



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

ESTUDIO PROSPECTIVO DEL CRECIMIENTO DEL NÚMERO DE COTIZANTES
AFILIADOS A ISAPRE Y FONASA EN LAS EDADES DE 60 A 69 AÑOS LUEGO DE 10
AÑOS DE SEGUIMIENTO: ¿UN GASTO MÁS PARA EL ESTADO DE CHILE?

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN
GESTIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS

PABLO ARTURO GUTIÉRREZ AGUILAR

PROFESOR GUÍA:

EDUARDO CONTRERAS VILLABLANCA

MIEMBROS DE LA COMISIÓN:

JAVIER FARÍAS SOTO

JERKO JURETIC DÍAZ

SANTIAGO DE CHILE

2019

**RESUMEN DE LA TESIS PARA OPTAR AL
GRADO DE: Magister en Gestión y Políticas
Públicas.**

POR: Pablo Arturo Gutiérrez Aguilar.

FECHA: 17/01/2019.

PROFESOR GUÍA: Eduardo Contreras Villablanca.

El aumento del gasto en Salud es una realidad no sólo en Chile, sino que también en todo el mundo. Todo indica que los costos relacionados a la Salud seguirán aumentando, siendo el desarrollo económico y tecnológico lo que más estimula el crecimiento de este sector, así como también lo es el envejecimiento poblacional. Estos antecedentes motivaron esta investigación relacionada con el sistema de aseguramiento en salud en las personas en edad adulta, en las edades de 60-69 años. Cuando un porcentaje alto de la población recibe una reducción de su salario, producto de su jubilación, e identificar cuantitativamente el fenómeno de movilidad de los cotizantes entre el aseguramiento de salud público y privado después de 10 años de seguimiento, con el objetivo de poder entregar una visión más clara de lo que ocurre, que ayude a la mejor toma de decisiones para nuestro país y sus habitantes en el futuro.

Se realizó un estudio cuantitativo de carácter descriptivo donde cada grupo a analizar se midió en relación a dos periodos, años 2004 y 2014 evaluando la cantidad de cotizantes respectivos. La muestra se conformó por todas las personas hombres y mujeres cotizantes de ISAPRE y FONASA en las edades de 50 a 59 años en el año 2004 y 10 años después, en las edades de 60 a 69 años, el año 2014. Se procedió a obtener la información y seleccionar los datos con los criterios establecidos, para posteriormente obtener la tasa de crecimiento geométrica anual de ambos grupos y realizar los análisis correspondientes. Se observó una tasa de crecimiento geométrica promedio anual entre los años 2004 y 2014 para las personas cotizantes de FONASA del 2,68% para los cotizantes hombres, del 5,77% para las cotizantes mujeres y del 4,057 % para ambos géneros. En el caso de las ISAPREs entre los mismos años y rangos etarios estudiados la tasa de crecimiento geométrico promedio anual fue de un -3,498% para los hombres, de un -3,49% para las mujeres y de un -3,497% para ambos géneros.

Se encontró una tasa de crecimiento en el número de cotizantes mayor en FONASA que en ISAPREs en relación a los rangos de edad estudiados entre los años 2004 y 2014, existiendo un aumento en el número de los cotizantes afiliados a FONASA y una disminución de los cotizantes afiliados a ISAPREs de 60 a 69 años. Se evidenció un desequilibrio en el aseguramiento de salud en estas edades, ya que las personas buscan apoyo financiero en el sistema público cuando el sistema privado ya no se les hace posible de solventar. El sistema ISAPRE se hace un sistema deficiente respecto del beneficio social que entrega en estas edades, 60 a 69 años, al no ser posible acceder al mismo aseguramiento de salud que tenían 10 años atrás, haciéndolo poco solidario y poco equitativo en el tiempo. Se hace necesario regular más los costos de salud, en particular en la gente de la tercera edad, en relación a las edades del estudio y establecer un subsidio u otra medida que incentive a que no se cambien a FONASA si así lo desean, logrando con ello limitar la sobrecarga del sistema de aseguramiento público en el tiempo.

“A los que detuvieron un
momento su camino y se
tomaron el tiempo para
ayudarme a crecer cada día”

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas las personas que hicieron posible que mi paso como estudiante en el Departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile haya sido una desafiante y muy bonita experiencia. Al comité académico que me brindó la oportunidad de realizar este programa de estudios, para que, al adquirir las competencias, yo lo pudiera hacer realidad. A mis compañeros y amigos, que confiaron en mí y me dieron la oportunidad de manera democrática de poder representarlos dando el Discurso Final en la Ceremonia de Egreso de nuestra Generación el año 2017. A mi profesor guía, Eduardo Contreras, por compartirme un camino del saber acompañado de generosidad y humildad en la entrega del conocimiento. A mis padres y hermano, mis motores del entusiasmo por el saber y mis pilares del obrar con rectitud. A Mariana, que, con su amor y cariño, ha sido el principal apoyo en todos los desafíos que he buscado emprender. A mis profesores y compañeros, a los egresados, maestros y estudiantes de este programa de estudios, gracias por ayudarme a pensar y reflexionar un país mejor cada día.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	1
I. Hipótesis y objetivos.....	5
II. Antecedentes.....	6
III. Marco conceptual.....	23
IV. Metodología.....	28
V. Análisis, resultados y hallazgos.....	30
VI. Conclusión.....	40
VII. Recomendaciones.....	45
VIII. Bibliografía.....	46
IX. Anexos.....	48

INTRODUCCIÓN

En Chile, el sistema de seguridad social en salud está conformado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs), con una cotización obligatoria del 7% del salario por trabajador para cubrirlo a él y a su familia, según sea el caso. (Cid Pedraza & Prieto Toledo, 2012)

Hay que precisar además, que en el sistema de las ISAPREs, la cotización de cada trabajador está asociada a riesgos y a la cantidad de beneficiarios del plan contratado, por lo que de esta manera, ese 7% de cotización obligatoria de cada trabajador puede funcionar, según sea la situación, como un piso de esta prima final determinada para cada persona cotizante y donde puede existir la necesidad de ser complementada con una prima voluntaria ajustada al costo esperado que esté definido para cada trabajador, según sea el caso específico. (Cid Pedraza & Prieto Toledo, 2012)

En materia institucional, el sector salud se ha organizado en un sistema de protección social que cubría al año 2012 el 94% de la población. Del porcentaje restante, alrededor de un 3% está asociada a las Fuerzas Armadas y el otro 3% corresponde a seguros privados que no corresponden a las ISAPREs o a los que simplemente no cuentan con ningún tipo de aseguramiento. (Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Regimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado, 2014)

Por otra parte es importante tener en cuenta el gasto de bolsillo, es decir, aquel dinero que desembolsan las familias directamente por alguna prestación de salud, ya que no está contemplado por ningún sistema de cobertura, y que puede verse aumentado en la población adulta mayor, debido a que esta población, tiene una mayor probabilidad de contraer enfermedades crónicas, llevando así a requerir consecuentemente una mayor cantidad de prestaciones de salud y por tanto destinando una mayor cantidad de recursos a este concepto. (Centro de Estudios Públicos, 2018)

Considerando además de lo anterior, el panorama para el rol del Estado en estas materias de cobertura de salud, también se complica considerando que la población chilena a partir del año 1930 ha ido sufriendo un proceso de transición demográfica, caracterizada por la disminución de la mortalidad y también de la fecundidad en todos los grupos de edad. Por lo que, a través de los años, estos cambios han llevado a una disminución de la población joven y a un aumento de la población adulta y de edades avanzadas. Esta situación se describe como un estado de transición demográfica avanzada. (Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Regimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado, 2014) (Villalón Cárdenas & Vera Schneider, 2012)

El impacto de este fenómeno se traduce en que la población potencialmente activa comienza a disminuir y con esto aumenta el índice de dependencia demográfica. Básicamente este índice refleja la carga económica que la población potencialmente activa debe sustentar, el que ha disminuido de forma paulatina a partir del año 1965 a consecuencia de la disminución de la natalidad, llegando al mínimo en el año 2011. (Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Regimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado, 2014) (Villalón Cárdenas & Vera Schneider, 2012)

Este escenario actual y futuro con una proporción creciente de adultos mayores de sobrevivida prolongada, implica sin duda una importante exigencia para los sistemas de seguridad social y en mayor medida de salud, debido a la mayor demanda potencial de servicios de salud de esta población mayor. (Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Regimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado, 2014)

Entre los años 1999 y 2012 la población de beneficiarios de FONASA creció a una tasa del 2,76% promedio anual, pasando de un 61,5% a un 76,5% de la población del país, mientras que el número de beneficiarios de ISAPREs, disminuyó a una tasa del -0,6% promedio anual, pasando de un 21,7% a un 17,5%, mostrando una evidente movilidad entre los beneficiarios de estas dos instituciones en el tiempo. (Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Regimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado, 2014)

Por otra parte, es importante destacar que la población de FONASA presenta en promedio mayores prevalencias de daño, esto debido al mayor envejecimiento de sus beneficiarios, al menor nivel de ingresos promedio de sus afiliados y a la no existencia de barreras de ingresos para las personas, independiente de su potencial riesgo de salud. (Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Regimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado, 2014)

Esto provoca entonces, que a nivel de FONASA se concentre una mayor proporción de la población más envejecida, con más daño promedio y con menores ingresos, a diferencia de las ISAPREs, generando obviamente un mayor gasto potencial para el Estado a nivel público de salud. Por ello, tampoco resulta raro entender el fenómeno de la movilidad que existe entre los beneficiarios de ISAPREs a FONASA, alrededor de las edades de jubilación, ya que lo hacen generalmente cuando disminuyen sus ingresos y no pueden seguir pagando el precio de su plan que se les defina, sobrecargando aún más el sistema. (Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Regimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado, 2014)

En casi todos los países desarrollados se gasta más que en Chile, independiente del Sistema de Salud que posean. Todo indica que los costos relacionados a la salud seguirán creciendo, siendo el desarrollo económico y tecnológico la variable que más estimula el crecimiento de este sector, así como también lo es, el envejecimiento poblacional y todo lo que ello conlleva. (Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Regimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado, 2014)

Tomando en cuenta todo lo descrito anteriormente y considerando que el aumento del gasto en salud es una realidad no sólo en Chile, sino que también en el resto del mundo (Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Regimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado, 2014). Que el envejecimiento poblacional en nuestro país es una realidad, asociado, en la gran mayoría de los casos, a una disminución de los ingresos económicos, al estar relacionado a las edades de jubilación donde se visualizan estos efectos en la economía de las personas a partir de los 60 años en las mujeres y a los 65 años en los hombres. Que esta población de estudio se encuentra en un riesgo potencial sanitario mayor debido a las enfermedades crónicas que se asocian alrededor de estas edades, específicamente a partir de los 60 años, grupo de edad donde se acumula paulatinamente mayor carga de enfermedad y necesidades de atención de salud (Gattini, César, Capítulo del Observatorio Chileno de Salud Pública, 2017). Al considerar los datos de la Organización Mundial de la Salud que muestran que las enfermedades no transmisibles aunque pueden afectar a todos los grupos de edad suelen estar asociadas a los grupos de edad más avanzada, mostrando que 15 millones de todas las muertes en el mundo atribuidas a estas enfermedades (36 millones correspondiente al 63% del número total de muertes anuales) se producen bajo los 69 años de edad (Organización Mundial de la Salud, 2013) (Organización Mundial de la Salud, 2018). Que al abordar este tema desde una mirada socio económico sanitaria la población de 60 a 69 años de edad conforma para nuestro país una población de alto riesgo considerando varios puntos de vista, resultando importante evaluar de esta forma que ha estado ocurriendo en materias de aseguramiento en salud respecto a esta población en estos últimos años, se hace de interés para nuestro estudio establecer la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe un aumento en el número de los cotizantes afiliados a FONASA y una disminución en ISAPREs en las edades de 60 a 69 años luego de 10 años de seguimiento?

Es de gran interés responder a esta interrogante ya que está directamente relacionada con varios elementos de importancia a tener en consideración para la toma de decisiones en políticas públicas en estas materias, ya que sería posible apreciar algunos efectos en el número de cotizantes en el tiempo que tienen directa relación con todo lo descrito en párrafos anteriores. Por una parte, tenemos el rango etario de las personas que se relacionan estrechamente con sus periodos de jubilación, en él que sus ingresos se ven considerablemente disminuidos. Por otra parte, también tenemos el envejecimiento de nuestra población que va en aumento y que se relaciona directamente, como hemos mencionado, con las enfermedades crónicas no trasmisibles, aumentando las

probabilidades de tener una demanda potencial mayor de esta población en el futuro, ya sea por servicios sanitarios o de cobertura de salud. Por último, la razón de centrarnos en estudiar el número de cotizantes, se relaciona directamente con el hecho de considerar solo a las personas que son las que pagan la cobertura de salud según corresponda a FONASA o ISAPREs y de esta forma evaluar las variaciones en número que precisamente han tenido estos a través del tiempo, que sin duda es posible que se haya visto afectada por todo lo ya mencionado anteriormente y que es motivo de análisis de este estudio, ya que cualquier variación es importante tenerla en cuenta para saber cómo se ha comportado el sistema de cobertura de salud en el tiempo estos últimos años, ya que se relaciona directamente con las políticas de estado y el gasto a nivel público en materias de salud a considerar en el futuro, por lo que dar respuesta a esta interrogante será un aporte de información concreta en esta materia, que permita un avance en el conocimiento como antecedente para la mejor toma de decisiones.

I

HIPÓTESIS

“Existe un aumento en el número de los cotizantes afiliados a FONASA y una disminución de los cotizantes afiliados a ISAPREs en las edades de 60 a 69 años, luego de 10 años de seguimiento.”

OBJETIVO GENERAL

Determinar la variación en el número de cotizantes afiliados tanto para las ISAPREs como para FONASA en las edades de 60 a 69 años luego de 10 años de seguimiento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Determinar el número total de cotizantes mujeres y hombres tanto de ISAPREs y FONASA en el año 2004 para las edades de 50 a 59 años.
- 2) Determinar el número total de cotizantes mujeres y hombres tanto de ISAPREs y FONASA en el año 2014 para las edades de 60 a 69 años.
- 3) Determinar el número de cotizantes en FONASA D en el año 2014 para las edades de 60 a 69 años.
- 4) Determinar la tasa de crecimiento geométrica de las variables anteriores según corresponda para los años 2004 y 2014.

II ANTECEDENTES

EL SISTEMA DE LA SALUD PÚBLICA DE CHILE

1) Contexto general

El sistema de salud de Chile es bastante heterogéneo, evidenciando una dinámica donde se hace presente el componente público y el privado, estando conformado por diversas entidades con distintos roles y funciones. (Gattini, César, Capítulo del Observatorio Chileno de Salud Pública, 2017) (Gattini, César y Colaboradores, Observatorio Chileno de Salud Pública, 2013)

A lo largo de su historia y principalmente en las últimas décadas, Chile ha logrado un importante desarrollo a nivel global, reflejado por los indicadores de carácter socioeconómicos. Esto ha favorecido a su vez un notorio avance en el nivel de salud y de condiciones de vida y bienestar de la población. Sin embargo, ese desarrollo ha sido desigual al interior del país, existiendo mejores condiciones de salud y de acceso a la atención de salud en aquellos lugares y segmentos de la población que cuentan con mejores condiciones socioeconómicas, en contraste con aquellos sectores más desfavorecidos, vulnerables y aislados. (Gattini, César, Capítulo del Observatorio Chileno de Salud Pública, 2017) (Gattini, César; Álvarez, Johan; y Colaboradores, 2011)

El progreso en salud y en el sistema de salud se han visto favorecidos por el desarrollo de políticas sanitarias, con una mayor disponibilidad y cobertura de la protección social, del financiamiento y del aseguramiento en salud. Se ha fortalecido la estructura, desempeño y cobertura del sistema de salud, destacando que se ha logrado una alta cobertura en temas como el área materno infantil, que ve reflejada en una cobertura universal de la atención hospitalaria y calificada del parto. (Gattini, César, Capítulo del Observatorio Chileno de Salud Pública, 2017)

Por estos días, el sistema de salud se ha hecho bastante complejo, conformado por múltiples actores que se relacionan principalmente con el aseguramiento y prestación de servicios. (Gattini, César, Capítulo del Observatorio Chileno de Salud Pública, 2017)

Las características actuales del sistema de salud están estrechamente relacionadas con el contexto histórico y nacional del país, destacado el hecho de que está altamente relacionado e influenciado por el entorno, especialmente por las condiciones políticas y económicas del país. Lo anterior es más evidente en el sistema público, ya que depende principalmente del aporte fiscal. (Gattini, César, Capítulo del Observatorio Chileno de Salud Pública, 2017)

A pesar de su relevancia y crucial aporte frente a las necesidades sanitarias de la población, el sistema público acarrea importantes aspectos críticos no resueltos, que se relacionan con las limitaciones financieras y estructurales del Estado y del propio sector público. (Gattini , César; Álvarez , Johan; y Colaboradores, 2011) (Infante A, Guillermo Paraje G, 2010)

Aunque es posible apreciar que en los últimos quince años se ha aumentado bastante los recursos del sistema público de salud, no es menos cierto que éstos siguen siendo relativamente limitados frente a la demanda y necesidades sanitarias de la población. Esto hace que se siga impidiendo un cumplimiento más pleno de los objetivos del sistema de salud, para otorgar una respuesta que sea más efectiva frente a las necesidades sanitarias de la población. Es importante tener presente que los cambios demográficos (envejecimiento) y epidemiológicos de la población representan una demanda cada vez mayor, lo que implica un importante desafío de adecuación y fortalecimiento del sistema de salud. (Gattini, César, Capítulo del Observatorio Chileno de Salud Pública, 2017)

2) Desarrollo histórico

En lo que se relaciona directamente con nuestro estudio, no se puede dejar de describir dentro del desarrollo histórico que ha tenido el sistema de salud de Chile el conjunto de reformas realizadas entre los años 1979 a 1990 en esta materia. En este periodo se llevó a cabo un conjunto de reformas en materias de salud que fueron coherentes con el escenario de reformas políticas y económicas que se adoptaron en ese momento. (Gattini, César, Capítulo del Observatorio Chileno de Salud Pública, 2017)

En relación a lo anterior, los principios y el modelo adoptado, se basan en la línea de postulados neoliberales internacionales promovidos por la Universidad de Chicago y el Banco Mundial. Ello no fue una experiencia nacional original, sino que ocurrió en línea con similares reformas políticas y económicas llevadas a cabo en muchos otros países de la región. (Gattini, César, Capítulo del Observatorio Chileno de Salud Pública, 2017)

Estas reformas neoliberales cambiaron y redujeron de manera significativa la participación e importancia del Estado, el cual redujo su rol subsidiario, concentrándolo en un bienestar residual, que apuntaría sólo en su mayor medida a los más pobres. Al igual que lo sucedido en otros servicios públicos, se produjo una reducción de financiamiento y del personal del sistema público de salud; hubo descentralización del sistema público al nivel regional y local, delegada progresivamente a la administración municipal, y se inició una privatización directa o indirecta de parte de sus funciones. (Loyola & Vergara, 1994) (Larrañaga, 2010) (Gattini, César, Capítulo del Observatorio Chileno de Salud Pública, 2017)

En concreto, los cambios más profundos se evidenciaron a partir del año 1979, cuando en virtud del Decreto Ley 2.763/1979 se reorganizó al Ministerio de Salud y sus instituciones relacionadas, y se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). La creación del régimen de prestaciones de salud mediante la denominada Ley de Salud, ley 15.469 del año 1985, que fijó las características del modelo de financiamiento, previsión y atención de salud vigentes, destacando la libertad de optar por alternativas públicas o privadas en la previsión y atención de salud y contribución proporcional al ingreso en el sistema público. Entre 1981 y 1986 se adoptaron iniciativas legales para la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y se concretó el traspaso paulatino de la administración de la mayoría de los establecimientos ambulatorios de nivel primario a las municipalidades. (Miranda , 1994) (Gattini, César, Capítulo del Observatorio Chileno de Salud Pública, 2017)

Si bien es cierto que partir del año 1990 a la fecha han existido grandes avances en varios aspectos en materias de salud, sigue pendiente concretar una reforma que permita mejorar el financiamiento, el nivel y distribución del recurso humano y físico, entre otros aspectos que permitan fortalecer el desempeño para adaptarse de modo más dinámico en respuesta a las nuevas y diversas necesidades de salud de la población, ya que esta, ha continuado con un gran crecimiento junto a cambios demográficos y epidemiológicos que desafían al fortalecimiento del sistema de salud. (Gattini, César, Capítulo del Observatorio Chileno de Salud Pública, 2017)

3) Estructura organizacional

El denominado **sector salud** forma parte de la sociedad organizada y del quehacer nacional, integrado por todas aquellas entidades, bienes y servicios que directa o indirectamente se relacionan con el objetivo de promoción, prevención, cuidado o recuperación de la salud, en el ámbito individual y colectivo de la población. Este sector salud está estrechamente interrelacionado con otros sectores sociales, en torno a salud y desarrollo. (Gattini, César, Capítulo del Observatorio Chileno de Salud Pública, 2017)

Por otra parte, el **sistema de salud** se refiere más específicamente al conjunto formal y organizado de entidades públicas y privadas que se relacionan con la rectoría, organización, financiamiento, aseguramiento, recursos y provisión de bienes y servicios sanitarios, en materias de promoción, prevención, cuidado o recuperación de la salud. Es el componente formal y más específico del sector salud. (Gattini , César; Álvarez , Johan; y Colaboradores, 2011)

El marco legal y normativo que sustenta al sistema de salud es complejo y determina los elementos específicos para la organización y funcionamiento del sistema, determinando los lineamientos, responsabilidades y funciones asignadas para el adecuado desempeño del sector. El marco normativo determina las funciones de rectoría, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud. Dicho marco se basa en los diversos documentos normativos utilizados por el Ministerio de Salud, que en su conjunto

determinan los diferentes tipos de entidades, roles y funciones cumplidas en el sistema de salud, tal cual se describe en la **tabla N°1**. (Gattini , César; Álvarez , Johan; y Colaboradores, 2011) (Becerril , Freyes , & Manuel, 2011)

Tabla N°1:
Principales entidades que participan del sistema de salud en Chile, según función y sector.

FUNCION	SECTOR PÚBLICO	SECTOR PRIVADO
Rectoría	- Estado (Ministerio de Salud)	
Regulación	- Estado (Ministerio de Salud) - Superintendencia de Salud	
Financiamiento	- Estado. - Cotización de trabajadores. - Co – pago por bienes y servicios. - Pago de bolsillo.	- Empresas privadas. - Cotización de trabajadores. - Co – pago por bienes y servicios. - Pago de bolsillo.
Aseguramiento	- FONASA. - Caja de previsión de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública. - Otros seguros públicos.	- ISAPRE. - Mutuales de empleadores. - Seguros específicos (escolares, transporte)
Provisión de servicios asistenciales	- Hospitales del SNSS. - Centros ambulatorios del SNSS, incluye administración municipal de APS. - Hospitales de FFAA y otros estatales.	- Hospitales y clínicas. - Centros ambulatorios. - Laboratorios. - Centros de imagenología. - Otros centros de apoyo diagnóstico o terapéutico.

(Gattini , César; Álvarez , Johan; y Colaboradores, 2011)

EL FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO

1) Financiamiento

El financiamiento general del sistema de salud proviene de diversas fuentes económicas, por una parte, podemos destacar principalmente los recursos aportados por del Estado y por otra las cotizaciones de los trabajadores y las empresas, como lo es lo aportado a las mutuales por parte de los empleadores. Por su complejidad y heterogeneidad, no es posible estimar el financiamiento global de salud en su totalidad. Sin embargo, sí se conocen aquellas fuentes y gastos afectos a registros gubernamentales y cuentas nacionales, que tienen gran implicancia en el presupuesto nacional. El financiamiento del sistema global de salud incluye aportes públicos y privados, que se asignan y transfieren entre las distintas entidades de aseguramiento y provisión de servicios. (Gattini, César, Capítulo del Observatorio Chileno de Salud Pública, 2017)

En relación con lo anterior se pueden destacar las siguientes fuentes de financiamiento:

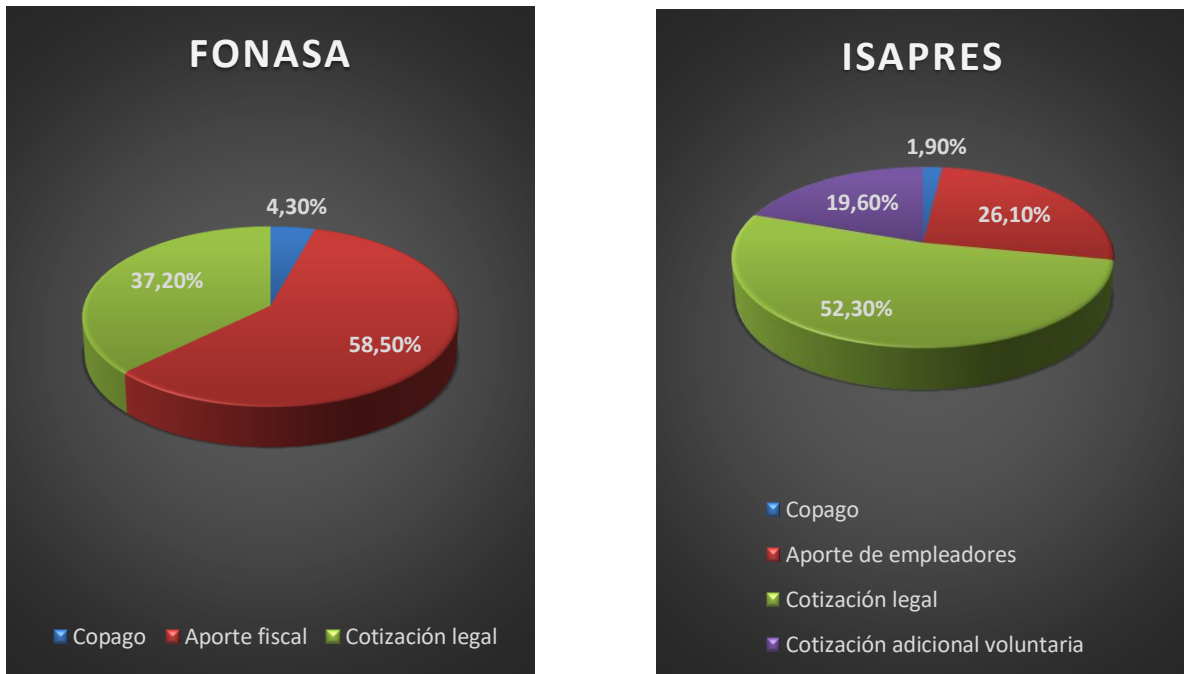
- Los impuestos, directos e indirectos, administrados por el gobierno.
 - Los tributos municipales o comunales, administrados por las municipalidades.
 - La cotización obligatoria desde los trabajadores a FONASA o ISAPRE (7% de los ingresos imposables), en virtud del régimen de seguro de salud.
 - El pago adicional que realizan algunas personas para su afiliación a algún plan de las ISAPRE (costo adicional al 7% obligatorio), y el pago opcional de las personas que de manera independiente se afilian a una ISAPRE.
 - Donaciones y contribución de fondos a instituciones privadas de salud sin fines de lucro.
 - El copago de bienes y servicios de salud por medio de bonos, según aranceles fijados, a ISAPRE y FONASA, y el pago de préstamos de salud otorgados por FONASA.
 - Gastos directos por pago de servicios asistenciales de la salud por las personas que no pertenecen a sistemas previsionales o cuya previsión no cubre dichos servicios.
 - Gasto directo en la compra de bienes, especialmente medicamentos.
 - Otros gastos, como el pago de bienes y servicios del área de la medicina informal o tradicional.
 - El aporte de las empresas al Régimen de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y algunas donaciones de entidades externas.
- (Gattini, César, Capítulo del Observatorio Chileno de Salud Pública, 2017) (Gattini, César; Álvarez, Johan; y Colaboradores, 2011)

El aporte público proviene principalmente de los impuestos y de las cotizaciones obligatorias, básicamente el 7% de salarios que se realiza al Fondo Nacional de Salud y en menor proporción a otros sistemas de previsión y seguros, como lo es el de las Fuerzas Armadas y de Orden. El aporte privado incluye aportes directos e indirectos, por gastos de bolsillo de las personas y cotizaciones de los afiliados al sistema previsional privado. Los gastos de bolsillo corresponden a los copagos por atenciones médicas, los copagos en medicamentos y el pago por atenciones médicas particulares que los usuarios efectúan directamente al prestador de servicios. (Gattini, César, Capítulo del Observatorio Chileno de Salud Pública, 2017)

El gasto en salud en la última década ha aumentado de manera significativa. Entre los diversos factores, influye el aumento progresivo del programa de Garantías Explícitas en Salud (GES). Entre 2005 y 2013, el gasto en salud se duplicó, observándose de forma destacada que el gasto de FONASA aumentó 2,2 veces mientras que el de ISAPREs aumento 1,7 veces. El crecimiento del gasto en FONASA ha estado sustentado en el fuerte incremento del aporte fiscal, el cual ha crecido al triple que las cotizaciones y el PIB en ese período. (Lenz, R, enero 2016) (Lenz, R, abril 2016)

En el año 2011, la cotización legal de FONASA sólo alcanzaba al 37,3% de los ingresos de FONASA. El 58,5% correspondía a aporte fiscal mientras que el copago alcanzaba al 4,3%. El perfil de ingresos de las ISAPREs era distinto, pues más de la mitad, correspondiente al 52,3% se basaba en la cotización legal, lo que aumentaba en 19,6% debido a cotización adicional voluntaria. El copago aportaba el 26,1% y una pequeña porción era aportada por empleadores correspondiente al 1,9%, tal cual se aprecia en los gráficos N°1 y N°2. (Galleguillos, 2011)

Gráfico N°1 y Gráfico N°2
Principales fuentes de ingresos de FONASA e ISAPRES 2011



(Galleguillos, 2011)

Es necesario mencionar que, como parte del flujo financiero del sistema, el seguro de salud público o privado que puede ser considerado como “el comprador de la prestación de salud”, según corresponda, paga al proveedor o prestador de salud, mediante distintos sistemas de pago. Estos pueden corresponder a pago según distintos tipos de presupuesto, ya sea por prestaciones, por diagnósticos, por per cápita o por estado de salud de la población asignada, etc. (Gattini, César, Capítulo del Observatorio Chileno de Salud Pública, 2017)

En el 2014, el 8,5% del gasto en el SNSS correspondió a atenciones médicas, el 9,4% a subsidios de incapacidad laboral y el 1,1% a gastos de administración. (Lenz, R, abril 2016)

2) Aseguramiento

Todo trabajador activo o pasivo está obligado a cotizar el 7% de sus ingresos imposables para el financiamiento de su seguro de salud, pero tiene la libertad de elegir de acuerdo a sus posibilidades, entre el aseguramiento pública o privado. El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es el seguro público de salud mientras que las aseguradoras privadas son las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). También existen otras entidades aseguradoras de grupos específicos de afiliados, como es el caso de las Cajas de Previsión de Fuerzas Armadas y de Orden. Es importante mencionar del sistema de salud chileno que, tanto los asegurados públicos como privados tienen legalmente gran libertad y amplitud de opciones para optar a diversos tipos de centros asistenciales de salud, sean estos públicos o privados. (Gattini , César; Álvarez , Johan; y Colaboradores, 2011) (Larrañaga, 2010)

En el año 2011, el 76,2% de la población era beneficiaria de FONASA, lo que corresponde a 13,2 millones de personas, de los cuales el 41,4% eran cotizantes y el resto eran cargas o beneficiarios. Por otra parte el sistema ISAPRE concentró en sus beneficiarios el 16,9% de la población de la cual el 50,3% eran cotizantes, el resto de la población, equivalente al 6,9% correspondió a particulares y FF.AA. El 27,4% de los cotizantes de **FONASA correspondió a personas mayores de 60 años, grupo de edad donde se acumula paulatinamente mayor carga de enfermedad y necesidades de atención de salud**, en cambio, sólo 3,3% de los cotizantes de ISAPRE tenía ese rango de edad. Las cotizaciones representan alrededor de un tercio del gasto en salud y el gasto de bolsillo otro tercio, el restante proviene de aporte fiscal directo. **El gasto de bolsillo puede significar una gran desprotección en personas de bajos recursos y contribuir a la inequidad, especialmente cuando hay una gran desigualdad de ingreso en el país.** (Gattini , César; Álvarez , Johan; y Colaboradores, 2011) (Ministerio de Desarrollo Social, 2011)

Un trabajo recientemente publicado por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, describe que, de toda esta población en el país que tiene algún tipo de cobertura en salud, es importante mencionar que FONASA cubre cerca del 78% de la población y que las ISAPREs cubren cerca del 17-18%. Datos muy similares a los descritos en el párrafo anterior. El otro 3-4% es cubierto bajo un esquema de seguro de las Fuerzas Armadas. (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, 2017)

Como antecedente histórico a considerar, es necesario mencionar que el gasto en salud en Chile ha ido creciendo mucho más rápidamente que el promedio entre los países de la OCDE durante los últimos diez años. A partir del año 2010, el gasto en salud se ha ido incrementando a una tasa de alrededor del 6% anual en términos reales, considerando, que estimaciones preliminares sugirieron una leve desaceleración durante el año 2013. (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, 2014)

Por otra parte, si bien es cierto se ha ido aumentando este gasto total del sector salud en Chile, ascendiendo el año 2012 al 7,3% del producto interno bruto del país, es importante también destacar que este gasto sigue estando por debajo del gasto promedio de los países de la OCDE, que es cercano al 9,3%. (Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Regimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado, 2014)

En términos de la naturaleza de este gasto, la proporción del aporte público en este financiamiento resulta considerablemente más bajo que el promedio de los países de la OCDE, siendo el gasto de bolsillo la principal fuente de financiamiento, resultando en una carga económica considerable para todos los hogares de nuestro país en términos generales. (Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Regimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado, 2014) (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, 2014) (Centro de Estudios Públicos, 2018)

Es posible que este gasto de bolsillo, es decir, aquel dinero que desembolsan las familias directamente por alguna prestación de salud, ya que no está contemplado por ningún sistema de cobertura, se vea aumentado en la población adulta mayor, debido a que esta población, tiene una mayor probabilidad de contraer enfermedades crónicas, llevando así a requerir consecuentemente una mayor cantidad de prestaciones de salud y por tanto destinando una mayor cantidad de recursos a este concepto. (Centro de Estudios Públicos, 2018)

Es importante destacar que FONASA es un servicio público, funcionalmente descentralizado, de ámbito nacional, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio. Es el continuador legal del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA). (Gattini, César, Capítulo del Observatorio Chileno de Salud Pública, 2017)

FONASA está encargado de recaudar, administrar y distribuir los dineros del Estado destinados a salud, en conformidad con las políticas, planes y normas que para esos efectos determina el Ministerio de Salud, organismo del cual depende, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, en los aspectos normativos y de política sanitaria. En tanto que en lo relacionado a los derechos de los beneficiarios especialmente al Régimen de Garantías Explícitas en Salud, es regulado por la Superintendencia de Salud. (Gattini, César, Capítulo del Observatorio Chileno de Salud Pública, 2017)

Las funciones principales de FONASA están orientadas a financiar las acciones de salud y las inversiones de capital que requiere el Sistema y a colaborar con el Ministerio en la compatibilización y consolidación financiera de los proyectos de presupuesto de los Servicios de Salud y otros organismos vinculados al Ministerio, con el Presupuesto Global de Salud. Corresponde igualmente a FONASA cumplir las funciones y obligaciones como administrador del Fondo de Asistencia Médica, Ley 16.781 y administrar los recursos

destinados a la atención de salud por la modalidad de Libre Elección. (Gattini, César, Capítulo del Observatorio Chileno de Salud Pública, 2017)

Es importante también destacar que FONASA funciona con un sistema de reparto, donde todos los beneficiarios cotizantes aportan el 7% de sus ingresos imponibles y acceden a un Plan Único de Salud, independiente del aporte y condiciones de salud de los cotizantes. Este sistema de seguro solidario está organizado sobre la base de un aporte obligatorio que es proporcional a los ingresos realizado por los trabajadores en actividad, con el que se construye un fondo, donde prima la solidaridad en la distribución, de acuerdo a las necesidades. (Gattini, César, Capítulo del Observatorio Chileno de Salud Pública, 2017)

Los afiliados son catalogados en tramos **A-B-C-D** según su nivel de ingreso y les corresponde un copago diferencial al momento de uso. Existen dos modalidades de atención a las que pueden acceder los afiliados a FONASA, por una parte encontramos el modo institucional ofrecido en el SNSS y por otra, el de libre elección, mediante el cual previo un copago o bono, se puede acceder a la atención privada. (Gattini, César; Álvarez, Johan; y Colaboradores, 2011) (Infante A, Guillermo Paraje G, 2010)

El Fondo Nacional de Salud, en su rol de protección social y de aseguramiento del acceso a la atención de salud de las personas, concede subsidios en proporción inversa a la capacidad de pago de los afiliados. Por otra parte, también existen diferencias en relación al pago, según el número de familiares a cargo que tenga el cotizante. Los grupos catalogados según la capacidad de pago de los afiliados son los siguientes:

- A: Población pobre, que no paga cotización y sólo tiene acceso al sistema público (SNSS) en forma gratuita.
- B: Población con ingresos inferiores a 1 salario mínimo, que paga la cotización y cuya atención pública es gratuita en el SNSS.
- C: Población con ingresos comprendidos entre 1 y 1,45 salarios mínimos, que debe abonar la cotización más un copago del 10 por ciento por recibir atención pública.
- D. Población con ingresos superiores a 1,45 salarios mínimos.

(Gattini, César, Capítulo del Observatorio Chileno de Salud Pública, 2017)

El sector privado asegurador está constituido por las ISAPREs, empresas privadas de protección de la salud de las personas, que administran la cotización obligatoria de los asalariados. Operan en base a un contrato individual de seguro de salud donde se puede cotizar el 7% o más, de manera voluntaria, no excediendo las 4,2 UF mensuales. Se ha encontrado que pueden existir más de 12 mil planes comercializados por 13 ISAPREs. El cálculo de pago de prima del contrato individual está determinado por un precio base ajustado por factores de riesgo entre los cuales se **considera edad, sexo y otros**

riesgos, lo que en muchos casos determina que poblaciones como mujeres en edad fértil, tercera edad u otros no puedan acceder a estos contratos, concentrándose finalmente en FONASA. (Gattini, César, Capítulo del Observatorio Chileno de Salud Pública, 2017)

Las ISAPREs pueden ser cerradas o abiertas. Básicamente la diferencia entre ambas está en que la inscripción a las ISAPREs cerradas está limitada a los trabajadores de una empresa o sector económico específico. En cambio, las ISAPREs abiertas permiten la inscripción a toda la población que pueda contar con capacidad de pago para poder afiliarse a alguna de ellas (**ver cuadro N°2**). (Gattini, César, Capítulo del Observatorio Chileno de Salud Pública, 2017)

Tabla N° 2: Se describen las ISAPREs cerradas y abiertas existentes en la actualidad.

ISAPREs Cerradas	ISAPREs Abiertas
Chuquicamata	Banmédica
Cruz del Norte	Colmena Golden Cross
Fundación	Consalud
Fusat	Cruz Blanca
Río Blanco	Ferrosalud
San Lorenzo	Nueva Mas Vida
	Vida Tres

(Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Regimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado, 2014)

Es importante recordar que las ISAPREs fueron creadas en 1981 en el contexto de la reforma previsional y estructural del sistema de salud. Son entidades privadas que tienen como objeto la administración del Seguro Social de Salud Común, otorgando directamente las prestaciones y beneficios de salud o a través del financiamiento de las mismas a sus afiliados. Para ello pueden celebrar contratos de salud con personas, sean o no trabajadores, incorporando a otras personas que no son cargas familiares como “cargas médicas” de los cotizantes. Estos contratos están basados en el riesgo individual, por lo cual el precio de su prima, o plan de salud, así como las prestaciones a que se tienen derecho pueden variar entre los individuos. (Gattini , César; Álvarez , Johan; y Colaboradores, 2011)

El aseguramiento privado de ISAPRE, y la mantención de sus beneficiarios adscritos como tales a ese sistema, está relacionado con la mantención del empleo formal o bien a la capacidad de pagar primas mensuales, a la posibilidad de aportar cotizaciones oportunamente, y a las alzas periódicas de los planes. FONASA por otro lado, cumple con el rol de fondo de seguridad pública y además debe prestar beneficios a quienes no tienen empleo o capacidad suficiente para cotizar. Ambos sistemas enfrentan un permanente desafío que es distinto. En el caso de ISAPRE, se busca retener o aumentar su número de cotizantes, lo que depende de que dicho cotizante tenga capacidad de pago de prima y por lo tanto continúe empleado y con ingresos suficientes para cubrir el

porcentaje de cotización. En el caso de FONASA debe responder a sus cotizantes y beneficiarios, por un lado, pero a su vez aportar beneficios a quienes no trabajan o lo hacen muy esporádicamente, como empleos temporales o informales y por lo tanto no contribuyen con cotizaciones que permitan asegurar mayor financiamiento de ese Fondo público, por lo cual se hace necesario que requiera recibir financiamiento fiscal directo. (Gattini , César; Álvarez , Johan; y Colaboradores, 2011) (Infante A, Guillermo Paraje G, 2010)

FACTORES MÁS REPRESENTATIVOS QUE HAN IMPULSADO LAS VARIACIONES Y TENDENCIAS AL MAYOR GASTO EN SALUD DE LOS BENEFICIARIOS TANTO DE ISAPREs COMO DE FONASA

1) Antecedentes generales

En todos los países del mundo y en particular en los más industrializados, el gasto en salud ha ido en aumento desde hace décadas. Ese aumento generalmente ha excedido a la inflación y es un fenómeno mundial que también se observa en Chile en la última década. Este aumento del gasto se asocia principalmente a los siguientes factores:

- a) Crecimiento económico.
- b) Factor demográfico.
- c) Cambios tecnológicos.
- d) Cambios en el estilo de vida.
- e) Crecimiento de los costos de producción.

(Clínicas de Chile S.A, 2015)

2) Crecimiento económico

Uno de los principales determinantes del aumento del gasto en salud per cápita es el crecimiento económico. Ya en el año 1977, se reportaba que aproximadamente el 90% de la variación entre diferentes países en su gasto en salud estaba determinada por esta variable. Muchos otros autores han llegado a esta misma conclusión. En relación a Chile, el aumento absoluto del gasto en salud ha obedecido al aumento sostenido del crecimiento de la economía ya que como proporción del PIB se ha mantenido relativamente constante en la última década. (Clínicas de Chile S.A, 2015)

Es esperable que, en la medida que el país mantenga un ritmo de crecimiento positivo, el gasto en salud siga creciendo naturalmente, siguiendo la dinámica que se observa en los países desarrollados, y a futuro siga aumentando en términos absolutos. También es esperable que aumente como proporción del PIB, ya que los países, en la medida que se

vuelven más ricos, gastan más en salud a nivel del Estado y a nivel de las personas directamente. (Clínicas de Chile S.A, 2015)

3) Factor demográfico

Otro factor relacionado en el aumento del gasto de salud son los cambios demográficos, especialmente los relacionados con el envejecimiento de la población, lo que genera una mayor carga de demanda y un cambio en el perfil de atenciones de salud demandadas. Este fenómeno se viene observando desde hace ya varios años en los países más desarrollados y se origina por una baja tasa de natalidad y expectativas de vida cada vez más elevadas. (Clínicas de Chile S.A, 2015)

La población de beneficiarios de FONASA entre los años 1999 y 2012, creció a una tasa del 2,76% promedio anual, pasando de un 61,5% a un 76,5% de la población del país, mientras que el número de beneficiarios de ISAPREs, disminuyó a una tasa del -0,6% promedio anual, pasando de un 21,7% a un 17,5%, evidenciando una evidente movilidad entre los beneficiarios de estas dos instituciones en el tiempo. (Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Regimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado, 2014)

Así mismo, es importante también mencionar que la población de FONASA presenta en promedio mayores prevalencias de daño, esto debido al mayor envejecimiento de sus beneficiarios, al menor nivel de ingresos promedio de sus afiliados y a la no existencia de barreras de ingresos para las personas, independiente de su potencial riesgo de salud. (Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Regimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado, 2014)

Lo anterior permite entonces colegir, que a nivel de FONASA se concentre una mayor proporción de la población más envejecida, con más daño promedio y con menores ingresos, a diferencia de las ISAPREs, generando obviamente un mayor gasto potencial para el Estado a nivel público de salud. Por ello, tampoco resulta raro entender el fenómeno de la movilidad que existe entre los beneficiarios de ISAPREs a FONASA, alrededor de las edades de jubilación, ya que lo hacen generalmente cuando disminuyen sus ingresos y no pueden seguir pagando el precio de su plan que se les defina, sobrecargando aún más el sistema. (Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Regimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado, 2014)

Desde el año 1930 la población de nuestro país ha ido sufriendo un proceso de transición demográfica, caracterizada por la disminución de la mortalidad y también de la fecundidad en todos los grupos de edad. Por lo que, a través de los años, estos cambios han llevado a una disminución de la población joven y a un aumento de la población adulta y de edades avanzadas. Esta situación se describe como un estado de transición demográfica avanzada. El impacto de este fenómeno se traduce en que la población potencialmente

activa comienza a disminuir y con esto aumenta el índice de dependencia demográfica. Básicamente este índice refleja la carga económica que la población potencialmente activa debe sustentar, el que ha disminuido de forma paulatina a partir del año 1965 a consecuencia de la disminución de la natalidad, llegando al mínimo en el año 2011. (Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Regimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado, 2014) (Villalón Cárdenas & Vera Schneider, 2012)

El envejecimiento de la población ha afectado a los beneficiarios de FONASA e ISAPREs, lo que ha generado un aumento del nivel de riesgo relativo de la cartera que tiene efectos en el nivel de gastos y en el tipo de prestaciones demandadas. Este envejecimiento progresivo de la población desde hace ya varios años se espera que se siga intensificando a futuro. (Clínicas de Chile S.A, 2015)

Este escenario actual y futuro con una proporción creciente de adultos mayores de sobriedad prolongada, implica sin duda una importante exigencia para los sistemas de seguridad social y en mayor medida de salud, debido a la mayor demanda potencial de servicios de salud de esta población mayor. (Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Regimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado, 2014)

4) Cambios tecnológicos

Un cambio relevante que impacta en el aumento de los costos de la atención de salud es el ingreso acelerado de nuevas tecnologías al sector en la forma de medicamentos, implementos, uso de biotecnología, exámenes o equipos que ayudan al diagnóstico, procedimientos y terapias. Diversos estudios en el mundo muestran esta tendencia y concluyen que cambios en los avances tecnológicos dan cuenta de entre un 27% a un 65% del aumento del gasto en salud. (Clínicas de Chile S.A, 2015)

El efecto de este factor se refleja en la incorporación de nuevos tratamientos y tecnologías que cambian el perfil de demanda de las personas y la expansión de nuevos tratamientos a grupos de personas que no tenían acceso. Esta masificación de tratamientos también está dada por aumento de demanda de pacientes más informados y proactivos, quienes presionan por acceder métodos diagnósticos y tratamientos más complejos. (Clínicas de Chile S.A, 2015)

Es innegable que múltiples avances médicos han significado un aumento en la sobriedad y calidad de vida de las personas, por lo que es una tendencia positiva que se seguirá manteniendo y que se debe considerar al proyectar el gasto en salud futuro. (Clínicas de Chile S.A, 2015)

5) Cambios en el estilo de vida

Varios factores del estilo de vida de las personas, como la actividad física inadecuada y la mala alimentación, están contribuyendo a aumentar el gasto en salud. Por ejemplo, el porcentaje de adultos con sobrepeso ha aumentado drásticamente en Chile, situándolo como el país con la mayor tasa de obesidad de los países OCDE. Este aumento de la incidencia de la obesidad conduce directamente al aumento de los costos de atención de la salud, ya que aumenta la demanda de tratamiento de las enfermedades crónicas relacionadas, tales como la hipertensión, la diabetes, enfermedades del corazón y derrames cerebrales. (Clínicas de Chile S.A, 2015)

Otro fenómeno en crecimiento relacionado con el estilo de vida es la presencia creciente de personas que sufren de más de una condición crónica, cada una de las cuales conduce a un aumento en el gasto en atención hospitalaria u de otro tipo relacionado con salud. Parte de esto se relaciona con mayores atenciones y más complejas de cuidados intensivos, por ejemplo. (Clínicas de Chile S.A, 2015)

Estas enfermedades crónicas, o también conocidas como Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ENT) tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Los principales tipos de ENT son las enfermedades cardiovasculares (como los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes. (Organización Mundial de la Salud , 2018)

Las ENT afectan desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medios, donde se registran más del 75% (32 millones) de las muertes por ENT. (Organización Mundial de la Salud , 2018)

Las ENT pueden afectar a todos los grupos de edad y a todas las regiones y países. Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero los datos muestran que 15 millones de todas las muertes atribuidas a las ENT se producen entre los 30 y los 69 años de edad. Más del 85% de estas muertes “prematargas” ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Niños, adultos y ancianos son todos ellos vulnerables a los factores de riesgo que favorecen las ENT, como las dietas no adecuadas, la inactividad física, la exposición al humo del tabaco o el uso nocivo del alcohol. A partir de los 60 años, se empieza a acumular paulatinamente mayor carga de enfermedad y necesidades de atención de salud es por esto que este grupo de edad es importante tenerlo en consideración ya que se relaciona directamente con las ENT. (Organización Mundial de la Salud , 2018) (Gattini, César, Capítulo del Observatorio Chileno de Salud Pública, 2017)

Dentro del impacto socioeconómico que se ve relacionado a estas ENT encontramos que estas enfermedades ponen en peligro el avance hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), entre los que se encuentra la reducción de las muertes prematuras por ENT en un 33% para 2030.

La pobreza está estrechamente relacionada con las ENT. Se prevé que el rápido aumento de estas enfermedades sea un obstáculo a las iniciativas de reducción de la pobreza en los países de ingresos bajos, en particular porque elevan los gastos familiares por atención sanitaria. Las personas vulnerables y socialmente desfavorecidas enferman más y mueren antes que las de una mayor posición social, sobre todo porque corren un mayor riesgo de exposición a productos nocivos, como el tabaco, o a prácticas alimentarias no adecuadas, y tienen un acceso más limitado a los servicios de salud.

En los entornos con pocos recursos, los costos de la atención sanitaria para las ENT pueden agotar rápidamente los recursos de las familias. Los costos desorbitados de las ENT, en particular el a menudo prolongado y oneroso tratamiento y la desaparición del sostén de familia, están empujando cada año a millones de personas a la pobreza e impidiendo el desarrollo.

6) Cambios en los costos de producción

Aun cuando no existe información disponible con exactitud respecto a la evolución general de los costos de producción de los prestadores de salud, existe la percepción general que el sistema enfrenta un aumento de costos reales muy importante en componentes tan relevantes como lo son el ámbito de los recursos humanos y medicamentos. De hecho, de acuerdo a la información del INE, el índice de costo de la Mano de Obra en el sector salud, ha mostrado los últimos 5 años un crecimiento que duplica el costo del IPC, de acuerdo a las cifras oficiales. (Clínicas de Chile S.A, 2015)

En resumen, todo indica que los costos relacionados a la Salud seguirán creciendo, siendo el desarrollo económico y tecnológico la variable que más estimula el crecimiento de este sector, así como también lo es el envejecimiento poblacional. Se puede observar que el índice de fecundidad en Chile ha sufrido una continua contracción, pasando de 5,58 en 1960, a 2,09 en el año 2000 y a 1,83 en el año 2012, lo que significa que el país tendrá una proporción cada vez más alta de adultos mayores en su población. De la misma manera, la esperanza de vida al nacer ha ido en aumento desde 72,9 años en el año 1990, llegando a 78,3 en el año 2012. Dado que los gastos en Salud también aumentan con la edad, se puede entonces prever que su crecimiento seguirá aumentando por sobre el PIB. (Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Regimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado, 2014)

Es claro que estos factores definen para Chile y el mundo un escenario de aumento sostenido de la demanda por atenciones de salud por parte de las personas que legítimamente buscan mejorar su calidad y expectativas de vida. Tomando en cuenta estos antecedentes, resulta particularmente interesante analizar cómo se ha comportado el sistema de aseguramiento de salud en nuestro país en relación al número de cotizantes tanto de FONASA e ISAPRE y si ha variado la cantidad de estos en el tiempo, específicamente en las edades de 60 a 69 años.

Es de interés analizar este rango etario porque, como hemos mencionado en párrafos anteriores, por una parte, tenemos que las edades de estas personas se relacionan estrechamente con sus periodos de jubilación, en el que sus ingresos se ven considerablemente disminuidos. Por otra parte, también tenemos que el envejecimiento de nuestra población va en aumento y se relaciona directamente, con las enfermedades crónicas no trasmisibles, aumentando las probabilidades de tener una demanda potencial mayor de esta población en el futuro, ya sea por servicios sanitarios o de cobertura de salud. Por último, la razón de centrarnos en estudiar el número de cotizantes, se relaciona directamente con el hecho de considerar solo a las personas que son las que pagan la cobertura de salud según corresponda a FONASA o ISAPREs y de esta forma evaluar las variaciones en número que precisamente han tenido estos a través del tiempo, que sin duda es posible que se haya visto afectada, motivo de análisis de este estudio. Cualquier variación es importante tenerla en cuenta para saber cómo se ha comportado el sistema de cobertura de salud en el tiempo estos últimos años.

III **MARCO CONCEPTUAL**

Un estudio del año 2005 mostró que desde el año 1998, el Sistema ISAPRE viene experimentando una pérdida sistemática de beneficiarios. Aunque esta disminución de cartera muestra una tendencia anual decreciente, la pérdida neta total de beneficiarios asciende a 1.224.202, a contar de diciembre de 1997, período durante el cual el Sistema alcanzó un máximo de 3.882.572 personas. El año 2005, la pérdida de cartera alcanza aproximadamente a los 20.637 beneficiarios, lo que indica que la migración de afiliados en esos años ya era un tema para esta industria. (Inostroza , Muñoz, & Sanchez , 2005)

Según este estudio mencionado, en aquellos años variadas fueron las causas que explicaron la migración, entre ellas se distinguieron: la crisis asiática de finales de los noventa y su impacto negativo sobre las tasas de empleo y poder adquisitivo de las personas; el mejoramiento continuo de los servicios de atención del FONASA, percibido favorablemente por la población de ISAPRE; y la incorporación reciente en esos años del Plan Auge (GES) que no había sido promocionado adecuadamente por las ISAPREs, con el consiguiente fortalecimiento de la competitividad del seguro público. (Inostroza , Muñoz, & Sanchez , 2005)

Otras causas se atribuyeron a las fallas estructurales del Sistema, que posibilitaban la adecuación anual tanto de precios como de beneficios junto a la desafiliación voluntaria por parte de los afiliados, condiciones que transformaron al contrato de salud privado en un seguro de corto plazo que no tomaba en consideración el riesgo ni las necesidades de salud futuras de los usuarios. (Inostroza , Muñoz, & Sanchez , 2005)

Finalmente en el estudio, otras causas fueron atribuidas a las propias ISAPREs y a su falta de iniciativas orientadas a fidelizar a los clientes y a promover su permanencia; por ejemplo, a través de la implementación de programas de tipo preventivo o de mayor protección para la tercera edad o mediante el traspaso de sus mayores utilidades a nuevos beneficios y/o menores precios para sus beneficiarios, incentivos que la reforma de salud de ese entonces intentó imponer con una mayor estandarización de planes de salud, regulación de los precios y modelos de atención que enfatizaran la prevención y promoción, médicos de familia, compra de soluciones integrales en salud, entre otras. (Inostroza , Muñoz, & Sanchez , 2005)

Una de las conclusiones que este estudio arroja, es que la principal causa de los abandonos es la desafiliación voluntaria, la cual explicó cerca del 65% de los casos, mostrando el grado de sensibilidad que los cotizantes presentan frente a la calidad de los servicios ofrecidos y al precio de los planes de salud.

Por otra parte, los cotizantes que abandonaron el Sistema ISAPREs presentaron, en promedio, un menor poder adquisitivo, menor edad y un menor número de cargas. Aunque los cotizantes que permanecieron en el Sistema se mostraron mayoritariamente estables, se menciona también que persiste entre ellos el riesgo de abandono mientras los planes de salud continúen encareciéndose.

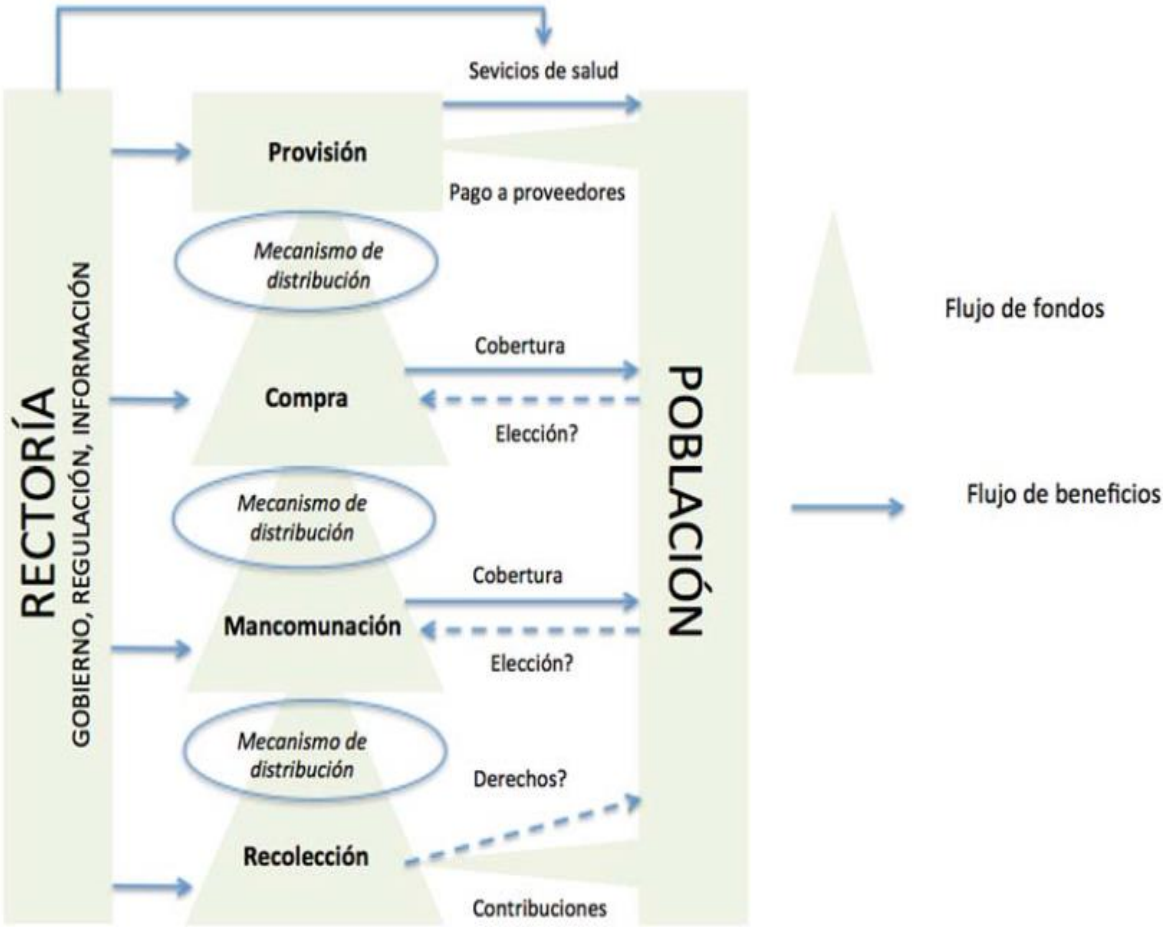
Por otra parte, es necesario mencionar que existe literatura asociada dedicada a entender los sistemas de salud y evaluar su desempeño, donde en muchos casos se enfatiza el rol financiero de éstos, recalcando su importancia en el sector salud por sobre lo que ocurre en otros mercados. Un sistema de salud es relevante tanto por su efecto en la protección del estado de salud, como la situación financiera de las personas. Las consecuencias potencialmente catastróficas de la enfermedad, así como la naturaleza impredecible de la necesidad de atención médica hacen de la dimensión financiera de la salud y los mecanismos de aseguramiento y manejo de riesgos un elemento de vital importancia en cualquier sistema de salud. (Organización Mundial de la Salud, 2000) (Dintrans Villalobos, 2017)

El objetivo de la función financiera del sistema de salud es tanto proveer fondos como fijar incentivos a los proveedores de servicios de salud, de forma de asegurar el acceso de todos los individuos a una atención de salud con ciertos estándares. Para asegurar esto, se requiere de tres componentes que interactúan entre sí: recolección de los fondos, mancomunación, y compra. (Dintrans Villalobos, 2017) (Organización Mundial de la Salud, 2000)

La recolección de fondos es el proceso mediante el que el sistema recibe fondos desde distintas fuentes. La mancomunación se refiere a la agregación y administración de los fondos recolectados, que permiten repartir el riesgo de salud entre todos los distintos miembros del fondo, para que éstos no sean enfrentados individualmente, que es uno de los objetivos principales de la función aseguradora, reduciendo la incertidumbre para personas y proveedores. La compra es el proceso a través del cual los fondos recolectados son pagados a los proveedores para que entreguen servicios de salud a la población. (Dintrans Villalobos, 2017)

Basado en estos conceptos, es posible encontrar un marco conceptual para el análisis de un sistema de salud, enfocado principalmente en la función de aseguramiento del sistema, es decir, lograr el acceso a servicios de salud sin incurrir en empobrecimiento desde el punto de vista financiero. El modelo, inicialmente desarrollado tanto para describir la situación actual de un sistema de salud respecto de su dimensión financiera como para identificar y evaluar alternativas de política, es útil para analizar la situación actual y futura del sistema de salud chileno, particularmente para evaluar esquemas alternativos para los seguros de salud en el país, y su impacto en los objetivos de un sistema de salud que avanza hacia la cobertura universal. (Kutzin , J, 2001) (Kutzin, J, 2008) (Kutzin, J, 2013) (Aguilera X, 2014)

La siguiente figura muestra la relación entre las distintas funciones financieras de un sistema. El proceso se inicia con la recolección de fondos y termina con la provisión de servicios de salud, definiendo flujos de recursos financieros y beneficios entre los distintos actores. Asimismo, explicita la necesidad de definir mecanismos de distribución de los recursos entre las distintas etapas del proceso.



(Dintrans Villalobos, 2017)

Como explica, el modelo planteado es suficientemente amplio y genérico como para ser aplicado en distintos contextos, y puede ser considerado como un punto de partida analítico para cualquier análisis en relación a esta materia: diferentes combinaciones de estas funciones pueden existir, por ejemplo, en términos de su grado de integración, es decir cuántas instituciones participan en el proceso, o bien quiénes contribuyen al sistema y a través de qué mecanismos (impuestos directos y/o indirectos, contribuciones obligatorias y/o voluntarias, donaciones), qué organizaciones se encargan de mancomunar los fondos y de qué forma (gobierno central, gobiernos locales, otras instituciones públicas, empleadores, empresas privadas) o quién se encarga del proceso de compra y mediante qué instrumentos (presupuesto, salario, pago por servicio, capitación). Estas distintas alternativas se hacen evidentes en los distintos esquemas escogidos por diversos países a lo largo del mundo cuando han debido definir el diseño de la dimensión financiera de sus sistemas de salud y el aseguramiento y claramente no existe una respuesta única sobre cómo financiar o administrar en relación al aseguramiento los sistemas de salud (Kutzin, J, 2008) (Gottret P, 2008) (Kwon, 2009) (Kutzin, J, 2016)

El modelo presentado reconoce las distintas posibilidades para analizar y evaluar el sistema de financiamiento de salud, haciendo explícito que éste puede ser definido, analizado y reformado en distintas dimensiones, no solamente en base a cuál es su fuente de recursos financieros. (Kutzin , J, 2001) (Kutzin, J, 2008)

El modelo conceptual sirve para analizar de manera estructurada las principales características de los seguros de salud de los países, basada en las tres funciones anteriormente descritas (recolección, mancomunación y compra).

Por otra parte, es importante tener presente que una estrategia óptima para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud se sustenta **en el derecho a la salud como valor central, la equidad y la solidaridad**. La adopción de estos valores ha sido un proceso de larga duración en todo el mundo, que ha tenido una recepción muy favorable en la Región de las Américas, en el contexto del movimiento de derechos humanos y justicia social. (Organización Panamericana de la Salud , s.f.)

El derecho a la salud se reconoce en la constitución de 19 países de la región y orienta el desarrollo de estrategias, planes, y políticas de salud y protección social. No obstante, las diferencias que muestra la limitada información desagregada (por características de grupos de población) sobre el acceso y los resultados en salud revelan diferencias notables en la realización de este derecho para todas las personas. De ahí que la búsqueda **de equidad** sea un valor consustancial al derecho a la salud. Entendiéndose **esta equidad en salud** como la ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, así como en el trato que se recibe en el sistema de salud y en otros servicios sociales. (Organización Panamericana de la Salud , s.f.)

La solidaridad se plantea como valor orientador de la protección social. Este valor representa el esfuerzo intencionado de la sociedad para que las personas en condiciones de mayor vulnerabilidad mejoren su situación a través de la redistribución de la riqueza desde los más favorecidos. Esto implica que los sanos se solidarizan con los enfermos, los jóvenes, con las personas de edad avanzada, y los ricos con los pobres. Esta solidaridad se concreta mediante el establecimiento de mecanismos de financiamiento que distribuyen el riesgo y previenen el empobrecimiento debido al gasto inesperado en salud. (Organización Panamericana de la Salud , s.f.)

Tanto el modelo conceptual anteriormente presentado, como los conceptos de derecho a la salud, equidad y solidaridad sirven para analizar de manera estructurada las principales características de los seguros de salud de los países, y serán de mucha utilidad para nuestro análisis luego de obtener nuestros resultados en este estudio.

IV METODOLOGÍA

Tipo y diseño del estudio: Estudio de carácter descriptivo cuantitativo, de cohorte no concurrente, donde cada grupo a analizar se mide en relación a dos periodos de tiempo, año 2004 y año 2014. Se consideraron estos periodos teniendo en cuenta que en el año 2004 se realizó el Plan de acceso Universal a las Garantías explícitas en Salud (GES) y se realizó la gran reforma de salud donde se promulgó la Ley de Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria, Ley 19937, donde parte de las modificaciones consistió en separar al Ministerio en dos Subsecretarías, la de Salud Pública y la de Redes Asistenciales entre otros. Por lo que a la fecha 2014 es posible ya evidenciar los efectos de esta reforma en materias de salud, pudiendo haber generado también un impacto a nivel del aseguramiento, por eso fue considerada la población en este periodo para obtener una información mucho más precisa tomando en cuenta la realidad actual en nuestro País. (Goic, 2015) (Ministerio de Salud, 2004)

Cada grupo a analizar será medido en relación a dos periodos, entre los años 2004 y 2014 en relación a su cantidad de cotizantes. La muestra será conformada por todas las personas hombres y mujeres cotizantes de ISAPRE Y FONASA en las edades de 50 a 59 años en el año 2004 y posteriormente entre 60 a 69 años el año 2014. Se procederá a la recopilación y selección de los datos con los criterios establecidos, para posteriormente obtener la tasa de crecimiento geométrica anual de ambos grupos y realizar los análisis correspondientes. La información se obtendrá de fuentes y archivos públicos oficiales disponibles en los sitios web de las propias instituciones, ISAPRE y FONASA y además será complementada con solicitudes de información por ley de transparencia.

Universo: Todas las personas usuarias del sistema público y privado de salud cotizantes de ISAPREs y FONASA en el año 2004.

Muestra: La muestra se conformó por todas las personas cotizantes de ISAPRE y FONASA en las edades de 50 a 59 años el año 2004 y de 60 a 69 años el año 2014.

Criterios de selección:

- 1) Hombres y mujeres en las edades de 50 a 59 años que cotizaron en ISAPREs y FONASA en el año 2004.
- 2) Hombres y mujeres en las edades de 60 a 69 años que cotizaron en ISAPRE Y FONASA en el año 2014.
- 3) Hombres y mujeres pertenecientes a ISAPREs abiertas y cerradas.
- 4) Cotizantes de FONASA pertenecientes a todos los tramos, es decir, tramos A, B, C y D.

Criterios de exclusión:

- 1) Se excluyeron a todos los cotizantes de ISAPREs y FONASA que pertenecieran a un rango distinto a las edades de 50 a 59 años el año 2004, así como a aquellos que pertenecieran a algún sistema distinto al de ISAPREs y FONASA, como lo es el Sistema de Aseguramiento de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública o bien a aquellos que se costean su salud de forma individual con un pago absoluto de gasto de bolsillo. Esto último considerando que, en estos casos, estas personas no tienen ningún tipo de aseguramiento y que es precisamente la movilidad en el aseguramiento lo que queremos estudiar.
- 2) Se excluyeron a todos los cotizantes de ISAPREs y FONASA que pertenecieran a un rango distinto a las edades de 60 a 69 años el año 2014, así como a aquellos que pertenecieran a algún sistema distinto al de ISAPREs y FONASA, como lo es el Sistema de Aseguramiento de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública o bien a aquellos que se costean su salud de forma individual con un pago absoluto de gasto de bolsillo. Esto último considerando que, en estos casos, estas personas no tienen ningún tipo de aseguramiento y que es precisamente la movilidad en el aseguramiento lo que queremos estudiar.

Procedimiento: Solicitud, recopilación y análisis de Base de datos oficiales de las instituciones, Superintendencia de Salud y FONASA, para la selección de la información y análisis de los datos, con los criterios establecidos.

Análisis estadístico: Luego de determinar el número y analizar la cantidad de personas cotizantes tanto de hombres como de mujeres en las edades señaladas de este estudio, según los criterios establecidos tanto de ISAPREs como de FONASA, en el año 2004, se procedió a obtener esta misma información para el año 2014, es decir luego de 10 años de seguimiento de esta población, donde ahora sus edades se encuentran en los 60 y los 69 años de edad. Posteriormente, se procedió a obtener la tasa de crecimiento promedio anual geométrica entre los años 2004 y 2014 para ambos grupos, ISAPREs y FONASA, con la fórmula tal cual como se describe en la **Figura N°1**, considerando los criterios establecidos, para posteriormente realizar los análisis correspondientes.

Figura N°8: Fórmula, tasa de crecimiento geométrica.

$$r = \left(\sqrt[n]{\frac{Pf}{Pi}} - 1 \right) \times 100$$

r = Tasa de crecimiento geométrica.

Pi = Población inicial.

Pf = Población final.

N = Periodo de años entre Pi y Pf.

V ANÁLISIS, RESULTADOS Y HALLAZGOS

Los resultados, análisis y objetivos son los siguientes y se describen en las siguientes tablas que se acompaña a continuación:

En la **tabla N°3** que se muestra a continuación es posible apreciar que tanto para hombres y mujeres y ambos juntos, la población de 50 a 59 años cotizantes de ISAPREs abiertas ha ido aumentando año a año a partir del 2004 al año 2014 que es el año final de seguimiento en nuestro estudio. Por lo que es posible apreciar que esta población 50 a 59 años está en constante crecimiento en estos últimos 10 años. Es importante precisar que lo que estamos describiendo en esta tabla es la misma población de 50 a 59 años, que corresponde al segmento que abarca estas edades, pero no necesariamente pueden ser las mismas personas que pueden formar parte de este grupo de manera continua en el tiempo.

Es decir, del grupo de personas de 50 a 59 que componen este segmento el año 2004, no necesariamente son las mismas personas el año 2005, 2006 o así sucesivamente a lo largo del tiempo hasta llegar al año 2014, ya que como es posible entender, esas personas, que se pueden encontrar en un año determinado en la edad de 59 años, al otro año ya tendrán 60 y pertenecerán a otro segmento de población de estudio. En este caso lo considerado es solo el segmento que forma parte de la población de nuestro interés y como este grupo de población de 50 a 59 años, en número, ha variado en el tiempo en estos años de estudio, 2004 al 2014.

Tabla N°3: Número de cotizantes hombres y mujeres ISAPREs abiertas, en las edades de 50 a 59 años, para los años 2004 al 2014.

Año	<i>Mujer</i>	<i>Hombre</i>	<i>Total Hombres y Mujeres</i>
	<i>N° Cotizantes 50-59 años</i>	<i>N° Cotizantes 50-59 años</i>	
	<i>ISAPREs ABIERTAS</i>	<i>ISAPREs ABIERTAS</i>	
2004	66.271	110.182	176.453
2005	68.997	112.711	181.708
2006	71.929	116.786	188.715
2007	76.056	124.095	200.151
2008	78.634	128.404	207.038
2009	81.112	131.608	212.720
2010	84.065	137.768	221.833
2011	87.736	145.400	232.736
2012	92.017	155.879	247.896
2013	96.222	166.164	262.386
2014	100.836	175.638	276.474

(Información proporcionada por la Superintendencia de ISAPREs por Ley de transparencia, actualizada a septiembre del 2018)

En la **tabla N°4** que se muestra a continuación es posible apreciar que tanto para hombres y mujeres y ambos juntos, la población de 50 a 59 años cotizantes de ISAPREs cerradas al igual que en la población de cotizantes de ISAPREs abiertas, ha ido aumentando año a año a partir del 2004 al 2014. Por lo que es posible apreciar que esta población de 50 a 59 años también está en constante crecimiento en estos últimos 10 años al igual que la población de este mismo segmento, pero de ISAPREs abiertas. Al igual que en la tabla anterior el grupo de personas de 50 a 59 que componen este segmento el año 2004, no necesariamente son las mismas personas el año 2005, 2006 o así sucesivamente a lo largo del tiempo hasta llegar al año 2014, ya que como es posible entender, esas personas, que se pueden encontrar en un año determinado en la edad de 59 años, al otro año ya tendrán 60 y pertenecerán a otro segmento de población de estudio. En este caso lo considerado es solo el segmento que forma parte de la población de nuestro interés y como este grupo de población de 50 a 59 años, en número, ha variado en el tiempo en estos años de estudio, 2004 al 2014.

Por otra parte, es posible también apreciar en esta tabla que en comparación a la población de este mismo segmento etario de 50 a 59 de ISAPREs abiertas, el número de cotizantes de las ISAPREs cerradas para los mismos años es mucho menor.

Tabla N°4: Número de cotizantes hombres y mujeres ISAPREs cerradas, en las edades de 50 a 59 años, para los años 2004 al 2014.

Año	<i>Mujer</i>	<i>Hombre</i>	<i>Total Hombres y Mujeres</i>
	<i>N° Cotizantes 50-59 años</i>	<i>N° Cotizantes 50-59 años</i>	
	<i>ISAPREs CERRADAS</i>	<i>ISAPREs CERRADAS</i>	
2004	1.590	4.725	6.315
2005	1.450	4.906	6.356
2006	1.608	5.494	7.102
2007	1.777	6.070	7.847
2008	1.913	6.645	8.558
2009	2.066	7.082	9.148
2010	2.232	7.371	9.603
2011	2.348	7.715	10.063
2012	2.425	7.868	10.293
2013	2.479	8.013	10.492
2014	2.507	7.887	10.394

(Información proporcionada por la Superintendencia de ISAPREs por Ley de transparencia, actualizada a septiembre del 2018)

En la **tabla N°5** que se muestra a continuación es posible apreciar que tanto para hombres y mujeres y ambos juntos, la población de 60 a 69 años cotizantes de ISAPREs abiertas también ha ido aumentando año a año a partir del 2004 al año 2014 que es el año final de seguimiento en nuestro estudio. Por lo que es posible apreciar que esta población de 60 a 69 años está en constante crecimiento en estos últimos 10 años. Es importante precisar también que lo que estamos describiendo en esta tabla es la misma población de 60 a 69 años, que corresponde al segmento que abarca estas edades, pero no necesariamente pueden ser las mismas personas que pueden formar parte de este grupo de manera continua en el tiempo.

Es decir, del grupo de personas de 60 a 69 que componen este segmento el año 2004, no necesariamente son las mismas personas el año 2005, 2006 o así sucesivamente a lo largo del tiempo hasta llegar al año 2014, ya que como es posible entender, esas personas, que se pueden encontrar en un año determinado en la edad de 69 años, al otro año ya tendrán 70 y pertenecerían a otro segmento de población que no correspondería al segmento de población que forma parte de lo que busca analizar este estudio. En este caso lo considerado es solo el segmento que forma parte de la población de nuestro interés y como este grupo de población de 60 a 69 años, en número, ha variado en el tiempo en estos años de estudio, 2004 al 2014.

Tabla N°5: Número de cotizantes hombres y mujeres ISAPREs abiertas, en las edades de 60 a 69 años, para los años 2004 al 2014.

Año	Mujer	Hombre	Total Hombres y Mujeres
	N° Cotizantes 60-69 años	N° Cotizantes 60-69 años	
	ISAPREs ABIERTAS	ISAPREs ABIERTAS	
2004	26.300	46.332	72.632
2005	27.882	48.133	76.015
2006	29.612	50.325	79.937
2007	32.097	54.042	86.139
2008	33.035	56.928	89.963
2009	34.981	59.605	94.586
2010	37.513	63.069	100.582
2011	40.236	66.991	107.227
2012	42.227	71.384	113.611
2013	44.774	76.461	121.235
2014	48.139	81.088	129.227

(Información proporcionada por la Superintendencia de ISAPREs por Ley de transparencia, actualizada a septiembre del 2018)

En los datos presentados en esta **tabla N°6** que se muestran a continuación encontramos un hallazgo importante, ya que es posible apreciar que tanto para hombres y mujeres y ambos juntos, la población de 60 a 69 años cotizantes de ISAPRE cerradas ha ido disminuyendo año a año a partir del 2004 al 2014. Por lo que es posible apreciar que esta población de 60 a 69 años está en constante disminución en estos últimos 10 años a diferencia de lo mostrado con los datos en las tablas anteriores. Al igual que en la información presentada anteriormente, es importante precisar también que lo que estamos describiendo en esta tabla es la misma población de 60 a 69 años, que corresponde al segmento que abarca estas edades, pero no necesariamente pueden ser las mismas personas que pueden formar parte de este grupo de manera continua en el tiempo.

Es decir, del grupo de personas de 60 a 69 que componen este segmento el año 2004, no necesariamente son las mismas personas el año 2005, 2006 o así sucesivamente a lo largo del tiempo hasta llegar al año 2014, ya que como es posible entender, esas personas, que se pueden encontrar en un año determinado en la edad de 69 años, al otro año ya tendrán 70 y pertenecerían a otro segmento de población que no correspondería al segmento de población que forma parte de lo que busca analizar este estudio. En este caso lo considerado es solo el segmento que forma parte de la población de nuestro interés y como este grupo de población de 60 a 69 años, en número, ha variado en el tiempo en estos años de estudio, 2004 al 2014.

Por otra parte al igual que lo que ocurre en la población de 50 a 59, el número de personas de este segmento de edad de 60 a 69 años en ISAPREs cerradas es mucho menor en comparación a la población de este mismo segmento etario en las ISAPREs abiertas para los mismos años.

Tabla N°6: Número de cotizantes hombres y mujeres ISAPREs cerradas, en las edades de 60 a 69 años, para los años 2004 al 2014.

Año	<i>Mujer</i>	<i>Hombre</i>	<i>Total Hombres y Mujeres</i>
	<i>N° Cotizantes 60-69 años</i>	<i>N° Cotizantes 60-69 años</i>	
	<i>ISAPREs CERRADAS</i>	<i>ISAPREs CERRADAS</i>	
2004	3.143	10.425	13.568
2005	2.696	9.787	12.483
2006	2.642	9.716	12.358
2007	2.520	9.401	11.921
2008	2.395	8.939	11.334
2009	2.285	8.611	10.896
2010	2.179	8.205	10.384
2011	2.033	7.891	9.924
2012	1.958	7.523	9.481
2013	1.920	7.278	9.198
2014	1.856	6.987	8.843

(Información proporcionada por la Superintendencia de ISAPREs por Ley de transparencia, actualizada a septiembre del 2018)

En esta **tabla de datos N°7** es posible apreciar que tanto para hombres y mujeres y ambos juntos, la población de 50 a 59 años cotizantes de FONASA ha ido aumentando año a año a partir del 2004 al 2014. Por lo que es posible apreciar que esta población de 50 a 59 años está en constante crecimiento en estos últimos 10 años. También es posible apreciar que para los años 2007 y 2008 no se registraron datos de acuerdo a la información proporcionada.

Al igual que en la información presentada en las tablas anteriores el grupo de personas de 50 a 59 años que componen este segmento el año 2004, no necesariamente son las mismas personas el año 2005, 2006 o así sucesivamente a lo largo del tiempo hasta llegar al año 2014, ya que como es posible entender, esas personas, que se pueden encontrar en un año determinado en la edad de 59 años, al otro año ya tendrán 60 y pertenecerían a otro segmento de población.

En este caso lo considerado es solo el segmento que forma parte de la población de nuestro interés y como este grupo de población de 50 a 59 años, en número, ha variado en el tiempo en estos años de estudio, 2004 al 2014.

Por otra parte es posible también notar que el número de cotizantes de FONASA en este segmento de población de edades de 50 a 59 años es mucho mayor si se compara con el número de personas cotizantes de ISAPREs para estos mismos años.

Tabla N°7: Número de cotizantes hombres y mujeres FONASA, en las edades de 50 a 59 años, para los años 2004 al 2014.

Año	<i>Mujer</i>	<i>Hombre</i>	<i>Total Hombres y Mujeres</i>
	<i>N° Cotizantes 50-59 años</i>	<i>N° Cotizantes 50-59 años</i>	
	<i>FONASA</i>	<i>FONASA</i>	
2004	218.088	304.515	522.603
2005	236.225	339.253	575.478
2006	250.678	368.165	618.843
2007	No se registra información.	No se registra información.	No se registra información.
2008	No se registra información.	No se registra información.	No se registra información.
2009	302.619	420.424	723.043
2010	335.121	464.963	800.084
2011	334.503	465.405	799.908
2012	360.834	489.164	849.998
2013	368.097	497.317	865.414
2014	402.641	512.926	915.567

(Información obtenida en la base de datos de los archivos oficiales disponible en sitio web de FONASA)

En esta **tabla de datos N°8** es posible apreciar, al igual que en la tabla anterior, que tanto para hombres y mujeres y ambos juntos, la población de 60 a 69 años cotizantes de FONASA ha ido aumentando año a año a partir del 2004 al 2014. Por lo que es posible apreciar que esta población de 60 a 69 años está en constante crecimiento en estos últimos 10 años. También es posible apreciar que para los años 2007 y 2008 no se registraron datos de acuerdo a la información proporcionada.

Al igual que en la información presentada en las tablas anteriores el grupo de personas de 60 a 69 años que componen este segmento el año 2004, no necesariamente son las mismas personas el año 2005, 2006 o así sucesivamente a lo largo del tiempo hasta llegar al año 2014, ya que como es posible entender, esas personas, que se pueden encontrar en un año determinado en la edad de 69 años, al otro año ya tendrán 70 y pertenecerían a otro segmento de población.

En este caso lo considerado es solo el segmento que forma parte de la población de nuestro interés y como este grupo de población de 60 a 69 años, en número, ha variado en el tiempo en estos años de estudio, 2004 al 2014.

Por otra parte es posible también notar que el número de cotizantes de FONASA en este segmento de población de edades de 60 a 69 años es mucho mayor si se compara con el número de personas cotizantes de ISAPREs para estos mismos años.

Tabla N°8: Número de cotizantes hombres y mujeres FONASA, en las edades de 60 a 69 años, para los años 2004 al 2014.

Año	<i>Mujer</i>	<i>Hombre</i>	<i>Total Hombres y Mujeres</i>
	<i>Cotizantes 60-69 años</i>	<i>Cotizantes 60-69 años</i>	
	<i>FONASA</i>	<i>FONASA</i>	
2004	238.481	261.857	500.338
2005	255.349	287.100	542.449
2006	263.569	306.070	569.639
2007	No se registra información.	No se registra información.	No se registra información.
2008	No se registra información.	No se registra información.	No se registra información.
2009	294.468	335.714	630.182
2010	310.694	356.023	666.717
2011	335.971	368.874	704.845
2012	377.261	386.443	763.704
2013	366.096	388.593	754.689
2014	418.024	408.597	826.621

(Información obtenida en la base de datos de los archivos oficiales disponible en sitio web de FONASA)

En esta **tabla de datos N°9** es posible apreciar que tanto para hombres y mujeres y ambos juntos, la población de 60 a 69 años cotizantes de FONASA D ha ido aumentando año a año a partir del 2004 al 2014. Por lo que es posible apreciar que esta población de 60 a 69 años está en constante crecimiento en estos últimos 10 años.

Al igual que en la información presentada en las tablas anteriores el grupo de personas en FONASA D de 60 a 69 años que componen este segmento el año 2004, no necesariamente son las mismas personas el año 2005, 2006 o así sucesivamente a lo largo del tiempo hasta llegar al año 2014, ya que como es posible entender, esas personas, que se pueden encontrar en un año determinado en la edad de 69 años, al otro año ya tendrán 70 y pertenecerían a otro segmento de población.

En este caso lo considerado es solo el segmento que forma parte de la población de nuestro interés y como este grupo de población de 60 a 69 años, en número, ha variado en el tiempo en estos años de estudio, 2004 al 2014.

Por otra parte es posible también notar que tomando en cuenta el número de cotizantes en conjunto de hombres y mujeres de 60 a 69 años solo en FONASA D por si solo supera en número al compararlo con el número de cotizantes de ISAPREs en estas mismas edades para estos mismos años.

Tabla N°9: Número de cotizantes hombres y mujeres grupo FONASA D, en las edades de 60 a 69 años, para los años 2004 al 2014.

Año	Mujer	Hombre	Total Hombres y Mujeres
	60-69 Cotizante FONASA D	60-69 Cotizante FONASA D	
2004	26.434	71.532	185.948
2005	35.646	86.234	228.503
2006	37.261	89.703	238.763
2007	39.160	93.763	251.823
2008	42.060	98.935	266.209
2009	43.652	101.413	278.136
2010	45.526	104.790	289.987
2011	49.901	134.250	323.366
2012	50.830	138.625	328.617
2013	32.739	106.757	242.371
2014	31.056	115.600	243.234

(Información proporcionada por FONASA por Ley de transparencia, actualizada a julio del 2017)

Por otra parte, de acuerdo a los datos y resultados obtenidos, que se muestran en la **tabla N°10** y luego de analizar la población de **cotizantes mujeres en ISAPREs abiertas** en las edades de 50 a 59 años en el año 2004 y posteriormente 10 años después en el año 2014 cuando esta población se encuentra en el rango etario de 60 a 69 años encontramos que entre estos periodos se produjo una disminución del crecimiento promedio anual geométrico de la población del -3,14%.

Asimismo, al analizar la población **de cotizantes hombres en ISAPREs abiertas** en las edades de 50 a 59 años en el año 2004 y posteriormente 10 años después en el año 2014 cuando esta población se encuentra en el rango etario de 60 a 69 años encontramos que entre estos periodos se produjo una disminución del crecimiento promedio anual geométrico de la población del -3,01%. Al analizar ambos grupos juntos de cotizantes en **ISAPREs abiertas**, es decir, hombres y mujeres en estas edades estudiadas se observó una disminución del crecimiento promedio anual geométrico de la población del -3,06%.

En esta misma línea al analizar la población de mujeres en **ISAPREs cerradas** en las edades de 50 a 59 años en el año 2004 y posteriormente 10 años después en el año 2014 cuando esta población se encuentra en el rango etario de 60 a 69 años encontramos que entre estos periodos se produjo un aumento del crecimiento promedio anual geométrico de la población del 1,55%.

A su vez, al analizar la población de hombres en **ISAPREs cerradas** en las edades de 50 a 59 años en el año 2004 y posteriormente 10 años después en el año 2014 cuando esta población se encuentra en el rango etario de 60 a 69 años encontramos que entre estos periodos se produjo un aumento del crecimiento promedio anual geométrico de la población del 3,98%. Al analizar ambos grupos juntos de cotizantes en **ISAPREs cerradas**, es decir, hombres y mujeres en estas edades estudiadas se observó también un aumento del crecimiento promedio anual geométrico de la población del 3,42%.

Al analizar la población de cotizantes tanto hombres como mujeres considerando ambas ISAPREs juntas, es decir, tanto las ISAPREs cerradas como abiertas en el periodo de tiempo del 2004 al 2014 y en las edades estudiadas, es decir, 50 a 59 años en el año 2004 y posteriormente cuando esta población se encontraba en las edades de 60 a 69 años, se observó una disminución del crecimiento promedio anual geométrico de la población en estos 10 años del -2,76%.

Tabla N°10: Tasa de crecimiento geométrica en promedio anual cantidad de cotizantes ISAPREs años 2004 población 50 a 59 años al 2014 en las edades de 60 a 69 años.

<i>Mujeres ISAPREs ABIERTAS</i>	<i>Hombres ISAPREs ABIERTAS</i>	<i>Total hombres y mujeres ISAPREs ABIERTAS</i>	<i>Mujeres ISAPREs CERRADAS</i>	<i>Hombres ISAPREs CERRADAS</i>	<i>Total hombres y mujeres ISAPREs CERRADAS</i>	<i>TOTAL ISAPREs ABIERTAS Y CERRADAS</i>
-3,14%	- 3,01%	-3,06%	1,55%	3,98%	3,42%	-2,76%

Por su parte, tal cual muestran los datos de la **tabla N°11** al analizar la población de cotizantes de FONASA en las edades de 50 a 59 años en el año 2004 y posteriormente 10 años después en el año 2014 cuando esta población se encuentra en el rango etario de 60 a 69 años encontramos que entre estos periodos se produjo un aumento del crecimiento promedio anual geométrico de la población tanto en hombres, mujeres y en ambos géneros del 6,72%, 2,98% y 4,6% respectivamente.

Tabla N°11: Tasa de crecimiento geométrica en promedio anual cantidad de cotizantes FONASA años 2004 población 50 a 59 años al 2014 en las edades de 60 a 69 años.

<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Total, hombres y mujeres</i>
6,72	2,98	4,69

Por otra parte, al analizar la tabla N°12 presentada es posible apreciar un aumento porcentual en la tasa de crecimiento de la población de cotizantes de FONASA D en el mismo periodo estudiado, donde se observa que la población de rango etario de 60 a 69 años ha crecido en un 1,6 % para las mujeres 4,9% para los hombres y en un 2,7% para ambos géneros.

En este caso en particular en las personas cotizantes de FONASA D, al igual que en la información presentada en la **tabla N°9**, el grupo de personas en FONASA D de 60 a 69 años que componen este segmento el año 2004, no necesariamente son las mismas personas el año 2005, 2006 o así sucesivamente a lo largo del tiempo hasta llegar al año 2014, ya que como es posible entender, que esas personas, que se pueden encontrar en un año determinado en la edad de 69 años, al otro año ya tendrán 70 y pertenecerían a otro segmento de población.

En este caso lo considerado es solo el segmento que forma parte de la población de nuestro interés y como, este grupo de población de 60 a 69 años en FONASA D, en número, ha variado en el tiempo en estos años de estudio, 2004 al 2014.

Tabla N°12: Tasa de crecimiento geométrica en promedio anual cantidad de cotizantes FONASA D población de 60 a 69 años del 2004 al 2014.

<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Total, hombres y mujeres</i>
1,6%	4,91%	2,72%

En relación a todo lo anterior considerando toda la información presentada y analizada en las tablas de datos presentadas, es posible validar la Hipótesis planteada al encontrarse que efectivamente al determinar la tasa de crecimiento geométrica promedio anual para ambos grupos estudio, **“Existe un aumento en el número de los cotizantes afiliados a FONASA y una disminución de los cotizantes afiliados a ISAPREs en la cohorte que el año 2014 se situaba en las edades de 60 a 69 años, en relación a esa misma cohorte en el año 2004”** Por lo tanto, se aprueba esta Hipótesis planteada.

VI **CONCLUSIÓN**

Al igual que el estudio del año 2005 que mostró que desde el año 1998, el Sistema ISAPRE viene experimentando una pérdida sistemática de beneficiarios (Inostroza , Muñoz, & Sanchez , 2005), en el presente estudio fue posible establecer con una mayor precisión el fenómeno de la movilidad de los cotizantes de los distintos sistemas de aseguramiento de salud en el país, en un periodo de tiempo bien definido, el cual fue de 10 años y en un rango de edades determinado de manera mucho más específica como lo fue las edades del estudio de 60 a 69 años para el año 2014, año de término definido para esta investigación, relacionando estas edades a un mayor riesgo sanitario, ya que coincide con un mayor riesgo potencial de contraer algún tipo de enfermedades crónicas no transmisibles, así como también, coincidiendo con las edades en el cual las personas ven disminuido sus ingresos económicos, producto del proceso de jubilación en este periodo, 60 años edad de jubilación para las mujeres y 65 años para los hombres.

Este fenómeno de movilidad de los cotizantes estudiado, considerando además que nuestra población año a año se hace cada vez más envejecida, con todo lo que ello conlleva, se hace una situación que debería ser una preocupación a nivel país, ya que mezcla componentes, no solo del aspecto sanitario, sino además aspectos económicos y sociales, que debieran ser una materia de prioridad para cualquier agenda política con una mirada de Estado al largo plazo.

En el estudio que se desarrolló el año 2005, se mencionó que fueron variadas las causas que explicaron la migración en ese caso de los beneficiarios, se mencionan por ejemplo que afectó la crisis asiática de finales de los noventa y su impacto negativo sobre las tasas de empleo y poder adquisitivo de las personas; el mejoramiento continuo de los servicios de atención del FONASA, percibido favorablemente por la población de ISAPRE; y la incorporación reciente en esos años del Plan Auge (GES) que no había sido promocionado adecuadamente por las ISAPREs, con el consiguiente fortalecimiento de la competitividad del seguro público. (Inostroza , Muñoz, & Sanchez , 2005)

También en ese estudio del 2005, otras causas se atribuyeron a las fallas estructurales del Sistema, que posibilitaban la adecuación anual tanto de precios como de beneficios junto a la desafiliación voluntaria por parte de los afiliados, condiciones que transformaron al contrato de salud privado en un seguro de corto plazo que no tomaba en consideración el riesgo ni las necesidades de salud futuras de los usuarios. (Inostroza , Muñoz, & Sanchez , 2005)

Finalmente en el estudio del 2005, otras causas fueron atribuidas a las propias ISAPREs y a su falta de iniciativas orientadas a fidelizar a los clientes y a promover su permanencia; por ejemplo, a través de la implementación de programas de tipo preventivo o de mayor protección para la tercera edad o mediante el traspaso de sus mayores utilidades a

nuevos beneficios y/o menores precios para sus beneficiarios, incentivos que la reforma de salud de ese entonces intentó imponer con una mayor estandarización de planes de salud, regulación de los precios y modelos de atención que enfatizaran la prevención y promoción, médicos de familia, compra de soluciones integrales en salud, entre otras, tal cual se mencionó. (Inostroza , Muñoz, & Sanchez , 2005)

Una de las conclusiones que ese estudio arrojó, es que la principal causa de los abandonos es la desafiliación voluntaria, la cual explicó cerca del 65% de los casos, mostrando el grado de sensibilidad que los cotizantes presentan frente a la calidad de los servicios ofrecidos y al precio de los planes de salud. (Inostroza , Muñoz, & Sanchez , 2005)

Por otra parte, también se mencionó en ese estudio del año 2005, que los cotizantes que abandonaron el Sistema ISAPREs presentaron, en promedio, un menor poder adquisitivo, menor edad y un menor número de cargas. Aunque los cotizantes que permanecieron en el Sistema se mostraron mayoritariamente estables, se menciona también que persiste entre ellos el riesgo de abandono mientras los planes de salud continúen encareciéndose. (Inostroza , Muñoz, & Sanchez , 2005)

En el caso del presente estudio es posible afirmar que efectivamente **“Existe un aumento en el número de los cotizantes afiliados a FONASA y una disminución de los cotizantes afiliados a ISAPREs en la cohorte que el año 2014 se situaba en las edades de 60 a 69 años, en relación a esa misma cohorte en el año 2004”** Por lo tanto, se aprueba la Hipótesis planteada. Por lo que se encontró una tasa de crecimiento en el número de cotizantes mayor en FONASA que en ISAPREs en relación a los rangos de edad estudiados entre los años 2004 y 2014.

Lo anterior se puede explicar perfectamente considerando los mismos elementos con que en el estudio realizado el año 2005 se explicó la movilidad de las personas en relación al seguro de salud privado y su salida de este, donde el factor económico como factor central nuevamente consideramos se vuelve a repetir.

A diferencia del estudio realizado en el año 2005 en esta investigación es posible identificar de mejor forma la población objetivo que como sabemos correspondía al rango de los 60 a los 69 años el año 2014, donde el envejecimiento poblacional, realidad que vive nuestro país, se hace posible asociar en la gran mayoría de los casos a una disminución de los ingresos económicos, al estar relacionado a las edades de jubilación, donde se visualizan estos efectos en la economía de las personas a partir de los 60 años en las mujeres y a los 65 años en los hombres, colocando a esta población en un riesgo potencial sanitario mayor debido a las enfermedades crónicas que también pueden estar asociadas alrededor de estas edades, específicamente a partir de los 60 años grupo de edad donde se acumula paulatinamente mayor carga de enfermedad y necesidades de atención de salud. (Gattini, César, Capítulo del Observatorio Chileno de Salud Pública,

2017) Por lo que desde una mirada socio económico sanitaria la población de 60 a 69 años de edad conforma para nuestro país una población de alto riesgo considerando varios puntos de vista que en estos últimos 10 años ha venido trasladándose al sistema de aseguramiento de salud público a diferencia de lo que ha ocurrido en el sistema de aseguramiento de salud privado donde fue posible evidenciar que la concentración de esta población ha ido disminuyendo, donde se puede relacionar una asociación directa entre este fenómeno y la disminución de los ingresos de las personas al estar estrechamente relacionada esta población con las edades de jubilación, haciendo la posibilidad de permanencia en un seguro de salud respecto a otro completamente sensible a una situación socioeconómica determinada.

Es por esto que se hace perfectamente entendible y explicable que la población de cotizantes perteneciente a ISAPREs abiertas el año 2004, cuando esta población a las edades de 50 a 59 se encontraba completamente activa laboralmente ascendía a un número de 176453 cotizantes y 10 años después cuando esta población se encuentra en las edades de 60 a 69 años, población en su gran mayoría inactiva laboralmente por estar en sus edades relacionadas a sus periodos de jubilación correspondiente, sea posible encontrar en el año 2014 una población que asciende al número de 129227 cotizantes, evidenciando una disminución notoria entre estos años del estudio observándose una disminución del crecimiento promedio anual geométrico de la población del -3,06%, al considerar el total de hombres y mujeres para el año 2014 en las ISAPREs abiertas.

Es importante recordar la diferencia entre las ISAPREs abiertas y cerradas puede, básicamente la diferencia entre ambas está en que la inscripción a las ISAPREs cerradas está limitada a los trabajadores de una empresa o sector económico específico. En cambio, las ISAPREs abiertas permiten la inscripción a toda la población que pueda contar con capacidad de pago para poder afiliarse a alguna de ellas. Lo anterior puede explicar el fenómeno que ocurre en las ISAPREs cerradas a diferencia de lo que ocurre en las ISAPREs abiertas luego de estos 10 años de seguimiento.

En el caso de las ISAPREs cerradas, el número de cotizantes hombres y mujeres en el año 2004 fue de 6315 cotizantes cuando estos tenían las edades de 50 a 59 años y en el año 2014 cuando esta población se encontraba en el rango de las edades 60 a 69 años la cantidad de cotizantes subió a 8843, evidenciándose un aumento del crecimiento promedio anual geométrico de la población del 3,42%, a diferencia del crecimiento decreciente que se evidenció en las ISAPREs abiertas. Esto puede ser explicado por el hecho tal cual se mencionó porque las personas que conforman las ISAPREs cerradas al estar limitadas para trabajadores de una empresa o sector económico específico comparten características similares que se traducen en un menor impacto económico en materias de salud cuando se encuentran en las edades relacionadas a la jubilación. Es cosa de hacer un breve ejercicio y revisar la web para encontrarse por ejemplo con información referente a coberturas de salud para toda la vida relacionada a trabajadores de CODELCO o bien hacer el ejercicio de visitar la web de las ISAPREs cerradas y encontrarse que prácticamente todas tienen publicado planes de salud dirigidos pensando en sus ex trabajadores o egresados. Algo que como sabemos no ocurre en las

ISAPREs abiertas con la misma frecuencia, donde el mecanismo de permanecía se ve mucho más marcado por la capacidad de pago del trabajador sin importar que la situación económica producto de su jubilación podría haber variado en el tiempo.

Por otra parte en el caso de FONASA es posible establecer que claramente existe un aumento de los cotizantes luego de los 10 años de seguimiento del estudio existiendo 522603 cotizantes en el año 2004 cuando esta población tenía entre 50 a 59 años y posteriormente en el año 2014 ascendió a 826621 cotizantes cuando esta población tenía entre los 60 a 69 años con un crecimiento geométrico en promedio anual del 4,69% el extremo completamente opuesto de lo que ocurrió en las ISAPREs incluso considerando las abiertas y cerradas, ambas juntas, en la cual se evidenció una disminución de los cotizantes en las edades estudiadas. Por lo que podemos establecer con certeza que existe un número de personas que en las edades relacionadas a un periodo activo de su desempeño laboral, con un mayor poder adquisitivo y en un probable estado más compatible con una buena salud se encuentran en las ISAPREs a diferencia de lo que ocurre después, donde se evidencia una movilidad de cotizantes en estos 10 años de estudio donde en las edades de 60 a 69 años, existe un número de cotizantes que abandonan las ISAPREs, justo en estas edades que se relacionan con una menor actividad laboral, menor poder adquisitivo producto de la jubilación y con una potencialidad mayor de contraer enfermedades, teniendo que por necesidad cambiarse de sistema de aseguramiento, al seguro público, debido a que no pueden seguir costearo su plan de salud, justo cuando tal vez más lo necesitaban. Y por otra parte con esta movilidad, de paso, seguir sobrecargando aún más el sistema de aseguramiento público de salud.

El objetivo de la función financiera del sistema de salud es tanto proveer fondos como fijar incentivos a los proveedores de servicios de salud, de forma de asegurar el acceso de todos los individuos a una atención de salud con ciertos estándares. Para asegurar esto, se requiere de tres componentes que interactúan entre sí: recolección de los fondos, mancomunación, y compra. (Dintrans Villalobos, 2017) (Organización Mundial de la Salud, 2000)

Un sistema de salud es relevante tanto por su efecto en la protección del estado de salud, como la situación financiera de las personas. Las consecuencias potencialmente catastróficas de la enfermedad, así como la naturaleza impredecible de la necesidad de atención médica hacen de la dimensión financiera de la salud y los mecanismos de aseguramiento y manejo de riesgos un elemento de vital importancia en cualquier sistema de salud. (Organización Mundial de la Salud, 2000) (Dintrans Villalobos, 2017)

Como es posible apreciar en nuestro estudio en relación a la movilidad de los cotizantes de ISAPREs, existe un desequilibrio en relación a este aseguramiento, ya que las personas buscan este apoyo financiero en el sistema público cuando el sistema privado ya no se hace posible solventarlo en el periodo que más podrían hacer uso de él. Por lo que se podría afirmar que el sistema ISAPRE se hace un muy buen sistema relacionado

a la eficiencia y el beneficio económico producto de las imposiciones de los trabajadores, pero muy deficiente respecto del beneficio social que entrega en estas edades mencionadas del estudio, 60 a 69 años para tener acceso al aseguramiento de salud en las mismas condiciones que estas mismas personas tenían a la edad de 50 a 59 años, por lo que también lo hace un sistema muy poco solidario y poco equitativo en el tiempo.

Por lo anterior se hace necesario encontrar una forma que apunte a regular más este sistema y encontrar una forma de trato especial en relación a estas edades para incentivar que no se cambien a FONASA si el deseo de estas personas es seguir permaneciendo en las ISAPREs y que no sea el factor económico la razón de esta movilidad forzada. Haciendo al sistema ISAPREs un sistema de aseguramiento más solidario considerando que las personas de estas edades lo requerirán utilizar naturalmente con una mayor frecuencia.

Se hace necesario también regular más los costos etarios de salud y que esto sea en beneficio de los trabajadores, en particular para la gente de tercera edad en relación a las edades de estudio. Generando luego de establecer un correcto equilibrio económico de los costos individuales de salud en estas edades en ese momento determinado, una especie de subsidio para incentivar a que no se cambien a FONASA si así lo desean.

O bien en base a lo anterior surge la necesidad también de igualar lo que realizan las ISAPREs cerradas, es decir generar un estándar para otorgar planes pensado en el ex trabajador o jubilado, acorde a lo que estos realmente puedan pagar.

Se hace necesario también inyectar más recursos al sistema público de salud e invertir de igual modo en lograr una mayor eficiencia en este sistema en la medida de lo posible sin descuidar la solidaridad y la equidad que debieran tener como un pilar fundamental y real cualquier sistema de aseguramiento de salud.

Por último considerando todo lo desarrollado en este estudio se propone luego de realizar un correcto equilibrio económico en relación a los costos individuales en salud de acuerdo al momento determinado, estudiar la conveniencia de establecer un subsidio en salud a las personas que han cotizado una determinada cantidad de años en el sistema ISAPRE, para que a partir de las edades de 60 años en las mujeres y 65 años en los hombres, costear el aseguramiento de salud no sea una carga económica más en este periodo de sus vidas y con ello no se movilicen al sistema de salud público de manera forzada sobrecargando aún más este sistema.

El análisis anterior, debiese tomar en cuenta el costo promedio por persona en FONASA en el rango de edades entre 60 y 69 años, versus el costo de subsidiar a esas personas para que puedan permanecer en la ISAPRE de su elección, si el costo por persona de dicho subsidio es menor que el costo que significan para FONASA, podría resultar socialmente conveniente el subsidio. Si ese estudio mostrara la conveniencia del subsidio, se lograría además compartir el mayor costo de la salud de la población

envejecida, entre el sistema privado y el sistema público disminuyendo la carga total para el Estado.

VII

RECOMENDACIONES

- 1) Realizar el seguimiento del número de cotizantes de esta misma población en 10 años más, cuando estos cotizantes que tenían 50 a 59 años en el año 2004, 60 a 69 el 2014 ahora tengan el 2024 las edades de 70 a 79.

- 2) Evaluar la posibilidad de realizar un estudio cualitativo actualizado en el futuro para evaluar en orden de prioridad los factores más importantes que provocan esta migración de población ISAPRE – FONASA en distintas edades.

- 3) Crear y desarrollar un área, Departamento o línea de investigación dentro del Magister de Gestión y Políticas Públicas o bien dentro del Departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile relacionada al estudio, desarrollo y fomento, de “Sistemas de Salud” que permitan ir generando un nuevo conocimiento, actualizado y a la vanguardia de los tiempos y desafíos de hoy en salud, con el objetivo de aportar con nuestra mirada, competencias y conocimientos que nos permitan ser referentes no solo a nivel nacional en este ámbito sino también a nivel internacional, colocando y aportando con la impronta y sello de nuestra escuela al desarrollo de nuevos conocimientos y soluciones en materias de políticas públicas a nivel de Salud en beneficio del país así como también, transformarnos en referentes para nuestros vecinos en la región en esta área así como también para el resto del Mundo.

VIII

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilera X, C.-L. C.-D. (2014). Full Case Study: Monitoring and evaluating progress towards Universal Health Coverage in Chile. . *PLOS Medicine*, 11(9): e1001676.
- Becerril , V., Freyes , J., & Manuel, A. (2011). Sistema de Salud de Chile. *Salud Pública de México Vol 53, suplemento 2 de 2011*, 132-143.
- Centro de Estudios Públicos. (2018). Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada desagregada. *Puntos de referencia N° 478*.
- Cid Pedraza, C., & Prieto Toledo, L. (2012). El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007. *Rev Panam Salud Publica*, 310 - 316.
- Clínicas de Chile S.A. (2015). *Análisis de la evolución del perfil de gasto en salud en FONASA e ISAPRES*.
- Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Regimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado. (2014). *Informe comisión asesora presidencial para elestudio y propuesta de un nuevo regimen jurídico para el sistema de salud privado*. Santiago.
- Dintrans Villalobos, P. (2017). *Sistemas de financiamiento y aseguramiento de salud: Reformas y alternativas para Chile. Los casos de Australia, Alemania, Holanda, Corea del Sur y Reino Unido*.
- Galleguillos, S. (2011). Seminario sistemas de salud: pensando en el Chile del 2025. Preguntas para la reflexión. *Seminario sistemas de salud: pensando en el Chile del 2025. Preguntas para la reflexión. Instituto de Administración en Salud U. de Chile*.
- Gattini , César; Álvarez , Johan; y Colaboradores. (2011). *La salud en Chile 2010. Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile*. Santiago de Chile.
- Gattini, César y Colaboradores, Observatorio Chileno de Salud Pública. (2013).
- Gattini, César, Capitulo del Observatorio Chileno de Salud Pública. (2017). *El sistema de salud en Chile*.
- Goic, A. (2015). *El sistema de salud de Chile, una tarea pendiente*.
- Gottret P, S. G. (2008). *Good practices in health financing: Lessons from reforms in low and middle income countries. Washington DC*.
- Infante A, Guillermo Paraje G. (2010). *La Reforma de Salud en Chile Documento de Trabajo PNUD 2010 – 4*.
- Inostroza , M., Muñoz, A., & Sanchez , M. (2005). Migración de afiliados en el Sistema Isapre . *Rev Chil Salud Pública 2005; Vol 9 (3)*, 177-181.
- Kutzin , J. (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. . *Health Policy*, 56, 171-204.
- Kutzin, J. (2008). Health Financing Policy: A Guide for Decision-Makers. WHO Health Financing Policy Paper 2008/01. World Health Organization.
- Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 91:602–611.
- Kutzin, J. (2016). *Alternative Financing Strategies for Universal Health Coverage. World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy – Volume 1: The Economics of Health and Health Systems*.
- Kwon, S. (2009). Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage. *Health Policy and Planning*, 24, 63 - 71.
- Larrañaga, O. (2010). *El Estado Bienestar en Chile: 1910 – 2010. Documento de Trabajo, PNUD y Universidad de Chile*. Santiago.
- Lenz, R. (2016). ¿A quién beneficia el mayor gasto en salud? Evolución de gastos y financiamiento del seguro publico por grupos de ingreso Resultados preliminares para discusión. 3° Coloquio *La reforma de Salud que Chile Necesita ¿A quién beneficia el mayor gasto en salud? Evolución de gastos y financiamiento del seguro publico por grupos de ingreso. Resultados preliminares para discusión. ISP Universidad Andrés Bello*.

- Lenz, R. (2016). Evolución de gastos e ingresos en salud público y privado en Chile 2005-2013. Parte I: Sistema y FONASA. 2° Coloquio *La Reforma de Salud que Chile Necesita. Evolución de los costos del sistema público y privado en Chile*. ISP Universidad Andrés Bello.
- Loyola, V., & Vergara, M. (1994). Evolución Histórica del Sistema de Salud. En E. p. Públicos, *La salud en Chile Evolución y perspectivas*. (págs. 29-51). Santiago, Chile.
- Ministerio de Desarrollo Social. (2011). *Informe de política social 2011*.
- Ministerio de Salud. (2004). *Ley 19937 del año 2004*.
- Miranda, E. (1994). Descentralización y privatización en el sistema de salud chileno. En C. d. Editado por Ernesto Miranda, *Miranda E. (1994) Descentralización y privatización en el sistema de La Salud en Chile. Evolución y perspectivas, CEP. Santiago: Chile, p. 53-109* (págs. 53-109). Santiago.
- Organización Mundial de la Salud . (2018). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- Organización Mundial de la Salud . (2018). *Organización Mundial de la Salud* . Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization*.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/
- Organización Panamericana de la Salud . (s.f.). https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=286&lang=es.
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico. (2014). *Estadísticas de la OCDE sobre la salud, Chile en comparación*.
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico. (2017). *Estudios de la OCDE sobre salud pública: Chile hacia un futuro más sano. Evaluación y Recomendaciones*.
- Villalón Cárdenas, G., & Vera Schneider, S. (2012). Panorama demográfico en Chile contemporáneo: desafíos para la sociedad del siglo XXI. *Revista Anales Séptima Serie, N° 3*.

IX
ANEXOS

- **Anexo N°1:**
Solicitudes realizadas por ley de transparencia.

a)



ORD. 1E/N° 006597 04.07.2017

ANT. : SOLICITUD DE INFORMACIÓN
PÚBLICA, N° AC004T0000935,
DE 22.05.2017.-

MAT. : DA RESPUESTA

DE : HÉCTOR IRIBARREN VALDÉS
JEFE DEPARTAMENTO GESTIÓN TERRITORIAL
FONDO NACIONAL DE SALUD

A : SR. PABLO GUTIÉRREZ
pablogutiérrez@gmail.com

Con motivo de su solicitud individualizada en el Antecedente, en que requiere estadísticas de cotizantes de FONASA en tramo D, según detalles que indica, adjuntamos respuesta.

Por orden de la señora Directora, según Resolución Exenta N°2036 del 19 de junio de 2014.

Le saluda atentamente,



HÉCTOR IRIBARREN VALDÉS
JEFE DEPARTAMENTO GESTIÓN TERRITORIAL
FONDO NACIONAL DE SALUD

HNM/ET/G/K/S
DISTRIBUCIÓN

- Indicada
- Depto. Gestión Territorial
- Oficina de Partes

b)



SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Departamento de Estudios y Desarrollo

ORD. N° 1809

ANT.: Presentación N° de Ingreso A0006T-0001904, de fecha 17 de agosto de 2018.

MAT.: Responde requerimiento de información amparado en la Ley N°20.285.

Santiago, 11 SEP 2018

DE : SRA. MARLENE SÁNCHEZ MUÑOZ
JEFA DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS Y DESARROLLO (S)
SUPERINTENDENCIA DE SALUD


A : SR. PABLO GUTIÉRREZ

Con la fecha señalada en el antecedente, esta Superintendencia ha recibido su requerimiento de información, en el formulario folio A0006T-0001904 del que se adjunta copia.

En virtud de lo dispuesto por la Ley N° 20.285, de Transparencia y Acceso a la Información de los Organismos del Estado, cumplo con indicar a usted lo siguiente:

Se adjunta archivo Excel con la información solicitada. Finalmente, y en caso de no encontrarse conforme con la respuesta precedente, en contra de esta decisión usted podrá interponer amparo a su derecho de acceso a la información ante el Consejo para la Transparencia, en el plazo de 15 días hábiles contados desde la notificación del presente Oficio.

Saluda atentamente a usted,


BORRADOR DEL SUPERINTENDENTE DE SALUD
MARLENE SÁNCHEZ MUÑOZ
JEFA DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS Y DESARROLLO (S)
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

JSR/JMN/sgc

Distribución:

- SR. PABLO GUTIÉRREZ
- Archivo Caso A0006T-0001904

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN

Su solicitud ha sido ingresada al Portal de Transparencia del Estado para el organismo Superintendencia de Salud (SdS) con fecha 17/08/2018 con el N°: A0006T0001904. La confirmación de este ingreso ha sido enviada a su correo electrónico pablogutiérrez@gmail.com

La fecha de entrega de la respuesta es el 14/09/2018 (el plazo para recibir una respuesta es de 20 días hábiles). Le informamos que durante este proceso el organismo Superintendencia de Salud (SdS) podría solicitar una prórroga de máximo 10 días hábiles para dar respuesta a su solicitud.



En caso que su solicitud de información no sea respondida en el plazo de veinte (20) días hábiles, o sea ésta denegada o bien la respuesta sea incompleta o no corresponda a lo solicitado, en aquellos casos que la ley lo permite usted podrá interponer un reclamo por denegación de información ante el Consejo para la Transparencia www.consejotransparencia.cl dentro del plazo de 15 días hábiles, contado desde la notificación de la denegación de acceso a la información, o desde que haya expirado el plazo definido para dar respuesta.

Para las solicitudes presentadas a organismos autónomos como por ejemplo Poder Judicial, Contraloría General de la República y el Congreso Nacional el procedimiento de reclamos se describe en el siguiente enlace.

Podrá conocer el estado de su solicitud en este portal ingresando el Código identificador de tu solicitud: A0006T0001904 y también ingresando con tus datos al portal de ciudadano.

DATOS INGRESADOS PARA SU SOLICITUD

Solicitud de información	
A quien dirige su solicitud	Superintendencia de Salud (SdS)
Región	Región Metropolitana de Santiago
Via de recepción de solicitud	Correo electrónico
Correo electrónico	pablogutiérrez@gmail.com
Solicitud	Se solicita saber el número de cotizantes en ISAPRES, diferenciado por cotizantes en ISAPRES abiertas y cotizantes en ISAPRES cerradas en las edades de 50 a 59 años y en las edades de 60 a 69 años, entre los años 2003 y 2014, tanto para hombres como para mujeres y ambos sexos. Según se describe en el archivo adjunto. Atentamente, Pablo Gutiérrez.
Observaciones	
Archivos adjuntos	Solicitud_cotizantes_ISAPRES_abiertas_y_cerradas.docx
Formato deseado	Excel
Solicitante inicia sesión en Portal	Si
Forma de recepción de la solicitud	Via electrónica

Datos del solicitante	
Persona	Natural
Nombre o Razón social	Pablo
Apellido Paterno	Gutiérrez
Apellido Materno	

Datos del apoderado	
Nombre	
Apellido Paterno	
Apellido Materno	

Dirección	
Calle	
Número	
Departamento	
Región	- Sin especificar -
Comuna	- Sin especificar -

c)



SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Departamento de Estudios y Desarrollo

ORD. N° 1810

ANT.: Presentación N° de Ingreso AO006T-0001905, de fecha 17 de agosto de 2018.

MAT.: Responde requerimiento de información amparado en la Ley N°20.285.

Santiago, 11 SEP 2018

**DE : SRA. MARLENE SÁNCHEZ MUÑOZ
JEFE DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS Y DESARROLLO (S)
SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

A : SR. PABLO GUTIÉRREZ

Con la fecha señalada en el antecedente, esta Superintendencia ha recibido su requerimiento de información, en el formulario folio AO006T-0001905 del que se adjunta copia.

En virtud de lo dispuesto por la Ley N° 20.285, de Transparencia y Acceso a la Información de los Organismos del Estado, cumplo con indicar a usted lo siguiente:

Se adjunta archivo Excel con la información solicitada. Finalmente, y en caso de no encontrarse conforme con la respuesta precedente, en contra de esta decisión usted podrá interponer amparo a su derecho de acceso a la información ante el Consejo para la Transparencia, en el plazo de 15 días hábiles contados desde la notificación del presente Oficio.

Saluda atentamente a usted,



POSDICEN DEL SUPERINTENDENTE DE SALUD*
MARLENE SÁNCHEZ MUÑOZ
JEFE DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS Y DESARROLLO (S)
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

JSR/JMN/sgc

Distribución:

- **SR. PABLO GUTIÉRREZ**

- Archivo Caso AO006T-0001905

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN

Su solicitud ha sido ingresada al Portal de Transparencia del Estado para el organismo **Superintendencia de Salud (SdS)** con fecha **17/08/2018** con el N°: **AO006T0001905**. La confirmación de este ingreso ha sido enviada a su correo electrónico **pablogutierrez@gmail.com**

La fecha de entrega de la respuesta es el **14/09/2018** (el plazo para recibir una respuesta es de **20 días hábiles**). Le informamos que durante este proceso el organismo **Superintendencia de Salud (SdS)** podría solicitar una prórroga de máximo **10 días hábiles** para dar respuesta a su solicitud.



En caso que su solicitud de información no sea respondida en el plazo de veinte (20) días hábiles, o sea ésta denegada o bien la respuesta sea incompleta o no corresponda a lo solicitado, en aquellos casos que la ley lo permite usted podrá interponer un reclamo por denegación de información ante el Consejo para la Transparencia www.consejotransparencia.cl dentro del plazo de 15 días hábiles, contado desde la notificación de la denegación de acceso a la información, o desde que haya expirado el plazo definido para dar respuesta.

Para las solicitudes presentadas a organismos autónomos como por ejemplo Poder Judicial, Contraloría General de la República y el Congreso Nacional el procedimiento de reclamos se describe [en el siguiente enlace](#).

Podrá conocer el estado de su solicitud en este portal ingresando el **Código identificador de tu solicitud: AO006T0001905** y también ingresando con tus datos al portal de ciudadano.

DATOS INGRESADOS PARA SU SOLICITUD

Solicitud de información	
A quien dirige su solicitud	Superintendencia de Salud (SdS)
Región	Región Metropolitana de Santiago
Vía de recepción de solicitud	Correo electrónico
Correo electrónico	pablogutierrez@gmail.com
Solicitud	Se solicita saber tramo de renta de cotizantes ISAPRES abiertas en las edades de 50 a 59 años entre los años 2003, 2004 y 2005, tanto para hombres, mujeres y ambos sexos. Según se describe en el archivo adjunto. Atentamente, Pablo Gutiérrez.
Observaciones	
Archivos adjuntos	Solicitud_tramo_renta_ISAPRES_ABIERTAS_50_59_años.xlsx
Formato deseado	PDF
Solicitante inicia sesión en Portal	SI
Forma de recepción de la solicitud	Vía electrónica

Datos del solicitante	
Persona	Natural
Nombre o Razón social	Pablo
Apellido Paterno	Gutiérrez
Apellido Materno	

Datos del apoderado	
Nombre	
Apellido Paterno	
Apellido Materno	

Dirección	
Calle	
Numero	
Departamento	
Región	- Sin especificar -
Comuna	- Sin especificar -

d)



SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Departamento de Estudios y Desarrollo

ORD. N° 1811

ANT.: Presentación N° de Ingreso AO006T-0001906, de fecha 17 de agosto de 2018.

MAT.: Responde requerimiento de información amparado en la Ley N°20.285.

Santiago, 11 SEP 2018

DE : SRA. MARLENE SÁNCHEZ MUÑOZ
JEFA DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS Y DESARROLLO (S)
SUPERINTENDENCIA DE SALUD


A : SR. PABLO GUTIÉRREZ

Con la fecha señalada en el antecedente, esta Superintendencia ha recibido su requerimiento de información, en el formulario folio AO006T-0001906 del que se adjunta copia.

En virtud de lo dispuesto por la Ley N° 20.285, de Transparencia y Acceso a la Información de los Organismos del Estado, cumpro con indicar a usted lo siguiente:

Se adjunta archivo Excel con la información solicitada. Finalmente, y en caso de no encontrarse conforme con la respuesta precedente, en contra de esta decisión usted podrá interponer amparo a su derecho de acceso a la información ante el Consejo para la Transparencia, en el plazo de 15 días hábiles contados desde la notificación del presente Oficio.

Saluda atentamente a usted,


POR ORDEN DEL SUPERINTENDENTE DE SALUD*
MARLENE SÁNCHEZ MUÑOZ
JEFA DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS Y DESARROLLO (S)
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

(Circular stamp: SUPERINTENDENCIA DE ESTUDIOS Y DESARROLLO DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS Y DESARROLLO)

JSR/JMN/sgc

Distribución:

- SR. PABLO GUTIÉRREZ

- Archivo Caso AO006T-0001906

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN

Su solicitud ha sido ingresada al Portal de Transparencia del Estado para el organismo Superintendencia de Salud (SdS) con fecha 17/08/2018 con el N°: A0006T0001906. La confirmación de este ingreso ha sido enviada a su correo electrónico pablogutierrez@gmail.com

La fecha de entrega de la respuesta es el 14/09/2018 (el plazo para recibir una respuesta es de 20 días hábiles). Le informamos que durante este proceso el organismo Superintendencia de Salud (SdS) podría solicitar una prórroga de máximo 10 días hábiles para dar respuesta a su solicitud.



En caso que su solicitud de información no sea respondida en el plazo de veinte (20) días hábiles, o sea ésta denegada o bien la respuesta sea incompleta o no corresponda a lo solicitado, en aquellos casos que la ley lo permite usted podrá interponer un reclamo por denegación de información ante el Consejo para la Transparencia www.consejotransparencia.cl dentro del plazo de 15 días hábiles, contado desde la notificación de la denegación de acceso a la información, o desde que haya expirado el plazo definido para dar respuesta.

Para las solicitudes presentadas a organismos autónomos como por ejemplo Poder Judicial, Contraloría General de la República y el Congreso Nacional el procedimiento de reclamos se describe en el siguiente enlace:

Podrá conocer el estado de su solicitud en este portal ingresando el Código identificador de tu solicitud: A0006T0001906 y también ingresando con tus datos al portal de ciudadano.

DATOS INGRESADOS PARA SU SOLICITUD

Solicitud de información	
A quien dirige su solicitud	Superintendencia de Salud (SdS)
Región	Región Metropolitana de Santiago
Vía de recepción de solicitud	Correo electrónico
Correo electrónico	pablogutierrez@gmail.com
Solicitud	Se solicita saber tramo de renta de cotizantes ISAPRES cerradas en las edades de 50 a 59 años entre los años 2003, 2004 y 2005, tanto para hombres, mujeres y ambos sexos. Según se describe en el archivo adjunto. Atentamente, Pablo Gutiérrez
Observaciones	
Archivos adjuntos	Solicitud_tramo_renta_ISAPRES_CERRADAS_50_59_anos.xlsx
Formato deseado	PDF
Solicitante inicia sesión en Portal	SI
Forma de recepción de la solicitud	Vía electrónica

Datos del solicitante	
Persona	Natural
Nombre o Razón social	Pablo
Apellido Paterno	Gutiérrez
Apellido Materno	

Datos del apoderado	
Nombre	
Apellido Paterno	
Apellido Materno	

Dirección	
Calle	
Numero	
Departamento	
Región	- Sin especificar -
Comuna	- Sin especificar -

- **Anexo N°2:**
Información disponible en sitio web de FONASA año 2017 referente a número de cotizantes tanto hombres y mujeres por tramo de edad desde el año 2003 al 2014.

a)

Tabla N°1.6a												
COTIZANTES SEGÚN TRAMO DE EDAD, MUJERES, AÑOS 2003-2014												
Diciembre de cada año												
Grupo Edad	2003	2004	2005	2006	2007 (1)	2008 (1)	2009	2010	2011	2012	2013	2014
0-19	47.908	53.307	51.138	38.676	S.D.	S.D.	44.719	26.762	76.253	87.811	82.293	79.792
20-24	132.785	142.702	155.325	141.748	S.D.	S.D.	184.982	173.164	226.624	232.683	225.825	223.794
25-29	151.936	160.452	177.493	175.761	S.D.	S.D.	228.906	235.722	251.366	256.607	260.358	272.798
30-34	144.359	158.872	174.571	176.009	S.D.	S.D.	206.439	228.914	227.175	239.262	241.001	248.072
35-39	142.709	150.861	163.383	165.437	S.D.	S.D.	207.713	211.992	223.546	225.742	222.298	225.013
40-44	138.937	151.453	166.477	172.073	S.D.	S.D.	198.371	206.217	214.159	222.267	225.251	235.500
45-49	122.797	132.679	146.593	153.938	S.D.	S.D.	198.946	207.950	216.753	225.728	226.240	232.844
50-54	106.551	113.119	123.874	131.178	S.D.	S.D.	166.690	184.026	184.157	198.796	204.692	221.990
55-59	102.220	104.969	112.351	119.500	S.D.	S.D.	135.929	151.095	150.346	162.038	163.405	180.651
60-64	122.445	126.468	135.446	139.320	S.D.	S.D.	149.330	150.593	168.224	177.702	182.855	201.595
65-69	109.031	112.013	119.903	124.249	S.D.	S.D.	145.138	160.101	167.747	199.559	183.241	216.429
70-74	111.313	109.492	111.472	115.709	S.D.	S.D.	120.039	135.740	130.922	147.180	140.768	164.778
75-79	92.964	98.046	105.529	109.078	S.D.	S.D.	105.157	113.343	110.461	116.192	111.161	119.403
80-84	63.812	67.168	70.593	72.337	S.D.	S.D.	89.639	114.547	96.226	100.706	72.828	87.669
85 y +	58.501	61.759	64.860	64.458	S.D.	S.D.	79.272	100.105	84.283	90.409	83.927	89.908
S.D.								6			48.829	34.252
Total	1.648.268	1.743.360	1.879.008	1.899.471	S.D.	S.D.	2.261.270	2.400.277	2.528.242	2.682.682	2.674.972	2.834.488

b)

Tabla N°1.6b												
COTIZANTES SEGÚN TRAMO DE EDAD, HOMBRES, AÑOS 2003-2014												
Diciembre de cada año												
Grupo Edad	2003	2004	2005	2006	2007 (1)	2008 (1)	2009	2010	2011	2012	2013	2014
0-19	60.883	68.478	67.234	49.967	S.D.	S.D.	57.046	31.481	105.501	119.758	108.352	101.703
20-24	193.152	200.766	217.864	197.482	S.D.	S.D.	251.711	246.927	312.407	312.762	294.761	282.852
25-29	221.388	224.187	243.254	247.812	S.D.	S.D.	273.581	284.945	299.412	296.226	294.211	297.232
30-34	233.774	243.010	265.728	280.520	S.D.	S.D.	259.264	280.198	278.606	281.269	273.380	267.685
35-39	240.938	243.133	263.220	282.198	S.D.	S.D.	275.761	272.120	286.611	277.198	262.404	252.102
40-44	225.562	238.030	265.551	287.365	S.D.	S.D.	274.399	276.101	286.435	285.001	278.013	273.775
45-49	184.490	196.667	224.399	243.825	S.D.	S.D.	276.629	286.187	296.126	297.960	289.397	282.660
50-54	152.403	158.195	178.714	194.762	S.D.	S.D.	233.222	255.836	257.572	268.432	272.656	277.640
55-59	145.853	146.320	160.539	173.403	S.D.	S.D.	187.202	209.127	207.833	220.732	224.661	235.286
60-64	131.331	133.317	146.432	157.645	S.D.	S.D.	166.521	174.962	178.048	182.401	184.598	191.022
65-69	126.026	128.540	140.668	148.425	S.D.	S.D.	169.193	181.061	190.826	204.042	203.995	217.575
70-74	105.891	106.159	109.248	113.574	S.D.	S.D.	127.085	148.118	135.524	145.083	152.531	164.452
75-79	70.835	75.164	81.278	83.749	S.D.	S.D.	88.452	100.324	90.546	93.547	96.777	100.362
80-84	38.985	41.319	43.357	44.089	S.D.	S.D.	57.940	77.649	60.760	63.399	51.131	56.182
85 y +	28.117	29.113	29.408	28.878	S.D.	S.D.	35.616	46.733	37.289	39.676	34.465	39.895
S.D.								13			21.253	18.445
Total	2.159.628	2.232.398	2.436.894	2.533.694	S.D.	S.D.	2.733.622	2.871.782	3.023.496	3.087.486	3.042.585	3.058.868

