fondo solidario que equilibre esta desigualdad, condicionando el derecho a salud según la capacidad de pago de la persona.

1.4. Financiamiento del GES

Como ya hemos señalado en el Segundo Capítulo de esta memoria, El plan de cobertura GES asegura la garantía de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de 69 tipos de enfermedades, definidos en la Ley N°19.966, y el Decreto N°44, tanto por FONASA, como por las ISAPRES. La Garantía explícita de protección financiera es la contribución, pago o copago máximo que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, considerando el monto de sus ingresos.

Los cotizantes de FONASA las incorporan a sus beneficios sin cotización adicional. Los miembros de las ISAPRE deben pagar una prima adicional pero única e igual para todos los cotizantes de una misma ISAPRE (Art. 42, Ley 19.933), no pudiendo discriminar por edad o sexo.

⁵¹ CID PEDRAZA, Camilo. Problemas y Desafíos del Seguro de Salud y su Financiamiento en Chile: El cuestionamiento a las ISAPRES y la solución funcional, PDF. Centro de Políticas públicas UC [en línea]. Diciembre 2011, <<http://politicaspUBLICAS.uc.cl/media/publicaciones/pdf/20120123093752.pdf>>, [consulta 30 mayo 2012]. Pág. 1.

La cobertura no es 100% gratuita, ya que parte de los costos que resulten del tratamiento de la enfermedad, deberán ser asumidos por los beneficiarios, proporcionales a sus cotizaciones mensuales. En el caso de FONASA, para el grupo A y B, para los mayores de 60 años de edad y para quienes reciben Pensiones Asistenciales el costo es cero; el grupo C paga el 10% de las prestaciones con un tope de 21 cotizaciones mensuales por una enfermedad, y 31 cotizaciones por dos o más enfermedades. Los trabajadores independientes pertenecientes a este grupo tienen un tope de 1,47 veces el promedio de sus ingresos recibidos en los últimos 12 meses. El grupo D paga el 20% de las prestaciones con un tope máximo de 29 cotizaciones mensuales por una enfermedad y 43 cotizaciones mensuales por dos o más enfermedades. Los trabajadores independientes pertenecientes a este grupo tienen un tope de dos veces el promedio de sus ingresos recibidos en los últimos 12 meses.

Los afiliados a una ISAPRE pagan el 20% de la prestación -según el arancel de referencia disponible en cada Institución- con un tope máximo de 29 cotizaciones, en caso de una enfermedad, o de 41 cotizaciones mensuales en el caso de dos o más enfermedades. La suma de los copagos durante un año no podrá exceder las 122 Unidades de Fomento (UF) en el caso de una enfermedad, o de 181 UF en el caso de dos o más enfermedades. Además, acceder al GES implica un cobro adicional al plan de salud. El precio varía en cada ISAPRE, pero tiene un promedio de \$5.500 por cotizante⁵².

La forma de financiamiento de la implementación de esta reforma, fue a través de la ley N°19.888, que incrementó el Impuesto al Valor Agregado (IVA) en un 1%, durante el año 2003 al 2007, alza que la Presidenta Bachelet decidió mantener de forma indefinida. Por lo tanto, su financiamiento recae en todos los chilenos (consumidores), incluyendo a los pensionados, que deben costear el alza de productos de todo tipo, sin olvidar los de primera necesidad. En nuestra opinión este beneficio debiese haberse

⁵² BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL DE CHILE, Ley Fácil: Guía Legal sobre el Plan GES [en línea]. <<http://www.bcn.cl/guias/plan-ges-ex-aug>>. [consulta 28 mayo, 2012]

financiado de otra forma, a través de la recaudación de impuestos especiales al sector empresarial, especialmente del sector minero.

1.5. Cobertura de Salud

En términos generales se considera como Cobertura, el número de habitantes que tienen acceso a un cierto servicio de salud. En el marco de esta definición el riesgo que se corre, es el de solamente mencionar estadísticamente el número de habitantes que están en contacto potencial con el servicio de salud, pero queda el interrogante si realmente se está dando solución a los problemas de salud de la población toda.

Por esta razón, el concepto de cobertura en salud posee dos distinciones, la cobertura legal y la cobertura efectiva. La cobertura legal refleja las disposiciones legales y describe los derechos de los ciudadanos en cuanto a atención de la salud, La cobertura efectiva se refiere al grado de disponibilidad, acceso en tiempo y forma y utilización de servicios de salud adecuados. En Chile y en la Región en general, la cobertura legal esta garantizada en las Cartas Fundamentales, la legislación de salud y Seguridad Social. Virtualmente, se asegura en todos los países universalmente el derecho a la cobertura en salud, a través del sector público, pero en muchos casos esta cobertura legal, carece de los mecanismos para hacerla efectiva, y se ve mermada por ejemplo, por las listas de espera.

La cobertura en nuestro país, en comparación con el resto de la Región, es alta. Al año 2007 cubría el 88% de la población, estimándose que 1.900.000 personas estaban desprotegidas. Hoy, en el 2012, dicho porcentaje de cobertura es mayor. Pero no debemos conformarnos con estos índices, y debemos aspirar a una cobertura del 100%, similar a los países europeos más desarrollados.

2. FINANCIAMIENTO DEL SECTOR PRIVADO

En el sistema de ISAPRES la principal fuente de financiamiento proviene de las cotizaciones previsionales o primas de seguridad social obligatoria equivalente a un 7% de los ingresos imponibles del trabajador, el resto proviene de la venta de planes voluntarios y complementarios a los que se adquieren con la cotización previsual, mediante el pago de un valor adicional. El precio del Plan de Salud Voluntario y Complementario debe expresarse en Unidades de Fomento o moneda de curso legal del país. La prima esta asociada a riesgos y a la cantidad de beneficiarios del plan contratado, de esta manera es que el 7% señalado, opera como un piso para el precio de la prima, ya que se complementa con una prima voluntaria (para cubrir estos planes complementarios o voluntarios) que permite ajustarla al costo esperado. De hecho, la prima total en ISAPRE alcanza en promedio del 10% de los ingresos de los cotizantes según datos de la Superintendencia de Salud del año 2009.

2.1. Precio del Contrato de Salud y Cotizaciones en el Sistema Privado

- a) Cotización legal más valor de Plan de Salud Complementario: La persona que opte por suscribir un contrato de salud con cualquier ISAPRE, deberá financiarlo a través de la cotización legal o una superior imponible de sus ingresos. La cotización corresponde al aporte obligatorio establecido en la ley, del 7% de la remuneración mensual imponible del trabajador o de la pensión en su caso, con el objetivo de financiar el Plan de Salud determinado, este representa en gran medida, el financiamiento del plan al que se encuentra suscrito el afiliado, pudiendo solo opcionalmente pagar un porcentaje mayor al legal para integrar el valor total del precio del plan complementario o voluntario con el objetivo de obtener una mayor cobertura.

Las cotizaciones para salud deberán ser pagadas y declaradas a través de su empleador, la entidad encargada de la pensión o el mismo trabajador independiente, en dicha institución correspondiente, dentro de los 10

primeros días del mes siguiente a aquel en que se devengaron las remuneraciones, pensiones y rentas afectas a aquellas.

- b) Capitalización individual en salud: Considera que las cotizaciones de cada asegurado quedan afectadas para el pago de las prestaciones que estos soliciten en el futuro. Se caracteriza por su gran coincidencia con los seguros privados mercantiles, por hacerlo depender en gran medida de la capacidad de ahorro y de ingresos del propio imponente y por atribuirle un carácter netamente subsidiario al Estado.

El problema de aplicar la capitalización individual en los Planes de Salud privados, se da cuando cumplida cierta edad, los precios bases de los planes suben por los riesgos de salud de una persona mayor. Existen diferentes propuestas, no muy populares, que plantean que los afiliados jóvenes costeen de sus cotizaciones actuales, un porcentaje que los ayude en el futuro y solidarice con los grupos considerados riesgosos, a través de un sistema con cotizaciones individuales pero colectivo, para así evitar el excesivo aumento de los planes.

El sistema privado, no debiese restringirse sólo a las personas jóvenes y con buena situación económica, perjudicando en definitiva, a la clase media que tendrá que volver al sistema público en la etapa más vulnerable en cuanto a salud se refiere.

2.1. Selección de Riesgos

Al observar la distribución de la población en el sector público y privado, del sistema dual, se aprecia que de los cuatro primeros quintiles de la distribución de ingresos, la mayoría de las personas están afiliadas al Sistema Público. Sólo en el quinto quintil, que representa al 20% más rico de la población, existe una mayor integración al sistema ISAPRE, excepto en el caso de un gran porcentaje de adultos mayores de 50 años, que por esta misma selección de riesgos son prácticamente obligados a pertenecer al Sistema Público, sin importar si sus ingresos son equivalentes al quinto quintil.

La selección de riesgos implica, que en la medida que las personas presenten mayor probabilidad de enfermarse y a utilizar las prestaciones de salud, reflejan mayores riesgos médicos, por lo que son discriminados por estas instituciones, que funcionan como verdaderas compañías de seguros, mediante el incremento de los precios de sus planes, la reducción de los niveles de cobertura, o incluso la negación a afiliarse. Esto se aplica especialmente a adultos mayores, enfermos crónicos, personas de menores ingresos y mujeres en edad fértil.

Los enfermos crónicos son perjudicados enormemente con esta selección, porque en estos casos, el seguro de salud puede anticipar con exactitud el gasto sanitario asociado a sus cuidados, y la fijación de la prima va a corresponder al riesgo individual del enfermo, con lo que es significativamente más grande que si el riesgo absorbido fuera el poblacional.⁵³

La ISAPRE al actuar como aseguradoras privadas en un mercado altamente desregulado, tienden a mostrar un comportamiento que favorece la discriminación del riesgo. Lo que provoca que FONASA concentre a las personas de menores ingresos y mayores riesgos médicos, mientras que las ISAPRES atraen a las personas de altos ingresos y bajos riesgos médicos. FONASA debe recibir y hacerse cargo financieramente y de forma permanente de los no seleccionados o eliminados del sistema ISAPRE, que son los que se enfermaron o se van a enfermar, los adultos mayores, las mujeres, todos grupos que se espera gasten relativamente más recursos en salud, es así como FONASA aparece como un asegurador implícito de riesgos catastróficos y crónicos. Estimamos que esta función social de FONASA debiera ser explícitamente reconocida y, consecuentemente, debidamente compensada.

⁵³ CID PEDRAZA, Camilo. Problemas y Desafíos del Seguro de Salud y su Financiamiento en Chile: El cuestionamiento a las ISAPRES y la solución funcional, PDF. Centro de Políticas públicas UC [en línea]. Diciembre 2011, <<http://politicaspUBLICAS.uc.cl/media/publicaciones/pdf/20120123093752.pdf>>, [consulta 30 mayo 2012]. Pág. 3.

Cuando estos grupos llegan a FONASA, se produce además un problema de equidad, ya que las ISAPRE nunca aportaron por ellos al sistema público, y en el fondo público disminuirán los recursos disponibles para el conjunto, si es que los nuevos beneficiarios, por edad avanzada, enfermedades y baja de ingresos, gastan más de lo que aporten.

Esta segmentación de la población es resultado de la combinación del sistema público y privado vigente en nuestro país y trae consecuencias negativas en la equidad del sistema.⁵⁴ Las instituciones privadas solo se enfrentan a riesgos poblacionales, obligando a ciertos grupos de individuos a solventar su propios riesgos individuales, lo que se traduce en que la ISAPRE solo responde por un riesgo aleatorio de enfermar que posea un hombre joven y sano, mientras tanto, una mujer en edad fértil, un enfermo crónico o una persona mayor de 50 años, debe individualmente costear a través del pago mensual de su prima, todos los riesgos asociados a su género, enfermedad o edad, de forma muy amplia.

Para disminuir este problema se propuso la creación de un fondo de ajustes de riesgos universales entre ambos sistemas, que distribuyeran recursos entre ISAPRES y FONASA de acuerdo con la cartera de riesgos de estas aseguradoras. Sin embargo, las trabas políticas impidieron la aprobación de esta medida, por lo que la solidaridad en el sistema privado aún es un tema pendiente.

2.2. Afiliados Cautivos

Los afiliados cautivos son personas que por razones de edad o antecedentes de salud, se ven severamente restringidas o impedidas de negociar con las instituciones que prestan servicios de salud. Del total de 972.800 cautivos estimados en el sistema, 327.792 son por motivos de vejez (33,7% del total), 42.257 son por motivos de

⁵⁴ CEPAL, Naciones Unidas. La Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, Financiamiento y Solidaridad, Trigésimo primer período de sesiones. Montevideo, Uruguay, 2006. P. 97.

enfermedades crónicas (43,5%) y 221.751 están cauticos por la presencia conjunta de vejez y enfermedad (22,8%).⁵⁵

Según estudios de la Superintendencia de Salud, el gasto estimado en salud para los Adultos Mayores el año 2002 fue de 497 mil millones de pesos. Equivalente a un 17,3% del gasto total en salud de ese mismo año y 1,1% del PIB. De acuerdo a estos datos, se estimaron las siguientes proyecciones: el gasto total para responder en el año 2010 a la salud de los adultos mayores sería de 901 mil millones, y para el 2015 sería de 1.329 mil millones. Cifras enormes que responden al cambio en el perfil epidemiológico de la población y el inherente aumento en los costos de las atenciones de salud. Por lo que debe existir un cambio en las políticas sanitarias, enfocadas en la prevención, que permitan disminuir estos costos colosales.

3. MECANISMOS DE PAGO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

En el campo de los mecanismos de pago de prestaciones de salud, desde 1994 se ha tratado de implantar pagos asociados a resultados, los que se han concretado a través de los Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD) y Pagos Prospectivos por Prestaciones (PPP). En estos, FONASA retribuye los bienes y servicios de consumo utilizado por los hospitales de los Servicios de Salud de acuerdo a diagnósticos resueltos. Mientras que, en el ámbito presupuestario, en el 2002 se introdujo el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) como una importante partida del presupuesto del sector. Sin embargo, gran parte de los presupuestos siguen siendo asignados históricamente, representados en términos presupuestarios a través del Programa de Prestaciones Institucionales (PPI).

⁵⁵ CID PEDRAZA, Camilo. Problemas y Desafíos del Seguro de Salud y su Financiamiento en Chile: El cuestionamiento a las ISAPRES y la solución funcional, PDF. Centro de Políticas públicas UC [en línea]. Diciembre 2011, <<http://politicaspUBLICAS.uc.cl/media/publicaciones/pdf/20120123093752.pdf>>, [consulta 30 mayo 2012].

El PPV (Prestaciones Valoradas) consiste en Prestaciones realizadas por el Hospital que fueron costeadas por FONASA y que deben ser programadas y monitoreadas en su cumplimiento mensualmente para que sean pagadas como producción del Hospital. En cambio el PPI (Prestaciones Institucionales): se refiere al Pago de Programa presupuestario, denominado Pago Histórico.

El sistema basado en el PPI da lugar a defectos tales como: desvinculación con objetivos e impactos sanitarios esperados, incoherencia entre transferencia de recursos y desempeño de los Servicios de Salud, desvinculación con resultados en calidad, eficiencia, inconsistencia entre oferta y demanda que generan listas de espera, que derivan finalmente en inequidad, falta de acceso a la salud y por ende insatisfacción usuaria.

Respecto de la distribución de recursos en atención secundaria y terciaria se privilegia un pago asociado a producción, que se ha realizado para parte del presupuesto institucional y para los recursos adicionales que se han ido inyectando en el gasto del FONASA. Este volumen de recursos se ha hecho a través de los programas especiales, como el Programa del Adulto Mayor y el Programa Oportunidad en la Atención. Como consecuencia de ello, una proporción cercana al 50% del gasto hospitalario del FONASA corresponde a PPV. Pareciera que la tendencia es a lograr que una proporción cada vez mayor del gasto hospitalario corresponda a PPV, de modo de hacer más transparente y eficiente este gasto.

3.1. Descripción de los Mecanismos de Pago Actuales

Se pueden distinguir dos períodos en las reformas financieras emprendidas por el FONASA desde la mitad de los años noventa: En la primera etapa se diseñaron los mecanismos de pago PAD y PPP (pago por prestación), ambos para la atención hospitalaria, el Per-cápita para la atención primaria y los llamados Programas Especiales para la atención primaria y de los niveles superiores.

En la segunda etapa, se empezó a retribuir a los hospitales en forma creciente con estos métodos de pago, con lo que el vínculo entre resultado y asignación de recursos creció en forma importante. Tanto a nivel hospitalario como a nivel de la atención ambulatoria secundaria existe una mezcla de mecanismos de pago, donde predominan el PPP y el PAD. La selección de diagnósticos que incorpora al mecanismo de pago PAD, se efectuó considerando aspectos tales como la importancia de ellos en el total del gasto, su frecuencia y las patologías factibles de ser estandarizadas. En la atención primaria se aplica una combinación del Per-Cápita y de asignaciones presupuestarias específicas (por ejemplo, para resolver listas de espera en especialidades).

En el sistema ISAPRES la forma de pago de las prestaciones médicas consiste casi en su totalidad en pago por servicios, en el cual se remunera la totalidad de las prestaciones médicas entregadas a un valor convenido entre el prestador y la ISAPRE. Este hecho, unido a que los pacientes sólo cancelan el copago por las prestaciones, hace que los prestadores de servicios de salud encuentren pocos incentivos para reducir tanto el número de las prestaciones otorgadas como el costo de las mismas.⁵⁶

3.2. Clasificación de los Métodos de Pago de las Prestaciones en Salud

Conceptualmente los mecanismos de pago de las prestaciones se clasifican en Prospectivo, Retrospectivo y Mixtos:

- a) Mecanismos de pago prospectivo: Los sistemas de pago que usan información pasada para pagar actividades corrientes son llamados sistemas prospectivos. Este tipo de pagos se caracterizan por compartir el riesgo con el proveedor y su comportamiento individual, en general, no afecta el pago de la aseguradora correspondiente. La principal ventaja de este sistema es la contención de costos que tiene a causa de compartir los riesgos con el prestador.

⁵⁶ TITELMAN Daniel, UTHOFF Andras (Compiladores). Ensayos Sobre el Financiamiento de la Seguridad Social en Salud. Volumen II. Santiago. Fondo de Cultura Económica y CEPAL. 2000. P. 572.

Por otra parte, la desventaja de este mecanismo de pago, si no se ajustan los riesgos sanitarios, es de entregar una baja intensidad y oferta de prestaciones sanitarias a causa de una baja motivación y esfuerzo por parte del prestador por tener un reembolso limitado. Sus efectos pueden ir más lejos seleccionando los pacientes de bajo riesgo y deshaciéndose de los pacientes de alto riesgo, derivando estos a otros establecimientos. En definitiva, se caracterizan estos mecanismos de pago por la tendencia a la micro-ineficiencia y macro-eficiencia.

- b) Mecanismo de pago retrospectivo: Los mecanismos de pago retrospectivos se caracterizan por utilizar información del período corriente para pagar la actividad del mismo período. Estos se caracterizan porque pueden producir una espiral y explosión de costos y porque el proveedor puede afectar el pago correspondiente (dado el período de información que se usa para los cálculos). En teoría dan mayor estímulo al proveedor para entregar prestaciones sanitarias de alta calidad, siempre y cuando no sea ajustado por los riesgos sanitarios correspondientes de la población asignada. La mayor desventaja de este tipo de mecanismo es el riesgo moral por parte de la oferta y demanda, que nos lleva a la macro-ineficiencia con una implícita explosión de costos y a su vez a la micro-eficiencia.
- c) Mecanismos de pago mixto: El mecanismo de pago mixto se caracteriza por tener una componente de pago prospectivo y otro retrospectivo, con el fin de equilibrar los costos, la eficiencia en el suministro de prestaciones y la calidad de la prestación sanitaria entre el prestador, el beneficiario y las entidades aseguradoras y además incentiva la integración sanitaria y la prevención. Los mecanismos de pago mixtos han incursionado y han ganado terreno en diferentes sistemas de salud en el mundo (Inglaterra, Dinamarca, Australia, EEUU) en comparación con los mecanismos de pagos puramente prospectivos o retrospectivos.

Tomando en cuenta lo anterior, los mejores métodos de pago son los sistemas mixtos, donde existe una parte prospectiva y otra retrospectiva para lograr equilibrar los costos sustentables y manejables, el riesgo moral de la oferta y demanda y la calidad de la prestación, que en definitiva repercutirá positivamente en la calidad de vida de todos los ciudadanos. El compartir los riesgos con los prestadores (oferta sanitaria), no es el único método para contener costos, sino también se contienen compartiéndolo con el paciente (copagos). Riesgo Moral (RM): Se entiende por RM por parte de la oferta cuando existe una inducción a la demanda a causa del mecanismo de pago 100% retrospectivo y se entiende por RM por parte de la demanda cuando existe sobre-utilización por parte del paciente que está 100% asegurado⁸. En ambos casos la distribución del riesgo recae sobre el seguro.

En Chile tenemos un creciente pago por actividad (PAD, PPV y GES) sustituyendo parte de la transferencia histórica de los presupuestos y un pago per-cápita en la atención primaria. Chile ha adoptado una estrategia de pagar a los proveedores fundamentalmente en base a acto médico. Si bien en el ámbito público se trata de un sistema de pago “sombra” sin efectos reales sobre el financiamiento real, este sistema de pago que pretende emular precios mediante el establecimiento de tarifas o aranceles por servicio, se muestra incapaz de acotar precisamente las tasas de crecimiento en costos de los prestadores de servicios. Los problemas de los sistemas de pago por acto médico suponen un incentivo al volumen y, la sobre utilización, lleva a la tendencia de obtener una macro ineficiencia con una implícita explosión de costos y la inviabilidad financiera a largo plazo para el sistema de salud.

4. LA COTIZACIÓN

Además de constituir parte del financiamiento del Sistema de Salud Público y Privado, se ha definido como una forma de descuento coactivo, ordenada por la ley con respecto a determinados grupos, destinada a garantizar prestaciones de Seguridad Social.

La obligación de cotizar es exigida por la sociedad, representada para este efecto por el órgano gestor: es una obligación de derecho público, subjetivo, que faculta al titular para exigir la obligación, por lo cual la jurisprudencia ha considerado que la obligación de cotizar no tiene carácter contractual ni ha nacido de la voluntad de las partes. Respecto a la naturaleza jurídica de la cotización; La mayoría de la doctrina esta acorde en que es un tributo de derecho público autónomo y afectado.⁵⁷

4.1. Cotizaciones a cargo del trabajador

Se clasifican en:

- Cotizaciones Obligatorias
- Cotizaciones Voluntarias y depósitos de ahorro provisional
- Depósitos convenidos

Las cotizaciones obligatorias son las que nos interesan en este trabajo, y existen las que se imponen a la AFP para pensiones, equivalentes al 10% de las remuneraciones y rentas imponible del afiliado, de acuerdo a lo señalado en el artículo 17 del DL 3.500 de trabajadores afiliados al sistema, menores de 65 años de edad si son hombres, y menores de 60 años si son mujeres, esta cotización es obligatoria y se cotiza en su cuenta de capitalización individual destinada a cubrir la pensión de vejez, invalidez y muerte.

⁵⁷ HUMERES N., Héctor. Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. 17 Edición, Santiago, Editorial Jurídica de Chile, 2004. P. 56.

La cotización obligatoria para financiar las prestaciones de salud del afiliado y su familia, equivale a un 7% sobre la remuneración o renta imponible, este porcentaje le corresponde pagar a los trabajadores que tienen una relación de dependencia, incluidos los contratados por turnos o jornadas, obra o faena. Los trabajadores independientes no deben cotizar en forma obligatoria, aunque la Reforma Previsional del año 2008 gradualmente ha comenzado un proceso de imposición de las cotizaciones para salud, y a partir del 2018 se hará obligatorio la cotización del 7% en salud, y así se terminará finalmente con esta situación de desprotección.

Este porcentaje se aporta al Sistema de Salud Público, salvo que el afiliado haya optado por suscribir un contrato de salud con el sistema privado de salud o ISAPRE⁵⁸, donde además de pagar este 7% mencionado, se acuerda un monto extra de dinero (denominado precio del contrato) expresado en moneda de curso legal o en Unidades de Fomento que dependerá del contrato que el trabajador haya suscrito.

4.2. Cotizaciones obligatorias para pensionados:

- a) De acuerdo con los art. 17 y 69⁵⁹ del D.L. 3500, el pensionado por vejez o invalidez del nuevo sistema o mayor de 65 años los varones y 60 años las mujeres, que continúe trabajando, debía efectuar únicamente la imposición para salud a que se refiere el art. 84 y es voluntario hacerlo para pensiones. Para salud, en cambio, deben hacerlo en todo caso, según el artículo 85 del DL 3.500, por lo que los pensionados que trabajan y que no están exentos de cotizar por salud de acuerdo a los requisitos de la ley 20.531, efectúan el pago de prestaciones de salud, en dos oportunidades, con sus remuneraciones y con sus pensiones, ya que de acuerdo al art. 85, estas, también están afectas a un descuento del 7%. Dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social Nro. 3116, de 17 de abril de 1989.

⁵⁸ ROJAS ESPINA, Alejandro. "Reforma Al Sistema Previsional", Universidad de Chile, Profesor guía: Ricardo Juri, Santiago de Chile, 2009. P. 45-46

⁵⁹ Art. 69: El afiliado mayor de 65 años de edad, si es hombre, o de 60, si es mujer, o aquél que estuviere acogido a este sistema de pensión de vejez o invalidez total, y continuare trabajando como trabajador dependiente, deberá efectuar la cotización de salud que establece el art. 84 y estará exento de la obligación de cotizar, establecida en el art. 17.

- b) De acuerdo al art. 69 del DL 3500 de 1980 el afiliado al nuevo sistema de pensiones, que continúe trabajando en forma dependiente deberá efectuar la cotización para salud y estará exento de cotización para el fondo de jubilación, a menos que opte por continuar cotizando. En cambio si no esta afiliado a una AFP debe cotizar en forma integra en el Instituto Nacional Previsional (INP, actual IPS) no obstante su condición de jubilado. Dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social N. 8.563, de 25 de octubre de 1990. Por lo que en el caso de los afiliados al IPS; el gravamen es aún mas costoso, si deciden continuar con sus labores remuneradas, aún después de jubilados, ya que no sólo cotizarán para salud en forma doble, si no que deberán continuar con las imposiciones del 10%, después de pensionarse.

Ambas normas, nos parecen sumamente discriminatorias, y a diferencia de lo que ocurre en países desarrollados en al ámbito social, desincentivan que los adultos mayores continúen contribuyendo económicamente con sus familias formalmente. Cuando están en condiciones físicas para hacerlo, ya que se les castiga con una gran carga de cotizaciones obligatorias.

5.- DISCRIMINACIÓN EN EL ACCESO A LA SALUD EN LA TERCERA EDAD Y DEFICIENCIAS DEL SISTEMA CHILENO

Es indiscutible que las personas mayores requieren de un mayor número de atenciones de salud y que se encuentran en una etapa de sus vidas, en que necesitan de una mayor protección social por parte del Estado, para responder por las vulnerabilidades propias de su edad. El número de AM ha venido creciendo de manera sostenida en Chile y según todas las proyecciones seguirá aumentando. Se estima que para el año 2025, la población mayor de 60 años alcanzará los 3,5 millones. Este proceso demográfico, tal como es esperable, tiene un importante impacto en el gasto en salud, principalmente en el sistema público, donde se concentra el 86,3% de los

Adultos Mayores⁶⁰, porcentaje que va en alza, en vistas que desde 1990 la afiliación al sistema público de las personas mayores, se ha incrementado en mas de 9 puntos y desde 1998 ha crecido sin interrupciones.

Existe la paradoja, de que en la medida que más se gasta e invierte para alargar la vida de las personas, más gastos serán necesarios para sostener este alargue, por lo tanto la demanda se incrementará cada vez mas.

5.1. Afiliación de los Pensionados

El Sistema de Salud al cual se afilia la población de adultos mayores es fundamental en los planes de política pública, debido a la gran cantidad de dinero que debe dedicar el fisco a este ítem. La afiliación de la población adulto mayor a ISAPRES es inferior al resto de la población nacional.

El sistema público es predominante en el total nacional, pero la preferencia de la tercera edad (mayores de 60 años) es superior en 10 puntos porcentuales al tramo etario más joven, de personas entre 0 a 59 años de edad, alcanzando un 87,3% de afiliados al sistema público. Esto se puede explicar racionalmente, debido a las políticas de selección de riesgos que han utilizado las ISAPRES con las personas, especialmente con los adultos mayores y mujeres. Ya que sus cotizantes, una vez que cumplen cierta edad pasan a ser cotizantes cautivos (concepto que ahondaremos a continuación), sin posibilidad de ser aceptados por otra institución, o los elevados precios de los planes de salud, provocan su salida del Sistema Privado, pasando a formar parte del FONASA.

Estamos frente a dos subsistemas que operan con sistemas de precios distintos: uno fija la tarifa de la prima por riesgos y otro en función de los ingresos. La consecuencia de ello es que en el primero estarán los más ricos y menos siniestrosos (hombres jóvenes) y en el segundo se concentrarán los más pobres y los de mayores

⁶⁰ Datos obtenidos de la Encuesta CASEN 2006.

riesgos.⁶¹

5.2. Discriminación en el Sistema Privado, Especialmente de la Tercera Edad

Uno de los problemas más comunes y anteriormente mencionados del Sistema de ISAPRES es la discriminación, de la que son objeto diversos grupos: Las mujeres en edad fértil, los enfermos crónicos y especialmente los Adultos Mayores. Todas estas personas, deben pagar sumas superiores que el resto de los hombres adultos para poder pertenecer al sistema privado o tener igual cobertura, y en el caso de los enfermos crónicos (dentro de los cuales pertenecen gran parte de los adultos mayores), son rechazadas sus solicitudes de afiliación o se encarece su afiliación.

Lamentablemente, mientras las utilidades de las ISAPRES estén estrechamente relacionadas con la discriminación entre afiliados, estas tienen pocos incentivos de terminar con estas prácticas y promover ganancias de eficiencia, ya que prefieren evitar la afiliación de personas riesgosas que mejorar la distribución de los recursos.

Los jubilados son catalogados por el sistema privado de salud, como cotizantes cautivos, es decir, personas que por razones de edad o antecedentes de salud, se ven severamente restringidas o impedidas de negociar con las instituciones que prestan servicios de salud. Este verdadero “cautiverio” vulnera la pregonada libertad de elección que asegura la Constitución Política de la República.

Con todo, cabe hacer presente que el sistema ISAPRE es optativo y voluntario para las personas.

Según datos de la Superintendencia de Salud, más del 30% de los afiliados a una ISAPRE son cautivos de su aseguradora y no se pueden cambiar porque no serán aceptados en ninguna otra, por lo que, en definitiva, sumado al hecho de que las

⁶¹ VERGARA I., Marcos y Martínez G., María Soledad. Financiamiento del Sistema de Salud Chileno. Salud Pública Mex 2006. Mediagraphic Artemisa [en línea]. <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2006/sal066j.pdf>. [consulta mayo 2012]

personas más pobres tampoco pueden optar por el sistema privado por falta de recursos, es que la famosa libertad que tantas protecciones constitucionales posee, termina convirtiéndose en una ilusión, creada por el sistema, que sólo es posible mantener en la medida en que se posean recursos económicos de sobra, que fue la idea originaria del sistema para descongestionar el Sector Público de Salud.

Dentro de los factores que menoscaban el acceso a la salud de los jubilados, especialmente en el sistema privado, incide en primer lugar la disminución de su capacidad adquisitiva, sus ingresos se reducen a una pensión notoriamente inferior a las remuneraciones percibidas en su vida económicamente activa, y en segundo lugar, el aumento en el costo de sus planes. Por estas razones, un indicador comparativo entre afiliados a FONASA y a las ISAPRES del año 2004, estableció, que dentro de las personas mayores de 65 años: 1.707.559 están afiliadas a FONASA, y solamente 113.618, son afiliados a una ISAPRE ⁶², cifra que en el 2011 no cambió sustancialmente alcanzando solo un 11,2% del total de los afiliados a ISAPRE (170.626 personas).⁶³

No existen estudios que den cuenta de un seguimiento sistemático del comportamiento del gasto en salud para este grupo de edad. Ni tampoco de estudios que den cuenta de la evolución del gasto y patrón de consumo según subsistema de salud, y dentro del subsistema público según modalidad de atención. Sólo existen los datos que nos proporciona las diferentes encuestas, en especial la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN 2006), que establece que sólo 2,6% de los adultos mayores pertenecientes al primer quintil de la población, están afiliados a una ISAPRE, porcentaje que va incrementándose, a medida que mejoren los ingresos socioeconómicos de la persona mayor, segundo quintil conforma un 3,5%, el tercero un 7,3%, el cuarto un 15,6%, para alcanzar un 71,1% en el quinto quintil. Lo que nos permite concluir que los afiliados a ISAPRE, independientemente de la edad, se concentran de manera mayoritaria en los hogares de quintiles más altos del ingreso.

⁶² PROTECCIÓN SOCIAL en salud en Chile, FONASA 2007 [en línea] <http://www.slideshare.net/eltrbxhiigh/libro-proteccion-social-en-salud-en-chile> [consulta mayo 2012]. P. 43.

⁶³ Datos de Cartera Sistema ISAPRE 2011. <http://www.isapre.cl/PDF/Cuadros_Isapres_para_Senado.pdf>. [consulta 31 mayo 2012]

5.3. Equidad y Protección Social: Una Solución al Problema de los Pensionados.

Alcanzar la equidad en salud significa que las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales. En cambio la inequidad existe cuando un grupo de la población no puede acceder a un nivel mínimo socialmente aceptable de servicios.

Equidad, aplicado en el ámbito de la salud, se refiere no sólo a las formas en que se resuelve un problema sanitario, sino a éstas en relación con la situación social y estados de salud de cada individuo que recibe tales prestaciones. La equidad se refiere tanto a las formas de financiamiento como a las formas en que se suministran los bienes y servicios de salud. Respecto a la forma de financiamiento, Adam Wagstaff y Van Doorslaer plantean que la equidad horizontal se expresa cuando todos los miembros de la sociedad con una misma capacidad de pago, contribuyen de forma idéntica al financiamiento, y habría equidad vertical si además, los pagos se organizaran de acuerdo con la capacidad de pagar de modo que los ricos paguen mas que los pobres.⁶⁴

Desde el punto de vista de la equidad entre grupos etarios la equidad horizontal se produce dentro de un mismo rango de edad de la población. Los cotizantes sanos o que demandan menos salud ayudan o subvencionan a aquellos que demandan más servicios de salud, por ejemplo, a lo que sufren enfermedades catastróficas o prestaciones de mayor salud. La equidad vertical, se produce al comparar la población por grupos de edad. Al constituir el grupo de la tercera edad un segmento de la población sujeto a mayores demandas por servicios de salud que grupos de menos

⁶⁴ PROTECCIÓN SOCIAL en salud en Chile, FONASA 2007 [en línea] <http://www.slideshare.net/eltrbxhiigh/libro-proteccion-social-en-salud-en-chile> [consulta 15 de mayo 2012]. P. 28.

edad, los segmentos de la población más joven pueden subsidiar a los de mayor edad.⁶⁵

Las reformas realizadas al Sistema de Salud a partir del año 2004 (GES Y D.F.L 1), tienen como objetivo avanzar en el camino hacia la equidad en el acceso, en términos de oportunidad y calidad de la atención; junto con aportar una cierta solidaridad financiera al sistema, invirtiendo mayores recursos estatales en el Sistema de Salud público y privado.

Por lo tanto, planteamos una redistribución de los gastos en la salud pública y privada en toda la población, de acuerdo con su capacidad de pago, y con incentivos creados por el Estado, a través de pagos prorrateados a la Seguridad Social en la vejez según si se haya cotizado en la edad joven, para así detener las alzas arbitrarias de los planes de salud, por el solo hecho de ser mujer en edad fértil, ser enfermo crónico o pertenecer a la tercera edad, redistribuyendo estos costos entre los hombres adultos, que suelen ser los que menos pagan en sus planes o los que menos interés tienen en cotizar. De esta forma las personas que una vez cumplida cierta edad, que deseen mantenerse en el sistema privado, puedan hacerlo sin tener que asumir costos altísimos.

La Equidad, en relación al suministro de atenciones de salud, implica que no existan diferencias en las prestaciones, donde las necesidades son iguales (equidad horizontal); o que existan servicios de salud mejorados donde existan mayores necesidades (equidad vertical). Esto se refiere que si dos personas padecen de estados de salud similares, deben recibir el mismo tratamiento, pero si estas dos personas, difieren en diversas condiciones (etarias, educacionales y sociales), la que está en desventajada, debe recibir una atención especializada, por ejemplo: ser atendido por medicina geriátrica.

⁶⁵ TITELMAN Daniel, UTHOFF Andras (Compiladores). Ensayos Sobre el Financiamiento de la Seguridad Social en Salud. Volumen II. Santiago. Fondo de Cultura Económica y CEPAL. 2000. P 617.

5.4. Accesibilidad

En reiteradas oportunidades, hemos mencionado el Principio de Universalidad debido a su importancia, ya que básicamente ninguna persona debe quedar involuntariamente desprovista de Seguridad Social. En cuanto salud, es el derecho a acceder a prestaciones y cuidados de salud que puedan aspirar las personas con un elevado nivel de certeza. En este sentido explicaremos los tipos o restricciones de accesibilidad:

- a. Restricción de accesibilidad directa: Personas sin adscripción a la Seguridad Social. Representan el 11.5% de la población chilena, es decir alrededor de un 1.900.000 personas.
- b. Restricción de accesibilidad indirecta: Son las trabas intermedias al uso efectivo del derecho a usar las atenciones de salud que le ofrece su adscripción. Por ejemplo: La Restricción económica, que representa la posibilidad de uso de un servicio, relacionado con la capacidad adquisitiva del individuo frente a tarifas y precios de los servicios, que no puede pagar.

Por lo tanto, las restricciones económicas, que son las que en su mayoría afectan a la población, están relacionadas con los copagos adicionales que deben efectuar las personas beneficiarias, lo que se convierte en una verdadera “puerta de entrada” a los servicios de salud.⁶⁶

5.5. Programa Especial de FONASA Para el Adulto Mayor

Este Programa esta orientado a mejorar las funcionalidad de los AM, aumentando la cobertura en aquellas patologías que los afectan con mayor frecuencia, en comparación con el resto de la población, mejorando así su calidad de vida. El programa esta orientado en la Modalidad de Atención Institucional para los mayores de

⁶⁶ PROTECCIÓN SOCIAL en salud en Chile, FONASA 2007 [en línea] <http://www.slideshare.net/eltrbxhiigh/libro-proteccion-social-en-salud-en-chile> [consulta 15 de mayo 2012]. P. 33.

65 años, y en la Modalidad de Libre Elección, para los mayores de 55. En la MAI, los beneficiarios deben dirigirse a los establecimientos públicos de salud para obtener los servicios de forma gratuita.

Entre los beneficios que se otorgan destacan:

- Entrega de Órtesis y Prótesis.
- Bonificación del 100% para atenciones de salud de alto costo.
- Atención oportuna para cirugías programadas con anticipación.

En la MLE, las personas mayores de 55 años pertenecientes a los niveles B, C o D, deberán atenderse a través de los profesionales o establecimientos de salud en convenio con FONASA, dentro de los beneficios especiales destacan:

- Un 100% de Bonificación en lentes ópticos y audífonos recetados por un especialista.
- Un 50% de cobertura en atención integral de enfermería a domicilio para pacientes que no puedan salir de su domicilio.
- Un 50% de cobertura, en atención integral de enfermería en centros del adulto mayor para personas que padecen las enfermedades crónicas enumeradas por la Institución.

6.- COMPARACIONES Y CONCLUSIONES

◆ El sector privado de las ISAPRES recauda 65% de las cotizaciones en salud para atender al 23% de la población. El sector público de FONASA en cambio, con el 35% de las cotizaciones, atiende las demandas del 62% de las personas en Chile.

◆ El sector público cautela solidaridad entre los cotizantes de mayores ingresos hacia los pobres e indigentes. El sistema privado es de aporte o pago de prima individual.⁶⁷

◆ Las ISAPRES alcanzan un 17% de la población, y un 78% de nuestra población adscribe al sistema público, en razón de la mayor seguridad y garantía que proporciona.

◆ Si se estima que el sistema ISAPRE forma parte del conjunto de la Seguridad Social de salud que administra una buena parte de la cotización legal obligatoria de Seguridad Social disponible (cerca del 40% dado que la cotización per cápita es más de 5 veces la de FONASA) entonces no son concebibles estas desigualdades, ya que resulta ser la Seguridad Social de salud la que genera una distribución financiera per cápita de casi tres veces más para un tipo de población respecto de otra, y lo que lo hace más grave, para una población que necesita relativamente menos recursos que la otra.⁶⁸

◆ La movilidad de los usuarios entre las distintas ISAPRES ha sido menor a lo esperado, menos del 4%, para ser claros, lo que indica una baja competencia del mercado, debido a la discriminación y principalmente al fenómeno de la cautividad. Según datos proporcionados por la Superintendencia de Salud del año 2009, un 35% de los beneficiarios no podrían cambiarse de ISAPRE, aunque lo quisieran, porque ninguna otra institución estaría disponible para recibirlas, entonces están obligados a aceptar las adecuaciones de precios o beneficios que puede hacer unilateralmente la

⁶⁷ LIBROS DE TRABAJO FONASA, Ministerio de Salud [en línea]. Financiamiento del Sistema de Salud Público en Chile, Un país dos sistemas. Chile, Santiago. <<http://www.slideshare.net/SSMN/sistema-de-financiamiento-de-la-salud-publica-en-chile>>, [consulta mayo 2012]

⁶⁸ CID PEDRAZA, Camilo. Problemas y Desafíos del Seguro de Salud y su Financiamiento en Chile: El cuestionamiento a las ISAPRES y la solución funcional, PDF. Centro de Políticas públicas UC [en línea]. Diciembre 2011, <<http://politicaspUBLICAS.uc.cl/media/publicaciones/pdf/20120123093752.pdf>>, [consulta 30 mayo 2012]. P.2.

ISAPRE, o simplemente recurrir a cambiarse a FONASA. Muchos de estos cautivos lo son por edad (33,7%), visto que las ISAPRE suelen evitar afiliaciones de personas mayores de 65 años, pero son más los que son cautivos porque presentan una enfermedad (43,5%) que las ISAPRE consideran preexistentes y no aceptables. Por último, hay un porcentaje menor que tiene ambas características, es decir, son Adultos Mayores enfermos (22,8%).⁶⁹

6.1. Proyecto de Ley que crea el Plan Garantizado de Salud (PGS)

Con el objetivo de finalmente hacer del sistema privado un sistema más solidario, es que desde fines del año 2011, se discute en el Congreso un proyecto de ley que introduce un Plan Obligatorio Garantizado para los beneficiarios del Sistema Privado de Salud, entre otros aspectos. El Gobierno en respuesta al Tribunal Constitucional, que eliminó cuatro numerales que regulaban la tabla de factores por riesgo, gatilló un proyecto de ley que contiene las siguientes propuestas:

- El PGS será único para todos los beneficiarios del sistema ISAPRE
- El PGS tendrá un precio único por ISAPRE
- Es PGS se podrá otorgar en una red de prestadores en convenio.⁷⁰

6.2. Conclusiones

Existe una clara necesidad, por una parte, de crear mecanismos de solidaridad en materia de financiamiento en el contexto de los seguros privados que proporcionan las ISAPRES, y por otra, la de evitar la discriminación de riesgos que se da en este mismo subsistema. Los dos sistemas, público y privado, no son colaborativos entre sí, es decir, no son solidarios, situación que en nuestro parecer, debiese cambiar, y por lo cual se propone:

⁶⁹ *ibid.*

⁷⁰ ROMERO STROOY, Luis (Superintendente de Salud). Proyecto de Ley que crea el Plan Garantizado de Salud en ISAPRE [en línea]. http://www.supersalud.gob.cl/568/articulos-7410_ppt_1.pdf. [consulta mayo 2012]

- Respecto a las cotizaciones del 7%, asignarlas a un Fondo Solidario Universal administrado por una entidad estatal, lo que permitiría una mejor redistribución de los recursos en salud, para todas las personas por igual, cubriendo gran parte de las prestaciones de FONASA e ISAPRES.
- La segunda propuesta responde a la necesidad de crear un Fondo de Riesgos Único y Nacional, que ponga fin a las prácticas discriminatorias, al permitir la compensación de riesgos al conjunto de la aseguradora pública (FONASA) y las privadas (ISAPRE). Sin eliminar el derecho de libre elección entre las aseguradoras pero basada en el principio de accesibilidad total para todos los interesados en ingresar a alguna institución privada.

En el contexto de la creación de las Garantías Explícitas en Salud, se buscó crear este fondo solidario universal con el fin de realizar transferencias unilaterales desde las Isapres a FONASA, para compensar los riesgos entre los afiliados de FONASA y las Isapres. Fondo que no logró prosperar en la discusión parlamentaria, siendo creado en su reemplazo un Fondo de Compensación Solidario o Interisapres.

Este fondo busca compensar los riesgos entre las distintas ISAPRE, para no aumentar los incentivos a la Selección de riesgos indiscriminada y disociar lo que pagan las personas de lo que reciben los seguros, y así hacer más solidarios los riesgos en salud por sexo y edad asociados a las Garantías Explícitas. El FCS sólo opera entre las ISAPRE abiertas. La compensación se realiza por la diferencia entre una prima comunitaria que representa el riesgo promedio de todos los afiliados en relación a la cobertura GE y una prima ajustada por riesgos que sólo considera sexo y edad en su ajuste. De este modo, las ISAPRE con carteras más riesgosas reciben más de lo que aportaron y viceversa. La Superintendencia define las primas, administra el FCS y señala las compensaciones efectivas, en base a lo que señale un reglamento.

La consecuencia de todas las ineficiencias del sistema que hemos planteado en este trabajo, es la generación de una salud para ricos y otra para pobres. No existe solidaridad entre ricos y pobres, entre jóvenes y viejos, entre mujeres/madres y varones/padres, entre sanos y enfermos, entre urbano y chilenos que viven alejado en

zonas remotas.

Reiteramos, que es necesario inyectarle un poco de solidaridad al Sistema de Salud chileno, tal como se hizo en el sistema previsional al crear el pilar solidario, con innumerables resultados positivos para la población. La solidaridad debe manifestarse en un acceso a atenciones de salud independiente de los aportes al sistema y de la capacidad de pago de bolsillo de las personas. Para que ello ocurra, una parte de la población debe financiar una proporción de los costos de los servicios de salud que consume otro grupo.⁷¹

No planteamos la eliminación del financiamiento contributivo, ni desincentivar el mismo a través de la eliminación de esta traba al acceso, pero si permitir a las personas a un acceso equitativo a los Sistemas de Salud con financiamiento solidario, mediante una adecuada redistribución de la cotización legal del 7% no sólo de las personas de bajos recursos, si no que también de los que aportan mayores cantidades, al percibir mejores ingresos.

⁷¹ CEPAL, Naciones Unidas. La Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, Financiamiento y Solidaridad, Trigésimo primer período de sesiones. Montevideo, Uruguay, 2006. Pág. 87-89.

CAPITULO IV. REFORMA AL SISTEMA PREVISIONAL CHILENO; LEY 20.255 DEL AÑO 2008

1. INTRODUCCIÓN

En el desarrollo de este capítulo, realizaremos un breve resumen de las Pensiones Asistenciales (PASIS) no contributivas y de las Pensiones Mínimas Garantizadas por el Estado (PMGE) que constituían estas últimas el pilar solidario en el DFL N°3500, y de la reforma introducida por el gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet el año 2008, encargada de reemplazar ambos tipos de pensiones con la incorporación de un pilar solidario capaz de asegurar jubilaciones dignas a la población más pobre de Chile. Debido a la importante conexión con la ley N°20.531 que analizaremos más adelante en el quinto capítulo de nuestro trabajo, y es la orientadora de nuestro objetivo de evaluar el estado previsional (salud y pensión) de los Adultos Mayores de Chile.

1.1. Definiciones del Sistema Previsional

A continuación algunos conceptos fundamentales para entender mejor el Sistema Previsional chileno:

- Afiliado Activo: Afiliado no fallecido y no pensionado, generalmente desempeñando una actividad productiva que obliga a cotizar. Se incluyen también en esta categoría los afiliados que reciben pensión por otro régimen previsional como las antiguas Cajas de Previsión y los pensionados por la Ley N°16.774 (accidentes del trabajo y enfermedades profesionales).

- Cotizantes: Es el trabajador dependiente o independiente que en un determinado mes registra pago o declaración de cotizaciones previsionales.
- Cuenta de Capitalización individual: Es el depósito de las cotizaciones previsionales individuales, que se acumula por las sucesivas contribuciones y por la rentabilidad que generan en una cuenta personal las inversiones de estos fondos, efectuadas por las administradoras.⁷²
- Pensiones: En el Sistema de Capitalización Individual, el principal beneficio generado es el otorgamiento de pensiones, distinguiéndose tres tipos: Vejez, Vejez Anticipada, Invalidez y Sobrevivencia. Las pensiones se financian con los recursos acumulados en las cuentas de capitalización individual de cada uno de los afiliados, sin perjuicio de la cobertura del seguro de invalidez y sobrevivencia.
- Jubilación: Con origen en el término latino *jubilatio*, de júbilo, la palabra jubilación hace referencia al resultado de jubilarse (dejar de trabajar por razones de edad, accediendo a una pensión). El concepto también permite designar al pago que percibe una persona cuando está jubilada. La jubilación presume que una persona ya no se encuentra física o mentalmente capacitada para continuar realizando el trabajo que hasta entonces hacía. La jubilación puede ser de tipo ordinaria, cuando la persona cesa sus labores por alcanzar la edad estipulada por la ley para dicho efecto; o extraordinaria, cuando bruscamente debe prescindir del trabajo por cuestiones de causa mayor, accidentes, discapacidad, etc. En ambos casos, se necesita realizar un trámite administrativo para pactar las condiciones del cese laboral y calcular el valor del monto que esa persona pasará a cobrar como pensión jubilatoria.⁷³

⁷² CHILE MARKET. http://www.chilemarket.net/html/terminos_sistema_afp.htm. [consulta 27 de junio 2012].

⁷³ DEFINICION.DE. <http://definicion.de/jubilacion/>. Consulta 29 de Junio, 2012.

1.2. El Sistema de Capitalización Individual desde 1980

En 1980 se dicta el DFL N°3500, que instauró en el país un sistema administrado por entidades privadas denominadas Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Con la implementación de este sistema se incorpora la lógica de capitalización individual en el sistema de pensiones, rigiendo desde la fecha de entrada en vigencia en adelante, el primero de mayo de 1981, y coexistiendo con el anterior sistema de reparto para aquellos que se encontraban cotizando y optaron por mantenerse en él, sistema que en la actualidad se encuentra en un proceso de extinción gradual.

Su financiamiento es por medio de los saldos de una cuenta individual donde cada afiliado debe aportar mensualmente el 10% de sus ingresos brutos con un tope actualmente de 67.4 UF. Monto retenido directamente por el empleador, para así financiar en el futuro, la pensión por vejez, invalidez y sobrevivencia, más una comisión adicional variable, fluctuando entre un 1,18% y 3% aproximado, destinada a los gastos de administración de la AFP (los expertos estiman que estos costos son muy elevados) y al financiamiento del seguro de invalidez y sobrevivencia.

La cuantía de la pensión tiene una relación directa con el ahorro realizado por el cotizante y la rentabilidad del mercado de capitales obtenida, dependiendo del tipo de fondo elegido.

La CEPAL en un informe elaborado en el año 2001, señalaba 4 problemas básicos del sistema de capitalización individual que eran: a) Una cobertura muy por debajo de lo que se esperaba, b) La operatividad del sistema descansa en un importante aporte fiscal, c) La competencia de la industria era reducida y los costos elevados sobre todo para trabajadores de bajos ingresos y d) su impacto en la inversión productiva es

limitado.⁷⁴

Esta apreciación demuestra que el sistema de capitalización individual funcionó sin contratiempos hasta mediados de los años 2000, cuando nueva evidencia empírica demostró que la frecuencia o densidad de las cotizaciones resultaba ser mucho más baja que la esperada. El modelo había sido diseñado asumiendo una tasa de densidad de las cotizaciones cercana al 90%, pero las tasas efectivas fluctuaban en torno al 50%, siendo especialmente baja en el caso de mujeres y de los trabajadores de baja escolaridad.⁷⁵ Las bajas densidades reflejan “lagunas” en las contribuciones, producto de una inserción laboral mucho más fragmentada y accidentada supuesta en el modelo. Los ocupados tienen eventos frecuentes de desempleo y de ocupación que interrumpen las cotizaciones, así como empleos informales sin cotizaciones. En el caso de mujeres hay mayor número de entrada y salida de la fuerza laboral, puesto que la ocupación remunerada se combina con períodos de trabajos no remunerados en el hogar. Las pensiones resultantes de esta realidad fueron menores a las esperadas. La proyección para 2020 es que alrededor del 60% de los pensionados de las AFP no alcanzaría a obtener una pensión autofinanciada de monto igual o superior a la pensión mínima; y que dos terceras partes de éstos no calificarían para la garantía estatal debido a la insuficiencia en el número de cotizaciones realizadas.⁷⁶

En resumen, es evidente que la capitalización individual no logró los objetivos de ahorro necesarios para obtener pensiones acorde con las remuneraciones de la vida activa, ya que una cosa es la exigibilidad de que el afiliado haga sacrificios en el presente, mediante aportes y ahorro, pero otra cosa muy diferente, es que si el afiliado no logra reunir lo esperado, sea desprovisto de una pensión en su vejez o en caso de invalidez. Luego de 25 años, a partir del 2006, se hizo necesario mejorar el sistema, e inyectarle solidaridad, que permita que todas las personas tengan una pensión digna.

⁷⁴ UTHOFF, Andras y BRAVO, Jorge. Deuda previsional y privatización de los sistemas de pensiones. En 10 Seminario Regional de Política fiscal: Compilación de documentos de la CEPAL. 1998, p. 27-50.

⁷⁵ CONTRERAS Dante, LARRAÑAGA Osvaldo (editores), Las Nuevas Políticas de Protección Social en Chile. Santiago, PNUD, Uqbar editores p.34

⁷⁶ Op. Cit. p. 34.

1.3. La Reforma Previsional del año 2008

El 17 de marzo del año 2006 se constituyó el Consejo Asesor Presidencial para la Reforma Previsional con la misión de elaborar propuestas de ajustes al sistema de pensiones regido por el DFL N°3500 para prevenir las carencias que afectarían a la actual y futura generación de trabajadores al momento de su retiro. Así comenzó el proceso de reforma que culminaría con la promulgación de la Ley N°20.255, el 11 de marzo del 2008, que se publicó en el Diario Oficial el 17 de marzo de 2008.

Su Primera modificación fue realizada por la Ley N°20.366, publicada el 29 de julio del año 2009. Que tuvo por objeto reducir en un año, del 2012 al 2011, el período de otorgamiento de los beneficios previsionales de la Pensión Básica Solidaria, por lo tanto está en régimen desde el año 2011.

El Consejo propone pasar desde un sistema dominado por el régimen de capitalización individual, a un sistema previsional capaz de equilibrar e integrar sus distintos componentes, incluido dicho régimen. Esto significa que, en lugar de privilegiar un régimen de pensiones por sobre otro, o desarrollar sistemas paralelos, se propuso estructurar el sistema en base a tres pilares: un pilar solidario, un pilar contributivo y un pilar complementario. Estos pilares deben ser capaces de complementarse e integrarse para contribuir a que los adultos mayores tengan una vida digna en la vejez⁷⁷.

Respecto a la protección de la tercera edad y sus pensiones, la reforma a pesar de no haber efectuado un cambio tan sustancial al sistema como se propuso al inicio del proyecto, si logra perfeccionarlo y otorgarle una carácter más social, fortaleciendo el pilar solidario, otorgando incrementos reales a las pensiones mínimas, contribuir a una

⁷⁷ ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA de Seguridad Social. "Seguridad Económica, Salud, Atención de la Dependencia y Participación de los Adultos Mayores en los Países del Cono Sur" [en línea] <http://www.oiss.org/IMG/pdf/web-Seguridad_economica_salud_dependencia-Cono_Sur_junio_08.pdf>, [consulta mayo 2012]. Pág. 34.

mayor equidad de género, y promover adecuaciones al régimen de capitalización individual, a fin de asegurar mejores rentabilidades.

El principal aporte de esta reforma es la creación de un nuevo pilar solidario de pensiones. El Artículo 1° señala: Créase un sistema de pensiones solidarias de vejez e invalidez, en adelante, "sistema solidario", complementario del sistema de pensiones a que se refiere el decreto con fuerza de ley N°3.500, de 1980, en la forma y condiciones que el presente Título establece, el que será financiado con recursos del Estado. Este sistema solidario otorgará beneficios de pensiones básicas solidarias de vejez e invalidez y aportes previsionales solidarios de vejez e invalidez

Se estableció que las pensiones básicas solidarias de vejez e invalidez quedarían afectas a la cotización del 7% de salud (establecido en el Art. 85 del Decreto Ley N°3500 de 1980), con la sola excepción de aquellos beneficiarios que califican como carentes de recursos.

Este sistema reemplazó a las PASIS y reemplazará gradualmente a la Pensión Mínima Garantizada por el Estado (PMGE), la cual dejará de estar disponible para nuevos beneficiarios para el año 2023.⁷⁸

Los principales beneficios que entrega son:

- a. La pensión básica solidaria por vejez
- b. El aporte previsional solidario por vejez
- c. La pensión básica solidaria por invalidez
- d. El aporte previsional solidario por invalidez.

⁷⁸ ARIAS Lopez, Carlos Felipe y Salas Lagos, Juan Alberto. Un Sistema mas Solidario y Eficiente de Seguridad Social; Reforma a la Previsión Social Chilena. Memoria (Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales). Santiago, Chile. Universidad de Chile, Facultad de Derecho, 2010. P. 105-108.

1.4. Pensiones Básicas previas a la reforma

Antes de la reforma previsional del año 2008, el pilar no contributivo estaba constituido por dos mecanismos:

a) Pensión Asistencial (PASIS)

Beneficio de carácter no contributivo creado por el D.L. N. 869, de 1975, financiado con presupuesto público, que se extendía a los mayores de 65 años, los inválidos mayores de 18 años y los deficientes mentales de cualquier edad carentes de recursos. De acuerdo a los datos entregados por la Superintendencia de Seguridad Social a junio del 2008, fecha en la cual fue reemplazada por la Pensión Básica Solidaria, su monto promedio mensual era el siguiente:

- Pensión Asistencial por vejez \$52.309
- Pensión Asistencial por invalidez \$48.765
- Pensión Asistencial por Discapacidad mental \$50.379.

Estas pensiones eran totalmente insuficientes para proporcionar una vida digna y de calidad a las personas, además de no permitir un desarrollo social, solo impedía caer en la total indigencia.

b) La Pensión Mínima Garantizada por el Estado (PMGE)

Es un Beneficio establecido para aquellos cotizantes que no alcanzaron a reunir los fondos necesarios para poder financiar una pensión mínima conforme a la proyección que realiza la respectiva AFP, Se les aseguraba un monto mínimo de pensión siempre que cumplieran con los requisitos contemplados por la ley, Beneficio que continua vigente para los pensionados que optaron por éste en vez del APS. Muy pocos podían acceder a esta pensión, al no completar los 20 años de cotizaciones necesarios para solicitarlo, incluso personas que habían cotizado 19 años, quedaban fuera del beneficio.

En diciembre del 2007 su monto ascendía a \$96.390,73 para los menores de 70 años, \$105.395,85 para mayores de 70 y menores de 75 y en \$112.453,82 para los mayores de 75 años.⁷⁹

El sistema se encontraba en crisis, una crisis que afectaba al porcentaje más pobre de la población chilena, exhibiendo serios problemas de cobertura. En promedio, solo el 65% de los trabajadores ocupados contribuían al sistema; y como indicamos precedentemente la densidad de las cotizaciones estaba muy por debajo del 90% esperado en 1981 (en el caso de los hombres, era del 61,2% y, en el de las mujeres, del 41,6%)⁸⁰. Se identificaron tres grupos con graves problemas de cobertura: las mujeres, los trabajadores jóvenes y los trabajadores independientes o por cuenta propia. Las proyecciones indicaban que más de la mitad de los afiliados, requeriría de apoyo del Estado para poder pensionarse en el futuro, por lo que era menester, efectuar esta reforma previsional.

2. DESAFÍOS Y METAS OBTENIDAS CON LA REFORMA

2.1. Desafíos

En el gobierno de Michelle Bachelet (2006-2010), se inicia el proceso de reforma que culmina con la promulgación de la Ley N°20.255 de Reforma Previsional, cuyo principal objetivo es que las personas tengan ingresos más seguros durante la vejez, para así tener una vida digna, y para lograrlo se plantearon los siguientes desafíos:

⁷⁹ ROJAS ESPINA, Alejandro. "Reforma Al Sistema Previsional", Universidad de Chile, Santiago de Chile, 2009. P. 30-50.

⁸⁰ PRADO, Antonio y Sojo Ana. Envejecimiento en América Latina: Sistemas de Pensiones y Pensión Social integral. Santiago de Chile. CEPAL, Naciones Unidas, 2010. Pág. 27.

- a. Establecer un Sistema de Pensiones Solidarias que garantice el acceso a la Seguridad Social al 60% más pobre de la población y establece el derecho universal a la protección social para los trabajadores en Chile.
- b. Eliminar la indigencia entre los adultos mayores e inválidos.
- c. Aumentar la cobertura de grupos de personas vulnerables con medidas especiales en beneficio de los jóvenes, las mujeres y los trabajadores independientes.
- d. Aumentar la competencia y eficiencia en la industria de las AFP.
- e. Por último, el mejoramiento del Sistema de Capitalización Individual, incrementando las pensiones futuras, mediante el establecimiento de mecanismos que aseguren una pensión razonable acorde con las necesidades básicas de los pensionados e impulsando una mayor competencia en la industria de las AFP.⁸¹

2.2. Metas Obtenidas

a) El incremento de los beneficios del Pilar Solidario: En el primer año de la Reforma Previsional (julio 2008 a junio 2009), cerca de 620 mil chilenos y chilenas accedieron al Pilar Solidario (PBS o APS).

b) 487 mil ex PASIS fueron convertidas automáticamente en PBS y 130 mil beneficiarios que antes no tenían pensión, accedieron a una. 20 mil pensionados, además mejoraron sus ingresos sustancialmente.

c) 78% de los nuevos beneficiarios son mujeres, mejorando la situación de uno de los grupos más vulnerables del sistema de pensiones.

d) Se logra una cobertura de hasta el 45% de la población mayor de 65 años más

⁸¹ ARIAS LOPEZ, Carlos y Salas Juan Alberto, "Un sistemas mas solidario y eficiente de Seguridad Social, Reforma a la Previsión Social Chilena", Profesora Guía: Rosa Mengod Gimeno, Santiago de Chile, 2010, Pág. 8.

vulnerable a la pobreza.⁸²

NÚMERO DE BENEFICIARIOS Y MONTO, EN DINERO DE BENEFICIOS PAGADOS EN EL MES TOTAL PAIS, SEGÚN SEXO DEL BENEFICIARIO Y TIPO DE BENEFICIO

marzo-2012

| SEXO DEL CAUSANTE | TIPO DE BENEFICIO | TOTAL PAIS | |
|-------------------------------|----------------------------|------------------|-----------------------|
| | | NÚMERO | MONTO \$ (1) |
| HOMBRES | PBS Vejez | 117.683 | 9.400.604.974 |
| | PBS Invalidez | 88.567 | 7.146.626.855 |
| | APS Vejez | 193.233 | 9.493.115.514 |
| | APS Invalidez | 11.662 | 962.925.862 |
| | Complemento Trabajo Pesado | 0 | 0 |
| MUJERES | PBS Vejez | 288.041 | 23.014.933.635 |
| | PBS Invalidez | 123.408 | 9.981.741.212 |
| | APS Vejez | 266.227 | 13.091.164.983 |
| | APS Invalidez | 16.203 | 1.327.328.452 |
| | Complemento Trabajo Pesado | 0 | 0 |
| TOTALES POR TIPO DE BENEFICIO | PBS Vejez | 405.724 | 32.415.538.609 |
| | PBS Invalidez | 211.975 | 17.128.368.067 |
| | APS Vejez | 459.460 | 22.584.280.497 |
| | APS Invalidez | 27.865 | 2.290.254.314 |
| | Complemento Trabajo Pesado | 0 | 0 |
| TOTAL | | 1.105.024 | 74.418.441.487 |

⁸² EVALUACIÓN DE LA REFORMA PREVISIONAL A LA LUZ DE LA EPS 2009, <www.observatorioprevisional.cl/.../seminario_claudio_reyes.pdf>. [24 de abril 2012]. Claudio Reyes B. Subsecretario de Previsión Social. Enero 2010.

(1) Incluye pagos retroactivos

2.3. Metas No Obtenidas pero reemplazadas por otras.

Dentro de las metas no alcanzadas con la reforma, se encuentra la misión de disminuir los costos de administración y las ganancias de las AFP. Una propuesta para este efecto consistía en crear una AFP de propiedad pública (como se hizo en Argentina y Uruguay). Dada la confianza que los trabajadores tienen en las instituciones del Estado (como el Banco Estado), la que podría captar muchos afiliados con bajos costos de publicidad y de comercialización, razón por la cual las Administradoras de Pensiones se opusieron, ya que implicaría un competencia potente, que conllevaría una notoria disminución de afiliados. Esta AFP tendría que estar enfocada a las personas de más bajos recursos, al suprimir las comisiones fijas, que afectan proporcionalmente más a los trabajadores de menores ingresos. El hecho de crear una Institución pública de este tipo, también implicaría poner en riesgo el resguardo de los fondos de los trabajadores chilenos, al no alcanzar la eficiencia suficiente, como suele ocurrir con algunas entidades públicas, como sucedió históricamente con las antiguas Cajas de Previsión.

Para aliviar este problema la reforma estableció dos medidas importantes, licitar públicamente, en forma periódica, la afiliación nueva de trabajadores a la AFP que cobrara una comisión de administración mas baja, y licitar también el costo del seguro de invalidez y sobrevivencia contratadas por todas las AFP a sus afiliados.

**3.- PILARES DEL ACTUAL SISTEMA DE PENSIONES: ESPECIALMENTE EL
PILAR SOLIDARIO**

- a) Nuevo Pilar Solidario: Este nuevo pilar, reemplaza gradualmente a las PASIS y a la PMGE. Uno de los principales objetivos de este Pilar es la prevención de la

pobreza en la tercera edad o en caso de invalidez. El financiamiento de las prestaciones otorgadas por este Pilar provienen de ingresos generales de la Nación, lo cual convierte el beneficio en uno de carácter solidario. A este Pilar pueden acceder aquellas personas que tuvieron una nula participación en los regímenes previsionales vigentes o muy baja en el sistema de pensiones contributivo.

- b) Pilar Contributivo: Está basado en la capitalización individual. La afiliación y cotización a este pilar es obligatoria para trabajadores dependientes y voluntaria para los independientes y afiliados voluntarios en el presente. Voluntariedad que gradualmente irá desapareciendo con la reforma. Este pilar tiene como objetivo contribuir a un estándar de vida adecuado para los trabajadores que han concluido su vida laboral, procurando que éste se acerque razonablemente a aquél que tenían durante su vida activa, aunque se le critica, que en definitiva las pensiones no reflejan las remuneraciones obtenidas en vida.

- c) Pilar Voluntario: Está compuesto por los planes de Ahorro Previsional Voluntario (APV) y Cuentas de Ahorro Voluntario (Cuenta 2). La Reforma Previsional, además introdujo los planes de APV Colectivo, modificó el tratamiento tributario del APV y creó la figura del Afiliado Voluntario. Estas modificaciones rigen desde el 1 de octubre de 2008.⁸³

⁸³ SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES [EN LINEA]. <<http://www.safp.cl/573/propertyvalue-1701.html>.> [visto el 10 de mayo, 2012]

3.1. Pilar Solidario y sus beneficios

A continuación se explicará en que consiste cada uno de los beneficios que crea la Reforma Previsional:

a) Pensión Básica solidaria (PBS) de vejez: Es la pensión que entrega el Estado a las personas que no tienen derecho a recibir jubilación en ningún régimen previsional y están dentro del 60% de las familias más pobres del país (es aquella pensión a la que podrán acceder las personas que cumplan con los requisitos del Art. 3 de la ley para acceder a este beneficio)

Los Requisitos para solicitar la PBS Vejez son: (Art.3)

- i. No se debe estar recibiendo ningún tipo de pensión en algún régimen previsional.
- ii. Tener 65 años o más (hombres y mujeres).
- iii. Tener a lo menos 20 años, continuos o discontinuos, de residencia en Chile, contados a partir de los 20 años de edad del solicitante. Además, haber vivido en el país al menos cuatro de los últimos 5 años anteriores a la solicitud.
- iv. Contar con una Ficha de Protección Social.
- v. Pertener al 60% de las familias más pobres, lo que se determina una vez ingresada la solicitud.
- vi. Los pensionados por gracia, exonerados políticos, pensionados por Ley Rettig y Ley Valech, que sólo gocen de este beneficio, tienen derecho a un porcentaje de la PBS de Vejez si esta última es de un monto superior a la primera.

El monto de la Pensión Básica Solidaria es actualmente, agosto de 2012, de

\$80.528 mensuales. El último reajuste se aplicó en julio de 2012, es decir, cada doce meses. Si el IPC sube por sobre un 10% antes de cumplirse este tiempo, el reajuste se aplicará de forma automática en ese momento, aunque no se hayan cumplido los doce meses.

- c) Aporte previsional solidario (APS) de vejez: Es un Beneficio con aporte mensual en dinero, para las personas que solo tengan derecho a una o más pensiones regidas por el D.F.L. N°3500 y mayores de 65 años, que complementa las pensiones por vejez o sobrevivencia bases, que sean menores al valor de la pensión máxima con aporte solidario. El valor de la pensión máxima con aporte solidario será, a contar del 1 de julio de 2012, de doscientos sesenta y un mil setecientos cincuenta y ocho y se reajustará en la misma forma dispuesta para la PBS. Este aporte busca incrementar la pensión, de modo que siempre el ahorro generado durante la vida, tenga un efecto positivo sobre la pensión recibida, y nunca el esfuerzo de ahorro sea arrasado por la imposición de la PBS.⁸⁴

Los Requisitos para solicitar el APS de Vejez son los siguientes:

Las personas que solo tengan derecho a una o mas pensiones regidas por el D.F.L. N°3500, siempre que cumplan con los requisitos establecidos en las letras a), b) y c) del Art. 3 de la Ley 20.255⁸⁵ podrán solicitar una APS:

- i. Recibir una pensión de vejez o sobrevivencia menor a \$261.758 (monto bruto), ya sea de una AFP, Compañía de Seguros, de alguna de las Ex-Cajas de Previsión administradas por el IPS (ex INP), o una pensión de sobrevivencia por la Ley de Accidentes del Trabajo.

⁸⁴ FERREIRO Alejandro. Avanzando en el Fortalecimiento y la Consolidación de los Sistemas de Capitalización Individual. Seminario organizado por FIAP. Mayo 2011. República Dominicana.

⁸⁵ **Art. 3:** a) Haber cumplido 65 años; b) Integrar un grupo familiar del 60% más pobre de Chile conforme al art. 32; c) Acreditar residencia en el territorio de la republica de Chile por un lapso no inferior a 20 años, continuos o discontinuos, contados desde que el peticionario cumplió 20 años, y haber residido en Chile al menos 4 años, de los 5 años previos a la solicitud.

- ii. Tener 65 años o más (hombres y mujeres).
- iii. Tener a lo menos 20 años de residencia en Chile (continuos o discontinuos) contados desde los 20 años de edad. Además, haber vivido en el país al menos 4 de los últimos 5 años anteriores a la solicitud. Se entenderá cumplido el requisito de residencia respecto de las personas que registren 20 años o más de cotizaciones en uno o más de los sistemas de pensiones en Chile.
- iv. Contar con Ficha de Protección Social.
- v. Pertener al 60% de las familias más pobres, lo que se determinará una vez ingresada la solicitud.
- vi. A los pensionados por gracia, exonerados políticos, pensionados por Ley Rettig y Ley Valech, que además de esa pensión perciban otra del Decreto Ley N° 3.500 o de uno de los regímenes administrados por el IPS, podrán acceder al APS de Vejez, pero se le deducirá del monto calculado como APS el monto de la pensión que perciban por gracia o reparación.

3.2. Personas carentes de recursos

Se entiende que carecen de recursos, las personas que cumplen con el procedimiento que se establezca mediante reglamento dictado por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, lo que actualmente cataloga a quienes tienen 8.500 puntos o menos en la Ficha de Protección Social, y reciben Pensión Básica Solidaria por Vejez o Invalidez, son considerados como personas carentes de recursos y, por lo mismo, pueden optar a beneficios adicionales. Éstos son los siguientes:

- a) Estarán exentos de pagar el 7% de salud que establece el Art. 85 del D.L. N 3500 (Art. 31 Ley). Cuando un pensionado no paga el 7% para salud, esto significa que no puede comprar bonos y sólo puede atenderse en la red de salud pública del

Estado, es decir: consultorios, postas, hospitales, entre otros. En conclusión, las personas carentes de recursos no pueden acceder a la medicina de libre elección. Este beneficio es previo a la eliminación de la cotización que establece la Ley 20.531, por eso es que criticamos el poco alcance de esta nueva ley, ya que este grupo que representa al 20% más pobre, no cotizaba desde mucho antes. Este 7% es cubierto por los fondos destinados al pilar solidario.

- b) Su familia tendrá derecho a recibir cuota mortuoria. La cuota mortuoria es un aporte en dinero que se utiliza para cubrir los gastos relacionados con la sepultación del beneficiario.

- c) Los 20 años de RESIDENCIA se contarán desde su fecha de nacimiento y no desde los 20 años de edad, como se aplica en otros casos.

3.3. No son Beneficiarios del Pilar Solidario

No pueden optar a los beneficios del pilar solidario las personas pensionadas o imponentes de los regímenes de la Caja de Previsión de la Defensa Nacional y de la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile, ni aun cuando además se encuentren afiliadas o afectas a otro régimen previsional (art. 33).

3.4. Administración del nuevo pilar solidario

Es administrado por una entidad pública denominada “Instituto de Previsión Social” (IPS), continuador legal del INP, a este instituto le corresponde conceder las prestaciones solidarias, suspenderlas y extinguirlas cuando concurren las causales que la ley establece para ello.

4. GRUPOS VULNERABLES

El Nivel de cobertura contributiva de una persona ocupada esta determinado en gran medida por la modalidad de inserción en el mercado laboral, también cuentan su lugar de residencia, el sexo y otros factores demográficos como la edad, la escolaridad y el estado civil, que inciden en la situación contributiva de las personas. Todos estos factores influyen en la capacidad de ahorro que alcanzará una persona en un sistema contributivo como es el sistema de capitalización individual, por lo que ciertos grupos de la población son más susceptibles a ser vulnerados que otros.

4.1. La Situación previsional de las mujeres

Históricamente la situación laboral de las mujeres ha sido mucho más desfavorable que la de los hombres, reflejado en la calidad del trabajo realizado y al monto de las remuneraciones percibidas (muchas veces al realizar el mismo trabajo que un hombre perciben una remuneración inferior).⁸⁶ La mayoría de las mujeres cotiza por una menor cantidad de tiempo que los hombres, por dedicar un mayor tiempo a las labores del hogar y al cuidado de los hijos, produciendo mayores períodos de “Lagunas Previsionales” (períodos en que por diversas razones el trabajador no aporta recursos a su cuenta de capitalización individual, afectando el fondo destinado a su jubilación⁸⁷).

La densidad de cotización promedio de los hombres es de un 52%, lo que significa que en un año en promedio cotizan 6 meses; mientras que la densidad promedio de cotización de las mujeres es de un 41%, es decir, en un año en promedio cotizan 5

⁸⁶ ROJAS Espina, Arturo Alejandro., Reforma al Sistema Previsional, Universidad de Chile, Facultad de Derecho, 2009. P. 57

⁸⁷ IBARROLA Ávila, Jorge A. y Carvacho L, Francisco J. Adulto Mayor y Reforma Previsional (memoria para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas). Universidad de Chile, Facultad de Derecho, 2008. P.85.

meses. Por lo que es notoria la baja en cotizaciones que presentan las mujeres afiliadas al sistema respecto a los hombres.

Por eso es que la reforma de la ley 20.255 quiso contribuir con la menoscabada situación previsional de la mujer, a través de diferentes beneficios: La tasa diferenciada del costo del seguro de invalidez y sobrevivencia, la cobertura de invalidez y sobrevivencia al viudo o padre de hijos de filiación no matrimonial, la ley que compensa al cónyuge más débil en caso de divorcio o nulidad y por último, el Bono por hijo nacido vivo.

4.2. Situación de los Trabajadores Independientes en la Reforma

La Protección Social, suele estar asociada al tipo de empleo que ejerzan los trabajadores, es así, como en general, los trabajadores se encuentran cubiertos totalmente en cuanto a salud y Seguridad Social, cuando cotizan, y estas cotizaciones están asociadas a tiempos de dependencia, en cuanto al trabajo que detentan. En Chile, al igual que en el resto de Latinoamérica, el desempleo ha persistido en los últimos 10 años, aún en los ciclos de crecimiento económico, provocados por la expansión de grandes empresas que requieren un menor número de trabajadores para funcionar, a diferencia de los antiguos pequeños comercios. Por lo que estos períodos en que las personas están desempleadas, y solo pueden acceder a trabajos temporales e informales, les impiden tener una tasa de cotización fija cada mes, mientras que todos los beneficios previsionales están pensados para las personas con empleos sumamente estables, que cada vez son más escasos. La relación entre Seguridad Social y empleo es vinculante (en materia previsional y en salud especialmente). Por lo tanto, al perder el empleo, se desploma la protección social de esa persona y la de su familia.

En definitiva, la cobertura de la Seguridad Social, no puede sostenerse solamente en la formalidad del empleo del individuo. Por ejemplo, en nuestro país, en 1980 los trabajadores dependientes representaban el 80% de la fuerza de trabajo ocupada; el 72% en 1991; y solo el 65% el año 2005 (Fuentes del INE 2005), pero además con

una mayor rotación e intermitencia de los puestos.⁸⁸ En este sentido es indudable la necesidad de educar a las personas que poseen trabajos informales de que tengan la constancia de ahorro a través de cotizaciones para su futuro, pero también será necesario que el Estado saque de su bolsillo, grandes fondos para solventar con la desprotección, y tome medidas para evitar la evasión de los trabajadores que sí poseen recursos.

Por lo que la reforma intenta incentivar e incluso obligar a que estos trabajadores por cuenta propia, sean parte del sistema de pensiones y de salud, para elevar sus pensiones en el futuro. Alrededor de un 30% de los trabajadores chilenos, se declara trabajador por cuenta propia y menos del 5% participa activamente del esquema de capitalización individual.

Con la Reforma Previsional, los trabajadores independientes pasarán a ser titulares de los siguientes derechos:

- i. Tendrán acceso al sistema de pensiones solidarias, siempre que cumplan con los requisitos establecidos en la ley 20.255.
- ii. Serán beneficiarios del sistema único de Prestaciones Familiares del Decreto con Fuerza de Ley N°150 de 1982, siempre que se encuentren al día en el pago de sus cotizaciones previsionales.
- iii. Podrán acogerse a la ley de accidentes del trabajo 16.744.
- iv. Podrán afiliarse a una caja de compensación de asignación familiar.

4.3. Implementación Gradual de los Trabajadores Independientes al Sistema

La Ley 20.255 estableció un procedimiento voluntario de incorporación para los trabajadores independientes, procedimiento que en una primera etapa de transición de 3 años, contados desde la fecha de publicación de la Ley, se mantuvo

⁸⁸ PROTECCIÓN SOCIAL en salud en Chile, FONASA [en línea] <http://www.slideshare.net/eltrbxhiigh/libro-proteccion-social-en-salud-en-chile> [consulta 15 de mayo 2012]. P. 25.

voluntario. Para así tener tiempo para realizar un activo proceso de educación previsional, información y motivación de los trabajadores independientes.

En la segunda etapa de transición que contempla el cuarto, quinto y sexto año contado desde la fecha de publicación de la ley (2012, 2013 y 2014), se establece la obligación de cotizar para los trabajadores independientes, salvo que el trabajador manifieste en forma expresa, en cada año, lo contrario.⁸⁹

La ley 20.255 estableció que los trabajadores a honorarios (Parte importante de los trabajadores independientes) estarán obligados a realizar cotizaciones previsionales para pensiones y accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, y a partir del presente año 2012 en un 40% de su renta imponible (continuando el 2013 y 2014 con un 70% de su renta imponible) de forma gradual en el tiempo y obligatoria a través de las boletas emitidas. Para el primer año la manifestación de voluntad de no cotizar se realizará en el sitio web del Servicio de Impuestos Internos, entre junio 2012 y abril del 2013.

La Ley entiende por trabajadores a honorarios a las personas que perciban honorarios por actividades independientes, o bien perciban rentas por Boletas de Honorarios, por Boletas de Prestación de Servicios de Terceros y por Participaciones en Rentas de Sociedad de Profesionales, siempre que éstas últimas no hayan optado por declarar sus rentas en primera categoría.

A partir de enero de 2015, comienza la tercera etapa, donde la obligación de cotizar no admitirá excepción y todos los trabajadores a honorarios deberán cotizar para pensiones y accidentes del trabajo. Desde el 2018, deberán hacerlo también para salud, para así definitivamente conseguir la integración de todos los

⁸⁹ ROJAS Espina, Arturo Alejandro. Reforma al Sistema Previsional, Universidad de Chile, Facultad de Derecho, 2009. P. 95.

trabajadores.

El pago de cotizaciones les permitirá acceder a los mismos beneficios que los trabajadores dependientes, es decir, seguridad en el trabajo, pensiones de vejez e invalidez y, en caso de fallecimiento, pago de la cuota mortuoria y de pensiones de sobrevivencia para sus beneficiarios, y en caso de enfermedad, a subsidios de incapacidad laboral y atención médica.⁹⁰

Cuadro N. 1

| Año | Gradualidad de la obligación de cotizar |
|------------------|--|
| 2012 | Estarán obligados a cotizar para pensión y accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, respecto al 40% de su renta imponible anual, pudiendo renunciar a ello si así lo manifiestan expresamente. |
| 2013 | Estarán obligados a cotizar para pensión y accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, respecto al 70% de su renta imponible anual, pudiendo renunciar a ello si así lo manifiestan expresamente. |
| 2014 | Estarán obligados a cotizar para pensión y accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, respecto al 100% de su renta imponible anual, pudiendo renunciar a ello si así lo manifiestan expresamente. |
| 2015 en adelante | Estarán obligados a cotizar para pensión y accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, respecto al 100% de su renta imponible anual, sin posibilidad de renunciar a ello. |
| 2018 en adelante | Estarán obligados a cotizar para pensión, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y salud, respecto al 100% de su renta imponible anual, sin posibilidad de renunciar a ello. |

Fuente Subsecretaría de Previsión Social

El Cuadro 1, señala la aplicación gradual de las obligaciones que deberán asumir los trabajadores a honorarios a partir de junio del año 2012.

⁹⁰ SUBSECRETARIA DE PREVISIÓN SOCIAL [en línea], <<http://www.previsionsocial.gob.cl/cotizacion-honorarios/pagina1.html>> 2 de Mayo, 2012

5. CONCLUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS NUEVOS BENEFICIOS PREVISIONALES

La Reforma Previsional creó un sistema de pensiones solidarias, estas pensiones son objeto de nuestra memoria, porque son las que efectivamente serán beneficiadas con la eliminación del 7% en salud para los cuatro quintiles más pobres de nuestro país. Estas pensiones están destinadas a las personas más vulnerables, que por diversas razones no se han incorporado a un sistema previsional o no tienen derecho a pensión en ningún régimen previsional, o que encontrándose afiliados a algún sistema, habiendo cotizado y cumplido con los requisitos legales, no han logrado reunir los fondos suficientes para lograr una pensión digna.

Para acceder a estos beneficios deben cumplir con los requisitos de integrar un grupo familiar perteneciente a los sectores con menores ingresos del país. La PBS desde el primero de julio del 2008, benefició al 40% de la población de menores ingresos, con un monto inicial de \$60.000, y en julio del 2009 alcanzó los \$75.000 mensuales, beneficiando al 45% de la población más pobre, el 1 de julio del 2010 alcanzó al 50% de la población, y así este año 2012 debe alcanzar el universo total de beneficiarios del pilar solidario que corresponde al 60% de la población más pobre, beneficiados con \$80.528 mensuales.

Para alcanzar este 60% más pobre, se considera el ingreso per cápita y el grupo familiar integrado por el peticionario, su cónyuge, sus hijos menores de 18 años, sus hijos mayores de 18 y menores de 24, siempre que se encuentren estudiando.

Para quienes cotizaron en un sistema previsional civil, que cumplan con los requisitos de elegibilidad y reciban pensiones inferiores a agosto de 2012 de \$261.758, el Estado les incrementara sus pensiones mediante un aporte monetario fiscal, de carácter mensual, denominado APS. El 2008 este aporte benefició a las personas cuyas pensiones eran inferiores a \$70.000, en el 2009, pensiones inferiores a

\$120.000, en el 2010 se incrementó en pensiones inferiores a \$150.000, en el 2011 se esperaba que incrementara en pensiones inferiores a \$200.000, para que este año finalmente a partir de agosto de 2012, reciban un aporte, todos los pensionados con montos inferiores a \$261.758⁹¹.

El Centro Latinoamericano de Demografía, ha calculado que de aquí al año 2050, la proporción de Adultos Mayores respecto de la población total alcanzará un 28,2% en nuestro país, por otro lado la dependencia previsional, seguirá aumentando sostenidamente durante los próximos años.

En definitiva la reforma previsional, permite que muchos AM, cuenten con ingresos mensuales dignos que les permitan tener Seguridad Económica (concepto que es definido como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares, en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida en la vejez⁹²), además esta pensión es diferenciada según la edad de la persona, ya que a mayor envejecimiento, mayores son los gastos en salud y cuidados. Por lo tanto además de aportarle solidaridad y universalidad al régimen previsional chileno, se ha preocupado de otorgar dignidad a las personas según sus distintas necesidades, que pueden contar con estos recursos todos los meses, y mantener su independencia.

Gracias a que el proyecto de reforma, no cuestionaba los principios de la capitalización individual, fue despachada rápidamente por el Congreso, y se encargó además de fortalecer el pilar contributivo generando la obligación progresiva la cotización de los independientes. Lo que permitirá en el futuro, que este grupo de personas cuente con mejores fondos para su vejez.

⁹¹ ROJAS Espina, Arturo Alejandro., Reforma al Sistema Previsional, Universidad de Chile, Facultad de Derecho, 2009. P. 97-100.

⁹² ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA de Seguridad Social. "Seguridad Económica, Salud, Atención de la Dependencia y Participación de los Adultos Mayores en los Países del Cono Sur" [en línea] <http://www.oiss.org/IMG/pdf/web-Seguridad_economica_salud_dependencia-Cono_Sur_junio_08.pdf>, [consulta mayo 2012].

Por lo que más allá de todas las falencias, que los expertos pueden criticar de esta reforma, en nuestro parecer sus aportes son tremendamente positivos, y a diferencia de lo que ocurrirá con la implementación de la exención o rebaja del 7% de salud a los pensionados, que se analizará en el capítulo final, el impacto social que provoca en la vida de las personas más desprotegidas, significa una verdadera oportunidad de obtener seguridad económica, e incluso una salida para el resto de los miembros de su familia que cohabitan con los pensionados beneficiarios, de la pobreza extrema.

CAPITULO V: EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y LOS PENSIONADOS EN EL DERECHO COMPARADO

1. ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

Una sociedad envejece, cuando se incrementa, proporcionalmente, el número de ancianos en relación con los otros grupos de edad. Es un proceso difícil de percibir y que se desarrolla lentamente. El envejecimiento es susceptible de medición por medio de dos factores: El aumento del número de personas mayores y la disminución del número de jóvenes.⁹³

El envejecimiento poblacional no es nuevo, se ha desarrollado desde que la humanidad existe, aunque se incrementa de forma evidente, con los avances de la medicina y la ciencia. Este fenómeno llama la atención en los países, no sólo por sus datos demográficos, sino por el impacto que lleva acompañado en todas las políticas públicas. No sólo en el ámbito de la salud, sino, en el conjunto de ellas, en como diseñamos las ciudades, en como generamos los programas sociales, como entendemos la familia, como construimos las viviendas, etc.

El dilema está, en que en general, entendemos el envejecimiento como un problema, antes de anticiparnos con la implementación de políticas públicas adecuadas, que permitan disminuir los efectos negativos que puede traer. Es un dilema, en vistas, de todos los esfuerzos que hemos realizado por aumentar las

⁹³ IBARROLA AVILA, Jorge A. y Carvacho L. Francisco José. Adulto Mayor y Reforma Previsional (Memoria Para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas). Universidad de Chile, Facultad de Derecho. Santiago, Chile, 2008. P. 26.

esperanzas de vida de las personas (esfuerzos que continúan desarrollándose), y cuando finalmente la sociedad humana, logra aumentar las expectativas de vida de la población, terminamos lamentándonos.

En nuestro país, como ya lo hemos mencionado en reiteradas oportunidades en esta memoria, el envejecimiento se encuentra en una etapa avanzada de la transición demográfica, al igual que en el resto de Latinoamérica, en especial Argentina, Uruguay y Cuba. Producto principalmente del aumento en la esperanza de vida, factor que se puede definir como un indicador demográfico que da cuenta del promedio de años que, probablemente, viviría una persona a partir de una edad cualquiera, en función de la mortalidad que prevalece en el momento considerado.

En la actualidad, la esperanza de vida al nacer en Chile, en promedio es de 79 años, 76,12 para los hombres, y de 82,20 para las mujeres⁹⁴; así lo reveló la Organización Mundial de la Salud, en su informe de “Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011”, que situó a nuestro país en el más longevo de la región, en lo que se refiere al aumento de la esperanza de vida y a la reducción del número de niños que nacen cada año. Según el mismo informe, vivimos 11 años más que el promedio mundial (68 años). Según el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, al 2050, Chile Tendrá una expectativa de vida de 82 años.⁹⁵

⁹⁴ FUENTE: Instituto Nacional de Estadísticas, Proyecciones y Estimaciones de Población, Total País, 2004, [http://deis.minsal.cl/deis/ev/esperanza_de_vida/index.asp] 23 de abril, 2012.

⁹⁵ RADIO MERCOSUR, NOTICIA. Expectativa de vida en Chile [en línea] <http://radiomercosur.com/noticias/CHILE_Expectativa_de_vida_en_Chile_crece_7_anos_en_dos_decadas_2011_05_30> [consulta 23 de abril, 2012]



Fuente INE

Este acelerado envejecimiento, que se desarrolla en nuestro país y en la región, trae consigo muchos problemas sociales, si es que el Estado no toma medidas serias para prevenirlos. En Chile, se han tomado medidas, aunque por mucho insuficientes. Las primeras muestras de interés por el tema datan de 1974 durante el gobierno militar, con la creación del Consejo Nacional de Protección de la Ancianidad (CONAPRAN). En 1995 se creó la Comisión Nacional para el Adulto Mayor: bajo el gobierno de Eduardo Frei Ruiz Tagle; el año 2002, hubo un importante avance, con la creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor (Ley N. 19.828), la Ley 20.255 de la Reforma Previsional en el año 2008, creó el pilar solidario en el sistema de pensiones, y por último la Ley 20. 531, eje principal de nuestra investigación, exime total o parcialmente a los pensionados de la obligación de pagar la cotización de salud del 7% sobre sus pensiones gradualmente a partir del año 2011.

Todas estas leyes manifiestan pequeños intentos, por velar por este sector de la población que aumentará de forma acelerada de aquí al año 2050.

1.1 Servicio Nacional del Adulto Mayor

El Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) es el órgano de la administración pública que debe satisfacer los requerimientos de dicho grupo etario. Es un Servicio Público, funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y de patrimonio propio, sometido a la supervigilancia del Presidente de la República, a través del Ministerio Secretaría General de la Presidencia.

Fue creado el año 2002, bajo el gobierno del presidente Ricardo Lagos, y por primera vez se creaba una institución especializada en el adulto mayor. Constituyó un gran avance en materia de Seguridad Social del Adulto Mayor.

La Ley 19.828 en su artículo primero establece el objeto del Servicio: “Las disposiciones de la presente ley tienen por objeto establecer la creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor, que velará por la plena integración del adulto mayor a la sociedad, su protección ante el abandono e indigencia, y el ejercicio de los derechos que la Constitución de la República y las leyes le reconocen”.

El SENAMA define al Adulto Mayor (expresión más acertada para referirse a las personas mayores), siguiendo el criterio acogido por la OMS: “A toda aquella persona que ha cumplido 60 años o más, sin diferencia entre hombres y mujeres”.⁹⁶

SENAMA tiene dos ejes estratégicos:

⁹⁶ Artículo 1°LEY N°19.828, Crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor. Chile. 27 de septiembre, 2002.

a) A nivel de la Sociedad entera: Inducir un cambio cultural que promueva el respeto a la dignidad del AM, el ejercicio de sus derechos y su valoración y participación en la sociedad.

b) A nivel de los AM con distintos niveles de funcionalidad: Promover la participación del AM y su integración en diferentes redes que lo mantengan conectado y activo en la sociedad, promover que tome conciencia de las diferentes etapas de su envejecimiento e Impulsar la constitución de una Red de Protección Social para el AM, con los Ministerios y sus Secretarías Regionales Ministeriales y las Municipalidades⁹⁷.

2. INDICES DE ENVEJECIMIENTO

Todo país que sobrepase el 10% de AM en el total de su población es considerado como un país que pasa por un proceso de envejecimiento creciente. Se estima que en el año 2020, los adultos mayores alcanzaran el 20% de la población chilena, lo que representará más de 3 millones de personas⁹⁸, duplicando las cifra de 10% que internacionalmente pone en alerta a una nación.

No solo se ha producido el envejecimiento de la población, sino que también han aumentado lo mas viejos (mayores de 75 años), producto de una disminución drástica de la mortalidad en aquellos mayores de 65 años. En 1930 dos de cada 100 personas que llegaban a los 65 años, cumplirían 90 años, en el año 2005, 22 de cada 100 personas que cumplieron 65 años, llegarían a los 90. A los 90 años, los servicios de salud consumidos por una persona son altísimos, y difíciles de cubrir con una pensión. Se estima que en el futuro los países en desarrollo van a tener una mayor contingente de población anciana, invirtiéndose la situación con los países desarrollados, que ya

⁹⁷ SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR [en línea], www.senama.cl, [consulta mayo 2012]

⁹⁸ Servicios Sociales al Adulto Mayor". Asociación Gremial De Cajas de Compensación de Asignación Familiar. CIEDESS, Santiago de Chile, 2005. P. 23.

han pasado por este proceso de envejecimiento. Por ejemplo en Europa esta transición demográfica, fue lenta, y bajo el alero de un Estado benefactor, preparado para afrontar los servicios sociales requeridos. En cambio, en Latinoamérica y el Caribe, el proceso será mucho más rápido (se estima que se está desarrollando cuatro veces más rápido que en el primer mundo) y estamos trabajando con situaciones de pobreza estructurales y en algunos países incluso con casos de ingobernabilidad⁹⁹.

Por último, se habla de la feminización del envejecimiento. En promedio en Chile, hay 130 mujeres, por cada 102 hombres y a medida que aumenta la edad, hay más mujeres que hombres, además las mujeres son las que más usan los sistemas de salud y ése podría ser un elemento fundamental en su mayor esperanza de vida, y a pesar de las discriminaciones que sufren a lo largo de sus vidas, especialmente en niveles de ingreso en todos los quintiles económicos.

2.1. Factores que inciden en el envejecimiento:

a. Tasa de Fecundidad

El aumento en la expectativa de vida y la disminución de la mortalidad infantil gracias a los avances de la medicina, no son los únicos factores que impulsan el crecimiento desmedido del envejecimiento poblacional, ya que los cambios socioculturales también son propulsores.

Para aclarar este panorama, la tasa global de fecundidad en nuestro país ha tenido una baja importante. En el quinquenio 1970-1975 la tasa se situaba en 3,63, para disminuir a 2,0 en el período 2000-2005, cifra que se sitúa por debajo del nivel de reemplazo, es decir, inferior al número de hijos por mujer que aseguraría, a lo menos, una hija por cada mujer (2,1). Se estima que en el futuro esta tasa continuaría descendiendo hasta 1,85 en el período 2020-2025, manteniéndose estable a lo menos

⁹⁹ Servicios Sociales al Adulto Mayor". Asociación Gremial De Cajas de Compensación de Asignación Familiar. CIEDESS, Santiago de Chile, 2005. P. 60-62

hasta el período comprendido entre el año 2045 y el 2050¹⁰⁰.

b. Educación

Las personas tienen una esperanza de vida distinta según su nivel de escolaridad. En 1995-1997, el joven que había llegado a tener 20 años podía esperar vivir 49,4 años adicionales si no tenía educación, esperanza de vida que en los años 2005-2007 aumentó a 52,78 años más; no obstante, aquél que tiene educación superior la aumentó aún más; puede esperar vivir 65 años adicionales. Por lo que la desigualdad en el acceso a la educación influye, no solo en los ingresos y calidad de vida que tendrá la persona, sino que también en el número de años que es esperable que viva¹⁰¹.

c. Enfermedades

El tiempo de las enfermedades infecciosas como la tuberculosis, la malaria y el paludismo ya pasó. En la actualidad la mayoría de los fallecimientos se produce por enfermedades circulatorias y tumores malignos, este cambio diametral en el tipo de enfermedades ha impulsado nuevos desafíos, como acabar con el cáncer. Lamentablemente la distribución desigual del riesgo, también provoca diferencias en cuanto a las expectativas de vida de las personas, porque al igual que en los tiempos en que las enfermedades infecciosas acaban con las vidas de las personas de bajos recursos, también en estas enfermedades del siglo XXI, los riesgos son mayores a menor nivel educacional y a un menor nivel de ingresos.

¹⁰⁰ “Construyendo políticas públicas para una sociedad que envejece”, Organizada por Caja Los Andes, CIEDESS, Expansivay Universidad de Chile. 2008. P. 16.

¹⁰¹ FONASA. Fuentes y Organización del Financiamiento en Salud, 4to Seminario Internacional “Una contribución a la agenda del Bicentenario”. Ediciones Seminarios Fondo Nacional de Salud Año 2 N. 3, Santiago de Chile, 2009. P.21.

2.2. Índices del año 2050

El envejecimiento es un problema global y casi no existen en el mundo países que no estén afectados por este fenómeno. Las cifras indican que el número de personas mayores de 60 años se multiplicará por tres y pasará de los 700 millones actuales a más de 2000 millones para el año 2050 (Naciones Unidas 2009). En el mundo habrá también por primera vez, más Adultos Mayores que niños y jóvenes. Otro elemento alarmante es que en el 2050, el 80% de las personas de edad, o cuatro de cada cinco, vivirán en países en desarrollo, y a menos que se logren avances en la protección social, habrá en el 2050, 1.200 millones de adultos mayores sin ingresos regulares y seguros (Naciones Unidas, 2007).

En cifras, nuestra región será la más afectada, en cuanto a crecimiento de los AM de 60 años será tres veces más rápido que el de la población normal. En el 2050 el envejecimiento en Barbados, crecerá en un 33,3%, es el país que más va a crecer; Uruguay crecerá hasta el 24,5% de envejecimiento; México en un 24,4%; Brasil, en un 24,1%; Chile en un 23,5% y Argentina en un 23,4%. Estos son los países que para el año 2050 van a estar mas envejecidos¹⁰².

3. SISTEMAS DE PENSIONES EN LA REGIÓN:

En América Latina el empleo y la protección social centrada exclusivamente en sistemas contributivos ha perdido su capacidad integradora y de protección contra riesgos. Es necesario innovar en la protección a los AM, prevenir o encarar la pobreza entre personas de edad avanzada, salvaguardar la sostenibilidad de los sistemas de seguros previsionales y aumentar los instrumentos de Seguridad Social que permitan consolidar una protección social integral, universal y solidaria en la vejez.

¹⁰² "Servicios Sociales al Adulto Mayor". Asociación Gremial De Cajas de Compensación de Asignación Familiar. CIEDESS, Santiago de Chile, 2005. P. 109.

Se ha discutido en la región, la creación de pensiones de carácter no contributivo, pero las fuentes de financiamiento de las mismas, son siempre un problema en cuanto a los recursos fiscales necesarios. En la reforma chilena el criterio a utilizar fue el de nivel de ingreso. Cuando las pensiones a obtener, son muy bajas, desincentivan la capacidad de ahorro y afiliación de las personas de ingresos más bajos.

El sistema de capitalización individual no puede funcionar en su forma pura, lo manifiestan las reformas que se han introducido en nuestro país, insertando pensiones solidarias, para incluir a los sectores desprotegidos. Los bajos retornos de las cotizaciones han aumentado la responsabilidad del Estado, para asegurar pensiones mínimas y con la sustentabilidad a largo plazo del sistema¹⁰³.

3.1. Protección Social en la Vejez

La protección social del AM es un concepto amplio, que no sólo comprende garantizar su seguridad económica, sino también el acceso a un conjunto de bienes y servicios, entre los cuales destacan los servicios de salud, pero que también pueden incluirse la vivienda, la alimentación y el transporte, entre otros, según el país de que se trate. En Chile la protección contempla principalmente: la pensión por jubilación (en sus distintas formas), en cuanto a vivienda, el gobierno de Sebastián Piñera ha realizado importante avances con la construcción de los primeros condominios de viviendas tuteladas para AM, otorgados en comodato, y de forma gratuita para los ancianos de más bajos recursos, respecto al transporte, solo existe un descuento en el metro, pero no en todo el transporte público, en cuanto a entretenimiento y bienestar, se ha fomentado con éxito el turismo, con precios especiales para la tercera edad. En salud, el sistema público ofrece una serie de beneficios especialmente pensados en los AM, el más reciente es sin duda, la eliminación del 7% en salud.

¹⁰³ PRADO, Antonio y SOJO, Ana. Envejecimiento en América Latina: Sistemas de pensiones y protección social integral”, Santiago de Chile : Naciones Unidas, 2010. P. 16-20.

Una de las definiciones tradicionales entiende por protección social al AM, la garantía dada por el Estado a las personas mayores de 60 años de edad del pago de un ingreso monetario que garantice estándares mínimos de vida, en los casos en que la persona no pueda trabajar. Esta definición excluye una gran variedad de los servicios señalados.

La importancia de la protección social en la vejez, en el marco de la cooperación para el desarrollo, es un tema mundial. En la actualidad más de la mitad de las personas mayores en el mundo (unas 340 millones) carecen de ingresos seguros y enfrentan una amenaza aguda de pobreza, por lo que el problema de la protección social de la vejez es de suma urgencia ahora. Esto se debe a que la mayoría de las personas en países en desarrollo trabajan de forma informal (75%) y no cuentan con protección social (seguro médico y jubilación). Existe un elevado porcentaje de AM, en los países en desarrollo, que se mantienen trabajando tanto como sea posible, contribuyendo a los ingresos del hogar y participan en el cuidado de los miembros de la familia.

La protección social de los mayores contribuye al crecimiento a favor de los pobres, reduce la pobreza, desarrolla el capital humano de forma sostenible y fortalece los derechos humanos. Las personas de edad son actores del desarrollo económico, muchos son empleados, empresarios, comerciantes, todos son consumidores, guías y cuidadores de su familia, junto con ser miembros activos de su comunidad.

El plan de acción internacional de Madrid identifica hitos importantes en este camino:

- Las personas de edad deberían ser tratadas con equidad y dignidad, con independencia de su contribución económica.
- Deberían tener la posibilidad de trabajar hasta la edad que deseen y mientras tengan

capacidad productiva. Para así contribuir a una jubilación flexible. También puede promoverse el empleo independiente. En nuestra opinión sin que esto se transforme en un abuso que impida la jubilación a las edades legales establecidas.

- Necesitan formas eficaces de protección legal. Ampliando su alcance a los trabajadores independientes, y reforzando las pensiones no contributivas en caso de los adultos más pobres¹⁰⁴.

3.3. Derecho Comparado:

a) Sistemas de pensiones en el Perú

Se estima que en el Perú la tasa de cobertura de los sistemas de pensiones (SNP Sistema Nacional de Pensiones y SPP Sistema Privado de Pensiones) asciende a un 22% de la población Económicamente Activa (PEA) ocupada. Respecto de las prestaciones, a Enero del año 2010 el Compendio Estadístico de la Oficina de Información del Perú indicó que la pensión media de jubilación en el SNP es de 191 dólares y, en el SPP es de 274 dólares. El alto nivel de exclusión y las bajas cuantías de las pensiones, determinan que 2 de cada 5 AM trabajen, e integren la PEA ocupada.

En Perú un gran número de trabajadores, no se encuentra afiliado a ningún sistema: el 75,21%. Esto puede explicarse por el gran número de trabajadores independientes, que en el año 2008, el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática del Perú, calculaba en un 36,7%. La situación de los AM es precaria, al alcanzar un 67% que no recibe pensión de ningún régimen.

El sistema nacional de pensiones se creó el 1 de mayo de 1973. El número de afiliados bajó considerablemente de 1990 a 1993, debido a que una reforma en 1992,

¹⁰⁴ PRADO, Antonio y SOJO, Ana. Envejecimiento en América Latina: Sistemas de pensiones y protección social integral”, Santiago de Chile : Naciones Unidas, 2010. P.101-110.

estableció mayores requisitos para acceder a una pensión de jubilación, se exigían 20 años de aportación. Al principio, en cambio, otorgaba pensiones a los hombres mayores de 60 años y con 15 años de aportación, y en las mujeres, a partir de los 55 años de edad y 13 años de aportación. En el año 2000 fue sujeto de una nueva reforma que cambio la edad de jubilación a 65 años para hombres y mujeres, con 20 años de cotizaciones.

El Sistema Privado, fue implementado en 1993. Según sus promotores, su finalidad era reemplazar al SNP. Introdujo un sistema de capitalización individual con graves falencias, sin el debate parlamentario y público necesario. Para promoverlo, se reformó el SNP, como antes señalamos, con mayores aportes y menores beneficios, que incentivarán el cambio de sistema en las personas. Actualmente el 39% de los afiliados, pertenecen al SPP, pero sólo el 16% cotiza regularmente. Respecto de las prestaciones, este sistema otorga pensiones de jubilación, invalidez y sobrevivencia, así como gastos de sepelio.¹⁰⁵

En definitiva, la evolución de ambos sistemas muestra un déficit de cobertura y equidad en el acceso a las pensiones. La relación paralela de los sistemas refuerza la situación de inclusión e inequidad.

b) La experiencia Alemana

Alemania es indiscutiblemente uno de los países con una Seguridad Social sumamente avanzada, no es por nada, que los cimientos de los seguros sociales, fueron instalados en esta nación por Von Bismarck. Por lo que es necesario compartir algunos datos claves de cómo funciona su sistema.

Los principales proveedores del sistema, son entidades sin fines de lucro financiadas por recursos públicos y privados, cuya actuación se enmarca en un vasto

¹⁰⁵ PRADO, Antonio y SOJO, Ana. Envejecimiento en América Latina: Sistemas de pensiones y protección social integral”, Santiago de Chile : Naciones Unidas, 2010. P.65-82.

sistema de reglas y control público. Conforme al principio de subsidiariedad, en Alemania se admite la participación del sector privado y filantrópico en la oferta de servicios sociales. El Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo de Alemania (BMZ) y las entidades alemanas de cooperación técnica, dan gran importancia al tema de la protección social de la vejez, lo que se ha reflejado en la estrategia sectorial de protección social del 2009. Esto responde a las demandas de los países atendidos, que recurren a Alemania por su experiencia histórica y competencia técnica en el tema de la seguridad de la vejez.

En 1994, se crea en Alemania el seguro de dependencia, entendiendo la dependencia como un nuevo riesgo social, considerando que sus costos no podrían cubrirse por las pensiones de los AM solamente. Se instituyeron bases específicas de cotización para empleados y empleadores, con miras a garantizar el pago de servicios de cuidado. El derecho al beneficio depende del tiempo de contribución, que no puede ser inferior a 5 años, durante los 10 años anteriores a la solicitud. El acceso al seguro depende también de la evaluación del nivel de dependencia en que se encuentra el solicitante, de acuerdo con grados y niveles de gravedad.

Alemania tiene una larga historia, respecto a los seguros sociales, iniciada en las leyes de Bismarck (1883-1889). La protección social en general y la de la vejez, se consideran parte de la estrategia global para una economía de mercado social y ecológica.

Los enfoques alemanes son de alto alcance y por una extensa gama de posibilidades para mejorar la situación de las personas de edad. Los siguientes 3 ejemplos demuestran la experiencia alemana:

- i. En colaboración con el gobierno de Zambia, se investigaron opciones para atenuar las consecuencias sociales negativas del SIDA, implementando un proyecto piloto que apoyaba con transferencias social al 10% de los hogares más pobres. Un estudio descubrió que más de la mitad de estos

hogares eran encabezados por personas mayores de 60 años y que muchos de ellos se habían hecho cargo del cuidado de sus nietos huérfanos. Con estas transferencias sociales se logro mejorar la alimentación y el cuidado a mediano plazo.

- ii. En Indonesia, más del 60% de la población trabaja de forma informal, donde no existen mecanismos previsionales para la vejez, por lo que se dará la posibilidad a los grupos más pobres de la población de realizar aportes con asistencia pública a fin de que tengan acceso a la seguridad social apoyado por el Estado Alemán.
- iii. En Namibia, diferentes organismos de cooperación técnica alemana prestan servicios de asesoramiento en relación con la ampliación y profundización de la cobertura de las personas mayores por medio del Fondo Nacional de Pensiones, porque a pesar de que este país, ya cuenta con fondos de jubilación individual y pensiones básicas universales, con el objetivo de mejorar las pensiones de vejez, para otorgar una vida digna a una proporción mucho mayor que en la actualidad¹⁰⁶.

d) Bolivia

En Bolivia existen tres sistemas de pensiones: no contributivo o universal; contributivo regido por las AFP, y semicontributivo o mixto enfocado en las personas que cotizaron, pero no lo suficiente para una pensión digna. Considerando el Derecho Constitucional de tener una vejez digna, el año 2008 se creó la Renta Dignidad (sucesor del Bono Solidario creado en 1997, que otorgaba beneficios temporales). La Renta Dignidad es un beneficio no contributivo para los AM, que les garantiza por primera vez en la historia a todos los bolivianos residentes en el territorio y mayores de 60 años, un ingreso mensual único en Latinoamérica. Que hará reducir la pobreza en 10 a 15 puntos porcentuales del 2010 al 2015.

¹⁰⁶ PRADO, Antonio y SOJO, Ana. Envejecimiento en América Latina: Sistemas de pensiones y protección social integral”, Santiago de Chile : Naciones Unidas, 2010. P.111-239.

Se rige por el principio de universalidad, que se otorga a todos los Adultos Mayores sin distinción y viene a socorrer los altos índices de desprotección social, ya que sólo el 17% recibe una renta de jubilación vitalicia y existe una baja participación en el sistema de capitalización individual, del 13% de la población económicamente activa, debido a la diversidad de empleos informales. Su cuantía anual es de 340 dólares para aquellas personas que no reciben una renta vitalicia, y de 255 dólares para aquellos que si reciben. La cobertura de este beneficio ha logrado que el 95% de los AM tengan acceso a una pensión.

En cuanto a la logística en el pago del beneficio, se acudió a las Fuerzas Armadas. Para entregarlo en aquellos lugares de difícil acceso, se utilizan los recintos militares, por medio de unidades móviles militares de pago. Renta Dignidad cumple con el principio de Universalidad social a largo plazo, a diferencia de todos los otros sistemas analizados. Su financiamiento es a través del Impuesto directo a los hidrocarburos y los dividendos de las empresas capitalizadas.

En cuanto a los servicios sanitarios, Bolivia tiene un limitado acceso a la salud, que implica un gasto extra para las personas mayores. El 37% de los Adultos Mayores encuestados contestó que no está afiliado al seguro de salud para el AM, esto se debe en mayor parte, al desconocimiento e ignorancia que tiene la población mayor (46%) respecto a su derecho a recibir prestaciones del seguro de salud. Otro de los problemas, es que este seguro deben prestarlo los municipios, y muchos de ellos no tienen la capacidad necesaria. Por lo que, según los resultados del estudio, casi la mitad de las personas de tercera edad (47,5%) tuvo que pagar para recibir atención médica¹⁰⁷.

d) Brasil

¹⁰⁷ PRADO, Antonio y SOJO, Ana. Envejecimiento en América Latina: Sistemas de pensiones y protección social integral”, Santiago de Chile : Naciones Unidas, 2010. P.120-143.

i. La Trayectoria de las pensiones básicas en Brasil:

En Brasil el sistema está compuesto por un pilar contributivo y un pilar no contributivo, denominados respectivamente previsión social y asistencia social.

El pilar contributivo esta constituido por el Régimen General de Previsión Social (RGPS), que cubre a los trabajadores del sector privado, y los Regímenes Propios de Previsión Social (RPPS), que cubre a los trabajadores del sector público. Para ampliar el nivel de protección social a los trabajadores rurales se creó una categoría específica de contribuyentes denominados asegurados especiales. Para obtener la jubilación no es necesario comprobar el pago de la contribución sino el ejercicio de un mínimo de 15 años de actividad rural en las condiciones típicas de los asegurados especiales. Estos beneficios son financiados mediante una contribución sobre el valor de la producción comercializada por esos asegurados. Dicha contribución es pagada por la persona que compra su producción, que debe destacar en el documento fiscal relativo a la operación, el porcentaje debido a la previsión social y efectuar su recaudación.

En comparación con otros países de América Latina, puede observarse que los niveles de protección social para los AM alcanzados en Brasil, son relativamente altos. Datos presentados por Camarano y Pasinato (en el 2007) indican que el porcentaje de protegidos socialmente entre la población con más de 65 años es del 23,7% en el Perú, del 19,2% en México, del 36,6% en Costa Rica, 14,7% en Bolivia y del 87,2% en Brasil.

Los beneficios previsionales y asistenciales instituidos en la Constitución de 1988, establece que ambos tienen un valor mínimo igual al salario mínimo nacional.¹⁰⁸

¹⁰⁸ PRADO, Antonio y SOJO, Ana. Envejecimiento en América Latina: Sistemas de pensiones y protección social integral”, Santiago de Chile : Naciones Unidas, 2010. P.157-171.

Los gastos corrientes en transferencias relativas a las jubilaciones y pensiones en el Brasil alcanzaron el 11% del PIB en el año 2008. Se trata de una cifra elevada, en un país relativamente joven, pues de acuerdo con el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), la población mayor de 65 años o más, representaba en el año 2008, el 6,5% de la población total brasileña, Proporción que se estima que se triplicará en las próximas décadas, alcanzando un 23% en el 2050.

La problemática del sistema de Brasil, es la temprana edad media de las jubilaciones, mujeres 52 años y hombres 54 en la RGPS (trabajadores del sector privado) donde no se impone una edad mínima de jubilación, sino un tiempo de contribución de 35 años para los hombres, y de 30 para las mujeres, con una expectativa de sobrevivencia prácticamente igual en el caso de estas últimas, a los años contribuidos de 29,3 en mujeres, 23,7 años en hombres.

Casi un 90% de los AM en Brasil tienen cobertura de algún sistema de protección social, muy por sobre del tercio en promedio de Latinoamérica

Otro factor de encarecimiento del Sistema de Previsión Social son las reglas aplicadas a las pensiones por fallecimiento, demasiado flexibles en comparación con otros países, que no exigen edad, falta de necesidad del vínculo matrimonial o inclusive el mantenimiento del beneficio luego de contraer nuevamente matrimonio. Determinan que el número de estos beneficiados sea más alto que en otros países.

Sobreindexación de parte de los beneficios por encima del crecimiento del salario real medio y falta de previsión complementaria para los funcionarios públicos. Es necesario que los gastos sociales retiren a los jóvenes de la pobreza y

no sólo de los Adultos Mayores.¹⁰⁹

ii. Sistema de Salud

En cuanto al sistema de salud de Brasil, el Estado ofrece una cobertura universal y gratuita a toda la población a cargo del Sistema Único de Salud (SUS), que tiene como objetivo la equidad en la distribución de recursos públicos, lo que se refleja en que la mayor parte de la población (pero especialmente los estratos más pobres) utiliza los servicios del SUS. Un 40% de la población lo utiliza de manera exclusiva y un 44% de manera complementaria, aunque el Sistema Único representa solo una tercera parte del gasto total en salud¹¹⁰. Una reforma de este tipo, requeriría en nuestro país una importante capacidad tributaria, y Brasil es uno de los países latinoamericanos con mayor recaudación con respecto al PIB, la iniciativa del SUS es un ejemplo de articulación de los sectores público y de Seguridad Social, en el que el primero absorbió al segundo, lo que universalizó la cobertura de la salud pública. De esta manera, se favoreció, sobre la base del financiamiento, la integración de la salud con mayor equidad.

3.4. Conclusiones del Derecho Comparado

La preocupación por la vida de los AM, se transforma en un tema para todos, va creando conciencia de que en algún punto de nuestra vida necesitaremos la Seguridad Social, no solo con respecto a un ingreso, sino también en cuanto a salud y bienestar, por lo que esperamos que los países latinoamericanos, sepan llevar a cabo las reformas necesarias para enfrentar estos problemas, y también se desarrolle una conciencia en todos los ciudadanos, respecto a su futuro.

¹⁰⁹PRADO, Antonio y SOJO, Ana. Envejecimiento en América Latina: Sistemas de pensiones y protección social integral”, Santiago de Chile : Naciones Unidas, 2010. P.203-224.

¹¹⁰ CEPAL, Naciones Unidas. La Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, Financiamiento y Solidaridad, Trigésimo primer período de sesiones. Montevideo, Uruguay, 2006. Pág. 91.

Las reformas de los sistemas de pensiones deben tender a ampliar la cobertura del componente no contributivo y a mejorar la solidaridad del componente contributivo mediante un modelo que integre ambos esquemas, mantenga incentivos a la contribución y garantice la viabilidad financiera a corto y largo plazo. La combinación de un componente de reparto (con reglas claras de modificación de los parámetros), un esquema de capitalización (competitivo y de bajo costo), un pilar no contributivo garantizado para los AM en situación de pobreza y reglas solidarias para los aportantes con pensiones inadecuadas (financiadas por rentas generales o mediante solidaridad contributiva) parece ser un mecanismo satisfactorio. La integración de estos tres componentes, que permite introducir mecanismos de solidaridad contributiva y no contributivos, así como mantener la interrelación entre aportes y beneficios, es un elemento importante para incentivar las contribuciones, independientemente de la forma en que se integren estos componentes se requiere avanzar hacia la unificación de los sistemas de pensiones, ya que como hemos observado en el desarrollo de este trabajo, la existencia de múltiples sistemas da lugar a inequidades e ineficiencias.¹¹¹

4. SALUD DE LA TERCERA EDAD

Es evidente que los ancianos consumen más recursos sanitarios, es normal no es ninguna sorpresa, el deterioro físico de nuestro cuerpo con el paso del tiempo, requiere mayores cuidados y exámenes, para poder llevar una buena calidad de vida. Los servicios sanitarios pensados para atender a la gente enferma y/o que se va a morir y mayoritariamente este grupo de personas enfermas o con problemas de salud, está integrado por personas mayores. Este mayor consumo sanitario, se puede medir en días de hospitalización, en tasas de ingresos hospitalarios, consumo de fármacos, etc.¹¹².

¹¹¹ CEPAL, Naciones Unidas. La Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, Financiamiento y Solidaridad, Trigésimo primer período de sesiones. Montevideo, Uruguay, 2006. P. 147.

¹¹² "Servicios Sociales al Adulto Mayor". Asociación Gremial De Cajas de Compensación de Asignación Familiar. CIEDESS, Santiago de Chile, 2005. P.42-43.

La cobertura en salud, generalmente esta relacionada con la cobertura previsional. Las personas pensionadas, están asociadas a un Sistema de Salud público o privado.

Frente a ello, el impulso de la sociedad a tener un envejecimiento activo es una alternativa que responde adecuadamente a dicho problema¹¹³.

4.1. Factores que determinan la salud de los Adultos Mayores

Una constante que nos preguntamos respecto a esta arista de la Seguridad Social, es quien es el responsable de la salud de los AM: Las personas, el Estado, o la calidad de sus trabajos. En cambio debiésemos concluir que todos estos factores inciden en la salud, expectativas y calidad de vida de las personas mayores, con responsabilidad compartida.

- a) Las personas: Son las principales responsables del estilo de vida que adopten, será determinante para establecer no sólo la longevidad, sino que también la calidad de vida que llevarán dependiendo de conductas más o menos saludables. Muchas veces este estilo de vida sano, por ejemplo, el hacer deporte o actividades físicas, se ve influenciado por las políticas gubernamentales, como el acceso a parques y lugares públicos que incentiven este tipo de actividades, entre otros.
- b) El Estado: Se le suele asignar un mayor grado de responsabilidad respecto de los grupos mas desventajados económicamente.
- c) Las Empresas: Aunque es el factor menos mencionado, debido a la disminución de trabajos de alto riesgo (excepto en la minería y en trabajos pesados), de todas formas tiene una implicancia en las condiciones de vida laboral, luego de 3 o 4 décadas de trabajo, el empleo puede tener repercusiones en la salud, que

¹¹³ POBLETE Carrilanca, Ricardo y Retamal R., César. Reinserción Laboral en la Vejez. Memoria (Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales). Santiago, Chile. Universidad de Chile, Facultad de Derecho 2008. P. 26.

incluso puede manifestarse o permanecer después de estar jubilados.

4.2. Dependencia

A mayor expectativa de vida, aumentan las posibilidades de tener alguna discapacidad, que requiera de atenciones médicas especializadas, especialmente en el rango etario de 75 años en adelante, es por eso que se habla del término dependencia, no ha modo peyorativo, más bien como una contingencia social, dentro del proceso de envejecimiento de la población.

Envejecer no es sinónimo de dependencia, sin embargo, con la edad avanzada tienden a surgir progresivas limitaciones de las capacidades funcionales básicas que aumentan la probabilidad de encontrarse en situación de “dependencia funcional”, entendida por el Consejo de Europa como el estado en el que las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, lo referente a su situación personal¹¹⁴.

Hay que destacar que no todos los individuos que tienen una discapacidad tienden a ser dependientes, el Consejo de Europa plantea que deben suceder tres factores para que se pueda hablar de esta situación de dependencia que acabamos de definir. Estos son:

- Existencia de una limitación Física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona;
- Incapacidad del individuo para realizar por si mismo las actividades de la vida diaria; y

¹¹⁴ Servicios Sociales al Adulto Mayor”. Asociación Gremial De Cajas de Compensación de Asignación Familiar. CIEDESS, Santiago de Chile, 2005. P.91.

- La necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero¹¹⁵.

4.2.1. Dependencia: Caso España

En España, un país que se caracteriza por tener una legislación preocupada del Adulto Mayor, el Instituto de Mayores de Servicios Sociales (IMSERSO) elaboró una ley, conocida como la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, en diciembre del año 2006, la que sentó las bases para el futuro Sistema Nacional de Atención a la Dependencia. Esta financia los servicios que necesitan las personas dependientes físicamente, ya sea por una enfermedad o invalidez o por la llegada de la vejez.

Dentro del contexto poblacional de España, en el año 2008, habían 2 millones de personas dependientes,¹¹⁶ sumados los tres grados de dependencia (moderada, severa y gran dependencia), de un total de 46 millones de habitantes del país, por lo que es evidente, el avance en materia de Seguridad Social, llevado a un nivel de preocupación tal, que vela por el cuidado de las personas en sus estados de salud más delicados.

Esta ley, en definitiva, configura un nuevo derecho subjetivo de ciudadanía en España (inspirado en los principios de Universalidad, accesibilidad y equidad). El derecho de las personas que no se pueden valer por si mismas, a ser atendidas por el Estado, esto contempla la asistencia al dependiente, principalmente ancianos, independiente de los recursos económicos que se posean. El IMSERSO está obligado a administrar los recursos económicos suficientes para atender esa necesidad de protección, cuidando y promoviendo la autonomía, objetivo que debiese estar en todo Sistema de Seguridad Social. Esta ley se inició con participación financiera del Estado

¹¹⁵ HERRERA, M. Soledad y Kornfeld, Rosita. Construyendo Políticas Públicas para una Sociedad que envejece. CIEDESS, Santiago de Chile, 2008. Capítulo IV P. 90.

¹¹⁶ WIKIPEDIA. Enciclopedia Libre [en línea]. www.wikipedia.org. [consulta 30 de abril, 2012].

en la puesta en marcha del sistema, de forma transitoria hasta el año 2015, y proporcionalmente, los usuarios sufragarán el 35% del total en función de su renta. Si una familia puede pagar el 90% del coste de una residencia, así deberá hacerlo durante todo el tiempo posible.

4.2.2. Dependencia: Caso Chile

En una encuesta realizada en nuestro país por el SENAMA en el año 2009, se observó que aproximadamente un 25% del total de las personas con 60 años o más, presentaba algún nivel de dificultad en la realización de las actividades de la vida diaria, y alrededor de un 10% tiene una discapacidad grave. Los mayores de 85 años, un 70% de las mujeres y un 56% de los hombres tenía una condición de dependencia. Las personas con dependencia percibían ingresos menores a un salario mínimo¹¹⁷.

Este tipo de encuestas, sumado a investigaciones gubernamentales, han dado a conocer que esta dependencia es muy baja en personas de 60 y 69 años, pero que ha medida que la edad aumenta, llega a porcentajes superiores en personas de 85 años o más, alcanza un 18,3%, y un 30,2% en las personas mayores de 90 años. Un estudio reciente del SENAMA, reveló que más del 65% de los Adultos Mayores de 80 años, tiene dificultades para valerse por si mismos y requieren de la ayuda de terceros para realizar ciertas actividades cotidianas¹¹⁸. Esto resulta un verdadero problema para las políticas públicas, que deben apoyar a un numero cada vez mayor de personas que requieren cuidados especiales y que no tienen la capacidad de costear estos cuidados dentro de su ambiente familiar.

Existe un patrón evidente, en el que las mujeres asumen la mayor parte de la responsabilidad con respecto al cuidado de las personas dependientes en todas las

¹¹⁷ PRADO, Antonio y SOJO, Ana. Envejecimiento en América Latina: Sistemas de pensiones y protección social integral", Santiago de Chile : Naciones Unidas, 2010. P.233-262.

¹¹⁸HISTORIA DE LA LEY 20.531, abril 2012, pág. 5.

etapas del ciclo familiar, desde los niños pequeños hasta los AM. A pesar de que la baja en la tasa de natalidad, se mire como algo negativo, trae muchos beneficios sociales, mayor estudio e inserción laboral para la mujer, mejor calidad de vida, nutrición y salud de los hijos, así como una menor pobreza para los hogares. En términos sociales implican una menor presión demográfica sobre los sistemas educativos, el llamado “Bono demográfico”. Por lo que concluimos que sirve para regular los altos costos que se deben implementar en Seguridad Social para los Adultos Mayores, ya que el Estado disminuye considerablemente gastos en educación y salud, para los niños.

El gobierno de Sebastián Piñera está implementando un programa nacional enfocado a dar apoyo al problema de la dependencia, cuyo nombre institucional es Programa Fondo de Servicios de Atención del Adulto Mayor, y del cual depende también el Programa de Viviendas Protegidas mencionado anteriormente, que apunta a que personas mayores en situación de vulnerabilidad, que requieren de una solución habitacional y de servicios de apoyo y/o cuidado, accedan a una solución integral a través de la oferta pública, para lo cual se consideran sus condiciones de funcionalidad y/o niveles de dependencia. Este programa se dio a conocer en la cuenta pública del 2010 por la Secretaría General de la Presidencia, con un Ítem completo de las Iniciativas hacia los AM, dentro de las cuales se contemplaba la ley 20.531 que analizaremos y; complementada con el programa Adulto Mayor al Cuidado, consistente en una subvención para la atención de AM con discapacidades, que queden solos durante el día, de tal forma que puedan ser atendidos en centros de cuidado diurno o por guardadoras certificadas¹¹⁹.

En su línea de vivienda, este programa distingue 3 tipos de soluciones habitacionales:

¹¹⁹ GOBIERNO DE CHILE [EN LINEA]. < <http://www.gobiernodechile.cl/cuenta-publica-2010/secretaria-general-de-la-presidencia/programacion-2010-2014/>>, (consulta 10 de mayo, 2012).

- **Establecimientos de larga estadía (ELEAM)** para mayores en situaciones de dependencia severa, existiendo 14 proyectos en distintas etapas de ejecución a lo largo del país.
- **Conjuntos de viviendas tuteladas (condominios)**, para mayores con funcionalidad reducida y/o autovalentes, con 13 proyectos en ejecución a lo largo del país.

Viviendas stock SERVIU, que corresponden a los inmuebles construidos por dicho Servicio y que serán traspasados gradualmente a SENAMA, para su entrega en comodato a mayores, con 3.464 viviendas que serán traspasadas en el periodo 2011 – 2014¹²⁰.

5. REINSERCIÓN AL TRABAJO DE LOS ADULTOS MAYORES

Las reformas previsionales en Chile y en la región, han tenido una influencia importante, en cuanto al aumento en la edad de retiro de las personas, debido a la necesidad de obtener un capital importante, en el monto de las cotizaciones de la vida laboral de las personas. Pero han descuidado, a través del incentivo al aumento de las cotizaciones, y del impulso a mayor trabajo formal entre jóvenes y adultos, a este grupo etario, que está dispuesto a continuar trabajando, o a retomar sus labores, cuando su salud y oportunidades se los permiten. El problema es que hay pocas opciones de trabajo para la tercera edad, que muchas veces los lleva a trabajos sumamente informales e inadecuados para su salud, por ejemplo, comercio en las calles.

La recomendación que ofrece la OIT, no se trata de solo generar un impulso en el trabajo de los más jóvenes, sacrificando el de los AM, sino que se recomienda

¹²⁰ SENAMA [EN LINEA]. <http://www.senama.cl/Programas.html#serviciosVivienda>, (consulta 10 de julio, 2012).

promover políticas de igualdad de oportunidades y de trato entre los trabajadores de todas las edades. Por ejemplo, las políticas de capacitación y de entrenamiento, en general, tratan de privilegiar a los jóvenes, pero dado los cambios y avances tecnológicos que ha experimentado la sociedad en las últimas décadas, es sumamente necesarios capacitar a las personas de edad, y así promover políticas laborales¹²¹ que otorguen una vida activa durante la vejez, en la medida de lo posible.

El envejecimiento produce un retiro de una gran cantidad de personas del mercado laboral, lo que provoca un aumento en el índice de dependencia demográfica, en Chile se aumentará desde un 57,2% en el año 2005 a una cifra cercana al 60% en el 2020. Por cada 100 personas potencialmente activas, habría 60 dependientes.

El envejecimiento mundial, impulsó a las Naciones Unidas a formular un plan en el año 2002 para resolver los problemas del AM, denominado el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento de Madrid, con el objetivo de garantizar al Adulto Mayor un envejecimiento con seguridad y dignidad, para que pueda continuar participando como ciudadano pleno. Este plan contempla una serie de medidas para mejorar la vida de los AM, pero estas medidas, no implican solo ayuda social, también, el reconocimiento de estas personas, como sujetos activos, capaces de aportar a la sociedad, en trabajo, producción, consumo, y liderazgo. Además se proyecta una imagen positiva del envejecimiento, que en nuestra cultura es mirado como una enfermedad permanente.

Otro de los proyectos del gobierno, orientados al AM es promover el empleo a tiempo parcial con contrato simplificado para Adultos Mayores que hayan jubilado y quieran seguir trabajando en empleos por horas o de media jornada, iniciativa que

¹²¹ “Servicios Sociales al Adulto Mayor”. Asociación Gremial De Cajas de Compensación de Asignación Familiar. CIEDESS, Santiago de Chile, 2005. P. 84-85.

esperamos vea la luz, antes del fin del período 2014.

6. RELACIÓN ENTRE PENSIÓN POR VEJEZ Y MEJOR CALIDAD DE VIDA

6.1. Pensión por Vejez y Salud

Existe una importante relación entre los efectos de poseer una pensión por vejez, y mantener una buena salud, junto con la afiliación al Sistema Previsional de Salud. Se observan diferencias importantes entre la población mayor de 60 años que está pensionada y aquella que no tiene este estatus. Un 35.9% de los mayores de 60 años no pensionados pertenece al grupo FONASA A (carentes de recursos o indigentes), mientras que, solo 10.8% de los pensionados, pertenece a este grupo A. Por otra parte, mientras que un 76.5% de los pensionados pertenece a los otros grupos del sistema público, este porcentaje es de 45.8% en los no pensionados.

Otra diferencia importante, se observa en el porcentaje que no tiene Sistema Previsional de Salud, es decir, que se atiende en forma particular. Un 7.5% de los no pensionados mayores de 60 años se encuentra en esta situación; sin embargo, este porcentaje es de tan solo 0.8% en los pensionados. Finalmente, se encuentran afiliados a una ISAPRE un 5.4% de los no pensionados y un 8.3% de los pensionados.

Respecto al estado de salud auto reportado por los pensionados y no pensionados mayores de 60 años en la Encuesta de Protección Social 2004, se puede concluir que en general los pensionados declaran un estado de salud mejor que los no pensionados. Un 3.6% de los pensionados declara su salud como excelente, mientras que un 2.1% de los no pensionados dice tener un estado de salud excelente. Un 5.1%

de los pensionados versus un 4.7% de los no pensionados declara un estado de salud muy bueno, y un 34.7% de los pensionados versus un 27.2% de los no pensionados declara un estado de salud bueno¹²².

6.2. Adultos Mayores y Familia

La Familia juega un rol fundamental, en la calidad de vida de un AM, no solo en cuanto a bienestar económico, mas bien, principalmente al bienestar síquico, debido a la necesidad de tener compañía y afecto, que posee todo ser humano, pero que ha medida que se va envejeciendo, muchas veces las personas mayores se van quedando solas.

En Países como el nuestro, la ayuda familiar es el sostenimiento de muchos AM, desprotegidos por la Seguridad Social. Ante las fallas de estos sistemas, las transferencias familiares, tanto en el hogar, como fuera de este, son importantes. La ayuda familiar, asume diversas formas, que van desde la asistencia monetaria directa hasta el cuidado personal de un pariente enfermo o parcialmente discapacitado, pero la modalidad familiar mas frecuente es la coresidencia, o sea, el albergar en la casa familiar o compartir el mismo hogar de propiedad de adulto mayor, esto significa alojamiento, alimentación, servicios y compañía

Esta situación es frecuente en Chile y en el resto de la región. Los hogares multigeneracionales no solo existen en situaciones de pobreza, también muchas veces en familias más acomodadas cuando los progenitores quedan viudos. Por eso en reiteradas ocasiones, hemos señalado en este trabajo, la importancia de invertir en Seguridad Social (previsional y sanitaria) en los AM, ya que sus efectos son

¹²² SUBSECRETARIA DE PROTECCION SOCIAL [EN LINEA]. <http://www.proteccionsocial.cl/docs2006/boletin4.pdf>. Boletín Previsional N.4 de Agosto del 2007, visto el 9 de mayo del 2012.

multiplicadores en el resto de la familia, y en el caso de las familias de muy bajos recursos, suelen convertirse, en la única fuente de ingresos, que permiten salir de la pobreza extrema. Las generaciones más jóvenes que comparten con este AM, son favorecidas con la sabiduría de los consejos de sus abuelos.

CAPITULO VI: ANALISIS PROFUNDO DE LA LEY N°20.531, BENEFICIOS Y CRÍTICAS

1. NOCIONES PRELIMINARES

En los países post industrializados se constató que cerca del 18% del gasto médico se realiza en el último año de vida, además de que parte importante del restante porcentaje se ocupa en la vejez. Lo que ocasiona un problema económico y moral, ya que la sociedad cuenta con recursos escasos para satisfacer las necesidades de amplios sectores de la sociedad, por lo que destinar recursos a los Adultos Mayores puede ocasionar una disminución hacia otras áreas tan o más importantes, como la educación, siendo que los problemas médicos se pueden prevenir en esta etapa de la vida, con un menor costo por parte de la sociedad.

Por eso es tan importante disminuir en la medida de lo posible los gastos en salud que debe efectuar un pensionado, porque en muchas ocasiones un Sistema de Salud que les proporcione una alta cobertura en exámenes preventivos y consultas, evitaría los gastos que implican las operaciones y enfermedades catastróficas que se detectan de improviso en sus últimas etapas, por lo que la ley que analizaremos, puede constituir un gran aporte a las familias, al incrementar indirectamente sus ingresos económicos, cubriendo los gastos mínimos en salud, el problema es, como veremos a continuación, los verdaderos alcances que esta tiene sobre la población de Adultos Mayores.

1.1. Génesis de la Ley 20.531

Para analizar la evolución de esta ley, tenemos que considerar que desde los gobiernos de la Concertación, este tema siempre estuvo en la palestra, pero la idea de eliminar el 7% de cotización en salud para los pensionados era descartada por diversos motivos, quedando siempre postergada, por lo que nunca se logró obtener dicha reducción. Luego el tema reaparece en las elecciones presidenciales del año 2009, siendo promesa de campaña tanto del actual Presidente Sebastián Piñera Echeñique, como del candidato de la Concertación Eduardo Frei Ruiz-Tagle. Dentro de ambos programas de gobierno se planteaba la necesidad de eliminar las cotizaciones del 7% para salud a los pensionados de nuestro país.

Esta promesa presidencial, comenzó a materializarse el 5 de abril del año 2011, con el Mensaje enviado por el Ejecutivo a la Cámara de Diputados, iniciándose la tramitación de Ley 20.531, y como su mismo nombre lo indica, dentro de sus objetivos, esta complementa la Reforma Previsional iniciada el año 2008, eliminando ciertas desigualdades que se originaron entre personas carentes de recursos con distintos beneficios y con el principal objetivo de eximir total o parcialmente a los pensionados que se indica, según sea el caso, de la obligación establecida en el artículo 85 del Decreto Ley N° 3500¹²³ de cotizar para la salud, por lo que el alcance que originalmente se dio, tanto a nivel político como mediático, de la eliminación total del 7% que se les descuenta a los jubilados, no es del todo exacto, por lo que en este capítulo queremos estructurar quienes realmente se benefician con esta ley.

¹²³ Artículo 85.- Todas las pensiones que establece este cuerpo legal estarán afectas a una cotización uniforme del 7% en la parte que no exceda de 60 UF del día de su pago. Dicha cotización será destinada a financiar prestaciones de salud y descontada por la entidad obligada al pago de la respectiva pensión para ser enterada en el Fondo Nacional de Salud. Aquellos afiliados pensionados bajo la modalidad de retiro programado o renta temporal que habiendo agotado el saldo de su cuenta de capitalización individual no tengan derecho al sistema de pensiones solidarias, podrán enterar la cotización a que alude el inciso I, calculada sobre el monto de la pensión básica solidaria vigente que corresponda.

Se estima que en la próxima década, la población adulto mayor chilena aumentará en un 45%, mientras que la infanto juvenil se reducirá en aproximadamente un 2%, por lo que no hay duda alguna, de que Chile esta envejeciendo a pasos a agigantados. Por esta razón, es que consideramos que los esfuerzos gubernamentales no son suficientes, sin desmerecer los esfuerzos por mejorar la calidad de vida de nuestros adultos mayores, se necesitan políticas mucho más drásticas, y que implican un mayor costo económico para el país.

Diversos estudios fijan en no menos de 15.000, el número de ancianos abandonados, y en 260.000 los que viven de allegados en casas no aptas para su condición. Hay que agregar que se estima que más de medio millón sufre de algún tipo de violencia, verbal, psicológica, e incluso física, lo que nos permite concluir, que no sólo el Estado les ha fallado, también el resto de la población al no existir el respeto suficiente que les permita vivir con dignidad, por lo que aliviarles la carga de gastos, resulta sumamente beneficioso, especialmente en un tema tan delicado e importante como la salud.¹²⁴

1.2. ¿Por que un pensionado que se encuentra activamente trabajando debe pagar el 7% en salud por ambos ingresos?

La normativa legal vigente establece que los afiliados a FONASA e Isapres, deben pagar el 7% de cotización para salud sobre todos los ingresos que perciba en calidad de trabajador dependiente y por todas las pensiones que perciban legalmente. En todo caso, dicha cotización no podrá exceder del tope imponible de 66 UF¹²⁵. Aunque la persona sea beneficiaria de la eliminación del 7% por su pensión, continuará cotizando, en virtud de sus ingresos o remuneración si continúa trabajando. Este doble pago no implica ninguna mejora en las prestaciones de salud recibidas, por lo que parece absolutamente absurdo y hasta abusivo que se castigue a los pensionados que opten por continuar con una vida activa con descuentos legales innecesarios, en total oposición a países desarrollados que han optado por políticas que incentivan a las

¹²⁴ Historia Fidedigna de la ley 20.531. Pág. 4.

¹²⁵ FONASA. <<http://www.fonasa.cl>>. [Consultado en abril, 2012]

personas a continuar con actividades remuneradas hasta que su salud se los permita a través de estímulos fiscales a los empleadores.

2. HISTORIA DE LA LEY 20.531 QUE EXIME, TOTAL O PARCIALMENTE, DE LA OBLIGACIÓN DE COTIZAR PARA SALUD A LOS PENSIONADOS QUE INDICA

En este número se señalará el itinerario legislativo que concluyó con la dictación de la ley N°20.531 que exime total o parcialmente, de la obligación de cotizar para salud a los pensionados que indica.

El proceso para la dictación de esta ley comenzó con fecha 05 de abril de 2011, cuando el Presidente de la República, en uso de sus facultades constitucionales envió a la Honorable Cámara de Diputados, a través del Mensaje N°015-359, el proyecto de ley destinado a eximir, total o parcialmente, de la obligación de cotizar para salud, de forma focalizada y gradual a los pensionados que indica.

2.1. Fundamentos del Mensaje Original del Proyecto de Ley

En su Mensaje el Presidente explica cuáles son los fundamentos, los objetivos y el contenido del proyecto. Señala que dicho proyecto se fundamenta principalmente en el acelerado envejecimiento que experimenta la sociedad chilena, considerando que la tercera edad junto con la infancia, corresponden a los períodos de mayor vulnerabilidad, y que esta propuesta además, es una forma de agradecer el cariño y bondad de nuestros Adultos Mayores,

En este documento; el Presidente de la República expresa que el proyecto tiene como objetivo beneficiar a los AM en un aspecto tan significativo para ellos como es el de su salud, ya que no cabe duda que el costo de vida durante la tercera edad

aumenta significativamente con la llegada de enfermedades y los malestares físicos y psicológicos propios de la vejez, eliminando o reduciendo, en forma gradual y según su edad y condición socioeconómica, la cotización legal del 7% para salud que hoy se les exige. Corrigiendo además las diferencias hoy existentes entre los beneficiarios del Sistema de Pensiones Solidarias, eximiendo focalizadamente y de manera total o parcial la cotización legal de salud a los beneficiarios del Sistema de Pensiones Solidarias (Pensión Básica Solidaria o Aporte Previsional Solidario).

Es menester recalcar, que este proyecto favorece tanto a los pensionados afiliados del Fondo Nacional de Salud, Fonasa, como a los de Instituciones de Salud Previsional, Isapre, siendo esta propuesta un llamado a la solidaridad con quienes puede que hayan dejado de trabajar, pero en ningún caso han dejado de vivir.

2.2. Objetivos del Mensaje Original del Proyecto

El objetivo inicial del proyecto de ley, tal como se señaló anteriormente, fue beneficiar a los Adultos Mayores en un aspecto tan sensible y significativo para ellos como es el de su salud, eliminando o reduciendo, en forma gradual y según su edad y condición socioeconómica, la cotización legal del 7% para salud que se les exigía. A su vez, esta reforma ha tenido a la vista, la estructura del Sistema de Salud actualmente vigente y los principios de seguro colectivo y de financiamiento del Fondo Nacional de Salud (FONASA), tomando en especial consideración, el resguardo a la sustentabilidad fiscal del sistema público de salud, cuyo financiamiento depende en una gran parte de las cotizaciones de sus afiliados.

Otro de los objetivos de la ley fue corregir la diferencia que se hace entre los distintos beneficiarios del sistema solidario, ya que los beneficiarios de la PBS carentes de recursos, estaban exentos desde el año 2008 del pago de esta cotización (beneficio que corresponde al 20% más vulnerable, según el puntaje obtenido en la ficha de protección social), pero que no se les otorga a los beneficiarios del Aporte Previsional

Solidario, que estén en la misma situación de carencia de recursos. Con la ley, esta desigualdad es eliminada. Por ello, el proyecto de ley incorpora una exención gradual, según edad, del porcentaje de la cotización legal para salud de aquellos beneficiarios del Aporte Previsional Solidario carentes de recursos, perfeccionando la legislación vigente. Ello a partir del 1 de octubre de 2012.

De esta forma, en la referida fecha, todos los beneficiarios del Sistema de Pensiones Solidarias que sean carentes de recursos estarían eximidos de la cotización legal para salud. Además, dicho beneficio se concederá a quienes tengan 75 años o más a partir de octubre de 2011.

Una vez favorecidos los pensionados carentes de recursos, el proyecto eximiría de la cotización legal de salud a quienes reciben beneficios del Sistema de Pensiones Solidarias e integran un grupo familiar que se encuentre entre más del 20% y hasta el 40% más pobre de la población. Dicha rebaja sería también progresiva según la edad, comenzando a regir el 1 de octubre de 2012 para los pensionados de mayor edad, esto es, respecto de quienes tengan 75 o más años. Posteriormente, el 1 de octubre de 2013 la situación de este sector sería, igual a la de los pensionados carentes de recursos. En suma, durante el año 2013 todos los beneficiarios del Sistema de Pensiones Solidarias que integren un grupo familiar perteneciente al 40% más pobre, iban a estar eximidos de la cotización legal de salud. Esto es, dejarán de cotizar el 7% destinado a contribuir al financiamiento del Sistema de Salud, todos los pensionados de los dos primeros quintiles que reciban una Pensión Básica Solidaria o una pensión complementada con Aporte Previsional Solidario.

El Mensaje indica que a partir del 1 de octubre de 2013, este proyecto de ley otorgaría una rebaja en la cotización legal de salud a los Adultos Mayores beneficiarios del Sistema de Pensiones Solidarias que integren un grupo familiar perteneciente al tercer quintil más pobre de la población, llegando con ellos a más pensionados de la clase media de nuestro país. Rebajando la mencionada cotización legal de un 7% a un 5%, contribuyendo al bienestar de este importante sector.

En efecto, la gradualidad en el otorgamiento de los beneficios contenida en el proyecto original, de acuerdo a la edad y a la condición socioeconómica de los pensionados, era justificada desde un punto de vista económico, ya que el Gobierno procuraba mantener la responsabilidad fiscal y asegurar el financiamiento de esta reforma.

Por otro lado, es menester recalcar que los beneficiarios de la exención entregada podrán seguir optando por afiliarse al sistema de salud público o privado de salud. Los beneficiarios que se encuentren en el primer caso, a su vez, podrán continuar eligiendo entre la modalidad de atención institucional o de libre elección.

2.3. Contenido del Mensaje Original del Proyecto de Ley.

El Presidente de la República indica en su Mensaje que el proyecto que se presenta a consideración del Honorable Congreso Nacional consta de tres artículos permanentes en los que se concede una exención escalonada, diferenciada según edad y características socioeconómicas, del porcentaje de la cotización legal para salud a los beneficiarios del Sistema de Pensiones Solidarias que el proyecto indica. De igual forma, se crea una bonificación de cargo fiscal para contribuir al financiamiento del plan de salud de aquellos beneficiarios de la exención o rebaja que cumplan con los requisitos que se señalan y que opten por afiliarse a Instituciones de Salud Previsional.

El proyecto en general establece dos categorías de beneficiarios: unos obtendrán la exención total de la cotización legal de salud y otros la rebaja de la cotización legal de salud. Los primeros obtendrán esta exención gradualmente en el tiempo, iniciándose a partir del mes de octubre de 2011 y también gradualmente de conformidad a la edad del pensionado. Respecto del segundo grupo de rebaja de cotización, la reducción comenzaría a partir del 1 de octubre del 2013.

Por último, el proyecto comprende cuatro disposiciones transitorias en las cuales se establece una gradualidad transitoria para la implementación de la exención referida. Además se dispone que durante el año 2011 el instrumento técnico de focalización a aplicar será la Ficha de Protección Social. Asimismo, dichas normas regulan la situación de las personas que están afectas a algunos de los regímenes previsionales administrados por el Instituto de Previsión Social, que tienen derecho a Pensiones Solidarias o al Aporte Previsional Solidario, en virtud de lo dispuesto en los artículos transitorios noveno, décimo y undécimo, todos de la ley N° 20.255

2.4. Indicaciones del Ejecutivo.

Luego del envío del proyecto de ley, el Presidente de la República formula, por mensaje N°103-359, el 23 de Junio de 2011, a la Honorable Cámara de Diputados una indicación que sustituye al proyecto de ley que exime total o parcialmente de la obligación de cotizar para salud a los pensionados que indica a fin que sea considerada durante la discusión del mismo. A continuación de esta indicación sustitutiva, con fecha 12 de Julio de 2011 en mensaje N°121-359, el Presidente de la República nuevamente envía una indicación al proyecto a fin que sean consideradas durante la discusión del mismo.

La primera de estas indicaciones sustituye íntegramente el texto contenido en el Mensaje original. Estas modificaciones están orientadas a eliminar la entrega de los beneficios de forma escalonada y ampliar el universo de beneficiados. En el sentido que la indicación sustitutiva en su artículo 1° establece que a contar del día 1° del tercer mes siguiente a la fecha de publicación de la presente ley en el Diario Oficial, todas las pensiones que se encuentren percibiendo o que en el futuro perciban los beneficiarios del Sistema de Pensiones Solidarias de la ley N° 20.255, estarán exentas de la cotización legal del artículo 85 del decreto ley N° 3.500, de 1980. Eliminando así el requisito que los beneficiarios del aporte previsional solidario que sean carentes de recursos debían tener 75 o más años de edad para poder optar al beneficio a contar desde el 1 de octubre del año 2011 del mes siguiente a la fecha de publicación de la presente ley en el Diario Oficial si esta data fuera posterior.

Asimismo el proyecto original establecía que los beneficiarios menores de 75 años de edad obtendrían el beneficio a partir del 1 de octubre del año 2012 o el día 1 del mes siguiente a la publicación de la ley en el Diario Oficial si esta data fuera posterior, y a contar del 1 de octubre de 2013, también estarían exentos de la cotización legal de salud los beneficiarios del sistema de pensiones solidarias que integren un grupo familiar que se encuentre entre más del 20% y hasta el 40% más pobre de la población. Para aquellos beneficiarios que se encontraban en la situación antes señalada y que tengan 75 o más años de edad, dicha exención regirá a contar del 1 de octubre de 2012.

Como se aprecia con la indicación sustitutiva se eliminan todas las diferencias de edad y gradualidad para obtener el beneficio, otorgándose a todos quienes sean parte del Sistema de Pensiones Solidarias por igual y en el primer año de entrada en vigencia de la ley.

Respecto de aquellos beneficiados con la reducción en la cotización en salud, la indicación sustitutiva también comprendía modificaciones respecto del proyecto original estableciendo en el artículo 2° que a contar del día 1° del mes siguiente a los doce meses posteriores a la entrada en vigencia de la exención establecida en el inciso primero del artículo 1°, la cotización legal para salud, será de 5% para los pensionados del sistema de pensiones, siempre que cumplan con los requisitos establecidos en las letras a) y c) del artículo 3° de la ley N° 20.255 y que integren un grupo familiar perteneciente a los cuatro primeros quintiles de la población de Chile conforme al instrumento técnico de focalización señalado en el artículo 32 de la ley antes citada. En cambio el proyecto original en su artículo 1° establecía que a contar del 1 de octubre de 2013, se realizaría la reducción al 5% de la cotización legal de salud para los beneficiarios del sistema de pensiones solidarias que integren un grupo familiar que se encuentre entre más del 40% y hasta el 60% más pobre de la población de Chile, conforme al instrumento técnico de focalización señalado en el artículo 32.

Nuevamente la indicación sustitutiva acortó los plazos para recibir el beneficio y aumenta la población beneficiaria no sólo a quienes formaban parte del sistema de pensiones solidarias, sino también a los Adultos Mayores que pertenecen a los 4 primeros quintiles no pertenecientes al Pilar Solidario, incluyendo además a quienes reciben pensiones de invalidez.

Respecto de los artículos transitorios, cabe hacer presente que estos también fueron modificados íntegramente por la indicación sustitutiva, ya que algunos continuaban estableciendo diferencias escalonadas y en otros se establecían disposiciones que fueron integrados a los artículos permanentes de la indicación sustitutiva.

Por último en la segunda indicación sustitutiva, se incorpora un nuevo inciso tercero al artículo primero y se introducen ciertas modificaciones a los artículos segundo, tercero y primero transitorio, que vienen en perfeccionar la redacción y claridad del proyecto de ley.

2.5. Discusión en la Cámara de Diputados.

El proyecto de ley inicia su proceso de discusión en la cámara de Diputados en las Comisiones de Salud y Hacienda, las que emitieron su informe con fecha 19 de julio de 2011. En ambas comisiones fue revisado y discutido el proyecto de ley modificado por las indicaciones sustitutivas del Presidente de la República, siendo aprobado en su totalidad. Cabe destacar que en la comisión de Hacienda se hace referencia a un informe financiero emanado de la Dirección de Presupuesto, de fecha 29 de junio de 2011, el que da cuenta del aumento en el gasto total en que incurrirá el Estado producto de la modificación sustitutiva del proyecto de ley la cual aumenta el universo de beneficiarios originalmente contemplados y acortar los plazos definidos para su entrada en vigencia. Costos que se grafican en el siguiente cuadro:

| | Número de Beneficiarios | Mayor Gasto Fiscal MM\$ | Sustitución de Ingresos MM\$ | Total Costo Fiscal MM\$ | Equivalente Total en MMUS\$ |
|----------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| (*)2011 | 678.969 | 154 | 17.742 | 17.896 | 38 |
| (**)2012 | 1.044.311 | 838 | 81.728 | 82.566 | 176 |
| 2013 | 1.090.583 | 1.413 | 99.947 | 101.360 | 216 |
| 2014 | 1.131.933 | 1.493 | 105.601 | 107.094 | 228 |
| 2015 | 1.171.009 | 1.574 | 111.166 | 112.740 | 240 |
| 2016 | 1.219.192 | 1.667 | 117.919 | 119.586 | 254 |
| 2017 | 1.283.121 | 1.783 | 127.029 | 128.812 | 274 |
| 2018 | 1.346.571 | 1.903 | 136.461 | 138.365 | 294 |
| 2019 | 1.414.167 | 2.037 | 147.062 | 149.099 | 317 |
| 2020 | 1.488.985 | 2.184 | 158.859 | 161.043 | 343 |
| 2021 | 1.564.588 | 2.341 | 171.340 | 173.681 | 370 |
| 2022 | 1.646.421 | 2.513 | 185.096 | 187.609 | 399 |
| 2023 | 1.736.494 | 2.704 | 200.597 | 203.300 | 433 |
| 2024 | 1.834.707 | 2.911 | 217.683 | 220.593 | 469 |
| 2025 | 1.923.068 | 3.114 | 234.006 | 237.120 | 505 |

(*) Considera entrada en vigencia desde octubre de 2011.

(**) Incluye desde octubre de 2011 a los pensionados que no son beneficiarios del SPS y que pertenezcan hasta el cuarto quintil y cumplan con los requisitos establecidos en las letras a) y c) del artículo 3° de la ley N° 20.255.¹²⁶

A su vez el informe financiero elaborado por la Dirección de Presupuestos, establece que durante el año 2011, el gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley se financiará con cargo a la partida presupuestaria Tesoro Público de la Ley de Presupuesto vigente. El resto de los años se financiará con los recursos que contemple la Ley de Presupuestos para estos efectos.

En el debate de la Comisión el Ministro (S) de Hacienda Rodrigo Álvarez, manifestó que este beneficio se hizo extensible también para los pensionados por invalidez del Pilar Solidario y cerca de 700 mil pensionados dejarán de cotizar el 7% durante el año 2011 y a fines de 2012 los beneficiados con exención total o parcial de su cotización de salud llegarán a más de 1 millón de personas. En el mismo debate el Ministro de Salud Jaime Mañalich afirmó que esta iniciativa implica un aumento neto de la pensión para los beneficiarios; manteniendo de manera estricta y absoluta todos los beneficios y garantías de salud vigentes al día de hoy, además, el proyecto está estructurado de

¹²⁶ Historia Fidedigna de la Ley 20.531. Pág. 22.

una manera tal que los pensionados no pierden su calidad de cotizantes de FONASA.

Evacuados los respectivos informes, con fecha 20 de julio del año 2011, se dio inicio a la discusión en sala del proyecto. Durante la discusión la mayoría de los diputados manifestaron su conformidad con este proyecto de ley y reconocieron que las modificaciones sustitutivas vienen a mejorar enormemente el proyecto original contenido en el Mensaje del Presidente de la República, ya que este contenía varias fallas de cobertura. Esto es relevante debido a que este proyecto de ley al tener relación con la administración financiera o presupuestaria del Estado, es de iniciativa exclusiva del Presidente, por lo que sólo él puede ampliarlo.

Respecto de las críticas, algunos Diputados cuestionaron la cobertura del beneficio relacionado con la reducción de la cotización en salud de un 7% a un 5%, ya que consideran que esta debe ser extensible a la totalidad de los pensionados. También se cuestiona el mecanismo que determine el umbral de beneficiarios, puesto que la iniciativa no es lo suficientemente clara en esto y, dado que se basa en un instrumento esencialmente dinámico, es factible que si las condiciones cambian -por ejemplo, al recibir un montepío u otro apoyo del Estado- se pierda la condición de beneficiario. La ley se refiere a una herramienta de focalización social especial, distinta a la Ficha de Protección Social que hoy ha generado severas dificultades. Por lo tanto, puede ocurrir que un adulto mayor hoy sea beneficiario, deje de pagar la cotización del 7 por ciento y mañana, por una modificación en su puntaje, pierda el beneficio y tenga que volver a cotizar el 7 por ciento de salud.

Para solucionar este problema el Diputado Lorenzini propuso que este beneficio tenga carácter de derecho irreversible y vitalicio, propuesta que lamentablemente no prosperó. Si algún pensionado se ve beneficiado con la exención del pago del 7 por ciento para salud, no debe perder su condición de beneficiario ante un eventual cambio de tramo.

Además se critica que el beneficio no comprende a los pensionados de las Fuerzas Armadas y a exonerados políticos, por cuanto ellos no forman parte del Sistema de Pensiones Solidarias.

Debido a que el proyecto fue enviado por el Presidente de la República con calificación de suma urgencia para su tramitación legislativa, el proyecto fue votado ese mismo día, siendo aprobado por 103 votos a favor, 0 en contra y 2 abstenciones.

2.6. Discusión en el Senado

Ese mismo día 20 de julio de 2011 por oficio N°9590 se remitió al Presidente del Senado, el proyecto aprobado por la Honorable Cámara de Diputados, para su estudio y posterior aprobación.

En el segundo trámite constitucional, el proyecto que exime, total o parcialmente, de la obligación de cotizar para salud a los pensionados que indica fue revisado y discutido por las comisiones de Hacienda y Salud del Senado el 17 de agosto de 2011, siendo aprobado en su totalidad por la unanimidad de sus miembros.

Cabe destacar que la Comisión de Salud recibió en audiencia a los representantes del Comando de Exonerados de Chile, quienes manifestaron que el proyecto los excluye de manera discriminatoria, por cuanto ellos no forman parte del Sistema de Pensiones Solidarias, lo que no les permite acogerse al beneficio del artículo 1°, y si bien el artículo 2° les da acceso a la rebaja de cotización para salud, la vigencia de dicho beneficio se posterga en más de un año. Expresaron también que el 75% de los beneficiarios de su grupo son Adultos Mayores y que el 80% de sus pensiones es inferior a \$150.000, lo que sitúa a la mayoría de ellos dentro de los tres primeros quintiles de la población.

Posteriormente, en la Comisión de Hacienda del Senado, el Senador Eduardo Frei solicitó al Ministro de Hacienda que aclare si los exonerados políticos y los afiliados a la Caja de Previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA) y a la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile (DIPRECA) podrán acceder a los beneficios que establecerá el presente proyecto de ley; y consultó, además, por la ficha que se utilizará para medir el 60% de la población de menores ingresos que tendría acceso al beneficio.

El señor Ministro precisó, que la ley N° 19.234, que otorgó beneficios a los exonerados políticos, estableció beneficiarios que reciben abono de tiempo, estos son, aquéllos que permanecieron en el antiguo sistema de pensiones o se incorporaron al decreto ley N° 3.500 y que corresponden, aproximadamente, a la mitad del total de los exonerados políticos. Este grupo tiene el mismo derecho que cualquier persona a recibir el beneficio, en la medida que cumplan con los requisitos que establece el proyecto.

En cuanto a los afiliados a CAPREDENA y DIPRECA, expresó que ellos efectivamente no están incluidos dentro de este régimen, porque tienen uno distinto y, además, serán abordados por una ley especial, de la cual existe un compromiso del Ejecutivo al respecto. Respecto del instrumento de medición se creó un Instrumento Técnico de Focalización (ITF) que reemplazó a la Ficha de Protección Social, el cual mide pobreza y no vulnerabilidad, y será la herramienta que se aplicará para definir los cuatro primeros quintiles, determinando el beneficio de la eliminación o reducción del 7% de cotización de salud.

Respecto de la forma de financiamiento, el Senador Ricardo Lagos Weber preguntó cómo se financiará el proyecto, dado que el informe financiero señala que se hará con cargo a la partida Tesoro Público, pese a que el mismo indica que se trata de gastos permanentes. El señor Ministro explicó que el financiamiento de esta iniciativa se insertará dentro de un presupuesto responsable que cautelará el compromiso del

Gobierno para reducir el déficit estructural de 3% que había el año 2009, a 1% el 2014, meta que, aseguró, se mantiene.

Luego ese mismo día se dio inicio a la discusión en sala en el Honorable Senado. Durante la discusión se realizaron diversas indicaciones por parte de los Senadores: Gómez, Escalona, Muñoz Aburto, Rossi, Andrés Zaldívar, Lagos y Tuma, que consisten en eximir de cotización legal, adicionalmente, a otros pensionados y en normas para incluir en el beneficio a las personas que reciben también pensión de invalidez y sobrevivencia. Tales indicaciones fueron declaradas inadmisibles ya que afectan la administración financiera o presupuestaria del Estado, materias que son de iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

En este mismo sentido, los Senadores Letelier y Girardi, durante la discusión presentaron una indicación, que tenía por objetivo que las cotizaciones de salud establecidas en el artículo 85 del decreto ley N°3.500 no puedan destinarse a otra función que no sea una prestación de salud. Es decir, que no se ocupen para pagar pensiones o subsidios por incapacidad laboral. Ya que según el Senador Letelier un 2% de las cotizaciones de salud van para costear las licencias médicas, por lo que sería injusto que un porcentaje de las cotizaciones de los pensionados sean destinadas para costear las licencias médicas de los trabajadores activos, a los pensionados se les obliga a pagar algo que no les corresponde. El Senador Letelier señaló además que el Tribunal Constitucional en un fallo referente a este tema, planteó que no existe una norma legal que autorice el traspaso de recursos descontados para FONASA a fin de pagar subsidios de incapacidad laboral, sino que opera de hecho.

Sin embargo la indicación fue retirada para poder aprobar el proyecto durante esa sesión y así no retrasar la implementación del beneficio. Finalmente, el proyecto fue aprobado sin modificaciones tanto en general como en particular.

En esa sesión del día 17 de agosto de 2011 se remitió el proyecto a la Honorable

Cámara de Diputados. Luego con fecha 18 de agosto de 2011, la Cámara de Diputados, en su calidad de Cámara de origen, remite al Presidente de la República el proyecto de ley aprobado por el Congreso para su promulgación y publicación.

Finalmente, con fecha 29 de agosto de 2011, el Presidente de la República promulgó la ley que exime, total o parcialmente, de la obligación de cotizar para salud a los pensionados que indica, siendo publicada en el Diario Oficial el día 31 de agosto de 2011 con el número 20.531.

3. ANÁLISIS DE LOS ARTICULADOS DE LE LEY 20.531

3.1. Artículos Permanentes.

El artículo 1° de la ley en análisis indica el momento que comienza a regir el beneficio de exención de cotización legal de salud y determina quienes son los beneficiados. En el inciso segundo se establece que los beneficiados que se encuentren exentos de la cotización legal de salud señalada en el inciso anterior y que no sean indigentes o carentes de recursos podrán optar por atenderse de acuerdo con la modalidad de libre elección. Esto es relevante ya que estos beneficiados no perderán el derecho de atenderse mediante bonos en servicios particulares.

Respecto a los beneficiarios que se encuentren afiliados a una Institución de Salud Previsional, mantendrán su calidad de pensionados cotizantes, para todos los efectos legales, en relación con los derechos y obligaciones que emanan del régimen de salud previsional al que se encuentran adscritos. Lo que tampoco significará modificación alguna a los contratos de salud vigentes.

Esto es de suma importancia, ya que la ley expresamente indica que los beneficiarios con esta exención en ningún caso perderán los derechos que tenían al cotizar y tanto el sistema público como privado debe considerarlos como cotizantes para todos los efectos legales.

En el artículo 2° se indica que a contar del día 1 del mes siguiente a los doce meses posteriores a la entrada en vigencia de la exención establecida en el inciso primero del artículo 1°, la cotización legal consagrada en el artículo 85 del decreto ley N° 3.500, de 1980, será de 5% para todos los pensionados de 65 años o más del sistema de pensiones que no pertenecen al Pilar Solidario, pero que integran un grupo familiar perteneciente a los cuatro primeros quintiles. Esto incluye a quienes obtuvieron pensiones por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y a quienes obtuvieron pensiones por gracia para exonerados políticos, siempre que cumplan con los requisitos de tener 65 años de edad y acreditar residencia en el territorio de la República de Chile por un lapso no inferior a veinte años continuos o discontinuos, contados desde que el peticionario haya cumplido veinte años de edad.

Para determinar si los solicitantes forman parte de los primeros cuatro quintiles de la población, un reglamento que para tal efecto dicte el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, suscrito también por el Ministro de Hacienda, establecerá un instrumento técnico de focalización que determinará quienes integran un grupo familiar perteneciente a los quintiles antes mencionados. Además establecerá los criterios, procedimientos y periodicidad con que deberá efectuarse la revisión del cumplimiento de los requisitos. A continuación el inciso primero del artículo 2° establece explícitamente que esta rebaja no será aplicable a las pensiones de los regímenes de la Caja de Previsión de la Defensa Nacional y de la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile.

Luego el inciso 2° establece que el Instituto de Previsión Social será el responsable de verificar el cumplimiento de los requisitos señalados en el inciso primero de este

artículo, con todos los antecedentes que disponga el Sistema de Información de Datos Previsionales y con los que le proporcionen los organismos públicos y privados del ámbito previsional o que paguen pensiones de cualquier tipo. Igualmente el Instituto de Previsión Social es el responsable de revisar el cumplimiento del requisito de focalización establecido en el inciso primero del artículo 2° y deberá poner término a la rebaja de la cotización de salud cuando el beneficiario deje de cumplirlo. Además el Instituto de Previsión Social deberá informar a las entidades pagadoras de la pensión, la nómina de beneficiarios afectos a la exención en la cotización de salud y la nómina de aquellos beneficiarios de la rebaja de la cotización de salud. Dichas entidades informarán al Fondo Nacional de Salud, la nómina de sus pensionados que sean beneficiarios de la exención o rebaja de la cotización de salud.

El artículo 3° establece que los beneficiarios de la exención o rebaja de la cotización de salud señalados en los artículos 1° y 2°, tendrán derecho a una bonificación de cargo fiscal, que no estará sujeta a cotización alguna, igual al monto de la exención o rebaja, que contribuirá a financiar los respectivos planes de salud. El Instituto de Previsión Social será quien transferirá los recursos a los aseguradores, sean éstos el FONASA o las Isapres. Por lo tanto esta bonificación contribuirá a financiar los respectivos planes de salud.

Por último en el inciso final del artículo 3° se establece que las Superintendencias de Salud, de Pensiones y de Valores y Seguros serán las entidades que deberán regular, la aplicación de la exención o rebaja de la cotización de salud, así como la aplicación de la bonificación a que se refiere este artículo.

3.2. Artículos Transitorios.

El artículo primero transitorio regula la situación de las personas que están afectas a algunos de los regímenes previsionales administrados por el Instituto de Previsión Social, que tienen derecho a Pensiones Solidarias o al Aporte Previsional Solidario, en

virtud de lo dispuesto en los artículos transitorios noveno, décimo y undécimo, todos de la ley N° 20.255. En la especie, tanto la exención como la rebaja de la cotización legal para salud, incluyen a los referidos beneficiarios del Sistema de Pensiones Solidarias, siempre que cumplan con las condiciones que señala la ley.

En el segundo artículo transitorio se indica que las personas que perciban pensión de vejez o jubilación, pensión de invalidez o pensión de sobrevivencia, de cualquiera de los regímenes previsionales administrados por el Instituto de Previsión Social, tendrán derecho a la rebaja de la cotización legal destinada a financiar las prestaciones de salud, en las mismas condiciones establecidas en el artículo 2° de esta ley. Además, tendrán derecho, en las mismas condiciones, a la bonificación del artículo 3°. Con todo, a los pensionados que sean beneficiarios del Sistema de Pensiones Solidarias se aplicarán las normas de exención de la referida cotización contenidas en el artículo anterior.

El tercer transitorio, señala que el gasto fiscal que represente la aplicación de la ley, durante el año 2011, se financiará con cargo a la Partida Presupuestaria Tesoro Público de la Ley de Presupuestos del Sector Público vigente; y en el artículo cuarto transitorio se establece que el reglamento indicado en el artículo 2° de esta ley, deberá estar dictado antes de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la exención establecida en el inciso primero del artículo 1°.

4. BENEFICIARIOS DEL DERECHO A LA EXENCIÓN DEL 7% DE SALUD

El proyecto aprobado, que va en directo beneficio de los adultos mayores de nuestro país, exime de la cotización del 7% de salud a todos los pensionados que reciben los beneficios del Sistema de Pensiones Solidarias de la Ley N° 20.255, (Pensión Básica Solidaria y Aporte Previsional Solidario), que perciben jubilaciones inferiores a 255 mil pesos y que integren un grupo familiar perteneciente al 60 por ciento de la población más pobre, a contar del tercer mes siguiente a la fecha de

publicación de la ley, es decir, desde el 01 de Noviembre del año 2011, sin considerar gradualidad por edad o nivel socioeconómico.

Asimismo, todos los pensionados de 65 años o más de edad, que no pertenecen al Pilar Solidario de Pensiones, pero que integran un grupo familiar perteneciente a los cuatro primeros quintiles de ingresos, se beneficiarán con la reducción de su cotización de salud desde el 7% a un 5%. Esta rebaja, que extenderá el beneficio a la clase media, entrará en vigencia doce meses después de iniciada la eximición del descuento de 7% a los pensionados beneficiarios del Sistema de Pensiones Solidarias. Por lo tanto comenzaría a regir en octubre del año 2012.

En total el Gobierno estima que cerca de setecientos mil pensionados dejaron de cotizar el 7 por ciento durante 2011, y que a fines de 2012, los beneficiarios con una exención total o parcial de su cotización de salud llegarán a más de un millón de personas. A su vez, se estima que para el año 2015, la cobertura propuesta llegará a 1.171.009 ciudadanos.

En termino del monto de las pensiones, la medida beneficiará en definitiva, a todas aquellas personas que perciban pensiones de menos de \$255.000 y que sean beneficiarios del pilar solidario, a partir de octubre del 2011, y además implica una reducción para aquellos con pensiones de hasta \$655.000, que se materializó en octubre del 2012¹²⁷.

¹²⁷ INFORME DE ANALISIS ECONOMICO Y SOCIAL [EN LINEA]. Eliminación del 7% de salud a los jubilados, Fundación Instituto de Estudios Laborales (FIEL), Agosto 2011 [en línea], <<http://www.bcn.cl/guias/eliminacion-siete-porciento-salud-pensionados>> [consulta 23 de abril, 2012]

4.1 Tendrán Derecho a la Eliminación de la Cotización de Salud los Siguietes Grupos (ART. 1):

a. Todas las personas indigentes o carentes de recursos

Las personas carentes de recursos, son quienes actualmente pertenecen al 20% más vulnerable de la población, según el puntaje obtenido en la ficha de protección social. Sean o no beneficiarios del sistema de pensiones solidarias. Este beneficio fue otorgado previamente por la ley 20.255, pero los pensionados beneficiados del aporte previsional solidario carentes de recursos, no eran beneficiarios de este eximente, para lo cual la ley, viene a corregir esta diferenciación en el pilar solidario.

b. Beneficiarios de la pensión básica solidaria

Todos los beneficiarios del sistema de pensiones solidarias de la Ley 20.255, que integren un grupo que se encuentre dentro de los tres primeros quintiles que reciban una pensión básica solidaria o una pensión complementada con un aporte previsional solidario, estarán eximidos de la obligación de cotizar el 7% de su pensión para salud. Podrán atenderse en la modalidad de libre elección en FONASA, si están afiliados a ella. Además en caso de que estos pensionados pertenezcan a una ISAPRE, no significará variación alguna en su contrato de salud, ni en su calidad de afiliado. Este beneficio, comenzó a aplicarse en noviembre del año 2011 para todos los beneficiarios del sistema de pensiones solidarias.

4.2. Beneficiarios de la rebaja de la cotización legal de salud (ART. 2 Y 3)

Sin perjuicio de la exención de cotización para los grupos mencionados anteriormente, a partir de octubre de 2012 se aplicará una rebaja del 7% al 5% en la cotización de salud para aquellas personas que sean mayores de 65 años, que acrediten residencia en Chile en conformidad a la ley (por 20 años), y que pertenezcan a los cuatro primeros quintiles de ingresos (80% de la población). La cotización de

salud quedará en un 5% para las siguientes personas que cumplan los requisitos anteriores:

- Pensionados de los regímenes previsionales administrados por el Instituto de Previsión Social, IPS, ex INP.
- Pensionados de las Administradoras de Fondos de Pensiones, AFP.
- Pensionados de la ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- Pensionados de la ley de Exonerados Políticos.

4.3. No tendrán derecho a la eliminación o posterior reducción del 7% de salud:

Quedan excluidos de la exención o rebaja los pensionados de la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile (Dipreca), de la Caja de Previsión de la Defensa Nacional (Capredena); aquellos pensionados de AFP y del IPS que no pertenezcan a los 4 primeros quintiles de ingresos. A su vez, quienes reciben pensiones por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y los que reciben beneficios previsionales por gracia para personas exoneradas por motivos políticos sólo podrán optar a la reducción del 2 por ciento, cumpliendo los requisitos antes mencionados. Por último los pensionados del quinto quintil continuaran pagando el 2% destinado a licencias médicas a pesar de la inconstitucionalidad y arbitrariedad del descuento.

5. FINANCIAMIENTO DE LOS PLANES DE SALUD

El Estado pasará a hacerse cargo, de este 7% que no pagarán los beneficiarios, en el caso de los pensionados que pertenezcan a FONASA. Las entidades encargadas del pago de la pensión (AFP, compañías de seguro, etc.) pagarán la cotización de salud con cargo fiscal.

En cuanto a los afiliados a una ISAPRE, tendrán derecho al mismo mecanismo de pago. Cada mes las entidades pagadoras de pensiones informaran al Instituto de Previsión Social, cuanto deberá ser el monto por cotización de salud para cada afiliado, y el IPS transferirá el monto correspondiente a estas entidades, para que a su vez, lo transfieran a las Isapres que correspondan.

En resumen, a los beneficiarios de pensiones solidarias y por lo tanto de la exención total, el Estado se hace cargo de pagar sus cotizaciones, y para los beneficiarios de la reducción, pensionados de AFP, el Estado les pagará este 2%.

En el caso de las personas afiliadas a una Isapre, y que paguen un adicional al 7% por su plan de salud (como es en casi todos los casos), deberán pagar este adicional ellos mismos, ya que la ley no menciona estos casos, por lo tanto el Estado no se hace cargo.

Este financiamiento estatal significará que los beneficiarios del sistema de pensiones solidarias que hayan sido cotizantes, mantendrán la calidad de afiliados al régimen de prestaciones de salud o de la institución de salud previsional, según corresponda. En consecuencia, en el caso de afiliados al mencionado régimen podrán continuar con atención en la modalidad de libre elección prevista en el artículo 142 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, que señala que las personas podrán elegir al profesional o al establecimiento e institución asistencial de salud que conforme a dicha modalidad, otorgue la prestación requerida.

Por último el artículo tercero transitorio de la ley, indica que el gasto fiscal que implica su implementación, durante el año 2011, se financiara mediante transferencias con cargo a la partida presupuestaria Tesoro Publico de la ley de presupuestos del sector público vigente.

6. CRÍTICAS A LA LEY 20.531

Previo a la reforma del año 2011 implementada por la Ley N°20.531, la regla general era que las personas beneficiarias de las Pensiones Básicas Solidarias por Vejez, estaban afectas a la cotización del 7% para salud, excepto aquellos señalados en el art. 31 de la ley 20.255¹²⁸: Las personas carentes de recursos o indigentes (que tienen derecho a recibir todas las prestaciones médicas contempladas en el párrafo primero del DFL N°1 de forma gratuita, pero sólo pueden reclamar estas prestaciones en los consultorios y hospitales del Sistema Nacional de Servicios de Salud). Además; No estarán obligados a realizar dicha cotización los pensionados señalados en el inciso segundo del artículo segundo transitorio de la misma ley, que son las personas que gozaban de pensiones asistenciales otorgadas de conformidad al decreto ley N° 869, de 1975, y que por el solo ministerio de la ley, tuvieron derecho a acceder a las PBS de vejez e invalidez, según correspondiera.

De la misma manera, quienes gozaban del beneficio de una Pensión Básica Solidaria por Invalidez, no estaban exceptuados de la cotización del 7% para la salud, salvo los carentes de recursos. Así lo señalaba el Art. 84 y 85 del Decreto con Fuerza de Ley N° 3500¹²⁹.

¹²⁸ Artículo 31.- Los beneficiarios de pensión básica solidaria que sean carentes de recursos, no estarán afectos a la cotización que establece el artículo 85 del decreto ley N°3.500, de 1980, la que debe deducirse de los beneficios del sistema solidario. Para este efecto, se entenderá que carecen de recursos los beneficiarios de pensión básica que cumplan con el procedimiento que se establezca mediante reglamento dictado por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, con la firma de los Ministros de Hacienda y de Planificación, y que hayan obtenido en el respectivo instrumento que evaluó su situación socioeconómica, un puntaje igual o inferior al que se establezca en dicho reglamento.

Asimismo, no estarán obligados a realizar dicha cotización los pensionados señalados en el inciso segundo del artículo segundo transitorio de la presente ley.

¹²⁹ Art. 84: Para el financiamiento de las prestaciones de salud, se deberá enterar, una cotización del 7%, de sus remuneraciones imponibles.

Art. 85: Todas las personas que establece este cuerpo legal estarán afectas a una cotización uniforme del 7%, en la parte que no exceda de 60 UF del día de su pago. Dicha cotización será destinada a financiar prestaciones de salud.

Los beneficiarios de una Pensión Asistencial (PASIS), tampoco estaban obligados a cotizar, pero si no cotizaban, mantenían la cobertura sólo de acuerdo a la Modalidad de Atención Institucional, sin la posibilidad de acudir a organismos privados a través de la compra de bonos. Según se ha denunciado por parte de ciertos pensionados en notas de prensa, este hecho fue traspasado a los beneficiarios de la PBS, por lo que FONASA no les permitía acceder a la Modalidad de Libre Elección, porque han perdido su calidad de cotizantes en razón de su antigua calidad de pensionados PASIS, sin derecho a esta. Situación que hace cuestionar el verdadero alcance de la ley 20.531, ya que si el resto de los beneficiarios de las PBS también serán eximidos totalmente de esta cotización, y a pesar de lo que señala la nueva ley¹³⁰, puede ser que terminen siendo catalogados en el mismo saco que las antiguas PASIS.

Cabe hacer presente que este hecho es totalmente contrario al espíritu y texto de la ley, ya que expresamente indica que los beneficiarios podrán atenderse por la Modalidad de Libre Elección y no perderán su calidad de cotizantes. Esto obedece a un problema de interpretación y de mala aplicación del FONASA, que de seguir así limitaría su alcance y la convertiría en letra muerta.

Ahora bien respecto del contenido de la ley, existen ciertos elementos cuestionables, siendo el principal que la exención no se aplica a la totalidad de los pensionados del país, como en un principio fue prometido por la mayoría de nuestros políticos. Esta crítica obedece a que no existirían recursos para lograr eximir a la totalidad de los pensionados.

Otra crítica se refiere a la rebaja del 2% en la cotización legal de salud a los adultos mayores que integren un grupo familiar perteneciente a los 4 primeros quintiles más pobres de la población, porcentaje que fue duramente discutido en el Parlamento ya que algunos parlamentarios, principalmente el Senador Letelier, estiman que es

¹³⁰La Ley 20.531 en su Art. 1 Inciso II señala expresamente que: "Los beneficiarios del Sistema de Pensiones Solidarias que se encuentren exentos de la cotización legal de salud señalada en el inciso anterior y que no sean indigentes o carentes de recursos de conformidad al artículo 160 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, podrán optar por atenderse de acuerdo con la modalidad de libre elección prevista en el artículo 142 del citado decreto con fuerza de ley.

inconstitucional de antemano, debido a que este porcentaje de las cotizaciones de salud va destinado a pagar licencias médicas, las cuales en ningún caso pueden ser utilizadas por pensionados, puesto que ellos no trabajan por lo que su eliminación debió ser completa para todos los pensionados de este país de forma inmediata, para que este sector pasivo de la población deje de financiar al grupo activo.

Respecto de los beneficiarios, tampoco se explica porqué se dejó fuera a los exonerados políticos y a quienes son pensionados de las Fuerzas Armadas y de Carabineros. En este último caso se argumenta que ellos pueden atenderse en hospitales y centros asistenciales institucionales. Sin embargo estos no existen en todas las regiones, por lo que muchos de estos pensionados no pueden acceder a estos centros, debiendo costear de sus bolsillos los gastos en salud. En ambos casos quedan totalmente desprotegidos y discriminados respecto del resto de los pensionados. De todos modos el Gobierno en el Parlamento se comprometió a estudiar estos casos y enviar nuevos proyectos para beneficiar a estas personas.

En términos técnicos, tampoco existe mucha claridad respecto del instrumento que se utilizará para determinar si un pensionado pertenece a un determinado quintil y por consiguiente si puede optar a estos beneficios, considerando además las críticas que se le hicieron a la ficha de protección social. Asimismo tampoco existe claridad en cuanto a cuando un pensionado dejaría de percibir el beneficio en caso que las condiciones desaparezcan, o si este beneficio debe ser considerado un derecho adquirido que no puede ser modificado, y en qué casos se elimina el beneficio si el instrumento técnico modifique el puntaje del beneficiario.

Por último respecto del gasto fiscal, muchos parlamentarios criticaron que esta ley no refleja una responsabilidad fiscal que los gobiernos anteriores procuraron mantener, en el sentido que no existe claridad de dónde se obtendrán los recursos para costear estos beneficios, la ley sólo establece que estos se harán con cargo a la partida del Tesoro Público, pese a que se trata de gastos permanentes que deberían tener especificados la forma de financiamiento.

VII. CONCLUSIONES

Luego de finalizar nuestra memoria, hemos podido formarnos una opinión válida y objetiva respecto a las medidas que está aplicando el Estado chileno para afrontar el proceso demográfico en curso, que tantas dudas y preocupaciones ha traído a la región latinoamericana. Destacando, como eje principal de nuestra investigación, la Ley 20.531 recientemente analizada, que aunque de buenas intenciones, no logra en sus primeros meses de vigencia producir el impacto esperado por la opinión pública ni mucho menos por la población adulto mayor, ni tampoco permite garantizar en sí misma, que estos beneficios perdurarán para las generaciones futuras, si existen cambios en los mecanismos de medición social, como sería la aplicación de nuevos parámetros de pobreza en nuevas Fichas de Protección Social.

De todas formas, es bueno destacar, que existe una preocupación real por el gobierno, de prevenir algunos de los problemas sociales más evidentes y graves, que conlleva el acelerado envejecimiento poblacional, como es el caso de evitar que los Adultos Mayores caigan en la total indigencia y desprotección por parte del Estado y de sus familias. Esto se refleja en la reforma previsional del año 2008, que creando un nuevo pilar solidario, ha permitido garantizar a la población más vulnerable de Chile, de contar con ingresos fijos mensuales, que les permiten no solo a los Adultos Mayores, sino que muchas veces a las familias, que de ellos dependen, de mantener una vida digna, complementándose en la actualidad con una ayuda extra en salud, al no tener que gastar parte de estos ingresos en el 7% legal de cotizaciones, que históricamente han solventado.

Nuestras críticas se centran, principalmente en temas de fondo, que debiesen reflejar, el buen momento económico que vive nuestro país, con una protección social propia de países desarrollados, que no solo deben velar por los Adultos Mayores más

pobres, sino que también por aquellos de clase media, que también tienen derecho a mantener una vida similar a la que tenían cuando formaban parte de la población económicamente activa, y sobretodo a aquellas personas que fueron constantes en sus cotizaciones, tanto previsionales, como de salud en instituciones previsionales privadas. En esos puntos, nos gustaría que el Estado (a través del erario público) y las empresas encargadas de la seguridad social privada (a través de la responsabilidad empresarial), fueran capaces de responder a todas aquellas personas que fueron constantes y responsables con sus obligaciones como trabajador durante gran parte de sus vidas, sin abandonarlos, como lo hacen muchas Isapres, al convertirse en una carga económica.

En conclusión, el camino que debe pavimentar nuestro país es muy largo, pero al menos se ha comenzado a forjar, para así, en el futuro fortalecer la seguridad social de los chilenos, y no tener que preocuparnos, por un proceso demográfico, que al fin de cuentas, es positivo. El hecho de que los chilenos viven muchos más años, que en décadas pasadas, demuestra los avances en la disminución de la mortalidad y desnutrición infantil, la responsabilidad que han adquirido las familias y en materias reproductivas, en los resguardos por una salud mínima garantizada a lo largo de nuestras vidas, y por un avance tecnológico y humano en toda la medicina chilena.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

Libros:

1. ASOCIACIÓN GREMIAL De Cajas de Compensación de Asignación Familiar. "Servicios Sociales al Adulto Mayor". CIEDESS, Santiago de Chile, 2005.
2. BARRETTO, Ricardo y Gallegos, Jaime. El Derecho a la Salud en Chile: Hacia un Rol más activo y estructural del Estado en el aseguramiento de este derecho fundamental. Chile, Gaceta Jurídica N. 373 Páginas 48-70. 2011.
3. CEPAL, Naciones Unidas. La Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, Financiamiento y Solidaridad, Trigésimo primer período de sesiones. Montevideo, Uruguay, 2006.
4. CONTRERAS Dante, LARRAÑAGA Osvaldo (editores), Las Nuevas Políticas de Protección Social en Chile. Santiago, PNUD, Uqbar editores, 2009, 300p.
5. DRAGO Marcelo. La Reforma al Sistema de Salud Chileno Bajo la Perspectiva de los Derechos Humanos. Santiago, Chile, CEPAL, 2006, 94p.
6. FEDERACIÓN INTERNACIONAL de Administradoras de Fondos de Pensiones. Avanzando en el Fortalecimiento y la Consolidación de los Sistemas de Capitalización Individual. Seminario Internacional organizado por FIAP. República Dominicana, mayo 2011.
7. FONASA. Fuentes y Organización del Financiamiento en Salud, 4to Seminario Internacional "Una contribución a la agenda del Bicentenario". Ediciones Seminarios Fondo Nacional de Salud Año 2 N. 3, Santiago de Chile, 2009.
8. HERRERA, M. Soledad y Kornfeld, Rosita. Construyendo Políticas Públicas para una Sociedad que envejece. CIEDESS, Santiago de Chile, 2008.
9. HUMERES N., Héctor. Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. 17 Edición, Santiago, Editorial Jurídica de Chile, 2004.

10. LARRAÑAGA, Osvaldo y CONTERAS, Dante, Las Nuevas Políticas de Protección social en Chile, Santiago de Chile, Uqbar Editores, PNUD, 2010, Paginación.
11. NOVOA F., Patricio. Derecho de la Seguridad. Editorial Jurídica de Chile, Santiago, 1977.
12. "Nueva Normativa Previsional y de Salud en Chile", Legis Chile, 1ra edición, Santiago de Chile, 2008.
13. POBLETE, Carlos. Apuntes- Guías de Seguridad Social: Parte positiva, Apuntes de la Cátedra de Seguridad Social, Santiago, Universidad de Chile, 2001, Paginación.
14. PRADO, Antonio y SOJO, Ana. Envejecimiento en América Latina: Sistemas de pensiones y protección social integral", Santiago de Chile : Naciones Unidas, 2010.
15. RUIZ-TAGLE, Jaime. La reforma del sistema de pensiones: Principales hitos y perspectivas. En: MINISTERIO SECRETARIA GENERAL DE LA PRESIDENCIA. Estrategias de desarrollo y protección social, Santiago, Ministerio secretaría general de la presidencia, 2009, pp. 243-273.
16. SUPERINTENDENCIA de Seguridad Social. Financiamiento y Asignación de Recursos de la Seguridad Social Chilena, Período 2000-2002. Chile, Gobierno de Chile, 2004.
17. TITELMAN, Daniel. Reformas al Sistema de Salud en Chile; Desafíos Pendientes. Serie Financiamiento del desarrollo Número 104, CEPAL, Santiago de Chile, Septiembre 2000.
18. TITELMAN Daniel, UTHOFF Andras (Compiladores). Ensayos Sobre el Financiamiento de la Seguridad Social en Salud. Volumen II. Santiago. Fondo de Cultura Económica y CEPAL. 2000. P 417-813.

Memorias:

1. ANDRADE, Cristian. El Contrato de Salud Previsional. Memoria (Licenciado en ciencias jurídicas y sociales). Santiago, Chile. Universidad de Chile, Facultad de Derecho, 2001.
2. ARIAS Lopez, Carlos Felipe y Salas Lagos, Juan Alberto. Un Sistema mas Solidario y Eficiente de Seguridad Social; Reforma a la Previsión

- Social Chilena. Memoria (Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales). Santiago, Chile. Universidad de Chile, Facultad de Derecho, 2010.
3. BOTTESELLE, Franco y FRANCO, Sebastian. Conflictos entre afiliados a Isapre y afiliados a Fonasa. Memoria (Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales). Santiago, Chile. Universidad de Chile, Facultad de derecho, 2004.
 4. DIAZ Manriquez, Nadia Beatriz y Maturana Fernaández, Jaime Andres. El Precio en el Contrato de Salud. Memoria (Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales). Santiago, Chile. Universidad de Chile, Facultad de Derecho, 2008.
 5. FIGUEROA Ziegler, Pablo. La Reforma Previsional de la Ley 20.255 y la Mujer. Memoria (Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales). Santiago, Chile. Universidad de Chile, Facultad de Derecho, 2012.
 6. HORMAZABAL, Viviana; Nuñez, Natalia; Ortuzar, Maria José; Planet, Lucia y Rodriguez, Patricio. Problemas de Cobertura en el Contrato de Salud. Memoria (Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales). Santiago, Chile. Universidad de Chile, Facultad de Derecho. 2007.
 7. HUEPE, Mariana. Nuevo pilar solidario de la reforma previsional y sus efectos en pobreza y desigualdad de ingresos. Memoria (Licencia en Ciencias Jurídicas y Sociales). Santiago, Chile. Universidad de Chile, Facultad de Derecho, 2008.
 8. IBARROLA Avila, Jorge Andres y Carvacho Lema, Francisco Jose. Adulto Mayor y Reforma Previsional. Memoria (Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales). Santiago, Chile. Universidad de Chile, Facultad de Derecho, 2008.
 9. LOPEZ, Onela. La Seguridad Social en Chile: Una visión crítica. Memoria (Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales). Santiago, Chile. Universidad de Chile, Facultad de derecho, 2009.
 10. MARTÍNEZ Aguilar, Sandra. y ORDENES Carvajal, Claudia. El Nuevo Pilar Solidario en el Sistema de Pensiones Implicancias sobre la Pobreza y la Distribución del Ingreso en Chile. Seminario de Título Ingeniero Comercial Mención Economía. Santiago, Chile Universidad de Chile, Facultad de Economía y Negocios. 2007. 54p.
 11. POBLETE Carrilanca, Ricardo y Retamal R., César. Reinserción Laboral en la Vejez. Memoria (Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales). Santiago, Chile, Universidad de Chile, Facultad de Derecho 2008.

12. PRADO, Augusto y SALAMERO, Antonio. Isapres y contrato previsional de salud. Memoria (Licenciado en Ciencias jurídicas y sociales). Santiago, Chile. Universidad de Chile, Facultad de derecho, 2006.
13. ROJAS Espina, Arturo Alejandro., Reforma al Sistema Previsional, Universidad de Chile, Facultad de Derecho, 2009.
14. SERRANO España, Andrea P. Mujeres: Amenazas, seguridades y necesidades de las adultas mayores frente a la normativa previsional a la luz de la legislación nacional e internacional. Memoria (licenciado en Ciencias jurídicas y Sociales). Santiago, Chile, Universidad de Chile, Facultad de Derecho, 2011.

Leves:

1. LEY 20.531. CHILE. Exime total o parcialmente, de la obligación de cotizar para salud a los pensionados que indica. Ministerio de Hacienda, Santiago, Chile, Agosto de 2011. 3p.
2. LEY 20.255. CHILE. Establece Reforma Previsional. Ministerio del Trabajo y Previsión Social; Subsecretaría de Previsión Social, Santiago, Chile, Marzo de 2008. 123p.
3. DFL N. 1 CHILE. 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; Subsecretaría de Salud Pública, Santiago, Chile, Abril de 2006. 163p.
4. DECRETO LEY N. 3.500. Establece Nuevo Sistema de Pensiones. Ministerio del Trabajo y Previsión Social; Chile, Noviembre de 1980. 197p.

Referencias Electronicas:

1. ASOCIACIÓN GREMIAL DE AFP. [en línea] <www.afp-ag.cl> [consulta: Abril 2012].
2. BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL, Ley Fácil: Guía Legal sobre el Plan GES [en línea]. <<http://www.bcn.cl/guias/plan-ges-ex-auge>>. [consulta 28 mayo, 2012]
3. CHILE MARKET. Términos del Sistema de AFP.

- <http://www.chilemarket.net/html/terminos_sistema_afp.htm>. [consulta 27 de junio 2012]
4. CID PEDRAZA, Camilo. Problemas y Desafíos del Seguro de Salud y su Financiamiento en Chile: El cuestionamiento a las ISAPRES y la solución funcional, PDF. Centro de Políticas públicas UC [en línea]. Diciembre 2011, <<http://politicaspUBLICAS.uc.cl/media/publicaciones/pdf/20120123093752.pdf>>, [consulta 30 mayo 2012].
 5. DEFINICIONES. [en línea] <<http://definicion.de/jubilacion/>>. [Consulta 29 de junio, 2012.]
 6. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile, 2009-2010. [en Línea] <<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>> [Consulta 05 de Junio 2012.]
 7. EVALUACIÓN DE LA REFORMA PREVISIONAL A LA LUZ DE LA EPS 2009, <www.observatorioprevisional.cl/.../seminario_claudio_reyes.pdf>. [24 de abril 2012]. Claudio Reyes B. Subsecretario de Previsión Social. Enero 2010.
 8. GOBIERNO DE CHILE [EN LINEA]. <<http://www.gobiernodechile.cl/cuenta-publica-2010/secretaria-general-de-la-presidencia/programacion-2010-2014/>>, [consulta 10 de mayo, 2012].
 9. INFORME DE ANALISIS ECONOMICO Y SOCIAL [EN LINEA]. Eliminación del 7% de salud a los jubilados, Fundación Instituto de Estudios Laborales (FIEL), Agosto 2011 [en línea], <<http://www.bcn.cl/guias/eliminacion-siete-porciento-salud-pensionados>> [consulta 23 de abril, 2012]
 10. INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL. Sistema de Pensiones Solidarias. [en línea] <http://www.previsionsocial.gob.cl/subprev/?page_id=547> [consulta: 09 de abril 2012]
 11. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS [en línea]. www.ine.cl. [consultas abril, mayo, junio, 2012]
 12. LIBROS DE TRABAJO FONASA, Ministerio de Salud [en línea]. Financiamiento del Sistema de Salud Público en Chile, Un país dos sistemas. Chile, Santiago. <<http://www.slideshare.net/SSMN/sistema-de-financiamiento-de-la-salud-publica-en-chile>>, [consulta mayo 2012]

13. MARDONES, Francisco. Algunos Antecedentes sobre la Inequidad en la situación de salud del adulto mayor en Chile. PDF. Centro de Políticas públicas UC [en línea]. Mayo 2004. <http://politicas_publicas.uc.cl>, [consulta junio 2012].
14. MIRANDA R. ERNESTO. Descentralización y Privatización del Sistema de Salud Chileno, Estudio [en línea]. <www.cepchile.cl/dms/archivo_1640_1217/rev39_miranda.pdf>, [abril, 2012].
15. ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA de Seguridad Social. “Seguridad Económica, Salud, Atención de la Dependencia y Participación de los Adultos Mayores en los Países del Cono Sur” [en línea] <http://www.oiss.org/IMG/pdf/web-Seguridad_economica_salud_dependencia-Cono_Sur_junio_08.pdf>, [consulta mayo 2012].
16. ORGANIZACIÓN Internacional del Trabajo [En Línea]. <<http://www.oitchile.cl>>, [consulta Mayo 2012].
17. PROTECCIÓN SOCIAL en salud en Chile, FONASA 2007 [en línea] <http://www.slideshare.net/eltrbxhiigh/libro-proteccion-social-en-salud-en-chile> [consulta 15 de mayo 2012]. 25p.
18. RADIO MERCOSUR, NOTICIA. Expectativa de vida en Chile [en línea] <http://radiomercosur.com/noticias/CHILE_Expectativa_de_vida_en_Chile_y_crece_7_años_en_dos_decadas_2011_05_30> [consulta 23 de abril, 2012]
19. SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR [en línea], www.senama.cl, [consulta mayo 2012]
20. SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES [EN LINEA]. <http://www.safp.cl/573/propertyvalue-1701.html>. (visto el 10 de mayo, 2012)
21. SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL. [en línea]. <<http://www.suseso.cl>>. [consulta: 18 de abril, 2012]
22. SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES. CHILE 2008: Una Reforma Previsional de Segunda Generación. 2009, <www.safp.cl>. [consulta 21 de junio 2012].

23. SUBSECRETARIA DE PREVISIÓN SOCIAL [en línea], <<http://www.previsionsocial.gob.cl/cotizacion-honorarios/pagina1.html>> [consulta 2 de Mayo, 2012]
24. VERGARA I., Marcos y Martínez G., María Soledad. Financiamiento del Sistema de Salud Chileno. Salud Pública Mex 2006. Mediagraphic Artemisa [en línea]. <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2006/sal066j.pdf>. Pág. 512-521. [consulta mayo 2012]
25. WIKIPEDIA. Enciclopedia Libre [en línea]. www.wikipedia.org. [consulta 30 de abril, 2012].
26. XXI CUMBRE IBEROAMERICANA y Organización Iberoamericana de Seguridad Social [en línea]. “Programa Iberoamericano sobre la situación de los adultos mayores en la región”, [www.oiss.org] Paraguay, 2011. <consulta en mayo 2012>.