

SUPERINTENDENCIA DE SALUD
Departamento de Estudios y Desarrollo



Propuestas para la eliminación de la discriminación por pre-existencias y permitir la movilidad de los cautivos en el sistema Isapre

Departamento de Estudios y Desarrollo

Mayo de 2006

1. Introducción

Dentro del “Mapa de Prioridades programáticas del sector salud”, elaborada recientemente en el sector, entre otras tareas, se le asigna la siguiente a la Superintendencia de salud: “Elaborar una propuesta definitiva de libre movilidad de los usuarios, sin conflictos de pre-existencias y exclusiones en el sistema Isapres.”

Esta es una tarea de marca mayor, cuyas aristas incluyen la solución del problema de los cautivos y al mismo tiempo, la generación de mecanismos que permitan que esto se haga realidad en el contexto de un sistema privado de seguros cuya referencia principal es la competencia (imperfecta en todo caso) en un mercado.

En este borrador de trabajo se intenta recoger de manera general las ideas que han estado en la discusión y otras más nuevas, para solucionar el problema de la discriminación por pre-existencia en el sistema isapre.

En el punto dos se señalan los objetivos del trabajo, el punto 3 muestra las ideas centrales para un diagnóstico cuyo detalle, especialmente en evidencia empírica, deberá ser desarrollado más adelante. En el punto 4 se reseñan las propuestas cuyo diseño de detalle también está pendiente, y por ahora se valoran es sus ventajas y desventajas.

2. Objetivo General

La Superintendencia de salud debe “Elaborar una propuesta definitiva de libre movilidad de los usuarios, sin conflictos de pre-existencias y exclusiones en el sistema Isapres.”

Para ello se trabajará con propuestas de transición y definitivas, en el entendido que este importante cambio se realizará de manera gradual.

3. Diagnóstico

El artículo 38 de la Ley N° 18.933, faculta a las Isapres para revisar anualmente los contratos de salud en cuanto a adecuación de precios, prestaciones, monto y naturaleza de sus beneficios, a condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan, excepto en lo que se refiere a las condiciones pactadas con cada uno de ellos al momento de su incorporación a la Institución. Asimismo la Resolución Exenta N° 546, del 12 de abril de 2002, señala que si con motivo de la adecuación se alteran solamente los beneficios, deberá ofrecer al cotizante un plan con los mismos beneficios vigentes antes de la adecuación, es decir, el plan vigente antes de la adecuación con el nuevo precio, y si adecua por precio y beneficios, deberá ofrecer al cotizante un plan, de entre los que comercializa la Isapre, cuyo

precio base más se ajuste al que tenía el plan vigente antes de la adecuación y otro con los mismos beneficios vigentes a esa fecha. En consecuencia, si bien las instituciones pueden revisar los contratos, se encuentran limitadas a ofrecer a todos los afiliados de un mismo plan, las mismas condiciones generales, con lo cual, todos los cotizantes adscritos a un mismo plan, deben ser afectados, de igual manera, por el proceso de revisión anual.

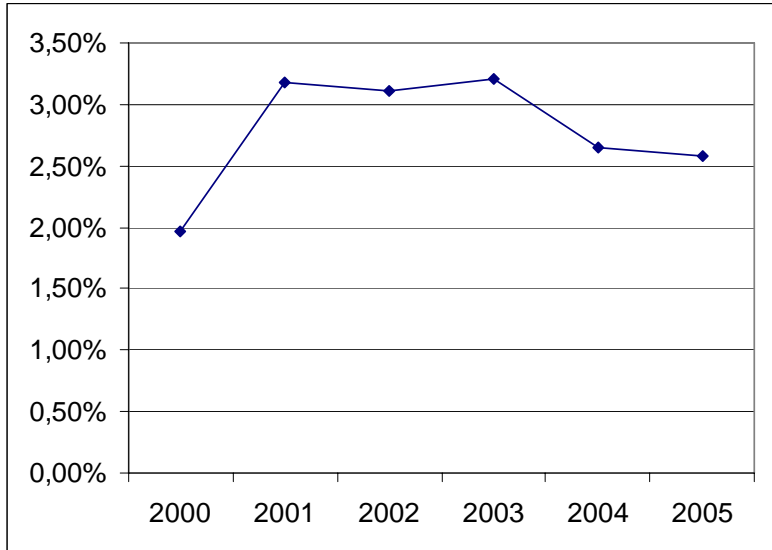
No obstante esta regulación es insuficiente, las isapres cuentan con la excepción de las condiciones particulares que cada afiliado puede haber pactado al ingresar a la institución, lo que se entiende referido fundamentalmente a restricciones y/o limitaciones impuestas a propósito de enfermedades preexistentes. Además existe la situación de aquellos afiliados al sistema que por razones de edad o salud, propias o de alguno de sus beneficiarios, han perdido en los hechos su libertad de elección y se encuentran cautivos al interior de la isapre. Las alzas de precio propuestas por la isapre a estos afiliados -“cautivos”, en virtud del inciso tercero del artículo 38 de la ley N°18.933, es suficientemente amplia como para permitir que las adecuaciones anuales que las isapres están autorizadas para efectuar a los contratos en curso, mantengan en cautividad a estos afiliados o en definitiva los obligue a migrar hacia Fonasa.

Por otra parte existe suficiente evidencia para señalar que el sistema isapre, en su conjunto, ha efectuado un descreme de su cartera que le permite tener riesgos que generan costos esperados más homogéneos que el nivel nacional y por cierto que Fonasa, es decir, costos esperados bastante menos concentrados en pocas personas, que el nivel nacional y que Fonasa. Además medidos a un mismo vector de precios, los costos esperados del sistema privado de aseguramiento son menores que los del sector público.

Análisis recientes, muestran que el riesgo que mantiene el sistema, medido con el costo esperado de un paquete de beneficios como el GES y ajustado por sexo y edad, ha ido cayendo, en términos absolutos, desde el año 2003 a diciembre de 2005. Durante los años 2000 a 2003, este riesgo fue en aumento y seguramente representa el período de ajuste de la selección de riesgos a la que nos hemos referido.

En efecto, el gráfico siguiente muestra un indicador de brecha de riesgo entre isapres y representa el porcentaje de riesgos sobre el total de riesgos que deberían ser compensados entre ellas, para que se homologasen las carteras de beneficiarios.

Gráfico
Evolución del Riesgo Neto Sistema Isapre 2000-2005



Fuente: Cálculos con modelo de ajuste de riesgos GES 25

La brecha de riesgo del conjunto de las isapres el año 2000 fue de 1,97%, la más baja del período, luego aumentó a 3,19% en 2001, manteniéndose en esos niveles hasta 2003 (3,2% en 2003 y 3,11% en 2002), para luego comenzar a caer a 2,65% y 2,58% en 2004 y 2005, respectivamente. Esto quiere decir que las diferencias de cartera entre las isapres, medidas en riesgo de acuerdo a la composición de sexo y edad, aumentó hasta 2001, se mantuvo en este nivel alto hasta 2003 y comenzó a bajar posteriormente, sin llegar a los niveles que tenía en un comienzo (2000).

Si duda estas dos evidencias muestran que el efecto de la selección de riesgos, uno de cuyos mecanismos es la pre-existencia, ha ido dando resultados que benefician a las isapres y perjudican a las personas.

Análisis de las pre-existencias más comunes (falta, RT), incluyendo la edad

4. Propuestas

Las propuesta que se señalan a continuación tienden a ser acumulativas en lo conceptual y probablemente el tiempo de su aplicación eventual, es decir, la aplicación de una supone la implementación en régimen, de la anterior, Con excepción del punto 4.4 y su respectivo anterior (4.3)

4.1 Libre afiliación dentro del sistema isapre sin mayores condiciones

Establecer la libre movilidad, implica la afiliación abierta regulada, es decir, con períodos de ocurrencia, plazos de avisos, etc; pero, en esta alternativa, se entiende la afiliación abierta sin ninguna otra condición de paquete de beneficios y/o precios de ellos. Es decir, las isapres deben aceptar a todo aquel que solicite ingreso, pero puede ofrecer el plan que deseen y al precio que estime conveniente.

Evaluación de la propuesta

Ventajas

- 1. La isapres podría verse presionadas a ir relajando sus condiciones de beneficios y precios frente a beneficiarios que solicitan afiliación y presentan pre-existencias y/o son cautivos de otra entidad**

Desventajas:

- 1. .No soluciona el problema de fondo ya que siempre las isapres pueden impedir que las personas “voluntariamente” quieran ingresar, poniéndole precios inalcanzables a las primas o beneficios demasiado limitados.**

4.2 Definición Planes Comunes de Oferta Obligatoria para las Isapres

Para poder hablar de afiliación abierta, en la cual las isapres estarían obligadas a recibir a los afiliados que requieran un seguro, a cambio de su cotización, sean éstos actuales beneficiarios de isapres, actuales beneficiarios Fonasa o nuevos cotizantes, es preciso definir sobre qué productos existirá esta obligación de afiliar para las isapres.

La afiliación abierta debería proponerse ligada a una nueva forma de diseñar los planes de salud, donde la Superintendencia define, por ejemplo, 3 tipos de planes (100-80, 90-70 y 80-60) asociados a 3 niveles de precios de prestaciones que conforman el arancel común, esto nos da 9 planes tipo, que todas las isapres estarán obligadas a ofrecer. Las diferencias entre uno y otro dependerán a qué segmento del mercado se dirige cada producto.

Asimismo, con estos 9 planes se definirían las familias de planes que las isapres quieran crear y que estarían conformadas por los planes derivados de los formatos obligatorios, a éstos se les debería exigir que la o las características que representen una diferencia respecto al plan común entre isapre, sean mejor explicitadas. Así las excepciones o coberturas particulares para determinadas prestaciones, deberán estar detalladas en el plan y no en sus notas explicativas.

Respecto a lo que compete a la afiliación abierta, las isapres deberían estar obligadas a ofrecerle a cualquier persona que solicite afiliarse, a lo menos un plan de los comunes a todas las isapres, que deberá ser el que más se acerque a su cotización. Se podría plantear un rango de cotización, que vaya desde el 7% legal hasta el porcentaje promedio de cotización del sistema para la fecha de solicitud de la afiliación (por ejemplo: 9,8%).

Es importante aclarar que existe la necesidad de establecer una relación con el precio al que puede ser ofrecido el plan que permite la afiliación abierta, porque de otra forma es muy probable que éstos planes tipo, comunes a todas las isapres y que permiten la afiliación abierta, se transformen en planes “estigmatizados” por las isapres que son ofrecidos por cumplir con una normativa, pero que ellas esperan no vender a un precio conveniente sino muy caros, de forma de desincentivar su uso. Con esto, de paso salvarían el tema de la afiliación abierta, puesto que ellos si estarían ofreciendo los planes para que la gente (ex-cautivos) se afilie, pero a precios muy elevados, de modo que en la práctica se vean desincentivados a hacerlo.

Para lograr que los planes se transformen en productos de uso común, la Superintendencia debería publicar información útil para el beneficiario haciendo referencia sólo a ellos, de modo

que las personas vean que efectivamente cuentan con mayor información sobre sus planes y que les es más fácil usarlo mejor y haciendo un buen uso de ellos y obteniendo más beneficios.

Asimismo, se podría exigir a las isapres metas de poblamiento de las carteras de éstos planes tipo, esto es, exigir determinado porcentaje de la cartera en cada uno de ellos de acuerdo a las carteras que cada isapre mantenga. Estas metas podrían plantear una progresión en la venta de los planes tipo, de forma que las isapres tengan incentivos en hacer que su población los elija.

Evaluación de la Propuesta

Ventajas

1. Se establece sobre qué productos existe movilidad sin restricciones entre isapres y desde Fonasa hacia las isapres. Esto obliga a las isapres a competir haciéndose cargo de su población cautiva.
2. El sistema como un todo es más responsable de la población, que lo elige, en la medida que asume a las personas con preexistencias y de edad avanzada, ofreciéndoles planes satisfactorios.

Desventajas

1. Para las isapres, puede considerarse una desventaja la posibilidad de migración de gente con preexistencias que antes eran considerados cautivos y que no pudieron entrar al sistema isapres o fueron “expulsados”.
2. Mayores costos para las isapres al hacerse cargo de la población incluso cuando presentan preexistencias o edad avanzada.

4.3 Libre afiliación para Cautivos al interior del sistema isapre vía cuota de cautividad en el sistema

La movilidad de los cautivos, pudiera ocurrir conforme a una cuota de cautividad por isapre, la movilidad de uno, pudiera permitir la movilidad de otro, si esto se realiza entre distintas isapres. Estamos hablando de una especie de bono de cautividad en el sistema que sería distribuible entre isapres. Esto sólo podrá tener algún efecto si además existe un Planes comunes como los señalados en el punto anterior.

Evaluación de la propuesta

Ventajas

1. . Podría asegurar un nivel mínimo de libre movilidad de cautivos y preexistentes
- 2.- Deja la puerta abierta al paso siguiente que es el fondo para altos costos/riesgos

Desventajas

1. . No garantiza solución del problema de fondo

4.4 Afiliación abierta y fondo para catastróficas

Parece conveniente señalar el siguiente extracto:

“Los servicios o bienes en salud se caracterizan porque la demanda por bienes en salud responde, en gran medida, a fenómenos aleatorios y varía inmensamente dependiendo del tipo de individuo. Los seguros, al conglomerar recursos, pueden producir una disminución de los riesgos, ganancias de eficiencia y mayor justicia entre individuos con diferentes necesidades por servicios de salud. Pero, el funcionamiento de los seguros puede tener importantes problemas en torno a la solidaridad y su operación desregulada no es garantía de eficiencia.

En un mercado de libre competencia entre seguros, los subsidios cruzados implícitos que caracterizan a este tipo de organizaciones, no pueden ser mantenidos porque la competencia minimiza las ganancias predecibles por cada contrato. Consecuentemente con ello, un seguro, para evitar pérdidas y mantenerse equilibrado ajustará la prima al riesgo, lo que es llamado diferenciación de primas, o ajustará el riesgo aceptado por la prima, lo que es reportado en la literatura como selección de riesgos. Así la libre competencia desregulada resulta en una gran cantidad de primas ajustadas según el riesgo que hacen imposible la elección óptima por parte del consumidor y son, además, muy variables dependiendo del grado en que el seguro pueda identificar los riesgos¹. ...

Así, las primas asociadas a riesgos son altas para las personas adultos mayores, para enfermos, mujeres en edad fértil y familias numerosas y son bajas para los jóvenes, los solteros y las familias pequeñas.

Ante esta realidad,se puede limitar el cálculo de las primas asociadas al riesgo e incentivar, mediante mecanismos regulatorios, que la prima se calcule independientemente del estado de salud de las personas y que sea igual para todos, independiente del número de personas de la familia, de los ingresos y de los riesgos de enfermar. Inicialmente.... Pero, cuando la prima es restringida porque está asociada al ingreso, para evitar regresividad en la contribución obligatoria a la seguridad social, los incentivos para la selección de riesgos se hacen más fuertes.²

La selección de riesgo puede tener varias facetas de ineficiencia. Si hay ganancias para los seguros por el proceso de selección, estos estarán desincentivados a responder adecuadamente a los requerimientos de los afiliados de alto riesgo. Esto provoca un problema de calidad en los tratamientos, por ejemplo, de los enfermos crónicos. El éxito en atraer beneficiarios de menor riesgo, ... provoca segmentación del mercado, donde se cobrarán primas mas bajas a estos afiliados de bajo riesgo y primas más altas a los individuos de mayores riesgos. Esto genera un problema de solidaridad en el conjunto del sistema de seguridad social (van de Ven y Ellis, 2000). En Chile, además, importantes segmentos de personas afectadas por el “descreme”, que ya no están dispuestas a pagar primas altas en el sistema privado, se dirigen a Fonasa, donde podrán pagar la prima más baja posible para ellos.

¹ Una muestra de este fenómeno es la existencia de mas de 40.000 planes de salud en el sistema isapre en Chile (Superintendencia de Salud, 2005). Justamente para ayudar a atacar este problema la Ley estableció la eliminación de los planes contruidos para calzar con el 7% de los cotizantes en el sistema privado, para contratos individuales. De este modo se intenta impedir la discriminación perfecta de precios

² En efecto, los seguros, con este diseño de primas, tienen dificultades para acercarse a los costos esperados de cada uno de sus beneficiarios, lo que provoca el comportamiento de selección de riesgos, en busca de las personas con menores gastos esperados y de deshacerse de los que se espera gasten más. Por otra parte, en el caso chileno, además, los seguros privados pueden aplicar diferenciación de primas para ajustarlas al riesgo. En el sistema isapre la prima media es superior al 7%, lo que implica que existe una gran variabilidad desde este piso hacia arriba. En 2004 fue de 9,8 %. No obstante hay que tener en cuenta los problemas de información presentes en la estimación de esta cifra, que se relacionan con la subdeclaración de rentas en los tramos inferiores y en la falta de información de salarios por encima del tope para el cálculo de la cotización (60 UF).

El efecto financiero neto de esta situación en Fonasa, puede ser deficitario. Si es así, el pooling del seguro público deberá cubrir el déficit con recursos de los cotizantes o fiscales, lo que implica un problema de equidad, al reducirse los recursos que estaban disponibles, para el conjunto de los beneficiarios, antes del ingreso de estas personas. ...Tercero, la selección generalizada será más rentable que mejorar la eficiencia en la producción de atención de salud. En el corto plazo, los seguros prefieren invertir sus recursos disponibles en mejorar la selección de riesgos y no en reducir costos, y por lo tanto, no invertirán en mejorar la eficiencia. Los seguros más eficientes, que apliquen menos selección, pueden perder participación en el mercado respecto de los seguros más ineficientes, resultando en una pérdida de recursos para la sociedad. La selección, por lo tanto, atenta contra la eficiencia.

...Una manera de evitar esta situación y lograr que los subsidios de solidaridad funcionen, sin entorpecer la competencia, es generar subsidios a las primas de los grupos de alto riesgo provenientes de los grupos de menores riesgos (Ellis et. al. 2002), ...De esta manera, el ajuste de riesgos corrige o trata de neutralizar, los incentivos para la selección de riesgos, en la medida que, a los seguros les sea cada vez más indiferente la afiliación de una u otra persona.

También, generalmente existen un conjunto de otras normas, que acompañan estos modelos, dentro de las más importantes está la afiliación abierta que, por si sola, no contiene los incentivos a hacer selección de riesgos, pero que cumple un papel complementario muy importante y es deseable su existencia. Con el "Open enrollment", en principio los consumidores están permitidos para cambiarse de seguro y cada seguro debe aceptar a todo postulante que lo solicite en su área geográfica de operación, sujeto a condiciones usuales como un período mínimo de contrato, la notificación previa y otros procedimientos habituales (van de Ven et. al, 2001). Esta norma opera, por ejemplo, en Alemania, Israel, Holanda y Suiza. En Chile en la práctica sólo Fonasa funciona con afiliación abierta, lo que sólo es sostenible por el subsidio a la oferta que realiza el Fisco hacia el sistema público de salud.

Para captar los eventos de alto costo, que pueden llegar a concentrar una gran porción de los gastos, varios sistemas definen un esquema complementario especial para los costos extremos. Lo hacen, además, para fortalecer los incentivos de mitigación de la selección de riesgos. Estos modelos son conocidos en la literatura como "sistemas de riesgo compartido" (risk-sharing). Pueden estar diseñados para condiciones de salud específicas³ o costos aceptables predefinidos⁴, donde los diagnósticos e incluso los protocolos de tratamiento son previamente determinados. También pueden ser construidos como sistemas de umbral de costos, conocidos como riesgo compartido para altos costos (outlier risk sharing) que son más usados para abordar eventos más impredecibles, como los accidentes. Por ejemplo, Holanda utiliza un sistema de riesgo compartido para altos costos, Israel uno de riesgo compartido para condiciones específicas de salud (van de Ven, et. al., 2001) y Alemania desde el año 2002 un costo compartido para altos costos (Wasem, 2005).

En la práctica estos sistemas se diseñan, ya sea, predefiniendo un listado de enfermedades catastróficas, o simplemente, definiendo un umbral de gasto sobre el cual el evento de salud, cualquiera sea su causa, es considerado dentro de los casos extremos. Si el evento ingresa a esta clasificación, se considera una forma especial y complementaria al Fondo en la mayoría de los casos, para su financiamiento. Por ejemplo, se paga un porcentaje de los costos incurridos⁵." (Cid, Muñoz, 2005)

³ Llamado "Riesgo compartido para condiciones específicas"

⁴ En cuyo caso se denomina "Riesgo compartido para los altos riesgos".

⁵ En este caso el sistema es llamado "Riesgo compartido proporcional".

En el sistema chileno existe la cobertura financiera adicional para las GES que define un límite de gasto por hogar, con el objeto de evitar que un evento de salud, signifique una catástrofe financiera para las familias. En efecto, se ha definido un co-pago fijo de 20% para las prestaciones GES, pero cuando este co-pago supera cierto límite, opera la cobertura adicional.

Además, en Chile existen dos sistemas de financiamiento para altos costos uno definido por riesgo de salud representado por una nómina de problemas (Programa de Enfermedades Catastróficas de Fonasa) y otro, definido como pool de costos extremos (Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) en casi todas las isapres) la propuesta de FCS no ha considerado estos esquemas integrados al financiamiento, por lo que no constituyen sistemas de costo compartido como los definidos anteriormente.

Es posible implementar un esquema de riesgo compartido en el sistema isapre, que permita el funcionamiento de la afiliación abierta, terminando así con el predominio de las pre-existencias y de los afiliados cautivos.

Los gastos actuales en estos sistemas existentes son

Evaluación de la Propuesta

Ventajas

1. Soluciona el problema de fondo

Desventajas

1. No establece un pooling con el seguro público, lo que puede significar algunos riesgos

4.5 Fondo de Compensación Solidario con el FONASA, Afiliación abierta y fondo para catastróficas

Esta alternativa es la implementación plena de un modelo de fondo universal solidario con un fondo de altos riesgo/costos, para mitigar la probable falta de predictividad del nivel de gastos. En la medida que el modelo de ajuste de riesgos general gane en inclusión de variables que superen las meramente demográficas el fondo de catastróficas podrá ir perdiendo importancia (estamos hablando de variables demográficas, mas variables socioeconómica, mas variables que identifiquen el estado de salud de las personas, como los diagnósticos clínicos).

En la medida que los altos riesgos siempre son compensados y la estimación del costo esperado de ellos se vuelve más certera, la afiliación abierta se vuelve algo casi natural ya que existirían todos los incentivos que permitan que ello funcione razonablemente bien.

5. Sigüientes pasos

Sistematizar las propuestas

Poner las propuestas en el tiempo

Trabajar las pre-existencias reportadas para categorizarlas y estimar los impactos de las políticas propuestas

Aprovechar el caso de vida plena para investigar las razones de la diferencia entre la estimación de cautivos y lo que se dio en la realidad

LISTADO DE PATOLOGÍAS CAUSALES DE CAUTIVIDAD ABSOLUTA

Documento de trabajo
Subdepto. Médico, octubre 2004

Este listado contiene aquellas patologías que definitivamente impiden la suscripción de un contrato de salud.

Enfermedades Infecciosas y Parasitarias

Sífilis
Infecciones Congénitas (Rubéola, Citomegalovirus, Toxoplasmosis)
Hepatitis, todas excepto la A
Enfermedad por HIV (SIDA)
Enfermedad de Chagas
Cisticercosis

Tumores Malignos (Neoplasias, Cáncer)

Tumores malignos (neoplasias de cualquier localización), cualquier tipo de cáncer o carcinoma in situ.
Melanoma maligno de la piel
Enfermedad de Hodgking
Linfomas
Mieloma Múltiple
Leucemias

Enfermedades de la sangre

Anemia Aplástica
Anemia Hipoplásica
Hipoplasia Medular
Hemofilia

Enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas

Diabetes Mellitus
Síndrome de Cushing
Obesidad
Fibrosis Quística

Trastornos mentales y del comportamiento

Todos los trastornos mentales y del comportamiento, en especial, los que a continuación se indican:

- Demencia
- Dependencia y abuso de alcohol y otras drogas
- Esquizofrenia
- Psicosis
- Trastorno Bipolar (Enfermedad o Depresión Bipolar)
- Depresión
- Trastornos Neuróticos
- Trastorno de Pánico
- Trastornos de Ansiedad
- Trastorno Obsesivo Compulsivo
- Reacción al Stress
- Anorexia Nerviosa
- Bulimia
- Trastornos de la Personalidad
- Retraso Mental
- Trastornos del Desarrollo
- Autismo

Enfermedades del sistema nervioso

- Enfermedad de Parkinson
- Enfermedad de Alzheimer
- Esclerosis Múltiple
- Epilepsia
- Isquemia Cerebral Transitoria (TIA)
- Apnea del sueño
- Neuropatías
- Miastenia Gravis
- Distrofia muscular
- Parálisis Cerebral
- Hemiplejía
- Paraplejía y Cuadriplejía

Enfermedades de los órganos de los sentidos

- Desprendimiento y desgarro de la retina
- Retinopatías

Glaucoma

Enfermedades del sistema circulatorio

Enfermedades reumáticas de las válvulas cardíacas
Hipertensión Arterial
Angina de Pecho
Infarto Agudo al Miocardio
Enfermedad Coronaria
Aneurismas
Hipertensión Pulmonar
Corazón Pulmonar
Prolapso de la válvula mitral
Mío cardiopatía
Insuficiencia Cardíaca
Accidentes Vasculares Cerebrales (Hemorragia, Infarto o Trombosis Cerebral)
Enfermedad Vascul ar Periférica
Varices Esofágicas
Trombosis Venosa Profunda
Insuficiencia Venosa

Enfermedades del sistema respiratorio

Enfisema
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
Asma
Bronquiectasia
Insuficiencia Respiratoria

Enfermedades del sistema digestivo

Esófago de Barrett
Enfermedad de Crohn
Colitis Ulcerosa
Enfermedad Diverticular del Colón
Cirrosis Hepática
Várices Esofágicas
Insuficiencia Hepática
Hepatitis Crónica
Pancreatitis Crónica

Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Melanoma Maligno de la piel

Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo

Lupus Eritematoso Sistémico
Esclerosis Sistémica
Osteoporosis con fractura patológica
Osteomielitis
Osteonecrosis

Enfermedades del sistema genitourinario

Síndrome Nefrítico
Síndrome Nefrótico
Pielonefritis Crónica
Insuficiencia Renal
Esterilidad en el varón (Azoospermia, Oligospermia)
Endometriosis
Displasia del cuello uterino
Aborto habitual
Infertilidad

Afecciones del período perinatal

Asfixia del nacimiento
Enfermedades Infecciosas Congénitas (Rubéola, Citomegalovirus, Toxoplasmosis)
Prematurez

Otros

Embarazo (cautividad transitoria)
Traumatismos y Accidentes
Quemaduras

LISTADO DE PATOLOGÍAS CAUSALES DE CAUTIVIDAD RELATIVA

Documento de trabajo Subdepto. Médico, octubre 2004

Este listado contiene aquellas patologías que potencialmente son causantes de Cautividad dependiendo de los antecedentes médicos evaluados previamente por el Subdepto. Médico o por la Contraloría de la Isapre, en su caso.

Enfermedades Infecciosas y Parasitarias

Tuberculosis

Herpes Zoster
Secuelas de Poliomiелitis

Tumores Benignos

Tumores Benignos (de cualquier localización)
Tumores de comportamiento incierto o desconocido

Enfermedades de la sangre

Defectos de la Coagulación
Púrpura
Inmunodeficiencias

Enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas

Trastornos de la glándula tiroides (Bocio, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Tiroiditis)
Intolerancia a la glucosa
Disfunción Ovárica
Síndrome de Ovario Poliquístico
Trastornos del Metabolismo de los Lípidos (Colesterol, Triglicéridos)

Enfermedades del sistema nervioso

Meningitis
Encefalitis
Síndrome del túnel carpiano
Hidrocefalia

Enfermedades de los órganos de los sentidos

Cataratas
Estrabismo
Otitis media crónica y a repetición
Hipoacusia

Enfermedades del sistema circulatorio

Fiebre Reumática
Miocarditis
Endocarditis
Pericarditis
Embolia Pulmonar (Tromboembolismo Pulmonar)
Arritmias Cardíacas (Taquicardia Paroxística Supraventricular (TPSV), Síndrome de Wo
Parkinson White (WPW, etc.)
Síndrome de Raynaud (Enfermedad de Raynaud)
Várices

Enfermedades del sistema respiratorio

Sinusitis Crónica

Enfermedades del sistema digestivo

**Reflujo gastroesofágico
Úlcera Duodenal
Úlcera Gástrica
Hernias (Inguinal, Umbilical, Diafragmática, etc.)
Cálculos de la Vesícula Biliar
Síndrome de Mala Absorción
Hemorragia Digestiva**

Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

**Psoriasis
Lupus Eritematoso discoide**

Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo

**Artritis Reumatoide
Artropatía psoriásica
Artritis Juvenil
Gota
Artrosis (Cadera, Rodilla, etc)
Hallux valgus
Luxación y Subluxación de la rótula
Síndrome de Sjögren
Escoliosis
Espondilólisis
Espondilolistesis
Espondilitis Anquilosante
Espondilosis
Hernia del Núcleo Pulposo
Ciática y Lumbago con ciática**

Enfermedades del sistema genitourinario

**Hematuria
Nefritis
Uropatía Obstructiva
Hidronefrosis
Reflujo Vesicoureteral
Cálculo del riñón y uréter
Cólico Renal**

Estrechez Uretral
Incontinencia Urinaria
Hiperplasia de la Próstata (Adenoma)
Hidrocele
Trastornos inflamatorios de los órganos pélvicos femeninos (trompas, ovario, útero, etc)
Proceso Inflamatorio Pelviano Crónico
Adenomiosis
Miomatosis
Prolapso genital
Incompetencia del cuello del útero
Trastornos menstruales
Síndrome de Ovario Poliquístico

Enfermedades del embarazo, parto y puerperio

Mola o embarazo molar
Preeclampsia (Hipertensión gestacional)
Eclampsia
Preeclampsia
Diabetes Gestacional

Malformaciones congénitas

Hidrocefalia
Espina bífida
Malformaciones del corazón
Fisura Palatina
Labio Leporino
Atresia Esofágica
Luxación y subluxación congénita de la cadera
Displasia de Cadera
Pie Bot
Síndactilia
Mama Supernumeraria
Anomalías cromosómicas (Síndrome de Down, Turner, Klinefelter, etc.)