

INFORME N°18

Reforma de salud y sus implicancias en la clase media

Diciembre 2022



Jose Acuña
Andrés Hernando



Observatorio del Contexto Económico

Reforma de salud y sus implicancias en la clase media

José Acuña¹ y Andrés Hernando²

Resumen

- En Chile coexisten dos sistemas de previsión de salud profundamente distintos entre sí tanto en su lógica de funcionamiento como en sus resultados. Por una parte, se encuentra el sistema público FONASA que atiende aproximadamente al 76 por ciento de la población, un 15 por ciento está cubierto por el sistema privado de ISAPRE, y el restante 9 por ciento se atiende con el seguro de FF.AA. y del Orden y otros seguros.
- A pesar de que FONASA es el principal sistema de salud de la población en términos de cobertura, cerca del 50 por ciento de los usuarios de este sistema están concentrados principalmente en los segmentos de menores ingresos (deciles I al IV). En contraparte, cerca del 60 por ciento de los usuarios de ISAPRES se concentran en los decil de mayores ingresos (deciles IX y X).
- Si bien las personas de mayores recursos se atienden en ISAPRE, existe un importante segmento que es clase media y se atiende en este sistema. En base a la definición de clase media del Banco Mundial, se observa que, tanto para 2017 como para 2020, aproximadamente el 70 por ciento de los usuarios de ISAPRE pertenecen a la clase media (Más de 2 millones de personas).
- En contraparte, en el caso de los usuarios de FONASA, para 2017 el 56,0 por ciento del total de usuarios de FONASA pertenece a la clase media, cifra que se mantiene en niveles similares para 2020 (55,1 por ciento) (Más de 8 millones de personas).
- Dentro del segmento de jefes de núcleo que son clase media y se atienden en ISAPRE el 55,7 por ciento declararon no tener seguro complementario de salud, por lo que, al aplicarse la reforma de salud, incurrirían en un mayor gasto de cobertura.
- Es esperable, entonces, que una reforma como la propuesta por el gobierno encuentre un problema de economía política importante mientras no logre garantizar, al menos para los afiliados a ISAPRE que pueden identificarse como clase media, que se mantendrán los estándares de calidad y oportunidad que el sistema privado ha logrado establecer.

¹ Investigador del Observatorio del Contexto Económico de la Universidad Diego Portales (OCEC UDP).

² Economista Senior del Observatorio del Contexto Económico de la Universidad Diego Portales (OCEC UDP).

1. Introducción

En Chile existen dos esquemas fundamentales de previsión de salud³. Por una parte, el sistema público operado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) el que cubre al 76,6 por ciento de la población (CASEN, 2020). FONASA no establece un contrato de seguro propiamente con sus afiliados, sino que cuenta con una lista de prestaciones que están incluidas en su cobertura y condiciones distintas de financiamiento y copago de acuerdo con la capacidad económica del afiliado y al prestador que ejecuta la prestación.

Los beneficiarios de FONASA son de dos tipos: (1) personas que enteran su cotización obligatoria del 7 por ciento de sus ingresos del trabajo en la institución pública; y (2) personas sin ingresos que se afilian gratuitamente sin cotizar. El Fondo no puede rechazar a ningún afiliado. Se desprende de esto que FONASA no se financia exclusivamente de las cotizaciones que recibe. En efecto, cerca de tres cuartos del financiamiento del Fondo proviene de un aporte estatal considerado en la ley de presupuestos representando los aportes de los trabajadores solo un 16,6 por ciento de los ingresos totales del programa⁴.

Como ya se dijo, la protección financiera que reciben los afiliados a FONASA depende de su capacidad económica, así como del prestador en el que reciben atenciones. Los afiliados se dividen en cuatro grupos (A, B, C y D) en orden creciente de sus ingresos. Por otra parte, existen dos formas de atención, en la modalidad de atención institucional (MAI) los afiliados se atienden en la red estatal. Esta modalidad está abierta a todos los beneficiarios del Fondo y, desde septiembre de 2022, se eliminaron los copagos asociados en ella para los grupos de más altos ingresos por lo que todas las prestaciones que los afiliados a FONASA reciben en la red de prestadores públicos no conllevan un gasto de bolsillo asociado.

La segunda alternativa de atención corresponde a la modalidad de libre elección (MLE) en que las prestaciones son otorgadas por instituciones privadas que han suscrito un convenio con FONASA. Sólo los beneficiarios de los grupos B, C y D tienen acceso a la MLE y esta tiene asociada copagos que pueden ser significativos dependiendo del nivel del prestador. Las coberturas se fijan de acuerdo con el Nivel 1 (el nivel “Básico”) que fija un arancel de referencia, los prestadores pueden solicitar incorporarse como Nivel 2 (lo que les permite cobrar un 30 por ciento más que el

³ En este documento se omite del análisis al sistema previsional de las fuerzas armadas y de orden.

⁴ Ley de Presupuestos, 2022. Dirección de Presupuestos.

nivel 1) o Nivel 3 (cobrando un 60 por ciento más que el nivel 1). El monto cubierto por FONASA se calcula como un porcentaje (que, salvo excepciones, no puede exceder del 50 por ciento) del arancel de Nivel 1. Así, por ejemplo, si una prestación como una radiografía de columna total tiene un arancel de \$12.250 y un copago de \$6.130, FONASA siempre abonará \$6.120. Corresponderá al beneficiario cubrir la diferencia respecto al arancel fijado por FONASA y al valor efectivamente cobrado por el prestador el que puede diferir en algunos casos. Por ejemplo, la cobertura efectiva puede ser menor a un 5 por ciento en el caso de los días cama y de poco más de un tercio en el caso de exámenes (ver Benítez y Velasco, 2020).

Este es un resultado importante desde el punto de vista de la equidad del sistema. En efecto, los cotizantes de ingresos más altos aportan (vía su cotización obligatoria del 7 por ciento) más recursos al sistema público, sin embargo, de optar por la MLE deben hacer copagos mayores e incurrir en un mayor gasto de bolsillo⁵ lo que implica que obtienen del sistema coberturas proporcionalmente menores.

El otro sistema de previsión de salud en Chile corresponde a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) que son aseguradoras privadas que ofrecen planes de salud individuales y cuyo contenido (en términos de coberturas, precios, beneficios y acceso preferente a prestadores) se establece en el contrato que firman con cada asegurado debiendo este, en cualquier caso, contener, al menos, las prestaciones y condiciones mínimas establecidas en la ley. El monto total a pagar por el asegurado corresponde a las primas totales de los miembros de su grupo familiar las que varían de acuerdo al plan contratado y a la edad de cada asegurado. Las ISAPREs proveen seguros para el 15,4 por ciento de la población y sus cotizantes cubren el costo de los planes con su 7 por ciento de cotización obligatoria y, con frecuencia, complementan este monto ya que es común que el costo del plan para el grupo familiar exceda de la parte obligatoria.

A diferencia de FONASA, las ISAPRE pueden rechazar potenciales afiliados y pueden exigir una declaración de salud en virtud de la cual excluir de cobertura a condiciones preexistentes por hasta 18 meses.

Los beneficiarios de ISAPRE no pueden optar a atenderse en la red pública (salvo por urgencias, unidades de cuidado intensivo u hospitalizaciones) y las ISAPRE

⁵ Benítez, Bruzzo y Velasco (2018), por ejemplo, encuentran que el gasto de bolsillo de salud de un afiliado a FONASA en el grupo D es 3,6 veces el de un afiliado del grupo A (que no hace aportes al fondo).

pueden ofrecer planes en redes cerradas de prestadores y limitan a este tipo de redes las prestaciones asociadas al plan de Garantías Explícitas en Salud (GES).

Los distintos diseños de los dos sistemas principales de previsión se reflejan en significativas diferencias en las características de sus afiliados, así, por ejemplo, se encuentra bien documentado que los beneficiarios de FONASA en general son mayores que los beneficiarios de ISAPRE, tienen más problemas de salud y tienen menores ingresos (ver, por ejemplo, Pardo, 2019).

Por otra parte, también es distinta la oportunidad en la atención en ambos sistemas. Quizás el más evidente es el marcado racionamiento por acceso, mientras no se registran esperas de consideración para atenciones de salud entre beneficiarios de aseguradoras privadas. Se reportan⁶ más de 1.5 millones de beneficiarios de FONASA esperando una consulta de especialista, más de 250 mil personas esperando por una cirugía y más de 65 mil personas esperando por una atención GES cuya oportunidad debiera estar garantizada. En algunos casos los tiempos de espera por atención se extienden por hasta 600 días.

Como se puede observar de esta breve introducción, coexisten en Chile dos sistemas de previsión de salud profundamente distintos entre sí tanto en su lógica de funcionamiento como en sus resultados. La desigualdad que esto conlleva ha llevado a distintas propuestas de reforma que incluyen la idea de un plan de salud estandarizado (Paolucci y Velasco, 2017), a un plan universal de salud sumado a una reforma integral de FONASA (Benítez y Velasco, 2020), y a la unificación del sistema en un único asegurador público, como es el caso de la propuesta en el programa de gobierno del presidente Gabriel Boric.

Con todo, es la propia y marcada diferencia en la calidad y oportunidad de las prestaciones entre ambos sistemas la que reviste el mayor desafío para la implementación de cualquier reforma que busque resolver esta desigualdad. En efecto, un plan estandarizado puede no solucionar el problema como lo muestra la evidencia del GES donde, a pesar de proveer ambos sistemas el mismo seguro, en las mismas condiciones y sujeto al mismo estándar legal, se observan importantes incumplimientos por parte del proveedor público lo que parece poner en duda, incluso, la capacidad del Estado para cumplir las promesas que establece en sus propias regulaciones. Por otra parte, un sistema de asegurador público único

⁶ Documento “Listas de Espera No Ges y Garantías de Oportunidad GES Retrasadas”, Subsecretaría de Redes Asistenciales, junio de 2022. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/05/Glosa-06-II-Trimestre-2022.pdf>

conllevaría una importante incerteza para los beneficiarios del sistema privado que están acostumbrados a un estándar de atención y oportunidad que el sistema público difícilmente podría mantener y menos garantizar.

Dado que el sistema de previsión privado atiende desproporcionadamente más a personas de mayores ingresos, se ha sugerido⁷ que estos podrían subsanar una caída (supuestamente transitoria) en la calidad de sus atenciones contratando seguros privados que complementen el seguro provisto por el asegurador único estatal. Es por esto por lo que resulta relevante caracterizar al usuario de ISAPRE para entender si, efectivamente, se trata de un grupo tanto más privilegiado que los usuarios del grupo D de FONASA y, por lo tanto, resulta atendible esta sugerencia.

Este documento se concentra en esta caracterización y en el potencial impacto que tendría en los beneficiarios de ISAPRE la implementación de las reformas sugeridas.

2. Estructura usuarios del sistema de salud (ISAPRES vs FONASA)

El sistema de salud en Chile está compuesto por un sistema mixto de atención integrado por el seguro público, denominado Fondo Nacional de Salud (FONASA), uno privado denominado Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y un tercer grupo de instituciones que proveen aseguramiento en salud donde se encuentran las Fuerzas Armadas y otros seguros no contemplados en los casos anteriores.

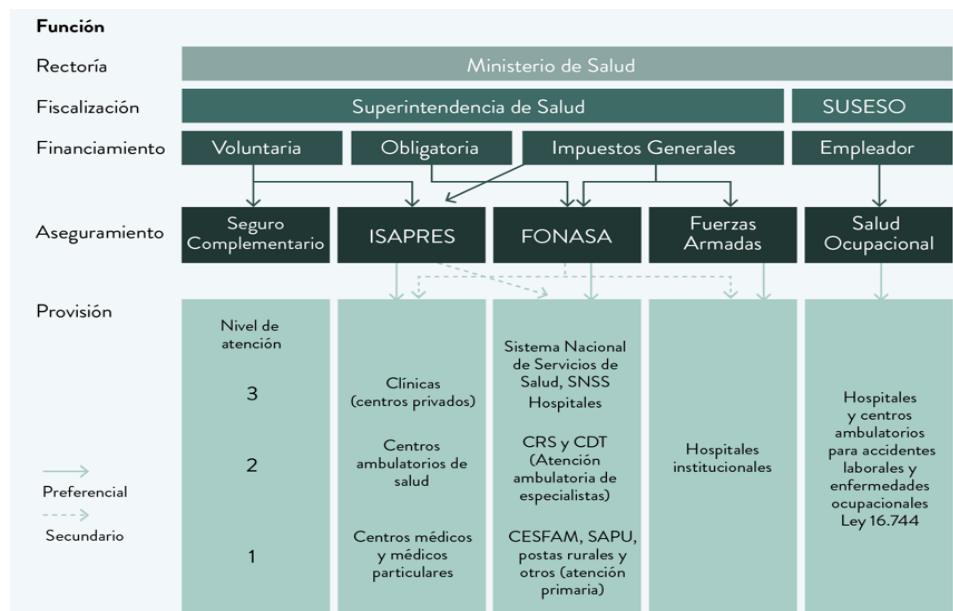
Para el presente estudio, utilizamos como fuente de información la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) 2020, dado que nos entrega la posibilidad de caracterizar a los usuarios de FONASA e ISAPREs concentrándonos en algunas de sus características socioeconómicas⁸. Según la CASEN 2020, para este año el número de usuarios del sistema público FONASA ascendió a 14.961.404 personas, representando el 76,6 por ciento de la población total. Mientras que, en el caso de

⁷ Ver entrevista al director de FONASA Camilo Cid en La Tercera, el 22 de mayo de 2022. Disponible en <https://www.latercera.com/earlyaccess/noticia/camilo-cid-director-de-FONASA-nuestro-sello-es-transformarnos-en-un-fondo-universal-de-salud-independiente-de-lo-que-ocurra-en-la-convencion/UWI7VYEYBBA6BLHDT6KETIT7YM/>

⁸ Otros análisis similares han usado otras fuentes de información como, por ejemplo, la Encuesta de Presupuestos Familiares (ver, por ejemplo, Benítez, Bruzzo y Velasco, 2018 y Benítez, Hernando y Velasco, 2019). Para este estudio se utiliza CASEN porque esta captura de mejor forma las características socioeconómicas de interés.

las ISAPREs, este número asciende a 3.014.668, lo que representa el 15,4 por ciento de la población total (Figura 2)⁹.

Figura 1
Estructura del Sistema de Salud en Chile



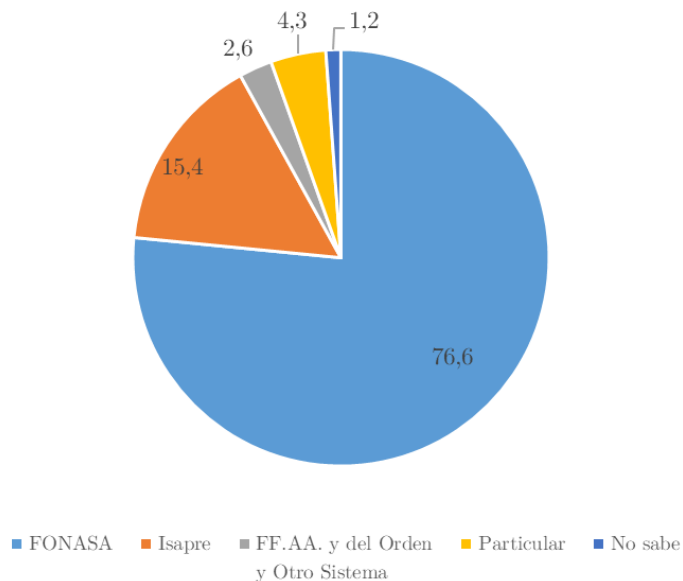
Fuente: Escuela de Salud Pública (2018).

Los niveles y porcentajes de la CASEN se aproximan de buena manera a los resultados de los registros administrativos, de acuerdo con los cuales, en 2020, FONASA servía al 77,8 por ciento de la población y las ISAPREs al 17,2 por ciento (Acuña y León, 2021).

Uno de los hechos estilizados que se presenta en la evidencia empírica es el hecho de que a pesar de que FONASA es el principal sistema de salud de la población en términos de cobertura, cerca del 50 por ciento de los usuarios de este sistema están concentrados principalmente en los segmentos de menores ingresos (deciles I al IV). En contraparte, cerca del 60 por ciento de los usuarios de ISAPRES se concentran en los deciles de mayores ingresos (deciles IX y X) (Figura 3).

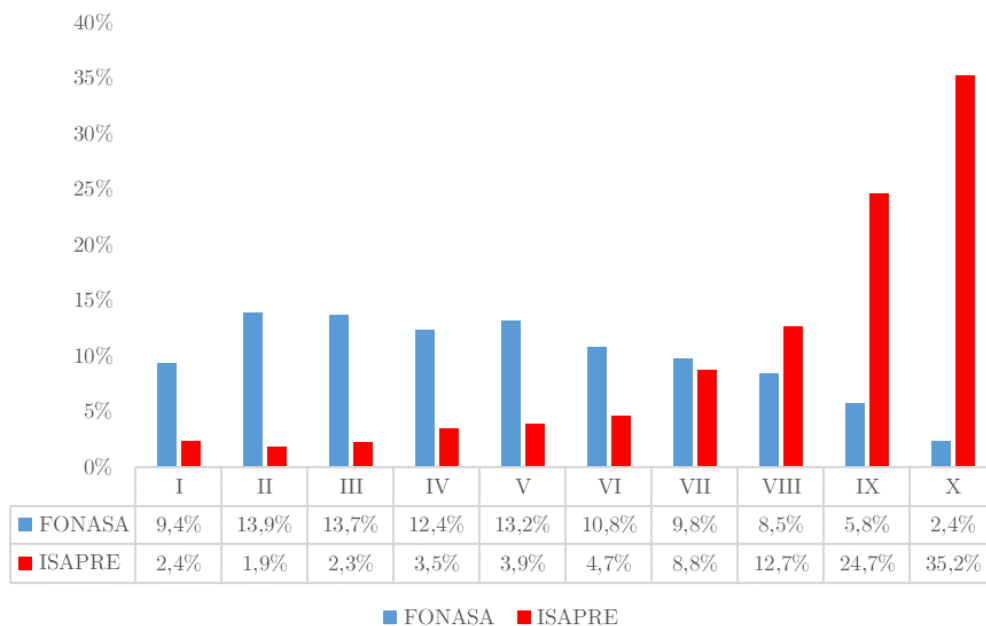
⁹ El 8,1 por ciento restante o no tienen provisión o son beneficiarios del sistema previsional de las Fuerzas Armadas y de Orden.

Figura 2
Distribución de la población según sistema de Salud Previsional



Fuente: Elaboración propia en base a datos de CASEN 2020

Figura 3
Distribución de la población por sistema de salud y decil de ingresos autónomos.



Fuente: Elaboración Propia en Base a CASEN 2020

3. Clase Media y la reforma de salud.

La reforma de salud impulsada en el programa de gobierno del Presidente Gabriel Boric, apunta a la reconfiguración del sistema actual apuntando a que exista un Fondo Universal de Salud que actuaría como único administrador de los recursos y como único asegurador en el sistema de salud. Esto implica que todas las personas afiliadas a las ISAPRE pasarían a depender de este único asegurador.

A raíz de esta situación, una de las preocupaciones que surgen en el debate público es respecto a cuál puede ser el impacto sobre las personas que se encuentran afiliadas a las ISAPRE y que no se encuentran en el segmento de mayores ingresos. Una buena aproximación de este segmento poblacional vendría a ser lo que se denomina “clase media”.

En la literatura existe un amplio debate robusto respecto a cómo caracterizar y definir a la clase media. Entre estos, se puede identificar enfoques filosóficos, sociológicos y económicos entre otros. En general, la estrategia más común para caracterizar a este grupo, es clasificar a los hogares según su nivel de ingreso, de consumo o de otra medida de bienestar. Para el presente estudio, utilizaremos la definición propuesta por el Banco Mundial para el caso de Chile, donde la definición de clase media sigue una noción de seguridad económica frente a riesgos y siniestros (Banco Mundial, 2020).

Según esta definición se caracteriza a la clase media aproximando a la seguridad económica como lo opuesto de la vulnerabilidad a caer en la pobreza. Específicamente se establece que serán parte de clase media aquellos hogares e individuos que tienen una baja probabilidad de caer en la pobreza en un periodo de cinco años. Esta definición implica que se debe establecer un umbral inferior el cual se encuadre en esta “baja probabilidad”.

El umbral inferior se define a partir del ingreso per-cápita mensual¹⁰ que es consistente con un 10 por ciento de probabilidad o más de caer en pobreza en los próximos cinco años, es decir, que todas las personas cuyos ingresos per cápita

¹⁰ En este caso se utiliza como medida de bienestar el ingreso per-cápita mensual por adulto equivalente, que es aquel ingreso que se utiliza para la medición de la pobreza monetaria e incorpora en su construcción el principio de economías de escala dentro del hogar.

mensuales están por debajo de este umbral inferior, son consideradas “vulnerables”¹¹. Este monto, equivale a un monto de US\$13 PPP per-cápita mensuales.

Por otra parte, el Banco Mundial define un umbral superior siguiendo las recomendaciones de Birdsall et al. (2011), López-Calva y Ortiz-Juárez (2014) y Bussolo et al. (2018), donde se establece un umbral de US\$70 PPP per-cápita mensuales¹². El valor del umbral se basa en la situación del ingreso per-cápita mensual de la “élite” de América Latina, el que de acuerdo a las estimaciones se ubica en torno al 2 por ciento más alto de la distribución del ingreso per cápita en varios países de la región (Banco Mundial, 2020; Ferreira et al., 2013).

En la Tabla 1 podemos observar los montos equivalentes en pesos chilenos, de los umbrales utilizados para el cálculo de la clase media desde 2009 hasta 2020 (US\$13 PPP y US\$ 70PPP).

Tabla 1
Umbrales inferior y superior de ingreso per-cápita mensual y tamaño de la clase media (Pesos corrientes)

	Umbral Inferior	Umbral Superior	Tamaño Clase Media (%)
2009	\$ 230.948	\$1.243.564	35,8
2011	\$ 242.030	\$1.303.235	38,8
2013	\$ 253.773	\$1.336.468	48,9
2015	\$ 276.447	\$1.488.562	53,8
2017	\$ 293.178	\$1.578.647	58,8
2020*	\$ 317.377	\$1.708.951	57,1

*Los umbrales para el año 2020, se construyen ajustando los valores de 2017 por inflación

Fuente: Elaboración Propia en Base a Banco Mundial (2020), INE y CASEN 2020

¹¹ El 10 por ciento representa un riesgo relativamente “bajo” desde un punto de vista normativo y además con este umbral se garantiza que los resultados sean estadísticamente significativos (desde una perspectiva técnica) (Banco Mundial, 2020).

¹² Originalmente, los autores proponen un umbral de US\$50 PPP per cápita utilizando PPP 2005, monto que es actualizado en años posteriores a US\$70 utilizando PPP 2011 (Banco Mundial, 2020).

Si bien las presentes cifras se basan en la definición de clase media de una institución multilateral es importante complementar esta información con otras fuentes que nos permitan aproximar si la definición se ajusta a las percepciones de la sociedad sobre este concepto. Por ejemplo, la CADEM (2022), evalúa la autopercepción de las personas respecto a su clase social. En este estudio, solamente el 1 por ciento de los encuestados declara pertenecer a la clase alta. En este sentido, el umbral de corte superior que utiliza el Banco Mundial está alineado con la autopercepción del público.

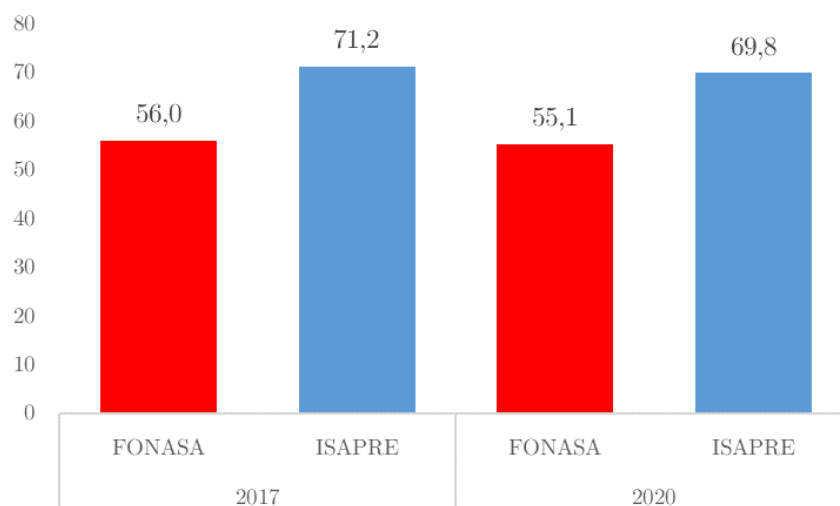
a. Clase Media - FONASA vs ISAPRE.

Como se pudo ver en la Figura 3, el hecho estilizado que caracteriza a los usuarios de ISAPRE es que estos pertenecen a los segmentos de más altos ingresos. Sin embargo, es relevante cuantificar a la población que no pertenece a estos segmentos de elevados ingresos. En la Figura 4 se puede observar el porcentaje de personas usuarios de ISAPRE y FONASA que son parte de la clase media.

Los resultados nos muestran que, en el caso de los usuarios de FONASA, para 2017 el 56,0 por ciento del total de sus usuarios pertenece a la clase media, cifra que se mantiene en niveles similares para 2020 (55,1 por ciento).

En el caso de los usuarios de ISAPRE, destaca el hecho de que la mayoría de estos pertenecen a la clase media. Tanto para 2017 como para 2020, se puede observar que aproximadamente el 70 por ciento de los usuarios de ISAPRE pertenecen a la clase media. Este resultado es particularmente relevante para el caso de los usuarios de ISAPRE que son clase media, en el sentido de que esta cifra representa para 2020 a aproximadamente 2.104.901 personas a las que la reforma de salud estaría afectando directamente, dado que actualmente estas personas con su 7 por ciento de cotización acceden al plan que ellas escogieron y, en caso de pasar al nuevo sistema y querer igualar las coberturas actuales (al menos temporalmente), tendrían, como ha reconocido la autoridad, que complementar su cotización con un desembolso adicional que sufragaría la adquisición de un seguro complementario.

Figura 4
Porcentaje de personas pertenecientes a la clase media según sistema de salud.



Fuente: Elaboración Propia en Base a CASEN 2020

Un elemento adicional que está presente en el debate actual respecto a la reforma de salud es el referido a los seguros complementarios de salud. Estos seguros pueden ser contratados de forma individual o colectiva y sus coberturas son adicionales a las provistas por FONASA o al plan de salud individual contratado con la ISAPRE. Principalmente este tipo de seguros están enfocados a contratos colectivos suscritos por un empleador o un ente negociador como, por ejemplo, un sindicato (Superintendencia de Salud, 2017).

Si bien la CASEN nos permite recopilar esta información, cabe mencionar que esta fuente de información solo permite realizar análisis general de los mismos, dado que la pregunta en la encuesta¹³ no permite distinguir las características específicas de los seguros complementarios. Adicionalmente, es importante mencionar que esta pregunta se la realiza a los jefes de núcleo familiar y no a todos los integrantes del hogar.

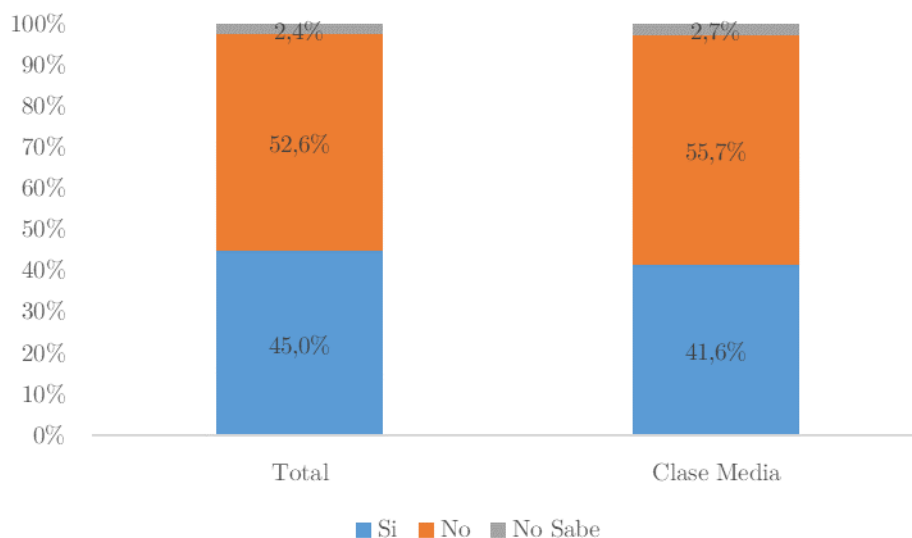
La Figura 5 nos presenta el porcentaje de jefes de núcleo de clase media que declara que ningún miembro de su núcleo familiar cuenta con un seguro complementario.

¹³ La pregunta con la cual se identifica a las personas con seguro complementario de salud es la siguiente: “¿Algún miembro de su núcleo familiar se encuentra cubierto por un Seguro de Salud complementario ante riesgo de enfermedad o accidente?”

Los resultados nos muestran que dentro del segmento de usuarios de ISAPRE, el 55,7 por ciento de los jefes de núcleo de clase media declararon no tener seguro complementario de salud, por lo que este es un porcentaje relevante dentro del segmento de clase media que, al aplicarse la reforma de salud, incurriría en un mayor gasto de cobertura (aunque eventualmente quienes ya cuentan con un seguro complementario también podrían tener que desembolsar un mayor monto para obtener las mismas prestaciones que en la actualidad).

Figura 5

Jefes de núcleo usuarios de ISAPRE según tenencia de seguro complementario de salud



Fuente: Elaboración Propia en Base a CASEN 2020

4. Reflexiones finales

El análisis presentado muestra que, si bien es cierto que los usuarios de FONASA e ISAPRE exhiben importantes diferencias en sus características, existe una considerable intersección entre ellos en términos de lo que podemos identificar como clase media. Esto implica que cualquier tipo de política que busque reducir la desigualdad entre los beneficiarios del sistema privado de seguros y los afiliados al sistema del fondo público enfrentará una crítica atendible de parte de quienes, razonablemente no son muy distintos a afiliados del sistema público y verán caer de forma significativa el estándar de calidad de la atención a la que acceden o,

alternativamente, verán aumentar de manera importante el costo de sostener dicho estándar.

Es esperable, entonces, que una reforma como la propuesta por el gobierno encuentre un problema de economía política importante mientras no logre garantizar, al menos para los afiliados a ISAPRE que pueden identificarse como clase media, que se mantendrán los estándares de calidad y oportunidad que el sistema privado ha logrado establecer.

La previsión de salud en Chile no está exenta de problemas. Lo cierto es que ninguno de los principales sistemas (público y privado) está libre de críticas, muchas de las cuales resultan muy válidas. Por una parte, el constante encarecimiento de los planes de salud privados, la judicialización de las alzas, la posibilidad cierta que las ISAPRE, tensionadas financieramente por los costos de la pandemia y el congelamiento de tarifas durante ésta, puedan caer en situaciones de insolvencia dibujan un panorama difícil para esta opción. Algo similar ocurre con las dificultades evidentes del sistema público para satisfacer la demanda que enfrenta tanto en tiempo como en forma.

El escenario descrito pone en evidencia la necesidad de una reforma al sector que permita elevar los estándares de atención en el sector público y proteger a los usuarios del sistema privado de la tensión financiera que significa su sistema. Con todo, es dudoso que un sistema de fondo único basado en una universalización del sistema público actual sea no solo viable políticamente sino también, la solución que la situación demanda.

Referencias.

Acuña J. León A. (2021). “Informe No. 5 Diagnóstico de la Seguridad Social en el área de la Salud.” Observatorio del Contexto Económico – Universidad Diego Portales

Banco Mundial (2020). “Conceptos de medición de los sectores medio, y análisis de movilidad descendiente en Chile”. Programa de Estudios Compartidos: Banco Mundial y Gobierno de Chile. Red Clase Media Protegida.

Benítez y Velasco (2020) “Propuestas para una reforma integral del Fondo Nacional de Salud: Comisión para una Reforma Integral de FONASA”. Centro de Estudios Públicos.

Birdsall, N., C. Graham, y S. Pettinato (2000), “Stuck in The Tunnel: Is Globalization Muddling The Middle Class?”, Documento de trabajo, No. 14, Center on Social and Economic Dynamics, Brookings Institution, Washington, D. C.

Bussolo, M., Karver, J. & Lopez-Calva, L.F. (2018). “Is there a middle-class crisis in Europe”. Brookings Future Development blog. March 22, 2018.

CADEM (2022). “El Chile que viene. Especial Clase Media”. Mayo 2022.

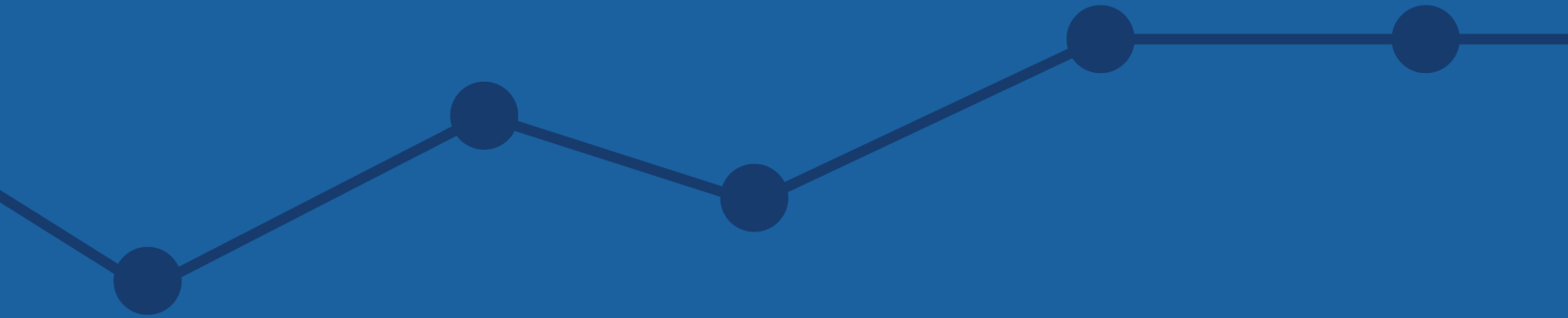
Ferreira F., Messina J., Rigolini J. López-Calva L. Lugo M.A., Vakis R. (2013). “La movilidad económica y el crecimiento de la clase media en América Latina.” Washington, DC: Banco Mundial.

Lopez-Calva, L. F. & Ortiz-Juarez, E. (2014) “A vulnerability approach to the definition of the middle class”, *Journal of Economic Inequality*, 12(1): 23-47.

Paolucci Francesco; Velasco Carolina (2017). “Reformando el sistema de seguros de salud chileno: Elección, competencia regulada y subsidios por riesgo”. Centro de Estudios Públicos - Chile.

Rodríguez-Pardo del Castillo, JM. (2017), "Modelo de sistemas de pensiones y seguros “cuarta edad”".

Superintendencia de Salud (2017), “Caracterización del mercado de seguros complementarios de salud en base a la encuesta CASEN 2015”. Departamento de Estudios y Desarrollo.



 **OCEC** **udp**
Observatorio del Contexto Económico