

# Aportes para el debate en salud: estimación del costo fiscal de otorgar continuidad de tratamiento ante insolvencia de Isapres abiertas

Daniela Sugg<sup>1</sup> y Carolina Velasco<sup>2</sup>

## 1. Introducción

El debate en torno al proyecto de “ley corta de Isapres<sup>3</sup>” (boletín 15896-11), cuyo objetivo es implementar los fallos de la Corte Suprema de 2022 sobre tabla de factores y que, además, crea un seguro complementario para afiliados de los grupos B, C y D de Fonasa, llamado modalidad de cobertura complementaria (MCC), ha carecido de análisis y reflexión en ámbitos que debieran ser relevantes para las personas, pero sobre todo para las autoridades y los encargados de las políticas públicas. Este estudio se aboca a aportar en uno de ellos, el impacto económico que los cambios propuestos le generarán al sistema de salud -más allá de estimaciones sobre la deuda de las Isapres, que, actualmente ya quedan desactualizadas.

En efecto, la Dirección de Presupuestos (Dipres) del Ministerio de Hacienda, encargada de analizar los impactos fiscales de la ley en el informe financiero (IF), se ha enfocado en la estimación del costo directo y cierto que tienen algunas modificaciones a Fonasa y a la Superintendencia de Salud: la mayor dotación y pago de horas a expertos. Asimismo, el IF estima el costo de la MCC con base en supuestos de continuidad, es decir, asumiendo que quienes tomarán este seguro representarán a personas promedio, concluyendo que el impacto fiscal es cero. No obstante, ello obvia el esperado comportamiento estratégico de los afiliados ante un cambio como este -que baja el costo de la modalidad de libre elección-, así como el impacto del proyecto de ley en la viabilidad de las Isapres y, por tanto, el cambio de perfil de quienes se irán a Fonasa y tomarán el seguro.

Por lo tanto, no solo ha quedado fuera del análisis la evaluación de las implicancias fiscales de la creación de la MCC incorporando el comportamiento esperado de quienes tomen aquel seguro; sino que también el costo de un cambio masivo hacia Fonasa de quienes no serán aceptados por otras Isapres ante un escenario de insolvencia de estas últimas. Dado que el proyecto de ley no considera eliminar las preexistencias, quienes migren a Fonasa serán aquellos no aceptados en otra Isapre, es decir, quienes sufren alguna condición de salud y que, por tanto, generan gastos permanentes al sistema. Si bien es posible que nuevas Isapres sin deudas participen en el futuro, no es evidente que dichas entidades tengan incentivos a recibir a personas con preexistencias, toda vez que el proyecto no incorpora mecanismos de compensación a las aseguradoras del mayor costo de recibir a personas de alto gasto.

El escenario de insolvencia tiene probabilidades que no son cero, como han advertido expertos, académicos y otros actores en salud<sup>4</sup>, además del gobierno en el propio mensaje del proyecto de ley (Boletín 15.896-11). Pero, además, la probabilidad ha aumentado considerablemente luego de los

---

<sup>1</sup> Investigadora asociada Observatorio del Contexto Económico, OCEC UDP.

<sup>2</sup> Directora de Estudios, Ipsuss, Universidad San Sebastián.

<sup>3</sup> Instituciones de Salud Previsional.

<sup>4</sup> Informe del Comité Técnico de Reforma del Sector Salud (Convocado por la Comisión de Salud del Senado), del 16 de noviembre de 2023. Comisión Técnica Asesora para la Comisión de Salud del Senado en el marco de la discusión del boletín 15896-11 del 10 de octubre de 2023.

cambios que ha sufrido dicha iniciativa legal durante su tramitación en el Congreso (eliminación de alza excepcional de precios a 7% de la cotización, adelanto de pago a personas mayores, límite a creación de prima extraordinaria, entre otros)<sup>5</sup>. Cabe mencionar que la exclusión de esta posibilidad en el IF puede responder a que se desconoce la probabilidad de ocurrencia de dicho escenario (que en gran medida depende de cómo se implemente el fallo, sea que se regule en este proyecto de ley o que se realice directamente por la Superintendencia de Salud como fuese mandado por la Corte Suprema).

Es importante entonces actualizar la estimación del costo fiscal que es incluido en el IF en varios aspectos para informar el debate. Primero, se deben considerar supuestos más ajustados a la realidad en dos sentidos: (i) quienes tomarán el seguro de MCC serán aquellos que usan más intensamente el sistema, es decir, los que más necesitan recibir atención de salud y no las personas promedio de Fonasa, y (ii) el uso del sistema de salud luego de introducir la MCC será mayor que el uso promedio de una persona de la MLE, porque la MCC cubrirá copagos, disminuyendo el monto que deben aportar las personas, incentivando un aumento de la demanda por esa modalidad de atención de Fonasa, que es preferida por su mayor oportunidad en la atención.

Segundo, tal como lo ha señalado el gobierno, la MCC tendría más prestaciones que las incluidas en la actual MLE. En efecto, el texto del proyecto de ley señala que “al menos” cubrirá aquellas de la MLE y que podrá incorporar otras prestaciones con pertinencia sanitaria.

Tercero, se debe agregar el costo fiscal que tendrá para el Estado el escenario, ahora más probable, que un grupo relevante de ex beneficiarios de Isapres que cayeron en insolvencia, emigre a Fonasa al no ser aceptados por otra Isapre debido a sus preexistencias. Estas personas usan más el sistema de salud que una persona promedio y, por tanto, generan un mayor gasto para el sistema que los demás. Por ello, el perfil de los nuevos entrantes diferirá, sin duda, de quienes han migrado en los últimos años, personas jóvenes y sanas. En este sentido, al menos se debe estimar el costo que tendrá para el Estado asumir la continuidad de tratamientos de estas personas, que necesariamente deberán ser atendidas en Fonasa.

Este trabajo busca contribuir al debate para cuantificar este último aspecto: el costo fiscal de que, en un tiempo corto, caiga en insolvencia una, varias o todas las Isapres y se deba dar continuidad de atención a quienes se encuentran en tratamiento. Si bien es un análisis acotado de uno de los aspectos financieros de un escenario de insolvencia, es relevante conocer su alcance, para informar el debate. Este último ha estado más centrado en la deuda y alzas de precios en las Isapres, donde también ha habido carencia de cálculos y estimaciones de orden público, dejando de lado los demás impactos financieros de estos escenarios. Esta escasez ha debilitado una toma de decisiones informada, alimentando, por el contrario, un debate ideológico y polarizado. Velar por la continuidad de tratamientos de las personas sin poner en riesgo su salud y vida es fundamental, por lo que este costo debe ser puesto sobre la mesa en la discusión.

## 2. Metodología y datos

Los datos utilizados provienen de la plataforma Datos Abiertos de la Superintendencia de Salud y de sus series estadísticas. En particular, se utilizan las bases de datos de Registro de Prestaciones del año

---

<sup>5</sup> Informe de la comisión de salud recaído en el boletín 15896-11.

2023, más estadísticas generales de cotizantes e ingresos del año 2023. El análisis se realiza solo para las 6 Isapres abiertas que se encuentran directamente afectadas por “efecto deuda” y ley corta<sup>6</sup>.

Para fines de este ejercicio se entenderá por “continuidad del tratamiento” la obligación legal del Estado de mantener la atención y protección de quien enfrenta un problema de salud que sin ella pone en riesgo su estado de salud. El proyecto de ley señala que Fonasa financiará la continuidad del otorgamiento de las GES en curso, asignándole un prestador, así como aquellas con cobertura adicional para enfermedades catastróficas (CAEC), manteniendo el prestador o derivándolo a otro que asegure condiciones sanitarias similares y aquellas que estén siendo otorgadas por una sentencia o pronunciamiento judicial o de la Superintendencia de Salud en las mismas condiciones.

Para efectos de determinar el costo, se considera a quienes son sujetos de continuidad de tratamientos y que presentaron actividad en el registro de prestaciones de Isapres del cuarto trimestre de 2023, para así incluir solo a quienes están haciendo uso del sistema, que son los que requieren, sin lugar a duda, mantener su prestador y cuidados.

#### *Estimación del gasto esperado*

Se considera como sujeto de continuidad de tratamiento y, por tanto, su gasto asociado, a las personas de Isapre que están haciendo uso de algunas de las GES para problemas de salud crónicos y oncológicos, descartando los demás casos GES porque se entienden como coberturas de una sola vez. Esto quiere decir que se consideran 59 problemas de salud de un total de 87. Asimismo, se contempla a quienes activaron alguna GES junto con la cobertura adicional para enfermedades catastróficas (CAEC) por motivos de atención ambulatoria.

Complementariamente, se identifica a quienes activaron la CAEC en el último trimestre de 2023 (excluyendo a quienes la usaron junto con GES, ya que ello queda registrado en el grupo anterior), para quienes se incluye el gasto en su globalidad sin especificar el problema o tipo de prestación que se asocia a este beneficio, debido al alcance de la información pública y a los supuestos que se deben realizar para fines de la identificación del gasto CAEC.

Luego, se calcula el gasto anual por prestaciones de salud GES y CAEC para cada uno de los potenciales sujetos de continuidad. El gasto relevante considera las prestaciones bonificadas por las Isapres que tienen cobertura GES en su red preferente (cobertura GES), incluyendo el gasto base, es decir, el gasto previo que debió realizarse para efectos de que el servicio o atención de salud sea efectivo. En el caso de CAEC se analiza el gasto anual que tuvo la persona por medio de esa modalidad de cobertura durante todo el año. El gasto anual por persona se mensualiza para corregir por problemas de estacionalidad y manejos propios de los problemas de salud. Se precisa que el gasto considerando para fines de responsabilidad financiera de Fonasa o del fisco es el valor bonificado y no el facturado, es decir, la parte que financia la Isapre, pero no el copago del usuario.

Finalmente, se considera el gasto en subsidio de incapacidad laboral (SIL) por los cotizantes que son sujetos a continuidad de tratamiento. Para ello se utiliza información del costo promedio en SIL por cotizante de las ISAPRES abiertas, dado que no se tiene el gasto en licencias médicas por persona. Dado que las personas que requieren continuidad de tratamientos son personas de mayor gasto y uso del sistema, el gasto imputado es inferior al gasto real.

---

<sup>6</sup> Se excluye la Isapre Esencial, por no estar afecta al fallo sobre tabla de factores, salvo en lo que respecta al no cobro a menores de 2 años, cuyo impacto es menor que la deuda retrospectiva que se crea para el resto de las Isapres.

### *Exclusiones*

Se excluyen del cálculo las personas (y sus gastos) que reciben prestaciones debido a sentencias o pronunciamientos judiciales, porque en la gran mayoría son fármacos y, al menos en las bases de datos públicas, no se especifica cuál es el código para su identificación.

Además, dadas las definiciones adoptadas para los GES incluidos, se deja fuera del cálculo a las personas que cada año activan por una vez alguna GES, asumiendo que ello se resolverá de acuerdo con las nuevas reglas de funcionamiento del sistema o las actuales, que implican atención en prestadores estatales financiados por el mecanismo actual (Modalidad de Atención Institucional). Ello porque, si bien se tiene el gasto actual en Isapres, no es posible obtener un cálculo del costo que tendría para el esquema estatal.

### *Tiempo de continuidad de la atención*

El costo esperado de continuidad de tratamiento depende del tiempo en que es obligatorio mantener la cobertura, que se asume entre 6 a 12 meses, asumiendo que Fonasa requerirá de un periodo para definir nuevas redes y convenios de atención, aunque el proyecto de ley no establece límites de tiempo a la cobertura en todos los casos (y ello ha ido variando conforma se tramita el proyecto).

### *Cota inferior del gasto*

Considerando que se excluyen varios ítems de gasto, que se asumen costos inferiores a los reales en SIL, así como un tiempo acotado de entrega de continuidad de tratamiento, la presente estimación se considera conservadora, siendo una cota inferior del gasto esperado de quienes migran desde Isapres a Fonasa y requieren mantener las prestaciones actuales.

### *Estimación del ingreso esperado*

Finalmente, y dado que el interés es conocer el balance entre los ingresos derivados del aporte que efectúan las personas al seguro de salud y sus gastos esperados, es que se determina el aporte esperado de este grupo al seguro por medio de la cotización promedio mensual y la razón beneficiarios-cotizantes para fines de lograr la identificación de ingreso y gasto por caso.

## **3. Costo de otorgar continuidad de tratamiento a las personas que se cambian desde Isapres a Fonasa en caso de insolvencia financiera las aseguradoras privadas abiertas**

### *Gasto de continuidad GES*

La tabla 1 muestra las estimaciones de la cantidad de casos (una persona puede tener más de un caso GES activado) que requieren tratamientos de continuidad por GES crónicos, detallando aquellos asociados a cáncer. En total, los casos en tratamiento por un problema de salud GES crónico en el último trimestre de 2023 son 319.141. Entre ellos, 8,7% corresponden a cáncer. El gasto total anual por continuidad de tratamiento GES es MM\$192.619.

**Tabla 1.** Gasto anual de los casos que requieren continuidad de tratamiento por problema GES crónico

Tipo de problema de salud	Gasto bonificado total (MM\$)	Casos
Cáncer	63.685	27.919
Otros Problemas de Salud	128.934	291.222
<b>Total</b>	<b>192.619</b>	<b>319.141</b>
<i>Fuente:</i> elaboración propia.		

De la tabla A1 del anexo se desprende que el problema de salud que genera el mayor gasto total es el VIH-SIDA, superando en casi 80% a la condición que le sigue, depresión en personas de 15 años y más. En tercer lugar, se encuentra la Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5. Asimismo, la tabla A2 del anexo da cuenta de que la Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más, es la que tiene la mayor cantidad de casos, seguida de la diabetes mellitus tipo 2 y el hipotiroidismo en personas de 15 años y más.

Asimismo, el gráfico A1 del anexo muestra la proporción de la carga financiera de continuidad esperada para cada Isapre, siendo la principal Banmédica (23% del gasto) y la siguiente, Consalud (22,9%). Como antecedente adicional, al cierre del año 2023 solo Nueva Masvida y Consalud no presentaron pérdidas<sup>7</sup>.

#### *Gasto de continuidad CAEC*

En la tabla 2 se presenta el gasto total por la activación de la cobertura adicional por enfermedades catastróficas (CAEC). El total de personas haciendo uso de la CAEC asciende a 2.732, con un gasto anual esperado de MM\$91.123. Se aprecia que este varía según Isapre, siendo la que presenta el mayor gasto por este ítem Colmena, seguido de Banmedica, Consalud y Cruz Blanca, que muestran números similares.

**Tabla 2.** Cantidad de personas y gasto anual CAEC por Isapre.

Isapre	Valor bonificado total MM(\$)
BANMEDICA	15.041
COLMENA	33.319
CONSALUD	15.950
CRUZ BLANCA	14.793
NUEVA MASVIDA	9.090
VIDA TRES	2.919
<b>Total general</b>	<b>91.113</b>
<i>Fuente:</i> elaboración propia	

#### *Gasto de continuidad SIL*

Como se mencionó, para estimar el costo asociado a subsidios por incapacidad laboral de quienes requieren continuidad de tratamiento, se considera el gasto promedio mensual por cotizante del sistema Isapre, que se obtiene de las estadísticas financieras del sistema ISAPRE a diciembre 2023<sup>8</sup>. De dichas estadísticas se extrae que el gasto total anual en SIL en las Isapres abiertas por cotizante es

<sup>7</sup> <https://www.superdesalud.gob.cl/biblioteca-digital/estadisticas-financieras-del-sistema-isapre-a-diciembre-2023/>.

<sup>8</sup> Ver nota anterior.

\$39.963. Considerando que hay 321.803 personas en continuidad de tratamientos y que, de ellos 230.347<sup>9</sup> son cotizantes, el gasto anual en SIL se estima en MM\$9.205 (MM\$767 mensual), cifra conservadora, dado que es probable que quienes están en tratamiento presenten un mayor número de días de licencia médica que el promedio de los cotizantes y, por tanto, un mayor gasto en SIL.

### 3.1. Balance financiero que generan las personas con continuidad de tratamiento

Para analizar el costo potencial que significa para Fonasa financiar la continuidad de tratamiento a las personas que provienen de una Isapre en insolvencia, se realiza un ejercicio simple, comparando el aporte de cada una de estas personas en caso de cambiarse a Fonasa, con los costos de otorgarle la continuidad de la atención por un tiempo antes de que se acomode el sistema. A pesar de que en el proyecto de ley no se establece un límite para la cobertura de la continuidad de tratamientos en algunos casos y en otros se habla de 6 meses, como se mencionó en la sección previa se consideran dos escenarios, 6 y 12 meses.

Se estima que los cotizantes asociados a los casos de continuidad de tratamiento son 230.347. Los datos disponibles no permiten hacer un análisis preciso de su aporte financiero (no se puede obtener el 7% de cada persona), pero se puede hacer una estimación considerando los aportes generales. La cotización promedio mensual por cotizante en el cuarto trimestre de 2023 fue de \$133.570, por lo que el aporte bruto mensual de todos los cotizantes afectados por el concepto de continuidad de tratamiento sería de MM\$30.767. Dado que cada cotizante tiene en promedio 0,64 cargas, para obtener el aporte individual de cada persona se debe dividir ese monto por la cantidad de personas de cada grupo que es de 1,64. El aporte que se obtiene de cada persona en tratamiento por continuidad es de \$81.404, lo que arroja un total de MM\$18.751 mensual.

Finalmente, la relación ingreso y gasto mensual por continuidad de tratamiento, indica que hay un **déficit total mensual de MM\$5.660** asociado a la continuidad de tratamiento de 321.873 casos o su equivalente en personas de 256.083. Dependiendo del plazo definido para la continuidad, **el aporte fiscal adicional asciende al menos a MM\$33.962 al semestre y a MM\$67.924 al año.**

**Tabla 4.** Ingresos aportados y gastos asociados a continuidad de tratamientos en caso de insolvencia de alguna Isapre, en millones de pesos (MM\$)

Valores totales (MM\$)	Mensual	Semestral	Anual
<b>Ingresos (1)</b>	18.751	112.507	225.013
<b>Gastos GES (2)</b>	16.052	96.309	192.619
<b>Gasto CAEC (3)</b>	7.593	45.556	91.113
<b>Gasto SIL (4)</b>	767	4.603	9.205
<b>Balance (1) - (2) - (3) - (4)</b>	<b>-5.660</b>	<b>-33.962</b>	<b>-67.924</b>

*Fuente:* elaboración propia.

En la tabla 5 se muestran los resultados del mismo ejercicio, pero como promedio de gasto por persona. Así, se puede apreciar que el aporte mensual por persona en continuidad de tratamiento es de 73.222 pesos y su gasto total es de 95.328 pesos. Por lo tanto, cada persona genera al menos un déficit de 22.106. Semestralmente, el déficit por persona es de \$132.637 y anualmente, de \$265.273.

<sup>9</sup> Para su determinación se busca por caso de continuidad si corresponde a cotizante o carga, y en caso de ser este último se busca en la base de datos de cotizantes el titular del plan de salud.

**Tabla 5.** Ingresos aportados y gastos por persona asociados a continuidad de tratamientos en caso de insolvencia de alguna Isapre, en \$

Valores totales (\$)	Mensual	Semestral	Anual
<b>Ingresos (1)</b>	73.222	439.334	878.668
<b>Gastos GES (2)</b>	62.683	376.097	752.194
<b>Gasto CAEC (3)</b>	29.651	177.903	355.807
<b>Gasto SIL (4)</b>	2.995	17.971	35.941
<b>Balance (1) - (2) - (3) - (4)</b>	<b>-22.106</b>	<b>-132.637</b>	<b>-265.273</b>

*Fuente:* elaboración propia.

#### 4. Comentarios finales

Este análisis busca contribuir al debate respecto de la llamada “ley corta de Isapres” que busca implementar los fallos de la Corte Suprema sobre tabla de factores en contra de dichas aseguradoras, así como crear una nueva modalidad de atención en Fonasa: un seguro complementario, llamado, modalidad de cobertura complementaria. Ello, porque la discusión ha carecido de estimaciones que permitan entender la magnitud del impacto financiero de los cambios propuestos, lo que ha generado un debate ideológico y polarizado.

Si bien hay varios ámbitos que han sido excluidos del análisis financiero del proyecto de ley (como el aumento del uso de la modalidad de libre elección por parte de quienes tomen el seguro complementario en Fonasa), este trabajo se centra en estimar el costo financiero neto que tiene otorgar continuidad de atención a quienes están bajo tratamiento y no pueden discontinuarlo, considerando que serán dichas personas quienes se cambiarán a Fonasa, ante la insolvencia financiera de una o más Isapres, dado que no serán aceptadas en otras instituciones por presentar preexistencias.

Al analizar la magnitud del impacto financiero, los problemas de salud que generan mayor gasto son VIH-SIDA (que principalmente su gasto se explica por los tratamientos antirretrovirales), Diabetes tipo II, Depresión y Enfermedad renal crónica etapa 3 y 4 (principalmente se explica el gasto por diálisis), cuyo abordaje en el sistema público principalmente es en atención secundaria-terciaria y compra a privados (ejemplo diálisis).<sup>10,11</sup>

Por otro lado, los principales problemas de salud ordenados por número de casos que lo presentan y que requieren de continuidad de tratamiento, se asocian a los crónicos de gran prevalencia poblacional, los que en la red pública se abordan en la atención primaria de salud (APS).

A pesar de que el ejercicio que se realiza en este trabajo es conservador (excluye algunos ítems de gasto y subestima los ingresos que aportarán las personas en tratamiento), indica que mantener la continuidad de tratamiento a quienes se cambian a Fonasa ante la insolvencia de una o más Isapres tiene un costo. Considerando la información pública que se usa en este análisis, se estima que para asegurar la continuidad del tratamiento a quienes lo requieren por presentar un problema garantizado, Fonasa (el fisco) deberá otorgar un aporte adicional mensual por persona de \$22.106, es

decir, 132.637 pesos al semestre y 265.273 al año. Dependiendo de cuántas personas se cambien (lo que a su vez depende de cuántas y cuáles Isapres caigan en insolvencia financiera), el costo mensual

<sup>10</sup> Subsecretaría de Salud Pública (2022). Estudio de Verificación del Costo Esperado Individual Promedio por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas.

<sup>11</sup> Decreto 72 del Ministerio de Salud de 2022 que establece las GES 2022-2025.



puede llegar a ser 5.660 millones de pesos, es decir, 33.962 millones de pesos al semestre y 67.932 millones de pesos al año.

Para dimensionar este valor, la magnitud de estos recursos es similar al gasto que se efectúa para financiar drogas de alto costo oncológico (DAC) y levemente inferior al costo de la medida de copago cero en la red pública.

El nivel de recursos fiscales adicionales requería de alguna medida que permita abordarlos, ya sea una reasignación presupuestaria de la cartera de salud, como se procedió con la medida copago cero, o si lo anterior no fuese posible, se deberán solicitar recursos adicionales al Ministerio de Hacienda para ser contemplados en la próxima ley de presupuestos.

El impacto de segundo orden, y quizás aún más relevante, es que se requerirá establecer la nueva red de prestadores para dar continuidad de tratamiento una vez que se termine el periodo en prestador privado vigente. Este cambio afecta principalmente a la atención primaria, ya que son problemas de salud tratados en dicho nivel, los que tienen más casos asociados (tabla A2), siendo este un actor no consultado durante el debate legislativo de la ley corta de Isapres.

Además, no es indiferente para fines de los arreglos y soluciones institucionales qué Isapre se ve afectada por una potencial quiebra, ya que las soluciones dependerán de la cantidad y localización geográfica de sus beneficiarios, así como también de su red, ya que los costos difieren entre prestadores e ISAPRES (Tabla 2 y gráfico A1).

Considerando lo anterior, se requiere urgente de cifras que se hagan cargo del costo real que implican los cambios que se esperan para el sistema de salud. Si bien este análisis es conservador y, a la vez, solo considera cifras gruesas, es prioritario instrumentalizar la aplicación del concepto de continuidad de tratamiento para así cuantificar y definir una línea base sobre la cual trabajar. En efecto, por una parte, en este análisis han quedado excluidos otros beneficiarios potenciales como aquellos afectados por sentencias y pronunciamientos judiciales y de la Superintendencia de Salud. Y, por otra parte, para el estudio de equilibrio general requerirá revisar el gasto total del grupo familiar que migrará a Fonasa (en promedio 0,6 personas además del afectado), en caso de que una Isapre quiebre y se requiera dar continuidad del tratamiento, para así evaluar el aporte neto del grupo.

Finalmente, tanto o más importante que todo lo anterior es la mirada más humana-social, respecto de qué ocurrirá con aquellas personas que hacen uso constante del sistema de salud debido a sus afecciones. En efecto, aquellos beneficiarios a los que se les debe asegurar la continuidad de tratamiento, por lo crucial y vital del tema, debiesen ser identificados, así como las afecciones por las cuales se encuentran en tratamiento y dónde se atienden. Cabe entonces saber si se cuenta con aquella información que, por su relevancia, exige un monitoreo mensual ante la sola amenaza de que alguna Isapre caiga en insolvencia. Al menos en lo que se conoce públicamente, no se ha puesto dicha información sobre la mesa, pero se espera que las autoridades la tengan en cuenta.

## Anexo

**Tabla A1.** 10 principales problemas de salud de continuidad, según valor bonificado anual

Problema de salud	Valor bonificado total MM(\$)	Casos	Gasto por caso (\$)
Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida vih/sida	34.088	9.790	3.481.933
Depresión en >= 15 años	19.299	35.050	550.619
Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5	16.594	2.455	6.759.347
Diabetes mellitus tipo 2	14.470	46.629	310.325

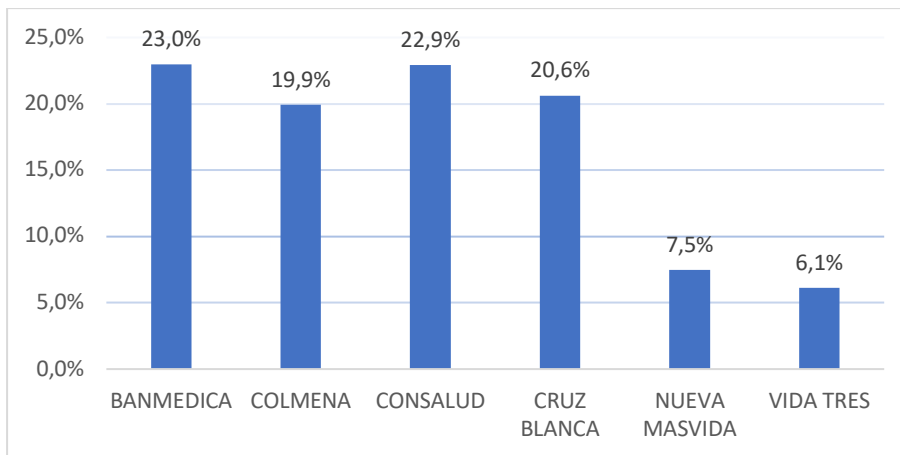


Cáncer de mama en >= 15 años	13.313	6.018	2.212.274
Cáncer colorrectal en >= 15 años	9.191	1.270	7.236.894
Trastorno bipolar en >= 15 años	8.242	11.808	697.979
Leucemia en >= 15 años	7.899	480	16.457.264
Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer	6.884	2.486	2.768.922
Linfomas en >= 15 años	5.814	754	7.710.855
<i>Fuente:</i> elaboración propia.			

**Tabla A2.** 10 principales problemas de salud de continuidad, según número de casos que lo presentan

Problema de salud	Casos	Valor bonificado total MM(\$)	Gasto por Caso (\$)
Hipertensión arterial primaria o esencial en >= 15 años	66.125	4.454	67.359
Diabetes mellitus tipo 2	46.629	14.470	310.325
Hipotiroidismo en >= 15 años	42.628	1.844	43.260
Depresión en >= 15 años	35.050	19.299	550.619
Asma bronquial en >= 15 años	24.860	4.294	172.715
Asma bronquial moderada y grave en < 15	14.936	1.553	104.000
Trastorno bipolar en >= 15 años	11.808	8.242	697.979
Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida vih/sida	9.790	34.088	3.481.933
Tratamiento de la hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas	8.731	1.672	191.509
Tratamiento médico en >= 55 con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada	7.724	1.160	150.174
<i>Fuente:</i> elaboración propia			

**Gráfico A1.** Porcentaje del total del gasto de continuidad de tratamiento por Isapre abierta (%)



*Fuente:* elaboración propia