
INFORME

**Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco
Jurídico para el Sistema Privado de Salud**

Preparado por:
Comisión Asesora Presidencial para el
Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco
Jurídico para el Sistema Privado de Salud.

Decreto No 71 del 14 de Abril de 2014

8 de octubre, 2014

Palacio de La Moneda

Índice

Resumen Ejecutivo

Propuesta de reforma inmediata al sistema privado de salud	xii
A. Plan de Seguridad Social de Salud	xiii
B. Fondo Mancomunado Universal	xiv
C. Fondo Inter-ISAPRES	xiv
D. Plan complementario	xiv
E. Transición de escenarios contractuales	xv
F. Relación seguros y prestadores	xv
G. Regulación de precios y su reajustabilidad	xv
H. Fondo Común de Incapacidad Laboral	xv
Principales consensos y divergencias en el grupo de comisionados respecto de la reforma inmediata	xvi
Principales consensos alcanzados	xvi
Principales divergencias en el grupo de comisionados en la propuesta de reforma inmediata	xvii

Antecedentes

Antecedentes del Mandato de la Comisión	1
Metodología de trabajo de la Comisión	3
Aspectos conceptuales y operacionalización del Mandato	4
Organización del Informe	6

Capítulo 1: Diagnóstico descriptivo del sistema de salud y el rol de las ISAPRES	7
1.1 Desarrollo histórico del sistema de salud chileno	7
1.2 Creación y evolución de las ISAPRES	10
1.2.1 Generación del sistema ISAPRE y sus implicancias	10
1.2.2 Promulgación del AUGE y creación de la Superintendencia de Salud	11
a. Régimen de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) o Garantías Explícitas en Salud (GES)	11
b. Determinación del GES	12
c. Ley de solvencia de las ISAPRES	12
1.2.3 Promulgación de la Ley de Urgencias, creación del Seguro Catastrófico, y la modificación de las condiciones en 2005	13
a. Ley de Urgencia	13
b. Cobertura adicional para enfermedades catastróficas	13
1.2.4 Regulaciones de la Reforma 2005: precios y fondo de compensación	14
a. Precio	14
i. Adecuación de los Planes	14
ii. Aplicación de la Tabla de Factores	15
b. Fondo de Compensación Solidario GES Inter-ISAPRES	15

i.	Operación del Fondo.....	15
1.2.5	La exclusión de los beneficiarios de ISAPRE de la protección entregada por la Ley del Consumidor	16
1.3	Aspectos generales del financiamiento del aseguramiento del Sistema de Salud actual	16
1.3.1	Financiamiento del gasto en salud	16
a.	<i>Copagos y gasto de bolsillo para beneficiarios ISAPREs abiertas año 2013</i>	17
1.3.2	Organización institucional del financiamiento	20
a.	<i>Cotizaciones ISAPREs: 7 por ciento y adicional</i>	21
b.	<i>Reajustabilidad de las primas</i>	24
1.4	Aspectos generales de la organización del Sistema.....	25
1.4.1	Cobertura poblacional	25
1.4.2	Perfil demográfico y epidemiológico de la población.....	25
a.	<i>Demografía</i>	25
b.	<i>Situación epidemiológica</i>	28
1.5	Indicadores de impacto en salud, prevalencia de factores de riesgo y problemas de salud.....	28
i.	Egresos hospitalarios	29
1.5.2	Estado de salud y utilización	30
1.5.3	Organización de la prestación de servicios.....	33
1.5.4	Coberturas financieras.....	34
a.	<i>FONASA</i>	34
b.	<i>Coberturas financieras ISAPREs abiertas año 2013</i>	35
1.5.5	Satisfacción usuaria.....	38
1.6	Incremento de los costos en salud.....	39
1.6.1	Gasto comparado.....	39
1.6.2	Gasto en prestaciones y en SIL en ISAPREs abiertas.....	40
i.	Gasto GES en ISAPREs abiertas	42
b.	<i>Valores unitarios de las prestaciones codificadas MLE para ISAPREs abiertas 2013</i>	43
1.6.3	Situación financiera de las ISAPREs abiertas.....	44
Capítulo 2:	Análisis crítico del aseguramiento de la salud en Chile.....	47
2.1	Problemas del sistema de aseguramiento de salud de las ISAPREs.....	47
2.1.1	El carácter dual del aseguramiento de la salud en Chile: la segmentación por ingresos y la selección de riesgos.....	47
2.1.2	Movilidad, cautividad y pre-existencias.....	49
2.1.3	Relación entre seguros y prestadores.....	51
a.	<i>Regulación del sector prestador y su impacto en la contención de costos ...</i>	<i>51</i>
b.	<i>“Paquetización” de soluciones de salud en el sector prestador y su impacto en la contención de costos</i>	<i>51</i>

c.	<i>Los descuentos al copago en el sistema prestador y su impacto sobre el costo de la salud y la libre competencia</i>	52
d.	<i>Estructura de mercado e integración vertical entre ISAPREs y prestadores</i> .	52
2.1.4	Judicialización de alzas de precios y coberturas	53
a.	<i>Alzas de precios</i>	53
b.	<i>Judicialización</i>	54
2.1.5	Desregulación del mercado de seguros voluntarios de salud	55
a.	<i>Seguros voluntarios “puros”</i>	56
b.	<i>Seguros voluntarios “propios” desarrollados por prestadores de salud</i>	58
c.	<i>Aspectos de seguro complementario y suplementario subsidiado por la seguridad social obligatoria en las ISAPREs</i>	58
d.	<i>Cobertura de los seguros complementarios</i>	59
2.2	Fallo del Tribunal Constitucional de 2010 y sus consecuencias	60
2.2.1	Debate sobre la constitucionalidad de la propiedad del siete por ciento	60
2.3	El sistema ISAPRE y los resultados sanitarios chilenos	62
2.3.1	Fortalezas de las ISAPREs	63
a.	<i>Inversiones y recursos humanos</i>	63
b.	<i>AUGE y Cobertura Catastrófica CAEC</i>	64
c.	<i>Mejoras de eficiencia y autorregulación</i>	64
2.4	Subsidio de Incapacidad Laboral	64
2.4.1	La interacción del Sistema de Salud general con el Sistema de Salud Laboral (accidentes del trabajo y enfermedades profesionales)	65
2.5	Lecciones de la experiencia internacional: implicancias políticas y conclusiones de cuatro países de la OECD	67
Capítulo 3:	Propuesta Reforma al Sistema Privado de Salud	69
3.1	Introducción	69
3.2	Visión sobre la seguridad social en salud que el país necesita	70
3.3	Desarrollo de alternativas teóricas	71
3.3.1	Sistema Servicio Nacional de Salud	71
a.	<i>Descripción</i>	71
b.	<i>Ventajas y desventajas</i>	72
c.	<i>Análisis</i>	72
3.3.2	Sistema de Seguro Nacional de Salud	73
a.	<i>Descripción</i>	73
i.	Modalidad Fondo Único con pago directo a prestadores	73
ii.	Modalidad Fondo Único con mediación y fórmula de distribución	74
b.	<i>Ventajas y desventajas</i>	74
c.	<i>Análisis</i>	74
3.3.3	Sistema de Seguros Sociales de Salud o Multiseguro	75
a.	<i>Descripción</i>	75
b.	<i>Ventajas y desventajas</i>	75
c.	<i>Análisis</i>	76
3.4	La visión de futuro	77

3.4.1	La visión de futuro y la propuesta de reforma inmediata	80
3.5	Propuesta de reforma inmediata al sistema privado de salud	81
3.5.1	Esquema general de la propuesta de reforma inmediata	82
3.5.2	Componentes de la propuesta.....	85
3.5.3	Plan de Seguridad Social de Salud	87
	<i>a. Conjunto de beneficios del Plan</i>	87
	<i>b. Financiamiento del PSS y precios</i>	88
	<i>c. Operación e institucionalidad.....</i>	¡Error! Marcador no definido.
	i. Manejo e incorporaciones	89
	ii. Agencia de evaluación	89
	<i>d. Movilidad ISAPRE FONASA</i>	89
3.5.4	Fondo Mancomunado Universal.....	90
	<i>a. Fuentes de financiamiento del fondo Universal (FMU)</i>	91
	<i>b. Gradualidad progresiva en su financiamiento.</i>	91
	<i>c. Beneficios y prestaciones asociadas al fondo</i>	92
	<i>d. Gradualidad progresiva en la cobertura de beneficios y prestaciones</i>	92
	<i>e. Rol comprador del Fondo Mancomunado Universal</i>	93
	<i>f. Gobernabilidad del Fondo Mancomunado Universal</i>	93
3.5.5	Fondo Inter-ISAPREs	93
	<i>a. La lógica actual y la nueva forma de operar con el Fondo</i>	93
	<i>b. El Fondo, las ISAPREs y las redes</i>	94
3.5.6	Plan Complementario y seguros suplementarios	96
	<i>a. Duración del contrato</i>	96
	<i>b. Contenidos</i>	96
	<i>c. Oferta por parte de prestadores</i>	96
	<i>d. Precio del Plan Complementario de las ISAPREs</i>	96
	<i>e. Seguros suplementarios</i>	97
3.5.7	Transición de escenarios contractuales.....	97
3.5.8	Relación seguros prestadores	98
	<i>a. Mecanismos de pago y contención de costos</i>	99
	i. Mecanismos de pago e incentivos.....	99
	ii. Recomendaciones en torno los prestadores y mecanismos de pago	100
	<i>b. Integración vertical</i>	101
3.5.9	Regulación de Precios y su reajustabilidad	102
	<i>a. Alza de los costos</i>	102
	<i>b. Posibilidades de regulación de precios en ISAPREs (prima comunitaria)</i>	103
	<i>c. Los copagos</i>	103
3.5.10	Fondo Común de Incapacidad Laboral.....	104
	<i>a. Subsidio de Incapacidad Laboral</i>	104
	<i>b. Recomendaciones en torno al subsidio a la Ley N° 16.744</i>	107
3.5.11	Síntesis de los consensos alcanzados.....	108

3.6	Resumen de la propuesta de mayoría	110
3.6.1	La visión de futuro	110
3.6.2	Componentes de la propuesta de reforma inmediata al sistema privado de salud. 110	
3.6.3	Plan de Seguridad Social de Salud	111
	<i>a. Conjunto de beneficios del Plan</i>	111
	<i>b. Financiamiento del PSS y precios</i>	112
	<i>c. Operación e institucionalidad</i>	112
	<i>d. Movilidad ISAPRE FONASA</i>	112
3.6.4	Fondo Mancomunado Universal.....	113
	<i>a. Financiamiento del Fondo Mancomunado Universal</i>	113
	<i>b. Beneficios y prestaciones asociadas al fondo</i>	113
	<i>c. Rol y gobernabilidad del Fondo Mancomunado Universal</i>	114
3.6.5	Fondo Inter-ISAPREs	114
	<i>a. La lógica actual y la nueva forma de operar con el Fondo</i>	114
	<i>b. El Fondo, las ISAPREs y las redes</i>	115
3.6.6	Plan Complementario y seguros suplementarios	115
	<i>a. Plan Complementario</i>	115
	<i>b. Seguros suplementarios</i>	116
3.6.7	Transición de escenarios contractuales.....	116
3.6.8	Relación seguros prestadores.....	116
	<i>a. Integración vertical</i>	117
3.6.9	Regulación de Precios y su reajustabilidad.....	117
3.6.10	Fondo Común de Incapacidad Laboral.....	118
3.7	Resumen de propuesta de minoría.....	120
3.7.1	Consideraciones generales	120
3.7.2	Propuesta alternativa “Modelo de Seguro Social en Salud o Multiseguros”	121
	<i>a. Introducción</i>	121
	<i>b. Visión de futuro</i>	122
3.7.3	Seguridad Social en Salud	122
	<i>a. Plan de Seguridad Social en Salud (PSS)</i>	123
	i. Prestaciones incluidas.....	123
	ii. Cobertura	123
	<i>b. Valor del PSS</i>	124
	i. Cotización legal para salud más Prima Comunitaria (Pc).....	124
	<i>c. Plan complementario y coberturas suplementarias</i>	124
	<i>d. Reajustabilidad de la Prima Comunitaria</i>	125
3.7.4	Fondo Inter-ISAPREs	125
	<i>a. Fondo de Compensación de Riesgo para Salud (FCR) Inter-ISAPREs</i>	125
	i. Funcionamiento del FCR	126
	ii. Responsable de la operación del FCR	126

iii.	Responsable de la recaudación de las cotizaciones para salud..	126
b.	<i>Fondo para medicina preventiva</i>	126
i.	Fondo para la Prevención de la Salud (FPS).....	126
ii.	Operación del FPS.....	127
c.	<i>Fondo Especial para Medicamentos de Alto Costo (FEMAC)</i>	127
i.	Administración del FEMAC.....	127
ii.	Financiamiento del FEMAC.....	128
3.7.5	Relación con prestadores.....	128
a.	<i>Forma de contratación</i>	128
b.	<i>Transparencia de resultados clínicos</i>	129
c.	<i>Integración vertical</i>	129
3.7.6	Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL).....	129
a.	<i>Institucionalidad</i>	129
b.	<i>Comisión Nacional de Apelaciones de Licencias Médicas</i>	130
3.7.7	Régimen de aseguramiento actual y nuevo.....	130
a.	<i>Cómo transitar en la reforma sin afectar a los contratos vigentes</i>	130
3.7.8	Mecanismo de Evaluación de Ingreso	131
3.7.9	Nuevas tecnologías médicas	131
3.7.10	Resumen de la propuesta	132
3.7.11	Prevencciones	134
a.	<i>Fortalecimiento del sector público de salud</i>	134
b.	<i>Sistema privado de salud y judicialización</i>	134
c.	<i>Sistema de mediación obligatoria de conflictos de salud</i>	134
d.	<i>Integración vertical</i>	135
e.	<i>Participación de usuarios y pacientes</i>	135
	Anexos.....	139
	Anexo A: Resumen de los aportes entregados por las audiencias con la ciudadanía.....	140
	Anexo B: Presentaciones realizadas por los comisionados y miembros del <i>staff</i> de la Secretaría Ejecutiva.....	144
	Anexo C: Seguridad social	145
	Anexo D: Situación epidemiológica	150
	Anexo E: Análisis valores unitarios de las prestaciones, ISAPREs abiertas año 2013	156

Anexo F: Lecciones de la experiencia internacional: Implicancias políticas y conclusiones de cuatro países de la OECD.....	163
Anexo G: Votación Sistema de Salud en el mediano y largo plazo.....	182
Anexo H: Comentario del comisionado sr. David Debrott Sánchez al texto aportado por el comisionado sr. Fernando Mathews Cádiz que se agregó al Informe de la Comisión como documento que representaría la posición de minoría.....	189
Anexo I: Análisis de algunos impactos	191

Lista de figuras

Figura 1: Gasto en salud por tipo de financiamiento, año 2011 (o más cercano).	17
Figura 2: Copago Medio Ambulatorio por beneficiario ISAPREs abiertas, por sexo y percentil de renta imponible mensual per cápita, año 2013.	18
Figura 3: Copago Medio Hospitalario por beneficiario ISAPREs abiertas, por sexo y percentil de renta imponible mensual per cápita, año 2013.	19
Figura 4: Copago Anual del Grupo Familiar (contrato) sobre la renta imponible anual cotizante, por percentil de renta imponible mensual per cápita, año 2013.....	20
Figura 5: Composición de la cotización pactada por beneficiario ISAPRE 2004-2013.....	22
Figura 6: Cotización 7 por ciento y pactada por beneficiario ISAPREs abiertas, por percentil de renta imponible per cápita, año 2013.	23
Figura 7: Cotización media siete por ciento y pactada por beneficiario ISAPREs abiertas, por tramo de edad del beneficiario, año 2013	24
Figura 8: Distribución beneficiarios por tipo de seguro, 1990-2012.	25
Figura 9: Pirámide poblacional beneficiarios FONASA e ISAPRE.	28
Figura 10: Egresos hospitalarios 2011 según causa, según capítulos CIE10.....	30
Figura 11: Coberturas financieras promedio según categoría de prestación y prestador preferente / no preferente, ISAPREs abiertas año 2013.....	36
Figura 12: Cobertura financiera promedio por beneficiario, por tipo de atención y sexo, por percentil de renta imponible per cápita, ISAPREs abiertas, año 2013.	37
Figura 13: Cobertura promedio por beneficiario, por tipo atención y sexo, por tramo de edad del beneficiario, ISAPREs abiertas, año 2013.....	38
Figura 14: Gasto en prestaciones y SIL ISAPREs abiertas (miles de \$ del año 2013), 2004-2013.	42
Figura 15: Indicadores de rentabilidad ISAPREs abiertas 2004-2013	45
Figura 16: Tasas medias de crecimiento de los precios de las primas ISAPREs: prima base, prima pactada o total y prima GES.....	54
Figura 17: Esquema de la propuesta de reforma inmediata	85
Figura 18: Síntesis propuesta inmediata.....	111

Lista de tablas

Tabla 1: Sistemas de Aseguramiento de Salud en Chile, 2014.	9
Tabla 2: Estructura demográfica población beneficiaria FONASA e ISAPRE.....	27
Tabla 3: Egresos hospitalarios 2011 beneficiarios FONASA e ISAPRE.....	29
Tabla 4: Utilización de servicios de salud FONASA / ISAPRE por quintil de ingreso, CASEN 2011.....	32
Tabla 5: Utilización de servicios de salud FONASA / ISAPRE por grupo de edad, CASEN 2011.....	32
Tabla 6: Gasto per cápita en salud países seleccionados, 2007-2012.	40

Tabla 7: Gasto real en prestaciones y subsidio de incapacidad laboral (SIL) ISAPRES 2008 – 2013.	41
Tabla 8: Gasto GES ISAPRES abiertas 2007-2013	43
Tabla 9: Costos operacionales e ingresos ISAPRES abiertas, 2008-2013	46
Tabla 10: Porcentaje de la población FONASA del total FONASA + ISAPRE, por quintil de ingreso y grupos de edad.....	48
Tabla 11: Beneficiarios cautivos por grupo etario, cargas cotizantes y según presentan o no patología.....	50
Tabla 12: Seguros privados voluntarios y características.	56
Tabla 13: Porcentaje de la población al interior de cada celda con “seguro único o complementario ante riesgo de enfermedad o accidente”, Casen 2011.	59
Tabla 14: Distribución porcentaje de la población con seguro complementario según sistema previsional de salud y quintil de ingresos, Casen 2011.....	60
Tabla 15: Resumen de las alternativas teóricas propuestas.....	76
Tabla 16: Componentes de la propuesta y puntos de la discusión.....	86
Tabla 17: Síntesis de los consensos alcanzados	108
Tabla Anexo D.1: Prevalencia de factores de riesgo y problemas de salud.....	150
Tabla Anexo D.2: Principales egresos hospitalarios según causa específica	154
Tabla Anexo E.1: Prestaciones ambulatorias según importancia en facturación, año 2013	157
Tabla Anexo E.2: Cobertura financiera de las prestaciones ambulatorias seleccionadas, año 2013	158
Tabla Anexo E.3: Prestaciones hospitalarias según importancia en facturación, año 2013	159
Tabla Anexo E.4: Cobertura financiera de las prestaciones hospitalarias seleccionadas, año 2013.	160
Tabla Anexo E.5: Análisis de prestaciones ambulatorias seleccionadas y sus valores unitarios, según prestador (\$ 2013).....	161
Tabla Anexo E.6: Análisis de prestaciones hospitalarias seleccionadas y sus valores unitarios, Prestador No Preferente (\$ 2013)	161
Tabla Anexo E.7: Análisis de prestaciones hospitalarias seleccionadas y sus valores unitarios, Prestador Preferente (\$ 2013).....	162
Tabla Anexo F.1: Actores y recursos en la seguridad social de salud de cuatro países	163
Tabla Anexo F.2: Financiamiento y pool de riesgos en la seguridad social de salud de cuatro países.	164
Tabla Anexo F.3: Beneficios en la seguridad social de salud de cuatro países.	165
Tabla Anexo F.4: Elección y movilidad en la seguridad social de salud de cuatro países	166
Tabla Anexo F.5: Regulación de la relación seguro proveedor en la seguridad social de salud de cuatro países.....	167
Tabla Anexo F.6: Cobertura de Seguros de Salud. 2012.	170
Tabla Anexo F.7: Regulación de Seguros de Salud Obligatorios. 2012.	171
Tabla Anexo F.8: Estructura de mercado de Seguros de Salud Obligatorios. 2012.	173

Tabla Anexo F.9: Tasa de movilidad entre seguros y características de quienes se cambian.....	174
Tabla Anexo F.10: Diferencia en precio y calidad entre seguros.	175
Tabla Anexo F.11: Elección de los usuarios.....	176
Tabla Anexo F.12: Disponibilidad y uso de herramientas.	178
Tabla Anexo F.13: Regulación de relación seguro-proveedor. 2012	179
Figura Anexo I.1: Percentiles distribución siete por ciento renta mensual per cápita FONASA e ISAPREs abiertas, 2013 (*)	192
Tabla Anexo I.2: Parámetros utilizados escenarios A y D. Media Quintil 2 de valores unitarios.	194
Tabla Anexo I.3: Parámetros utilizados escenarios B y E. Media Quintil 3 de valores unitarios.	195
Tabla Anexo I.4: Parámetros utilizados escenarios B y E. Media Quintil 1 de valores unitarios.	195

RESUMEN EJECUTIVO

La situación actual del aseguramiento de la salud en Chile presenta grandes problemas que han derivado en efectos para los usuarios, principalmente por la discriminación existente. Este proceso, en varios sentidos, ha sido posible, también, por la existencia FONASA, dado que un asegurado ISAPRE que ya no puede costear su plan siempre podrá acceder al seguro público. De este modo, los problemas del sistema privado de salud en Chile se expresan principalmente en la movilidad de sus beneficiarios, el ajuste de sus primas, la transparencia y la aplicación de la tabla de factores.

Además, el Tribunal Constitucional (TC), y los tribunales de justicia en diversas instancias, han cuestionado las bases sobre las que funciona el sistema de tarificación del aseguramiento privado, debido al cálculo de primas diferenciadas que implican discriminación por sexo y edad en su cobro.

Todo ello ha llevado a la Presidenta Sra. Michelle Bachelet a nombrar una comisión encargada de asesorarla *“en el estudio de la normativa del sistema de salud, especialmente en lo relativo a los administradores privados (Instituciones de Salud Previsional, ISAPRE), los derechos de sus afiliados y beneficiarios y sus relaciones con el Sistema de Salud en su conjunto, y proponer adecuaciones y reformas al sector, de manera que la salud pueda ejercerse como un derecho de la seguridad social”* Los integrantes de la Comisión acordaron que la búsqueda de alternativas de solución debía orientarse hacia avanzar en la construcción de un sistema de seguridad social para el conjunto de la población. Sobre esta base, entre otros aspectos descritos más abajo, se valoró la solidaridad como un principio básico de seguridad social, en cualquier diseño del sistema.

Igualmente, y en el contexto descrito, los miembros de la Comisión valoraron los requisitos mínimos que debe cumplir el aseguramiento en salud y que pueden sistematizarse en los siguientes términos:

- Universalidad del sistema: todos y todas tienen los mismos derechos en materia de salud.
- Financiamiento solidario del sistema.
- Prestaciones amplias y universales, de carácter integral, incluida la atención primaria, como modelo de trabajo sanitario y no sólo como puerta de entrada al sistema.
- Mecanismos de compra que aseguren eficiencia y eficacia sanitaria.
- Afiliación abierta y no discriminatoria (libre elección de institución aseguradora).
- Seguro de largo plazo para todo el ciclo vital.
- Evaluación comunitaria de riesgos para la fijación de primas.

Con este marco general, la Comisión Asesora Presidencial se dio a la tarea de entregar una propuesta que reformase la legislación que regula el régimen de estas instituciones para corregir sus deficiencias. Para ello debía buscarse mecanismos que permitieran regular a estas instituciones para terminar con la discriminación por riesgo y selección de asegurados, controlar las alzas de precios y su variabilidad, regular planes en cuanto a beneficios y copagos y generar una propuesta que considerase una mirada global del financiamiento, del

aseguramiento y de los prestadores. Todo ello, en el marco señalado por el Decreto de creación de la Comisión donde se reconoce la salud como un derecho y la necesidad de revisar el conjunto del sistema de salud, dado que su diseño corresponde a otro momento histórico, con cambios evidentes en la demografía y epidemiología, además de la necesidad de introducir mayor equidad y solidaridad en el sistema de acuerdo a los principios de la seguridad social.

Los cambios requeridos para reformar el sistema ISAPRE, sin embargo, y desde una perspectiva sistémica, no pueden dejar de afectar al sistema de salud en su conjunto y, por tanto, al sistema público de salud. Desde esa perspectiva sistémica, cualquier esfuerzo en el ámbito del financiamiento-aseguramiento requiere también plantearse el desafío de la modernización y fortalecimiento del sistema prestador de salud, en particular del sistema público. Lo anterior, a su vez, requiere que nuestro país aborde con sentido nacional el desafío de dotar al sistema de salud de los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros que se necesitan para alcanzar los estándares de calidad que hoy la población demanda.

Para avanzar, entonces, en las reformas de corto plazo, la mayor parte de los comisionados consideró indispensable definir y proponer un horizonte de mediano-largo plazo como cambio estructural deseado, hacia el cual conducir el desarrollo del sistema de aseguramiento en salud, de modo que esa visión de futuro pudiera orientar los cambios requeridos en el corto plazo en el sistema privado.

La visión mayoritaria de futuro es la de un Fondo Único con Seguro Nacional de Salud y seguros privados complementarios voluntarios regulados, y la visión minoritaria planteó el establecimiento de un Fondo con multiseguros, que también es un arreglo de seguridad social.

En este contexto, la propuesta de reforma es entendida por la Comisión como un período de adaptación a un nuevo escenario futuro tanto de las ISAPREs como de FONASA y el sector privado y público prestador. Durante este período, se deben establecer condiciones que garanticen mayores niveles de solidaridad dentro de la población afiliada a estas entidades, equidad y eficiencia para el conjunto del sistema de aseguramiento en salud, mecanismos para terminar con pagos asociados a riesgos individuales de salud, incluyendo el mismo precio de primas con independencia del sexo y la edad. Además, se crean las bases para que en el futuro se tenga un sistema integrado, de acuerdo a alguno de los modelos de seguridad social discutidos en las respectivas propuestas.

Propuesta de reforma inmediata al sistema privado de salud

En lo inmediato se hace necesario abordar las transformaciones que requiere el sistema ISAPRE para superar las principales dificultades que alejan a este sistema de los principios de la seguridad social y que permitan ir adecuando ambos sistemas, el privado y el público, a las importantes modificaciones que se requieren. Para ello, los comisionados elaboraron una propuesta de mayoría y una propuesta alternativa de minoría, puesto que hubo una diferencia fundamental entre dos visiones de futuro. La propuesta de mayoría propone en el mediano plazo la existencia de un seguro público único y la existencia de seguros privados voluntarios, suplementarios y/o complementarios, y la propuesta alternativa propone un esquema de multiseguros de libre elección entre aseguradores.

El trabajo de la Comisión permitió arribar a muy importantes consensos en los diversos ámbitos temáticos analizados para cumplir con el mandato presidencial. Estos acuerdos son presentados en la **Tabla: Síntesis de los consensos alcanzados**, que se muestra más abajo. No obstante lo anterior, como una manera de reflejar en su integridad las visiones que fundamentan las diferencias entre los comisionados, se optó por incluir resúmenes de las propuestas de mayoría y de minoría. Estos resúmenes son desarrollados íntegramente en las secciones 3.6 y 3.7 del Capítulo 3 del presente documento.

A continuación se describe sintéticamente la propuesta de mayoría, la que incluye los siguientes elementos:

- Se establece un Plan de Seguridad Social (PSS) único y universal, es decir, al cual pueden acceder todos los habitantes del país.
 - El PSS contendrá los siguientes beneficios: el listado de beneficios de la Modalidad de Atención Institucional (MAI) del sistema Público de Salud, las Garantías Explícitas de Salud (GES), Modalidad Libre Elección de FONASA (MLE), Ley de Urgencias, cobertura de enfermedades catastróficas (CAEC) y Seguro de Incapacidad Laboral (SIL).
 - El PSS tendrá un sistema de copagos estandarizados, con gasto anual tope respecto de la renta de las familias.
 - El PSS se financiará con la cotización obligatoria de seguridad social fijada por ley. Adicionalmente, las ISAPREs podrán cobrar una Prima Comunitaria fijada por cada aseguradora. Las primas comunitarias estarán asociadas a redes de prestadores, pudiendo las ISAPREs ofrecer hasta un máximo de 3 redes con sus respectivas primas.
- Se crea un Fondo Mancomunado Universal entre FONASA y las ISAPREs para romper la segmentación, introducir solidaridad inter-sistemas y permitir el financiamiento de prestaciones universales.
- Se crea un Fondo Inter-ISAPREs de compensación de riesgos para permitir la movilidad, el fin de la cautividad y pre-existencias, junto con introducir mayor solidaridad al sistema ISAPRE.
- Se crea una institución que administre un Fondo Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL) de seguridad social con financiamiento tri-partito (Estado, empleadores y trabajadores) para terminar con los problemas para los trabajadores para obtener licencias médicas y su subsidio.

A. Plan de Seguridad Social de Salud, PSS

EL PSS es un conjunto de beneficios de salud que el país debe otorgar a sus habitantes para dar cuenta de su derecho a la salud. El PSS es único, universal y estandarizado. Este plan será definido por la autoridad sanitaria y estará compuesto de un catálogo de prestaciones y de bonificaciones máximas según arancel, dependiendo de la modalidad de atención en red y contará con la definición de gasto máximo anual por copago (*stop loss*). El PSS se compone de

los listados de prestaciones que hoy se encuentran en: Modalidad de Atención Institucional (MAI) y Modalidad de Libre Elección (MLE) de FONASA, Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), Plan Complementario actual de ISAPRE, Examen de Medicina Preventiva (EMP), Ley de Urgencia y listado de prestaciones conocido como Códigos Superintendencia.

El PSS se deberá otorgar sin considerar preexistencias, ni cautivos, al interior del sistema ISAPRE. Se deberán estudiar las condiciones y mecanismos que permitan viabilizar la movilidad plena de los cotizantes a futuro entre ISAPRE y FONASA. Podrían considerarse mecanismos y condiciones distintos a la declaración de salud, que impidan que personas de riesgos altos se pasen inmediatamente de un sistema a otro.

El financiamiento del PSS es la cotización obligatoria de seguridad social de salud. Además de dicha cotización para salud, para financiar el PSS, las ISAPREs podrán establecer una Prima Comunitaria Adicional per cápita (por beneficiario). Los seguros podrán competir por este valor.

B. Fondo Mancomunado Universal

El Fondo Mancomunado es aquel conformado con recursos provenientes de aportes de los afiliados a FONASA y de afiliados a ISAPRE (que provendrán desde el Fondo Inter-ISAPREs). Se contempla además un aporte directo, progresivo y gradual desde los recursos fiscales (proveniente de los impuestos generales). El FMU financiará prestaciones universales para toda la población, es decir, beneficiarios de ISAPRE y FONASA, como, por ejemplo, las asociadas al alto costo. En un principio financiará medicamentos de alto costo de manera universal.

C. Fondo Inter-ISAPREs

El Fondo Inter-ISAPREs se conformará con el porcentaje de cotización de los afiliados a ISAPRE. Descontados los recursos destinados al Fondo Mancomunado y al Fondo para Subsidio de Incapacidad Laboral, el Fondo Inter-ISAPRE redistribuirá a cada ISAPRE una cápita ajustada por el riesgo de sus cotizantes. El ajuste por riesgo considerará variables asociadas al costo esperado de la atención de salud de los afiliados (edad, sexo, condición de salud, zona geográfica, etc.). El Fondo también admite compensaciones *ex -post*, mediante una reserva para el caso de eventos de mayor costo y baja probabilidad de ocurrencia, no considerados en la fórmula capitada.

D. Plan Complementario

La supervisión de los seguros complementarios será realizada por la Superintendencia de Salud y su regulación establecida por ley. Estos seguros podrán ser entregados por la misma ISAPRE que le entrega al afiliado el PSS, pero en un breve plazo deberá ser completamente diferenciado de tal manera de efectuar una separación clara entre el PSS y plan complementario.

Deberá considerarse seguros complementarios de largo plazo, vitalicios, con renovaciones periódicas. Dado que existirá un PSS común, los planes complementarios se referirán fundamentalmente a mejores coberturas en redes o prestadores más apetecidos por

los afiliados y que cubran diferenciales de copagos. Se propone que los seguros complementarios no puedan ser ofrecidos directamente por los prestadores.

E. Transición de escenarios contractuales

A los actuales usuarios de ISAPRE se les ofrecerá la posibilidad de cambiarse voluntariamente al nuevo sistema. Los nuevos afiliados deberán entrar directamente al nuevo sistema.

Los incrementos de precios de los planes de las personas que opten por mantener su plan antiguo deberán entrar al sistema de regulación de precios de la Superintendencia de Salud, al igual que los nuevos planes complementarios.

F. Relación seguros y prestadores

Cada aseguradora comunicaría el conjunto de prestadores acreditados a los que sus usuarios pueden acceder. No se requiere exclusividad y un mismo prestador puede ofrecer servicios a varias aseguradoras. De esta forma se formalizaría el derecho a la elección de prestador, una vez elegida la aseguradora.

Los prestadores deben ser regulados de mejor manera, por lo que se propone entregar a la Superintendencia de Salud mayores facultades. No solo es importante la acreditación, para lo cual hoy día tiene atribuciones, sino también debe regular los contratos. Para mejorar la utilización de los prestadores disponibles, especialmente en regiones, se plantea que los usuarios de ISAPRE puedan acceder a prestadores públicos en condiciones similares a los usuarios de FONASA, es decir, a través de la atención primaria, asegurando que no existan mecanismos que permitan que los primeros desplacen a los segundos.

La visión de mayoría reafirma la prohibición de la integración vertical de aseguradores y prestadores que contempla la ley. Los argumentos de minoría se desarrollan al final de este resumen.

G. Regulación de precios y su reajustabilidad

El principio fundamental en este punto es la eliminación de la unilateralidad, actualmente vigente en la ley, con que cuentan las ISAPREs para readecuar planes y subir sus precios, más allá del IPC. Para ello, se contempla la definición de un mecanismo de evaluación de precios. La Superintendencia de Salud deberá contar con un equipo/consejo de análisis de los precios. Se propone que todos los precios sean monitoreados y regulados por la autoridad, de acuerdo a una normativa establecida en la ley.

H. Fondo Común de Incapacidad Laboral

Se propone la creación de una institucionalidad que administre y organice el Subsidio de Incapacidad Laboral. Esto implica agrupar el financiamiento definido para las licencias médicas en un fondo único que incluya los usuarios de FONASA, ISAPRE y también las licencias provenientes de accidentes y enfermedades profesionales, hoy día radicadas en los organismos administradores de la Ley N° 16.744. Este fondo deberá tener una evaluación actuarial periódica e independiente.

La entidad pagadora de los subsidios tanto de enfermedad común como de accidentes laborales y enfermedades profesionales, deberá estar separada de la entidad contralora y evaluadora de las licencias, asegurando una mayor transparencia del sistema.

Principales consensos y divergencias en el grupo de comisionados respecto de la reforma inmediata

Principales consensos alcanzados

Los consensos principales alcanzados por el grupo de consejeros respecto de la propuesta de reforma inmediata fueron los siguientes: Tabla: Síntesis de los consensos alcanzados

Componentes	Consensos
Plan de Seguridad Social en Salud (PSS)	Plan PSS incluye: Catálogo de prestaciones MLE/MAI, GES, Urgencias, Preventiva y CAEC/ Coberturas garantizadas (%) para atención ambulatoria y hospitalaria en red. Precio PSS: 7% más Prima Comunitaria (Pc). Ajustes de Pc: mecanismo definido por ley. Institucionalidad para la incorporación/revisión/protocolización de nuevas tecnologías médicas.
Planes complementarios y suplementarios	Complementarios: Es la cobertura ofrecida en redes adicionales al PSS. Podrá haber más de una red complementaria en cada ISAPRE. Suplementarios: Suplementa prestaciones, prestadores, beneficios y coberturas especiales, etc. Regulación Superintendencia de Salud.
Fondo compensación Inter-ISAPREs para atención de salud	Independiente de aquel destinado al fondo para SIL. Ajusta prima por riesgo de salud. Por ejemplo edad, sexo y condición de salud. ISAPREs recaudan prima comunitaria.
Fondo Mancomunado Universal/Fondo Especial para Medicamentos de Alto Costo ⁽¹⁾	Se administra en una nueva institucionalidad. Fondo puede comprar medicamentos directamente, así como financiar enfermedades de alto costo para toda la población (beneficiarios de FONASA e ISAPRE).(1)
Relación prestadores	Se debe fomentar las relaciones contractuales de largo plazo, en base a parámetros objetivos, que eviten cambios unilaterales en las condiciones, mecanismos de pago y control de costos con fomento del uso de redes, paquetes quirúrgicos, grupos relacionados de diagnóstico o similares, establecidos en la ley. Desarrollar sistemas de información con resultados clínicos de prestadores públicos y privados, para transparentar la efectividad sanitaria. Codificación común de prestaciones para todo el sector salud. Acceso de usuarios de ISAPREs al Sistema Público a través de la Atención Primaria de Salud (APS), en regiones.
SIL	Fondo con institucionalidad independiente y financiamiento aparte de la cotización para salud para el manejo del beneficio SIL de beneficiarios del FONASA y las ISAPREs. Aporte al fondo por parte del FONASA y las ISAPREs corresponderá al porcentaje de la renta que se determine de acuerdo a los gastos actuales. Concurrerán al financiamiento del SIL el empleador y el trabajador.
Régimen de aseguramiento actual y nuevo	Los beneficiarios de ISAPRE que así lo deseen podrán preservar su actual plan. Asimismo, quienes lo deseen, podrán cambiarse al nuevo régimen dentro de su ISAPRE o cambiar de ISAPRE. Todos los beneficiarios de ISAPRE que se cambien de plan dentro de su misma ISAPRE o que se cambien de ISAPREs, así como también los nuevos afiliados, ingresan al nuevo régimen de aseguramiento, donde opera el PSS. Ajustes de tarifas de los contratos del régimen actual se realizará con un procedimiento propuesto para el reajuste de la Pc.

Componentes	Consensos
Nuevas Tecnologías Médicas	Se propone crear una institucionalidad nacional para la Evaluación de Tecnologías de la Salud, cuyo objetivo sea garantizar el uso de tecnologías que sean seguras, tengan impacto y sean costo-efectivas.

- (1) Si bien hay consenso en la creación de un fondo para enfrentar enfermedades de alto costo y enfermedades huérfanas, no hay consenso respecto del nombre, alcance ni forma de operación del fondo. La propuesta de mayoría plantea un Fondo Mancomunado que vaya creciendo progresivamente. La postura de minoría es que sea un fondo exclusivo para este propósito.

Principales divergencias en el grupo de comisionados en la propuesta de reforma inmediata

Las diferencias más importantes producidas en el grupo de consejeros respecto de la propuesta de reforma inmediata fueron las siguientes:

1.- El destino del Fondo Mancomunado de Salud, para la posición de minoría, debe ser exclusivamente para los medicamentos de alto costo y que en su propuesta se traduce en la creación del “Fondo Especial para Medicamentos de Alto Costo”, FEMAC, aunque se mantiene la naturaleza de mancomunar recursos para beneficiarios de FONASA e ISAPRE. La principal divergencia se refiere a la definición del funcionamiento del fondo, el que recibe aportes de la cotización para salud y no redistribuye de vuelta ajustado por riesgo las primas a los aseguradores. Esto arriesga en el futuro la participación de múltiples aseguradores en la seguridad social y compromete la capacidad de las personas de elegir su sistema de salud (multiseguros).

2.- En la discriminación por ingresos que implica la existencia de prima comunitaria adicional a la cotización del siete por ciento para financiar el PSS en las ISAPREs. Respecto de este punto, un grupo de minoría plantea que para las ISAPREs debiera ser obligatorio el otorgar un plan solo por el siete por ciento, sin prima comunitaria, además de aquellos planes que tengan primas comunitarias asociadas a características de las redes de prestadores.

3.- El alcance de la extinción de la declaración de salud, que para un grupo debiera mantenerse en las personas que quieran cambiarse de FONASA a ISAPRE, como una manera de evitar comprometer la sustentabilidad del nuevo modelo debido al desfinanciamiento del sistema ISAPRE, que sería consecuencia de la selección adversa que se registraría desde la constitución del nuevo sistema. De acuerdo a esta visión, se produciría un desfinanciamiento entre la prima establecida para el ajuste de riesgo y la tarifa del PSS, debido a la migración hacia ISAPREs de personas usuarias de FONASA que tienen enfermedades serias y que se encuentran en listas de espera.

4. En relación con el tema de integración vertical, sobre la base argumental del respeto a la libre iniciativa privada y su derecho a organizarse libremente en el marco del ordenamiento jurídico vigente, una minoría aboga por no considerar el tema de la integración vertical en el marco de la propuesta de la Comisión. Adicionalmente, se plantea que, por no haberse analizado en suficiente detalle el tema en la Comisión, se recomienda hacer en el futuro nuevos estudios que permitan profundizar el análisis.

Glosario

AFP	Administradora de Fondos de Pensiones
APS	Atención Primaria de Salud
AUGE	Acceso Universal con Garantías Explícitas
CAEC	Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas
CODELCO	Corporación Nacional del Cobre
COMPIN	Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez
DFL	Decreto con Fuerza de Ley
ETESA	Evaluación de Tecnologías Sanitarias
FCR	Fondo de Compensación de Riesgo para Salud
FEMAC	Fondo Especial para Medicamentos de Alto Costo
FNE	Fiscalía Nacional Económica
FMU	Fondo Mancomunado Universal
FONASA	Fondo Nacional de Salud
FPS	Fondo para la Previsión de la Salud
FUPF	Fondo Único de Prestaciones Familiares
GES	Garantías Explícitas en Salud
GRD	Grupos Relacionados por el Diagnóstico
GRD-R	Grupos Relacionados por Diagnóstico Refinados
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
INP	Instituto Normalización Previsional, hoy Instituto de Previsión Social (IPS)
IPC	Índice de Precios al Consumido
ISAPRE	Institución de Salud Previsional
MAI	Modalidad de Atención Institucional - FONASA
MINSAL	Ministerio de Salud
MLE	Modalidad de Libre Elección - FONASA
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos)
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAD	Pago Asociado a Diagnóstico
PIB	Producto Interno Bruto
PSS	Plan de Seguridad Social
PPP	Purchasing Power Parity (Paridad del Poder Adquisitivo)
RGES	Régimen de Garantías Explícitas en Salud
SERMENA	Servicio Médico Nacional de Empleados
SERNAC	Servicio Nacional del Consumidor
SHI	Social Health Insurance (Seguro Social de Salud)
SIL	Subsidio por Incapacidad Laboral
SdS	Superintendencia de Salud
SNS	Servicio Nacional de Salud
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud
TC	Tribunal Constitucional
UF	Unidades de Fomento

ANTECEDENTES

Antecedentes del Mandato de la Comisión

El Programa de Gobierno 2014-2018 de la Presidenta Michelle Bachelet, entre sus propuestas para el sector salud señalaba: *“Las ISAPREs discriminan a las personas según el riesgo que tienen de enfermarse y provocan segregación de la población. Esto afecta especialmente a las mujeres, personas mayores, personas con problemas de salud y a quienes pertenecen a hogares de menores recursos [...]. No es justo que a una persona mayor o que tiene mayor probabilidad de enfermarse o aumentar sus gastos de salud, las ISAPREs le cobren mucho más caro o simplemente el sistema privado de salud lo expulse, entre otros de los problemas antes presentados. Por eso, en los primeros 100 días de Gobierno, convocaremos a un equipo de expertos con el mandato de redactar una propuesta de Proyecto de Ley de ISAPREs, que esté en el contexto del funcionamiento global del sistema de seguridad social en el ámbito de la salud”.*

Con este antecedente, el día 14 de abril de 2014, la Presidenta de la República, el Ministro de Hacienda, la Ministra Secretaria General de la Presidencia y la Ministra de Salud firmaron el Decreto N°71 que crea la Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema Privado de Salud.

Entre sus considerandos, el mencionado Decreto señala:

- “1° *Que, por mandato constitucional, corresponde al Presidente de la República el gobierno y la administración del Estado, tarea que ejerce con la colaboración de los organismos que integran la Administración del Estado, teniendo ésta como función primordial atender las necesidades públicas en forma continua y permanente y fomentar el desarrollo del país a través del ejercicio de las atribuciones que le confiere la Constitución y las leyes;*
- 2° *Que, es deber del Estado responder al mandato constitucional conforme al cual debe garantizar el derecho a la protección de la salud;*
- 3° *Que, a partir de la Sentencia del Excmo. Tribunal Constitucional del 06 de agosto de 2010, rol número 1710-INC, que declaró inconstitucionales un conjunto de normas que regulaban el sistema de instituciones de salud previsional, en adelante, ISAPRE, se generó una situación de incertidumbre jurídica tanto para los afiliados y beneficiarios del sistema como para las Instituciones de Salud Previsional, y que pese al tiempo transcurrido, aún no se ha podido acordar una solución legislativa al vacío jurídico generado a partir de dicho fallo;*
- 4° *Que, las ISAPRE, en tanto administradores privados de las cotizaciones de salud común, deben adecuarse a las exigencias constitucionales planteadas por el Excmo. Tribunal Constitucional en el fallo ya mencionado, cuestión que exige revisar su funcionamiento, objetivos y regulación integral;*
- 5° *Que, por otra parte, sistemáticamente los Tribunales Ordinarios de Justicia han venido cuestionando los fundamentos y el ejercicio que las ISAPRE han hecho de la facultad de revisar los contratos y reajustar sus precios de manera anual;*

- 6° *Que, al mismo tiempo, corresponde revisar el conjunto del Sistema de Salud, toda vez que su diseño corresponde a un momento histórico distinto, modelo que hoy debe hacer frente al cambio epidemiológico, a una redistribución de la pirámide poblacional y a un mayor desarrollo y reflexión sobre los Derechos Humanos y sus relaciones con el Derecho a la Salud;*
- 7° *Que, junto con ello, se debe analizar el impacto presente y futuro del aumento sostenido de los costos en salud, relacionados tanto con el envejecimiento de la población, como con la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias, una mayor exigencia de calidad y el aumento exponencial de las expectativas de la población sobre el Sistema de Salud en su conjunto, para así proponer cambios que no solo resuelvan el complejo escenario jurídico actual sino que incorporen modalidades de provisión de salud eficientes y efectivas que tengan la posibilidad de perdurar en el tiempo;*
- 8° *Que, es menester introducir mayor equidad y solidaridad en el Sistema, que lo hagan coherente con los principios de seguridad social y que permita cumplir con lo sentenciado por el Excmo. Tribunal Constitucional, y a su vez revisar la implementación de la Reforma de la Salud y los aspectos que se deben mejorar para que las Garantías Explícitas en Salud cumplan con los objetivos que se tuvieron en vista al momento de aprobarse;*
- 9° *Que, para enfrentar dicha tarea se requiere integrar y aunar los esfuerzos de diversos organismos públicos, sociedad civil, academia y trabajadores, coordinando y dirigiendo sus acciones hacia el diseño y establecimiento de un Sistema de Salud, incluyendo tanto los actores privados como públicos, acorde con el funcionamiento global del sistema de seguridad social en el ámbito de la salud, y*
- 10° *Que, para dichos efectos se requiere contar con una Comisión Asesora Presidencial integrada por expertos que preste su colaboración al Gobierno para el diseño y propuesta de un nuevo marco jurídico del sistema de seguros de salud”.*

De esta manera se plantea como objetivo de la Comisión “Asesorar a la Presidenta de la Republica en el estudio de la normativa del sistema de salud, especialmente en lo relativo a los administradores privados (Instituciones de Salud Previsional, ISAPRE), los derechos de sus afiliados y beneficiarios y sus relaciones con el Sistema de Salud en su conjunto y proponer adecuaciones y reformas al sector, de manera que la salud pueda ejercerse como un derecho de la seguridad social”.

Para estos fines se convocó a las siguientes personas¹:

Camilo Cid Pedraza (quién además ejerció las labores de secretario ejecutivo),

Ximena Aguilera Sanhueza,

¹ Este informe es suscrito por todos los comisionados con excepción de dos de ellos que renunciaron a la Comisión: Sr. Gonzalo de la Carrera y Sra. Ana María Albornoz.

Ana María Albornoz Cristino,

Oscar Arteaga Herrera,

María Soledad Barría Iroumé,

Pedro Barría Gutiérrez,

Carmen Castillo Taucher,

David Debrott Sánchez,

Gonzalo de la Carrera Correa.

Marcelo Dutilh Labbé,

Pedro García Aspillaga,

Tomás Jordán Díaz,

Oswaldo Larrañaga Jiménez,

Fernando Matthews Cádiz,

Mario Parada Lezcano,

Guillermo Paraje,

Orielle Solar Hormazabal, y

Andras Uthoff Botka.

Metodología de trabajo de la Comisión

La Comisión comenzó su funcionamiento el día 23 de abril de 2014 con su primera sesión, estableciéndose el acuerdo de sostener sesiones ordinarias semanales los días jueves de 14:30 a 18:30 hrs. y determinar sesiones extraordinarias en caso de ser necesario, quedando cada sesión respaldada tanto por actas (que resumen discusiones y acuerdos) como por registros de audio y transcripciones.

Como una forma de contar con la participación de la comunidad y recibir aportes se habilitó, a través de información proporcionada en la página Web del Ministerio de Salud, un mecanismo de solicitud de audiencias y recepción de aportes escritos.

Así, la Comisión funcionó con una reunión semanal habitual de media jornada al comienzo y de día completo en los últimos dos meses, junto a sesiones en dos capitales regionales —Temuco y Antofagasta— e invitación a Santiago de interesados de Valparaíso. Además, en el último período, esto es a fines de agosto y primeras dos semanas de septiembre del año 2014, la Comisión se reunió dos veces por semana en día completo.

Entre el día 23 de abril y fines del mes de julio, prácticamente en todas las reuniones, incluyendo las regionales, hubo “audiencias ciudadanas”, de modo que se escucharon más de 30 presentaciones de organizaciones e instituciones². También se realizaron varias sesiones extraordinarias exclusivamente para tener audiencias ciudadanas. En total se realizaron 26 sesiones en casi seis meses de trabajo.

Durante las sesiones ordinarias se contó con la participación de autoridades relacionadas con el sector salud, como la ministra de Salud, el superintendente de Salud, la directora de FONASA y el presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. Además, en algunas oportunidades, se contó con la presencia de técnicos de la Superintendencia de Salud, en particular cuando la Secretaría Ejecutiva presentó trabajos y análisis hechos en conjunto.

Durante las sesiones ordinarias se contó con presentaciones preparadas por la Secretaría Ejecutiva y/o por los mismos comisionados para apoyar la discusión de los distintos temas de interés para la Comisión, como el diagnóstico de la situación del financiamiento de la salud en Chile, acerca del aseguramiento de la salud, la definición de seguridad social de salud y sus principios, la revisión de la experiencia internacional en sistemas de salud, en financiamiento y aseguramiento, las coberturas financieras y primas de las ISAPREs, entre otros temas relevantes³.

La Comisión agradece las presentaciones recibidas desde la ciudadanía, así como el apoyo de las instituciones del sector salud, Ministerio de salud, Superintendencia de Salud y FONASA, en la obtención de datos y cálculos que sustentan las propuestas. La Comisión agradece también a la administración de La Moneda por la disponibilidad de sus espacios y las atenciones recibidas, en particular, por el personal de apoyo a las sesiones.

La elaboración de este informe requirió la participación de todos los consejeros, se basa en un acuerdo en cuanto a su estructura y temáticas a tratar y se conformó en base a aportes individuales y las discusiones sostenidas en las sesiones de trabajo plasmadas en las actas respectivas. La redacción y edición final estuvo a cargo de la secretaría ejecutiva.

Aspectos conceptuales y operacionalización del mandato

En base a los considerandos antes listados y las actividades mandatadas en el Decreto N°71, la **Figura: Esquema aspectos discutidos por la Comisión**, de más abajo, esquematiza los diferentes aspectos de la discusión asociados.

Se definió como un aspecto central para el cumplimiento del mandato, la discusión y definición respecto del rol de las ISAPREs en el contexto de la seguridad social. Lo anterior, a través de la discusión de los principios de la seguridad social, su cumplimiento o no en la situación actual y la revisión de la experiencia de otros sistemas de salud. De esta forma, en su cuarta sesión, con fecha 15 de mayo de 2014, la Comisión llegó al siguiente acuerdo: *“Las ISAPREs sí son parte de la seguridad social, lo que está asociado a la obligatoriedad de la cotización del siete por*

² Más detalles respecto de la invitación a audiencias ciudadanas, el resumen de los aportes y el listado de los invitados recibidos por la Comisión se presenta en Anexo A.

³ Ver Anexo B con detalle de presentaciones realizadas por los comisionados y miembros del *staff* de la Secretaría Ejecutiva.

ciento de la renta para salud y que éste porcentaje, en su uso, debe estar dotado con los principios de ésta”.

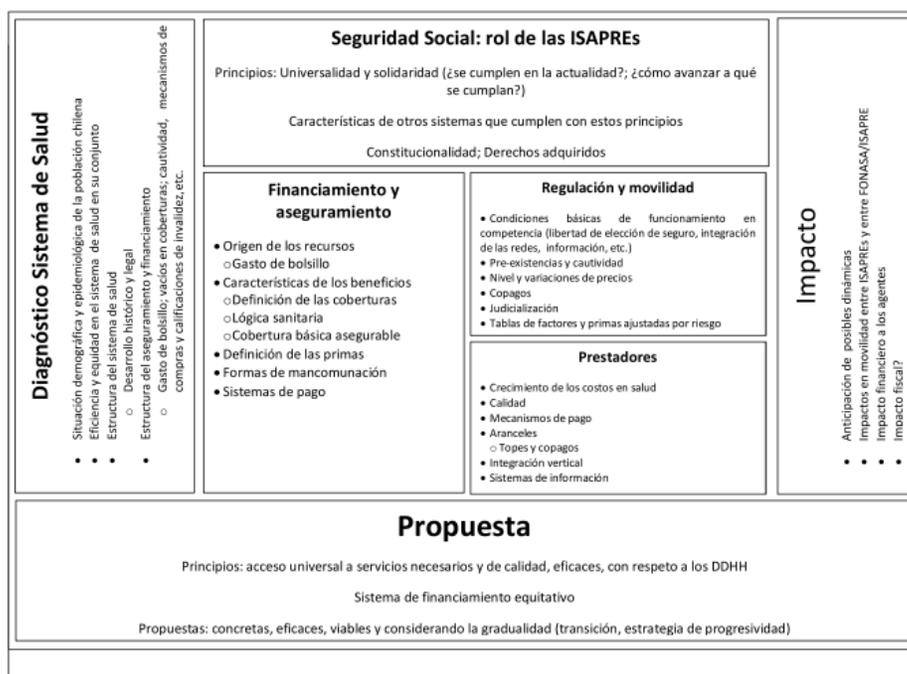
De esta forma, y en consideración al mandato de dotar al sistema privado de salud de características de la seguridad social, la Comisión se abocó en una primera instancia a discutir el concepto de seguridad social, así como sus principios. (Ver Anexo C).

En este contexto, y teniendo como marco las características de la seguridad social, se definieron tres áreas centrales para la discusión:

- i) Financiamiento y Aseguramiento (origen de los recursos, características de los beneficios, definición de las primas, formas de mancomunación, sistemas de pago a proveedores, etc.);
- ii) Regulación y Movilidad (condiciones básicas de funcionamiento, pre existencias y cautividad, nivel y variaciones de precios –base, CAEC, GES–, copagos, judicialización, Tablas de Factores, etc.), y
- iii) Prestadores (crecimiento de los costos en salud, calidad, mecanismos de pago, aranceles, integración vertical y sistemas de información).

Además, la propuesta elaborada por la Comisión debió considerar, por una parte, el diagnóstico de la situación actual del Sistema de Salud Chileno, tanto en términos de la situación demográfica y epidemiológica de la población, la eficiencia y la equidad del sistema en su conjunto, la estructura del sistema y su operación, y su estructura de financiamiento y aseguramiento, entre otros temas relacionados, abordados a lo largo de las diferentes sesiones, como también de acuerdo a antecedentes disponibles en diversos documentos y artículos.

Figura: Esquema aspectos discutidos por la Comisión



Fuente: Elaboración propia Comisión.

Organización del Informe

Este documento está organizado, en lo que sigue, en tres grandes secciones. En el Capítulo 1 se desarrolla una descripción histórica y actual del sistema de salud chileno con énfasis en los aspectos del aseguramiento y el financiamiento. Luego, en el Capítulo 2 se desarrolla un análisis crítico de la descripción anterior, considerando los aspectos centrales del esquema de seguro en Chile. En el Capítulo 3 se aborda la propuesta que la Comisión ha desarrollado para que pueda transformarse en proyecto de ley. Cabe señalar que si bien el informe es integral y único, existieron diferencias y disensos, los cuales se incluyen en la propuesta cuando se producen y, además, se agregan otros dos puntos para reflejar un resumen de propuesta de mayoría y otro de propuesta de minoría.

Capítulo 1: Diagnóstico descriptivo del sistema de salud y el rol de las ISAPREs

1.1 Desarrollo histórico del sistema de salud chileno⁴

El sistema de salud chileno ha pasado por una serie de transformaciones, varias de ellas estructurales, que han marcado su evolución hacia la situación actual. En el año 1844, con la creación de la Junta Nacional de Beneficencia, se comienzan a estructurar las primeras organizaciones sanitarias. Más adelante, y en el ámbito del financiamiento y aseguramiento, en el año 1924 se promulga la Ley del Seguro Obrero Obligatorio, que instala el sistema de financiamiento de tipo contributivo (bismarckiano). En el año 1942 se crea el Servicio Médico Nacional de Empleados-SERMENA (cobertura a funcionarios públicos), y en el año 1952 se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS).

Un cambio fundamental en la historia de la Salud Pública en Chile, y de la conformación del sistema de salud actual en el país, es el que se originó, en el año 1980, a partir de una nueva Constitución de la República de Chile que reconoce, entre otros aspectos, la existencia de un sector privado en salud y de la libertad de elección entre este y el sector público, además de señalar que el Estado es el encargado de supervigilar el adecuado ejercicio del derecho a la seguridad social.

Las reformas iniciadas a comienzos de los años ochenta cambiaron la estructura y funcionamiento del sistema, siendo las principales: i) La creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA); ii) La creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE); iii) La eliminación y descentralización del SNS, convirtiéndolo en un Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) a través de servicios de salud autónomos y con patrimonio propio distribuidos a lo largo del territorio nacional, y iv) La municipalización de gran parte de la atención primaria de salud, manteniendo los Servicios de Salud un rol articulador de la política sanitaria.

Otras importantes transformaciones de la época, en el contexto de la seguridad social, fueron la eliminación del aporte del empleador (con excepción del 0,9 por ciento a 3,5 por ciento para accidentes laborales y enfermedades profesionales), el aumento del aporte a salud del trabajador (desde un cuatro por ciento hasta llegar al siete por ciento actual), su afiliación de carácter individual al sistema ISAPRE y el establecimiento de incentivos estatales para aumentar la incorporación de usuarios al sistema privado (subsidios de descanso maternales a cargo del Estado y subsidio del dos por ciento del sueldo de los trabajadores de menores ingresos que se adscribieran a planes colectivos de las ISAPREs). Además, en estos años el SNSS sufrió una fuerte reducción de aportes de parte del Estado (de dos por ciento del PIB a 0,8 por ciento PIB), especialmente en lo hospitalario.

Ya hacia los años noventa, se dictaron diferentes leyes para mejorar el sistema de salud y se crea una institución de regulación y supervisión del mercado de seguros y proveedores de salud, la Superintendencia de ISAPRE, en el año 1990, que más adelante, en el año 2005, se transformaría en la Superintendencia de Salud; se termina con el subsidio del dos por ciento

⁴ Sección basada en: Illanes (2009), Gobierno de Chile (2011), Parada (2004), Mardones-Restat y Azevedo (2006), Titelman (2000) y Aguilera et al. (2014).

(1999) y se realiza un importante esfuerzo por mejorar el Sistema Público de Salud, recuperando el sector con inversiones en mayor dotación de personal, mejora de sus sueldos y una fuerte inversión en infraestructura y equipamiento.

Desde el año 2003 en adelante se introducen nuevos cambios al sistema, teniéndose como ejes el reconocimiento del derecho a la salud, la equidad, la solidaridad, la eficiencia y la participación social. Es así que se fijan objetivos sanitarios para el país, se establece un modelo de atención centrado en Atención Primaria y trabajo en redes asistenciales y un sistema de priorización exigible (Garantías Explícitas en Salud, GES), asegurando cobertura sanitaria y financiera, tiempos máximos de atención y calidad de atención a partir del año 2005.

Sin embargo, a pesar de su evolución y de la marcada tendencia hacia la búsqueda de la cobertura de los riesgos relacionados con la enfermedad y los costos asociados a su tratamiento, 33 años después de la reforma que separó la seguridad social en salud en una pública y una privada, y nueve años después de la reforma de 2005, nuestro sistema sigue siendo dual y segmentado, y con dos tipos de regímenes: contratos individuales en el aseguramiento privado y contribución social y solidaria en el aseguramiento público. Separados como consecuencia de una fuerte selección de riesgos e ingresos de parte de las ISAPREs y dejando a FONASA como seguro de última instancia.

A continuación se muestra un cuadro que resume los diversos sistemas de aseguramiento en salud vigentes en Chile. (Tabla 1).

Tabla 1: Sistemas de Aseguramiento de Salud en Chile, 2014.

Sistema	Administración	Financiamiento	Prestadores	Tipo	Características Generales
SNSS-FONASA	Estatal	Actores Sociales (individuos)	Estado	Sistema Estatista de Seguro Social (Bismark)	Solidario
		Estado	Privado con fines de lucro		Cobertura 77% población
ISAPRE	Privada Con fines de lucro Abiertas y cerradas, por ejemplo Codelco	Actores Sociales y (Individuos)	Privado Con fines de lucro	Seguros Privados de Salud	No solidario Cobertura 17% población
			Privado Con fines de lucro		
Fuerzas Armadas	Estatal	Actores Sociales Estatal	Estatal	Seguro Social de	Solidario Cobertura 3%
Organismos Administrados de la Ley de Accidentes laborales y Enf. Profesional	mutuales		Privado		Solidario dentro de cada mutual. No existe mecanismos de redistribución inter-mutual, ni con el ISL. Cobertura 70 % trabajadores asalariados.
	Privada	Actores Sociales (empleadores)	Sin fines de lucro	Seguros Privados sin fines de lucro	
	Sin fines de lucro				
	ISL (EX -INP)	Actores Sociales (empleadores)	Privados públicos	y Seguro publico	
	Estatal				
	Administración delegada ejemplo Codelco	Actores Sociales (empleadores)	Privados públicos	Seguros y Privados sin fines de lucro	

Fuente: Elaboración propia en base a la clasificación de Bohm et al. (2012).

1.2 Creación y evolución de las ISAPRES

1.2.1 Generación del sistema ISAPRE y sus implicancias

En el marco constitucional de 1980, se dictó el Decreto Ley N° 3.626, de 1981⁵, que permitió a los trabajadores aportar su “cotización a alguna institución o entidad que otorgue al trabajador las prestaciones y beneficios de salud”, además de delegar facultades extraordinarias en el Presidente de la República en virtud de las cuales se dictó el Decreto con Fuerza de Ley N° 3, de 1981, del Ministerio de Salud, que creó las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), como seguros privados que tienen por finalidad el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud, con cargo a la cotización legal obligatoria de salud, o una superior a ella que se convenga, a los beneficiarios que libremente opten por este sistema alternativo de aquel que administra el Estado (FONASA).

Posteriormente se dicta la Ley N° 18.469, de 1985, que reestructuró el sistema de salud chileno, estableciendo un sistema único de cotizaciones obligatorias equivalentes al siete por ciento de las remuneraciones, que incorpora a las ISAPRES reconociéndolas como alternativa al aseguramiento estatal. En su estatuto inicial, las ISAPRES fueron sometidas al control y fiscalización del Fondo Nacional de Salud, que a su vez fue creado por el Decreto Ley N° 2.763, que reorganizó el sector salud y que corresponde al órgano financiero del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Más adelante, la Ley N° 18.933, de marzo de 1990 (modificada posteriormente en 1995 por la Ley N° 19.381), fijó un nuevo estatuto para las ISAPRES, modificando el Decreto con Fuerza de Ley N° 3, de 1981, y creando la Superintendencia de ISAPRE como organismo fiscalizador de estas empresas privadas con fines de lucro.

Esta nueva normativa introdujo importantes cambios en el sistema privado de salud, tales como:

- El contrato de salud es indefinido para la ISAPRE, en cambio, el afiliado lo puede dejar sin efecto una vez cumplido un año de afiliación.
- La ISAPRE, como contrapartida, una vez al año tiene la facultad de revisar el contrato y adecuar dicho plan por precio o por prestaciones (más adelante se eliminó esta última opción), a todos los integrantes de un mismo plan por igual. Pero debía ofrecer, por el mismo precio base del que en ese momento tenía el afiliado, un plan alternativo. El afiliado podía aceptar las nuevas condiciones del plan, el plan alternativo o desafiliarse.
- Solo se pueden establecer diferencias de precios en los planes de acuerdo al sexo y edad y no por estado de salud de los beneficiarios.
- Se terminaron los períodos de carencia, éstas quedaron solo para los embarazos en forma proporcional y para las pre-existencias declaradas, por un período de 18 meses.
- Se estipularon taxativamente las prestaciones que podían ser excluidas de cobertura.

⁵ En su Artículo 1°, N° 46, modificó el Artículo 84 del Decreto Ley N° 3.500.

- Se estableció como mínimo de cobertura las prestaciones incorporadas en el arancel Modalidad de Libre Elección (MLE) de FONASA.

Como se ha visto, desde el año 1990 hasta la fecha se han dictado varias normas modificando el régimen jurídico de las ISAPREs, siendo la más relevante la reforma introducida en el año 2005, la que derivó en la dictación en un texto refundido contemplado en el DFL N°1 de 2005 del Ministerio de Salud. Antes de esta reforma se había derogado, en el año 1999, el subsidio del dos por ciento y el cheque en garantía para las atenciones de urgencia, y se estableció que los excedentes de cotización son de propiedad del afiliado y la cuenta corriente para abonarlos es obligatoria y que no se puede renunciar a ella salvo en los contratos colectivos o matrimoniales.

Esta nueva normativa introdujo, como una limitación a la libertad de adecuar precios, la existencia de una banda de precios a la que debía someterse la ISAPRE al aumentar anualmente los precios base de cada uno de los planes de salud que maneja, y la incorporación de una Tabla de Factores de riesgo por sexo y edad (dos por ISAPRE), que se incorpora en el contrato y debe respetarse durante toda la vigencia del mismo (en el año 2010 esta norma fue derogada parcialmente por el TC).

1.2.2 Promulgación del AUGE y Creación de la Superintendencia de Salud

a. *Régimen de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) o Garantías Explícitas en Salud (GES)*

Esta reforma incorporó la obligación de entregar una cobertura de acceso obligatoria para eventos de salud-enfermedad priorizados, denominada Garantías Explícitas en Salud, en todos los contratos de salud⁶, con un precio plano para todos los beneficiarios y la existencia de un fondo inter-ISAPRE para compensar los riesgos de las diferentes poblaciones de cada ISAPRE. Estas garantías se instituyen como derechos de los beneficiarios y exigibles ante el FONASA, las ISAPRE, la Superintendencia de Salud y otras instancias que correspondan.

El precio del GES y la unidad en que se pacta es el mismo para todos los beneficiarios de cada ISAPRE, sin que se pueda aplicar para su determinación la segregación de precios por sexo y edad prevista en el contrato para el plan complementario⁷. El precio del GES solo puede variar cada tres años, contados desde la vigencia del respectivo decreto GES, o en un plazo inferior si el decreto es revisado antes del período señalado para agregar problemas de salud-enfermedad.

⁶ El GES se trata de un conjunto de beneficios garantizados por ley a las personas afiliadas a FONASA o ISAPRE y que permite priorizar enfermedades específicas que representan el mayor impacto de carga de enfermedad en la ciudadanía. Estas garantías son relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad.

⁷ Se entiende por el precio mensual al precio base del plan multiplicado por la suma de los factores de riesgo de todos los beneficiarios de ese plan de salud.

b. Determinación del GES

Estas garantías explícitas son elaboradas por el Ministerio de Salud, de conformidad a un procedimiento establecido en la ley y en el reglamento, y deben ser aprobadas por el Ministerio de Hacienda. El Ministerio de Hacienda fija un marco de recursos disponibles en el FONASA y el valor de la Prima Universal, expresada en UF, al que deberán ajustarse dichas garantías⁸.

La Ley N° 19.966 establece que las garantías que se determinan no pueden generar un costo esperado individual promedio del conjunto de beneficiarios de FONASA e ISAPRE, estimado por 12 meses, significativamente diferente de la Prima Universal. Los cambios en el valor de la Prima Universal no pueden ser superiores a la variación experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora.

c. Ley de solvencia de las ISAPREs

Tras la quiebra en el año 2003 de la ISAPRE Vida Plena, el Gobierno de la época envió al Congreso un proyecto de ley que establecía diversas normas de solvencia y protección a las personas incorporadas a las ISAPREs, AFP y Compañías de Seguros, que culminó con la dictación de la Ley N° 19.895.

Se legisló en lo referente al patrimonio de las ISAPREs, estableciéndose que deben tener un monto igual o superior a 0,3 veces el de sus deudas. También en lo que respecta al índice de liquidez, se exige que no sea inferior a 0,8 vez la relación entre el activo y pasivo circulante de cada empresa. Además, se modificaron las normas sobre garantía, señalándose que ésta debe ser igual al monto de deudas que una ISAPRE tiene con beneficiarios y prestadores.

Esta normativa, que fue parte de la Reforma de Salud del año 2005, significó que las ISAPREs debieron ajustarse a ella en un plazo de tres años. Asegurada la solvencia, se normó el traspaso voluntario de cartera de afiliados y se estableció un régimen especial de supervigilancia y control por parte de la Superintendencia de Salud. Así, se contempló la intervención de esa autoridad para solucionar, cuando las circunstancias así lo ameriten, la situación financiera de una ISAPRE.

⁸ La propuesta de Garantías Explícitas considera realizar estudios con el objeto de determinar un listado de prioridades e intervenciones en salud (considerando efectividad de las intervenciones, su contribución a la calidad de vida y, cuando sea posible, costo y efectividad). Con estos estudios a la vista se elabora un listado de enfermedades y sus prestaciones asociadas. Se estima el costo de incorporarlas al Régimen, de acuerdo con la capacidad de oferta pública y privada. La propuesta se somete a un proceso de verificación del costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado GES, mediante estudio coordinado por el Ministerio de Salud.

1.2.3 Promulgación de la Ley de Urgencia, creación del Seguro Catastrófico, y la modificación de las condiciones en 2005.

a. Ley de Urgencia

En el mes de diciembre de 1999 se publicó en el Diario Oficial la Ley N° 19.650, que tuvo por objeto perfeccionar normas del área de la salud. Mediante esta normativa se prohibió a los establecimientos de salud públicos y privados, que debieran atender a afiliados de FONASA o ISAPRE, exigir dinero, cheque u otros instrumentos financieros para asegurar el pago futuro de las prestaciones otorgadas o condicionar de cualquier otra forma dichas atenciones, cuando éstas fuesen requeridas en carácter de urgencia, debidamente certificadas por un médico cirujano⁹.

Tratándose de afiliados a ISAPRE, cumpliéndose el supuesto antes señalado, las instituciones deben pagar directamente al establecimiento de salud, público o privado, el valor de las prestaciones que haya otorgado a sus afiliados, hasta que el paciente se encuentre estabilizado, de manera de poder ser trasladado a un centro asistencial que corresponda a su seguro. La estabilización también debe ser constatada por el médico tratante¹⁰.

b. Cobertura adicional para enfermedades catastróficas

En el año 2000 las ISAPREs que formaban parte de la Asociación Gremial (Isapres de Chile) acordaron por la vía de la autorregulación proponer a la Superintendencia (de ISAPRE en ese momento, hoy de Salud) la creación de un seguro catastrófico, que sería entregado a toda la cartera de sus beneficiarios para enfrentar los eventos que generaran una catástrofe de tipo económica. Se determinó que la cobertura se entregaría en relación a los montos involucrados y no por una determinada o determinadas patologías, fijándose también un deducible, por sobre el cual se accedería al pago total de la enfermedad.

Esta iniciativa dio origen a la Cobertura para Enfermedades Catastróficas (CAEC), que fue regulada por la Superintendencia de ISAPRE, a través de la Circular N°59, del 29 de febrero de 2000, vigente hasta hoy con algunas modificaciones¹¹. Se trató de una cobertura voluntaria, pero que actualmente todas las ISAPREs abiertas otorgan a todos sus afiliados (su financiamiento está dado por el siete por ciento obligatorio¹²).

⁹ Se debe tratar de una urgencia vital, esto es, una condición clínica que implique riesgo de muerte o de secuela funcional grave.

¹⁰ Las ISAPREs pueden exigir al afiliado la diferencia entre lo pagado y lo que correspondería bonificar de acuerdo al plan de salud convenido. Por la parte del valor de las prestaciones que son de cargo del afiliado, y habiendo transcurrido treinta días hábiles del pago por parte de la ISAPRE, sin que el afiliado le haya enterado dicho monto, se entiende que la ISAPRE le ha otorgado un préstamo por ese valor. Este préstamo debe ser pagado por el cotizante en cuotas iguales y sucesivas, con vencimiento mensuales, reajustada de acuerdo a IPC y con un interés corriente para operaciones reajustables en moneda nacional. Estas cuotas no pueden exceder del 5% de la remuneración imponible del cotizante obligado.

¹¹ Contenidas en la Circular IF/N°7, de 2005, de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud de la Superintendencia de Salud.

¹² En sus primeros años las ISAPREs cobraban un valor adicional mensual por la CAEC.

El afiliado cuando está frente a una patología que puede transformarse en catastrófica debe activar este beneficio en la ISAPRE. De esta forma, se le ofrece la posibilidad de acceder a la red de prestadores de esa ISAPRE, establecida para la patología correspondiente. Desde ese momento, los copagos que entere por esa patología se acumulan para enterar el deducible, que está vinculado a la capacidad económica del cotizante¹³. Desde que se dio inicio a este beneficio hasta el año 2012 se habían atendido bajo esta modalidad más de 37.000 beneficiarios.

1.2.4 Regulaciones de la Reforma 2005: precios y fondo de compensación

a. Precio

La reforma del año 2005 normó un sistema para fijar las alzas en los planes de salud. Se estableció la forma en que se componía el precio del plan y se estableció la forma en que este podía reajustarse anualmente.

En efecto, el Contrato de salud contiene una cláusula en que se fija el precio, el que está compuesto por un precio base¹⁴, la prima GES y eventualmente seguro catastrófico (cuando no está considerado dentro del precio base). El precio base se reajusta a través de dos mecanismos contemplados en la ley: “adecuación” de precio base y aplicación de Tablas de Factores de Riesgos. Dichos reajustes incluyen además el propio de la UF (IPC mensual).

i. Adecuación de los planes

En la práctica, el Art. 197 del DFL N° 1 de 2005 modifica el conjunto de riesgos a considerar para efectos de la aplicación de un ajuste de tarifas. Hasta antes de la ley, el incentivo era al ajuste a nivel del plan correspondiente. De esa forma algunos planes no tenían reajuste, pero otros, con población con más problemas de salud-enfermedad, sufrían reajustes más altos. La ley incentivó la ampliación de la consideración de los riesgos a toda la cartera de la ISAPRE, como una forma de colectivizar en todos los beneficiarios de una ISAPRE el ajuste de tarifas.

La forma en que se fijan las alzas del precio base del plan también está en la ley (Art. 198° del DFL N° 1 de 2005), en donde se consignan las reglas a las que se debe someter la ISAPRE¹⁵, reglas en virtud de las cuales la Superintendencia de Salud recibe el precio de cada

¹³ Ascende a 30 veces la cotización pactada por cada beneficiario que lo utilice, con un mínimo de 60 UF y un máximo de 126 UF. Este deducible se paga anualmente.

¹⁴ El cual se multiplica por la suma de todos los factores de riesgos de todos los beneficiarios del plan, lo que, como se mencionó anteriormente, da el precio mensual.

¹⁵ La ley contempla el procedimiento que se inicia con una carta al afiliado con tres meses de antelación de la fecha en que se cumple la anualidad. Establece que las ISAPREs pueden una vez al año revisar los planes de salud y modificar el precio base del plan en condiciones que no importen discriminación entre afiliados de un mismo plan y en las mismas condiciones que se están ofreciendo a los nuevos contratantes. La modificación solo puede estar referida al precio del plan, no a los beneficios, los que no se pueden cambiar. Si el afiliado no está de acuerdo con el nuevo precio cobrado puede solicitar un plan alternativo, por el mismo precio que paga, planes que deben estar en comercialización en ese momento y, si el afiliado no está conforme con las opciones propuestas puede desafiliarse.

plan y las propuesta de modificación de precio, el que debe circunscribirse a una banda¹⁶. También a la autoridad le corresponde fiscalizar que el alza de estos precios se ajuste a la ley, y que no haya discriminación entre afiliados (la ley prohíbe específicamente hacer rebajas).

ii. Aplicación de la Tabla de Factores

El concepto de Tabla de Factores está definido en el Art. 170 letra n) del DFL N°1 de 2005, norma que señala: “La expresión Tabla de Factores por aquella tabla elaborada por la Institución de Salud Previsional cuyos factores muestran la relación de precios del plan de salud para cada grupo de personas, según edad, sexo y condición de cotizante o carga, con respecto a un grupo de referencia definido por la Superintendencia, en instrucciones de general aplicación, el cual asumirá el valor unitario. Esta tabla representa un mecanismo pactado de variación del precio del plan a lo largo del ciclo de vida, el que es conocido y aceptado por el afiliado o beneficiario al momento de suscribir el contrato e incorporarse a él, según corresponda, y que no podrá sufrir variaciones en tanto la persona permanezca adscrita a ese plan”.

El Art. 199º del DFL N° 1 de 2005 regula el uso de la Tabla de Factores de riesgo (sexo y edad), pero es importante considerar que el año 2010, el Tribunal Constitucional dictó una sentencia que en la práctica paralizó o congeló la aplicación de dicha tabla para aumentar los precios de los afiliados y beneficiarios cuando cambiaban de tramo de edad, por considerar ese mecanismo contrario al derecho a la protección de la salud, el principio de igualdad y el derecho de seguridad social que no admite trato discriminatorio de ningún tipo.

b. Fondo de Compensación Solidario GES Inter-ISAPREs

Se creó un Fondo de Compensación Solidario entre las ISAPREs abiertas con la finalidad de solidarizar los riesgos en salud entre los beneficiarios de dichas instituciones, riesgos relacionados con las prestaciones contenidas en las GES.

i. Operación del Fondo

Este Fondo compensa entre sí a las instituciones, por la diferencia entre la prima comunitaria que se determine para las GES y la prima ajustada por riesgos que corresponda. Las variables que deben considerarse para determinar el riesgo son solo sexo y edad. La Superintendencia determina el o los montos efectivos de la compensación para cada ISAPRE. Las instituciones efectúan entre sí los traspasos que corresponden o las compensaciones que determine la Superintendencia de Salud.

Dado que la demanda por atenciones de salud es diferente de acuerdo a cada grupo de sexo y edad, el costo es diferente y, por lo tanto, el precio asociado a las coberturas también debe reflejar estas diferencias. Cuando se establece una tarifa plana, se debe crear un fondo que compense estas diferencias, sin el cual, dados los incentivos que se generan, la oferta de coberturas se vería restringida, limitada y eventualmente sería inexistente. Lo anterior, dado que habrían grupos de personas que estarían pagando por sobre su costo esperado (grupos superavitarios) y otros que estarían pagando por debajo de su costo esperado (grupos

¹⁶ La banda es de 0,7 a 1,3, don de 1 es la alza media de los planes.

deficitarios). El fondo toma los excesos de cotización pagados por los grupos superavitarios y los distribuye a los grupos deficitarios, con lo cual se vuelve a equilibrar los ingresos y gastos de cada grupo.

En la práctica, todas las ISAPREs aportan a un fondo virtual el costo del GES per cápita determinado por la Superintendencia de Salud y retiran según la composición de su cartera por sexo y edad. Así, las personas de más riesgo reciben por el fondo una compensación que cubre la necesidad de una tarifa mayor debido a su sexo o edad.

1.2.5 La exclusión de los beneficiarios de ISAPRE de la protección entregada por la Ley del Consumidor

La Ley N° 19.496 (y sus modificaciones), que regula la protección de los consumidores, ha excluido expresamente la aplicación de este cuerpo legal a las relaciones entre las ISAPREs y sus beneficiarios. En efecto, el Art. 2° de la referida ley señala que “Quedan sujetos a las disposiciones de esta ley [...] Letra f) Los actos celebrados o ejecutados con ocasión de la contratación de servicios en el ámbito de la salud, con exclusión de las prestaciones de salud; de las materias relativas a la calidad de éstas y su financiamiento a través de fondos o seguros de salud; de la acreditación y certificación de los prestadores, sean éstos públicos o privados, individuales o institucionales y, en general, de cualquier otra materia que se encuentre regulada en leyes” (refiriéndose a la amplia legislación ya mencionada).

En virtud del principio de la especificidad, sería la Superintendencia de Salud la que tiene, además de la facultad reconocida en la ley, el conocimiento técnico, el personal capacitado y los antecedentes necesarios para resolver los conflictos entre la aseguradora y sus asegurados. Además, es este organismo técnico quien fiscaliza y dicta instrucciones para el cumplimiento de la ley y el buen servicio que deben entregar las ISAPREs a sus afiliados¹⁷.

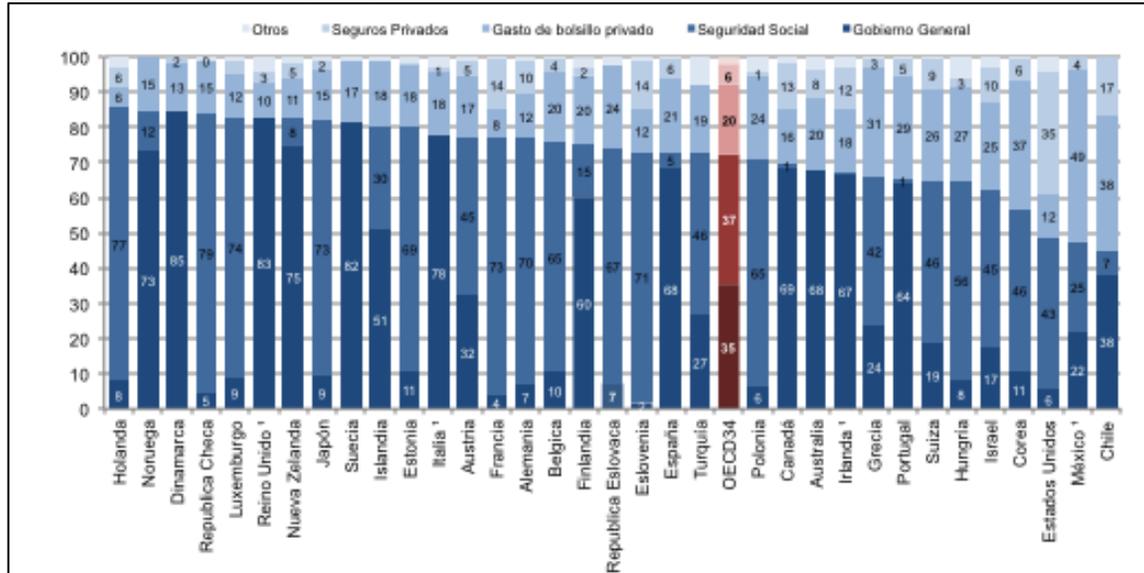
1.3 Aspectos generales del financiamiento del aseguramiento del Sistema de Salud actual

1.3.1 Financiamiento del Gasto en Salud

El gasto total de salud en Chile (7,5 por ciento del PIB o US\$1.568 PPP en 2011) resulta muy inferior al promedio de los países de la OECD (OECD, 2013). En términos de la composición del financiamiento, la proporción pública resulta considerablemente más baja que el promedio OECD, mientras que el gasto de bolsillo constituye la principal fuente de financiamiento (Figura 1).

¹⁷ No obstante, en forma supletoria, podría entenderse aplicable la Ley del Consumidor en lo referente a las ISAPREs. En la historia de la ley se hizo presente que había situaciones, tales como la publicidad engañosa, que era un tema no considerado en las leyes especiales y, por ello, debía entenderse como supletoria. Sin embargo, la práctica ha demostrado que en casi el 100% de las situaciones que han llegado a los Juzgados de Policía Local, invocando este cuerpo legal, los jueces se han declarado incompetentes. Es más, dado que no existen sucursales de la Superintendencia de Salud en todas las regiones del país, la Superintendencia de Salud ha suscrito convenio con el SERNAC para recibir los reclamos que se presenten para ser derivados a la autoridad de salud correspondiente.

Figura 1: Gasto en salud por tipo de financiamiento, año 2011 (o más cercano).



Fuente: OECD Health Data 2013.

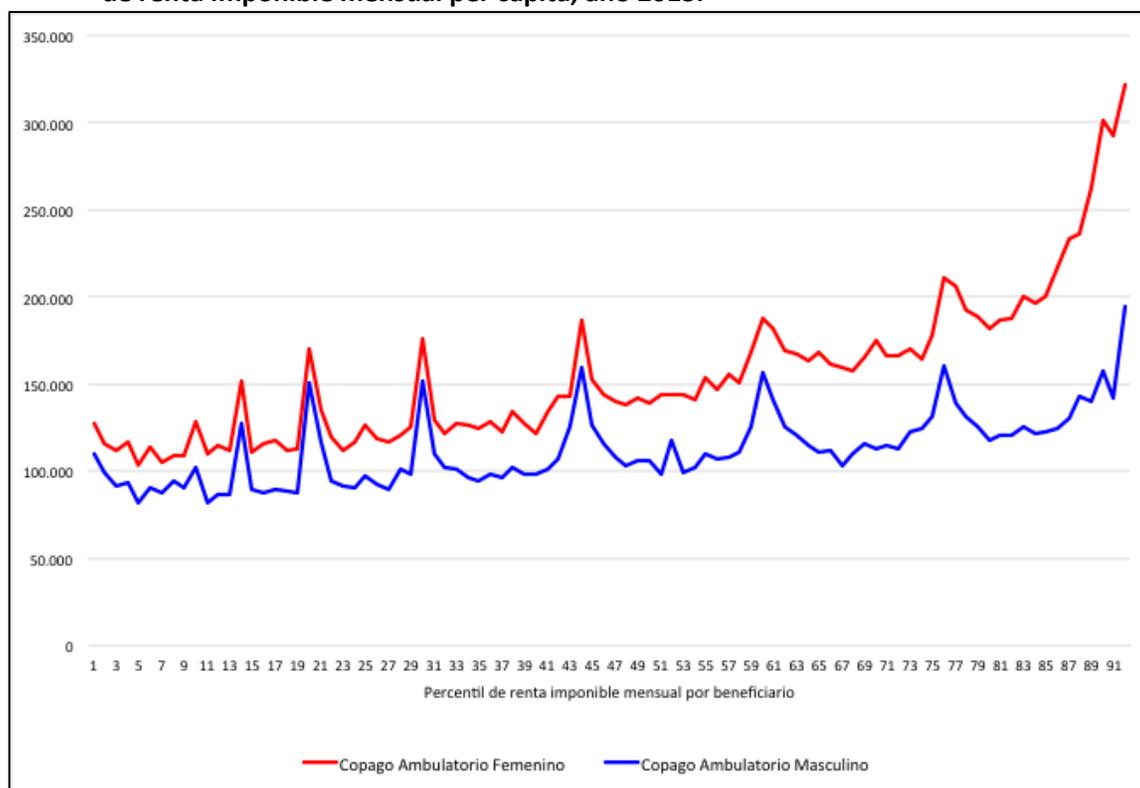
Existen altos niveles de copagos que deben cancelar los beneficiarios y otros pagos directos de bolsillo que surgen debido a que los medicamentos ambulatorios no están incluidos en el seguro y, además, las prestaciones tienen montos máximos a pagar por los aseguradores. Si se tiene presente que muchos de las enfermedades son eventos riesgosos, entonces existe la posibilidad que sean para muchos un evento catastrófico biomédico con la connotación negativa en la perspectiva de la estabilidad financiera de los hogares. De hecho, el 3,6 por ciento de los hogares se encontraría en tal situación (Cid y Prieto, 2012).

a. Copagos y gasto de bolsillo para beneficiarios ISAPREs abiertas año 2013

Las figuras 2 y 3 muestran los copagos promedio por nivel de atención y sexo del beneficiario de ISAPREs abiertas, de acuerdo al percentil de renta imponible para el año 2013. El copago promedio por beneficiario asociado a prestaciones ambulatorias es de \$138.044 y el asociado a prestaciones hospitalarias es de \$866.568.

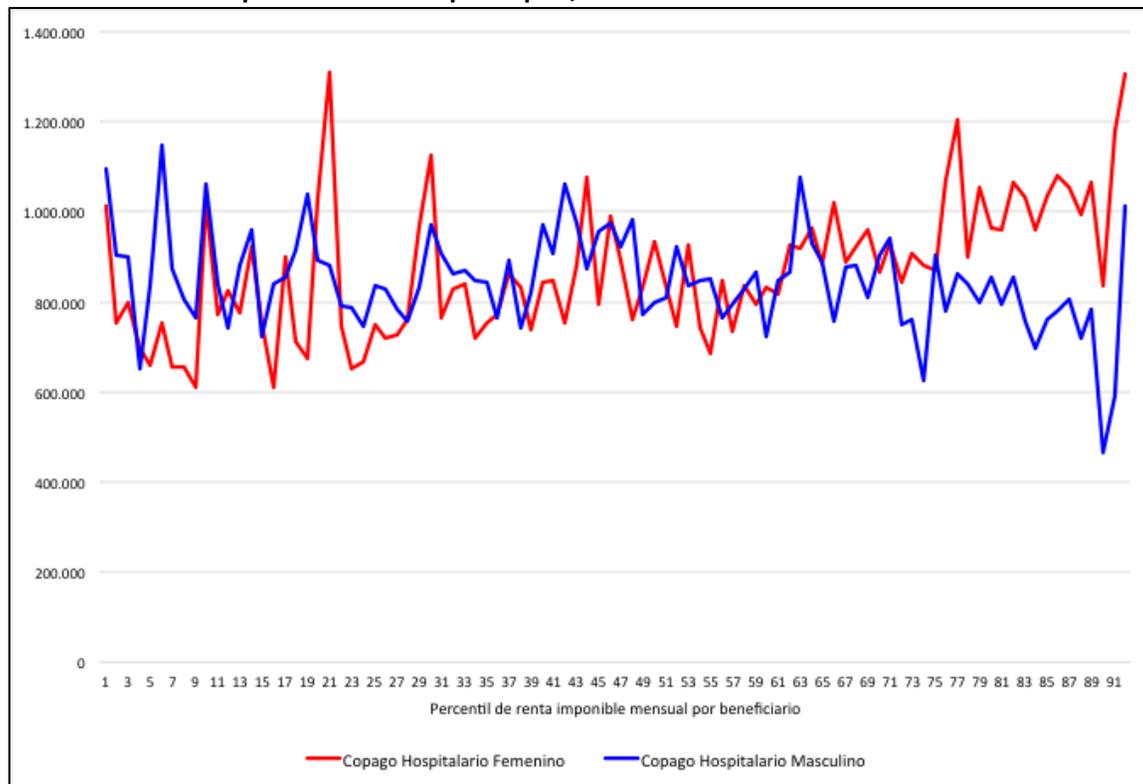
Se puede observar de las figuras que los copagos asociados a prestaciones ambulatorias son mayores para las mujeres en todos los niveles de renta, y también mayores para los beneficiarios (hombres y mujeres) de más altos ingresos. En el caso de los copagos hospitalarios la tendencia es menos clara en relación a mujeres y hombres, pero resultan claramente mayores en mujeres de más altos ingresos.

Figura 2: Copago Medio Ambulatorio por beneficiario ISAPREs abiertas, por sexo y percentil de renta imponible mensual per cápita, año 2013.



Fuente: Datos provisionales. Superintendencia de Salud. Departamento de Estudios y Desarrollo.

Figura 3: Copago Medio Hospitalario por beneficiario ISAPREs abiertas, por sexo y percentil de renta imponible mensual per cápita, año 2013.



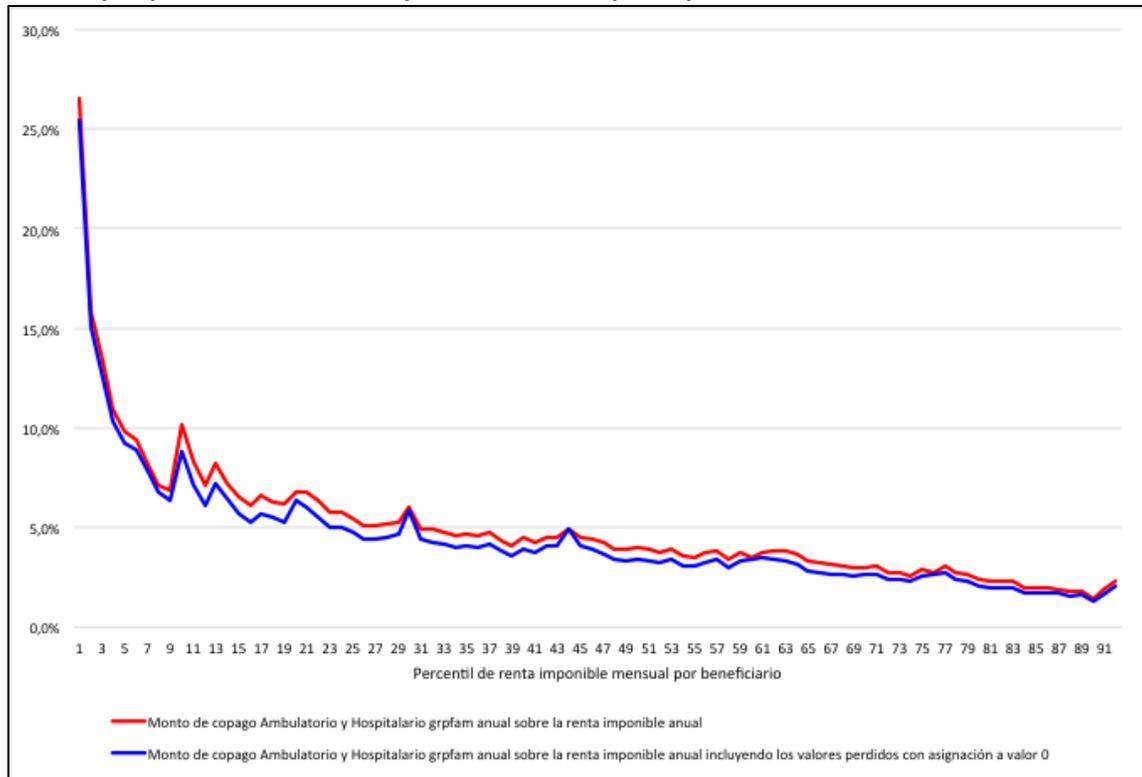
Fuente: Datos provisionales. Superintendencia de Salud. Departamento de Estudios y Desarrollo.

Un análisis de interés respecto de los copagos es aquel que considera la proporción de la renta o el ingreso que éstos representan. Para esto, se incluye el total de copagos anuales asociados a un grupo familiar o contrato (es decir, el cotizante más sus cargas) y la renta imponible anual del cotizante para dicho contrato. En promedio, para los beneficiarios de ISAPREs abiertas, el copago anual sobre la renta imponible representa un 3,7 por ciento (con un 23 por ciento de desviación)¹⁸.

La Figura 4 presenta esta proporción en relación a la población beneficiaria ordenada de acuerdo a percentiles de renta imponible, mostrando importantes diferencias dependiendo del nivel de ingresos. En particular, se observan porcentajes considerablemente mayores para los percentiles de ingresos más bajos.

¹⁸ En este caso se consideraron en el análisis aquellos grupos familiares o contratos que no presentaron gasto en prestaciones durante el año 2013 (por lo tanto, copago cero). Al dejar fuera del análisis a estos beneficiarios, el promedio de gasto en copagos anuales sobre la renta imponible sube a 4,1% (con una desviación de 25%).

Figura 4: Copago anual del grupo familiar (contrato) sobre la renta imponible anual cotizante, por percentil de renta imponible mensual per cápita, año 2013.



Fuente: Datos provisionales. Superintendencia de Salud. Departamento de Estudios y Desarrollo.

1.3.2 Organización institucional del financiamiento

En términos institucionales, el sector salud se ha organizado en un sistema de protección social que cubre al 94 por ciento de la población en 2012 (FONASA, 2013). Del resto de la población, cerca de un tres por ciento está asociada a las Fuerzas Armadas y el remanente dispone de seguros privados no ISAPRE o no cuenta con aseguramiento.

El sistema previsional de salud adopta la forma de un seguro de salud que es financiado a través de un beneficio mandado que obliga a destinar el siete por ciento del ingreso que perciba una persona¹⁹ para estos efectos (Torche y Wagner, 1997), con un tope de 5,061 UF de cotización legal por trabajador al año 2014. Este escenario es compartido por un sistema público

¹⁹ Ej. sueldo o pensión.

FONASA y un subsistema privado constituido por 13 ISAPREs, de las cuales 7 son abiertas y 6 cerradas²⁰. Como ya se ha visto, ambos sistemas se financian de manera diferente.

Las ISAPREs constituyen sistemas de seguros de salud privados con fines de lucro, del tipo actuarialmente neutros²¹, es decir, cobrando a cada beneficiario según su riesgo de salud específico e individual, con primas que pueden variar de uno a cuatro veces de acuerdo a la edad, y variando además según la cantidad de personas afiliadas a cada plan. Si el monto mandatado no alcanza a cubrir la prima cobrada por la ISAPRE, el cotizante debe agregar un monto adicional, la cotización voluntaria o adicional, que en promedio alcanza otro tres por ciento de la renta imponible.

Un segundo factor de ajuste en el sistema ISAPRE es la elección de un plan de salud, lo que les confiere cierta flexibilidad para adecuar la prima con desembolso del afiliado, es decir, adecuar la prima y también el copago, con los costos individuales esperados. En el sistema de ISAPRE se cuentan con más de 12.000²² de estos planes en comercialización y con un stock de más de 53.000²³, diferenciándose fundamentalmente en las coberturas financieras ofrecidas para diferentes tipos prestaciones así como los toques por uso (ej., en psiquiatría).

Por su parte, el sistema público, financiado desde FONASA, cuenta con un solo plan (a través de dos modalidades de prestación, la institucional o MAI y la de libre elección o MLE) que se aplica genéricamente a todos sus afiliados, financiado siempre con el siete por ciento cualquiera sea el tamaño familiar u otros factores de riesgo del afiliado o su familia y copagando de acuerdo a la modalidad de atención (diez o 20 por ciento en MAI y variables según niveles de prestación en la MLE). Los indigentes y jubilados de bajos ingresos no copagan. Este sistema es suplementado por subsidios de fondos públicos provenientes de impuestos generales que representan de un 58,4 por ciento del presupuesto del FONASA (DIPRES, 2013).

a. Cotizaciones ISAPREs: siete por ciento y adicional

La Figura 5 muestra la composición, en cuanto cotización del siete por ciento y adicional, por beneficiario de ISAPREs abiertas y cerradas entre los años 2004 y 2013. Del análisis se puede constatar, por una parte, el aumento de las cotizaciones pactadas por beneficiario tanto para ambos tipos de ISAPREs (43,1 por ciento y 50 por ciento abiertas y cerradas, respectivamente), llegando al orden de los \$48 mil en el año 2013 para las ISAPREs abiertas; por otra parte, la mayor importancia relativa de la cotización adicional en el caso de las ISAPREs abiertas (aprox. el 27 por ciento versus once por ciento en las ISAPREs cerradas). De esta forma, para el año 2013 el ingreso total por concepto de cotizaciones del siete por ciento fue de MM\$1.294.008²⁴ para

²⁰ ISAPREs abiertas: Banmédica, Colmena Golden Cross, Consalud, Cruz Blanca, Ferrosalud, Másvida y Vida Tres; ISAPREs cerradas: Chuquicamata, Cruz del Norte, Fundación, Fusat, Río Blanco, San Lorenzo.

²¹ Llamados también seguros de *prima actuarialmente justa* en la literatura (Zweifel y Breyer, 1997)

²² Muchos son planes colectivos de empresas. Un alto porcentaje de las ventas se concentra en un reducido número de planes.

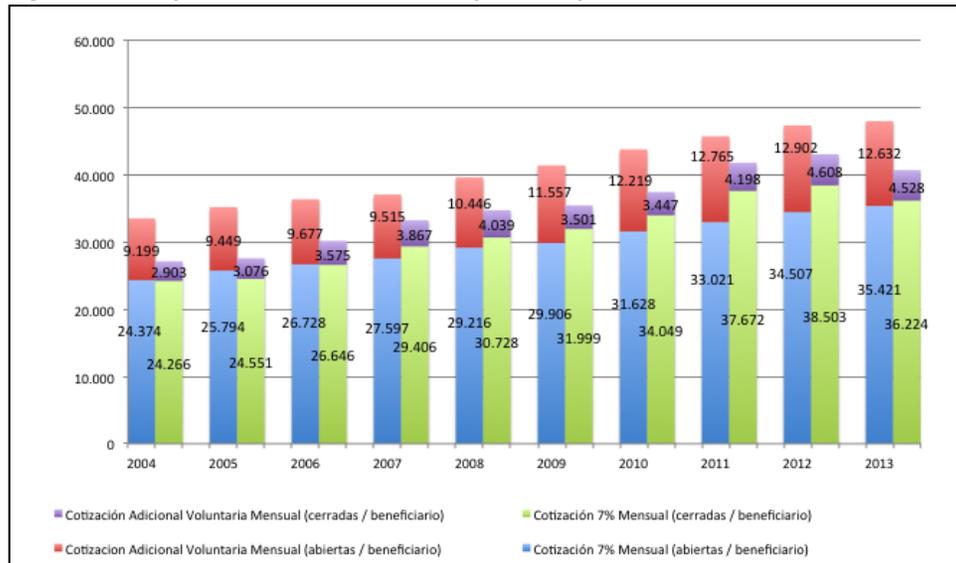
²³ De acuerdo a información de la Superintendencia de Salud a enero de 2014 existirían un total de 55.830 planes vigentes, de los cuales 11.604 serían comercializados (Presentación Superintendente de Salud, 30 de abril de 2014).

²⁴ Equivalente a 0,94% del PIB del año 2013.

ISAPREs abiertas y de MM\$44.392²⁵ para ISAPREs cerradas, mientras que por concepto de cotizaciones adicionales recibieron MM\$461.458²⁶ y MM\$5.550²⁷ respectivamente.

En el año 2013 la prima obligatoria promedio por beneficiario correspondió a \$35.421 (\$65.667 por cotizante) para las ISAPREs abiertas, mientras que las prima adicional voluntaria promedio correspondió a \$12.632 por beneficiario (\$23.417 por cotizante) para el mismo conjunto de ISAPREs.

Figura 5: Composición de la cotización pactada por beneficiario ISAPRE 2004-2013.



Fuente: Datos provisionales. Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios.

Al observar con mayor detalle la composición de la cotización pactada por beneficiario de ISAPREs abiertas para el año 2013, por ejemplo, ordenando a la población beneficiaria por percentil de renta imponible (Figura 6) o por tramos de edad (Figura 7), es posible constatar que existe una brecha entre la cotización pactada y la prima siete por ciento, que es mayor en los beneficiarios de ingresos más bajos y también en beneficiarios de mayor edad. De esta manera, se tiene que la cotización adicional es considerablemente mayor tanto en los beneficiarios de relativamente menores ingresos²⁸ y en los de grupos etarios más altos, siendo en los primeros mayor a \$20 mil por beneficiario y en los segundos incluso de más de \$70 mil. Es decir, estos dos grupos deben “compensar” su siete por ciento con un monto de recursos importante para poder acceder a los planes ofrecidos por el sistema.

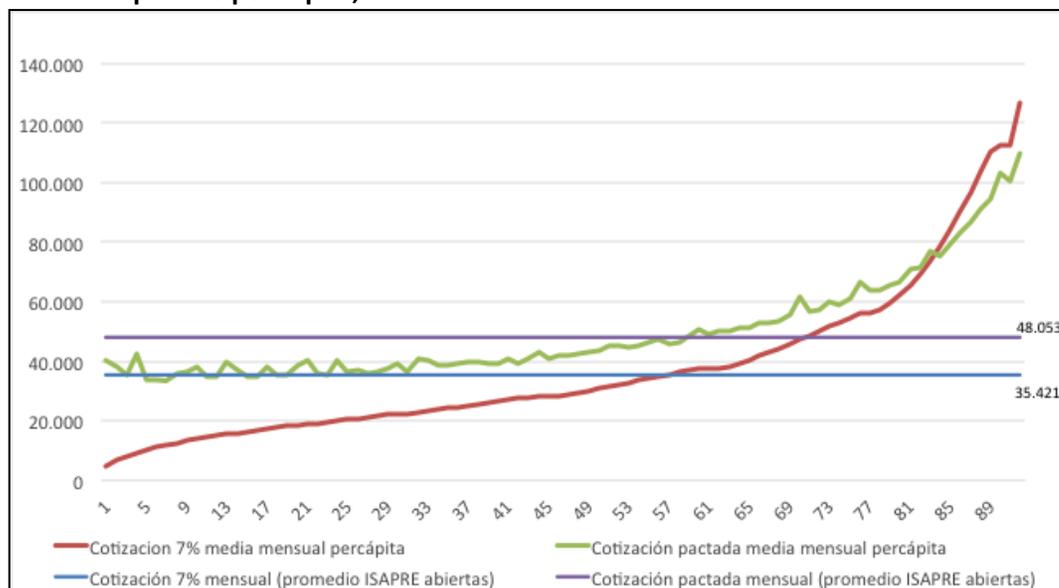
²⁵ Equivalente a 0,03% del PIB del año 2013.

²⁶ Equivalente a 0,34% del PIB del año 2013.

²⁷ Equivalente a 0,004% del PIB del año 2013.

²⁸ A modo de referencia, la renta imponible mensual por beneficiario en el Quintil 1 de renta para el año 2013 fue de \$193.736, mientras que para los beneficiarios del Quintil 5 fue de \$1.145.178.

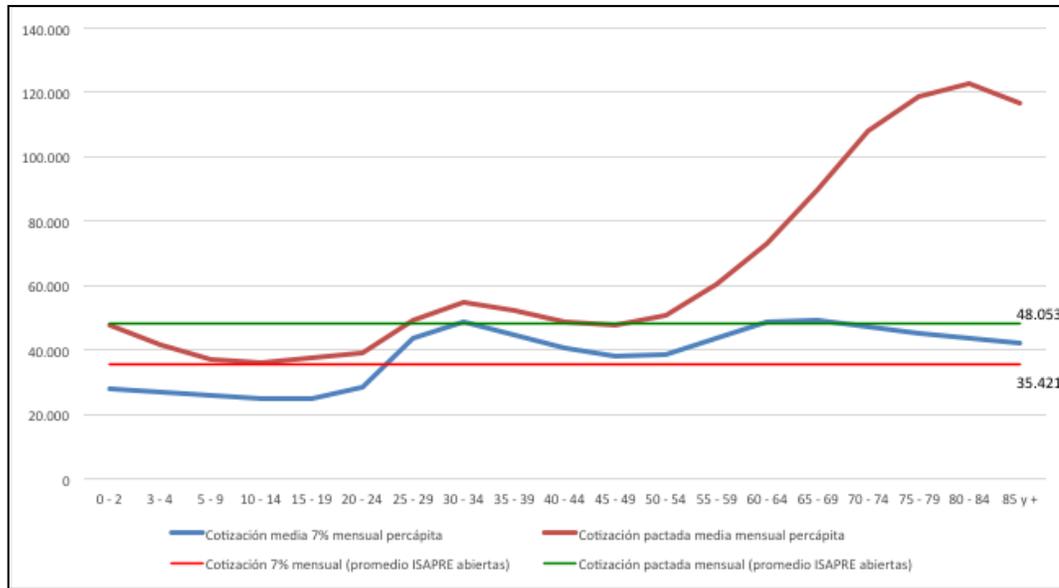
Figura 6: Cotización 7% y pactada por beneficiario ISAPREs abiertas, por percentil de renta imponible per cápita, año 2013.



(*) Renta imponible mensual por beneficiario: \$193.736 (media quintil 1); \$1.145.178 (media quintil 5).

Fuente: Datos provisionales. Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios.

Figura 7: Cotización media 7% y pactada por beneficiario ISAPREs abiertas, por tramo de edad del beneficiario, año 2013



(*) Brecha entre cotización 7% y cotización pactada es considerablemente mayor para beneficiarios de mayor edad (mayores cotizaciones adicionales voluntarias).

Fuente: Datos provisionales. Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios.

b. Reajustabilidad de las primas

Los fondos del sistema previsional de salud público se reajustan en función del alza en los ingresos del trabajo que incrementa la base de la cotización del siete por ciento obligatorio y según los reajustes presupuestarios en el aporte fiscal.

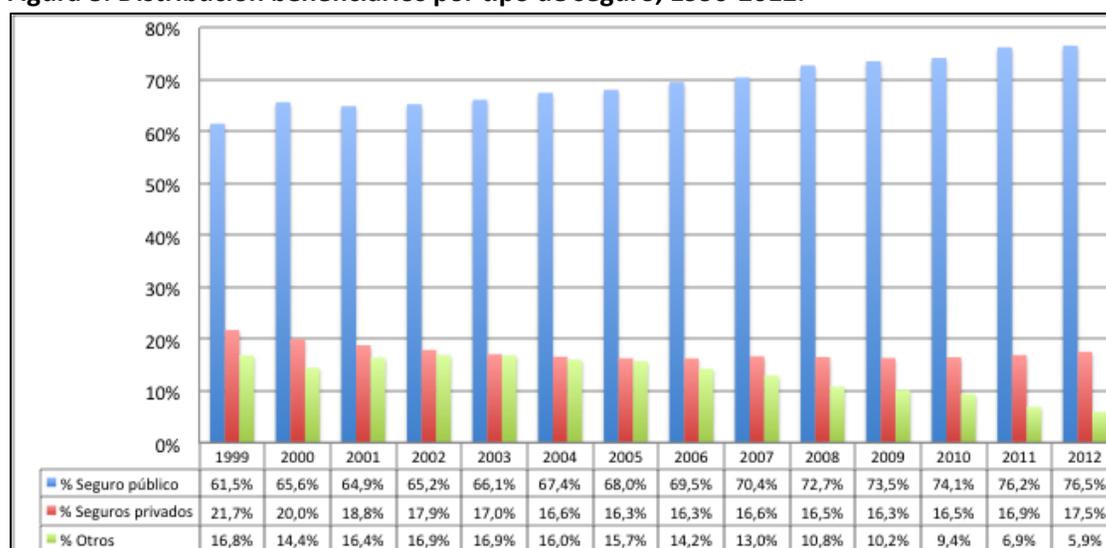
En el caso de las ISAPREs el reajuste es por la variación del IPC (al estar los planes en UF) y un mecanismo de alza de la prima base por ISAPRE de manera más o menos libre (sobre la cual, se calculan los riesgos de cada beneficiario) como se ha explicado en la subsección sobre Adecuación de los Planes, ya que el uso de la banda no afecta el nivel de precios de la prima base, sino que la dispersión de estas alzas. Una segunda posibilidad de alza de componentes de la prima es la permitida por la incorporación de patologías nuevas a las GES, ya que las ISAPREs son libres de fijar el precio en este caso con la sola condición de que sea comunitario, es decir, igual para todos los beneficiarios de cada ISAPRE. Una tercera posibilidad de reajuste de precios para los beneficiarios la constituye las alzas de copagos en los planes, lo que puede ocurrir por varias vías como aumento directo, disminución de topes o el del número de veces en que cierto tipo de atenciones son cubiertas. Finalmente, el alza de precios también se produce a través de la venta de nuevos planes.

1.4 Aspectos generales de la organización del sistema

1.4.1 Cobertura poblacional

La población de beneficiarios FONASA creció a una tasa de 2,76 por ciento promedio anual entre los años 1999 y 2012 (pasando de un 61,5 por ciento a un 76,5 por ciento de la población país), mientras el número de beneficiarios ISAPRE decreció a una tasa de -0,6 por ciento promedio anual (de un 21,7 por ciento a un 17,5 por ciento)²⁹. De esta forma, en el año 2012, el 76,5 por ciento de la población estaba adscrita al FONASA y un 17,5 por ciento a una ISAPRE. La Figura 8 muestra la evolución de la proporción de beneficiarios por tipo de seguro entre los años 1999 y 2012.

Figura 8: Distribución beneficiarios por tipo de seguro, 1990-2012.



Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Demográficas FONASA (2014).

De los 3 millones 146 mil 462 beneficiarios de ISAPRE a diciembre de 2013, un 96,7 por ciento (3 millones 44 mil 337) pertenecía a alguna de las siete ISAPREs abiertas y el restante 3,25 por ciento a alguna de las seis ISAPREs cerradas existentes a esa fecha (Superintendencia de Salud, 2014).

1.4.2 Perfil demográfico y epidemiológico de la población

a. Demografía

La estructura poblacional chilena es resultado del proceso de transición demográfica iniciado en la década del 30 del siglo XX, que se caracteriza por la disminución de la mortalidad y

²⁹ Debido, por ejemplo, a la eliminación del subsidio del 2% mencionada anteriormente.

de la fecundidad en todos los grupos de edad. A través de los años, estos cambios han llevado a la reducción de la población joven y al aumento de la proporción de población adulta y de edades avanzadas, situación que se describe como un estado de transición demográfica avanzada. La consecuencia de este fenómeno es que la población potencialmente activa comienza a disminuir y con ello aumenta el índice de dependencia demográfica. Este índice refleja la carga económica que la población potencialmente activa debe sustentar, el que disminuyó en forma paulatina en Chile desde el año 1965 a consecuencia la reducción de la natalidad, llegando a su mínimo en el año 2011. (Villalón & Vera, 2012).

El escenario actual y futuro próximo, con una proporción creciente de adultos mayores de sobrevivida prolongada, implica una importante exigencia para los sistemas de seguridad social y especialmente de salud, dada la mayor demanda de servicios de salud que presenta la población mayor. En efecto, la mortalidad y los perfiles de morbilidad son determinados (aunque no únicamente) por la edad de las personas, de forma que el riesgo de enfermar y morir se concentra en las edades extremas en ambos sexos y particularmente en los adultos mayores.

Las estructuras demográficas de las poblaciones de beneficiarios de FONASA y del conjunto de las ISAPREs reflejan el efecto de los componentes de migración entre ambos sistemas. Los beneficiarios de ISAPRE presentan una baja proporción de población adulta mayor, alta proporción de población en edad económicamente activa con un marcado predominio del sexo masculino. Esta situación se refleja en los índices de envejecimiento, donde FONASA duplica a las ISAPREs; el índice de dependencia, que en FONASA es 71 por ciento mayor que en ISAPREs, y el índice de masculinidad, que en ISAPREs es de 116 hombres por cada 100 mujeres (Tabla 2).

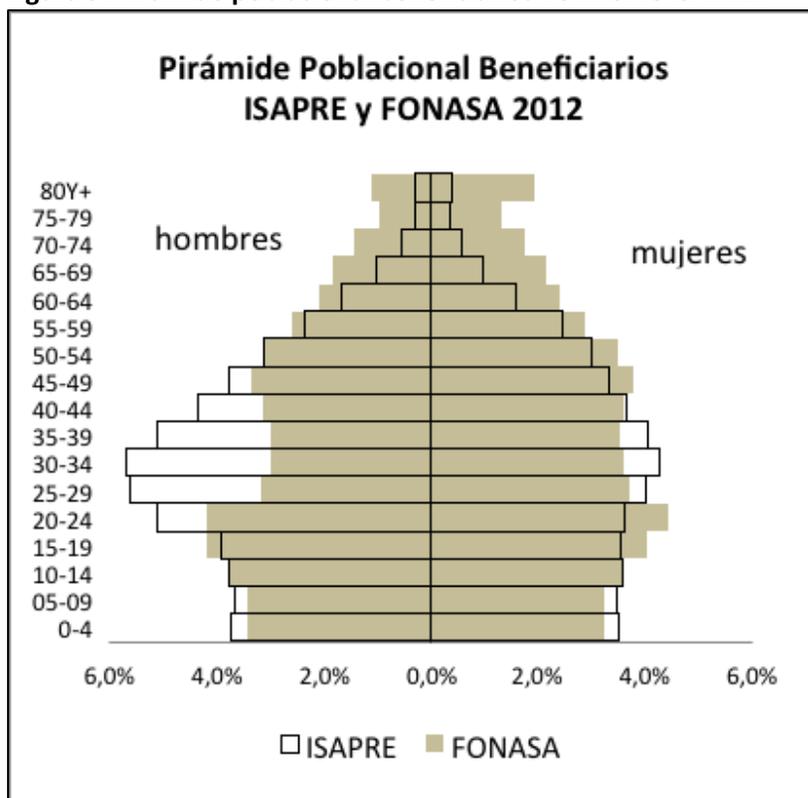
Tabla 2: Estructura demográfica población beneficiaria FONASA e ISAPRE.

ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA			
Comparación Beneficiarios FONASA e SAPRE 2012			
Parámetros	FONASA	ISAPREs	CHILE
Población <15	21%	22%	22%
Población 15-59	63%	71%	65%
Población 60 y +	17%	8%	14%
IDD Índice de dependencia 100* (Inactivos/Activos)	60	35	49
IE Índice de Envejecimiento 100(60y +/<15)	82	35	63
IM Índice de Masculinidad 100* (hombres/mujeres)	90	116	98

Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas de FONASA y de la Superintendencia de Salud.

La pirámide comparada de ambas poblaciones (Figura 9) muestra el efecto de la emigración de FONASA a ISAPRE en las edades productivas, especialmente en hombres, y el retorno a FONASA de los adultos mayores, quienes al ver reducida su capacidad ganancial son forzados a salir del sistema por el mayor costo del sistema privado.

Figura 9: Pirámide poblacional beneficiarios FONASA e ISAPRE.



Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas de FONASA y de la Superintendencia de Salud.

b. Situación epidemiológica

1.5 Indicadores de impacto en salud, prevalencia de factores de riesgo y problemas de salud

La Encuesta Nacional de Salud del año 2009 permite comparar las prevalencias de daño en salud de las poblaciones beneficiarias de ISAPRE y FONASA para las enfermedades incluidas en el estudio. Lo esperable es que la población de FONASA presente mayores prevalencias de daño en promedio debido a tres factores fundamentales: el mayor envejecimiento de sus beneficiarios, el menor nivel de ingreso promedio de sus afiliados y la no existencia de barreras de ingreso para las personas con pre-existencias. Es así como se observan diferencias significativas entre ambos subsistemas para varios de los problemas de salud investigados, incluyendo HTA, obesidad, diabetes, sedentarismo y riesgo cardiovascular, entre otros³⁰. Sin embargo, al aislar el efecto de la estructura demográfica comparando prevalencias para un mismo tramo de edad, se observa que la mayor parte de los problemas de salud no presentan

³⁰ Ver Tabla D.1 en Anexo D.

diferencias significativas entre ISAPRE y FONASA, excepto para problemas de audición y necesidad de placa dentaria donde consistentemente FONASA presenta una significativa mayor frecuencia en todos los tramos de edad. Esto quiere decir que la mayor prevalencia de daño de los afiliados de FONASA se debe principalmente a que atiende una mayor proporción de población envejecida y a que las ISAPREs, pese a atender a población con mayor nivel de ingresos y con mayor acceso y utilización de servicios, no logran reducir significativamente la frecuencia de factores de riesgo de sus afiliados.

i. Egresos hospitalarios

La base de datos de egresos hospitalarios permite describir la frecuencia de egresos y los perfiles de causas de las poblaciones beneficiarias de ISAPRE y compararlas con la de FONASA. Durante el año 2011 los beneficiarios de las ISAPREs tuvieron 282.655 egresos hospitalarios, el 17 por ciento del total de hospitalizaciones en Chile, y FONASA representó el 74 por ciento. La tasa poblacional de hospitalización de los beneficiarios ISAPRE es ligeramente mayor que la de FONASA, pero con diferencias muy marcadas en el sexo masculino, donde los beneficiarios de ISAPRE tienen una tasa 32 por ciento mayor (ver Tabla 3).

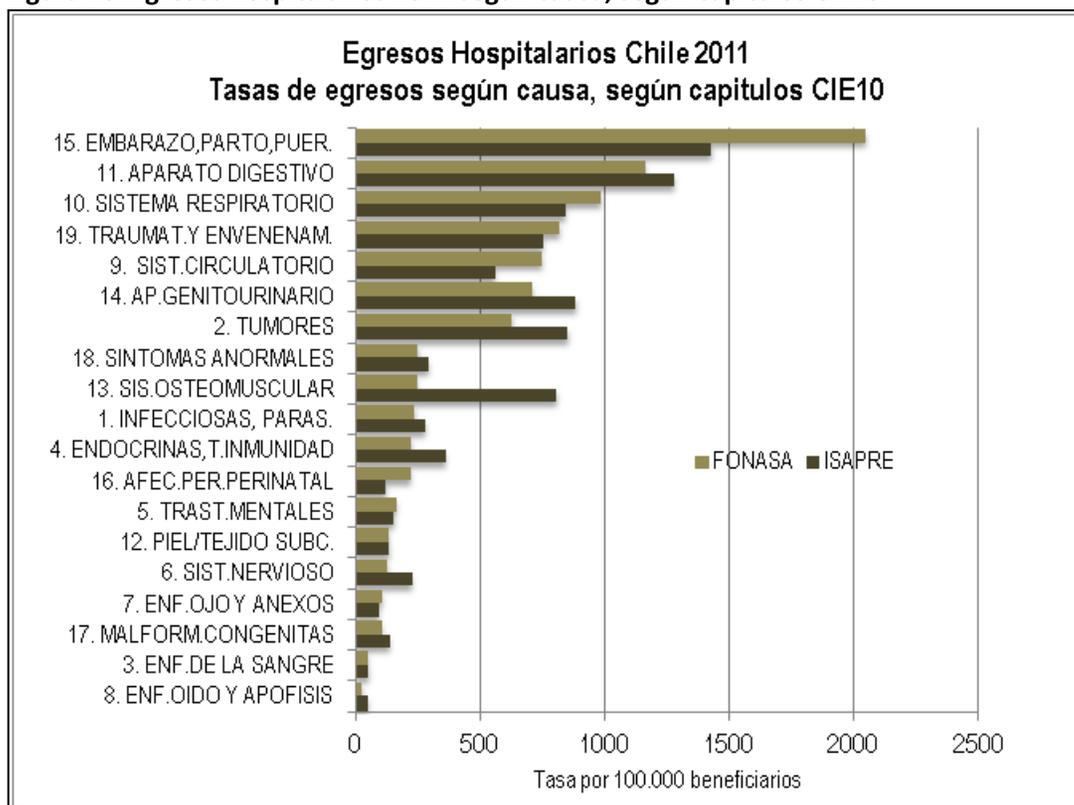
Tabla 3: Egresos hospitalarios 2011 beneficiarios FONASA e ISAPRE.

CHILE EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN PREVISIÓN 2011			
Tasa egresos por 1000 habitantes			
	Hombres	Mujeres	Total
ISAPRE	84,5	101,1	93,3
FONASA	63,9	119,3	90,1
TOTAL	67,3	115,6	90,7

Fuente: Elaboración propia con base de datos egresos Ministerio de Salud

Al comparar las causas de egresos según los capítulos de la CIE10, se observa que el perfil de causas es similar en ISAPRE y FONASA: en ambos sistemas los partos y el aparato digestivo ocupan los primeros lugares. Sin embargo, hay algunas diferencias marcadas en las tasas de hospitalización entre ambos sistemas, con mayor tasa en ISAPRE para las causas asociadas al aparato osteomuscular, patologías del oído, sistema nervioso, sistema endocrino y tumores. En FONASA, en cambio, hay mayor volumen de hospitalización por afecciones del período perinatal, embarazo, enfermedades circulatorias, respiratorias y enfermedades del ojo cuando se compara con las ISAPREs (Figura 10).

Figura 10: Egresos hospitalarios 2011 según causa, según capítulos CIE10.



Fuente: Elaboración propia con base de datos egresos Ministerio de Salud.

Finalmente al analizar las causas específicas de egresos³¹, se observa que las primeras causas son similares en ambos sistemas, pero existen diferencias llamativas, como la frecuencia de egresos por obesidad en ISAPRE. Las tasas de hospitalización muestran diferencias significativas para causas como parto, neumonía, que son mayores en FONASA³², y obesidad, patologías otorrinolaringológicas y otras de resolución quirúrgica como enfermedades urológicas y traumatológicas en ISAPRE, a excepción de la apendicitis aguda que es prácticamente igual ambos sistemas.

1.5.2 Estado de salud y utilización

En relación a las diferencias en estado de salud y utilización de servicios de salud entre beneficiarios de FONASA e ISAPRE, a partir de los resultados de la Encuesta CASEN 2011 se puede mencionar lo siguiente:

³¹ Ver Tabla D.2 en Anexo D.

³² En el caso de los partos otra diferencia importante es la proporción de cesáreas, la cual es significativamente mayor en ISAPRE (aprox. 60%, mientras en FONASA 40%).

- Al usar el indicador Porcentaje de personas con salud mala o regular³³, para todas las edades y quintiles de ingreso, se verifica que la población en FONASA tiene una condición de salud menos buena que la población ISAPRE (en promedio 16,9 por ciento y 6,9 por ciento de sus beneficiarios respectivamente). Ello es consistente con las causales mencionadas en la sección precedente, el mayor envejecimiento de la población FONASA, la selección de riesgos en el sistema de ISAPRE y la diferencia en situación económica de los beneficiados.
- Si se considera la condición de discapacidad (ámbito físico, intelectual o psiquiátrico), se tiene que el porcentaje de discapacitados es mayor en la población de FONASA para prácticamente todas las categorías edad/ingresos (en promedio general, siete por ciento para FONASA y 2,4 por ciento para ISAPRE), si bien las diferencias son a veces menos pronunciadas que al considerar el auto-reporte de salud. En este contexto es importante recordar que la discapacidad aumenta con la edad de las personas.
- El porcentaje de personas que tuvo atención de salud entre aquellos que tuvieron una enfermedad, problema de salud o accidente en los últimos 3 meses es similar entre los beneficiarios de FONASA (92,1 por ciento) e ISAPRE (94,1 por ciento), aunque levemente mayor para estos últimos.
- En relación a la utilización, como se muestra en las Tablas 4 y 5, por regla general la tasa de utilización de prestaciones aumenta con el tramo de edad, un resultado esperado por la condición de salud de los grupos de mayor edad. También aumenta con el nivel de ingreso, reflejando esta vez que el acceso a la salud tiene relación con la capacidad de pago de las personas, si bien ello no es prueba de que haya déficit de atenciones en los grupos de menores ingresos (pudiera haber sobre uso en otros casos). Asimismo, la tasa de uso es por lo general mayor en el sistema de ISAPRE a nivel de los diferentes subgrupos ingreso/edad³⁴.
- En cuanto al uso de exámenes preventivos para los cuales pregunta la encuesta CASEN, tanto el papanicolaou como la mamografía presentan una mayor utilización por parte de la población de ISAPRE.

³³ Entendida como aquellas con nota 1 a 4 en la escala de 1 a 7.

³⁴ Pero se advierte que los tamaños muestrales son reducidos en la población de bajos ingresos o mayor edad que está adscrita a ISAPRE (por lo que los resultados pueden ser más volátiles en estos casos).

Tabla 4: Utilización de servicios de salud FONASA / ISAPRE por quintil de ingreso, CASEN 2011.

Quintil	Promedio número de consultas (todo tipo) en los últimos tres meses		Promedio número de controles (todo tipo) en los últimos tres meses		Promedio número de exámenes (imágenes, laboratorio) en los últimos tres meses		Promedio número de cirugías (incluye partos) en los últimos doce meses		Población hospitalizada últimos 12 meses: promedio días camas		Papanicolaou: examen requerido en los últimos tres años		Mamografía: examen requerido en los últimos tres años	
	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE
1	0,78	0,6	0,33	0,34	0,32	0,34	0,04	0,03	8,29	6,9	57,6	42,5	41,1	59,7
2	0,79	0,82	0,21	0,44	0,35	0,44	0,04	0,05	8,41	5,22	54,9	52,2	43	66,2
3	0,78	0,74	0,37	0,51	0,39	0,51	0,04	0,04	8,05	10,6	52,8	58	44,9	68,1
4	0,82	0,9	0,35	0,43	0,46	0,43	0,05	0,05	7,76	4,91	54,9	53,1	49,9	64,7
5	0,93	1,12	0,39	0,59	0,51	0,59	0,04	0,06	6,32	4,14	56,4	65,8	56,8	74,1
Total	0,81	1,02	0,37	0,54	0,39	0,54	0,04	0,06	7,95	4,77	55,2	61,4	46,7	71,2

Fuente: Elaboración propia en base a CASEN 2011.

Tabla 5: Utilización de servicios de salud FONASA / ISAPRE por grupo de edad, CASEN 2011.

Quintil	Promedio número de consultas (todo tipo) en los últimos tres meses		Promedio número de controles (todo tipo) en los últimos tres meses		Promedio número de exámenes (imágenes, laboratorio) en los últimos tres meses		Promedio número de cirugías (incluye partos) en los últimos doce meses		Población hospitalizada últimos 12 meses: promedio días camas	
	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE
0-18	0,76	1,06	0,42	0,31	0,18	0,31	0,02	0,03	6,46	4,26
19-40	0,6	0,88	0,25	0,44	0,29	0,44	0,05	0,07	5,95	3,74
41-65	0,91	1,1	0,42	0,77	0,52	0,77	0,04	0,06	9,03	4,84
66 y mas	1,26	1,34	0,73	1,21	0,87	1,21	0,06	0,1	10,99	10,89
todos	0,81	1,02	0,37	0,54	0,39	0,54	0,04	0,06	7,95	4,77

Fuente: Elaboración propia en base a CASEN 2011.

Finalmente, en relación a las coberturas efectivas³⁵ asociadas a algunos problemas de salud para los que se cuenta con información, se pueden observar diferencias entre FONASA e ISAPRE, como, por ejemplo, la diabetes, con un 34 por ciento para FONASA y un 42 por ciento para ISAPRE y depresión 56 por ciento y 82 por ciento respectivamente, mientras en el caso de la hipertensión la cobertura efectiva sería mayor para los beneficiarios FONASA (18 por ciento) que para los beneficiarios ISAPRE (trece por ciento) (Aguilera et al, 2014).

³⁵ El concepto de cobertura efectiva corresponde a la proporción de personas que teniendo la necesidad logran acceder a la atención y resolver su problema de salud.

1.5.3 Organización de la prestación de Servicios

El sector público está representado por el SNSS y constituido por 29 Servicios de Salud, organizándose en niveles de atención que trabajan como Redes Asistenciales que son organismos estatales funcionalmente descentralizados. El primer nivel es la Atención Primaria de Salud (APS), mayoritariamente de administración municipal, con una población a cargo de un determinado territorio (municipio). Es la encargada de realizar prestaciones que consideran promoción de salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad para lo cual reciben financiamiento desde el FONASA: per cápita de acuerdo a la población inscrita en sus establecimientos, ajustado por algunas condiciones poblacionales como pobreza, ruralidad, etc. Adicionalmente, se establecen convenios con los Servicios de Salud por prestaciones de programas de salud que no están incluidos en el financiamiento per cápita y también se reciben aportes de los propios municipios (25 – 30 por ciento del financiamiento total). Un porcentaje de los problemas de salud-enfermedad-atención no pueden resolverse en ese nivel de atención y se envían al nivel secundario (especialidad ambulatoria hospitalaria).

En el caso del FONASA, el prestador para las atenciones es el SNSS, a través de la modalidad institucional (MAI). Este esquema se ha complementado con la MLE que permite a los afiliados optar a la libre elección dentro de una amplia lista de prestadores que tienen convenio con FONASA. Este mecanismo se emplea básicamente para atenciones y procedimientos ambulatorios (de acuerdo a preferencia de libre elección de afiliados con capacidad de pago), como una forma de evitar estar en lista de espera y de acelerar el tratamiento de su dolencia, entre otras razones. Además, existe la posibilidad de compra de prestaciones y/o servicios a privados con fines de lucro por parte del FONASA, Servicios de Salud, hospitales y municipios, fundamentalmente para dar cumplimiento a la garantía de oportunidad del GES.

El sector público contaba con 1.969 establecimientos a lo largo del país el año 2013, de los cuales mil 757 correspondían a APS, 18 a centros de nivel secundarios (Centros de Diagnóstico y Terapéuticos (CDT), Centros de Referencia de Salud (CRS)) y 194 establecimientos de atención cerrada de baja, mediana y alta complejidad, contando estos últimos con centros de especialidad ambulatorios adosados, y con un total de 27 mil 776 camas (2012). Para el mismo año existían 5 mil 474 instituciones privadas y 20 mil 297 profesionales en convenio MLE con FONASA. Entre las primeras se incluyen, por ejemplo, 731 centros médicos, 773 laboratorios, 170 clínicas quirúrgicas de menor, mediana y mayor complejidad, 142 centros de diálisis y también 145 servicios de pensionado asociados a hospitales del SNSS. (DEIS-MINSAL, 2014).

El sector privado carece de una organización estructurada en niveles de atención progresiva. Se reconocen, no obstante, dos niveles de atención: el nivel hospitalario y el nivel ambulatorio. El nivel hospitalario corresponde a clínicas privadas de alta y mediana complejidad (en su mayoría con fines de lucro). El nivel ambulatorio está representado por centros médicos y consultas privadas aisladas o adosadas a establecimientos de hospitalización (clínicas). Los laboratorios clínicos, centros de diálisis y centros de imagenología, entre otros dispositivos de apoyo diagnóstico y terapéutico, pueden estar integrados a los centros de atención o bien funcionar como entidades independientes. Las personas afiliadas al sistema ISAPRE tienen la posibilidad de acceder a redes preferentes de atención según su plan contratado, sin embargo la modalidad más frecuente es la libre elección en la que son los afiliados quienes deciden a qué tipo de profesional y/o establecimiento acudir.

En términos de oferta de infraestructura, los prestadores privados de salud disponen de 83 clínicas con 6 mil 292 camas, 773 laboratorios, 574 centros de imagenología, 773 centros médicos y 142 centros de diálisis (cifras al año 2012), con un fuerte crecimiento a través del tiempo (Clínicas de Chile, 2013).

El sector privado de la salud en Chile ha tenido un desarrollo progresivo. A nivel de prestaciones, realizando casi 100 millones de atenciones de salud-enfermedad anuales, lo que equivale al 37 por ciento del total de prestaciones brindadas en Chile, incluyendo atención primaria (cifras al año 2012). De ellas, cerca del 50 por ciento se entrega a beneficiarios de FONASA a través de la Modalidad de Libre Elección (MLE). Sin embargo, el costo de estas acciones para el FONASA es menor aunque creciente, alcanzando cerca del doce por ciento del total del presupuesto que transfiere a prestadores (Clínicas de Chile, 2013).

Por otra parte, es importante señalar que del total de los médicos que ejercen en el país, el 52 por ciento se desempeña exclusivamente en el sector prestador privado (MINSAL, 2011) y en términos de horas médicas, esa cifra se eleva a un 62 por ciento (SII, 2007). También la participación de los prestadores privados como empleador de los otros profesionales, técnicos y administrativos del sector, es hoy mayoritaria, de acuerdo a los datos de la encuesta CASEN 2009.

La actual participación del sector privado en la atención de los problemas de salud - enfermedad de la población chilena ha crecido en base a una serie de cambios estructurales orientados al desarrollo del mercado en salud, siendo la creación de las ISAPREs un hito relevante en el impulso que llevó al sector a su situación actual, lo que se traduce en el surgimiento de una oferta diversificada y en constante crecimiento. El aumento de las alternativas de prestadores de salud –con una amplia variedad de precios, sumado al crecimiento económico del país–, dinamizó también fuertemente la demanda de las personas a través de la MLE de FONASA.

De acuerdo a un estudio de la Fiscalía Nacional Económica, del total de prestaciones a nivel país, el 75,1 por ciento de las prestaciones son pagadas por FONASA, de éstas, el 72,5 por ciento se entregan en modalidad institucional y el 27,4 por ciento restante se entrega en MLE (FNE, 2012). En cuanto al sector ISAPRE, el 97 por ciento de las prestaciones de salud de sus beneficiarios fueron otorgadas por el sector privado y solo 3 por ciento por el público en el año 2010 (Superintendencia de Salud, 2013).

1.5.4 Coberturas financieras

a. FONASA

En la Red Pública o Modalidad Institucional prácticamente todos los beneficiarios FONASA se atienden gratuitamente en los centros de salud, mientras que en los hospitales públicos copagan de acuerdo a su tramo de ingreso: el A y B, así como los asegurados que tienen 60 años y más, no copagan por su atención, y quienes están en los tramos C y D tienen un copago del diez por ciento y 20 por ciento, respectivamente. En el caso de las atenciones dentales, el copago es de un 30 por ciento para el tramo B, 50 por ciento para el tramo C y un 80 por ciento para el D. También hay copagos diferentes para quienes reciben medicamentos en el hospital.

En el caso de la Libre Elección (a la que acceden los cotizantes, es decir, quienes están en los tramos B, C y D), las personas hacen un copago en función del nivel de inscripción del prestador en convenio con FONASA (niveles 1, 2 ó 3) para consultas médicas (generales y de especialidad), exámenes de laboratorio e imagenología, salud oral, cirugías (con días cama, derecho a pabellón y honorarios médicos), radioterapia, siquiatria. La cobertura financiera promedio para prestaciones otorgadas por MLE fue de 39,3 por ciento para el año 2013, es decir, un nivel de copago de 60,7 por ciento. Para este período, las prestaciones de mayor cobertura fueron los Pagos Asociados a Emergencias (PAE) (72,5 por ciento), y los Pagos Asociados a Diagnósticos (PAD) no dentales (63,5 por ciento), mientras que las menores coberturas se asocian a los días cama (2,6 por ciento, copago de 97,4 por ciento³⁶), que se explicaría por la facultad de los prestadores privados de cobrar diferenciales. En el caso de las atenciones médicas, las coberturas promedio fueron de 52,4 por ciento (FONASA, 2014).

b. Coberturas financieras ISAPRE abiertas año 2013

Por su parte, las ISAPREs, tanto abiertas como cerradas, cuentan con numerosos planes distintos con diferencias de cobertura, tipos de prestaciones cubiertas, topes de gasto por tipo de prestación y costos de los planes de acuerdo a la edad y riesgos. Para el año 2013 las coberturas hospitalarias y ambulatorias estuvieron en torno al 70 por ciento y 60 por ciento respectivamente (con una desviación estándar del orden del 20 por ciento) (Superintendencia de Salud, 2014). El gasto en prestaciones tiene su contraparte en las coberturas financieras que las ISAPREs ofrecen a sus beneficiarios para las distintas categorías de prestaciones, es decir, en el porcentaje del total de la facturación que es cubierto por las ISAPREs.

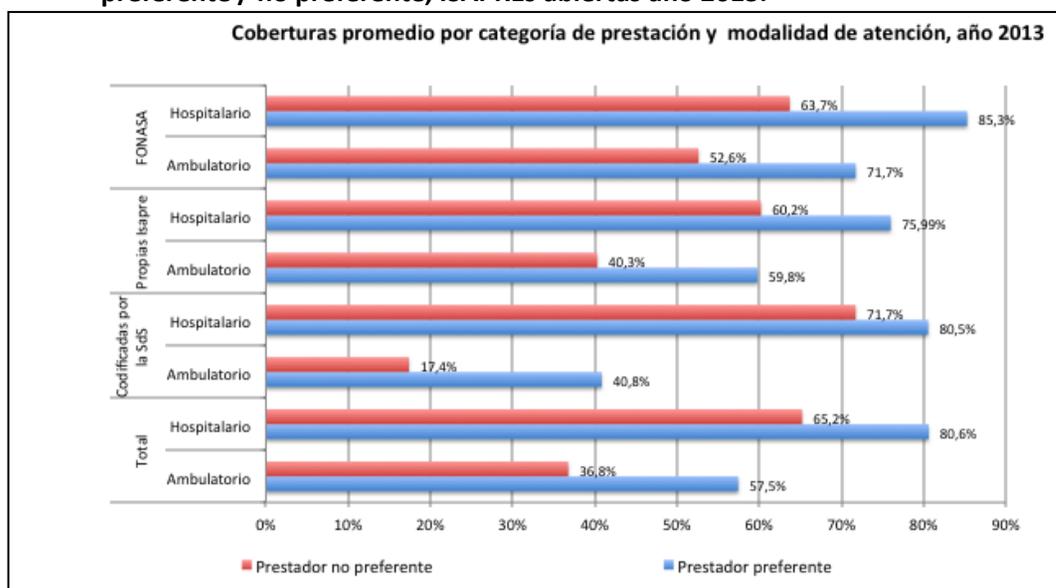
La Figura 11 presenta las coberturas financieras promedio ofrecidas por las ISAPREs abiertas en el año 2013, para las prestaciones no GES, por categoría de prestación (código MLE, codificadas por la Superintendencia de Salud y las propias ISAPREs), de acuerdo a si se dieron a través de un prestador preferente o no y al tipo de atención (ambulatoria y hospitalaria). En promedio, esta cobertura correspondió a aproximadamente 63 por ciento, con un 53,3 por ciento promedio en el nivel ambulatorias y 70,7 por ciento en el hospitalario. En general, se observa una cobertura mayor asociada a prestaciones con codificación MLE, siendo la excepción las prestaciones hospitalarias codificadas por la Superintendencia de Salud³⁷.

Además, se puede constatar que existen importantes diferencias entre las coberturas ambulatorias y hospitalarias, dependiendo de si la prestación se da bajo la modalidad prestador preferente o no, siendo éstas de aproximadamente 20 puntos porcentuales.

³⁶ No cubriendo medicamentos ni insumos clínicos.

³⁷ En el caso de las prestaciones ambulatorias codificadas por la Superintendencia de Salud, las de mayor peso son las dentales, con una cobertura financiera ambulatoria de 7,8% y 38,4% en prestador no preferente y preferente, respectivamente.

Figura 11: Coberturas financieras promedio según categoría de prestación, y prestador preferente / no preferente, ISAPREs abiertas año 2013.



Fuente: Datos provisionales. Superintendencia de Salud. Departamento de Estudios y Desarrollo.

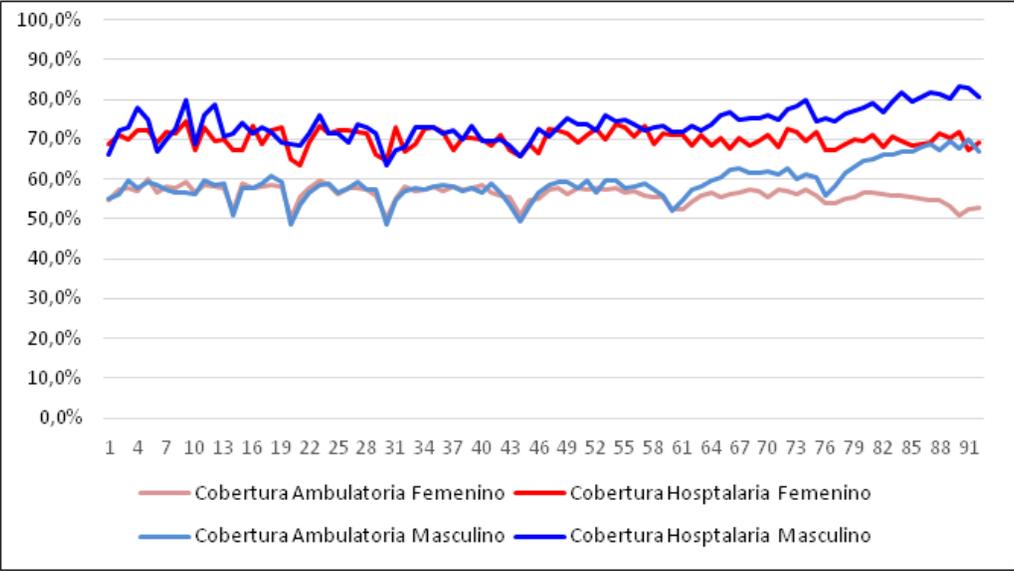
Las coberturas financieras GES se analizan de manera separada ya que corresponden a prestadores designados, en una lógica distinta a las categorías Preferente/No Preferente. En promedio, considerando tanto prestaciones ambulatorias como hospitalarias, la cobertura financiera GES para el año 2013 fue de 93,7%³⁸.

Las siguientes figuras presentan las coberturas financieras promedio, de acuerdo al sexo del beneficiario, para la población beneficiaria ordenada por percentil de renta imponible (Figura 12) y por tramos de edad (Figura 13). En este caso se puede observar que las coberturas hospitalarias oscilan entre 70 por ciento y 80 por ciento, mientras las ambulatorias lo hacen entre el 50 por ciento y el 70 por ciento. Sin embargo, éstas son, en general, mayores para hombres que para mujeres, y también se observa que son mayores para beneficiarios de ingresos más altos (percentiles mayores al 60, o quintiles 4 y 5).

Además, las coberturas se muestran decrecientes con la edad, sobre todo en la atención hospitalaria; y en ambos tipos de atención las coberturas son marcadamente más altas para hombres en edad productiva.

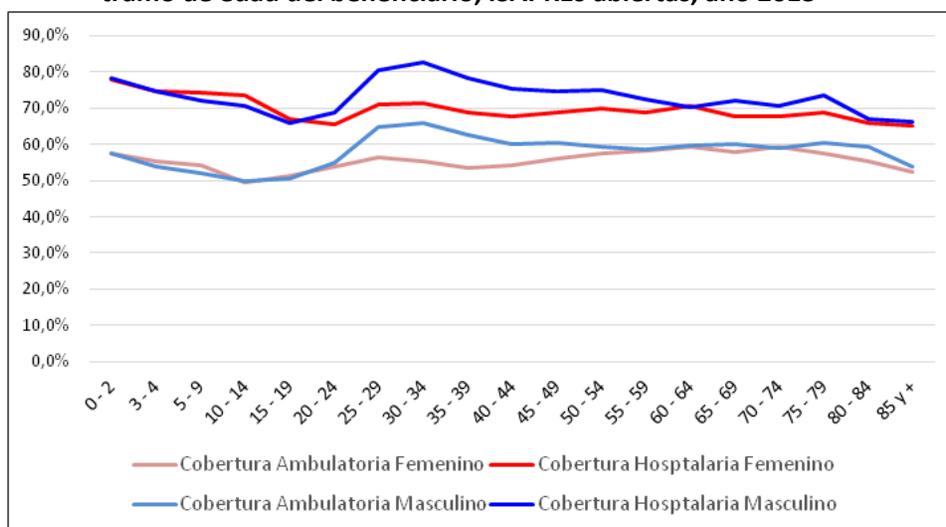
³⁸ Si bien por ley las coberturas financieras GES se definen como un porcentaje del arancel de referencia (o 20% como copago), este arancel no necesariamente coincide con la facturación o costo de la prestación a ser financiada por la ISAPRE, debiendo ésta cubrir la diferencia entre el copago definido en el Decreto y el monto facturado, explicándose de esta forma que las coberturas sean superiores al 80%.

Figura 12: Cobertura financiera promedio por beneficiario, por tipo atención y sexo, por percentil de renta imponible per cápita, ISAPREs abiertas, año 2013.



Fuente: Datos provisionales. Superintendencia de Salud. Departamento de Estudios y Desarrollo.

Figura 13: Cobertura promedio por beneficiario, por tipo atención y sexo, por tramo de edad del beneficiario, ISAPREs abiertas, año 2013



Fuente: Datos provisionales. Superintendencia de Salud. Departamento de Estudios y Desarrollo.

1.5.5 Satisfacción usuaria

Según estudios realizados por la Superintendencia de Salud, la satisfacción con el sistema de salud ha ido cambiando en el último tiempo, en particular, en el sector privado.

Un 36 por ciento de los usuarios de FONASA colocaron nota roja a su sistema de salud, lo que se ha mantenido relativamente estable desde 2009, mientras que en ISAPRE el porcentaje de notas rojas ha subido de un 10 por ciento a un 27 por ciento entre 2009 y 2013.

Al preguntar específicamente por la satisfacción con el seguro de salud, las notas deficientes alcanzan un 33 por ciento en FONASA, con un 4,8 de nota promedio, y un 23 por ciento en ISAPRE con un 5,2 de promedio. En este último, desde 2009 a 2013 las notas inferiores a 4 han subido de un 14 por ciento a un 23 por ciento, y en FONASA han oscilado entre un 27 por ciento y un 34 por ciento.

En esta misma línea, un estudio realizado por la encuestadora MORI consultó por satisfacción con su ISAPRE o con FONASA, mostrando que la satisfacción con “su” ISAPRE entre 2004 y 2013 alcanzó un máximo de 90 por ciento en 2010 y un mínimo de 76 por ciento en 2005 (88 por ciento en 2013). La satisfacción con FONASA en 2013 alcanzó un 76 por ciento, disminuyendo del 82 por ciento que obtuvo en 2007 (MORI, 2014).

Dentro de las principales ventajas percibidas de su seguro por afiliados a FONASA se encuentran los bajos costos (46 por ciento); la calidad, trato y limpieza en el centro de salud (22 por ciento); y la cobertura de exámenes y medicamentos. Los usuarios de ISAPRE destacan la calidad, trato, menor tiempo de espera y limpieza en el centro de salud (43 por ciento); la cobertura de consultas, exámenes y especialistas (41 por ciento); y la disponibilidad para

acceder a centros de salud (18 por ciento). Entre las principales desventajas, los usuarios de FONASA mencionan la mala atención del prestador y largo tiempo de espera (40 por ciento); la falta de especialistas y la no cobertura de todos los exámenes (27 por ciento); y el precio de los bonos y medicamentos no genéricos caros (16 por ciento). Por su lado, los usuarios de ISAPRE dicen que los aspectos negativos están en el no aviso de las alzas y medicamentos no genéricos caros (53 por ciento); la mala cobertura, por ejemplo de enfermedades pre-existentes (22 por ciento); y la mala atención (18 por ciento).

Por otra parte, también la sensación de protección de los usuarios de FONASA e ISAPRE es desigual, un 47 por ciento de los usuarios de FONASA se sienten protegidos o muy protegidos en contraste con el 76 por ciento de ISAPRE. Además, un 26 por ciento y siete por ciento, respectivamente, se sienten desprotegidos o muy desprotegidos. Para los afiliados de FONASA, la principal razón de desprotección son los largos tiempos de espera, seguido por la poca disponibilidad de horas médicas y de especialistas, y la mala atención por parte de los funcionarios. Entre los beneficiarios de ISAPRE, las principales razones para sentirse desprotegidos son el alto precio de los bonos, la poca cobertura y la poca disponibilidad de horas médicas y de especialistas.

En resumen, la percepción de protección en salud y la satisfacción son mayores entre los beneficiarios de ISAPRE respecto de FONASA, sin embargo la insatisfacción de los usuarios de las ISAPREs ha ido creciendo con el paso de los años mientras en el caso de FONASA se ha mantenido relativamente estable en los últimos años.

1.6 Incremento de los costos en salud

1.6.1 Gasto comparado

La tasa de crecimiento real ponderado del gasto per cápita de los últimos 5 años es de 8,4 por ciento (US\$ 1.073 y US\$ 1.606 por habitante en 2007 y 2012, respectivamente, según datos de la OMS). Visto de otro modo, en 2007 el gasto total de salud representaba solo un 6,4 por ciento³⁹ del PIB, mientras que en 2012 supera un 7,2 por ciento del producto total, esto significa que, en promedio, en los últimos 5 años el gasto en salud ha crecido 2,4 por ciento por sobre lo que crece el PIB.

El aumento del gasto en salud es una realidad no solo en Chile, sino que también en el resto del mundo. En casi todos los países desarrollados se gasta más que en Chile, independiente del sistema de salud que posean. Por ejemplo, tal como se ve en la Tabla 6, países con sistemas de salud público como Inglaterra o Canadá se gastan 2,2 y 2,9 veces lo que gasta Chile per-cápita, mientras que en países con sistemas mixtos como Alemania, Bélgica o Suiza los ratios estudiados alcanzan 2,9; 2,7 y 3,8 veces, respectivamente.

³⁹ Gasto en salud como % del PIB: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.1900ALL?lang=en>

Tabla 6: Gasto per cápita en salud países seleccionados, 2007-2012.

US\$ (Según paridad del poder de compra) ⁴⁰	2007	2008	2009	2010	2011	2012	N° de veces Chile	CAC ⁴¹
Argentina	1,095	1,195	1,371	1,306	1,393	1,551	1.0x	7.2%
Australia	3,322	3,415	3,675	3,739	3,970	4,068	2.5x	4.1%
Austria	3,908	4,173	4,366	4,711	4,795	5,065	3.2x	5.3%
Belgium	3,408	3,685	3,890	3,994	4,079	4,320	2.7x	4.9%
Brazil	827	861	907	1,008	1,035	1,109	0.7x	6.0%
Canada	3,840	3,996	4,321	4,456	4,541	4,676	2.9x	4.0%
Chile	1,073	1,127	1,216	1,312	1,478	1,606	1.0x	8.4%
Colombia	535	591	633	634	657	723	0.5x	6.2%
Germany	3,721	3,968	4,182	4,347	4,474	4,617	2.9x	4.4%
Greece	2,727	3,004	2,936	2,585	2,322	2,347	1.5x	-3.0%
Israel	1,911	1,926	1,965	2,053	2,186	2,239	1.4x	3.2%
Mexico	837	892	959	1,003	1,004	1,062	0.7x	4.9%
Netherlands	4,388	4,728	4,883	5,041	5,118	5,385	3.4x	4.2%
New Zealand	2,434	2,692	2,974	3,032	3,175	3,292	2.0x	6.2%
South Africa	755	814	862	894	930	982	0.6x	5.4%
Spain	2,760	2,982	3,085	3,039	2,984	3,145	2.0x	2.6%
Sweden	3,442	3,670	3,720	3,731	3,938	4,158	2.6x	3.8%
Switzerland	4,593	4,968	5,185	5,328	5,673	6,062	3.8x	5.7%
United Kingdom	3,061	3,239	3,418	3,384	3,364	3,495	2.2x	2.7%
United States of America	7,486	7,769	8,009	8,254	8,467	8,895	5.5x	3.5%
Promedio de la muestra	2,806	2,985	3,128	3,192	3,279	3,440	2.1x	4.2%

Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas OMS.

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 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 1990, llegando a 78,3 en 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.

1.6.2 Gasto en prestaciones y en SIL en ISAPREs abiertas

En el caso de las ISAPREs, se observan tendencias consistentes con la realidad nacional y mundial, como muestra el gasto en prestaciones y en Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL) para

⁴⁰ Fuente: OMS, Gasto en salud per-cápita: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.78?lang=en>

⁴¹ CAC: Crecimiento Anual Compuesto

el período 2008-2013 (Tabla 7). El alza de los gastos para las ISAPREs abiertas crece en promedio un 4,5 por ciento por beneficiario cada año, por sobre el aumento del valor de la UF. Esta alza está impulsada tanto por un mayor costo y número de licencias médicas, como por un mayor número de prestaciones entregadas a precios más altos cada año.

Tabla 7: Gasto real en prestaciones y subsidio de incapacidad laboral (SIL) ISAPREs 2008 – 2013.

ISAPREs abiertas (por año)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	CAC*
Costo Prestaciones / Beneficiario (UF)	14.4	14.9	15.6	16.6	24.4	17.8	4.4%
Gasto SIL** / Beneficiarios (UF)	3.3	3.5	3.6	3.7	3.8	4.2	4.9%
Costo Médico Total / beneficiarios (UF)	17.7	18.3	19.2	20.2	20.6	22.0	4.5%
Gasto SIL** / Afiliados (UF)	6.6	6.9	7.0	7.0	7.1	7.8	3.3%

(*) CAC: Crecimiento Anual Compuesto

(**) SIL: Subsidio de Incapacidad Laboral.

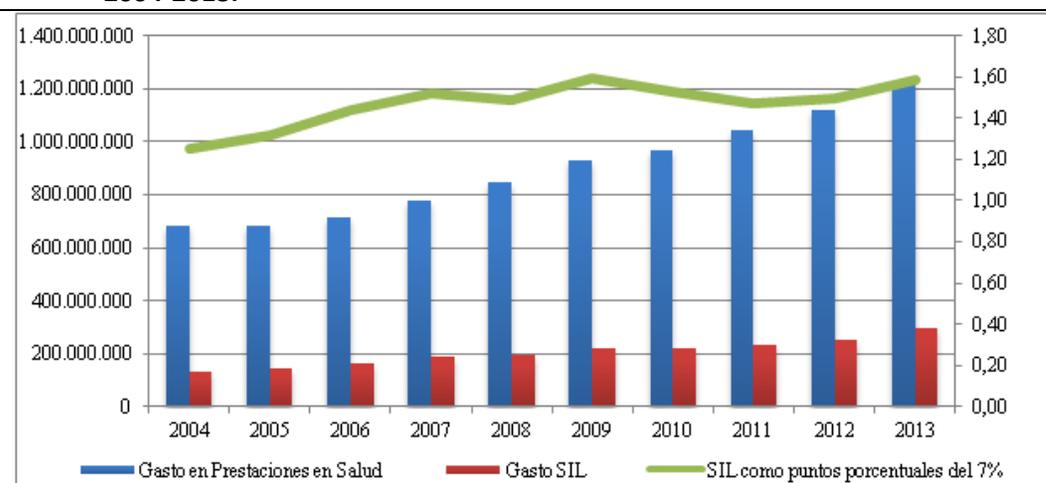
Valores calculados utilizando la cartera de afiliados y beneficiarios promedio mensual y el valor promedio mensual de la UF según el Banco Central de Chile.

Fuente: Superintendencia de Salud.

En términos absolutos, el gasto de las ISAPREs abiertas, tanto en prestaciones como en SIL, aumentó considerablemente entre los años 2004 y 2013. Pasando, el gasto en prestaciones, del orden de los 681 mil millones de pesos en 2004 a 1.224 mil millones de pesos en 2013 (en pesos de 2013; un aumento del 79,67 por ciento en el período), creciendo a una tasa promedio anual del 6,77 por ciento.

Por su parte, el gasto en SIL pasó de ser de alrededor de 132 mil millones de pesos a 293 mil millones de pesos (en pesos de 2013; un aumento del 121,07 por ciento en el período), creciendo a una tasa promedio anual del 9,3 por ciento. Por otra parte, el gasto en SIL como proporción del ingreso por cotizaciones del siete por ciento pasó de representar 1,25 puntos porcentuales del siete por ciento en 2004 a 1,59 en 2013 (Figura 14).

Figura 14: Gasto en prestaciones y SIL ISAPREs abiertas (miles de \$ del año 2013), 2004-2013.



Fuente: Elaboración propia en base a Información Financiera del Sistema ISAPRE-FEFI. Superintendencia de Salud.

En relación al gasto en prestaciones curativas para el año 2013 de acuerdo a las distintas categorías de prestación, el 71,3 por ciento corresponde a prestaciones que cuentan con código MLE del FONASA (\$892.167MM), mientras que el 15,8 por ciento está asociado a prestaciones que no cuentan con esta codificación, pero que han sido codificadas por la Superintendencia de Salud, para ser registradas de manera uniforme por las distintas ISAPREs⁴², el 9,5 por ciento del gasto corresponde a prestaciones GES, y finalmente el 3,3 por ciento restante corresponde a prestaciones que no cuentan con código MLE o de la Superintendencia, y que son codificadas por cada ISAPRE que las cubre. Además, en cuanto a prestaciones preventivas, se debe considerar que el gasto asociado al Examen de Medicina Preventiva de las ISAPREs abiertas para este mismo año ascendió a MM\$1.378.

Finalmente, otros gastos, no asociados a prestaciones, son el SIL y los Gastos de Administración y Ventas, que para este conjunto de ISAPREs, en el año 2013, fueron de MM\$293.225⁴³ y MM \$207.507⁴⁴ respectivamente.

i. Gasto GES en ISAPREs abiertas

El examen de la siniestralidad AUGE hecho en 2011 frente al alza de 56 a 69 eventos, permitió a las ISAPREs un margen de contribución importante solo por efecto del alza de la prima y el bajo uso del sistema GES. De hecho, la siniestralidad del componente GES ha sido relativamente baja y los precios se han elevado sin consideración de ello. En el caso de las

⁴² Entre estas prestaciones se cuentan insumos y materiales clínicos, medicamentos, prestaciones dentales, drogas antineoplásicas y drogas inmunosupresoras.

⁴³ Equivalente al 0,21% del PIB de 2013.

⁴⁴ Equivalente al 0,15% del PIB de 2013.

ISAPREs abiertas, en general se tiene que el gasto mensual por beneficiario es menor que el precio mensual promedio (Tabla 8). En particular, para los años 2011 y 2012 es cercano al 50 por ciento, con un gasto mensual por beneficiario de 0,11 y 0,13 UF, respectivamente, mientras que el precio promedio cobrado por beneficiario ascendió a 0,234 UF.

Tabla 8: Gasto GES ISAPREs abiertas 2007-2013

GES Isapres Abiertas								
Año	Gasto efectivo por bonificación GES	Beneficiarios promedio	Gasto anual promedio GES por beneficiarios	Uf promedio Año	Gasto anual promedio GES por beneficiarios en UF	Gasto mensual promedio GES por beneficiarios en UF	Precio mensual promedio GES por beneficiario	Nota
2007	\$ 22.667 MM	2.596.945	8.728	17.789	0,49	0,04	0,097	(*)
2008	\$ 41.905 MM	2.615.760	16.020	20.429	0,78	0,07	0,097	
2009	\$ 57.726 MM	2.657.522	21.722	21.007	1,03	0,09	0,097	
2010	\$ 68.952 MM	2.687.985	25.652	21.171	1,21	0,10	0,234	(*)
2011	\$ 83.089 MM	2.769.651	30.000	21.846	1,37	0,11	0,234	
2012	\$ 103.035 MM	2.878.656	35.793	22.598	1,58	0,13	0,234	
2013	\$ 117.565 MM	3.044.337	38.618	22.980	1,68	0,14	0,315	(*)

Nota (*): Considera el valor desde julio a diciembre del año indicado.

Fuente: Superintendencia de Salud. Departamento de Estudios y Desarrollo.

b. Valores unitarios de las prestaciones codificadas MLE para ISAPREs abiertas 2013

Al revisar los valores unitarios⁴⁵ asociados a las distintas prestaciones ambulatorias y hospitalarias bajo codificación MLE facturadas a las ISAPREs abiertas durante el año 2013, se observó lo siguiente⁴⁶:

Durante el año 2013 se registraron 1.267 y 1.816 códigos o prestaciones ambulatorias y hospitalarias respectivamente.

Solo ocho prestaciones ambulatorias acumularon el 50 por ciento de la facturación, mientras 31 acumularon el 70 por ciento. Entre estas prestaciones con mayor facturación algunas presentaron una baja cobertura financiera, sobre todo aquellas relacionadas con atenciones psiquiátricas y psicológicas.

Veinticinco prestaciones hospitalarias acumularon el 50 por ciento de la facturación, mientras 62 acumularon el 70 por ciento. En general, la cobertura financiera de estas prestaciones superó el 50 por ciento, siendo algunas excepciones el día cama hospitalización psiquiatría, prótesis arteriales o vasculares y prótesis total de caderas.

⁴⁵ El término valor unitario se usará en referencia al monto o valor que el prestador cobra o carga al seguro por determinada prestación.

⁴⁶ Ver Anexo E para mayores detalles respecto de los resultados.

Al analizar la distribución de los valores unitarios de las distintas prestaciones (31 ambulatorias y 62 hospitalarias) se constató que éstos presentan una dispersión importante.

Al comparar las medianas de los valores se encontró que, en general (aunque con algunas excepciones), los valores según Prestador No Preferente son mayores (aprox. en un 20 por ciento en el caso de las ambulatorias y 27 por ciento en el de las hospitalarias; para 24 de las 31 prestaciones ambulatorias y 47 de las 62 prestaciones hospitalarias).

1.6.3 Situación financiera de las ISAPREs abiertas

Como se ha señalado, las ISAPREs son fiscalizadas por la Superintendencia de Salud en cuanto al cumplimiento de ciertas obligaciones de carácter financiero, donde destacan el cumplimiento de⁴⁷:

1. Una razón de patrimonio.
2. Una razón de liquidez.
3. Una mantención de garantía mínima.

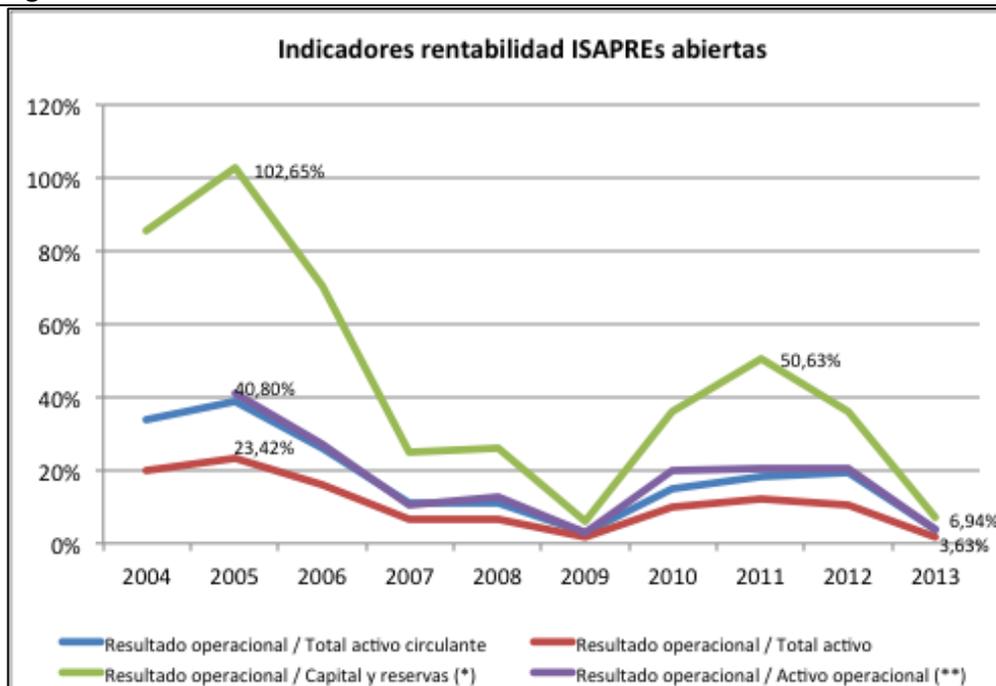
Por otra parte, la rentabilidad de una industria mide el costo de oportunidad del capital destinado a la formación de sus activos, para dar cuenta de que estos fondos pudieron haber sido usados en industrias alternativas, pues esos fondos podrían haberse ocupado en otras industrias.

Si se considera el indicador Resultado operacional sobre Capital y reservas⁴⁸, la rentabilidad promedio entre los años 2004 y 2013 ascendería a 44,51 por ciento, incluyendo rentabilidades por sobre el 50 por ciento para el año 2011, e incluso sobre el 100 por ciento para el año 2005. La rentabilidad promedio, para el mismo período, baja hasta alrededor del 18 por ciento cuando se revisan los indicadores asociados al Total activo circulante (ya sea en el mismo período o en el anterior), y hasta un 10,83 por ciento si el indicador observado es el que considera el Activo total (Figura 15).

⁴⁷ Estas medidas buscan asegurar la solvencia y continuidad de las entidades aseguradoras. Así, estas restricciones limitan los retiros que los accionistas de las ISAPREs podrían hacer producto de las utilidades de algún período. Solo podría haber pagos de dividendos si la normativa se cumple. Si esta cayera en incumplimiento la Superintendencia de Salud está facultada para intervenir la ISAPRE que ha incurrido en la falta.

⁴⁸ Se señala que la cuenta Capital y reservas no incorporaría el valor de la cartera, el cual sería el principal activo de una aseguradora.

Figura 15: Indicadores de rentabilidad ISAPREs abiertas 2004-2013



(*) Capital y reservas: Patrimonio-Resultado del ejercicio + Dividendo provisorios

(**) Activo operacional: Total activo circulante en t-1. Para el cálculo de este indicador se inflataron todas las cifras a pesos de 2013 (IPC).

Fuente: Elaboración propia en base a datos FEFI. Superintendencia de Salud.

Por otra parte, si se mide como utilidad sobre ingresos percibidos, se tiene que en los últimos 6 años ésta corresponde en promedio a 3,5 por ciento de los ingresos percibidos, mientras que el alza de los costos de cada período representa en promedio un 8,5 por ciento de los ingresos del año siguiente, como se observa en la Tabla 9.

Tabla 9: Costos operacionales e ingresos ISAPREs abiertas, 2008-2013

\$MM pesos	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Prome dio
Ingresos	1,124, 438	1,178, 213	1,297, 942	1,457, 902	1,592, 098	1,757, 889	1,401, 414
Costos Operacionales (médicos)	944,33 4	1,024, 074	1,093, 830	1,223, 215	1,343, 916	1,538, 466	1,194, 639
Utilidad	34,592	24,497	49,129	68,062	80,436	38,112	49,138
Utilidad / Ingresos %	3.1%	2.1%	3.8%	4.7%	5.1%	2.2%	3.5%
Variación Costos Operacionales		79,740	69,756	129,38 5	120,70 1	194,55 1	118,82 6
Variación Costos Operacionales / Ingresos %		6.8%	5.4%	8.9%	7.6%	11.1%	8.5%

Fuente: Superintendencia de Salud.

Capítulo 2: Análisis crítico del aseguramiento de la salud en Chile

Este capítulo toma los aspectos problemáticos del sistema de aseguramiento de salud chileno, con énfasis en las ISAPREs, y hace un análisis crítico de ellos. Además, se incluye un anexo con la revisión internacional pertinente, la cual se utiliza como contrapunto de la realidad del funcionamiento de los seguros de salud en Chile.

2.1 Problemas del sistema de aseguramiento de salud de las ISAPREs

2.1.1 El carácter dual del aseguramiento de la salud en Chile: la segmentación por ingresos y la selección de riesgos.

El sistema de aseguramiento chileno es mayoritariamente público, considerando a FONASA y las instituciones de previsión de las Fuerzas Armadas y Carabineros que son parte del subsistema público, que las ISAPREs cerradas pertenecen a empresas públicas y que, finalmente, las ISAPREs abiertas son instituciones privadas que administran las contribuciones a la seguridad social, por definición, de carácter público.

Considerando a ISAPREs y FONASA, la base del sistema surgido en 1981 se resume bajo el concepto “*opt-out*”, dado que los ciudadanos tienen la opción de elegir aseguradora de salud y aportan las cotizaciones obligatorias a la escogida. Al ingresar a una ISAPRE, la persona y su familia han salido del *pool* de riesgos conjunto de toda la sociedad para entrar a un *pool* de cada aseguradora. Esta elección se establece en un contexto de contrato privado y competencia entre las ISAPREs.

Pero, ¿Cuáles son los elementos que caracterizan este esquema de aseguramiento de la salud en Chile?

En primer lugar, se trata de un sistema segmentado por ingresos, donde la mayor parte de la población de ingresos bajos y medios es beneficiaria del subsistema público (como muestra la Tabla 10) y no ejerce la libertad de elección en materia de aseguramiento que consagraría la Constitución⁴⁹, tanto por la falta de ingresos propios como por la imposibilidad de recibir subsidios fiscales para comprar un seguro privado en una ISAPRE.

En cambio, la población de ingresos más altos, que si puede ejercer la libertad de elección, se concentra en el subsistema privado. Un 79 por ciento de la población (la más pobre) permanece en el sistema público, donde no se dispone de las cotizaciones que los sectores de altos ingresos hacen al sistema de salud. Con esto, se pierde solidaridad directa de ingresos en el interior del sistema y solo se observa la que ocurre a través de los impuestos generales que se ingresan a FONASA. Según datos de la Superintendencia de Salud, las ISAPREs recaudan 1,4 billones de pesos al año, lo que equivale al 46 por ciento de la recaudación del sistema de salud en su conjunto, para atender solo a un 16,5 por ciento de la población.

⁴⁹ Ver Anexo G.

Tabla 10: Porcentaje de la población FONASA del total FONASA + ISAPRE, por quintil de ingreso y grupos de edad

Quintil / edad	0-18	19-40	41-65	66 y mas	Todos
1	98,1%	97,6%	97,2%	99,3%	97,9%
2	97,2%	96,8%	97,8%	99,6%	97,5%
3	92,4%	94,1%	94,2%	98,4%	94,2%
4	81,0%	83,9%	87,3%	96,2%	86,1%
5	42,4%	49,6%	58,3%	78,9%	54,4%
Total	87,2%	83,5%	85,5%	94,4%	86,3%

Fuente: Elaboración propia en base a CASEN 2011.

En segundo lugar, el sistema ISAPRE es un esquema que selecciona y segmenta a la población (el mercado) en base al riesgo de los beneficiarios. El riesgo sanitario, expresado en las Tablas de Factores que se usan para tarificar las primas, permite pronosticar el gasto que llevará a cabo un conjunto de beneficiarios de características similares en un período de tiempo dado. No obstante, la condición de primer orden es que el ingreso bruto por beneficiario sea suficiente para financiar el gasto esperado, el que es determinado por el riesgo sanitario, los gastos de administración y ventas, y generar utilidades para la firma. En consecuencia, desde el punto de vista de las ISAPREs, el modelo de negocio consiste en seleccionar a aquellos beneficiarios que permiten extraer un ingreso neto positivo, determinado por su ingreso bruto menos el gasto esperado.

Esta forma específica de segmentación trae consecuencias nocivas cuando se da en un contexto que permite diferenciar el plan de beneficios mínimo que otorgan las ISAPRE respecto del plan que otorga FONASA y, por otra parte, le permite a las ISAPREs comercializar un seguro complementario y/o suplementario que se encuentra subsidiado por la cotización obligatoria de la población de rentas más altas. Se trata, en definitiva, de una forma particular de venta atada en condiciones de asimetría de información⁵⁰.

En la medida en que han convivido, por un lado, un subsistema público (FONASA) con menor disponibilidad de recursos por beneficiario y un mayor riesgo sanitario; y, por otro lado, un subsistema privado (ISAPREs) con una mayor disponibilidad de recursos por beneficiario y un menor riesgo sanitario, se han ido configurando dos subsistemas paralelos de aseguramiento, lo que genera y profundiza la inequidad en salud y la desigualdad social. Este esquema permite advertir que la segmentación por ingresos es el aspecto más notorio y característico del aseguramiento en salud de nuestro país, agravado por una segmentación de riesgo notorio en los quintiles más altos, donde se segrega por edad.

⁵⁰ Los consejeros Marcelo Dutilh, Fernando Matthews y Gonzalo de la Carrera no están de acuerdo con el análisis de estos últimos dos párrafos.

Pese al enorme crecimiento del aporte fiscal registrado en las últimas dos décadas destinado al subsistema público, las brechas respecto del subsistema privado son sustanciales. Tales brechas se expresan no solo en cuanto al aporte de cotizaciones per cápita entre ambos subsistemas, sino que crecientemente en cuanto al nivel de remuneraciones del personal médico y no médico, a la disponibilidad de especialistas, medicamentos, insumos y recursos tecnológicos, y, en materia de inversión, en infraestructura y equipamiento.

2.1.2 Movilidad, cautividad y pre-existencias

La definición de cautividad se encuentra en la propia Ley de ISAPRE. Así, en el Artículo 170 del DFL N° 1 de 2005, se explica que se entiende como *“cotizante cautivo”*[...] *por aquel cotizante cuya voluntad se ve seriamente afectada, por razones de edad, sexo o por la ocurrencia de antecedentes de salud, sea de él o de alguno de sus beneficiarios, y que le impida o restrinja, significativamente o definitivamente, su posibilidad de contratar con otra Institución de Salud Previsional”*. Esta es una de las particularidades del sistema chileno, en donde la propia ley admite la potencial existencia de limitaciones a la elección y acceso, cuestión que debe ser modificada.

En términos prácticos, la cautividad en el aseguramiento de la salud en Chile, implica que debido a la edad, sexo o padecimiento de alguna patología que los beneficiarios de las ISAPREs pueden sufrir las consecuencias de no ser capaces de elegir, en régimen de competencia, la institución a la que desean afiliarse. La cautividad, por lo tanto, se evidencia en la relativa escasez de movilidad entre ISAPREs, como resultado de un proceso en el que la elección de plan realizada por los individuos no es óptima. Es decir, no es la elección que cada individuo llevaría a cabo si existiera mejor información en cuanto a las coberturas y precios de cada plan, y por tanto, en situación de niveles de competencia adecuados.

La evidencia muestra que la movilidad de las personas entre ISAPREs es escasa, un informe de la Superintendencia de Salud lo demuestra después de controlar por las patologías consideradas causantes de la cautividad (Superintendencia de Salud, 2009), debido a unos altos costos de cambio para el usuario y la falta de información en los individuos. Al estudiar la movilidad de distintos individuos atendiendo a su clasificación por morbilidad, utilización y costos, se muestra cómo la cautividad existe para una significativa proporción de individuos en el mercado. Los cautivos no se cambian de ISAPRE, o se cambian poco, porque el mercado se lo impide (2,9 por ciento), o bien se cambian a FONASA (alrededor del 7,4 por ciento). Estas cifras se contraponen a las de movilidad de los no cautivos, que cambian de ISAPRE en un 10,6 por ciento, mientras que en total (a otra ISAPRE y a FONASA) en un 20,3 por ciento (Superintendencia de Salud, 2009).

Por otra parte, aceptando las definiciones de la Superintendencia de Salud, existirían dos tipos de cautivos: los activos y los pasivos. Esta diferencia se refiere a que dentro de un mismo contrato de seguro pueden estar distintos individuos. Y con que uno de ellos, dadas sus características individuales demográficas o las patologías que sufre, sea considerado cautivo, arrastra en esta condición a todos los individuos dentro del mismo contrato. Los individuos que tienen esas características son los llamados cautivos activos, mientras que el resto, los que han sido arrastrados a esta condición, son los llamados cautivos pasivos. En otras palabras, funciona como si se tuviera que calcular un nivel de riesgo común por contrato y, así, la existencia de un individuo cautivo incrementa el riesgo de todos los individuos incluidos en el contrato. Esta

situación no es necesariamente beneficiosa para las ISAPREs, que en este caso se ven incapacitadas para atraer solo a individuos sanos (descremar), sino que tienen que atraer a todos los individuos asociados al contrato, con el riesgo común. La proporción de individuos cautivos pasivos se estima es de 49 por ciento, entonces esto supondría que casi la mitad de individuos cautivos en el mercado podrían no serlo.

A su vez, aproximadamente la mitad de los cautivos activos lo es debido a razones estrictamente etarias, mientras que la otra mitad lo es debido a la incidencia de las patologías llamadas a provocar la cautividad. Es conocido que la edad es uno de los determinantes del gasto sanitario y, por lo tanto, puede ser motivo de comportamientos estratégicos por parte de los aseguradores. No obstante, también es conocido que los factores demográficos explican una menor proporción de la varianza del gasto que la información detallada de las patologías sufridas por los individuos.

La debilidad de tomar entonces esa conducta en base a la edad, se contrasta con que si la cautividad se redujera tan solo al criterio de enfermedad, el número total de cautivos sería de 253.846 (Superintendencia de Salud; 2009) lo que supone tan solo, y aproximadamente, una cuarta parte de los considerados cautivos con los criterios actuales. Teniendo en cuenta que en el informe de la Superintendencia se estimaba que el número total de cautivos era del 35 por ciento de la población total, esto significaría que aquellos con patología son aproximadamente un 8 por ciento de la población total.

Tabla 11: Beneficiarios cautivos por grupo etario, cargas cotizantes y según presentan o no patología

Características		Cantidad de beneficiarios			Porcentaje		
Beneficiarios	Grupo etario	Sin patología	Con patología	Total	Sin patología	Con patología	Total
Cotizantes	Menor de 60 años	102.942	121.618	224.560	10,6%	12,5%	23,1%
	Adulto mayor	184.417	50.857	235.274	19,0%	5,2%	24,2%
	Total cotizantes cautivos	287.359	172.475	459.834	29,5%	17,7%	47,3%
Cargas	Menor de 60 años	369.382	65.815	435.197	38,0%	6,8%	44,7%
	Adulto mayor	62.214	15.557	77.771	6,4%	1,6%	8,0%
	Total cargas cautivos	431.596	81.372	512.968	44,4%	8,4%	52,7%
Total Cautivos		718.955	253.847	972.802	73,9%	26,1%	100%

Fuente: Superintendencia de salud, 2009.

En general, los cautivos que se han cambiado de ISAPRE tienden a ser mucho más jóvenes que el resto. Otra propiedad común de los individuos cautivos que se mudan de ISAPRE es que pertenecen a un nivel de renta inferior, dado que se combina con las características anteriores. En cuanto a las patologías que presentan, un 34 por ciento de los cautivos que se mueven de plan tienen un diagnóstico de depresión, un 30 por ciento de hipertensión y un 9 por ciento asma. El resto de patologías presentan una movilidad escasa entre los cautivos. Finalmente, de acuerdo al estudio citado, existe una mayor proporción de cargas cautivas que

cotizantes cautivos, y mayor peso de las mujeres en las cargas en la cautividad. Esto puede explicarse probablemente por razones demográficas en la cartera de beneficiarios de ISAPREs. Recientemente, la Superintendencia ha actualizado parte de este análisis y para el año 2013 encontró que la cautividad había aumentado a un 39 por ciento de la cartera de ISAPREs.

2.1.3 Relación entre seguros y prestadores

a. Regulación del sector prestador y su impacto en la contención de costos

La situación problemática de la relación asegurador-prestador en el sector privado chileno tiene su origen en dos vertientes. Primero, en los modelos de compra que operan en el sistema. En esto, las ISAPREs tampoco han desarrollado mecanismos de contención de costos en dicha relación, por ejemplo, a través del uso de mecanismos de pago que transfieran riesgo a los prestadores. Por otro lado, los pacientes, en general, son libres de escoger su médico y a qué prestador asisten. Hecha la elección, los pacientes beneficiarios del sistema solo financian el copago, quedando la mayor parte del costo cubierta por la ISAPRE.

En otro punto, la integración vertical es una característica de la relación asegurador-prestador que en Chile está prohibida legalmente (las ISAPREs no pueden participar en la prestación). Sin embargo, han existido cuestionamientos a los grupos empresariales organizados en *holdings* que cuentan tanto con ISAPRE como con prestadores privados. Si este tipo de integración redundara en una aplicación de poder de mercado, entonces podría tener un efecto negativo sobre la contención de costos y el bienestar social, para lo cual no existe un estudio que haya evaluado estos efectos en Chile para llevar a cabo un análisis conclusivo nacional.

b. “Paquetización” de soluciones de salud en el sector prestador y su impacto en la contención de costos.

En rigor, la “paquetización” o pago por problemas de salud-enfermedad resuelto que está pensado como canasta de prestaciones de soluciones de salud ha tenido un bajo desarrollo en el país. No existe ninguna regulación al respecto, no obstante que las ISAPREs y FONASA han tratado de explorar esa vía de pago a los prestadores hospitalarios a través de los sistemas de Pago Asociado a Diagnóstico del asegurador público. Cabe destacar que la ley obliga a las ISAPREs a cubrir al menos el equivalente a la cobertura que entrega el Nivel 1 de la Modalidad de Libre elección de FONASA. Esa disposición puede obligar a la ISAPRE a descomponer los paquetes, puesto que el fiscalizador o el propio afiliado puede obligar a cumplir con ello. En consecuencia, la obligación legal de cubrir prestaciones del Arancel de FONASA una a una, conspira en contra del desarrollo de paquetes de atención.

En efecto, si entendemos la “paquetización” como el pago por adelantado o prospectivo de una solución a un problema de salud-enfermedad a precio conocido, esta fórmula de pago de prestaciones es poco común en nuestro país. En la práctica, lo que sucede es que las clínicas aceptan o no el paquete (tanto para FONASA como para las ISAPREs) dependiendo de múltiples factores que tienen que ver con el estado de salud del paciente. Por ejemplo, si el paciente se va a operar de una patología de la vesícula biliar, y tanto FONASA como las ISAPREs tuvieran convenio “paquetizado” con una clínica a un precio conocido por el paciente, este sabría exactamente cuál será su copago final. Sin embargo, es la clínica quien finalmente decide si lo hace en forma de paquete o cobra a la aseguradora prestación por prestación. Hoy las clínicas,

por regla general, no aceptan tomar riesgos asociados a las condiciones de salud-enfermedad de sus usuarios.

Teóricamente todas las atenciones de salud pueden ser “paquetizadas” con protocolos y guías clínicas definidas, incluso para distintos tipos de pacientes. La solución es que las clínicas, una vez convenido el precio del paquete de la intervención, estén obligadas a hacerlo de la forma convenida. Solo de esta forma tomarán un porcentaje del riesgo y se podrá avanzar en la contención de costos.

c. *Los descuentos al copago en el sistema prestador y su impacto sobre el costo de la salud y la libre competencia.*

Diversos prestadores, con la finalidad de atraer más pacientes, ofrecen descuentos en los copagos definidos en cada plan de salud. Esto ha resultado ser una estrategia efectiva pero discriminatoria para atraer más clientes a atender sus soluciones de salud-enfermedad en prestadores más caros, generando con ello una inequidad hacia aquellos cotizantes que verán subir sus primas anuales producto de que las intervenciones de salud se realizan a precios mayores que los de mercado. En efecto, el descuento por copago en un prestador de alto costo rompe la lógica de consumo donde el alto precio de la prestación deja de cumplir su función de inhibir la demanda y se transforma en un “incentivo” para que la sociedad termine pagando más dinero que el óptimo social y sanitario.

Este hecho, además de influir negativamente sobre los costos del sistema, tiene un importante efecto al inhibir la libre competencia entre prestadores, dado que aquellos prestadores más baratos pierden constantemente clientes hacia aquellos de mayor costo que han puesto en práctica un esquema de descuento al copago. Esto lo pueden hacer dado que la mayor parte de la cuenta de la clínica será financiada por el asegurador según el precio de lista (precio completo), y el ingreso que dejan de percibir al realizar descuentos al copago es poco significativo.

En otros países esta práctica se encuentra prohibida por considerarla un fraude al seguro y por cuanto tiende a elevar el costo de las prestaciones en perjuicio de todos aquellos asegurados que no participan en ese esquema y que verán subir sus primas al año siguiente producto de esta práctica que genera inflación de los precios.

d. *Estructura de mercado e integración vertical entre ISAPREs y prestadores*

En general, la relación de las ISAPREs con los prestadores se asocia con los diferentes planes propuestos: los más caros permiten completa libertad de elección de proveedores a sus afiliados; otros, una capacidad de elección limitada entre un conjunto de prestadores que mantienen contrato con la ISAPRE. Los planes llamados cerrados limitan la atención de los afiliados con un conjunto de prestadores específicos que están, en varias ocasiones, integrados a la ISAPRE o pertenecen a un mismo *holding*.

En el caso que la integración vertical entre asegurador y proveedor se expresara cabalmente, podría generar un conflicto de interés que afecta tanto la libre elección del paciente como la calidad de los servicios ofrecidos, ya que le permite al asegurador tener una alternativa para enviar a sus afiliados si es que los demás prestadores pretenden aumentar sus

precios, mejorando su capacidad de atracción de nuevos afiliados y de negociación. Por otro lado, la ISAPRE integrada podría no tener incentivos a ofrecer prestadores alternativos de mejor calidad, dejando cumplir su rol de incentivar la demanda de las prestaciones de mayor calidad y costo efectivas. En todos estos casos, la ISAPRE dejaría de ser un buen comprador de prestaciones para el afiliado⁵¹. Por el otro lado, existen ejemplos de una integración vertical regulada (por ejemplo, el modelo de Kaiser Permanente en EE.UU.) donde podría tener resultados considerados como positivos.

Durante los últimos 10 años, la industria de ISAPRE se ha concentrado. En la actualidad, las cuatro ISAPREs más grandes acumulan un 81 por ciento de la población beneficiaria y algunas se encuentran integradas verticalmente de manera indirecta con clínicas del mismo *holding* al que pertenecen. Hace 10 años las ISAPREs abiertas eran 12 y el grupo de las 4 mayores contaba con el 75 por ciento de los beneficiarios.

Por otro lado, la industria de ISAPRE presenta importantes barreras a la entrada⁵² que impiden el aumento de la competencia, donde los altos costos de contratar médicos, especialistas, clínicas, prestadores institucionales, capacidad para negociar con prestadores, costos de negociación, publicidad, fuerza de ventas para captar afiliados, convenios a costo mayor por menor volumen inicial, entre otros factores, implican que el mercado sea más bien cerrado. La industria también presenta barreras a la salida en relación a los beneficiarios cautivos.

2.1.4 Judicialización de alzas de precios y coberturas

a. Alzas de precios

Los precios de las primas de las ISAPREs suben en términos reales todos los años, además del reajuste automático por el IPC, ya que se encuentran fijados en UF. Así, hay tres precios que considerar: el precio base, la prima pactada que viene a ser la prima base más el ajuste por factores de riesgo y la cantidad de beneficiarios; y finalmente, la prima GES adquiere creciente importancia dado que es casi un punto adicional de la cotización, que lleva a esta a un ocho por ciento en promedio. Algunas ISAPREs incluyen la prima CAEC en la prima base, la que, en todo caso, no es conocida, por lo que no se incluye en este análisis.

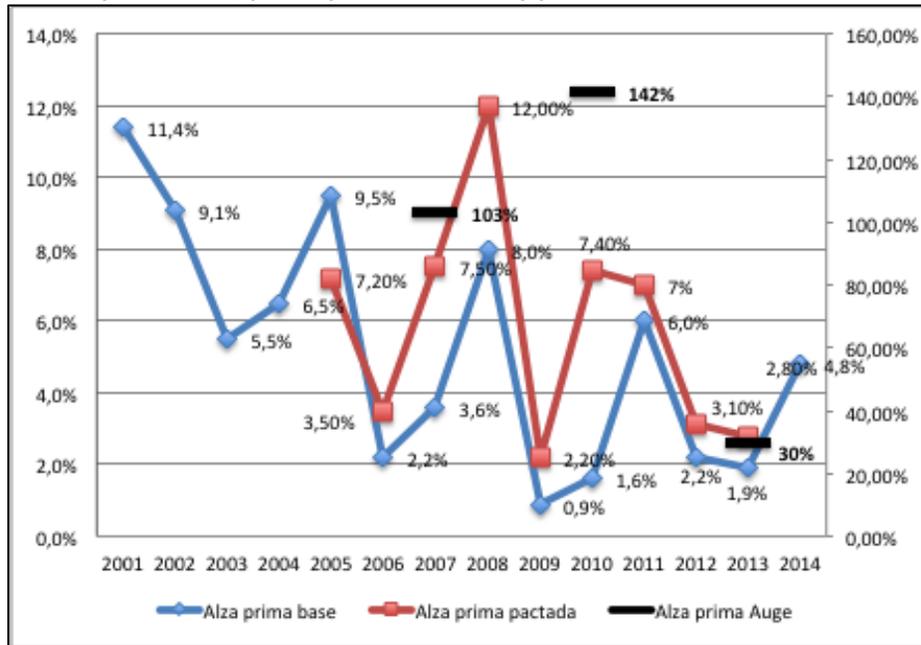
La Figura 16 muestra el comportamiento de las alzas de precios de las primas. Si bien la prima pactada sigue en general la tendencia de las primas base, a excepción del primer período que se registra todos los años, presenta un alza mayor. Por ejemplo, en el año 2006, si bien la prima base creció en promedio en un 2,2 por ciento, la prima pactada —que es la prima total— creció más, anotando un 3,5 por ciento en términos reales. Al año siguiente, la prima base creció en promedio 3,6 por ciento, sin embargo, la prima total lo hizo en un 7,2 por ciento. Además, las garantías explícitas aumentaron ese año, lo que implicó un alza de 103 por ciento promedio de las primas GES. En el año 2008 las primas suben fuertemente, pero la prima pactada lo hace al

⁵¹ Los Comisionados M. Dutilh y F. Matthews no están de acuerdo con este párrafo.

⁵² Marcelo Dutilh, Fernando Matthews y Gonzalo de la Carrera señalan que las barreras de entrada que define la ley son mínimas. La principal barrera de entrada es la competencia del sector público que recibe casi un 60% de subsidios que no pueden ser portados al asegurador de su preferencia.

12 por ciento mientras que la prima base de los planes lo hizo en un 8 por ciento. En 2010, cuando se readecuaron de nuevo los problemas GES, la prima AUGE sube en un 142 por ciento, la prima base crece en 1,6 por ciento, pero la prima pactada lo hace en un 7,4 por ciento. Finalmente, en 2013, cuando nuevamente aumentan las coberturas AUGE, la prima por este concepto creció 30 por ciento en promedio, mientras que la prima base lo hacía a una tasa de 1,9 por ciento y la prima total en un 2,8 por ciento.

Figura 16: Tasas medias de crecimiento de los precios de las primas ISAPRES: prima base, prima pactada o total y prima GES



Fuente: Elaborado con datos de la Superintendencia de salud.

De esta forma se aprecia, primero, que los precios siempre aumentaron en el período estudiado; segundo, que la prima base no refleja bien el alza total y real del costo de prepago para los cotizantes, siendo más representativo —pero de poco conocimiento de los usuarios y bajo interés mediático— el alza promedio total de las primas y, tercero, que dependiendo de las ponderaciones que cada componente tenga en la prima total, la aparente caída de la tasa de crecimiento de los precios puede no sustentarse.

b. Judicialización

En el sistema ISAPRE, la judicialización se refiere especialmente a la gran cantidad de recursos de protección presentados por abogados ante las cortes de Apelaciones y la Corte Suprema en representación de afiliados que desean mantenerse en el sistema privado, pagando la misma prima, frente a las alzas unilaterales de las entidades aseguradas privadas.

Las cortes han acogidos los recursos al estimar que las alzas son “arbitrarias”. Se considera que la salud es un “servicio público” que puede ser desarrollado por los privados, pero

debiendo los contratos de salud ajustarse al estándar constitucional. Las modificaciones al plan base de salud deben ser excepcionales, aplicándose restringidamente para evitar su abuso, debiendo las ISAPREs indicar los motivos que justifican el alza, es decir, probar la existencia de variaciones efectivas y verificables, debiendo demostrar su procedencia de manera cabal, pormenorizada y racional.

Fue en el año 2007 (737 causas) que se inicia la judicialización del tema, siendo el año 2013 el más activo en causas (150.000), ya que incluyó recursos por aumento de precios bases y aumento por precios GES, siendo un fenómeno en constante crecimiento, donde los fallos favorecieron casi en su totalidad a los demandantes. Como se puede apreciar en la estadística del Poder Judicial, actualmente el 60 por ciento de las causas que ve la Corte de Apelaciones de Santiago corresponde a recursos de protección de beneficiarios de ISAPREs. Llama la atención, también, que estos recursos de protección sobrepasan por más de cuatro veces los casos proveniente de la Justicia Civil, segunda materia en relevancia por magnitud.

Una característica especial que revisten estos recursos es el importante rol que cumple la condena en costas para las ISAPREs. Las costas son cuantiosos recursos y constituyen el incentivo para el fortalecimiento de la industria de abogados y la explosión del fenómeno. En lo que se refiere a la evolución en el tiempo de las costas, en promedio éstas han tenido un decrecimiento importante. En el año 2007 las costas promedio eran de 433 mil 705 pesos, al año 2008 se encontraban en 351 mil 74 pesos, bajando el promedio en el año 2009 a 229 mil 315 pesos. Actualmente, el promedio de las costas, si se consideran todas las cortes de Apelaciones del país, supera los 150 mil pesos y en Santiago es de 130 mil pesos. Para el año 2013, las costas pagadas se estimaron en ocho mil millones de pesos en favor de los abogados recurrentes.

2.1.5 Desregulación del mercado de seguros voluntarios de salud

Todos los países que alcanzan un cierto umbral de ingreso disponible han desarrollado un mercado de seguros voluntarios de salud, distintos de los seguros sociales obligatorios que hacen parte de la seguridad social. Los servicios de seguros voluntarios de salud abarcan una amplia gama de servicios que se diferencian, en lo fundamental, por su carácter de complementarios y/o suplementarios.

Según la OECD, son complementarios aquellos seguros que mejoran las coberturas de protección financiera que otorgan los seguros sociales. Esto puede implicar una reducción del copago o un tope de gasto de bolsillo, o mecanismos de reembolso posteriores. Son suplementarios aquellos seguros que agregan prestaciones o servicios sanitarios que no están incluidos en los planes de beneficios de la seguridad social. Por ejemplo, determinados exámenes o prestaciones de alta complejidad y baja frecuencia son considerados suplementarios.

El desarrollo de la legislación sobre seguros voluntarios está orientada preferentemente a organizar y transparentar la operación de los seguros voluntarios complementarios y/o suplementarios, pero también se orienta a impedir la duplicación de los beneficios, hecho que constituye una práctica anómala que se ve favorecida por las asimetrías de información y la complejidad de los servicios de salud. La duplicación consiste en que bajo una póliza de seguro voluntario se garantiza la cobertura de un servicio que ya se encuentra garantizado en el plan de beneficios de otros seguros voluntarios o de los seguros sociales. En Chile, el desarrollo del

mercado de seguros voluntarios se encuentra altamente desregulado desde la institucionalidad sanitaria.

Tabla 12: Seguros privados voluntarios y características.

a. Seguros voluntarios “puros”

Los seguros voluntarios más cercanos a la definición internacional son aquellos que han sido desarrollados por compañías de seguros. Corresponden a una línea de seguros distintos a los seguros de vida, que se diseña y comercializa de manera similar a otro tipo de siniestros, tales como incendios o robos. Se trata de seguros de corto plazo (un año), cuyos beneficios se orientan a las líneas de productos tanto de salud como de accidentes⁵³. La Tabla 12 resumen las características de este tipo de seguro.

Tipo de seguro	Características	Causas de exclusión de lesiones o fallecimiento	Exclusión de cobertura por enfermedades o condiciones de salud pre-existentes
<p>Seguro de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Otorga una indemnización (reembolso) al asegurado por los gastos médicos incurridos, cubiertos en la póliza contratada, clínicos, farmacéuticos, de hospitalización u otros incurridos por el asegurado, si este o sus beneficiarios requieren tratamiento médico o consecuencia de una enfermedad o accidente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Puede ser contratado de manera individual o colectiva. - Su contratación es voluntaria. - No sustituye la cobertura que otorga la ISAPRE o FONASA, y no necesariamente cubre las mismas prestaciones. - Normalmente reembolsa los gastos cubiertos en la póliza contratada y operan con posterioridad a las coberturas de la ISAPRE o FONASA. - Reembolsa gastos incurridos con ocasión de una enfermedad, tratamiento médico o incapacidad prevista en la póliza. - Tiene una vigencia definida. - Normalmente establece una edad máxima del asegurado para incorporarse en la póliza. - Normalmente establece una edad máxima del 	<ul style="list-style-type: none"> - Las actividades o deportes riesgosos, como por ejemplo los deportes extremos, el manejo de explosivos, los trabajos en altura, etc.; o bien podrían ser aceptados por la compañía aseguradora con un incremento en la prima. - Las enfermedades y condiciones de salud preexistentes. - Hospitalización para reposo. - Cirugías o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos o en general con fines de embellecimiento. - Tratamientos por adicciones (droga, tabaquismo, alcoholismo). - Lesiones o enfermedades causadas por guerra, rebelión, revolución, etc. - Tratamientos no alópatas (por ejemplo homeopatía, iriología, 	<ul style="list-style-type: none"> - La exclusión de cobertura deberá corresponder a una enfermedad, dolencia o situaciones de salud diagnosticada o conocida por el asegurado antes de la contratación del seguro. Para efectos de lo anterior, el modelo de condicionado deberá contemplar la obligación del asegurador de preguntar al asegurado acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. - En las condiciones particulares se deberán establecer las condiciones especiales de aseguramiento, en virtud de la declaración efectuada por el asegurado, y haberlo consentido este, mediante declaración

⁵³ Fuente: Superintendencia de Valores y Seguros.

	<p>asegurado en que se dará cobertura.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Generalmente se requiere una declaración de salud antes de incorporarse a la póliza. - Existen distintos tipos de seguros de salud: catastrófico o enfermedades graves, gastos médicos, complementario de salud, dental, hospitalización, etc. - Normalmente los seguros catastróficos de salud contemplan un deducible (monto de cargo del asegurado) o una franquicia (monto mínimo a partir del cual la indemnización opera). 	etc.).	<p>especial firmada, la que formará parte integrante de la póliza. No será aplicable el consentimiento señalado, en el caso de seguros contratados colectivamente a favor de trabajadores o de afiliados a Servicios de Bienestar, por su empleador o el citado servicio, respectivamente, y siempre y cuando el pago de la prima sea íntegramente cubierto por éstos.</p>
<p>Seguro de accidentes personales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Otorga una indemnización al asegurado a consecuencia de las lesiones producidas por un accidente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Puede ser contratado de manera individual o colectiva. - Su contratación es voluntaria. - Puede pagar una indemnización única o bien reembolsar los gastos incurridos por el tratamiento de las lesiones causadas por un accidente. - Tiene una vigencia definida. - Generalmente se requiere una declaración de salud antes de incorporarse a la póliza. - El asegurado deberá tener en cuenta si existen carencias estipuladas en la póliza, las características de éstas y, de ser así, si las mismas se ajustan a sus necesidades. - Opera con posterioridad a la cobertura del seguro SOAP, si el accidente se produjo por un accidente de tránsito. - Existen distintos tipos de seguros de accidentes: muerte accidental, desmembramiento por 	<ul style="list-style-type: none"> - Las actividades o deportes riesgosos, como por ejemplo los deportes extremos, el manejo de explosivos, los trabajos en altura, etc.; o bien podrían ser aceptados por la compañía aseguradora con un incremento en la prima. - Las enfermedades y condiciones de salud pre-existentes. - Lesiones o enfermedades causadas por guerra, rebelión, revolución, etc. - Suicidio o lesiones auto-inferidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - La incorporación en las condiciones generales de la póliza de exclusiones de cobertura por enfermedades o dolencias preexistentes, deberán señalar expresamente que éstas corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro. - El asegurado estará obligado a declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar el riesgo y apreciar la extensión de este. - Para prestar la declaración a que se refiere el párrafo anterior, será suficiente que el contratante informe el tenor de lo que solicite el asegurador, sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan

	accidente, invalidez por accidente, reembolso de gastos médicos por accidente, etc.		para identificar el riesgo y apreciar su extensión.
--	---	--	---

Fuente: Elaboración propia.

Ambas líneas de productos, tanto de salud como de accidentes, no poseen ningún tipo de regulación de orden sanitario y la Superintendencia de Salud no tiene ninguna atribución al respecto. La regulación se encuentra en el ámbito de la Superintendencia de Valores y Seguros.

b. Seguros voluntarios “propios” desarrollados por prestadores de salud

Corresponden a productos diseñados y comercializados por los propios prestadores de salud, constituidos legalmente o no en compañías de seguros.

Cuando se encuentran constituidos como compañías de seguros se ubican en el ámbito de competencia de la Superintendencia de Valores y Seguros. No obstante, su anomalía radica en que existe plena integración vertical entre seguro y prestador, constituyendo, además, una venta atada.

En aquellos casos en los que no se encuentran constituidos como compañías de seguros, operan como beneficios otorgados unilateralmente por los prestadores en programas de fidelización de clientes. En estos casos, no caen en el ámbito de competencia de la Superintendencia de Valores y Seguros y los mecanismos financieros, contables y tributarios pueden constituir situaciones problemáticas en su relación con las instituciones de la seguridad social de salud (ISAPREs y FONASA). Los aseguradores pueden rechazar o aceptar a sus asegurados en función del riesgo que representan, según edad, sexo, etc. Además, estos seguros no son vitalicios y suelen tener vigencia anual con renovación automática, en la que la aseguradora puede adecuar el valor de la prima libremente.

En este esquema, existen incentivos fuertes a capturar clientes e inducir la demanda, con implicancias complejas hacia los propios beneficiarios y, especialmente, hacia el sistema de aseguramiento de la seguridad social. Este tipo de relación se encuentra ampliamente asociado a la espiral de crecimiento de los costos de la salud a nivel internacional.

c. Aspectos de seguro complementario y suplementario subsidiado por la seguridad social obligatoria en las ISAPREs.

El subsistema ISAPRE, en los hechos, administra un esquema de seguros complementarios y suplementarios respecto del seguro social base que otorga el subsistema público. Son complementarios respecto de los beneficios de FONASA en la medida en que mejoran la protección financiera de la Modalidad de Libre Elección (MLE), pero no incluyen integralmente una cobertura equivalente a la que posee la modalidad de atención institucional (MAI) de FONASA. Son suplementarios, en tanto, porque, en general, dan cobertura a un número mayor de prestaciones de salud que las que incluye el plan de beneficios de FONASA.

En la medida en que la contribución obligatoria promedio es considerablemente más alta en el subsistema privado que en el público, el plan de beneficios que otorga el privado es subsidiado por los propios cotizantes de altas rentas, los que, al momento de optar

voluntariamente por dicho subsistema, lo que están haciendo es comprar un seguro complementario y suplementario.

Este esquema de operación del negocio se ve reforzado con la posibilidad que tienen las ISAPREs de ofrecer mejores coberturas de protección financiera y mejor hotelería, con planes de libre elección de prestadores, pudiendo establecer cotizaciones adicionales voluntarias. Cifras recientes muestran que el subsistema ISAPRE registra una cotización promedio de diez por ciento, lo que representa tres puntos porcentuales por sobre la cotización obligatoria, la que ya es más alta que la que recibe el subsistema público. Cabe advertir que esos tres puntos porcentuales representan un 43 por ciento adicional a los recursos que se recaudan por obligatoriedad.

d. Cobertura de los seguros complementarios

La encuesta CASEN 2011 pregunta en el módulo de salud si la persona está cubierto por “seguro único o complementario ante riesgo enfermedad o accidente”, en adición a su adscripción a un sistema previsional.

Los datos de la Tabla 13 muestran que un 7,2 por ciento de la población estaba en el 2011 cubierta por este tipo de seguro. La cobertura es más alta en los quintiles superiores de ingresos en cualquiera de los sistemas previsionales (23,7 por ciento en el quintil quinto y 0,9 por ciento en el quintil primero). Asimismo, la cobertura es más elevada para la población en ISAPREs, para cualquier quintil de ingreso, seguida por la población en sistema de FFAA y Carabineros. Un tercio de la población que está en ISAPRE tiene un seguro adicional.

La celda con mayor cobertura es para la población de ISAPRE en el quintil quinto, puesto que un 41,9 por ciento del total tiene un seguro complementario.

Tabla 13: % población al interior de cada celda con “seguro único o complementario ante riesgo enfermedad o accidente”, Casen 2011.

Quintil de Ingreso	FONASA A B	FONASA C D	ISAPRE	FFAA	NINGUNO	OTRO N/S	TOTAL
1	0,5	1,9	12,0	8,1	0,1	1,7	0,9
2	0,7	3,7	9,6	7,6	0,6	1,5	1,5
3	1,1	6,6	14,2	16,7	0,4	2,0	3,5
4	1,7	7,3	21,5	26,0	0,9	4,0	6,5
5	4,5	14,6	41,9	32,1	7,6	6,1	23,7
Total	1,2	7,6	33,3	23,6	2,6	3,3	7,2

Fuente: Elaboración propia en base a la Casen 2011

Los resultados en la Tabla 13 son relativos a la población en cada celda. La Tabla 14 muestra la distribución del total de personas con seguro complementario según quintil de ingresos y sistema previsional. Un 58,9 por ciento de la población cubierta por estos seguros está en ISAPRE y, de ellos, la mayor parte pertenece al quinto quintil. La población en FONASA C y D da cuenta del 23,2 por ciento del grupo con seguro.

Tabla 14: Distribución % de la población con seguro complementario según sistema previsional de salud y quintil de ingresos, Casen 201.

Quintil de ingreso	FONASA A B	FONASA C D	ISAPRE	FFAA	NINGUNO	OTRO N/S	TOTAL
1	1,1	0,6	0,7	0,1	0,0	0,1	2,5
2	1,4	2,0	0,6	0,2	0,0	0,1	4,3
3	2,0	4,8	2,2	0,8	0,0	0,1	9,8
4	2,4	5,7	7,5	2,1	0,1	0,2	18,0
5	3,1	10,2	47,9	3,2	0,8	0,3	65,4
Total	9,9	23,2	58,9	6,5	0,9	0,6	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a la Casen 2011

2.2 Fallo del Tribunal Constitucional del año 2010 y sus consecuencias

El Tribunal Constitucional abrió, en el año 2010, un proceso de inconstitucionalidad del Art. 38 TER. Es así que en agosto de ese año dictó una sentencia de inconstitucionalidad de dicha norma. Esto produjo el efecto jurídico de que el Art. 38 TER haya quedado derogado y no se pudiese aplicar más hacia futuro desde la dictación de la sentencia.

La sentencia estableció que la facultad que tenía la Superintendencia de Salud de fijar la estructura de las Tablas de Factores por sexo y edad son contrarias al principio de igualdad, el derecho a la salud y el derecho a la seguridad social. De igual manera, estimó una vulneración al principio de reserva de ley (hay materias que estrictamente deben ser reguladas por el legislador y no por normas administrativas).

Sobre este último punto, estimó que debe considerarse inconstitucional la entrega de una amplia capacidad de actuación a la Superintendencia para configurar la estructura de la Tabla de Factores (por medio de instrucciones administrativas), debiendo esa materia ser regulada por el legislador.

En cuanto a la transgresión del principio de igualdad, la noma en cuestión trata en forma desigual a hombres y mujeres, existiendo una discriminación en contra de las mujeres, los adultos mayores y los menores de dos años.

El Tribunal sostuvo que se afectó el derecho a la protección de la salud. Éste establece el libre e igualitario acceso a las acciones de salud, pudiendo estas ser entregadas por entidades públicas o privadas. Se vulneró este derecho y el deber del Estado de establecer las condiciones que permitan cumplir su obligación "preferente" de garantizar la ejecución de las acciones de salud.

Por otra parte, el Tribunal estimó que la salud es parte del sistema de seguridad social, infringiéndose los principios de solidaridad y equidad propios de la seguridad social.

2.2.1 Debate sobre la constitucionalidad de la propiedad del siete por ciento

Uno de los aspectos relevantes para la discusión de las propuestas de futuro que abordó la Comisión ha sido el debate que existe respecto de la propiedad de la cotización obligatoria

para la seguridad social en salud definida por la ley. Las dos hipótesis discutidas son: por una parte, que el siete por ciento es propiedad de las personas, y, por otra, que al ser una cotización de seguridad social obligatoria es de carácter *sui generis*, y que, por mandato de la Constitución, el legislador puede regular y ordenar su destino.

Este debate es significativo porque marca para algunos comisionados una barrera para solidarizar una parte o la totalidad de la cotización, ya que al ser propiedad privada, su solidarización sería inconstitucional. En cambio, para otro grupo mayoritario de comisionados, es la ley la que podría destinar un porcentaje de la cotización a un fondo que produzca solidaridad por ingresos.

Los argumentos a favor de la propiedad privada de la cotización e inconstitucionalidad de su solidarización han sido:

- El verbo rector utilizado en la Constitución para referirse a este tema es cotización y no impuesto, por lo que se debe colegir que el texto constitucional no lo entiende como lo último.
- El Fallo del TC en el caso conocido como “Derechos municipales”, señala que un tributo es coactivo y no va acompañado de una contraprestación específica, por ende cuando hay una contraprestación, como es el caso de esta cotización de salud, no se trata de un impuesto, más bien sería un “precio público”.
- Un impuesto es tal no solo cuando hay obligación, sino que además debe ser forzosa ya que el Estado es el único prestador, lo cual no sería el caso, ya que el Estado no es monopólico en este tema.
- No existe ningún pronunciamiento del TC acerca la naturaleza de la cotización, no obstante, como el fallo referido a las ISAPREs se enmarcó en el contexto de los contratos, esto apuntaría hacia el derecho de propiedad.

Se sugiere que se tome como ejemplo la jurisprudencia sobre la Ley *Obamacare – Affordable Care Act*– que levantó la Corte Suprema de EE.UU., donde se impusieron contrataciones obligatorias de seguros que hasta ese entonces eran voluntarios. La Corte estadounidense resolvió sancionar a quien no contrate un seguro de salud. Esto quiere decir que aquellos que contraten voluntariamente un seguro de salud no estarían frente a un tributo por no estar sujetos a una sanción.

El argumento más jurídico de todos, según algunos expertos, es el fallo del TC en el caso conocido como de “rentas vitalicias”, el cual señala que existe derecho de propiedad de la cotización para la previsión (pensiones) y, por ende, este concepto se extiende a las cotizaciones de salud, tal como fue refrendado por la ley que reguló la devolución de los excedentes de las cotizaciones obligatorias a las personas beneficiarias del sistema ISAPRE. Entonces, se trataría de una propiedad incorporal, incluso si es entendida como pública.

Por último, se señala también que, en todo caso, se pueden establecer intervenciones razonables (como sería un Fondo Solidario Inter-ISAPRE), pero que, si se va demasiado lejos, se puede producir una expropiación regulatoria inconstitucional. Además, se debería legislar para el futuro y hacer efectivo el principio de la confianza legítima, aunque un fallo del TC que se refiere a esto (tarifas eléctricas), toleró que la ley alterara contratos vigentes.

- Los argumentos a favor de la constitucionalidad de la solidarización de la cotización son: Lo que ha hecho el TC es reconocer que la cotización de salud posee una naturaleza especial, *sui generis*, determinada fundamentalmente por la propia Constitución.
- No hay nada en la Constitución —en el Artículo 19, 9— o en alguna otra disposición que obligue al legislador a que estas cotizaciones cedan en favor exclusivo del cotizante. Se trata, pues, de una cotización que se entiende en el contexto de los principios de la seguridad social: *universalidad subjetiva, universalidad objetiva, igualdad, integridad, solidaridad y subsidiariedad*.
- La Constitución no reconoce propiedad sobre la cotización (solo una obligación de afectación). Una ley que solidarizara parte de la misma no afectaría el derecho de propiedad establecido en el Artículo 19 N° 24.
- La Constitución impone al legislador únicamente la obligación de garantizar el derecho a elegir y que las prestaciones sanitarias, proporcionadas o bien por el sistema público o bien por instituciones privadas, aseguren las mismas prestaciones para todos los cotizantes, como corresponde a un derecho social. Solo configurando de esta forma el sistema, las instituciones privadas serían verdaderamente colaboradoras del Estado y, por tanto, servicios públicos, como ha recalcado la Corte Suprema y el TC.
- Al momento de redactarse la Constitución vigente, los aseguradores privados no existían, pues la ley que los creó es posterior (año 1981), por lo que el derecho a elegir entre sistema público y privado amparado en el texto constitucional se refiere a la naturaleza de los prestadores de servicios y no a los seguros o aseguradores.

Sobre este último argumento, de que la Constitución se refiere a los prestadores y no a los aseguradores, hay visiones que plantean que no sería correcto, ya que lo que establece la Constitución es la libertad de elegir entre el sistema público o privado de salud, lo cual debe entenderse en un doble aspecto: a) la prohibición del monopolio estatal en las acciones de salud, y b) que actores privados pueden existir en todos los campos de la salud, entre ellos, el de aseguramiento. De igual manera, se estimaría que es el legislador el llamado a regular su ordenación y regulación jurídica.

2.3 El sistema ISAPRE y los resultados sanitarios chilenos

Por varias razones, resulta metodológicamente complejo determinar el aporte sobre los resultados de salud que tiene el sistema ISAPRE. Primero, porque no existe un contra-factual o comparador apropiado: no sabemos cuál hubiera sido el estado de salud de la población que hoy se encuentra en ISAPRE si éstas no existieran. No basta, para ello, comparar el estado de salud del grupo que no está en ISAPREs versus el grupo que está en ellas.

Segundo, existen una serie de variables que afectan el estado de salud y están fuertemente correlacionados con el hecho de estar afiliado a una ISAPRE, como, por ejemplo el ingreso personal, la escolaridad, la estabilidad y la calidad del trabajo, los niveles de seguridad ciudadana, el acceso a puestos de poder, entre varias otras. Adicionalmente, otros factores que se relacionan con el estado de salud, como la edad y el sexo, también influyen en la probabilidad de encontrarse afiliado en ISAPREs en relación a FONASA. Tercero, no puede decirse que por el hecho de pertenecer a una ISAPRE, esta sea responsable por los mejores resultados sanitarios (en variables como la salud auto-reportada, por ejemplo), porque es bastante probable que esos resultados estén asociados también a la política de selección de riesgos (*ex-ante* y *ex-post*) practicada por las ISAPREs.

En términos generales, ha existido en Chile una evolución positiva en el estado de salud de la población, proceso que ha comenzado bastante antes que la creación de las ISAPREs y que no está relacionado a la evolución del mercado de seguros privados. Por ejemplo, en 1960 la esperanza de vida al nacer era igual a 57 años. En 1980 (un año antes de la creación de las ISAPREs) era de 69 años, mientras que en 1990 había llegado a 74 años. Hacia 1997 (año en el que las ISAPREs tuvieron una cartera cercana al 26 por ciento de la población) era igual a 76 años y actualmente, cuando esa cartera es del 17 por ciento de la población, la esperanza de vida al nacer alcanza los 80 años. Similares tendencias pueden ser observadas para otros resultados sanitarios como la mortalidad infantil, la mortalidad materna, entre otros.

La mejora de la salud observada en la población chilena es, entonces, una consecuencia de mejoras en variables que se escapan al aseguramiento, tales como mejoras en la educación de las personas, ingresos, infraestructura general (agua, saneamiento, etc.), condiciones de vida (vivienda y espacios comunes), etc. Todo esto no implica disminuir la contribución que han tenido las atenciones de salud oportunas y de calidad que ha permitido el sistema de aseguramiento privado para sus afiliados.

2.3.1 Fortalezas de las ISAPREs

En Chile, cuando se habla de salud, el Estado ha sido el gran protagonista, siendo el sector privado un complemento. A la luz de las cifras de hoy día, el sector privado ha crecido, pero sin alcanzar la magnitud del público. En efecto, hoy el 45 por ciento de las atenciones de salud –excluida la atención primaria pública y las atenciones materno infantiles– se realizan en el sector privado, que cuenta con trece ISAPREs, casi 100 clínicas y sobre 600 centros médicos. También participan y compiten en este sector de salud privado entidades que pertenecen a empresas públicas. Por ejemplo, ISAPREs cerradas del Banco Estado y Codelco, u otros prestadores de servicios clínicos que pertenecen a universidades y empresas públicas.

El año 2013 el sector privado atendió al 20 por ciento de los beneficiarios de la salud, excluida la Fuerzas Armadas, y se realizaron más de 100 millones de prestaciones, de las cuales 25 millones fueron consultas médicas, cerca de 800 mil cirugías y más de 50 mil partos. La cifra aportada por las ISAPREs para el financiamiento de beneficios supera anualmente los tres mil millones de dólares, condiciones que permiten que exista en algunas regiones de Chile un sector privado de salud que otorga atenciones de alto nivel, con tecnología de punta y oportunamente. El cumplimiento de los estándares de servicio en cuanto a calidad, oportunidad, acceso y cobertura está resguardado por la Superintendencia de Salud, a través del rol fiscalizador que ejerce y las facultades de sanción de que dispone y de exigencia de cumplimiento con los financiadores privados.

No obstante los avances consignados, los problemas del sistema no son menores y en parte son la causa misma de la existencia de esta Comisión Asesora Presidencial.

a. Inversiones y recursos humanos

El sistema de financiamiento privado de salud, por medio de las ISAPREs, ha sido un pilar fundamental para que hoy existan prestadores privados que realizan importantes inversiones hospitalarias en Chile. La estructuración de un sistema de salud con financiadores públicos y privados de salud, impulsó nuevas inversiones en infraestructura a nivel nacional y aceleró la

incorporación de nuevas tecnologías médicas, las cuales, en plazos cortos, han estado disponibles para una cantidad importante de personas, tanto del sector público como privado. Del mismo modo, se ha colaborado en forma importante a la formación de más personal en el área de salud, que aún sigue siendo deficitario para los requerimientos del país.

b. *AUGE y Cobertura Catastrófica CAEC*

El beneficio de Cobertura Catastrófica de las ISAPREs, CAEC, ha atendido a 78 mil personas, resolviendo sus problemas oportunamente en redes especializadas y con un financiamiento adecuado. La facturación promedio ha sido de 21,3 millones de pesos y la cobertura alcanza al 87 por ciento, siendo el tope de copago máximo al que queda expuesto el afiliado de 126 UF. Lo relevante es que la atención médica de los casos GES ha sido complementado con la Cobertura para Enfermedades Catastróficas (CAEC), otorgando cobertura a las prestaciones no garantizadas en el protocolo, pero sí identificadas como relevantes para cada tratamiento. Este modelo permite asegurar que en el sistema privado se puede trabajar con sistemas más estandarizados, proveedores preferentes y topes de copago.

c. *Mejoras de eficiencia y autorregulación*

La industria de las ISAPREs ha tenido acciones de autorregulación para mejorar su adecuación a las regulaciones y entregar mejores servicios a sus clientes. Por ejemplo, creó la Cobertura de Enfermedades Catastróficas, de gran impacto para pacientes de alto costo; implementó el uso de medios biométricos de identificación y los servicios telefónicos 24/7 de atención al público; estableció los reembolsos en línea y el sistema de vitrina electrónica para cotizar planes por internet; definió la devolución automática de excedentes; creó un Plan Preventivo ISAPREs, que luego fue replicado en el AUGE. Todo ello ha permitido aumentar la eficiencia del uso de los recursos, mejorar los servicios, elevar los beneficios en salud y controlar los gastos de administración.

Los gastos administración y ventas han bajado de un 21 por ciento el año 1990 a un 11,6 por ciento el año 2013. La rentabilidad promedio sobre los ingresos en los últimos diez años ha sido de un 3,5 por ciento anual y entre un 23,6 y 77,8 por ciento anual al calcularse sobre capital y reservas. Asimismo, la siniestralidad o gasto directo en prestaciones de salud y subsidios ha aumentado de un 75 por ciento el año 1990 a un 85 por ciento el año 2013.

Las ISAPREs ofrecen, entre otros, convenios especiales para los clientes que puedan pagarlos, tales como: descuentos en farmacias, convenios odontológicos, seguros internacionales, seguimiento y control de pacientes crónicos y sistemas de asesoría médica telefónica de urgencia o para consulta.

2.4 Subsidio de Incapacidad Laboral

El Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL) cumple tres importantes funciones en el marco de la seguridad social. En primer lugar, autoriza la ausentismo laboral por causas de salud-enfermedad; en segundo lugar, es una medida terapéutica para la recuperación de la salud, y, en tercer lugar, da la protección social que permite la continuidad de los ingresos frente a una enfermedad.

Existen diferentes preocupaciones sobre el funcionamiento del SIL. Por el lado de los usuarios, se señala la falta de continuidad de los ingresos, asociados a la falta de oportunidad en el pago de la Licencia Médica, ya sea por los tiempos excesivos de los procesos de gestión, fiscalización y autorización de ellas y/o por los engorrosos sistemas de apelación frente a un rechazo. Se suma a lo anterior la desconfianza hacia el sistema, al ser quien paga y autoriza las licencias médicas la misma institucionalidad en el caso de la ISAPREs (juez y parte), entre otros. Esta situación no se da en FONASA, donde la contraloría médica está a cargo de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (Compin) y el pago a cargo de FONASA o las cajas de compensación, aunque dichos usuarios sufren retardos importantes en los pagos correspondientes.

A la vez, por el lado de las instituciones, existe una preocupación por el creciente gasto del sistema, el cual se ve aumentado por el sub-registro de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo, cuyos reposos deben ser financiados por el seguro específico y no por el SIL de salud general. Además, la tramitación entre tipo de seguros (laboral y no laboral) es engorrosa cuando existe un pago de licencia médica asociado a éste y un posible reembolso posterior por parte de los trabajadores.

Desde este marco de problemas, se ve necesario abordar algunos aspectos que permitan, por un lado, asegurar la oportunidad del tratamiento médico, que dice relación con acceder al reposo médico indicado; asegurar la oportunidad del beneficio social, vale decir, el pago de los ingresos frente a dicha situación de necesidad, y, por último, separar la situación de juez y parte que hoy existe en la institucionalidad de las ISAPREs.

2.4.1 La interacción del Sistema de Salud general con el Sistema de Salud Laboral (Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales).

El Seguro de Salud Laboral —conocido como el Seguro Obligatorio contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, Ley N° 16.744— se caracteriza por haber sido definido como parte de la seguridad social con carácter universal, integral, solidario y de cargo del empleador. El costo de la prima de ese seguro debe asumirlo el empleador para todos los casos de los trabajadores dependientes y el propio trabajador solo en el caso de los independientes. El seguro debe financiar y gestionar la provisión de prestaciones preventivas, médicas (atención de la enfermedad, rehabilitación, medicamentos), traslados, prótesis y también prestaciones económicas (pago de licencias médicas, indemnizaciones y pensiones).

En este sentido, frente a una sospecha de que un trabajador presente una enfermedad profesional o una lesión a causa o con ocasión del trabajo, este debe ser evaluado por el Organismo Administrador al cual está afiliada la empresa en que labora y no en el sistema de salud común (FONASA-ISAPRE). La división existente entre la salud común y la salud laboral implica que frente a la ausencia de diagnósticos y registros de enfermedad profesional o accidentes del trabajo, estos casos sean absorbidos por el sistema de salud común, tanto en su prestaciones como en los subsidios asociados.

Un problema fundamental es que el sub-registro implica que los trabajadores pierden beneficios tales como: la atención gratuita, el financiamiento total de los medicamentos y, a la vez, sufren las consecuencias económicas de las incapacidades, asociado a las pérdidas salariales o a los gastos de bolsillo relacionados a dichos eventos.

No se conoce a cuánto alcanzan exactamente los montos en que es subsidiado el sistema de la Ley N° 16.744 (SIL) desde el sistema de salud común. Sin embargo, existen algunos estudios al respecto, entre los que destaca la Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Calidad de Vida y Salud en Chile, cuyos resultados muestran que 14,1 de cada 100 trabajadores reconocen tener o haber tenido alguna enfermedad provocada o agravada por el trabajo durante su vida laboral. Esas cifras son más elevadas en el caso de las mujeres (16,8 por ciento). De las cifras planteadas, sin embargo, solo un 20 por ciento de las enfermedades que los trabajadores vincularon al trabajo fueron reconocidas como enfermedad profesional por el sistema (Ley N° 16.744), lo que equivale a decir que el 80 por ciento de ellas no accedió a las prestaciones médicas y económicas contempladas en ese seguro.

Todo esto hace que tal grupo de patologías sean manejadas en lo habitual por los prestadores generales y cubiertas financieramente por los seguros de salud (FONASA e ISAPREs), generando una carga de morbilidad adicional y de costos que recargan al sistema.

A lo anterior se suman estudios efectuados sobre licencias médicas catalogadas como curativas, pero que en realidad tienen un trasfondo laboral. Uno de ellos es el realizado para la Asociación de ISAPREs el año 2011, que reflejó que el costo incremental alcanzaría a MM\$ 16.000 anuales, mientras que otro, realizado para FONASA el año 2012, señala que el 41 por ciento de las licencias médicas con diagnósticos osteomusculares y traumáticos serían de origen laboral.

Con el fin de velar por la adecuada administración de estos seguros se promulgó en el año 1995 la Ley N° 19.394, la que incorpora el Artículo 77 Bis⁵⁴ a la Ley N° 16.744. El espíritu del 77 bis es el aseguramiento de las prestaciones médicas y pecuniarias, impidiendo la tramitación innecesaria del trabajador entre las entidades aseguradoras que lo protegen frente a los riesgos laborales y de salud común, asegurándole la continuidad en el ingreso. En este mismo Artículo se norma respecto a los reembolsos entre las instituciones. Sin embargo, esta normativa ha presentado numerosas dificultades y problemas, sobre todo para los trabajadores y trabajadoras, lo que implica la necesidad de su revisión y modificaciones.

⁵⁴**Artículo 77 bis:** señala que el trabajador afectado por el rechazo de una licencia o de un reposo médico por parte de los organismos de los Servicios de Salud, de las Instituciones de Salud Previsional o de las Mutualidades de Empleadores, basado en que la afección invocada tiene o no tiene origen profesional, según el caso, deberá concurrir ante el organismo de régimen previsional a que esté afiliado, que no sea el que rechazó la licencia o el reposo médico, el cual estará obligado a cursarla de inmediato y a otorgar las prestaciones médicas o pecuniarias que correspondan, sin perjuicio de los reclamos posteriores y reembolsos, si procedieren, que establece este Artículo.

En la situación prevista en el inciso anterior, cualquier persona o entidad interesada podrá reclamar directamente en la Superintendencia de Seguridad Social por el rechazo de la licencia o del reposo médico, debiendo ésta resolver, con competencia exclusiva y sin ulterior recurso, sobre el carácter de la afección que dio origen a ella, en el plazo de treinta días contado desde la recepción de los antecedentes que se requieran o desde la fecha en que el trabajador afectado se hubiere sometido a los exámenes que disponga dicho Organismo, si éstos fueren posteriores.

2.5 Lecciones de la experiencia internacional: Implicancias políticas y conclusiones de cuatro países de la OECD.

Alemania, Bélgica, Holanda y Suiza mantienen un sistema de seguros sociales de salud que en los últimos años han ido sufriendo diferentes reformas. Sin embargo, entre algunos puntos en común, esos sistemas:

- Tienen un fondo único central nacional que reúne los aportes de todos los cotizantes y el Estado.
- Asignan los recursos con ajuste de riesgos per-capitados a aseguradores públicos o privados.
- Existe obligatoriedad de tener o comprar seguro.
- Tienen un paquete de beneficios (muy amplio).
- Hay afiliación abierta (libre movilidad) para los usuarios entre aseguradores públicos y privados.
- Se observan subsidios estatales para personas de bajos recursos y, a veces, niños.

Las metas y reformas que fundamentan la competencia y elección entre aseguradoras varían en los cuatro países, pero con ciertas cosas en común. Alemania y Suiza buscaban mejorar el acceso y equidad y contener gastos. Bélgica no buscaba directamente aumentar la competencia, pero al aumentar la responsabilidad financiera de los seguros incentivó el control de gastos. Así, la elección de los usuarios pasó a ser el principal objetivo de aseguradores, sin ser el objetivo original. Alemania y Holanda esperaban que la libre elección sumada al riesgo financiero mejorara la eficiencia y calidad en prestaciones. En Suiza no estaba explícita la competencia, pero en el debate se planteaba que a menor competencia, menor eficiencia.

El ajuste de riesgo ha sido prioridad en todos estos, aunque varía la calidad y plazo en que se ha fortalecido este aspecto. En Alemania se sabía que la fórmula inicial era insuficiente, pero en cuanto se tuvo la información necesaria, esta mejoró. En Suiza su mejoría está restringida por temas políticos. Fortalecer la compensación de riesgo es un desafío para todos ellos, especialmente para Suiza.

La movilidad no se ha enfatizado tanto como el ajuste de riesgo. Existe regulación que la facilita, pero la evidencia sugiere que está limitada para personas mayores y menos saludables. Esto requiere mayor preocupación. Las principales barreras son las ventas vinculadas de seguros suplementarios obligatorios o voluntarios y a la sobrecarga de elección. Las ventas vinculadas o atadas están prohibidas en Holanda y Suiza, pero las aseguradoras han encontrado formas para hacerlo. En Bélgica se solucionó con mayor regulación de este mercado. Esta barrera de movilidad requiere de acción política: mejorar el ajuste de riesgo, mayor información a los asegurados, mayor control en el proceso de venta. La potencial sobrecarga de elección también requiere atención. Se sabe que la diferenciación del producto disminuye la transparencia, aumenta el costo de transacción y puede desfavorecer la competencia.

Garantizar a los seguros la disponibilidad y uso de herramientas para influir en el mercado es esencial para mejorar la eficiencia a través de la compra estratégica de prestaciones. En Bélgica hay pocas herramientas, Alemania y Suiza tienen acceso a algunas y en Holanda disponen de una amplia variedad, sin embargo su uso es limitado. Las diferencias en los

objetivos planteados podrían explicar algunas de estas diferencias, pero existen otras razones: escasa información y resistencia de los involucrados a usar las herramientas.

En los cuatro países se enfatiza la necesidad de mejorar la información sobre calidad y costos. Es importante contar con sistemas de información, pues esto permitiría mejorar el ajuste de riesgo, facilitar el uso de contratos selectivos, fijar precios, priorizar, fomentar buenas prácticas, realizar pago por resultados.

La resistencia parece inevitable dado que algunas de estas herramientas pueden restringir la elección de afiliados, muchas de ellas afectan la autonomía de los proveedores y la mayoría requiere información por ahora no disponible. Las diferencias entre los países pueden reflejar en qué medida los políticos y aseguradores están dispuestos a restringir la elección de los usuarios y esto, a su vez, refleja la incertidumbre en el sector político sobre qué es más apropiado, la competencia entre aseguradores o proveedores, y sobre quién está mejor situado para influir en los proveedores: Gobierno, seguros (individual o colectivamente) o usuarios.

Esta revisión ofrece una importante lección para países que consideren introducir la competencia entre aseguradores: no es sencillo establecer condiciones para que la competencia mejore la eficiencia. El ajuste de riesgo requiere gran cantidad de datos y sistemas de información complejos, y las aseguradoras pueden dificultar este proceso. En cuanto a la movilidad, debe estar fuertemente regulada y puede verse amenazada por la venta vinculada de seguros complementarios o suplementarios obligatorios o voluntarios. El uso de estos últimos es muy común y hay reticencia a regular este mercado. (Ver Anexo F).

Capítulo 3: Propuesta de Reforma al Sistema Privado de Salud

En este capítulo se desarrolla la propuesta de la Comisión, la que fue debatida ampliamente. Durante la discusión hubo un acercamiento significativo de las posiciones. No obstante, persistieron diferencias, lo que obligó a que las posiciones se detallaran después del punto 3.5, en que se expone la discusión de la propuesta, en extenso, y luego, por separado, resúmenes de posiciones de mayoría y minoría. Este acuerdo puede hacer que la lectura de los distintos puntos parezca reiterativa.

3.1 Introducción

La situación actual del aseguramiento de la salud en Chile presenta —tal como se señaló en el capítulo de análisis crítico— grandes problemas derivados de un ambiente de seguros de salud en competencia relativa y sin regulación económica adecuada: se produce, entonces, riesgo moral, selección adversa y selección de riesgos que derivan en problemas de eficiencia e inequidad. A lo anterior se agregan los problemas de fallas de mercado, poder de mercado, como la integración vertical y otros, que provocan dificultades de acceso a la salud e ineficiencias que redundan en pérdidas sociales evitables. Además, a partir de 2010, con el fallo del TC, se agregan los problemas judiciales, que han derivado en miles de recursos en los tribunales de Justicia.

Los problemas han resultado en efectos para los usuarios, principalmente por la selección de riesgos (descreme) y discriminación; es decir, el interés por captar a aquellas personas jóvenes, sanas y de mayores ingresos, para quienes su cotización es superior a sus necesidades efectivas de prestaciones de salud. Este proceso, en varios sentidos, ha sido posible, también, por la existencia de FONASA, dado que allí la afiliación es abierta y un asegurado ISAPRE que ya no puede costear su plan de salud siempre podrá acceder al seguro público.

En estas condiciones, el sistema está en constante desequilibrio y este tipo de funcionamiento cuestiona su viabilidad. Además, el TC y los tribunales de Justicia, en diversas instancias, han cuestionado las bases sobre las que funciona el sistema de tarificación del aseguramiento privado, debido al cálculo de primas diferenciadas, que implican discriminación por sexo y edad en su cobro. El TC ha señalado que, contrariamente a lo dispuesto por la ley vigente, el cobro diferencial de primas por riesgo no es legítimo.

En palabras de la Presidenta de la República, el sistema *“en primer lugar, discrimina a chilenas y chilenos según riesgo. Quiere decir que evalúa vulnerabilidades y conveniencias por edad, sexo y por historia de salud. Las mujeres en edad fértil, las personas con menos ingresos, los adultos mayores, las personas que tienen enfermedades preexistentes, son desestimadas por las ISAPREs o se les imponen enormes cobros para entrar al sistema. Personas que han estado toda una vida en una ISAPRE, tienen que cambiarse a FONASA después de los 60 años porque no pueden pagar muchas veces los cobros de los planes. En el caso de las personas con enfermedades preexistentes, vemos que se les disminuye la cobertura de sus prestaciones, y si se quiere cambiar de una ISAPRE a otra, tendrá una cobertura más baja para la enfermedad anterior que para las enfermedades que no ha sufrido y de esa manera uno podría decir que las personas son capturadas por una ISAPRE, sin posibilidad de negociar las condiciones de su*

contrato.” (Discurso de S.E. la Presidenta de la República Michelle Bachelet al firmar el Decreto que creó a la Comisión Asesora Presidencial para Impulsar un Nuevo Régimen Jurídico en el Sistema Privado de Salud).

Por otro lado, en los últimos años, han surgido críticas por parte del mundo social y político, que fueron recogidas también por esta Comisión Asesora en las audiencias ciudadanas sostenidas, respecto a los altos, crecientes y diferenciados precios de las primas del sistema privado de salud, las altas utilidades anuales, la discriminación por riesgos, el uso de pre-existencias y el número de afiliados “cautivos” al interior de las ISAPREs, la inequidad respecto de FONASA y los problemas propios del seguro público, que reflejan la ineludible necesidad de modificar el actual sistema de financiamiento sanitario con el propósito de terminar con la selección de riesgos y contribuir a contener los costos.

Al encargar el trabajo, la Presidenta además señaló que *“el acceso a las prestaciones de salud son un derecho, y, como tal, no es posible que su provisión quede enteramente liberada a las leyes del mercado, comprometiendo así el bienestar e incluso la vida de miles de personas. Chile necesita y demanda introducir más equidad y solidaridad en el sistema sanitario, y ello implica garantizar en todos los casos, sin excepción, el derecho efectivo a la salud. Y no cualquier salud, una salud digna, de calidad y oportuna”* (Discurso de S.E. la Presidenta de la República Michelle Bachelet, al firmar el Decreto que creó la Comisión Asesora Presidencial para Impulsar un Nuevo Régimen Jurídico en el Sistema Privado de Salud).

En este capítulo se presenta la propuesta de reforma al sistema privado de salud que la Comisión ha desarrollado. Primero, y conforme a la forma de trabajo e itinerario de reflexión que la comisión decidió, se desarrolla un apartado respecto de las alternativas teóricas o mejores modelos conocidos en la experiencia internacional y aplicadas al caso chileno. Posteriormente se precisan aspectos derivados de esta reflexión, que deberían estar presentes en cualquier propuesta de reforma. Se buscó, luego, el mayor acuerdo posible en una visión de largo plazo del sistema de salud en su conjunto, con una definida visión de futuro que estará enmarcando el desarrollo de la propuesta de corto plazo, buscando que las herramientas que se recomienda implementar fueran coherentes con dicha visión.

Dentro de la propuesta de reforma inmediata existieron disensos. Tal como se acordó al comienzo de las sesiones, estas diferencias han sido anotadas, cuando corresponde, en la propuesta, en cada uno de los puntos en que se producen y, además, incluidas como resumen en un punto aparte dentro del capítulo como propuesta de minoría. Lo mismo se hizo con la posición de mayoría.

3.2 Visión sobre la seguridad social en salud que el país necesita

Sobre la base del diagnóstico previamente desarrollado, los integrantes de la Comisión acordaron que la búsqueda de alternativas de solución debía orientarse hacia avanzar en la construcción de un sistema de seguridad social para el conjunto de la población. Sobre esta base, se valoró la solidaridad como un principio básico de seguridad social, en cualquier diseño del sistema. La definición que los comisionados aceptaron entiende que la solidaridad en un sistema de seguridad social de salud consiste en que todos aportan al sistema de acuerdo a sus

posibilidades y reciben de acuerdo a sus necesidades sanitarias, así los sanos financien a los enfermos, las personas de mayor nivel de ingreso a las de menor nivel de ingresos y los jóvenes a las personas mayores.

Igualmente, y en el contexto descrito, los miembros de la Comisión valoraron los requisitos mínimos que deberá cumplir el aseguramiento en salud y que pueden sistematizarse en los siguientes términos:

- Universalidad del sistema: todos y todas tienen los mismos derechos en materia de salud.
- Financiamiento solidario del sistema.
- Prestaciones amplias y universales, de carácter integral, incluida la atención primaria, como estrategia de trabajo sanitario y no solo como puerta de entrada al sistema.
- Mecanismos de compra que aseguren eficiencia y eficacia sanitaria.
- En cuanto a los seguros:
 - Afiliación abierta y no discriminatoria (libre elección de institución previsional).
 - Seguro de largo plazo para todo el ciclo vital.
 - Evaluación comunitaria de riesgos a la hora de fijar tarifas.

Con este marco general, los integrantes de la Comisión procedieron a analizar las diferentes alternativas que podrían considerarse para hacer frente a los problemas que tiene el sistema de aseguramiento de salud en Chile y que motivaron la creación de la Comisión Asesora Presidencial.

3.3 Desarrollo de alternativas teóricas

El análisis de las alternativas teóricas proviene de la experiencia internacional de mejores prácticas en lo que a sistemas de salud se refiere. Las alternativas que fueron analizadas en el trabajo de la Comisión consideraron las siguientes modalidades:

1. Sistema de Servicio Nacional de Salud.
2. Sistema de Seguro Nacional de Salud.
3. Sistema de Seguros Sociales de Salud.

A continuación se describen estos tres sistemas con un formato común, esto es, abordando primero una descripción del sistema, luego señalando las ventajas y desventajas que habitualmente se les asocian y finalmente un análisis que intenta generar una imagen global de cómo aplicaría tal sistema al caso de Chile.

3.3.1 Sistema de Servicio Nacional de Salud

a. Descripción

El sistema denominado Servicio Nacional de Salud es una modalidad cuyo financiamiento descansa en impuestos generales. Los recursos recaudados y destinados a salud en el presupuesto de la nación se asignan a los niveles subnacionales del Sistema de Salud, es decir, autoridades de salud con población a cargo, mediante fórmulas de distribución basadas

en per cápita y ajustadas por necesidades sanitarias. El aseguramiento es universal, constituyéndose un solo *pool* nacional que distribuye los riesgos. La provisión de servicios de salud puede ser pública o privada (con o sin fines de lucro), siendo más común que sea predominantemente pública y que los prestadores privados sean complementarios.

Adicionalmente, en los países pueden existir seguros privados voluntarios suplementarios o complementarios para un pequeño grupo de la población.

b. Ventajas y desventajas

La ventaja más reconocida por la literatura internacional de esta modalidad es que representa el financiamiento más progresivo posible (en el contexto de un sistema impositivo de tipo progresivo) y, por ende, el más equitativo en sus resultados sanitarios. Se reconoce también que el financiamiento está más protegido frente a los ciclos económicos y efectos en el mercado del trabajo, aunque también se valora un mejor control de la inflación de costos en comparación con otros sistemas.

Si bien, adicionalmente, se valora en esta modalidad una mayor posibilidad de promover equidad y eficiencia en la provisión (planificación de recursos humanos, físicos, financieros), en términos prácticos la literatura también recoge argumentos orientados a que este tipo de sistema suele estar subfinanciado, lo que puede conducir a racionamiento de servicios esenciales de atención y a déficit de calidad de los servicios. De igual modo, se restringe de manera importante la libertad de elección, lo que, a su vez, se asocia con menores niveles de satisfacción usuaria (excepto países escandinavos), pero en la mayor parte de los países existe posibilidad de adquirir seguros complementarios con mayor libertad de elección de prestadores.

c. Análisis

El Sistema de Servicio Nacional de Salud se presenta como la mejor alternativa en el largo plazo para casi cualquier país, y para Chile en particular, debido a sus reconocidas ventajas en términos de favorecer la progresividad en el financiamiento y equidad en el acceso a la atención de salud y en los resultados de salud⁵⁵.

Existen experiencias a nivel internacional que han mostrado que se puede transitar con éxito desde esquemas de seguridad social *bismarckianos* (financiados con contribuciones vinculadas al trabajo) a sistemas financiados por impuestos generales, como en el caso de España.

Una condición deseable para avanzar hacia la construcción de este tipo de arreglo es que exista un sistema impositivo progresivo, pues de otro modo la carga del financiamiento recae sobre los más pobres. En el caso de Chile esto resulta determinante, dado que los impuestos indirectos (IVA) son los más importantes en el sistema, llegando a representar el 48

⁵⁵ Los comisionados, Marcelo Dutilh, Fernando Matthews, Gonzalo de la Carrera y Ana María Albornoz declararon no compartir esta opinión. Argumentan que no parece conveniente para Chile tener un poder monopsonico estatal como proveedor de aseguramiento y comprador único de prestaciones de salud, y no comparten que exista actualmente equidad en la atención de un sistema estatal como el actual.

por ciento de la recaudación tributaria. Además, el coeficiente de Gini medido antes y después de impuestos y transferencias estatales, en términos prácticos casi se mantiene, pues solo se reduce de 0,53 a 0,50, lo que quiere decir que el sistema de impuestos no es suficientemente progresivo.

Finalmente, en el contexto actual, con una reforma tributaria recién aprobada y en curso de implementación, se hace más complejo promover un arreglo de seguridad social de este tipo en el corto y mediano plazo, pues se estima difícil generar voluntades políticas para un cambio que podría implicar un nuevo aumento de la carga tributaria⁵⁶.

3.3.2 Sistema de Seguro Nacional de Salud

a. Descripción

En la medida que el arreglo de financiamiento para salud no pueda acceder a recaudación total por la vía de impuestos generales progresivos, un Fondo Central o Fondo Único de mancomunación de recursos provenientes de cotizaciones de seguridad social e impuestos generales representa la segunda mejor iniciativa en términos de solidaridad y eficiencia del financiamiento de la salud⁵⁷.

El Sistema denominado Seguro Nacional de Salud es una modalidad cuyo financiamiento descansa en contribuciones vinculadas al trabajo, es decir, cotizaciones obligatorias para salud de trabajadores (como el siete por ciento actual), empleadores (como en el sistema de salud laboral) y del Estado (como el aporte fiscal actual). El aseguramiento es universal, constituyéndose un solo *pool* nacional que distribuye los riesgos, solidarizando el financiamiento y reduciendo la discriminación por riesgos de salud. La provisión de servicios de salud puede ser pública o privada, con o sin fines de lucro. La modalidad considera libertad de elección a nivel de los prestadores. En cualquier caso, pueden coexistir seguros complementarios adquiridos directamente por los usuarios.

Desde la perspectiva de la organización del financiamiento, en el Sistema de Seguro Nacional de Salud se pueden reconocer dos modalidades, a saber: a) Fondo Único con pago directo a prestadores, y b) Fondo Único con mediación y fórmula de distribución.

i. Modalidad de Fondo Único con pago directo a prestadores

En esta modalidad el pago a prestadores se hace directamente por el fondo o seguro único, según el o los mecanismos que este defina, lo que, en todo caso, requiere de buenos criterios de descentralización de los fondos, así como de mecanismos de compra y gestión que garanticen la eficacia sanitaria y la eficiencia.

⁵⁶ El consejero Gonzalo de la Carrera no está de acuerdo con esta afirmación por cuanto no necesariamente se requiere de un aumento en la carga tributaria, sino que de una mayor asignación de los impuestos de la nación a salud. Chile requiere duplicar su gasto en salud durante al menos una década para mejorar y dignificar el acceso a la salud pública.

⁵⁷ Esta idea fue votada y aprobada por 11 votos, 4 abstenciones y 2 votos en contra (Sr. Gonzalo de la Carrera y Sr. Marcelo Dutilh), el día 26 de junio, en la décima sesión. El Sr. Paraje estuvo ausente.

ii. **Modalidad Fondo Único con mediación y fórmula de distribución**

La principal diferencia entre esta modalidad y la anterior es que en este caso el pago a prestadores no lo hace directamente el fondo o seguro único, sino que este distribuye, mediante fórmulas de per cápita corregidas por necesidad sanitaria, los recursos a gestores de redes con población a cargo, que son quienes pagan a los prestadores con mecanismos de compra y gestión que garanticen la eficacia sanitaria y la eficiencia.

b. *Ventajas y desventajas*

El arreglo mantiene el principio de solidarizar el financiamiento y también reduce la discriminación por riesgos de salud. Es decir, se ajusta a los principios de seguridad social permitiendo eficacia sanitaria.

El mayor problema que la literatura reconoce al Sistema de Seguro Nacional de Salud es que presenta riesgos de captura del fondo por parte de grupos de interés. En este sentido, la segunda alternativa reduce este riesgo, debido a que actúa con mayor descentralización.

Por otra parte, aunque vinculado con el problema de captura, la modalidad de Fondo Único con pago directo a prestadores tiene el riesgo de debilitar la perspectiva de salud pública debido a que la compra directa de prestaciones por parte del fondo podría no hacerse con criterios sanitarios. En este sentido, la mediación por gestores de red podría atenuar este riesgo, pues ofrece posibilidades para el desarrollo de una inteligencia sanitaria que modula la compra de prestaciones con un enfoque de salud pública mirando al conjunto de la población que se tiene a cargo.

Es esperable que, comparado con un sistema de financiamiento basado en impuestos generales, en un arreglo basado en contribuciones para salud existan mayores presiones sobre el gasto en salud. Lo anterior, entre otros factores indicados en la literatura técnica, se debe a que puede haber más aceptabilidad social y política al incremento de primas que al incremento de impuestos.

La modalidad de Fondo Único con mediación y fórmula de distribución, dada la participación de actores en la función de gestores de redes, se asociaría a mayores costo de transacción que la modalidad de Fondo Único con pago directo a prestadores.

c. *Análisis*

Los sistemas que descansan en contribuciones vinculadas al trabajo son modelos que se ajustan mejor a la historia de construcción del sistema de salud chileno. En efecto, el financiamiento basado en contribuciones vinculadas al trabajo (empleados y empleadores) existe en Chile desde el año 1924.

La construcción de un camino de transición desde la situación actual hacia un arreglo como el descrito puede ser menos compleja y social y políticamente más viable que un cambio hacia un Sistema de Servicio Nacional de Salud.

Esta modalidad podría construirse sobre la base de transformar a FONASA en un Fondo Único, teniendo las ISAPREs la posibilidad de reconvertirse en seguros complementarios y/o

suplementarios y sus prestadores en gestores de red. Esto último requeriría desarrollar marcos regulatorios para seguros complementarios/suplementarios, cuya institucionalidad actual es precaria.

También podría ser necesario ampliar el tope de la cotización de seguridad social para garantizar suficiencia y mayor equidad en el financiamiento.

3.3.3 Sistema de Seguros Sociales de Salud o Multiseguro

a. Descripción

El Sistema denominado Seguros Sociales de Salud es una modalidad cuyo financiamiento también descansa en contribuciones vinculadas al trabajo (cotizaciones para salud de trabajadores, empleadores y del Estado, como el siete por ciento y el aporte fiscal actuales, en el primer y último caso). La modalidad considera la existencia de varios fondos o seguros (multiseguros), todos los cuales operan sobre la base de los principios y reglas de la seguridad social.

El aseguramiento es universal, constituyéndose *pools* en cada fondo o seguro, todos los cuales no pueden discriminar por riesgos individuales de salud. La existencia de mecanismos de redistribución (distribución basada en per cápita ajustado por riesgos) solidariza el financiamiento y reduce la discriminación por riesgos de salud.

La provisión de servicios de salud puede ser pública o privada, siendo más común, en los países europeos, que los prestadores sean privados en convenio con los fondos o seguros, en su gran mayoría sin fines de lucro. La modalidad considera libertad de elección a nivel de los prestadores.

b. Ventajas y desventajas

Este arreglo también mantiene el principio de solidarizar el financiamiento, siendo compatible la coexistencia de la cotización obligatoria para salud con contribuciones voluntarias a seguros complementarios y/o suplementarios.

Esta modalidad, al contemplar la participación de diversos fondos (aseguradores), al igual que en el caso de la alternativa de Fondo Único con gestores de red, se asociaría también a mayores costos de transacción.

Según literatura reciente, el mayor grado de competencia que podría presentar este sistema (competencia regulada) maximizaría la eficiencia y satisfacción de los usuarios, argumentos discutidos por otros. A pesar de que el diseño de mecanismos puede abordar el tema, la literatura reconoce la mantención de riesgos de segmentación. En todo caso, muy lejos del nivel actual de la realidad del sistema sanitario chileno. Por otra parte, la existencia de poblaciones en diferentes seguros dificulta la planificación sanitaria basada en territorios y poblaciones, así como la masificación de la estrategia de atención primaria, de reconocido valor sanitario.

c. Análisis

Como todas las alternativas de sistemas que descansan en contribuciones vinculadas al trabajo, esta modalidad de multiseuros también es compatible con la historia de construcción del arreglo de seguridad social en salud en Chile.

Con el propósito de, efectivamente, alcanzar el objetivo de aseguramiento universal, este arreglo podría construirse sobre la base de coexistencia de FONASA e ISAPREs, aunque en el caso de estas últimas, se entiende que serían instituciones reformadas, con un claro anclaje en los principios de seguridad social, sin posibilidades de discriminación de riesgos individuales.

La experiencia internacional muestra diversos mecanismos a través de los cuales se pueden redistribuir los riesgos de salud de las personas, de modo de reducir las prácticas de discriminación, aun cuando no se logra completamente. Sin embargo, en cualquier caso, se hace necesario fortalecer una mayor capacidad institucional regulatoria.

Desde la perspectiva de la factibilidad política y social, este arreglo parecería ofrecer un camino de transición factible debido a que los cambios implicados serían, aparentemente, de menor envergadura. Sin embargo, por lo mismo, podría ser el caso de que el desarrollo de la implementación pueda resultar aún más complejo que las opciones previamente presentadas debido a los sofisticados mecanismos e instrumentos que habría que desarrollar para evitar la segmentación de riesgo.

También, al igual que en el caso anterior, podría ser necesario ampliar el tope de la cotización de seguridad social para garantizar suficiencia y mayor equidad en el financiamiento.

Por último en esta modalidad también pueden existir seguros complementarios y/o suplementarios voluntarios privados, regulados.

Tabla 15: Resumen de las alternativas teóricas propuestas.

Sistema	Financiamiento	Descripción	Provisión de servicios	Ventajas	Desventajas
Sistema Servicio Nacional de Salud	Impuestos generales Fórmula de distribución basada en per cápita ajustado por necesidades	Aseguramiento Universal, un solo pool nacional Autoridades de salud con población a cargo Pueden existir seguros complementarios	Predominantemente pública Prestadores privados complementarios (con o sin fines de lucro)	Financiamiento más progresivo posible (con sistema impositivo progresivo)	Se restringe en forma significativa la libertad de elección
				Financiamiento más protegido frente a los ciclos económicos y efectos en el mercado del trabajo Mayores posibilidades de promover equidad y eficiencia en la provisión (planificación de recursos humanos, físicos, financieros)	
Sistema de Seguro Nacional de Salud	Fondo Único de cotización ligada al trabajo e impuestos	Aseguramiento Universal, un solo pool nacional, un solo	Públicos y privados (con o sin fines de lucro)	Solidariza financiamiento Reduce la discriminación por riesgos	Mayores riesgos de captura del Fondo por parte de grupos de

Tabla 15: Resumen de las alternativas teóricas propuestas.

	Pago a prestadores según mecanismo definidos por el Fondo	comprador Pueden existir seguros complementarios		Admite libertad de elección a nivel de los prestadores	interés (gremios y mecanismos de pago)
	Fondo Único de cotización ligada al trabajo e impuestos Fórmula de distribución basada en per cápita ajustado por necesidades	Aseguramiento Universal, Gestores de red con población a cargo Pueden existir seguros complementarios	Públicos y privados (con o sin fines de lucro)	Solidariza financiamiento Reduce la discriminación por riesgos Admite libertad de elección a nivel de los prestadores Reduce los riesgos de captura por parte de grupos de interés	Eventuales mayores costos de transacción
Sistema de Seguro Social de Salud	Fondo Único con Multiseguros Fórmula de distribución basada en per cápita ajustado por riesgos	Aseguramiento Universal, FONASA y otros (ISAPREs reformadas) Pueden existir seguros complementarios	Predominantemente e pública Prestadores privados complementarios (con o sin fines de lucro)	Solidariza financiamiento Reduce la discriminación por riesgos	Mayores costos de transacción Dificulta planificación sanitaria por poblaciones y territorio
				Admite libertad de elección a nivel de aseguradores y prestadores	Requiere mayor capacidad institucional regulatoria
					Mantiene riesgos de segmentación

Fuente: Elaboración propia.

3.4 La visión de futuro

La Comisión Asesora Presidencial se abocó a estudiar los cambios que permitieran corregir las imperfecciones del sistema ISAPRE y se dio a la tarea de entregar una propuesta que reformase la legislación que regula el régimen de estas instituciones para corregir sus deficiencias. Para ello debía buscarse terminar con la discriminación por riesgo y selección de asegurados, controlar las alzas de precios y su variabilidad, regular planes en cuanto a beneficios y copagos, y generar una propuesta que considerase una mirada global del financiamiento, del aseguramiento y de los prestadores. Todo ello en el marco señalado por el Decreto de creación de la Comisión Asesora Presidencial donde se reconoce la salud como un derecho y la necesidad de revisar el conjunto del sistema de salud, dado que su diseño corresponde a otro momento histórico, con cambios evidentes en la demografía (envejecimiento) y epidemiología (predominio de enfermedades crónicas y cáncer), además de la necesidad de introducir mayor equidad y solidaridad en el sistema de acuerdo a los principios de la seguridad social.

Los cambios requeridos para reformar el sistema ISAPRE, sin embargo, y desde una perspectiva sistémica, no pueden dejar de afectar al sistema de salud en su conjunto y, por tanto, al sistema público de salud que hoy es responsable de la salud de casi el 80 por ciento de la población.

Adicionalmente, desde esa perspectiva sistémica, necesaria para abordar temas vinculados a los sistemas de salud, cualquier esfuerzo en el ámbito del financiamiento-aseguramiento requiere también plantearse el desafío de la modernización y el fortalecimiento del sistema prestador de salud, en particular del sistema público.

Lo anterior, a su vez, requiere que nuestro país aborde con sentido nacional el desafío de dotar al sistema de salud de los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros que se necesitan para alcanzar los estándares de calidad que hoy presentan los países de la OECD, grupo al que Chile pertenece.

Se entiende que abordar la situación del sistema prestador de salud y el problema de los recursos humanos en salud corresponde a temas que, si bien están en el ámbito, no son el foco de esta Comisión Presidencial. Sin embargo, se entiende también que cualquier esfuerzo por avanzar en la solución de los problemas que presenta el sistema de aseguramiento en salud resultará insuficiente si no se avanza en los otros ámbitos.

Es así que la amplia mayoría de los comisionados (16 de los 18 comisionados)⁵⁸ estuvo de acuerdo en que se requería un cambio o reforma estructural al sistema de salud chileno. Este alto grado de consenso por una reforma estructural dio paso al análisis y fundamentación respecto a cuál es el cambio estructural requerido.

Para avanzar, entonces, en las reformas de corto plazo, la mayor parte de los comisionados consideró indispensable definir un horizonte de mediano-largo plazo, como cambio estructural deseado, hacia el cual proponer conducir el desarrollo del sistema de aseguramiento en salud, de modo que esa visión de futuro pudiera orientar los cambios requeridos en el corto plazo en el sistema privado.

En una visión de futuro de mediano-largo plazo, la mayoría de los comisionados estuvieron de acuerdo en que los impuestos generales serían la mejor forma de financiar el sistema de salud para que este cumpla con el requisito de solidaridad de la seguridad social y que efectivamente se garantice el derecho a la salud de todas y todos los habitantes, sin ligar el derecho al trabajo sino a la ciudadanía misma.

Asociado a esta visión, la mayoría de los comisionados estuvo de acuerdo en que el sistema de salud pudiera funcionar en redes públicas de prestadores basados en atención primaria, sin perjuicio de la existencia de prestadores privados que puedan o no participar de las

⁵⁸ Los comisionados Ana María Albornoz y Gonzalo de la Carrera estuvieron en contra de esta posición en cuanto ellos consideran que no era parte del mandato presidencial el hacer una reforma al Sistema de Salud público y privado como un todo, sino que lo solicitado a la Comisión Presidencial era resolver los problemas que afectan a los cotizantes de ISAPREs, para lo cual la propuesta de Bitrán y Asociados daba cuenta de lo solicitado por la Presidenta.

redes, y sistemas de aseguramiento complementarios. A favor de esta mirada existen experiencias internacionales (España, Brasil) que han mostrado que se puede transitar con éxito, desde el punto de vista sanitario, desde sistemas de seguridad social contributivos tipo bismarckianos hacia sistemas financiados por impuestos generales del tipo bedgverianos.

Considerando como elementos de realidad que, por un lado, Chile no tiene hoy día un sistema suficientemente progresivo de impuestos, lo que pudiera entregar mayor peso relativo del financiamiento a los más pobres, y, por otra parte, que ya se está impulsando y se ha aprobado una reforma tributaria, se plantea que parece más factible avanzar hacia otros modelos⁵⁹. En este sentido, los comisionados plantean que, en la medida que el financiamiento para salud no pueda realizarse completamente por la vía de impuestos generales progresivos, un fondo central o fondo único de mancomunación de recursos provenientes de cotizaciones de seguridad social e impuestos generales representa la segunda mejor iniciativa en términos de solidaridad y eficiencia del financiamiento de la salud. En el tiempo, pueden ir aumentando el aporte fiscal por impuestos generales y disminuyendo las cotizaciones de salud.

Lo anterior condujo a la necesidad de explicitar más claramente las diferentes posturas y los escenarios de mediano-largo plazo que podrían orientar la elaboración de una propuesta de ley en el corto plazo. Se plantearon, entonces, tres escenarios de modelo de aseguramiento en salud para Chile:

- a) Seguro Nacional de Salud con seguros privados complementarios.
- b) Fondo Único con Multiseguros.
- c) Propuesta presentada a la Comisión por la Asociación de Isapres.

La alternativa que recibió el apoyo mayoritario de los comisionados fue la a) de Seguro Nacional de Salud con seguros privados complementarios (diez comisionados)⁶⁰.

La alternativa de Fondo Único con multiseguros recibió el apoyo de dos comisionados⁶¹ y la propuesta de la Asociación de Isapres fue apoyada por cuatro consejeros⁶², recibiendo luego el

⁵⁹ En este punto, los Consejeros Mario Parada, Orielle Solar y Ximena Aguilera plantean que no se ha analizado en profundidad la factibilidad para descartar esta alternativa. La mera existencia de un sistema tributario regresivo, como el actual, no es condición suficiente para no poder proponer un sistema basado en impuestos generales, de hecho, este mecanismo se utilizó en la última transformación en salud importante (reforma del AUGE) en 2005, que fue financiada por el aumento del IVA. Por otra parte, la formulación de políticas públicas junto con considerar variables de factibilidad contextual, tienen como rol esencial definir hacia dónde deben avanzar los esfuerzos públicos en un horizonte temporal alejado de la coyuntura. El rol de los actores socio-políticos es viabilizar las diferentes estrategias necesarias, entre las que se incluye la voluntad política, para implementar nuevas transformaciones en el esquema tributario.

⁶⁰ Estos consejeros fueron: Ximena Aguilera, Oscar Arteaga, Soledad Barría, Carmen Castillo, Camilo Cid, David Debrott, Tomás Jordán, Mario Parada, Orielle Solar y Andras Uthoff.

⁶¹ Corresponde a los votos de los comisionados Osvaldo Larrañaga y Guillermo Paraje.

⁶² Los comisionados Ana María Albornoz, Marcelo Dutilh, Gonzalo de la Carrera y Fernando Matthews creen en un modelo de aseguramiento multiseguros que permita resolver los problemas que afectan a los cotizantes de ISAPREs conforme a la propuesta de Bitrán, que aborda los problemas para la cual fue convocada la Comisión.

apoyo de un comisionado que estuvo ausente pero ejerció su voto en la reunión siguiente⁶³, quien expresó un apoyo a la propuesta, pero haciéndole importantes cambios. Uno de los comisionados se abstuvo de votar⁶⁴. Esta votación fue argumentada por cada uno de los consejeros (ver Anexo H).

A partir de estas definiciones de visión de mediano-largo plazo, los comisionados continuaron el trabajo para poder establecer una propuesta de ley que modifique el sistema de aseguramiento privado de salud y que permitiera iniciar el camino de tránsito hacia la visión de futuro deseado y que debería expresarse en la propuesta de ley de aplicación inmediata.

3.4.1 La visión de futuro y la propuesta de reforma inmediata

La convicción mayoritaria de los comisionados, como ha sido previamente indicado, es que la situación actual del sistema de aseguramiento de salud, con las ISAPREs operando en las condiciones que lo han hecho desde su creación en 1981 y sus sucesivas reformas, no puede abordarse sin que exista un cambio estructural a dicho sistema y al sistema de salud en su conjunto⁶⁵.

Por otra parte, los comisionados entienden que en una situación de transición desde la situación actual hasta una situación de régimen de un arreglo de seguridad social, no será posible corregir de una vez todos los problemas que arrastra el sistema. Además, existe el problema de existencia de contratos suscritos que los usuarios pueden querer preservar, para lo cual se presentan alternativas consideradas viables y razonables, pero acorde con la necesidad y magnitud del cambio que se necesita imprimir.

Si bien la visión de futuro mayoritariamente respaldada por los comisionados es la de un Fondo Único con Seguro Nacional de Salud y seguros privados complementarios voluntarios, se entiende que se requiere un período para que las ISAPREs puedan adaptarse al nuevo escenario, lo mismo que FONASA y el sector privado y público proveedor. Lo mismo ocurriría si la visión de futuro fuese el establecimiento de un Fondo Central con funcionamiento de intermediadores o multiseguros. Durante este período se establecerán condiciones que garantizarán mayores niveles de solidaridad dentro de la población afiliada a estas entidades, equidad y eficiencia para el conjunto del sistema de aseguramiento en salud, y mecanismos para terminar con pagos asociados a riesgos individuales de salud, incluyendo el mismo precio de primas con independencia de sexo y edad.

Hoy día se hace necesario abordar las transformaciones que requiere el sistema ISAPRE en lo inmediato para superar las principales dificultades que alejan a este sistema de los

⁶³ Se refiere al comisionado Pedro Barría.

⁶⁴ Se refiere al comisionado Pedro García.

⁶⁵ Gonzalo de la Carrera y Ana María Albornoz no están de acuerdo con lo afirmado, ya que consideran que no es necesario un cambio estructural del sistema de salud en su conjunto, puesto que la propuesta de Bitrán resuelve los problemas que afectan a los cotizantes de ISAPRE, sin tener que expropiar la cotización del 7%, sin tener que afectar sus actuales planes de salud, sin tener que eliminar la capacidad de escoger entre un sistema público o privado de aseguramiento.

principios de la seguridad social y que permitan ir adecuando ambos sistemas, el privado y el público, a las importantes modificaciones que se requieren y que han sido ya planteadas.

La propuesta de corto plazo pretende, entonces, superar algunas de los problemas del sistema ISAPRE. Es indispensable recalcar que para la mayoría de la Comisión, esta propuesta de corto plazo avanza en el sentido deseado, pero no logra completamente el efecto esperado, por cuanto mantiene la selección de afiliados por nivel socioeconómico y no logra superar la dualidad del sistema actual donde no existe un solo sistema integral de seguridad social en salud, sino dos.

Es la opinión mayoritaria que esta transición mantendrá la desigualdad entre dos sistemas, por lo que se hace indispensable avanzar rápidamente en generar las condiciones para llevar adelante la gran reforma estructural de salud a la que se aspira. Se considera que en esta transición, además de las modificaciones al sector ISAPRE que se plantean más adelante, es posible ir poniendo los pilares para esa reforma estructural, a saber, el incremento de recursos fiscales para salud, acercándonos al seis por ciento del PIB en gasto público, que la OMS considera indispensable para entregar acceso universal; una sustancial mejora del sistema público prestador a través de inversión, recursos humanos, capacidad de gestión y organización; el desarrollo de mecanismos de pago a prestadores que logren ser justos conteniendo costos; el avanzar en evaluación de tecnologías que aseguren calidad con sustentabilidad, entre otros factores.

Lo central para el grupo mayoritario de comisionados es dejar en claro los principios que deben orientar la propuesta de corto plazo. Esto es el derecho a la salud, como derecho humano fundamental, y los principios de la seguridad social como principios orientadores de la operacionalización de dichas propuestas. Dado el contexto actual, en las propuestas de aplicación inmediata que se hacen a continuación, varios de los principios de la seguridad social no se pueden operacionalizar de manera completa. Será importante, en la ley que se configure, que la transición hacia un Fondo Único y un Seguro Nacional de Salud debe ser lo más breve posible. De acuerdo a lo debatido en la Comisión, parece sensato un plazo de diez años, después de aprobada una primera ley, para que el nuevo sistema esté en régimen.

3.5 Propuesta de reforma inmediata al sistema privado de salud y su discusión.

La propuesta de corto plazo incluye⁶⁶:

- Un Plan de Seguridad Social (PSS) único y universal, al cual pueden acceder todos los habitantes.
- El PSS contendrá beneficios amplios. A saber, el listado de beneficios de la Modalidad de Atención Institucional (MAI) del sistema Público de Salud, las Garantías Explícitas de Salud (GES), Modalidad Libre elección de FONASA (MLE), Ley

⁶⁶ Gonzalo de la Carrera no comparte la propuesta porque según su opinión destruye el sistema privado de aseguramiento e implica poner en riesgo todos los contratos de salud vigentes, con el consecuente daño para más de tres millones de chilenos, la gran mayoría de ellos de clase media, un 75% de ellos con ingresos mensuales inferiores a 1,5 millones de pesos brutos al mes.

de Urgencias, Cobertura de Enfermedades Catastróficas (CAEC) y Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL).

- El PSS tendrá un sistema de copagos estandarizados, con gasto anual tope respecto de la renta.
- El PSS se financiará con la cotización obligatoria de seguridad social fijada por ley (siete por ciento)⁶⁷. Se propone que exista la posibilidad para las ISAPREs de ofertar planes complementarios en redes alternativas a la del PSS, con primas comunitarias reguladas, con un número máximo de tres de este tipo de planes.
- Habrá adscripción libre de las personas al asegurador que elijan, sin petición de declaración de salud (afiliación abierta)⁶⁸, se eliminan las pre-existencias y se comenzará a terminar con la cautividad.
- Se propone crear un Fondo Inter-ISAPREs de compensación de riesgos para permitir la movilidad, el fin de la cautividad y pre-existencias, junto con introducir mayor solidaridad al sistema.
- Se propone crear un Fondo Mancomunado Universal de la seguridad social de salud chilena entre FONASA y las ISAPREs para romper la segmentación y permitir el financiamiento de prestaciones universales mínimas⁶⁹.
- Se propone generar un Fondo SIL de seguridad social con financiamiento tripartito (Estado, empleadores y trabajadores) para terminar con los problemas para obtener licencias médicas.
- Se propone reafirmar la prohibición de integración vertical que contempla la ley para evitar los efectos nocivos para los afiliados de la aplicación de poder de mercado.

Se exponen a continuación, en detalle, los lineamientos de la reforma propuesta.

3.5.1 Esquema general de la propuesta de reforma inmediata

La perspectiva de análisis de la Comisión, es la de un Fondo Único de Salud⁷⁰. En esta primera etapa se mantendría FONASA, por una parte, y se iniciaría el funcionamiento de los Fondos de la Seguridad Social de Salud, en un arreglo institucional específico con tres componentes: Fondo Inter-ISAPREs, Fondo Mancomunado Universal y Fondo de Incapacidad Laboral (SIL).

Hasta que no se constituya el Fondo Único, que deberá incluir la totalidad del siete por ciento y el aporte fiscal, se propone la puesta en marcha de un organismo que maneje inicialmente estas cuentas o fondos y cuyas atribuciones, por ahora, serán limitadas al

⁶⁷ Sin acuerdo por parte de dos comisionados: Gonzalo de la Carrera y Ana María Albornoz.

⁶⁸ Marcelo Dutilh, Fernando Matthews, Gonzalo de la Carrera y Ana María Albornoz plantean que esto no es viable y que pone en total riesgo de financiamiento y sustentabilidad al Fondo Inter-ISAPREs desde sus comienzos.

⁶⁹ Gonzalo de la Carrera y Ana María Albornoz rechazan este Fondo. Fernando Matthews y Marcelo Dutilh piensan que debe ser solo para medicamentos de alto costo.

⁷⁰ Marcelo Dutilh, Fernando Matthews, Gonzalo de la Carrera y Ana María Albornoz consideran que el punto de vista no es correcto, pues vulnera el derecho constitucional que permite a las personas libremente escoger entre el sistema público y privado de salud.

monitoreo, evaluación, cálculo de ajustes y manejo del Fondo Inter-ISAPREs, Mancomunado y SIL desde el punto de vista financiero.

El Fondo Inter-ISAPREs es aquel conformado por las cotizaciones del siete por ciento de los cotizantes de ISAPRE que van a un fondo común que redistribuye el financiamiento con ajuste de riesgo de los mismos cotizantes a las respectivas ISAPREs y aporta los otros fondos según corresponda, después de asignar los recursos correspondientes al Fondo SIL y al FMU. El Fondo Mancomunado Universal es aquel conformado con recursos públicos, privados, de las cotizaciones, aporte fiscal, entre otros, para otorgar prestaciones mínimas universales. Por su parte, el Fondo SIL estará conformado por los recursos que hoy se destinan a las licencias médicas de los trabajadores de FONASA, ISAPREs y de Mutuales.

Por otra parte, para poder responder al acceso igualitario a la salud que exige un sistema de seguridad social, se propone crear un Plan de Seguridad Social (PSS) al cual tendrán acceso todos los chilenos y extranjeros que habitan el territorio. Para evitar la discriminación y la selección de riesgos en el acceso al PSS, se propone generar el Fondo Inter-ISAPREs que permita eliminar las pre-existencias y la cautividad, permitiendo la movilidad, al mismo tiempo que genera mayor solidaridad de riesgos e ingresos en el sistema.

Para combatir la segmentación del sistema de salud chileno, se propone generar el Fondo Mancomunado Universal⁷¹, común entre ISAPREs y FONASA, que financiará prestaciones universales que la efectividad sanitaria recomienda estén disponibles para todos y que son parte del PSS.

Además del Plan de Seguridad Social, las personas en ISAPREs podrán acceder a planes complementarios enfocados básicamente a las comodidades que pueden entregar algunos proveedores y que son valoradas por los usuarios.

El Plan de Seguridad Social se financiará con el siete por ciento de la cotización obligatoria de seguridad social que irá al Fondo Inter-ISAPREs. Este, a su vez, aportará el financiamiento necesario al Fondo Mancomunado y al Fondo SIL. En este último caso, el aporte será equivalente a la parte del siete por ciento gastado el año inmediatamente anterior. Luego de un período determinado, deberá generarse un mecanismo que fije y regule la proporción del siete por ciento que irá a este Fondo SIL, que dé cuenta de una demanda estabilizada e incentive la racionalización del gasto⁷².

Las ISAPREs serán las encargadas de administrar el PSS en el sector privado y podrán ofrecer hasta tres planes complementarios con diferentes redes de prestadores para entregarlo, con las respectivas coberturas. Para cada uno de ellos podrán cobrar una prima adicional

⁷¹ Los comisionados Marcelo Dutilh, Fernando Matthews, Gonzalo de la Carrera y Ana María Albornoz proponen la creación de un fondo para Medicamentos de Alto Costo para enfermedades huérfanas. No están de acuerdo con la definición que se le pretende dar al este Fondo Mancomunado, el cual no ajusta por prima de riesgo al Fondo Inter-ISAPREs, lo que conllevaría a un Seguro Único Nacional, eliminando la posibilidad de la existencia de multiseguros en la seguridad social.

⁷² Aquí hay diferencias de opinión que se señalan más adelante.

complementaria por beneficiario, en la forma de prima comunitaria no asociada a riesgo individual⁷³. Las ISAPREs continuaran con su mismo estatus jurídico⁷⁴.

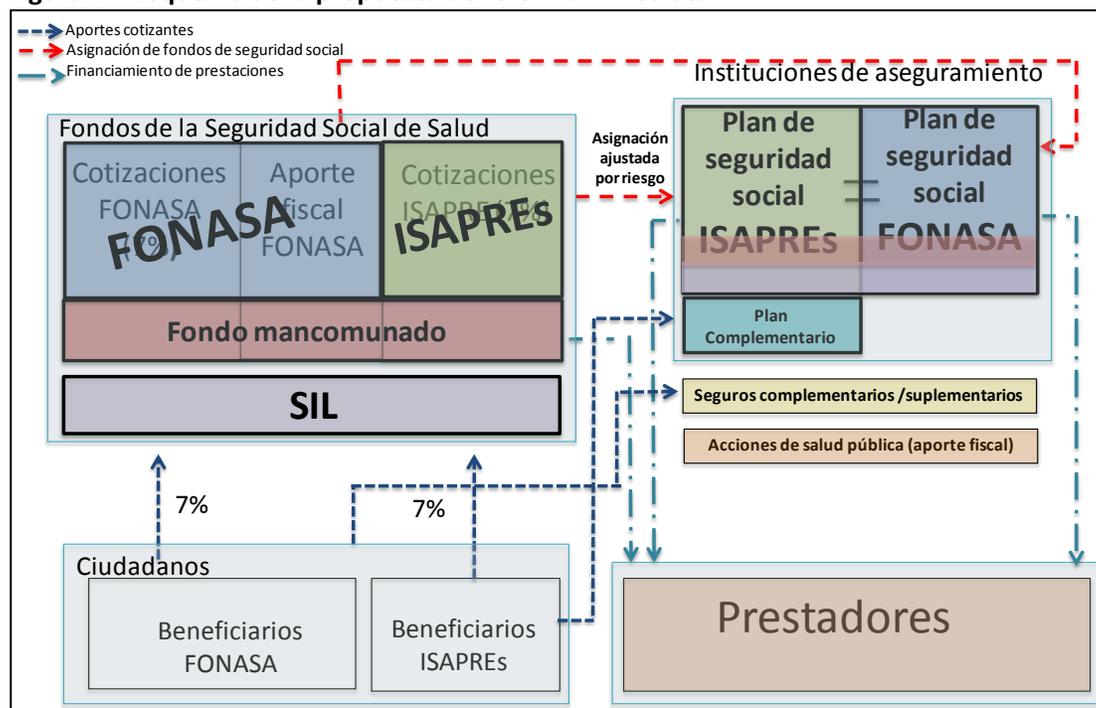
A la vez, podrán existir seguros del tipo suplementarios en el sector privado, al igual que en la actualidad, pero no otorgados por proveedores, y deberán ser regulados por la Superintendencia de Salud en los aspectos sanitarios.

La relación entre seguros y proveedores debe ser regulada para que no ocurra manipulación de precios, evitando la integración vertical que es ilegal y fiscalizando y regulando adecuadamente la libre competencia, generando mecanismos de pago mixtos de modo que se evite el pago por acto médico que predomina hoy en el sistema, y los proveedores se desenvuelvan agrupados en redes integradas de salud de manera que se promueva la eficiencia y el control de los costos.

⁷³ Para Mario Parada este no es el mecanismo correcto. Para las personas nuevas, la barrera de ingreso debe estar dada porque el monto del 7% del asegurado no alcance a cubrir un precio mínimo estándar definido para el PSS. En este punto, la comisionada Orielle Solar presenta discrepancia con el cobro de una prima comunitaria u otra barrera de ingreso que contribuya a la segmentación del sistema, no ve necesario mecanismos de segmentación para regular el traspaso de FONASA a ISAPRE en la etapa de transición.

⁷⁴ A pesar que algunos comisionados aspiran a eliminar el lucro en materia de administración de seguridad social, es decir, en la administración de la cotización obligatoria (actualmente el 7% de la renta imponible), en la propuesta de corto plazo (inmediata) no se plantea la eliminación del lucro, toda vez que las ISAPRE se mantienen jugando un rol importante en la administración de las cotizaciones obligatorias y que estas instituciones están constituidas jurídicamente con finalidad de lucro. Los comisionados Mario Parada, Orielle Solar, Carmen Castillo y Soledad Barría plantean que en el corto plazo tampoco debe haber lucro con la cotización obligatoria, opción de minoría. Este debate en todo momento estuvo circunscrito al ámbito del aseguramiento y en ningún caso tomó posición respecto al tema del lucro en el ámbito de la prestación de servicios sanitarios.

Figura 17: Esquema de la propuesta de reforma inmediata



Fuente: Elaboración propia Comisión.

Respecto de la gobernabilidad, cada nuevo fondo tendrá una gobernanza diferente (a pesar de que estén bajo la misma supra dirección) y, posiblemente, en un principio, alojado en el ente rector, el Ministerio de Salud. Habrá de considerarse consejos consultivos⁷⁵ y participación de representantes de los agentes involucrados en ellos. En particular, el SIL tendrá un gobierno distinto, independiente.

3.5.2 Componentes de la propuesta

Se presenta a continuación el detalle de cada uno de los principales componentes de esta propuesta de transición, donde se irán explicitando las diferencias de visiones entre los integrantes de la Comisión, cuando éstas existan.

⁷⁵ El Consejero Mario Parada propone que los consejos o entidades colegiados de administración de los fondos deben ser participativos y deliberativos.

Se discutió acerca de las características que debían tener estos componentes; su operación y gobernanza cuando corresponde, a la luz del diagnóstico realizado; los principios de la seguridad social; la realidad internacional⁷⁶ en el uso de herramientas similares y las visiones de futuro en juego.

Tabla 16: Componentes de la propuesta y puntos de la discusión

Componentes propuesta	Algunos contenidos discutidos
Plan de seguridad social (PSS)	<ul style="list-style-type: none"> - Características (único, universal, estandarizado). - Prestaciones que incluye (MAI, MLE, GES, CAEC, etc.). - Coberturas financieras que contempla el plan. - Prestadores que dan el PSS (redes explícitas conocidas).
Plan complementario (PC)	<ul style="list-style-type: none"> - Oferentes del PC. - Beneficios complementarios y suplementarios. - Precios del PC. - Regulación del PC. - Complementación de comodidades y copagos. - Precios comunitarios regulados.
Fondo Mancomunado Universal (FMU)	<ul style="list-style-type: none"> - Beneficios eventuales incluidos (APS, Prevención o promoción, Medicamentos Alto Cos, Urgencias, etc.). - Financiamiento del FMU. - Función de compra directa.
Fondo Inter-ISAPRES	<ul style="list-style-type: none"> - Financiamiento desde cotización. - Qué ajustadores considerar. - Quién mancomuna y re-asigna. - Cómo para el ajuste de riesgo.
Relación Seguros /Prestadores	<ul style="list-style-type: none"> - Mecanismos de pago y control de costos. - Regulación. - Integración vertical.
Stock y flujo de contratos	<ul style="list-style-type: none"> - Cómo tratar los contratos actualmente vigentes. - Cómo transitan a la reforma. - Contratos nuevos.
Fondo SIL	<ul style="list-style-type: none"> - Quién maneja el SIL. - Necesidad de nueva institucionalidad. - Cuánto del 7% se destina a su financiamiento. - Cómo operaría un Fondo SIL.

Fuente: Elaboración propia Comisión.

⁷⁶ Gonzalo de la Carrera estima que ninguno de los países presentados como evidencia internacional (Bélgica, Holanda, Israel, Canadá, Alemania, Suiza) han logrado contener el gasto creciente en salud, y que todos ellos cuentan con cotizaciones de salud superiores a las que se hacen en Chile, y también opina que todos estos países destinan un porcentaje muy superior de lo que destina Chile como porcentaje del PIB al gasto en salud, por lo que cualquier referencia a experiencias internacionales en este documento carecen de fundamentos para dar por demostrada su eficiencia en resolver los problemas sanitarios de una manera costo eficiente.

3.5.3 Plan de Seguridad Social de Salud

a. *Conjunto de beneficios del plan*

Se propone establecer un Plan de Seguridad Social en el conjunto del sistema de salud chileno, FONASA e ISAPRE. EL PSS es un conjunto de beneficios de salud que el país debe otorgar a sus habitantes para dar cuenta de su derecho a la salud. Este plan será definido por la autoridad sanitaria.

De esta forma, en el sector privado el PSS se comporta como un plan de salud único, porque contienen un conjunto de beneficios definido; universal, porque es para todas las personas por igual, y estandarizado, porque contiene parámetros de cobertura en cuanto a redes y protección financiera contruidos de manera similares.

El PSS se operacionaliza a través de un catálogo de prestaciones y de bonificaciones máximas según arancel, dependiendo de la modalidad de atención en red y contará con la definición de gasto máximo anual por copago (*stop loss*).

El PSS inicialmente debe estar compuesto por los listados de prestaciones que hoy están consideradas en:

- La MAI de FONASA.
- La MLE de FONASA.
- Las GES.
- La CAEC.
- El Plan Complementario actual de ISAPRE.
- El listado de prestaciones conocido como códigos Superintendencia.
- El Examen de Medicina Preventiva (EMP).
- La Ley de Urgencia.

Todas aquellas prestaciones que se vayan incorporando posteriormente por la institución encargada, deben surgir de su revisión sistemática y técnicamente avalada⁷⁷.

El PSS se deberá otorgar sin considerar preexistencias ni cautivos y, al ser universal, admite la movilidad plena de los cotizantes entre ISAPREs y en todo el sistema⁷⁸. Deberán considerarse mecanismos, distintos a la declaración de salud, que impidan que personas de riesgos extraordinariamente altos se pasen inmediatamente de un sistema a otro. Sin embargo,

⁷⁷ Las comisionadas Soledad Barría y Orielle Solar consideran que el PSS debe mantener la actual definición que solo excluye las prestaciones estéticas; sin perjuicio de la posterior priorización por programas, por ejemplo, el GES.

⁷⁸ Los comisionados Marcelo Dutilh, Fernando Matthews, Gonzalo de la Carrera y Ana María Albornoz estiman que debe existir declaración de salud para toda persona que no provenga del sistema ISAPRE, ya que, de lo contrario, el comportamiento oportunista hará inviable el sistema de aseguramiento para los actuales tres millones de beneficiarios, perjudicando así a quienes hoy cuentan con un seguro privado de salud.

algunos consejeros en minoría estiman⁷⁹ que debe existir declaración de salud para toda persona que no provenga del sistema ISAPRE, ya que, de lo contrario, el comportamiento oportunista hará inviable el sistema de aseguramiento, perjudicando así a quienes hoy cuentan con un seguro privado de salud (tres millones de beneficiarios).

b. Financiamiento del PSS y precios

El financiamiento del PSS es el la cotización obligatoria de seguridad social de salud equivalente al siete por ciento de la renta de los trabajadores. En términos de valor nominal, este monto equivale al per cápita promedio del conjunto de recursos proveniente de todas las cotizaciones del sector salud (y el aporte fiscal equivalente de FONASA para el grupo A). Este valor en el año 2013 corresponde a cerca de 25 mil pesos mensuales per cápita. En el sector ISAPRE, ese valor para el año 2013 fue de cerca de 33 mil pesos mensuales por beneficiario⁸⁰.

El aporte a la seguridad social del sector privado se mancomunará en una institución denominada Fondo Inter-ISAPREs⁸¹. Este fondo será real (tendrá atribuciones para mover y asignar recursos, tener cuentas corrientes, etc.) y asignará cápitas ajustadas por riesgo a las ISAPREs. Esta es la forma en que los seguros recibirán en esta parte sus ingresos.

Además del siete por ciento, los seguros podrán establecer una prima comunitaria adicional (por beneficiario)⁸² de acuerdo al costo de las redes que ofrecerá y su nivel de eficiencia. Los seguros podrán competir por este valor. Es indispensable avanzar en la separación de cuentas entre el PSS y el plan complementario ofrecido.

Los copagos del PSS serán estandarizados y asociados a rentas. Esto es, corresponderán un porcentaje fijo de acuerdo a nivel de atención (proporcional al arancel estándar correspondiente al vector de costos que completa el siete por ciento promedio per cápita)⁸³, sea ambulatorio u hospitalario, con un mecanismo de tope de gasto anual asociado al ingreso familiar (*stop loss*). Se deberá considerar algunas áreas de la atención del PSS en que el copago es absolutamente inconveniente, como, por ejemplo, en las prestaciones preventivas, y, por tanto, no debe existir. Estas prestaciones deberán ser definidas e incluidas en la ley.

⁷⁹ Los comisionados Marcelo Dutilh, Fernando Matthews, Gonzalo de la Carrera y Ana María Albornoz.

⁸⁰ Los comisionados Marcelo Dutilh, Fernando Matthews, Gonzalo de la Carrera y Ana María Albornoz creen que debe fijarse una renta per cápita mínima para ingresar al sistema ISAPRE.

⁸¹ Los comisionados Marcelo Dutilh, Fernando Matthews, Gonzalo de la Carrera y Ana María Albornoz creen que el Fondo Inter-ISAPREs debe ser un fondo virtual y no real.

⁸² Prima comunitaria corresponde a un valor per cápita igual para un *pool* de riesgo, todos los integrantes de esta comunidad pagan la misma prima. Su objeto es evitar la evaluación individual de riesgo e incentivar la evaluación colectiva de los mismos.

⁸³ El arancel de referencia será el arancel de FONASA, haciéndose comparables todos los valores en el sistema, el cual debe ser sujeto a revisión y ajustes.

La Comisión discutió el tema de si se puede permitir o no el lucro en la administración de la cotización de seguridad social en salud. La mayoría de los comisionados aceptaron que las ISAPREs mantengan su estatus jurídico y puedan obtener rentas a partir de sus ingresos⁸⁴.

i. Manejo e incorporaciones

Se propone que el organismo que defina los contenidos del PSS (básicamente incorporaciones) debe ser el Ministerio de Salud, con mecanismos participativos de los actores involucrados y fuertemente técnicos. La incorporación de prestaciones o actividades al PSS se debe volver un proceso de importancia nacional similar al procedimiento que actualmente se ejecuta para la incorporación de problemas GES.

ii. Agencia de evaluación

El proceso de revisión del PSS por parte del Ministerio de Salud requerirá de apoyo en diferentes tipos de estudios. En ese sentido, es indispensable que el país se dé una institucionalidad que analice las diferentes tecnologías sanitarias y la trascendencia de su utilización y que sea capaz de conducir los estudios de costo efectividad y costo beneficio para incorporar, por ejemplo, nuevas tecnologías. Se propone la creación formal de un equipo ETESA (Evaluación de Tecnologías Sanitarias) que puede estar instalado ya sea en el Ministerio de Salud, en el Instituto de Salud Pública u otra institucionalidad sanitaria, pero independiente del Fondo.

Los prestadores estarán definidos en red, que son contratadas por las ISAPREs para dar el PSS y deben ser acreditadas y fiscalizadas por la Superintendencia de Salud. Para el caso de FONASA, la red es la red pública y los prestadores en convenio.

c. Movilidad ISAPRE FONASA

Se ha planteado la no discriminación por riesgos en todo el sistema de salud. No obstante, se entiende que existe una relación inversa entre libre movilidad y factibilidad en la transición, por lo tanto, junto con evitar el traspaso masivo de personas de riesgo extraordinariamente alto, se deberá generar un mecanismo de traspaso desde FONASA a ISAPREs.

En este mismo sentido, habrá que pensar también qué pasa con el traspaso de ISAPREs a FONASA de los jubilados, que lo hacen cuando disminuyen sus ingresos, y qué pasará con los beneficiarios que actualmente están en ISAPRE y que no puedan pagar el precio que se defina. En todo caso, el nuevo sistema propende a que el aseguramiento sea vitalicio y a disminuir las probabilidades de la selección adversa contra FONASA, pero no la elimina.

Ocurrirá la mantención de cierta segmentación por ingreso en esta transición, que se reflejará en dos valores distintos del plan en FONASA e ISAPREs. En este sentido, el PSS es un avance, pero mientras no se mancomune el total de los recursos, el avance será parcial.

⁸⁴ La posición de mayoría acepta el lucro en el largo plazo sólo en los planes complementarios. En cambio la posición de minoría acepta el lucro en ambos momentos del tiempo.

No se aceptará declaración de salud en el PSS, cualquiera sea el sistema que se implemente. La mayoría aspira a eliminar todo tipo de barreras de riesgos, edad, sexo e ingresos, no obstante, dado que es un proceso de transición, habrá que tener presente los impactos e idear mecanismos que permitan la movilidad plena.

3.5.4 Fondo Mancomunado Universal

El Fondo Mancomunado Universal (FMU) es una de las cuentas que maneja el Fondo de Salud.

La Comisión Asesora entiende por mancomunación “la acumulación y gestión de los recursos económicos para garantizar que el riesgo financiero de tener que pagar por la asistencia sanitaria es soportado por todos los miembros del fondo común y no solo por las personas que enferman. El objetivo principal de la mancomunidad es la difusión de los riesgos financieros asociados a la necesidad de utilizar los servicios sanitarios. Para integrar un Fondo Mancomunado, los fondos se tienen que «pagar por adelantado», antes de que se detecte la enfermedad, mediante impuestos y/o seguros, por ejemplo.” (OMS, 2010)⁸⁵.

Es a partir de esta instancia que se inicia un proceso de superación de la actual dualidad del sistema. El Fondo Mancomunado Universal se sustentará en los principios de la seguridad social, lo que dice relación con que los ingresos, riesgos y beneficios asociados a dicho fondo responderán a los siguientes principios:

- La universalidad de la cobertura: todas las personas, por su condición de ciudadanos, accederán a los beneficios de dicho fondo, sin exclusiones de acceso.
- La solidaridad y redistribución acorde a las necesidades: en este espacio se hace efectiva la solidaridad del conjunto del sistema, ya que existen mecanismos de redistribución para el conjunto de la población, es decir, todos los sanos aportan a los enfermos, todos los jóvenes aportan a los viejos y los de mayores ingresos del país aportan a los de menores recursos.
- La búsqueda de equidad y uniformidad en el trato: las prestaciones o beneficios que otorgue el FMU no tendrán diferencias asociadas a su afiliación de ISAPRE o FONASA, ni discriminará por ingreso.
- La no segmentación del sistema, la superación de la dualidad: en este fondo se hace efectiva la decisión de superar la dualidad del sistema.
- La unidad y unificación administrativa: a fin de promover la eficiencia y reducir los costos. Esto no implica centralización.
- La participación de la población en la gestión: al establecerse en la nueva gobernanza el espacio de participación en la toma de decisiones por parte de la ciudadanía.

⁸⁵ Los comisionados Marcelo Dutilh, Fernando Matthews, Gonzalo de la Carrera y Ana María Albornoz no están de acuerdo con la finalidad que se le asigna a este Fondo Mancomunado y estiman que su definición atenta contra la existencia de un sistema con complementariedad público-privada a través de la existencia de multiseuros, y, por ende, elimina la libertad de escoger de las personas, derecho amparado por la Constitución.

a. Fuentes de financiamiento del Fondo Mancomunado universal (FMU)

La recaudación de fondos del FMU procederá de la totalidad de la población que hace aportes contributivos a la salud, sumado a un aporte fiscal. Cuanta más gente comparta el riesgo financiero de esta forma, menor será el riesgo financiero al que estarán expuesta cada persona.

Para esta primera etapa, los aportes al FMU de los afiliados al Sector Público procederán desde FONASA y los aportes de afiliados a ISAPRE provendrán desde el Fondo Inter-ISAPREs. Se contempla, además, un aporte directo, progresivo y gradual desde los recursos fiscales (proveniente de los impuestos generales).

Además, se ve necesario evaluar la reincorporación del aporte del empleador a la financiación de la seguridad social en salud, ya sea vía la integración de sus aportes a este FMU o al aporte del Fondo Común de Incapacidad Laboral, siendo un adicional al aporte actual que sea realiza vía la Ley N° 16.744 (Ley de Accidente del Trabajo y Enfermedades Profesionales).

b. Gradualidad progresiva en su financiamiento.

En general, cuanto mayor sea el FMU, mejor será su capacidad para hacer frente a los riesgos financieros. En esta primera etapa, lo central es constituir el FMU de modo tal de asegurar mecanismos de solidaridad del conjunto del sistema y señales de la voluntad real de reducir la dualidad del sistema de seguridad social en salud.

Los montos iniciales que debieran ser considerados en el FMU debiesen corresponder a un porcentaje de lo recaudado por FONASA y del Fondo Inter-ISAPREs, así como a aportes fiscales⁸⁶.

En términos de la gradualidad de los aportes, y por ende del crecimiento del FMU, la totalidad de la Comisión coincide en que los aportes fiscales o del Estado debieran ser progresivos. Sin embargo, al analizar los montos y progresividad de los aportes desde el Fondo Inter-ISAPREs al FMU, emergen distintas visiones.

Existe una mayoría de comisionados que expresa estar de acuerdo con la progresividad de ello, hasta alcanzar la totalidad del siete por ciento integrado en este FMU, siendo esto, al mismo tiempo, parte de la transición hacia un modelo de seguro único, con la existencia de los privados en los ámbitos de los seguros suplementarios. Por otro lado, hay una minoría de comisionados que expresa que dicha progresividad no es factible en el marco de la propuesta de transitar al modelo de multiseuros privados⁸⁷.

Los montos iniciales del FMU y la evolución de la gradualidad o no de este, debiera ser parte de los estudios técnicos que deben ser desarrollados para el proceso de transición⁸⁸.

⁸⁶ Una minoría de los comisionados señala que solo es posible la constitución del FMU si es que correspondiesen a nuevos aportes para el sistema, ya sea vía incremento de las cotizaciones y/o de los recursos fiscales. No ve factible mecanismos de redistribución entre los fondos señalados.

⁸⁷ Se trata de los comisionados Fernando Matthews, Marcelo Dutilh y Guillermo Paraje.

⁸⁸ Algunos comisionados consideran que esta transición puede ocurrir en un lapso aproximado de diez años.

Por último, tal como fue expresado en la visión de futuro de la salud, la mayoría de los comisionados expresó que la vía impuestos generales era la modalidad ideal de financiamiento que debiera ser adoptado en Chile. Desde ese razonamiento, para la mayoría de los comisionados que expresó el Seguro Único como modelo para Chile, el crecimiento progresivo del FMU asociados a los aportes fiscales podría permitir una transición desde un modelo contributivo a uno de impuestos generales en materia de seguridad social en salud.

c. Beneficios y prestaciones asociadas al fondo

Los beneficios que debiera incluir el FMU⁸⁹ debieran estar basados en la racionalidad sanitaria, por ende, debiera darse prioridad a aquellas acciones costo efectivas y de impacto en equidad en salud, así como a aquellas que promuevan modelos de atención y gestión que apunten a dicha racionalidad. En este marco, se propone que estos fondos contribuyan a resolver los siguientes aspectos en un corto plazo:

- Situaciones de carencia de grupos de mayor vulnerabilidad, como es el gasto de bolsillo asociado a los medicamentos de alto costo.
- Prestaciones no incluidas en el plan de seguridad social en esta etapa, como, por ejemplo, aquellas asociadas al problema de la demencia y a las enfermedades huérfanas que no son priorizadas por su limitado impacto poblacional.
- Fortalecimiento de modelos que contribuyan a las acciones preventivas y fortalecimiento del abordaje territorial de los problemas de salud, como es el modelo de atención primaria. Sobre todo, considerar el desarrollo de modelos de atención y cuidados para los adultos mayores, ante el crecimiento de la esperanza de vida y envejecimiento de la población.
- Oportunidad y equidad en el acceso de las atenciones pre-hospitalarias, como son las urgencias pre-hospitalarias y la red de SAMU asociada a ello.

d. Gradualidad progresiva en la cobertura de beneficios y prestaciones

Los beneficios y prestaciones tienen relación con los fondos disponibles, pero, a la vez, es importante que esté acorde a las prioridades sanitarias, de modo tal que la conducción y expansión del fondo responda a esto último.

Es importante que el fondo, en sus primeras acciones, responda a necesidades sentidas de la población. En ese marco, se ve importante iniciar el funcionamiento del FMU con la cobertura de medicamentos de alto costo.

La gradualidad puede ser analizada desde dos ámbitos, en términos de nuevas prestaciones, actividades e intervenciones para el conjunto de la población y la gradualidad de la cobertura para alcanzar la universalidad de ellas (*universalidad progresiva*). Es decir, iniciar en un primer año con los medicamentos de alto costo para el 40 por ciento de la población, luego incrementarlo para un 60 por ciento de ella y, al tercer año, alcanzar el 100 por ciento de la población, es decir, la cobertura universal. Lo anterior asegura ampliar acciones y a la vez

⁸⁹ Los comisionados Marcelo Dutilh, Fernando Matthews, Gonzalo de la Carrera y Ana María Albornoz no están de acuerdo con la definición de este Fondo y sugieren que incluya solo medicamentos de alto costo.

establecer la graduación de ellas en base a priorizar los de mayor vulnerabilidad y necesidad en un primer momento.

e. Rol comprador del Fondo Mancomunado Universal

El Fondo Mancomunado tendría una capacidad de compra directa y, a la vez, podría realizar sus acciones a través de la red pública y/o privada.

La mayoría de los comisionados señaló la necesidad de fortalecer el rol comprador de modo tal de jugar un rol en la regulación de los precios.

f. Gobernabilidad del Fondo Mancomunado Universal

En esta primera etapa, el FMU debiera ser dependiente del Ministerio de Salud.

Un aspecto enfatizado por la totalidad de los comisionados fue la importancia de la participación de los ciudadanos en la instancia de decisiones y planificación del FMU, lo que fue solicitado por los asistentes a las audiencias de la Comisión y analizado como un aspecto estratégico para la toma de decisiones, para la comunicación de dichas decisiones y para los mecanismos de implementación que sea necesario desarrollar para ello.

3.5.5 Fondo Inter-ISAPREs

La eficiencia del seguro aumenta con su cobertura puesto que los riesgos se comparten entre un mayor número de personas, lo que permite aumentar la protección financiera de quienes experimentan eventos negativos. En el caso del seguro de salud, esta es la racionalidad que subyace a tener un fondo común de cotizaciones. No obstante, tal esquema es compatible con la operación de diversas compañías aseguradoras en el denominado sistema de multiseguros o con un único seguro nacional que funciona como recaudador y pagador único. En el caso de las ISAPREs, la multiplicidad de operadores en un esquema de competencia regulada puede aumentar la eficiencia económica, entendida como tener un mejor producto a un menor costo.

a. La lógica actual y la nueva forma de operar con el fondo

El sistema de ISAPRE ha operado a la fecha como un esquema de competencia de seguros de lógica individual. La literatura especializada y la experiencia internacional han demostrado que este es un esquema de aseguramiento poco eficiente, puesto que conduce a la conformación de múltiples fondos que segmentan a la población acorde a su riesgo de salud y nivel de ingresos (restringiendo la diversificación del riesgo). Una consecuencia de este tipo de esquema es la dominancia de seguros de corto plazo y cobertura focalizada en prestaciones de bajo costo, puesto que la competencia desregulada hace que las personas de bajo riesgo migren a este tipo de alternativas provocando un problema de selección adversa en contra de los planes de largo plazo y cobertura de eventos catastróficos.

Para que el sistema de ISAPRE opere bajo régimen de seguridad social se requiere que la cotización ingrese a un Fondo Central (este es el Fondo Inter-ISAPREs, que puede ser físico o virtual, no obstante la mayoría de los comisionados sugiere que sea real), que se distribuye posteriormente entre las compañías a través de una fórmula capitada ajustada por riesgo según

variables asociadas al costo esperado de la atención de salud de los afiliados (edad, sexo, condición de salud, zona geográfica, etc.). El fondo también admite compensaciones ex post, mediante una reserva para el caso de eventos de mayor costo y baja probabilidad de ocurrencia, no considerados en la fórmula capitada. La cobertura de salud que se ofrece es completa, en el sentido que todas las personas tienen acceso garantizado al conjunto de prestaciones que se consideren necesarias y suficientes de acuerdo a la oferta disponible y a los recursos del país. Ello asume la forma de un Plan de Seguridad Social de Salud (PSS) que todas las compañías deben obligatoriamente ofrecer a sus afiliados.

Hoy día ya existe un sistema multiseuro, con diferentes ISAPREs, pero que operan fuera de un sistema de seguridad social puesto que no se pone en común recursos ni riesgos, salvo para el caso de los problemas garantizados (GES). Se plantea que se puede avanzar solidarizando los riesgos entre los afiliados a ISAPRE, poniendo en común el siete por ciento de cotización obligatoria y, por tanto, de seguridad social, que hoy es parte de lo que los afiliados cotizan en esas instituciones.

En este esquema, el sistema de aseguradores privados deberá financiar completamente los gastos de salud del PSS con las cotizaciones de sus afiliados.

Esta característica acota la población que puede adscribirse al sector de ISAPRE a aquellos cuyo nivel de ingreso familiar per cápita permita el autofinanciamiento del Fondo Inter-ISAPREs. Algunos comisionados consideran indispensable que exista un ingreso mínimo de afiliación a este sector (similar al valor del plan actual), pero más bajo que el costo per cápita del PSS, dado que habrá cotizantes que aportarán un monto mayor que el costo esperado de su atención de salud, lo que permitiría redistribución o solidaridad de ingresos al interior del sistema ISAPRE⁹⁰. De implementarse, el cálculo del ingreso mínimo de afiliación dependerá del costo esperado del PSS para la población adscrita a este sistema, el porcentaje y tope de ingresos que se cotiza, y la distribución (monto y frecuencia) de ingresos de los cotizantes del sector. Nótese que mientras menor sea el ingreso mínimo de afiliación mayor podrá ser el número de afiliados y más extensiva la solidaridad de ingresos al interior del sistema ISAPRE.

b. El fondo, las ISAPREs y las redes

La constitución de redes de atención por parte de las compañías aseguradoras permitirá reducir los costos de provisión del PSS en relación al esquema de libre elección utilizado hasta ahora para los planes generales y para lo cual las ISAPREs tienen experiencia a partir de los problemas GES. Las redes permiten también operar con mayor racionalidad sanitaria en términos del costo efectividad del sistema de salud en tanto inducen mecanismos de pagos que transfieren parte del riesgo financiero a los prestadores (por ejemplo, pago asociado a diagnóstico, pago por grupos relacionados por el diagnóstico (GRDs), etc.).

⁹⁰ El ingreso mínimo de afiliación puede ser expresado en términos de un monto (precio) per cápita. Si este fuera, a modo de ejemplo, de 20 mil pesos por persona, se desprende que el ingreso mínimo de afiliación es de un millón 142 mil pesos para una familia de cuatro personas (cuyo 7% son \$80.000). Nótese que el ingreso mínimo de afiliación se computa como la suma de los ingresos sujetos a cotización en el hogar, en caso que el grupo familiar se adscriba al seguro. Se hace notar que alrededor de un 20% de la población podría adscribir a una ISAPRE si el monto mínimo de afiliación fuese de 20 mil pesos (Casen, 2011).

Las redes de atención serán más comprensivas y tendientes a ser de carácter nacional si las compañías aseguradoras pueden acceder a prestadores públicos, especialmente si se incorporan al financiamiento de la atención primaria, como se plantea en el Fondo Mancomunado. Además, esta es una condición para viabilizar la oferta del PSS en las regiones con menor densidad de oferta de prestadores privados. Naturalmente, se requiere contar con los resguardos del caso para que ello no vaya en detrimento de la población usuaria del seguro público de salud, por ejemplo, a través de la incorporación por la vía de la Atención Primaria como lo hace el resto de los afiliados.

Las eventuales ganancias de eficiencia de un sistema como el que se propone provienen de la competencia entre las compañías para atraer y retener a sus afiliados. Ello, operando bajo la lógica de esquema de seguridad social sin los problemas asociados a la competencia desregulada de seguros individuales. En este escenario de PSS y de pago capitado que se distribuye a cada compañía según el perfil de riesgo de sus afiliados, la variable principal de competencia pasa a ser la calidad y densidad de la red de prestadores que ofrezca la compañía a sus afiliados. Otra variable sería la prima comunitaria adicional a la cotización que fija cada compañía aseguradora dependiendo de la red de prestadores, con un máximo de tres para que no desvirtúe la solidaridad del sistema.

Cada aseguradora comunicaría el conjunto de prestadores acreditados a los que sus usuarios pueden acceder⁹¹. No se requiere exclusividad y un mismo prestador puede ofrecer servicios a varias aseguradoras. De esta forma, se formalizaría el derecho a la elección de proveedor, una vez elegida la aseguradora⁹². La primera elección se referiría al médico de atención primaria/pediatra y, además de ello, a aquellas otras especialidades u hospital que se considere. La evolución de los hospitales hacia organizaciones sanitarias integradas debería promoverse asimismo por la legislación.

Por otra parte, se requiere contar con evaluaciones sistemáticas de la entidad reguladora respecto del equilibrio financiero del Fondo Inter-ISAPREs frente a eventuales aumentos de costos que excedan el aumento de remuneraciones (que a su vez determinan el nivel de ingresos del fondo). Los aumentos de costos debieran atenuarse en el contexto de la reforma propuesta, puesto que ella debiera introducir mayor racionalidad sanitaria en el sistema a la vez que entrega mayor poder de negociación de las aseguradoras respecto de los prestadores.

Como se señalara precedentemente, la mayoría de la Comisión acordó proponer la creación de un Fondo Inter-ISAPREs de compensación de riesgos real. Una posición de minoría cree que el fondo debe ser virtual⁹³.

⁹¹ Los aseguradores podrán contar con un mecanismo que les permita ajustar sus redes de prestadores cuando estos no cumplan con los estándares acordados o cuando éstos modifiquen unilateralmente las condiciones de precio, oferta y frecuencia.

⁹² Las ISAPREs podrán también ofrecer cobertura no preferente en los prestadores que no conformen parte de sus redes, para permitir a las personas escoger libremente donde atenderse si consideran otra opción y si pueden enfrentar el copago correspondiente.

⁹³ Pedro Barría, Fernando Matthews y Marcelo Dutilh.

3.5.6 Plan complementario y seguros suplementarios

La regulación de los seguros complementarios y suplementarios será realizada por la Superintendencia de Salud, quien deberá velar por la totalidad de estos seguros, incluyendo los que hoy son regulados por la Superintendencia de Valores y Seguros en los aspectos contractuales sanitarios, sin perjuicio que la regulación financiera misma recaiga en la de Valores y Seguros.

El seguro complementario podrá ser entregado por la misma ISAPRE que le entrega al afiliado el PSS pero, en un breve plazo (doce meses), deberá ser completamente diferenciado, de tal manera de efectuar una separación clara entre el PSS y el costo del plan complementario que se está ofreciendo y que el afiliado puede contratar en la misma o diferentes instituciones, luego del período señalado. Posteriormente a ese momento, los afiliados a FONASA también podrían adquirir seguros complementarios, siempre que no sean FONASA "A" y/o reciban aporte fiscal⁹⁴.

a. Duración del contrato

Deberá considerarse seguros complementarios de largo plazo, vitalicios, con renovaciones cada tres años. Una vez que se separe el PSS del plan complementario, en el caso que un afiliado decida cambiar su PSS, ya sea a FONASA o a otra ISAPRE, no debiera ser tampoco causal de término del contrato.

b. Contenidos

Dado que existirá un PSS común, los planes complementarios se referirán fundamentalmente a mejores coberturas en redes o prestadores más apetecidos por los afiliados y que cubran diferenciales de copagos. De igual manera, también pueden cubrir intervenciones, por ejemplo estéticas, que no estarán contempladas en el PSS.

c. Oferta por parte de prestadores

Se propone que los seguros complementarios no puedan ser ofrecidos directamente por prestadores, pues se da la integración vertical que se estima inconveniente, ni tampoco aquellos asociados a sistemas de urgencias. En efecto, una amplia mayoría de comisionados (17 de 18) propone que los prestadores no puedan participar del mercado de seguros, tanto complementarios, suplementarios o de urgencias, debido a la exacerbación del riesgo moral que ello implica y a las consecuencias negativas que tendría en este caso la integración vertical.

d. Precio del Plan Complementario de las ISAPREs

Es necesario establecer mecanismos que permitan a las entidades aseguradoras ajustarse a la realidad cambiante, en función del comportamiento de cada cartera en particular. Para que exista un mecanismo de ajuste en las primas asociadas a los seguros de salud que

⁹⁴ Esto puede significar subsidios cruzados al sector privado, a lo cual se oponen varios consejeros, como Guillermo Paraje.

refleje las fluctuaciones de costos, debería existir un organismo técnico, de carácter independiente, que permita validar las alzas de precio de cada ISAPRE.

e. Seguros suplementarios

Un seguro suplementario voluntario puede ser contratado en una entidad privada de aseguramiento (como los seguros complementarios privados que hoy existen). Beneficios suplementarios también pueden ser cubiertos por las ISAPREs con las primas comunitarias.

Cabe señalar que en la nomenclatura internacional de seguros de salud lo complementario se refiere a cobertura para todo o parte de los costos no cubiertos por un plan de seguridad social o programa público. Lo suplementario se refiere a cobertura de prestaciones que no están completamente cubiertas por el plan de seguridad social, como lujos o comodidades superiores de hospital, medicamentos, prestaciones dentales, etc. En esta propuesta, lo complementario se asocia a cobertura de costos diferenciales de redes distintas para cubrir el mismo PSS y lo suplementario se refiere a prestaciones no incluidas en el PSS, incluyendo comodidades superiores.

El concepto de seguro sustituto se refiere a seguros privados que dan cobertura a un plan equivalente al PSS y más, pero por fuera de la seguridad social y de manera privada. Este no es un caso de interés para la propuesta que aquí se presenta, en que los seguros que pueden dar el PSS son los de seguridad social regulada.

3.5.7 Transición de escenarios contractuales

Una transformación importante para un porcentaje de la población en un tema relevante como es salud debe contemplar mecanismos o fórmulas que les permitan a los usuarios ciertas certidumbres y claridad de los horizontes ofrecidos.

Por ello, se sugiere que se ofrezca a los actuales usuarios de ISAPRE la posibilidad de cambiarse, pero no la obligatoriedad. La posibilidad de terminar con las pre-existencias y la cautividad y contar con un plan cierto y homogéneo con topes anuales de copago probablemente sean estímulos suficientes para acelerar el traspaso. Se debe recordar que un porcentaje muy importante de afiliados se encuentra hoy día cautivo. Los nuevos afiliados debieran entrar directamente al nuevo sistema.

Las personas que decidan mantener su plan actual verían congelada su situación en beneficios y la ISAPRE no podría ofrecerles mejoras, salvo su incorporación al nuevo sistema. Lo mismo con otros cambios que afecten el actual plan.

Los incrementos de precios de los planes de las personas que opten por mantener su plan antiguo debieran entrar al sistema de regulación de precios de la Superintendencia de Salud⁹⁵, al igual que los nuevos planes complementarios.

⁹⁵ Los comisionados Marcelo Dutilh, Fernando Matthews, Gonzalo de la Carrera y Ana María Albornoz estiman que debe existir una entidad técnica independiente que analice y valide las alzas de precios

3.5.8 Relación seguros prestadores

Gran parte del incremento de costos de la salud es por el incremento de gasto en las prestaciones, ya sea por aumento de los factores de producción o por incorporación de nuevas tecnologías, así como por incremento de la frecuencia derivada tanto del a) envejecimiento de la población, b) aumento del nivel de ingreso y, por lo tanto, de la demanda por servicios de salud, dado que éstos son bienes superiores, y c) por cambios culturales que, para todo lo anterior constante, hacen que las personas aspiren a mejores estándares de servicios de salud.

Nos hemos referido ya a la necesidad de tener sistemas de evaluación de tecnologías transparentes y creíbles para todos los actores, lo cual permitirá una mejor negociación entre aseguradoras y prestadores privados al momento de pactar contratos que debieran ser al menos de mediano plazo (tres años)⁹⁶.

En el sistema reformado, tanto a corto plazo como a mediano-largo plazo, se entiende que se mantendrán prestadores públicos y privados. Los prestadores privados continuarán prestando servicios preferentes a las ISAPREs con PSS en el primer momento y especialmente a los planes complementarios y seguros suplementarios. También se recomienda que continúen los sistemas de libre elección de FONASA, que permite ocupar prestadores privados, ya sea con copago o con seguros suplementarios. Debe incentivarse, como se verá más adelante, mecanismos de pago con mayor racionalidad sanitaria y compartiendo el riesgo de la actividad entre aseguradores y prestadores⁹⁷.

Los prestadores deben ser regulados de mejor manera, por lo que se propone entregar a la Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Prestadores, facultades para la regulación de los prestadores. No solo es importante la acreditación, para lo cual hoy día tiene atribuciones, sino también debe intervenir en los contratos y mecanismos de pago. Desde el punto de vista del país, es indispensable controlar el incremento de costos superfluos que disminuyen la posibilidad de utilizar los escasos recursos para mejorar la salud. La OMS y la OPS calculan que es posible mejorar el uso de los recursos en aproximadamente un 30 por ciento interviniendo los mecanismos de pago y la efectividad sanitaria de las intervenciones. Los resultados de las regulaciones, que, como se sabe, siempre pueden tener defectos, deben ser mejorar la situación actual y no empeorar los problemas.

La mejora en la efectividad sanitaria se logra con un trabajo en redes de atención basadas en la atención primaria, concebida como una estrategia de desarrollo y no solo como puerta de entrada al sistema. Por ello, sería relevante tener a toda la población bajo el mismo sistema. Hoy llega al 76 por ciento de la población, pero desde el punto de vista de la salud

conforme a la evolución objetiva del gasto de salud conforme al comportamiento de consumo de sus carteras de clientes y en conformidad al alza de precios, frecuencia y cambios en la oferta contemplada en la tarificación de los planes por parte de los prestadores.

⁹⁶ La consejera Ana María Albornoz cree que el alargamiento de los contratos debe surgir de negociaciones bilaterales y no impuestas por regulaciones.

⁹⁷ Las ISAPREs podrán también ofrecer cobertura no preferente en los prestadores que no conformen parte de sus redes, para permitir a las personas escoger donde atenderse si consideran otra opción y si pueden enfrentar el copago correspondiente.

pública, la planificación territorial, la intersectorialidad y la promoción de la salud, el país ganaría mucho si se asegura atención primaria para todos. Por ello, la mayoría de la Comisión propone que se financie por un mejor per cápita para toda la población, desde el Fondo Mancomunado Universal⁹⁸. No obstante, en la ley actual no se está proponiendo un cambio del modelo de atención privado que no provenga de incentivos que se generen a la atención integral y uso de redes.

Desde el punto de vista del país, se requiere la mejor utilización de los prestadores disponibles. Especialmente en regiones, los seguros privados tienen poca oferta de prestadores. Se plantea que se podrían utilizar prestadores públicos de la misma manera que el resto de los usuarios, ingresando al sistema por la atención primaria, pero de ninguna manera podrían pasar delante de los usuarios de FONASA. Esta es otra razón por la cual convendría el pago desde el Fondo Mancomunado de la atención primaria, con lo cual muchos usuarios de ISAPRE podrían beneficiarse de control de crónicos, controles de salud, tratamientos kinésicos y otras prestaciones, cercanas a sus domicilios⁹⁹.

La mejor utilización de la capacidad instalada obliga hoy día a mirar todos los establecimientos de uso público —incluidas las redes de las mutuales que han sido construidas con fondos públicos— como parte de la seguridad social. Estos prestadores también deben ser regulados por la Superintendencia de Salud y conformar redes al servicio del país, en las mismas condiciones de pago que el resto de los prestadores públicos. Lo mismo los establecimientos de las universidades públicas y de las Fuerzas Armadas que no pueden vender servicios a precios de mercado sino debieran entregarlos como parte de las redes públicas, siendo todas estas instituciones públicas, sin fines de lucro.

a. Mecanismos de pago y contención de costos

El gasto en la salud radica principalmente en cubrir prestaciones de salud, las cuales son una función de las características de la población y del comportamiento de los prestadores oferentes. De esta manera, se deben generar incentivos a que los prestadores contengan sus costos, hagan mejoras en términos de eficiencia y recomienden prestaciones de salud únicamente con el interés del paciente en mente, entonces la situación sería bastante menos crítica.

i. Mecanismos de pago e incentivos

En un mercado como el de la salud, en donde existen asimetrías fuertes de la información entre asegurador y prestador, el diseño de estos mecanismos no es trivial. Aunque a nivel internacional se han intentado numerosos mecanismos, no puede decirse que se haya llegado a alguno que sea perfecto, tal vez porque los objetivos de los “principales” difieren. En

⁹⁸ Ana María Albornoz cree que las redes son un aporte, pero deben surgir espontáneamente para que sean efectivas, eficientes y no quebranten la libertad de las personas.

⁹⁹ Gonzalo de la Carrera y Ana María Albornoz opinan en contra de lo aquí aseverado, por cuanto la existencia de un comprador único en un ambiente económico reducido, como son los mercados de la salud en regiones, otorgará al monopolio de compra pretendido por el Estado un poder de acorralar y expulsar del mercado a prestadores privados independientes.

este sentido, los mecanismos de pago deben contemplar el contexto institucional y económico de cada país.

Podría decirse que existen tres mecanismos “puros” de pago a los prestadores: el pago por servicio (*fee-for-service*), la cápita por paciente y el salario fijo por hora trabajada. Los tres tienen fuertes problemas en términos de incentivos y por eso la tendencia ha sido al desarrollo de métodos más sofisticados de pago y de mecanismos no-monetarios.

A pesar de que pueden existir numerosas dimensiones para evaluar las ventajas o desventajas de estos mecanismos, puede pensarse en cuatro básicas: (i) La productividad del prestador; (ii) La aceptación del riesgo por parte del prestador; (iii) La eficiencia y el uso debido de recursos; (iv) La cooperación y el uso de la evidencia en medicina.

Los inconvenientes planteados por cada mecanismo han llevado a que se implementen mecanismos de pago “mixtos” que pueden alcanzar las ventajas de algunos sin incurrir en sus debilidades. Entre ellos, se pueden contar:

El mecanismo de pago por los servicios de salud es un aspecto muy importante en la búsqueda de calidad y costo de las atenciones. El mecanismo más usado es el pago por prestación, el cual, tal como su nombre lo indica, paga por cada atención otorgada. Este mecanismo estimula el uso de prestaciones y dificulta la comparación entre proveedores. Otro método utilizado frecuentemente es el pago por diagnóstico, el cual permite acercarse a la solución del problema de salud costo efectivo. Además, existen soluciones en las cuales algún prestador se hace cargo de alguna población conviniendo el pago de un monto preestablecido por cada individuo.

El tipo de convenio que se establezca definirá donde se ubica el riesgo, pudiendo existir las siguientes opciones: riesgo total asegurador, riesgo compartido entre asegurador y prestador, riesgo total de prestador (capitación).

La experiencia general muestra que para alcanzar la mayor relación de calidad y precio para la mayor cantidad de personas corresponde un método donde se comparta riesgo entre el asegurador y el prestador y donde el pago se haga de acuerdo a resultados de salud concretos. Lo anterior implica que el asegurador asume el riesgo de la población con un grupo, y eventualmente de los casos catastróficos, y que el prestador asume el riesgo por los tratamientos individuales que realice, minimizando el pago por prestación a aquella cuando sea estrictamente necesario (imposibilidad de negociación, etapas pre-diagnósticas).

ii. Recomendaciones en torno los prestadores y mecanismos de pago

Es conocido el impacto crucial que tienen los sistemas de pago por acto médico en el gasto en salud. Los incentivos a la cantidad dan lugar a una espiral de actos y mayor cantidad no se corresponde necesariamente con mejores resultados en salud. El sistema privado mantiene como punto de referencia el acto médico. En general, cuando hay incentivos sesgados surgen cuestiones como: (1) subsidio cruzado de actividades, en que actividades sobrefinanciadas compensan actividades infrafinanciadas con un equilibrio necesariamente inestable, (2) incentivos a actividades inadecuadas, o indicaciones inapropiadas, (3) esfuerzo inferior al

necesario en actividades adecuadas y apropiadas, (4) asignación de actividades a un nivel asistencial inapropiado que implica costes adicionales en cascada.

Resulta necesaria una evolución de los sistemas de pago hacia un marco nuevo que se centre en los resultados en salud¹⁰⁰.

Del mismo modo, las implicaciones del pago por acto médico tienen su traslación en los aranceles. Es posible asignar los recursos a proveedores mediante mecanismos de pago alternativos al pago por acto médico. Es conocido que en el sistema de salud el mecanismo de precios no actúa como tal, sino que son tarifas administradas y en su fijación se incurre en errores. Las carencias en disponer de información para la fijación de tarifas se trasladan posteriormente en términos de incentivos sesgados en la toma de decisiones por los actores del sistema. Sin una modificación precisa de los incentivos que este sistema de pago aporta, difícilmente puede introducirse un cambio de tendencia hacia un mayor valor en salud.

La fijación de sistemas de pago y la definición de una red de proveedores acreditados son dos cuestiones clave para poder ejercer una capacidad de elección de proveedor dentro de cada aseguradora.

Es conveniente que los prestadores trabajen en redes y sean esas redes las que entreguen servicios a las ISAPREs, especialmente en la transición en que dichas instituciones seguirán a cargo del PSS. De la misma manera, se debe avanzar en mecanismos de pago mixtos que tengan racionalidad sanitaria y promuevan la integración de las redes asistenciales, inicialmente como pagos asociados a diagnósticos (PAD) o grupos relacionados por el diagnóstico (GRD).

b. Integración vertical

Las ISAPREs son instituciones de giro único y la integración vertical está prohibida por ley. Sin embargo, de acuerdo a la Superintendencia de Salud (Superintendencia de Salud, 2014), con la creación de *holdings* controladores de ISAPREs y prestadores, este mecanismo se ha concretado en la práctica y ha significado que los propietarios de las ISAPREs controlen el 42 por ciento del mercado de los prestadores institucionales, lo que se refleja en que, entre otros aspectos, en quince de estas empresas relacionadas, en promedio, las ventas a beneficiarios de la ISAPRE relacionada representan el 65,5 por ciento de los ingresos.

Se propone hacer más estricta la ley en el sentido de que las ISAPREs tengan por giro exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, sin posibilidad de construir empresas relacionadas, filiales o colegiadas para desarrollar actividades prestadoras de salud¹⁰¹.

¹⁰⁰ La comisionada Ana María Albornoz dice compartir el concepto que debe procurarse la estructuración de mecanismos de pago más eficientes, que radiquen el riesgo que cada parte maneja en quien tiene esa capacidad. Pero esa estructuración debe hacerse en forma no forzada, sino que resultar de un proceso gradual de prueba y error y avance conforme la evidencia y la verificación de que ciertos principios básicos del mundo actuarial y de las probabilidades se cumplan.

¹⁰¹ Los comisionados Marcelo Dutilh, Fernando Matthews, Gonzalo de la Carrera y Ana María Albornoz estiman que no se puede limitar el libre emprendimiento conforme a la actual Constitución. Además,

A la vez, se deben generar más posibilidades de fiscalización dotando de atribuciones a la Superintendencia de Salud.

Una regla básica para la situación actual es instruir y supervisar que las ISAPREs y sus prestadores ofrezcan las mismas condiciones básicas de contrato a cualquier otro agente no vinculado, asegurador o proveedor.

3.5.9 Regulación de precios y su reajustabilidad

El principio fundamental es la eliminación de la unilateralidad, actualmente vigente en la ley, con que cuentan las ISAPREs para readecuar planes y subir sus precios, más allá del IPC¹⁰². Para ello se contempla la definición de un mecanismo de evaluación y regulación de precios, para lo cual la Superintendencia de Salud deberá contar con un equipo/consejo de análisis de los precios. Se propone que todos los precios sean monitoreados y regulados por la autoridad, de acuerdo a una normativa establecida en la ley.

Se considera que debe existir un mecanismo de regulación de la adecuación de los precios a los costos. Para entender el esquema de reajustabilidad que tendría un plan de seguridad social de salud financiado con la cotización obligatoria para la seguridad social de salud (el siete por ciento), es necesario tener en cuenta la evolución de los salarios, dado que el aumento de estos implica un reajuste automático del financiamiento del plan (aun considerando el tope), comparado con la evolución que puedan sufrir los costos en atención de salud¹⁰³.

a. Alza de los costos

Es necesario que una entidad independiente de los aseguradores mida el alza de los costos en salud, no para regularlos con un índice de precios y/o cantidad, sino que para tenerlo como antecedente para la regulación. Cabe señalar que lo que más interesa es un índice de precios y no de cantidad o combinado, ya que un rol esencial del seguro es impedir el riesgo moral del proveedor y, por lo tanto, controlar costos derivados del uso.

Al medir este índice, se debe tener especial precaución en el tratamiento de la inflación general, que contiene una canasta salud. En rigor, debiera evitarse la doble contabilización de alzas, ya que los planes están ya indexados al IPC mediante el uso de la UF.

estiman que se deben hacer las mejoras necesarias en la regulación para que se fomente la libre competencia.

¹⁰² Los comisionados Marcelo Dutilh, Fernando Matthews, Gonzalo de la Carrera y Ana María Albornoz piensan que esta facultad se origina en la obligación de que los contratos de salud previsual sean indefinidos para la ISAPRE.

¹⁰³ Los comisionados Marcelo Dutilh, Fernando Matthews, Gonzalo de la Carrera y Ana María Albornoz advierten que no puede subordinarse el alza de los costos solo al factor relacionado con las alzas en las remuneraciones, ya que además los costos se relacionan con la edad, la tecnología y múltiples otras variables.

b. Posibilidades de regulación de precios en ISAPREs (prima comunitaria)

Precio del plan complementario: El precio del plan complementario será una prima comunitaria per cápita por ISAPRE. Este precio estará regulado por ley y será supervisado por la Superintendencia de Salud. El precio se regula económicamente por las siguientes formas:

- Primero, por la propia competencia, dado que el público enfrentará un precio diferencial por ingresar a una ISAPRE y evaluará cuál es más o menos costosa en función de la calidad de sus redes. Se entiende aquí que existe una prima comunitaria (única o plana para todos los afiliados a ese plan complementario) por cada red ofrecida por la ISAPRE, con un máximo de tres.
- Segundo, habrá un sistema manejado por el regulador que permita regular eficientemente este precio de las primas comunitarias.

Quien mide y autoriza un alza de costos que se refleje en aumentos de la prima comunitaria es el Gobierno.

Las redes ofrecidas, que hacen finalmente la diferencia de planes, deben estar constituidas como tales de acuerdo a normas que fije para ello la Superintendencia de Salud, entidad que además la acreditará y supervisará.

La fijación de una prima equivalente para todos los usuarios de una ISAPRE puede ser objeto de aumentos anuales superiores a los niveles deseables en la medida que el mercado no es necesariamente competitivo. Si bien existirá competencia entre ISAPREs en calidad y en prima voluntaria, el regulador puede establecer una regulación de precios.

Las dos opciones de regulación de la prima voluntaria que aparecen como apropiados en el entorno de las ISAPREs serían la regulación de precios máximos o la competencia por comparación (*yardstick competition*).

La regulación de precios máximos tiene como objetivo moderar el crecimiento de los precios, el regulador establece un límite máximo al precio. Esta restricción incentiva a la aseguradora a reducir sus costos. La *yardstick competition*, o competencia por comparación, es un mecanismo regulatorio que simula el comportamiento de un mercado competitivo. Para ello, compara el funcionamiento de una empresa con el de sus rivales en el mismo mercado. La empresa más eficiente establece la mejor práctica y se utiliza como referencia para regular a la industria. El incentivo financiero del regulado depende de su funcionamiento relativo. Si el asegurador funciona relativamente mejor que los demás es recompensado, y si funciona relativamente peor, es penalizado. Ante esta situación, la empresa intentará reducir sus costos para conseguir beneficios.

Por supuesto, uno de los problemas de la competencia por comparación es precisamente la posibilidad de colusión. Ello debe ser objeto de vigilancia por las autoridades de la competencia correspondientes.

c. Los copagos

Si bien en el plan de seguridad social será único, los copagos podrán diferir en su magnitud dependiendo de las redes que las ISAPREs ofrezcan. Por ejemplo, si hay tres redes

podrá haber tres niveles de copagos en el plan complementario. No obstante, en el plan de seguridad social el sistema de copagos es único y estándar. Esto es, correspondiente a un porcentaje fijo de copago de acuerdo al tipo y nivel de atención (ambulatoria u hospitalaria) y un monto máximo anual de copago expresado como porcentaje del ingreso familiar¹⁰⁴.

El vector de precios del PSS es similar a crear un arancel único, lo cual, junto con promover transparencia en cómo se generan los costos, dada la complejidad técnica y la infinidad de prestaciones distintas que ofrece cada institución prestadora, obliga a los prestadores a homologar su oferta y así entregar la posibilidad a los pacientes de comparar precios entre un prestador y otro.

Por último, podría ser necesario ampliar el tope de la cotización de seguridad social, que actualmente corresponde a 72,3 U.F., para garantizar suficiencia y mayor equidad en el financiamiento¹⁰⁵. Sigue siendo necesaria la definición de un mecanismo que atienda futuros incrementos de costos por sobre los ingresos del sistema. Una posibilidad es que, frente a aumentos sistemáticos en los costos de la salud, se aumente la tasa de cotización, aunque esta debiera ser una medida a nivel de todo el sistema y no solo del segmento ISAPRE.¹⁰⁶

3.5.10 Fondo Común de Incapacidad Laboral (SIL)

El SIL forma parte de los beneficios de la seguridad social que se financia con una porción del siete por ciento, cuyo propósito es dar protección social a la indicación de reposo médico.

a. Subsidio de Incapacidad Laboral

El Subsidio de Incapacidad Laboral cumple tres importantes funciones en el marco de la seguridad social. En primer lugar, autoriza el ausentismo laboral; en segundo lugar, se constituye en unos de los tratamientos para la recuperación de la salud, y, en tercer lugar, asegura la continuidad de los ingresos frente a una enfermedad.

Existen diferentes preocupaciones sobre el funcionamiento del Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL). Por el lado de los usuarios se señala la falta de continuidad de los ingresos, asociados a la falta de oportunidad en el pago de la licencia médica, ya sea por los tiempos excesivos de los procesos de fiscalización y autorización de ellas y/o por los engorrosos sistemas de apelación frente a un rechazo. Se suma la desconfianza hacia el sistema, al ser en el caso de ISAPREs la misma institucionalidad quien paga y autoriza las licencias médicas (juez y parte),

¹⁰⁴ Los comisionados Marcelo Dutilh, Fernando Matthews, Gonzalo de la Carrera y Ana María Albornoz estiman que el monto del “stop loss” anual no debe contemplar las atenciones ambulatorias y que no puede ser expresado como porcentaje del ingreso familiar ya que ello incentiva la sub declaración de rentas y tampoco es viable conocer la renta de personas que son empleados de sí mismos.

¹⁰⁵ Los comisionados Marcelo Dutilh, Fernando Matthews, Gonzalo de la Carrera y Ana María Albornoz advierten que este tema no fue tratado en profundidad en la comisión y que resulta perjudicial para los actuales cotizantes a ISAPRE.

¹⁰⁶ En la medida que la cotización obligatoria se extienda de manera efectiva a los trabajadores independientes se tiene que el financiamiento por cotización se convierte en un gravamen de cobertura prácticamente universal y acorde al nivel de renta de las personas.

entre otros. Esta situación no se da en FONASA, donde la contraloría médica está a cargo del COMPIN y el pago a cargo de FONASA o las cajas de compensación, aunque dichos usuarios sufren retardos importantes en los pagos correspondientes.

A la vez, por el lado de las instituciones, existe una preocupación por el creciente gasto del sistema, por un lado, y el sub-registro de Enfermedades Profesionales y Accidentes del Trabajo, que son absorbidos en el gasto por los sistema de salud general y no por el sistema de salud laboral, sumado a lo engorroso de la derivación entre uno y otro sistema, cuando existe un pago de licencia médica asociado a éste y un posible reembolso posterior por parte de los trabajadores.

Desde este marco de problemas se ve necesario abordar algunos aspectos que guardan relación con la propuesta de reforma en curso. Por un lado, asegurar la oportunidad del tratamiento médico, esto dice relación con acceder al reposo médico indicado, en segundo lugar, asegurar la oportunidad de los ingresos frente a dicha situación de necesidad y separar la situación de juez y parte que hoy existe en el institucionalidad de ISAPRE.

Por otro lado, la totalidad de los comisionados señalaron que los fondos de incapacidad temporal podría ser uno de los aspectos que debiera ser mancomunado en un Fondo Único. La necesidad de separar un Fondo Común de Incapacidad Laboral del financiamiento del PSS radica en asegurar que el incremento del gasto en este ámbito no afecte el PSS definido a nivel de país, dando mayor sostenibilidad a las políticas pública y al conjunto de beneficios del sistema de seguridad social en salud.

Ante lo anterior, se propone la creación de una institucionalidad que administre y organice el subsidio de incapacidad laboral. Esto implica agrupar el financiamiento definido para las licencias médicas en un Fondo Único Mancomunado que incluya a los usuarios de FONASA, de ISAPRE y también las licencias provenientes de accidentes y enfermedades profesionales, hoy día radicadas en los organismos administradores de la Ley N° 16.744 (mutuales y administración delegada). Esto último eliminaría el requisito de conocer el origen laboral o no de la patología para tener el acceso oportuno al reposo médico y a los ingresos asociados a ello, ya que solo en una etapa posterior el fondo deberá corregir la asignación de los gastos según el origen de la patología.

Esta entidad pagadora de los subsidios tanto común como de accidentes laborales y enfermedades profesionales, deberá estar separada de la entidad contralora y evaluadora de las licencias, asegurando una mayor transparencia del sistema.

Se propone que la evaluación y calificación de todas las licencias se ubique en una nueva institucionalidad autónoma, continuadora o que surja a partir de las actuales COMPIN y recoja las experiencias favorables que existan del sistema de ISAPRE y mutuales en el control.

La licencia médica, otorgada por un profesional competente, será entonces evaluada por una institución autónoma de FONASA, ISAPRE y organismos administradores de la ley y pagada por el fondo.

Para ello, las ISAPREs aportarán el monto correspondiente al gasto actual en subsidios (estimados en 1,6 por ciento de la cotización, 2013) y los gastos de administración de las

licencias (contraloría y pagos); FONASA lo correspondiente al gasto en SIL de sus afiliados y el Ministerio de Salud los gastos asociados a la contraloría médica (Compín) y lo mismo las mutuales. La magnitud de los aportes deberán ser evaluados de manera regular de modo de realizar los ajustes necesarios los primeros dos años, de modo tal de determinar una línea de estabilización que permita establecer la prima definitiva de aporte de cada una de las instituciones. Por ejemplo, si hay una mayor capacidad de pesquisa de patología laboral, esta debiera traducirse en un menor aporte por parte de las ISAPRES y FONASA y, a la vez, un mayor aporte por parte de los organismos administradores.

En el fondo único deberá funcionar una institucionalidad específica para el manejo de estos subsidios y deberá conformarse un consejo tripartito, con la participación de las instituciones contribuyentes al fondo para ir dando cuenta de la marcha de la institución.

Deberán buscarse los mecanismos adecuados para el control de gastos, lo cual no debe quedar reducido a medidas restrictivas en el orden de evitar abusos y fraudes, sino, sobre todo, avanzar en acciones activas de reducción del reposo médico asociados a reducir los tiempos de recuperación y de integración precoz en los lugares de trabajo. A lo anterior se deben agregar protocolos de contraloría e incentivos para ello.

Se debe, además, propiciar el desarrollo de sistemas de pesquisa de patologías ocupacionales, así como su estudio y derivación oportuna, con el propósito de asegurar las pertinentes acciones preventivas en los lugares de trabajo por parte de los organismos administradores (Instituto de Seguridad Laboral, mutualidades de empleadores y entidades de administración delegada). Es también necesario impulsar el desarrollo de protocolos de diagnóstico con criterios explícitos y claramente definidos para catalogar una enfermedad como causada por el trabajo y que éstos sean oficializados, difundidos y exigida su aplicación.

Un aspecto importante a analizar en la nueva institucionalidad es la ausencia o baja cobertura de reposo médico por parte de las personas que trabajan de manera independiente, como trabajadores informales, a tiempo parciales o bien como temporeros. Esta situación laboral, que en Chile alcanza a cerca del 40 por ciento de la población laboral, implica que accede a servicios médicos pero no de igual manera al tratamiento del reposo médico con continuidad de ingresos, y si lo hace, los requisitos para acceder a ello son mayores que para los trabajadores del ámbito formal del trabajo. Lo anterior plantea la necesidad de considerar ampliar la cobertura del reposo médico, revisando las exclusiones y requisitos hoy día existentes, materias que podrían eventualmente incrementar algún aporte de los empleadores para incrementar la seguridad del reposo de los trabajadores.

Finalmente, se recomienda que, al fijar esta nueva institucionalidad se señalen claramente las responsabilidades de los diferentes actores, las supervisiones necesarias y los mecanismos de reclamación, superando la fragmentación hoy día existente: cajas de compensación, FONASA, Compín, ISAPRES, Superintendencia de Salud y de Seguridad Social. Junto a lo anterior, se requiere analizar la normativa relativa al procedimiento estudio de las enfermedades profesionales, tales como el D.S. N° 73, Circular N° 2229 en el marco de las leyes N° 16.744, 18.469, 19.333 y 19.337 y, en función de ello, establecer modificaciones e incorporación de nuevas normativas.

En la Comisión existieron dos diferencias respecto del tratamiento de este tema. En primer lugar, una diferencia respecto de mantener unidas o separar las funciones de autorización de licencia médica y de decisión de pago. La posición de mayoría¹⁰⁷ fue separar la función de autorización respecto de la decisión de financiamiento. La segunda diferencia correspondió a la gradualidad de implementación del cambio en el financiamiento. La mayoría se pronunció por establecer un período de transición y de riesgo compartido entre el nuevo Fondo SIL y las ISAPREs, en tanto la posición de minoría planteó separar el financiamiento de una vez, estableciendo un porcentaje fijo de la cotización del siete por ciento que se transferiría al Fondo SIL¹⁰⁸.

b. Recomendaciones en torno al subsidio a la Ley N° 16.744

- Realizar estudios que objetiven la magnitud del sub-registro de las enfermedades profesionales y accidentes del trabajo en Chile.
- Propiciar al interior del sistema de salud común (público y privado) el desarrollo de sistemas de pesquisa de patologías ocupacionales, así como su estudio y derivación oportuna, con el propósito de asegurar las pertinentes acciones preventivas en los lugares de trabajo por parte de los organismos administradores (ISL, mutualidades de empleadores y entidades de administración delegada).
- Impulsar el desarrollo de protocolos de diagnóstico con criterios explícitos y claramente definidos para catalogar una enfermedad como causada por el trabajo y que éstos sean oficializados, difundidos y exigida su aplicación.
- Releva la importancia del diagnóstico precoz de las enfermedades profesionales a través de los programas de vigilancia de la salud de los trabajadores, cuya implementación les corresponde por ley a los organismos administradores.
- Analizar la normativa relativa al procedimiento estudio de las enfermedades profesionales, tales como el D.S. N° 73, Circular N° 2229, en el marco de las leyes N° 16.744, 18.469, 19.333 y 19.337 y en función de ello establecer modificaciones e incorporación de nuevas normativas.
- Promover cambios en la normativa que aseguren que los organismos administradores de la Ley N° 16.744 efectúen el estudio del origen ocupacional de la patología y aseguren una derivación oportuna cuando se trate de patologías no cubiertas por esa

¹⁰⁷ O. Arteaga, X. Aguilera, S Barría, P. Barría, G. Paraje, C. Castillo, O Solar, M Parada, C. Cid, A. Uthoff. A favor que se mantengan unidas las funciones de autorización y pago de licencias (en la nueva institucionalidad): Pedro García (con compromiso sanitario y sin abuso), Tomás Jordán, Fernando Matthews, Marcelo Dutilh, Gonzalo de la Carrera, Ana María Albornoz, David Debrott. O. Larrañaga estuvo ausente

¹⁰⁸ Votación por “Sin transición el SIL”: para algunos la recaudación y cotización independiente ocurre al otro día de aceptación de la ley y no le parece que exista un período de adecuación piloto que hace compartir los riesgos de las agencias que dejan esto con la nueva institucionalidad y mutuales. La mayoría propone un período de transición (más allá del porcentaje): O. Arteaga, X. Aguilera, S Barría, P. Barría, G. Paraje, C. Castillo, P. García, O Solar, M Parada, C. Cid, A. Uthoff. Sin transición: Fernando Matthews, Gonzalo de la Carrera, Marcelo Dutilh, y David Debrott y Ana María Albornoz se abstiene. T Jordán y O Larrañaga, se encuentran ausentes.

ley. El cambio normativo debe incorporar lo señalado en el Artículo 72¹⁰⁹ del D.S. 73, en cuanto a que en caso de enfermedad profesional:

3.5.11 Síntesis de los consensos alcanzados

Tabla 17: Síntesis de los consensos alcanzados

Componentes	Consenso
Plan de Seguridad Social en Salud (PSS)	Plan PSS incluye: Catálogo de prestaciones MLE/MAI, GES, Urgencias, Preventiva y CAEC/ Coberturas garantizadas (%) para atención ambulatoria y hospitalaria en red. Precio PSS: 7% más Prima Comunitaria (Pc). Ajustes de Pc: mecanismo definido por ley. Institucionalidad para la incorporación/revisión/protocolización de nuevas tecnologías médicas.
Planes complementarios y suplementarios	Complementarios: Es la cobertura ofrecida en redes adicionales al PSS. Podrá haber más de una red complementaria en cada ISAPRE. Suplementarios: Suplementa prestaciones, prestadores, beneficios y coberturas especiales, etc. Regulación Superintendencia de Salud (SdS).
Fondo compensación Inter-ISAPREs para atención de salud	Independiente de aquel destinado al Fondo para SIL. Ajusta prima por riesgo de salud. Por ejemplo edad, sexo y condición de salud. ISAPREs recaudan prima comunitaria.
Fondo de Mancomunado Universal (solo en la parte de medicamentos de alto costo)	Se administra en una nueva institucionalidad. Fondo puede comprar medicamentos directamente y ofrece sus servicios a toda la población beneficiarios del FONASA y las ISAPREs.
Relación prestadores	Se debe fomentar las relaciones contractuales de largo plazo, en base a parámetros objetivos, que eviten cambios unilaterales en las condiciones. Mecanismos de pago y control de costos con fomento del uso de redes, paquetes quirúrgicos, grupos relacionados de diagnóstico o similares, establecidos en la ley. Desarrollar sistemas de información con resultados clínicos de prestadores públicos y privados, para transparentar la efectividad sanitaria. Codificación común de prestaciones para todo el sector salud. Acceso de las ISAPREs al sistema público de salud a través de la APS, énfasis regiones.
SIL	Fondo con institucionalidad independiente y financiamiento aparte de la cotización para salud para el manejo del beneficio SIL de beneficiarios de FONASA y las ISAPREs. Aporte al fondo por parte de FONASA y las ISAPREs corresponderá al porcentaje de la renta que se determine de acuerdo a los gastos actuales. Concurren al financiamiento del SIL el empleador y el trabajador.
Régimen de aseguramiento actual y nuevo	Los beneficiarios de ISAPRE que así lo deseen podrán preservar su actual plan Asimismo, quienes lo deseen, podrán cambiarse de plan dentro de su ISAPRE o cambiar de ISAPRE. Todos los beneficiarios de ISAPRE que se cambien de plan dentro de su misma ISAPRE o que se cambien de ISAPREs, así como también los nuevos afiliados, ingresan al nuevo régimen de aseguramiento, donde opera el PSS. Ajustes de tarifas de los contratos del régimen actual se realizará con un procedimiento propuesto para el reajuste de la Pc.

¹⁰⁹ Los organismos administradores están obligados a efectuar, a requerimiento de los trabajadores, los exámenes que correspondan para estudiar la eventual existencia de una enfermedad profesional, solo en cuanto existan, o hayan existido, en el lugar de trabajo agentes o factores de riesgo que pudieran asociarse a una enfermedad profesional.

Tabla 17: Síntesis de los consensos alcanzados

Componentes	Consensos
Nuevas Tecnologías Médicas	Se propone crear una institucionalidad nacional para la Evaluación de Tecnologías de la Salud, cuyo objetivo sea garantizar el uso de tecnologías que sean seguras, tengan impacto y sean costo-efectivas.

3.6 Resumen de la propuesta de mayoría

3.6.1 La visión de futuro

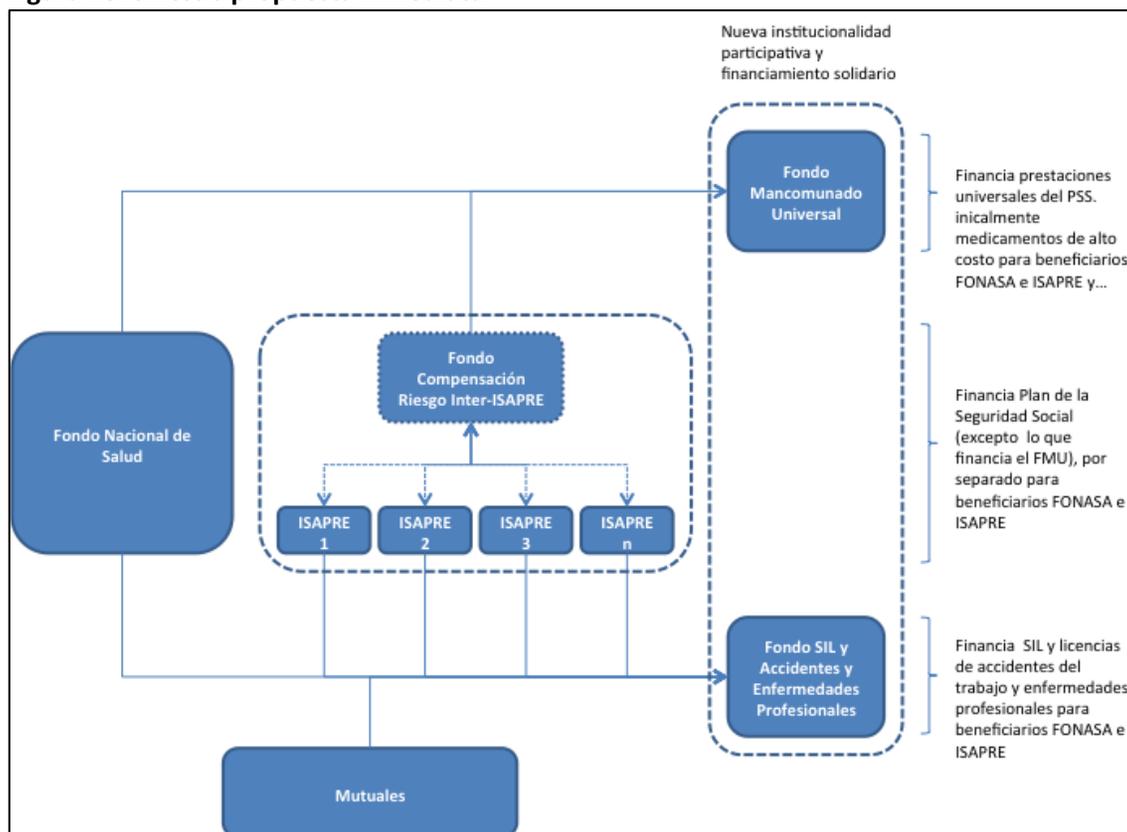
En la medida que el financiamiento para salud no pueda realizarse completamente por la vía de impuestos generales progresivos, un fondo central o fondo único de mancomunación de recursos provenientes de cotizaciones de seguridad social e impuestos generales representa la segunda mejor iniciativa en términos de solidaridad y eficiencia del financiamiento de la salud. En este sentido, la alternativa de mayoría plantea un Fondo Único con Seguro Nacional de Salud y seguros privados complementarios voluntarios.

Se entiende, sin embargo, que se requiere un período para que las ISAPREs puedan adaptarse al nuevo escenario, lo mismo que FONASA y el sector privado y público prestador. Esta transición se expresa en la propuesta de corto plazo. Durante este período, se establecerán condiciones que garantizarán mayores niveles de solidaridad dentro de la población afiliada a estas entidades, equidad y eficiencia para el conjunto del sistema de aseguramiento en salud, mecanismos para terminar con pagos asociados a riesgos individuales de salud, incluyendo el mismo precio de primas con independencia de sexo y edad. La propuesta de corto plazo avanza en el sentido deseado, pero no logra completamente el efecto esperado, pues mantendrá la desigualdad entre dos sistemas. Por lo mismo, es indispensable avanzar rápidamente en generar las condiciones para llevar adelante la gran reforma estructural de salud a la que se aspira, lo que significaría que en un plazo de diez años, después de aprobada una primera ley, se esté entrando en fase de régimen del sistema de Fondo Único con Seguro Nacional de Salud.

3.6.2 Componentes de la propuesta de reforma inmediata al sistema privado de salud.

Se mantendría FONASA y se iniciaría el funcionamiento del Fondo Único de Salud, en un arreglo institucional específico con tres componentes: Fondo Inter-ISAPREs, Fondo Mancomunado Universal y Fondo de Incapacidad Laboral, además de establecer un Plan de Seguridad Social en Salud.

Figura 18: Síntesis propuesta inmediata



Fuente: Elaboración propia Comisión.

3.6.3 Plan de Seguridad Social de Salud

a. Conjunto de beneficios del plan

Se propone establecer un Plan de Seguridad Social (PSS) en el conjunto del sistema de salud chileno, FONASA e ISAPREs. EL PSS es un conjunto de beneficios de salud que el país debe otorgar a sus habitantes para dar cuenta de su derecho a la salud. Este plan será definido por la autoridad sanitaria y contendrá un conjunto de beneficios definido, universal y estandarizado. El PSS se deberá otorgar sin considerar preexistencias, ni cautivos, y al ser universal admite la movilidad plena de los cotizantes entre ISAPREs y en todo el sistema.

El PSS inicialmente debe estar compuesto por los listados de prestaciones que hoy están consideradas: Modalidad de Atención Institucional (MAI) y Modalidad de Libre Elección (MLE) de FONASA, GES, CAEC, Plan Complementario actual de ISAPRE, listado de prestaciones conocido como códigos Superintendencia, Examen de Medicina Preventiva (EMP), Ley de Urgencia.

El PSS en el sector privado será administrado por las ISAPREs. En opinión de la mayoría de la Comisión, se aspira a que, en el futuro, en la administración de la cotización de la seguridad social en salud no exista lucro, dado su carácter obligatorio impuesto por Ley. No

obstante, mientras no se definan cambios más profundos al esquema de la aseguramiento en Chile, las ISAPREs mantendrán su carácter legal de instituciones privadas con (o sin) fines de lucro. En lo inmediato, las ISAPREs debieran avanzar en la identificación y separación de sus cuentas, distinguiendo los recursos que van a financiar el PSS obligatorio respecto de los recursos que van a financiar el Plan Complementario no obligatorio.

b. *Financiamiento del PSS y precios*

El financiamiento del PSS es el la cotización obligatoria de seguridad social de salud equivalente al siete por ciento de la renta de los trabajadores. El aporte a la seguridad social del sector privado se mancomunará en una institución denominada Fondo Inter-ISAPREs. Este fondo será real (tendrá atribuciones para mover y asignar recursos, tener cuentas corrientes, etc.) y asignará cápitass ajustadas por riesgo a las ISAPREs. Esta es la forma en que los seguros recibirán en esta parte sus ingresos. Además del siete por ciento, los seguros podrán establecer una prima comunitaria adicional (por beneficiario) de acuerdo al costo de las redes que ofrecerá y su nivel de eficiencia.

Los copagos del PSS serán estandarizados y asociados a rentas; corresponderán a un porcentaje fijo de acuerdo a nivel de atención (proporcional al arancel estándar correspondiente al vector de costos que completa el siete por ciento promedio per cápita), sea ambulatorio u hospitalario, con un mecanismo de tope de gasto anual asociado al ingreso familiar (*stop loss*). En la ley se establecerán áreas de la atención del PSS en que el copago no debe existir por ser inconveniente (ej. prestaciones preventivas). El arancel de referencia será el arancel de FONASA, haciéndose comparables todos los valores en el sistema, el cual debe ser sujeto a revisión y ajustes.

c. *Operación e institucionalidad*

Se propone que el organismo que defina los contenidos del PSS (básicamente incorporaciones) debe ser el Ministerio de Salud, con mecanismos participativos de los actores involucrados y fuertemente técnicos. La incorporación de prestaciones o actividades al PSS se debe volver un proceso de importancia nacional similar al procedimiento que actualmente se ejecuta para la incorporación de problemas GES.

Todas aquellas prestaciones que se vayan incorporando al PSS, con posterioridad a su puesta en marcha, deben surgir de una revisión sistemática y técnicamente avalada, cuya responsabilidad corresponderá al Ministerio de Salud. Para fortalecer este proceso se propone la creación formal de un equipo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA) que puede estar instalado ya sea en el Ministerio de Salud, el ISP u otra institucionalidad sanitaria, pero independiente del fondo.

Los prestadores estarán definidos en redes, que son contratadas por las ISAPREs para otorgar el PSS, y deben ser acreditadas y fiscalizadas por la Superintendencia de Salud. Para el caso de FONASA, la red es la red pública y los prestadores en convenio.

d. *Movilidad ISAPRE FONASA*

La no discriminación por riesgos en todo el sistema de salud debe ser un valor. No obstante, se entiende que existe una relación inversa entre libre movilidad y factibilidad en la

transición y, junto con evitar el traspaso masivo de personas de riesgo extraordinariamente alto, se deberá generar un mecanismo de traspaso desde FONASA a ISAPREs (ej., personas en listas de espera quirúrgicas) y viceversa (ej., jubilados o beneficiarios actuales de ISAPREs que no puedan pagar el precio que se defina).

Deberán considerarse mecanismos, distintos a la declaración de salud, que impidan que personas de riesgos extraordinariamente altos se pasen inmediatamente de un sistema a otro.

3.6.4 Fondo Mancomunado Universal

El Fondo Mancomunado es aquel conformado con recursos públicos, privados, de las cotizaciones, aporte fiscal, entre otros, para otorgar prestaciones mínimas universales. Es a partir de esta instancia que se inicia un proceso de superación de la actual dualidad del sistema. El Fondo Mancomunado Universal (FMU) se sustentará en los principios de la seguridad social: *universalidad de la cobertura; solidaridad y redistribución acorde a las necesidades; equidad y uniformidad en el trato; no segmentación del sistema, unidad y unificación administrativa; participación de la población en la gestión.*

a. *Financiamiento del Fondo Universal (FMU)*

La recaudación de fondos del FMU procederá de la totalidad de la población que hace aportes contributivos a la salud, sumado a un aporte fiscal progresivo. En general, cuanto mayor sea el fondo mancomunado, mejor será su capacidad para hacer frente a los riesgos financieros.

Para la primera etapa, los aportes al FMU de los afiliados al sector público procederán desde FONASA y los aportes de afiliados a ISAPRE provendrán desde el Fondo Inter-ISAPREs, correspondiendo a un porcentaje de lo recaudado por estas entidades. Se contempla además un aporte directo, progresivo y gradual desde los recursos fiscales (proveniente de los impuestos generales). Se debe analizar la inclusión de aportes de otros fondos, tales como FF.AA. e ISAPREs cerradas.

En términos de la gradualidad de los aportes, y por ende del crecimiento del FMU, los aportes fiscales o del Estado debieran ser progresivos, hasta alcanzar la totalidad del siete por ciento integrado en este FMU, siendo esto, al mismo tiempo, parte de la transición hacia un modelo de seguro único, con la existencia de los privados en los ámbitos de los seguros suplementarios. Los montos iniciales del FMU y la evolución de la gradualidad o no de este, debiera ser parte de los estudios técnicos que deben ser desarrollados para el proceso de transición, teniendo un horizonte de diez años.

b. *Beneficios y prestaciones asociadas al fondo*

Los beneficios que debiera incluir el FMU debieran estar basados en la racionalidad sanitaria, por ende, debiera darse prioridad a aquellas acciones costo efectivas y de impacto en equidad en salud, así como a aquellas que promuevan modelos de atención y gestión que apunten a lo señalado. En este marco, se propone que dichos fondos contribuyan a resolver los siguientes aspectos en un corto plazo:

1) Situaciones de carencia de grupos de mayor vulnerabilidad, como es el gasto de bolsillo asociado a los medicamentos de alto costo.

2) Prestaciones no incluidas en el plan de seguridad social en esta etapa, como, por ejemplo, la demencia y las enfermedades huérfanas que no son priorizadas por su limitado impacto poblacional.

3) Fortalecer modelos que contribuyan a las acciones preventivas y de fortalecimiento del abordaje territorial de los problemas de salud, como es el modelo de atención primaria. Sobre todo, considerar el desarrollo de modelos de atención y cuidados para los adultos mayores ante el crecimiento de la esperanza de vida y envejecimiento de la población.

4) Oportunidad y equidad en el acceso de las atenciones pre-hospitalarias, como son las urgencias pre-hospitalarias y la red de SAMU asociada a ello.

Se propone una gradualidad en la construcción del FMU, entendida esta en términos de nuevas prestaciones, actividades e intervenciones para el conjunto de la población, y en términos de cobertura para alcanzar la universalidad de ellas (*universalidad progresiva*). Es decir, iniciar con medicamentos de alto costo en un primer año para el 40 por ciento de la población, luego incrementarlo para un 60 por ciento y, al tercer año, alcanzar el 100 por ciento de la población, es decir, la cobertura universal. Lo anterior asegura ampliar acciones y a la vez establecer la graduación de ella en base a priorizar los de mayor vulnerabilidad y necesidad en un primer momento.

c. Rol y gobernabilidad del Fondo Mancomunado Universal

El Fondo Mancomunado Universal tendría una capacidad de compra directa y, a la vez, podría realizar sus acciones a través de la red pública y/o privada.

En una primera etapa, el FMU debiera ser dependiente del Ministerio de Salud, para luego avanzar a la creación de una institucionalidad propia. Se debe contemplar la participación de los ciudadanos en la instancia de decisiones y planificación del FMU.

3.6.5 Fondo Inter-ISAPREs

El Fondo Inter-ISAPREs es aquel conformado por el siete por ciento aportado por los cotizantes de ISAPRE que va a un fondo común que redistribuye el financiamiento con ajuste de riesgo de los mismos cotizantes a las respectivas ISAPREs y aporta a los otros fondos, según corresponda (Fondo Mancomunado Universal y Fondo de Subsidio de Incapacidad Laboral). De este modo se solidarizan los riesgos entre los afiliados a ISAPRE, poniendo en común el siete por ciento de cotización obligatoria de seguridad social.

a. La lógica actual y la nueva forma de operar con el Fondo

Este fondo será real¹¹⁰ (tendrá atribuciones para mover y asignar recursos, tener cuentas corrientes, etc.) y asignará cápitas ajustadas por riesgo a las ISAPREs según variables asociadas al costo esperado de la atención de salud de los afiliados (edad, sexo, condición de salud, zona geográfica, etc.). Esta es la forma en que los seguros recibirán en esta parte sus

¹¹⁰ No obstante algunos comisionados sugieren que este fondo sea virtual.

ingresos. El fondo también admite compensaciones ex post, mediante una reserva para el caso de eventos de mayor costo y baja probabilidad de ocurrencia, no considerados en la fórmula capitada.

La cobertura de salud que se ofrece es completa en el sentido de que todas las personas tienen acceso garantizado al conjunto de prestaciones del Plan de Seguridad Social de Salud (PSS) que todas las compañías deben obligatoriamente ofrecer a sus afiliados. En este esquema, el sistema de aseguradores privados deberá financiar completamente los gastos de salud del PSS con las cotizaciones de sus afiliados.

b. El Fondo, las ISAPREs y las redes

La constitución de redes de atención por parte de las compañías aseguradoras permitirá reducir los costos de provisión del PSS en relación al esquema de libre elección utilizado hasta ahora para los planes generales y operar con mayor racionalidad sanitaria en términos de la costo efectividad del sistema de salud al inducir mecanismos de pagos que transfieren parte del riesgo financiero a los prestadores (por ejemplo, pago asociado a diagnóstico, pago por grupos relacionados por el diagnóstico (GRDs), etc.).

La prima comunitaria adicional a la cotización que fija cada compañía aseguradora para otorgar el PSS dependerá de las características de la red de prestadores que se ofrezca, con un máximo de tres redes para que no desvirtúe la solidaridad del sistema.

Cada aseguradora comunicaría el conjunto de prestadores acreditados a los que sus usuarios pueden acceder. No se requiere exclusividad y un mismo prestador puede ofrecer servicios a varias aseguradoras. De esta manera, se formalizaría el derecho a la elección de proveedor, una vez elegida aseguradora.

3.6.6 Plan complementario y seguros suplementarios

La regulación de los seguros complementarios y suplementarios será realizada por la Superintendencia de Salud, quien deberá velar por la totalidad de estos seguros, incluyendo los que hoy son regulados por la Superintendencia de Valores y Seguros, en los aspectos contractuales sanitarios, sin perjuicio que la regulación financiera misma recaiga en la de Valores y Seguros.

a. Plan complementario

Los planes complementarios limitados a redes serán financiados con primas comunitarias que pagarían las personas directamente a los aseguradores. El seguro complementario podrá ser entregado por la misma ISAPRE que le entrega al afiliado el PSS pero en un breve plazo (12 meses) deberá ser completamente diferenciado, de manera tal de efectuar una separación clara entre el PSS y el costo del plan complementario que se está ofreciendo y que el afiliado puede contratar en la misma o diferentes instituciones, luego del período señalado. Posterior a ese momento, los afiliados a FONASA también podrían adquirir seguros complementarios, siempre que no sean FONASA "A" y/o reciban aporte fiscal.

Deberá considerarse seguros complementarios de largo plazo, vitalicios, con renovaciones cada tres años. Una vez que se separe el PSS del plan complementario, y en caso

de que el afiliado decida cambiar su PSS, ya sea a FONASA o a otra ISAPRE, no debiera ser tampoco causal de término del contrato.

Dado que existirá un PSS común, los planes complementarios se referirán fundamentalmente a mejores coberturas en redes o prestadores más apetecidos por los afiliados y que cubran diferenciales de copagos. De igual manera, también pueden cubrir intervenciones —por ejemplo, estéticas— que no estarán contempladas en el PSS.

Se propone que los seguros complementarios no puedan ser ofrecidos directamente por prestadores, pues se produce integración vertical que se estima inconveniente, ni tampoco aquellos asociados a sistemas de urgencias.

Para que las entidades aseguradoras puedan ajustarse a la realidad cambiante, en función del comportamiento de cada cartera en particular, debe existir un mecanismo de ajuste en las primas asociadas a los seguros de salud que refleje las fluctuaciones de costos, y un organismo técnico, de carácter independiente, que permita validar las alzas de precio de cada ISAPRE.

b. Seguros suplementarios

Un seguro suplementario voluntario puede ser contratado en la misma ISAPRE o con otra entidad privada de aseguramiento (como los seguros complementarios privados que hoy existen). Se entiende como seguro suplementario aquel referido a financiamiento de prestaciones no incluidas en el PSS, incluyendo comodidades superiores.

3.6.7 Transición de escenarios contractuales

Se propone que se ofrezca a los actuales usuarios de ISAPRE la posibilidad de cambiarse, pero no la obligatoriedad. Los nuevos afiliados debieran entrar directamente al nuevo sistema. Las personas que decidan mantener su plan actual verían congelada su situación en beneficios y la ISAPRE no podría ofrecerle mejoras, salvo su incorporación al nuevo sistema. Lo mismo con otros cambios que afecten el actual plan.

Los incrementos de precios de los planes de las personas que opten por mantener su plan antiguo debieran entrar al sistema de regulación de precios de la Superintendencia de Salud, al igual que los nuevos planes complementarios.

3.6.8 Relación seguros prestadores

En el sistema reformado, tanto a corto plazo (transición) como a mediano-largo plazo, se entiende que se mantendrán prestadores públicos y privados. Los prestadores privados continuarán prestando servicios preferentes a los seguros privados con PSS en el primer momento y, especialmente a los planes complementarios y seguros suplementarios. También se recomienda que continúen los sistemas de libre elección de FONASA, que permite ocupar prestadores privados, ya sea con copago o con seguros suplementarios. Debe incentivarse mecanismos de pago con mayor racionalidad sanitaria y compartiendo el riesgo de la actividad entre aseguradores y prestadores. Los contratos entre aseguradoras y prestadores privados al momento de pactar contratos debieran ser al menos de mediano plazo (tres años).

Para mejorar la regulación de los prestadores se propone entregar a la Superintendencia de Salud facultades más allá de las actuales respecto a acreditación, así como atribuciones para intervenir en los contratos y mecanismos de pago.

Para mejorar la efectividad sanitaria en base a un trabajo en redes de atención basadas en la atención primaria, así como para la mejor utilización de los prestadores disponibles, se propone que se financie por un mejor per cápita para toda la población, desde el Fondo Mancomunado Universal.

De igual modo, se plantea que las ISAPREs puedan utilizar prestadores públicos, especialmente en regiones fuera de la Metropolitana, de la misma manera que el resto de los usuarios e ingresando al sistema por la atención primaria, pues de ninguna manera podrían desplazar atenciones de los usuarios de FONASA. Una mejor utilización de la capacidad instalada de prestadores de salud debe incluir a las redes de las mutuales de seguridad, así como establecimientos de las universidades públicas y de las Fuerzas Armadas, que deberían integrar las redes públicas de salud en el contexto del arreglo de seguridad social.

También se propone avanzar en mecanismos de pago mixtos que tengan racionalidad sanitaria y promuevan la integración de las redes asistenciales, inicialmente como Pagos Asociados a Diagnósticos (PAD) o Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRDs).

a. Integración vertical

Hacer más estricta la actual ley que prohíbe la integración vertical, ampliándola a posibilidades de giro, directores y ejecutivos. Esto es, que las ISAPREs tengan por giro exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, sin posibilidad de construir empresas relacionadas, filiales o colegiadas para desarrollar actividades prestadoras de salud.

3.6.9 Regulación de precios y su reajustabilidad

Se propone eliminar la actual unilateralidad vigente en la ley que permite a las ISAPREs readecuar planes y subir sus precios, más allá del IPC, definiendo un mecanismo de evaluación de precios. Se propone que todos los precios sean monitoreados y regulados por la Superintendencia de Salud, de acuerdo a una normativa establecida en la ley, considerando que la reajustabilidad que tendría un plan de seguridad social de salud financiado con la cotización obligatoria para la seguridad social de salud (el siete por ciento) debe tener en cuenta la evolución de los salarios, dado que el aumento de estos implica un reajuste automático del financiamiento del plan, comparado con la evolución que puedan sufrir los costos en atención de salud.

Es necesario que una entidad independiente de los aseguradores mida el alza de los costos en salud, no para regularlos con un índice de precios y/o cantidad, sino que para tenerlo como antecedente para la regulación.

El precio del plan complementario será una prima comunitaria per cápita por ISAPRE. Quien mide y autoriza un alza de costos que se refleje en aumentos de la prima comunitaria es el Gobierno.

Las redes ofrecidas, que hacen finalmente la diferencia de planes, deben estar constituidas como tales de acuerdo a normas que fije para ello la Superintendencia de Salud, entidad que además la acreditará y supervisará.

La fijación de una prima equivalente para todos los usuarios de una ISAPRE puede ser objeto de aumentos anuales superiores a los niveles deseables en la medida que el mercado no es necesariamente competitivo. Si bien existirá competencia entre ISAPREs en calidad y en prima voluntaria, el regulador puede establecer una regulación de precios.

Si bien en el plan de seguridad social será único, los copagos podrán diferir en su magnitud dependiendo de las redes que las ISAPREs ofrezcan. Por ejemplo, si hay tres redes, podrá haber tres niveles de copagos en el plan complementario. No obstante, en el plan de seguridad social el sistema de copagos es único y homogéneo. Esto es un porcentaje fijo de copago de acuerdo al tipo de atención (ambulatoria u hospitalaria) y un monto máximo anual de copago expresado como porcentaje del ingreso familiar.

Por último, podría ser necesario ampliar el tope de la cotización de seguridad social, que actualmente corresponde a 72,3 U.F. para garantizar suficiencia y mayor equidad en el financiamiento.

3.6.10 Fondo Común de Incapacidad Laboral

El SIL forma parte de los beneficios de la seguridad social, que se financia con una porción del siete por ciento, cuyo propósito es dar protección social a la indicación de reposo médico.

Se propone que los fondos de incapacidad temporal se mancomunen en un fondo único, el Fondo de Subsidio de Incapacidad Laboral (Fondo SIL), separado del financiamiento del PSS, de modo que el incremento del gasto en este ámbito no afecte el PSS definido a nivel de país, dando mayor sostenibilidad a las políticas pública y al conjunto de beneficios del sistema de seguridad social en salud. Este Fondo SIL, con una institucionalidad propia que incluya un consejo tripartito, agrupará el financiamiento definido para las licencias médicas en un Fondo Único Mancomunado que incluya a los usuarios de FONASA, de ISAPRE y también las licencias provenientes de accidentes y enfermedades profesionales, hoy día radicadas en los organismos administradores de la Ley N° 16.744 (mutuales y administración delegada).

La magnitud de los aportes deberán ser evaluados de manera regular para realizar los ajustes necesarios los primeros dos años, de modo tal de establecer una línea de estabilización que permita establecer la prima definitiva de aporte de cada una de las instituciones.

Se propone que la evaluación y calificación de todas las licencias se ubique en una nueva institucionalidad autónoma, continuadora o que surja a partir de las actuales Compin y recoja las experiencias favorables que existan del sistema de ISAPRE y mutuales en el control. La entidad pagadora de los subsidios, tanto común como de accidentes laborales y enfermedades profesionales, deberá estar separada de la entidad contralora y evaluadora de las licencias, asegurando una mayor transparencia del sistema.

Deberán buscarse los mecanismos adecuados para el control de gastos, lo cual no debe quedar reducido a medidas restrictivas en el orden de evitar abusos y fraudes, sino, sobre todo,

avanzar en acciones activas de reducción del reposo medico asociados a reducir los tiempos de recuperación y de integración precoz en los lugares de trabajo. A lo anterior se deben agregar protocolos de contraloría e incentivos para ello.

Propiciar el desarrollo de sistemas de pesquisa de patologías ocupacionales, así como su estudio y derivación oportuna, con el propósito de asegurar las pertinentes acciones preventivas en los lugares de trabajo por parte de los organismos administradores (ISL, mutualidades de empleadores y entidades de administración delegada). Es también necesario impulsar el desarrollo de protocolos de diagnóstico con criterios explícitos y claramente definidos para catalogar una enfermedad como causada por el trabajo y que éstos sean oficializados, difundidos y exigida su aplicación.

Considerando la alta proporción de personas que trabajan de manera independiente, como trabajadores informales, a tiempo parcial o bien como temporeras, se propone ampliar la cobertura del reposo médico, revisando las exclusiones y requisitos hoy día existente, materias que podrían eventualmente incrementar algún aporte de los empleadores para incrementar la seguridad del reposo de los trabajadores.

Finalmente se recomienda que, al fijar esta nueva institucionalidad en que se señalen claramente las responsabilidades de los diferentes actores, las supervisiones necesarias y los mecanismos de reclamación, superando la fragmentación hoy día existente: cajas de compensación, FONASA, Compin, ISAPRE, Superintendencia de Salud y de Seguridad Social. Junto a lo anterior se requiere analizar la normativa relativa al procedimiento estudio de las enfermedades profesionales, tales como el D.S. N° 73, Circular N° 2229 en el marco de las leyes N° 16.744, 18.469, 19.333 y 19.337 y en función de ello establecer modificaciones e incorporación de nuevas normativas.

3.7 Resumen de Propuesta de minoría

3.7.1 Consideraciones generales

Tal como es de público conocimiento, la Presidenta de la República, señora Michelle Bachelet Jeria, creó, en el mes de abril pasado, una *“Comisión Asesora Presidencial para el estudio y propuesta de un nuevo régimen jurídico para el sistema privado de salud”*, cuyo objetivo, según se indicó en el respectivo decreto supremo, sería *“asesorar a la Presidenta de la República en el estudio de la normativa del sistema de salud, especialmente en lo relativo a los administradores privados (Instituciones de Salud Previsional, ISAPRE), los derechos de sus afiliados y beneficiarios y sus relaciones con el Sistema de Salud en su conjunto y proponer adecuaciones y reformas al sector, de manera que la salud pueda ejercerse como un derecho de la seguridad social”*.

Quienes suscribimos¹¹¹ a esta propuesta consideramos un honor que la Presidente de la República nos haya invitado a este desafío y aceptamos aportar desde una perspectiva técnica, con nuestro conocimiento y experiencia concreta en el ámbito de la salud. Siempre tuvimos como objetivo, y así quedó de manifiesto durante todo el trabajo de esta Comisión, contribuir al fortalecimiento de un sistema de salud que otorgue prestaciones de calidad a todos sus usuarios, respetando su libertad de elegir y promoviendo la contribución de la iniciativa privada, libremente organizada y justamente retribuida, en todos los niveles.

Consideramos que la libertad de elegir entre un sistema de salud público y privado es un importante derecho garantizado en el inciso final del N° 9 del artículo 19 de la Constitución que nos rige y, en cuya virtud, en más de tres décadas ha surgido y se ha consolidado un sistema privado en el área del aseguramiento y la provisión de servicios de salud, que constituye un avance y un aporte para el país. Por ello, no compartimos la propuesta de crear un fondo de magnitud creciente en el tiempo (el llamado *“Fondo Mancomunado”*), que terminaría absorbiendo la totalidad de las cotizaciones de salud que se integran a las aseguradoras privadas, entabando su participación en la seguridad social, arriesgando su existencia y, en definitiva, impidiendo el ejercicio del derecho constitucional a elegir el sistema de salud. Por la misma razón, no compartimos la propuesta de avanzar en el mediano plazo hacia un esquema de fondo de salud único con un seguro único, pues ello impediría el ejercicio por las personas del aludido derecho constitucional a elegir, elemento fundamental del ordenamiento constitucional vigente.

No ignoramos que por factores de la realidad social y económica, un grupo importante de personas no está en condiciones de hacer real ese derecho a elegir y pensamos que es una tarea nacional que todos los sectores realicen un esfuerzo para crear las condiciones que hagan posible que cada chileno pueda ejercer verdaderamente esa opción. Ello indudablemente contribuiría a mejorar la calidad de vida de todas las personas sin distinciones.

¹¹¹ Esta propuesta alternativa es suscrita por los comisionados Fernando Matthews Cádiz, Marcelo Dutilh Labbé, Pedro Barría Gutiérrez y Guillermo Paraje.

No obstante el legítimo derecho a elegir, éste no se lograría con la propuesta de establecer en sus inicios un modelo de afiliación abierta entre el sector público (FONASA) y el sector privado (las ISAPREs), atendida la gran diferencia en el acceso a las prestaciones de salud que existe entre ambos. Un masivo, comprensible y esperable éxodo hacia el sector privado de personas en “listas de espera” del sector público, podría generar un déficit financiero para el sistema de consecuencias insospechables para la viabilidad de las ISAPREs receptoras, que podría impedir su ejercicio, perjudicando a más de tres millones de personas beneficiarias.

Comprendemos y compartimos el interés de la autoridad pública por asegurar la presencia de solidaridad en el funcionamiento del sistema privado de salud. Estamos convencidos que para ello resulta indispensable respetar cabalmente los derechos de todos los involucrados y garantizar las condiciones básicas necesarias para la viabilidad económico-financiera del sistema.

Suscribimos a la propuesta “Modelo de Seguro Social en Salud o multiseguros” porque no estamos de acuerdo con todos los elementos centrales de la que ha sido aprobada por mayoría, ya que creemos que ella no contribuye a fomentar la complementariedad público-privada, ni impulsa debidamente el mejoramiento del sistema de salud chileno.

3.7.2 **Propuesta alternativa “Modelo de Seguro Social en Salud o Multiseguros” en el mundo ISAPRE**

a. Introducción

La propuesta contenida en este documento fue desarrollada para corregir las principales dificultades que enfrenta el sistema de salud privado y plantea, además, algunas modificaciones al sistema de salud general. Esta propuesta cumple con el objetivo establecido para la Comisión de Salud designada por la Presidenta Michelle Bachelet según DS N° 71 de 14 de abril de 2014 del Ministerio de Salud. En resumen, la propuesta plantea soluciones a los siguientes problemas de las ISAPREs: la falta de transparencia, la limitada movilidad de sus beneficiarios, el uso de Tablas de Factores, el gasto creciente en salud, el gasto creciente en SIL y las alzas de las primas.

Acorde con el mandato de la Comisión Presidencial, la propuesta presentada a continuación persigue los siguientes objetivos, todos los cuales son materia de esta Comisión:

- Perfeccionar la participación del sector privado en la seguridad social;
- Lograr una mayor solidaridad entre los afiliados del sistema ISAPREs;
- Aumentar la equidad en el acceso al sistema privado de salud;
- Mejorar la eficiencia en la administración de los costos en salud;
- Promover una mayor competencia;
- Aumentar la transparencia de los planes de salud; y
- Permitir la movilidad de beneficiarios entre ISAPREs.

Para ello propone:

- La adopción de un Plan de Seguridad Social de Salud (PSS), común para todos los beneficiarios de la seguridad social, cuyos beneficios, en materia de atenciones de salud, se estructuran en redes de prestadores.

- La comercialización de dicho plan mediante una tarifa que no esté diferenciada por sexo, edad, ni estado de salud de los beneficiarios.
- La creación y operación de un Fondo de Compensación de Riesgos Inter-ISAPREs.
- La creación de un fondo independiente, administrado por una nueva entidad, con el fin de gestionar el SIL.
- La creación de un fondo para el fomento de acciones preventivas y enfermedades de alto costo.
- Un proceso anual regulado por ley para el ajuste de precios para quienes decidan mantener su actual plan como también para quienes se cambien de plan o ingresen a una ISAPRE; este proceso incluiría a la autoridad y a un panel de expertos como instancia de arbitraje.
- Un proceso de transición gradual hacia el nuevo régimen de seguridad social.

b. *Visión de futuro*

Los cambios aquí propuestos facilitan avances futuros en materia de organización del sistema chileno de seguridad social en salud hacia un sistema más integrado. La visión de largo plazo de la propuesta lleva a proponer la creación de un fondo de compensación, el cual compensaría a los seguros en función del riesgo actuarial de sus carteras de beneficiarios a través de primas con ajuste de riesgo, facilitando así el libre movimiento de estos hacia el seguro de su preferencia. Esta modalidad considera la existencia de un sistema de “multiseguros”, en el cual diferentes entidades aseguradoras, públicas y privadas, operan en competencia bajo las normas de la seguridad social.

Dadas las necesidades crecientes de atención de salud, que se reflejan en un gasto cada vez mayor en salud, y dados los cambios epidemiológicos y demográficos, y que la Constitución de la República en el inciso final del numeral N°9 del Artículo 19 ha consagrado el derecho de las personas a elegir el sistema de salud al que desea acogerse, sea público o privado, derecho de elección que debe permitir el cambio de sistema, es indispensable se mantenga en Chile un sistema de multiseguros que acceda a un mercado de prestadores mixtos, en competencia, y que permita la colaboración público-privada en el sector de la salud.

El gran desafío que asume esta propuesta es avanzar en grados crecientes de eficiencia y protección y propender a un proceso permanente de complementariedad público privada.

Todo ello implica estructurar cambios, tanto en el sistema privado como en el sistema público de salud, para velar por su correcto funcionamiento, su prestigio, legitimidad y complementariedad.

En las siguientes secciones, se desarrollan estos componentes con sus respectivos elementos.

3.7.3 Seguridad Social en Salud

El concepto de Seguridad Social en Salud estará compuesto por el plan de Seguridad Social en Salud (PSS) y por el Seguro de Incapacidad Laboral (SIL) donde se propone que la actual cotización para salud del siete por ciento del tope imponible se separe en dos, una para salud

PSS y otra para el seguro SIL. Cada una de ellas tendrá una cotización e institucionalidad específica determinada por ley.

a. Plan de Seguridad Social en Salud (PSS)

Se propone la existencia de un Plan de la Seguridad Social en Salud (PSS) común para los beneficiarios de ISAPREs cuyos contenidos se describen a continuación:

i. Prestaciones incluidas

GES: Respecto de las enfermedades contenidas en el GES, se debe privilegiar el uso de esta cobertura, de tal manera de usar las garantías, protocolos y guías clínicas que para este fin se establecen, y la experiencia asimilada en su uso. Por esto, se propone que respecto de las coberturas GES, el PSS indique para la atención en “Red” los copagos de acuerdo a su operatoria actual. Esta formulación busca facilitar la comprensión de las coberturas para la población en general y para los beneficiarios de ISAPREs en particular.

No GES: Para el resto de los beneficios, correspondientes a aquellas enfermedades no-GES, se plantea una cobertura en “Red”, otorgando cobertura a las prestaciones del catálogo de FONASA MLE/MAI, en el convenio que tenga cada ISAPRE con su red.

ii. Cobertura

GES: Respecto de las enfermedades GES, el PSS consideraría las prestaciones, guías y normas del GES y los copagos resultantes ya están determinados para la atención en la red correspondiente.

No GES: Respecto de la cobertura para las enfermedades no-GES, y tal como ya se indicó, se propone utilizar el catálogo MLE y/o MAI para la atención en red.

En base a lo anterior, se deberán definir las coberturas efectivas, en términos porcentuales, para la atención ambulatoria y hospitalaria. Se cubre lo que está arancelado en MLE y/o MAI y aquellas que apruebe la institución que se encargue de revisar tecnologías nuevas, descrita más adelante. No habrá reembolsos en el PSS. También considera atención de urgencia y medicina preventiva.

Ley de Urgencia. Riesgo Vital: Se deberá establecer una nueva normativa que regule este beneficio, de tal forma que se otorgue la cobertura de acuerdo al PSS independiente del prestador, otorgando la misma cobertura que se entrega en red. Para cumplir con lo anterior, se debe establecer un arancel de urgencias para los prestadores que dispongan de este servicio. En la actualidad no existen los incentivos para otorgar una atención de urgencia costo efectiva, dado que la totalidad del costo de la atención es financiada por la ISAPRE.

CAEC/Stop loss: El PSS incorpora la CAEC, la que contempla un tope máximo de copago por evento relacionado con una misma patología y para un mismo grupo familiar, cuando las personas utilicen la red. El criterio de la CAEC, de 30 cotizaciones como mínimo y un *stop loss* de 126 UF vigente, ha demostrado ser el adecuado. El *stop loss* considera solamente los gastos hospitalarios dentro de la red. El *stop loss* podrá, además, incluir algunos procedimientos ambulatorios de alto costo, en red, como por ejemplo algunos procedimientos para cáncer.

Redes: Se propone la adopción de un mecanismo flexible que permita a cada ISAPRE contratar y modificar las redes (ante cambios de condiciones unilaterales), sin causar problemas a los beneficiarios que estén recibiendo atención de salud. Esta flexibilidad busca permitir a las ISAPREs modificar cada cierto tiempo las redes con que operen para buscar a los prestadores más apropiados en cada oportunidad y cambiarlos cuando las condiciones de precios y calidad de los servicios así lo requieran. En virtud de que los planes tienen cobertura nacional, es crucial que la red pública hospitalaria pueda realizar convenios con el sector privado de aseguradores para formar parte de sus redes para el PSS.

Vigencia: El beneficio será de carácter permanente y la ISAPRE no podrá ponerle término unilateralmente.

Movilidad: Una vez al año, los afiliados podrán cambiarse libremente de ISAPRE para acceder al PSS.

b. Valor del PSS

i. Cotización legal para salud más Prima Comunitaria (Pc)

El precio del PSS será la cotización legal de salud más una Prima Comunitaria (Pc) por beneficiario, expresada esta última en unidades de fomento (UF) y fijada por cada ISAPRE, igual para hombres y mujeres y no se diferenciará por edad ni estado de salud de los beneficiarios. En este documento como se indicó, se propone la separación de la actual cotización legal para salud, hoy siete por ciento del tope imponible, siendo necesario determinar el porcentaje destinado a salud con el cual se iniciará el nuevo sistema. Este nuevo porcentaje que se defina para cotización legal para salud (porcentaje de la renta) será el que se destine íntegramente a conformar el Fondo de Compensación de Riesgos para Salud, que se explica en punto III. El valor de la prima comunitaria (Pc) no forma parte del Fondo de Compensación FCR.

Dada la existencia de un PSS, con coberturas definidas y garantizadas, y financiado con un Fondo Inter-ISAPREs que compense ingresos y riesgos, deberá existir una cotización mínima requerida para ingresar al sistema de ISAPRE, expresada como un monto mínimo, en UF, que el cotizante deberá aportar por cada beneficiario de su grupo familiar. Dicho valor mínimo será competitivo y lo determinará anualmente cada ISAPRE.

c. Plan complementario y coberturas suplementarias

Planes Complementarios: Se entenderá por Plan Complementario la cobertura del PSS entregada en condiciones diferentes de coberturas o en otras redes distintas a las utilizadas en el PSS. Las ISAPREs podrán ofrecer diferentes redes de prestadores pero manteniendo al menos la cobertura del PSS. A mayor abundamiento, estos planes complementarios permitirán a los afiliados elegir diferentes coberturas y redes de prestadores que la ofrecida en el PSS, pagando una prima comunitaria diferente según la Red.

Los afiliados con preexistencias que deseen cambiarse de ISAPRE podrán hacerlo, pero en la ISAPRE de destino deberán tratar su enfermedad pre existente con el PSS durante un período mínimo de 18 meses. En otras palabras, durante ese período no tendrá, para la patología pre existente, la cobertura de un plan complementario en su nueva ISAPRE.

Teniendo en consideración las diferentes ofertas médicas y de servicios clínicos existentes en cada región del país e, incluso, en cada ciudad, las ISAPREs podrán ofrecer un Plan Complementario Regional.

Coberturas Suplementarias: Las ISAPREs y otros aseguradores podrán ofrecer beneficios suplementarios, los cuales considerarán coberturas mejoradas, coberturas de prestaciones no incluidas en el catálogo del PSS o en otros prestadores y coberturas especiales.

Regulación y fiscalización: Los planes complementarios son indefinidos y deberán ser regulados en la ley y fiscalizados por la Superintendencia de Salud.

Las coberturas suplementarias, y los agentes que los entreguen, deberán ser fiscalizados por la Superintendencia de Salud o la Superintendencia de Valores y Seguros, pero deben ser entregados bajo las mismas condiciones y normas legales de funcionamiento, como por ejemplo, vigencias, normas de reajustabilidad, duración, etc.

d. Reajustabilidad de la Prima Comunitaria

El mecanismo de reajustabilidad será establecido en la ley y normará los parámetros, métodos y criterios actuariales a aplicar. Dicho mecanismo de reajustabilidad anual será aplicado por cada ISAPRE y presentado a la Superintendencia de Salud (SdS). En caso de no haber acuerdo entre una ISAPRE y la SdS, el caso será sometido a la evaluación de un panel de expertos para su solución. Habrá un reglamento definido en la ley para efectos del procedimiento de cálculo y del funcionamiento del panel de expertos, incluyendo la selección de sus miembros, atribuciones y remuneraciones. Los expertos podrían estar adscrito al Ministerio de Economía, como lo están otros paneles que funcionan con esa responsabilidad.

El plazo y procedimiento de ajuste de las primas comunitarias será anual. Además, cada vez que el Gobierno modifique el GES, o se incorporen nuevas prestaciones y/o coberturas al PSS, las ISAPREs podrán modificar las Pc. Durante los primeros tres años o mientras se tengan menos de un millón de beneficiarios en el nuevo sistema, se realizará cada 6 meses.

Todo afiliado podrá ejercer el derecho a cambiarse de ISAPRE, durante un período de un mes, comenzando en la fecha que corresponda al ajuste de las primas comunitarias o fecha de anualidad de contrato. Dentro de los primeros tres meses de iniciado el nuevo régimen, las ISAPREs deberán informar detalladamente a sus afiliados de este derecho y la forma y plazo para ejercerlo, mediante una carta certificada y publicación destacada en la página web de la ISAPRE.

3.7.4 Fondo Inter-ISAPREs

a. Fondo de Compensación de Riesgo para Salud (FCR) Inter-ISAPREs

Como se señaló anteriormente, el PSS tendrá como único precio (por ISAPRE), la cotización para salud más una Pc, y permitirá la movilidad entre ISAPREs sin consideración de enfermedades preexistentes. Conforme lo anterior, se debe crear un fondo de compensación de riesgo Inter-ISAPREs (FCR), con los recursos destinados a salud, que permita un adecuado funcionamiento del sistema bajo estas nuevas condiciones. Este FCR compensará financieramente a las ISAPREs de acuerdo al riesgo actuarial de la cartera de beneficiarios de

cada una de ellas, donde dicho riesgo será establecido en función de la distribución de los beneficiarios acorde con su edad, sexo, estado de salud u otros, factores que deberán quedar establecidos en la ley. La existencia de este FCR permitirá compensar el mayor gasto que representa para cualquier ISAPRE acumular un riesgo superior al promedio de todas las ISAPREs, producto de haber afiliado a beneficiarios más enfermos, de mayor edad, o predominantemente de sexo femenino.

A continuación se describe la mecánica de financiamiento y el funcionamiento del FCR.

i. Funcionamiento del FCR

Este será un fondo de ajustes de riesgos similar al funcionamiento del actual Fondo GES, que considerará factores de edad, sexo, estado de salud y posiblemente otros definidos en la ley. El fondo se financiará considerando los aportes provenientes de la cotización de salud que reciben las ISAPREs.

Los montos de compensación que efectuará el FCR a cada ISAPRE serán establecidos sobre la base de los costos promedio de las prestaciones de salud del PSS de todas las ISAPREs.

ii. Responsable de la operación del FCR

Deberá existir una institución que efectúe la recepción de información, la valide, efectúe los debidos cálculos e informe sistemáticamente de los traspasos de recursos financieros desde el FCR hacia las ISAPREs. Para efectuar lo anterior, se propone se licite a una empresa especializada la realización de esta operación, o bien se administre como se hace actualmente con el GES.

Asimismo, se deberá establecer un detallado reglamento de operación del FCR, el que contemplará mecanismos de funcionamiento y cálculo. Contendrá además las normas necesarias para proteger al fondo de acciones que comprometan su viabilidad, como por ejemplo estableciendo el monto mínimo que cada ISAPRE deberá aportar al FCR por cada beneficiario de su cartera, independientemente de lo que recaude.

iii. Responsable de la recaudación de las cotizaciones para salud

Cada ISAPRE recaudará la cotización para salud de sus afiliados. No obstante ello, el FCR, conocida esa recaudación, establecerá las compensaciones correspondientes y los traspasos de dinero de una ISAPRE a otra, según los criterios de compensación de riesgos e ingresos que se definan en la ley. Es necesario reiterar que dada la morosidad creciente (aproximadamente un cinco por ciento de la cotización pactada no se recauda), es fundamental revisar la regulación referida a obligaciones del empleador y cotizante en el pago de sus cotizaciones previsionales y las facultades para recaudación de ellas.

b. Fondo para medicina preventiva

i. Fondo para la Prevención de la Salud (FPS).

La entidad que administre el FCR deberá además gestionar un fondo para la prevención, el cual reembolsará a cada ISAPRE, según arancel convenido por estas aseguradoras, el costo de

sus acciones preventivas. El financiamiento de este fondo provendrá de aportes capitados iguales que efectuarán las mismas ISAPREs. Al existir el reembolso de los costos de prevención, las ISAPREs promoverán más activamente el consumo de atenciones preventivas entre sus beneficiarios.

ii. Operación del Fondo FPS

Para financiar el FPS, anualmente, cada ISAPRE deberá presupuestar el pago de una cápita por cada beneficiario vigente. Ese monto será calculado por el operador del FPS de acuerdo a la meta establecida por el Ministerio de Salud para las ISAPREs para el Examen de Medicina Preventiva, EMP, para el período. La magnitud de los aportes será calculada en base al costo esperado de estas atenciones.

El FPS será virtual, con costos de administración y personal mínimos. La función de los administradores será revisar que ingresos y egresos de dinero por parte del fondo sean de acuerdo a las reglas establecidas para ello.

c. Fondo Especial para Medicamentos de Alto Costo (FEMAC)

Se propone la creación del “Fondo Especial para Medicamentos de Alto Costo”, en lo sucesivo denominado FEMAC, que cubra tanto a los beneficiarios de FONASA como de las ISAPREs. Este fondo se propone, dado que este tipo de patologías es de baja prevalencia y de alto valor de resolución para las personas.

El financiamiento de los gastos de administración y de los beneficios que otorgue el FEMAC provendrá directamente de cada ISAPRE y de FONASA. El propósito exclusivo del FEMAC será financiar medicamentos y otros tratamientos para enfermedades raras que no estén incluidos en el PSS.

Por enfermedades raras se entenderá aquellas que afectan a un reducido número de personas y que, en general, tienen un curso fatal. La Comunidad Europea estima una prevalencia para esas dolencias de cinco casos por cada diez mil habitantes. El tratamiento de estas enfermedades se realiza con los llamados “medicamentos huérfanos” o “medicamentos de alto costo”, cuyo financiamiento escapa en la mayoría de los casos de las posibilidades económicas del paciente y su familia (Fuente Estudio “Acceso a medicamentos de Alto Costo”, PUC 2013.)

Se recomienda que el FEMAC comience cubriendo un número reducido de enfermedades para luego, al cabo de algunos años, considerar la incorporación progresiva de enfermedades adicionales, en la medida que los recursos de ese fondo así lo permitan.

i. Administración del FEMAC

El Fondo será administrado por una nueva institucionalidad cuyo propósito será determinar quiénes serán los beneficiarios del FEMAC entre los beneficiarios del FONASA y las ISAPREs. La administración de los medicamentos que otorgue el FEMAC será acorde con protocolos de tratamientos específicos que autorice el Ministerio de Salud. La forma de gobierno del FEMAC contará con la participación de autoridades de Gobierno, FONASA, las ISAPREs, la sociedad civil, representantes de usuarios y pacientes y la comunidad médico-

científica. La incorporación de nuevos medicamentos se hará a proposición del consejo evaluador de nuevas tecnologías (ETESA), indicado en el punto IX, debiendo usarse un procedimiento participativo, público, breve y transparente.

ii. Financiamiento del FEMAC

El financiamiento anual del FEMAC provendrá de cada ISAPRE y FONASA en base a un aporte capitado, es decir, de un monto fijado en unidades de fomento (UF) que será idéntico para cada uno de los beneficiarios vigentes de FONASA y las ISAPREs. Por ende, el financiamiento total del FEMAC será proporcional a la población de beneficiarios de la Seguridad Social en Salud e igual al aporte capitado multiplicado por la cantidad de beneficiarios de FONASA e ISAPREs (hay que considerar a la población adscrita a los servicios de salud de las FF.AA.).

3.7.5 Relación con prestadores

a. Forma de contratación

En lo relativo a las prestaciones de salud, la promoción del uso de prestadores en red para todas las atenciones contenidas en la seguridad social contribuirá a contener el gasto y generar más competencia. Adicionalmente, la competencia entre las ISAPREs en la venta del PSS, combinada con la movilidad efectiva de los beneficiarios, aumentará las presiones competitivas al interior del sistema ISAPRE. Los nuevos contratos de prestaciones y métodos de pago que éstas celebren con los prestadores para efectos del PSS, deberán ser supervigilados por la SdS. Los contratos deberán tener un horizonte de largo plazo para darle estabilidad a la red, estableciendo que su desahucio sea con seis meses a lo menos de anticipación. Sobre prestadores e ISAPREs pesará la obligación de término y tratamiento en un prestador más allá de la finalización del contrato.

Una política de contención del gasto que ha ayudado en la mayoría de los países de la OECD es la adopción de sistemas de pago por soluciones integrales de salud, reduciendo así, progresivamente, la importancia del pago por acto y privilegiando el pago por caso resuelto (tipo Grupo Relacionado de Diagnóstico, o GRD), el pago capitado (monto fijo prospectivo por beneficiario).

Cabe destacar que la ley obliga a las ISAPREs a cubrir al menos el equivalente a la cobertura que entrega el Nivel 1 de la Modalidad de Libre Elección de FONASA. Esa disposición obliga a descomponer los paquetes en cada uno de los ítems del arancel de FONASA que lo componen, puesto que a las ISAPREs, el fiscalizador o el propio afiliado, lo obliga a cumplir con ello, para efecto de explicar las coberturas de un programa médico. En consecuencia, la obligación legal de cubrir prestaciones del Arancel de FONASA una a una, conspira contra el desarrollo de paquetes de atención y, por tanto, dicha obligación debería ser modificada para el caso específico de las prestaciones que se encuentren en el arancel "*paquetizadas*"

También, se debe regular las rebajas a los copagos que algunos prestadores hacen directamente al paciente. Esto desvirtúa el concepto de cuota moderadora que significa el copago e incita al sobre-uso de atenciones de salud y la utilización de prestadores.

Asimismo se recomienda, para fomentar una competencia en igualdad de condiciones, que las compañías de seguros y prestadores de salud que otorguen coberturas complementarias y suplementarias por sobre el PSS, se rijan también por las mismas normas aplicadas a las ISAPREs para el otorgamiento de las coberturas de salud.

b. *Transparencia de resultados clínicos*

Es necesario desarrollar herramientas entre los distintos actores y la autoridad para que se logre coordinar e implementar sistemas de información públicos sobre los resultados clínicos, sanitarios y volúmenes de actividad por especialidades médicas de los establecimientos hospitalarios, públicos y privados, con el propósito que los usuarios puedan tomar mejores decisiones y exista mayor conocimiento de sus resultados.

c. *Integración vertical*

No se puede limitar el libre emprendimiento, derecho garantizado por la Constitución Política de la República. La propuesta en esta materia debe respetar la libre iniciativa privada y su derecho a organizarse libremente en el marco del ordenamiento jurídico vigente. Dado que este tema no fue analizado en profundidad, ni hubo aporte de antecedentes técnicos que permitan pronunciarse fundadamente al respecto, no parece prudente considerar este tema como parte de esta propuesta, no obstante que puede ser materia de otros estudios futuros, puesto que existen en el mundo diferentes experiencias exitosas de integración (P. Ej. Kaiser Permanente).

3.7.6 Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL)

Se propone cambiar la institucionalidad del sistema actual y crear el Seguro de Licencias Médicas, que cubrirá la incapacidad temporal de un trabajador sea esta por enfermedad común o laboral. Este seguro cubrirá indistintamente a trabajadores dependientes e independientes, afiliados a ISAPREs o a FONASA y mutuales y que coticen él o su empleador para este seguro. Se recomienda que la cotización para el SIL, que será independiente de la cotización para salud (PSS), sea aportada por el trabajador y el empleador. La incorporación del empleador tiene por propósito involucrar a este en dicho beneficio, de tal forma que participe en la recuperación, prevención y rehabilitación de enfermedades de sus trabajadores. La incorporación de las mutuales tiene su origen en la dificultad para identificar las patologías que sufren los trabajadores como laborales o comunes.

El nuevo porcentaje de la renta de los trabajadores que se destinará a financiar este beneficio pecuniario (SIL) se determinará mediante estudios actuariales, basado en el gasto real del sistema privado y público de los últimos años.

a. *Institucionalidad*

El seguro sería financiado en base a una cotización específica conformado por un porcentaje de la renta, y administrado por entidades públicas o privadas registradas en la Superintendencia de Salud para “administrar y gestionar el riesgo del SIL”, las que deberán cumplir con los requisitos que establezcan la ley y sus reglamentos.

b. Comisión Nacional de Apelaciones de Licencias Médicas

Se creará la Comisión Nacional de Apelaciones de Licencias Médicas, regionalizada, para resolver conflictos, efectuar estudios y arbitrar procesos.

3.7.7 Régimen de aseguramiento actual y nuevo

a. Cómo transitar en la reforma sin afectar a los contratos vigentes

La relación entre afiliado e ISAPRE se sustenta actualmente en la suscripción de un contrato de salud, detalladamente normado por el DFL N°1 de 2005, y regulado también por numerosas instrucciones de la autoridad administrativa. Es un contrato de carácter indefinido que sólo puede ser terminado de mutuo acuerdo, o por causales taxativamente señaladas en la ley.

En consecuencia, frente a una reforma de salud, que implique cambios en las condiciones de los contrato válidamente celebrados, es absolutamente prioritario respetar el acuerdo de voluntades y los derechos emanados de dichos contratos. Por ello, es imprescindible que la ley contenga estipulaciones transitorias para efectos de la adaptación paulatina a las nuevas disposiciones legales.

En efecto, el Art. 19 N°24 de la Constitución, asegura a todas las personas el derecho de propiedad en sus diversas especies, sobre toda clase de bienes corporales e incorporales. Nadie puede ser privado en caso alguno de su derecho a la propiedad, sino en virtud de un acto expropiatorio dictado en el ejercicio de una habilitación legal previa, en los términos que señala la Constitución (acreditada la función social de dicha propiedad), previo pago de una indemnización por los daños patrimoniales causados.

Por lo anterior, se estima que una nueva ley de ISAPREs debe considerar lo siguiente:

- Los contratos vigentes al momento de dictarse una nueva ley de ISAPREs deben mantenerse vigentes hasta que las partes mutuamente le pongan término o el afiliado lo haga en virtud del derecho anual que tiene.
- Los contratos que se celebren a contar de la dictación de una nueva ley deberán ajustarse a la nueva normativa.
- La ISAPRE estará obligada a aceptar el cambio de contrato regido por las nuevas normas, cuando el afiliado así lo decida y lo solicite.
- Reajustabilidad: Tal como se señaló anteriormente para el reajuste de la prima comunitaria, el mecanismo de reajuste del valor base de los planes y el GES de las personas que permanezcan en los contratos del régimen anterior será el mismo establecido en la ley para la reajustabilidad de dicha prima comunitaria.

En particular y tomando en cuenta los altos niveles de judicialización que enfrenta el sistema ISAPRE en materias de reajustes de tarifas, se hace urgente anticipar la puesta en marcha del mecanismo de ajuste de precios descrito anteriormente, y que esté vigente en marzo de 2015, para detener el actual proceso de judicialización.

3.7.8 Mecanismo de Evaluación de Ingreso

Existe la necesidad de establecer mecanismos que permitan la afiliación abierta entre ambos sistemas, FONASA e ISAPRE, para pacientes con pre existencias, pero en la actualidad esto no es posible pues se produciría un desfinanciamiento del sistema ISAPRE, comprometiendo la sustentabilidad del nuevo modelo. Esto sería consecuencia de la selección adversa que se registraría desde la constitución del nuevo sistema, ya que se produciría un inmediato desfinanciamiento entre la prima establecida para el ajuste de riesgo y la tarifa del PSS.

Para que se logre en el futuro la movilidad entre ambos sistemas, es indispensable:

- Consolidar el funcionamiento de la reforma (alrededor de cinco años de funcionamiento);
- Lograr el cumplimiento de las garantías de oportunidad en el sistema público de salud, y alcanzar una reducción importante en las esperas de atención;
- Desarrollar procedimientos que impidan la selección adversa y eviten los comportamientos oportunistas, y
- Establecer mecanismos de compensación que hagan factible y sustentable la libre movilidad entre sistemas.

Dado que las ISAPREs se financian sólo con las cotizaciones de sus afiliados, no reciben subsidios u otros ingresos del Estado, les resultaría imposible hacerse cargo de la demanda que generarían las personas enfermas que actualmente están adscritas a FONASA y que ingresarían sin declaración de salud a una ISAPRE, con cargo a los ingresos del resto de los afiliados, porque el precio que ello implicaría no sería sustentable para la permanencia de los cotizantes en el sector privado.

La propensión al cambio, si no hay restricción económica, de FONASA a ISAPREs, es alta. Según los resultados de las últimas tres encuestas MORI, entre un 41 y 47 por ciento de los afiliados a FONASA tienen una disposición a cambiarse al sistemas ISAPREs si no tuvieran restricciones económicas.

Por lo expresado anteriormente, la afiliación abierta hace no sustentable el sistema privado de aseguramiento desde sus inicios sin las reformas señaladas en el párrafo anterior.

3.7.9 Nuevas tecnologías médicas

Se propone avanzar en la creación de una institucionalidad para la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA) en Chile.⁽¹¹²⁾ Se requiere de una agencia o instituto autónomo que establezca la seguridad, costo efectividad e impacto social de las nuevas tecnologías y que sea un referente para la toma de decisiones tanto en el sector público como privado. Esto beneficiará al país y a los asegurados y contribuirá entre otras, a minimizar el riesgo de judicialización respecto del alcance de las coberturas de los seguros.

¹¹²MINSAL (2013) Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Propuesta de un modelo de implementación e institucionalización de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Chile.

Se propone que este organismo analice las intervenciones ofrecidas al asegurado, las nuevas prestaciones incorporadas y las existentes, no importando si ellas están o no cubiertas por las Garantías Explícitas o el nuevo Plan de Seguridad Social (PSS). Este organismo sería responsable, entonces, en forma independiente, de todos los complejos y rigurosos procesos técnicos y participativos que permiten generar recomendaciones consensuadas, guías clínicas y los estándares de calidad y métrica asociada.

3.7.10 Resumen de la propuesta

A continuación se enumeran los componentes de la propuesta, agrupados en nueve categorías, se describen sus principales elementos:

Componentes	Elementos
Plan de Seguridad Social en Salud (PSS)	Plan PSS incluye: Catálogo de prestaciones MLE/MAI, GES, Urgencias, Preventiva y CAEC/ <i>Stoploss</i> hospitalario en una red de salud definida por cada ISAPRE. Coberturas garantizadas (%) para atención ambulatoria y hospitalaria en red. Precio PSS: 7% más Prima Comunitaria (Pc) definida por cada ISAPRE. Ajustes de Pc: mecanismo definido por ley. Institucionalidad para la incorporación/revisión/protocolización de nuevas tecnologías médicas Período de transición para hacer los ajustes necesarios.
Planes complementarios y suplementarios	Complementarios: Es la cobertura ofrecida en redes adicionales al PSS. Se financia con 7% más Pc por red Ajustes de precio en base a metodología regulada y arbitraje de panel de expertos. Podrá haber más de una red complementaria en cada ISAPRE. Suplementarios: podrán ser ofrecidos por las ISAPREs a un precio libre. Suplementa prestaciones, prestadores, beneficios y coberturas especiales, etc. Regulación Superintendencia de Salud (SdS)
Fondo compensación de Riesgos para Salud Inter-ISAPREs	Aportes al fondo corresponden a un porcentaje definido para financiar exclusivamente este beneficio de salud, independiente de aquel destinado al fondo para SIL. Ajusta prima por riesgo de salud. Por ejemplo edad, sexo y condición de salud. ISAPREs recaudan cotización y prima comunitaria. Se requiere perfeccionar mecanismos de cobranza de cotizaciones previsionales, para disminuir los actuales niveles de morosidad del pago de cotizaciones previsionales para salud Se debe crear mecanismo para evitar la sub-cotización por parte de los trabajadores independientes. Considera un fondo especial para la promoción de la medicina preventiva.
Fondo Especial para Medicamentos de Alto Costo	Uso exclusivo para “Medicamentos de Alto Costo para Enfermedades Huérfanas” definido por ley. Se administra en una nueva institucionalidad. Fondo puede comprar medicamentos directamente y ofrece sus servicios a toda la población beneficiarios del Fonasa y las ISAPREs. Fondo recibe aportes per cápita iguales para FONASA e ISAPREs.
Relación prestadores	Se debe fomentar las relaciones contractuales de largo plazo, en base a parámetros objetivos, que eviten cambios unilaterales en las condiciones Mecanismos de pago y control de costos con fomento del uso de redes, paquetes quirúrgicos, grupos relacionados de diagnóstico o similares, establecidos en la ley. Desarrollar sistemas de información con resultados clínicos de prestadores públicos y privados, para transparentar la efectividad sanitaria. Codificación común de prestaciones para todo el sector salud. Acceso de las ISAPREs a los hospitales del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).

Componentes	Elementos
Subsidios de Incapacidad Laboral (SIL)	<p>Fondo con institucionalidad independiente y financiamiento aparte de la cotización para salud para el manejo del beneficio SIL de beneficiarios del Fonasa y las ISAPREs.</p> <p>Aporte al fondo por parte del FONASA y las ISAPREs corresponderá al porcentaje de la renta que se determine de acuerdo a los gastos actuales.</p> <p>Concurren al financiamiento del SIL el empleador y el trabajador.</p>
Régimen de aseguramiento actual y nuevo	<p>Los beneficiarios de ISAPRE que así lo deseen podrán preservar su actual contrato de salud. Asimismo, quienes lo deseen, podrán cambiarse al nuevo régimen dentro de su ISAPRE o cambiar de ISAPRE.</p> <p>Todos los beneficiarios de ISAPRE que se cambien de plan dentro de su misma ISAPRE o que se cambien de ISAPREs, así como también los nuevos afiliados, ingresan al nuevo régimen de aseguramiento, donde opera el PSS.</p> <p>Ajustes de tarifas de los contratos del régimen actual se realizará con un procedimiento propuesto para el reajuste de la Pc, el cual será regulado y contará con la participación de panel de expertos.</p>
Mecanismo de Evaluación de Ingreso	<p>Para la afiliación al sistema privado, existirá un mecanismo de evaluación del estado de salud, el cual permitirá moderar el problema de la selección adversa (“anti-selección”), para evitar el desfinanciamiento del nuevo sistema.</p> <p>Se contempla la posibilidad que en el futuro exista libre movilidad entre el Fonasa y las ISAPREs, en la medida que existan mecanismos de compensación de riesgo entre el asegurador público y las aseguradoras privadas, condiciones de permanencia mínima, requisitos administrativos, u otros</p>
Nuevas Tecnologías Médicas	<p>Se propone crear una institucionalidad nacional para la Evaluación de Tecnologías de la Salud, (ETESA) cuyo objetivo sea garantizar el uso de tecnologías que sean seguras, tengan impacto y sean costo-efectivas.</p>

3.7.11 Prevenciones¹¹³

Este comisionado ha coincidido con los comisionados Matthews y Dutilh en esta propuesta, considerando que se trata de un avance que, aunque no completo, se hace cargo de graves problemas del sistema privado de salud, que constituyen sentidas aspiraciones de sus afiliados, como el reajuste de los planes a través de un procedimiento objetivo y técnico al margen de las ISAPREs y el término de la cautividad y libre movilidad de los afiliados entre ISAPREs, no obstante preexistencias, gracias a la creación de un Fondo de Compensación Inter ISAPREs.

No obstante esa coincidencia, desea dejar establecido y remarcar ciertos puntos, en los cuales no hay el mismo grado de coincidencia.

a. Fortalecimiento del sector público de salud

El fortalecimiento del sector público de salud debe ser una indudable prioridad nacional para permitir avanzar en crecientes grados de igualdad para las personas que no están en condiciones de ejercer verdaderamente la opción de elegir el sistema de salud, según establece la Constitución, tarea pendiente que debería ser enfrentada por todos los sectores concernidos.

b. Sistema privado de salud y judicialización

La judicialización creciente por reajuste de precio base (acciones de protección ante las cortes de Apelaciones) y las acciones por la aplicación de factores de riesgo que culminaron con la decisión del Tribunal Constitucional de agosto de 2010, fueron posibles en un contexto de creciente separación e incomprensión de los directivos de ISAPREs respecto de las críticas y reclamos de los afiliados, llevando a un sistema que no es el mejor para resolver estos problemas (judicialización), pero que fue el único al cual los afiliados pudieron echar mano. Con el objeto de impedir que este fenómeno persista, se propone una fórmula de reajuste independiente de las ISAPREs, que probablemente disminuirá paulatinamente la judicialización en esta área. Para evitar que ella pueda trasladarse a otras, se propone un sistema de mediación obligatoria de conflictos en el área de salud.

c. Sistema de mediación obligatoria de conflictos de salud

Este comisionado piensa que la Superintendencia de Salud debería actuar como ente mediador en todo conflicto entre afiliados con su ISAPRE o FONASA o pacientes con sus prestadores. Este sistema debería estar establecido en la ley, como paso previo obligatorio al inicio de un juicio. Se trata de una justicia rápida en que las partes, con la ayuda de un mediador, intentan, a través de la comunicación directa y en diversas sesiones, resolver su conflicto. El procedimiento debe ser voluntario en el sentido de que en cualquier momento cualquiera de las partes puede ponerle fin. Las partes no requieren de abogado y la mediación debe ser gratuita

¹¹³ Prevención del consejero Pedro Barría.

porque es una forma de acceso a la justicia, que así lo es. Si no se llega a acuerdo, la persona reclamante queda habilitada para iniciar un juicio.

La filosofía de la mediación se basa en la capacidad de las partes de comprenderse y resolver sus diferencias en el contacto que posibilitan las sesiones de mediación y con la ayuda especializada de un mediador.

El procedimiento de mediación no puede inhibir el ejercicio de acciones constitucionales de protección, las que de acuerdo al artículo 20 de la Constitución son siempre procedentes.

d. Integración vertical

No obstante que no fue materia de análisis profundo, ni de resolución de la Comisión, como otros temas, el autor de estas prevenciones desea dejar establecido que no comparte la conclusión de los comisionados Matthews y Dutilh, en el sentido que la prohibición de la integración vertical afecte el libre emprendimiento. Este es un derecho garantizado por la Constitución Política de la República, la que en el inciso 1° del N° 21 del artículo 19 establece el derecho a realizar cualquier actividad económica, pero con ciertas limitaciones, entre otras el respeto a las normas legales que la regulen. En consecuencia, el legislador puede establecer restricciones a la libertad de emprendimiento, entre otros motivos para impedir los abusos que puede generar que una ISAPRE sea dueña de los prestadores. Es más, como se ha buscado una forma de integración circular, en la cual no es la ISAPRE dueña del prestador, pero ambos – ISAPRE y prestador – pertenecen al mismo consorcio u holding, debería ampliarse la prohibición a esta figura, sobre todo tratándose de un sistema que, como la mayoría de los comisionados han coincidido, se apoyará fuertemente en redes como mecanismo de contención de costos.

En ese contexto, la integración vertical o circular puede prestarse para graves abusos en contra de afiliados y beneficiarios, los que deben ser evitados.

e. Participación de usuarios y pacientes

A través de todo el trabajo de la Comisión, este comisionado planteó como principio básico del área de la salud, la participación de beneficiarios de seguros y pacientes de prestadores en las decisiones que les afecten, a través de su integración en las entidades o consejos que existan o que se creen. Su aporte es fundamental para la mejora del sistema de salud en el área de aseguramiento o provisión de soluciones de salud.

REFERENCIAS

- Agostini C, Saavedra E, Willington M. (2006). "Colusión en el Mercado de ISAPREs: Modelación y Evidencia Empírica". FEN Universidad Alberto Hurtado. Disponible en: <http://fen.uahurtado.cl/wp-content/uploads/2010/07/inv190.pdf>
- Aguilera X, Castillo-Laborde C, Nájera-De Ferrari M, Delgado I, Ibáñez C. (2014) Monitoring and Evaluating Progress towards Universal Health Coverage in Chile. Plos Medicine 11(9): e1001676.
- Asociación de Aseguradores de Chile A.G. (2012). Boletín Estadístico Salud (2002-2011). Boletín Estadístico Salud 2011.
- Bastias G, Pantoja T, Leisewitz T, Zarate V. (2008). Health care reform in Chile. CMAJ. 2008 Dec 2;179(12):1289-92.
- Böhm K, Schmid A, Götze R, Landwehr C, Rothgang H. (2012). Classifying OECD healthcare systems: A deductive approach, TranState Working Papers, No. 165, <http://hdl.handle.net/10419/64809>.
- Cid C (2008). Causas Estructurales de los Problemas de Inequidad en el Acceso a la Salud en Chile. Revista Chilena de Salud Pública, Vol 12. Universidad de Chile.
- Cid C (2011). Problemas y desafíos del seguro de salud y su financiamiento en Chile: el cuestionamiento a las ISAPRE y la solución funcional. Centro de Políticas Públicas Universidad Católica de Chile. Temas de la Agenda Pública Año 6, Nº 49, diciembre de 2011.
- Cid C, Prieto L. (2012), Gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile 1997 y 2007, Revista Panamericana de Salud Pública, 2012; 31(4): 310-16.
- Cid C; Torche A; Bastías G; Herrera C; Barrios X (2014).
- Clínicas de Chile 2013. Información en prensa, no publicada.
- Clínicas de Chile. (2013). Dimensionamiento del Sector Privado en Chile: Cifras del año 2012. Diciembre de 2013.
- Comisión Presidencial. (2010). Informe Comisión Presidencial de Salud, Gobierno del Presidente Sebastián Piñera. Dirección web consultada el 23 de Octubre 2013: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/96c1350fbf1a856ce04001011f015405.pdf>
- DEIS – MINSAL. (2013). "Indicadores básicos de salud CHILE 2011". Disponible en : http://deis.minsal.cl/deis/indicadores/INDICADORES_2011.pdf
- Fiscalía Nacional Económica. (2012). Mercado de la Salud Privada en Chile.
- Frenz P. (2005). Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. Rev Chil Salud Pública 2005; 9 (2): 103-110.
- FONASA. (2013). Estadísticas Intitucionales, disponibles en: <http://www.fonasa.cl/wps/wcm/connect/internet/sa-general/informacion+corporativa/estadisticas+institucionales/estadisticas+institucionales>, accedido el 01/10/2013.
- FONASA. (2014). Estudio Cobertura Financiera Efectiva. Subdepartamento de Estudios.

- Gobierno de Chile. (2011). Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Perspectiva Histórica de la Planificación Sanitaria en Chile.
- Ibern P, García Goñi M, Ellis R, Zwiefel P, et. al. (2009). Propuestas de regulación al problema de los precios, planes, cautivos en ISAPREs y su relación con el Fondo de Compensación solidario. Informe preparado por SANIGEST Solutions para la Superintendencia de salud de Chile. www.supersalud.cl, Octubre 2009.
- Illanes MA. (2009). En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia: Historia social de la salud pública, Chile, 1880-1973 (hacia la historia social del siglo XX). Santiago, Chile: Colectivo de Atención Primaria – Ministerio de Salud.
- León E, Martínez A. (2011) Estructura y comportamiento mercado de salud en Chile. Seminario para Optar a Título de Ingeniero Comercial. Universidad de Chile. Julio 2011
- Mardones-Restar F, Azevedo A. (2006). The essential health reform in Chile; a reflection on the 1952 process. *Salud Pública de México*, 48(6): 504-511.
- Ministerio de Salud – Chile. (2010). Sistema de financiamiento de la salud pública en Chile. Documento de Trabajo. Superintendencia de Salud. (2010) Prestaciones de Salud Curativas en el Sistema ISAPRE.
- MINSAL. (2011). Estudio Término de las brechas de Médicos Especialistas.
- MORI, 2014, “Barómetro de la salud 10 años de monitoreo 2004 – 2013”. Marzo 2014.
- Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada y proclamada en la Resolución 217 A (III) de la Asamblea General de 10 de diciembre de 1948. Nueva York, 1948.
- Naciones Unidas. (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado en la Resolución 2 200 A (XXI) de la Asamblea General de 16 de diciembre de 1966. Nueva York, 1966.
- OECD. (2013). OECD Health Data 2013. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata2013-frequentlyrequesteddata.htm>. Visitado, 20 de octubre 2013
- OIT. (2011). Informe VI. Seguridad social para la justicia social y una globalización equitativa. Discusión recurrente sobre la protección social (seguridad social) en virtud de la Declaración de la OIT relativa a la justicia social para una globalización equitativa, 2011. Sexto punto del orden del día. Ginebra.
- OIT. (s.f.p.). Unidad 2. Principios y Normas de la Seguridad. Proyecto “Seguridad Social para Organizaciones Sindicales – SSOS”. Material Formativo Formación a Distancia.
- Organización Mundial de la Salud – OMS. (2010). Informe sobre la salud en el Mundo: La Financiación de los Sistemas de Salud: El camino hacia la cobertura universal. Disponible en: http://www.who.int/whr/2010/whr10_es.pdf
- Parada M. (2004). Evolución del sistema de protección social de la salud en Chile: un análisis sociológico. Tesis para optar al grado de doctor en sociología. Universidad Autónoma de Madrid.

- Paraje G, Vásquez F. (2012). Health equity in an unequal country: the use of medical services in Chile. *International Journal for Equity in Health* 11(1):81 doi:10.1186/1475-9276-11-81 ISI
- Robinson JC, Casalino LP. (2006) Vertical integration and organizational networks in healthcare. *Health Affairs*, 15, no.1 (1996):7-22.
- Sapelli C, Torche A. (1998). El Seguro Previsional de Salud: Determinantes de la Elección entre Seguro Público y Privado, 1990-1994. *Latin American Journal of Economics-formerly Cuadernos de Economía*, Instituto de Economía. Pontificia Universidad Católica de Chile, vol. 35(106), p. 383-406.
- Sapelli C, Torche A. (2001). The Mandatory Health Insurance System in Chile: Explaining the Choice Between Public and Private Insurance. *International Journal of Health Care Finance and Economics* Jun;1(2):97-110.
- SII. (2007). Base de Datos médicos registrados a diciembre de 2007.
- Superintendencia de Salud. (2011). Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas.
- Superintendencia de Salud. (2013a). Precios GES/AUGE 80 en ISAPREs. Presentación Superintendencia de Salud. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/568/articles-8281_ppt_1.pdf
- Superintendencia de Salud. (2013b). Boletín Estadístico Año 2011 de ISAPREs. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-article-7756.html>
- Superintendencia de Salud. 2014. "Estudio de opinión a usuarios del sistema de salud, reforma y posicionamiento de la Superintendencia de Salud". Enero 2014.
- Titelman D. (2000), Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes. Serie financiamiento del desarrollo 104, Septiembre de 2000, CEPAL.
- Thomson S. et al. Statutory health insurance competition in Europe: A four country comparison. *Health Policy* 109 (2013): 209-225.
- Torche A, Wagner G. (1997). Previsión Social: Valoración Individual de un Beneficio Mandatado Cuadernos de Economía, Instituto de Economía. Pontificia Universidad Católica de Chile 1997, vol. 34(103), p. 363-390.
- Torche A, Williamson C. (1999). Ajuste de las Primas por Factores de Riesgo en los Planes de Salud de las Isapres. *Cuadernos de Economía*, año 36, N°108, p. 761-779, agosto 1999.
- Uthoff A, Sánchez JM, Campusano R. (2012). El mercado de seguros de salud: Lecciones sobre el conflicto entre equivalencia y solidaridad. *Revista CEPAL*, N°108, p. 147-167.
- Valdés S, Marinovic I. (2005). Contabilidad Regulatoria, Las AFP chilenas, 1993-2003. Documento de Trabajo N° 279, Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Villalón G, Vera S. (2012). Panorama demográfico en Chile contemporáneo : desafíos para la sociedad del siglo XXI Gustavo Villalón Cárdenas y Sergio Vera Schneider. *Revista Anales, séptima se(3)*, 37-63.

Anexos

Anexo A: Resumen de los aportes entregados por las audiencias con la ciudadanía.

Para dar cumplimiento cabal al mandato presidencial expresado en el Decreto N° 71 que crea esta Comisión Asesora Presidencial para el Estudios y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema Privado de Salud, se abrió un espacio para recibir aportes desde la ciudadanía con respecto a las temáticas que debió abordar.

Para ello se informó y difundió a través de la página web del Ministerio de Salud, para la inscripción de los/as interesados/as en ser escuchados/as por los miembros de la Comisión, de acuerdo a las siguientes instrucciones:

1. Recepción de aportes por escrito.

Este espacio se abrió para recibir documentos que entreguen opiniones, datos, propuestas, etc. de cualquier persona individual o de alguna organización, pública o privada. En dicho espacio se puso un énfasis especial en que dichos aportes contuvieran propuestas lo más concretas posible en relación a las temáticas que la Comisión abordó. Dichos documentos debían ser enviados al correo electrónico comisionpresidencial@minsal.cl, en formato de archivo Word (.doc). No debían superar las 1000 palabras de extensión ni tener más de dos tablas y/o dos figuras. Al inicio del documento se debía incluir el nombre de los/as autores; la organización a la que representaba (en el caso de existir); información de contacto y señalar que era un “Aporte por Escrito”. El plazo máximo de recepción de aportes por escrito fue hasta el lunes 30 de junio a las 23:59 horas.

2. Solicitud de audiencia a la Comisión.

Para esto, se debía enviar un correo a la cuenta comisionpresidencial@minsal.cl, adjuntando un documento en formato de archivo Word (.doc), que no debía superar las 2.500 palabras, ni tener más de 4 tablas y 4 gráficos. Una vez agendada la audiencia, la presentación fue de máximo 15 minutos y 15 minutos de preguntas y discusión. Al inicio del documento se debía incluir el nombre de los/as autores; la organización a la que representaba (en el caso de existir) y registro de personalidad jurídica (en caso de existir); información de contacto; y señalar que es una “Solicitud de Audiencia”, aunque muchos de ellos no lograron enviar sus presentaciones. Pudo exponer ante la Comisión cualquier organización con/sin personalidad jurídica, pública o privada, y académicos de Universidades u otra entidad académica. Se aceptaron exclusivamente las presentaciones que contenían propuestas relacionadas a las temáticas antes señaladas. El plazo máximo de recepción de solicitudes de audiencia será hasta el lunes 30 de Junio a las 23:59 horas.

Así mismo, la Comisión tomó la decisión de realizar este tipo de audiencias en regiones (Antofagasta y Araucanía), como una manera de aumentar la participación y disminuir la centralización del funcionamiento de esta.

Al realizarse las audiencias se clarificó que el carácter de ellas era no vinculante, vale decir que la Comisión escuchó las propuestas sin adquirir la obligación de considerarlas en la redacción final del informe de la Comisión.

Varias de las audiencias que fueron presentadas en el marco de la Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema Privado

de Salud entre los meses abril y julio del año 2014, resumieron el desarrollo histórico y legal del Sistema de Salud en Chile realizando análisis comparados entre los Sistema de Salud ISAPRE y FONASA, poniendo énfasis, muchos de ellos, en que esta Comisión representaría una oportunidad para hacer un cambio estructural al sector de salud, independiente del Sistema de Salud que se defina a futuro.

La mayoría de las audiencias propusieron que sería necesario acabar con el alza unilateral de precios, terminar con la discriminación, terminar con las diferencias segregadoras entre tipos de usuarios, con el abuso, con el alto margen de ganancias, con un sistema fragmentado con múltiples planes de salud que discriminan jerarquizando los riesgos y ha instaurado a la preexistencia, limitando la cobertura de enfermedades crónicas, así también han planteado en su mayoría acabar con la segregación por capacidad de pago.

En su mayoría las audiencias que tuvieron lugar a lo largo del trabajo de esta Comisión recalcaron que los principios éticos de la Salud deben ser resguardados por el Estado, quien debe responsablemente ser el garante de generar políticas públicas, oportunidad en el acceso en salud adecuada, digna y equitativa. La mayoría de las Audiencias han concordado con el hecho que el Sistema ISAPRE trasgrede derechos ciudadanos hasta el punto que han tenido que ser acogidas las demandas y judicializaciones de la ciudadanía específicamente por las alzas de precio de planes, siendo estas alzas injustificadas.

Asimismo, las audiencias, en su mayoría, han propuesto crear un Fondo Común sin fines de lucro y Solidario. Para esto se ha planteado que el financiamiento en salud debe entenderse como recursos sociales (las personas no deben ser dueñas de su cotización) y que este debe ser destinado a financiar la seguridad social en salud con aporte tripartito (Estado, trabajadores y empleador),

Se ha planteado que la estrategia más eficiente para responder a las necesidades en salud tiene que ver con el fortalecimiento de la Atención Primaria y que Chile debe considerar como ejemplo algunos Sistemas de Salud europeos que han ido avanzando en la mejoría de la salud de la población de forma global.

Respecto del Fallo del Tribunal Constitucional casi la totalidad de las audiencias que se refirieron a él entienden que este determinó que las Tablas de Factores son inconstitucionales.

Para resolver el problema de la salud se ha considerado, resumiendo la opinión de la mayoría de las audiencias, que la manera de abordarlo sería aumentado el presupuesto global en salud, redistribuyendo el presupuesto y los recursos en salud entre público y privado, asegurar el acceso de toda la población, contener costos, darle mayor eficiencia y equidad al Sistema sobre la base de un Fondo Único de Salud que financie un Seguro Público, y distribuirse según necesidad, sin discriminar por capacidad de pago.

Listado de Instituciones y personas recibidas por la comisión

Santiago

Asociación de Economía de Salud de Chile.

Fundación Creando Salud.

Sindicato de ISAPREs.

Presidente de la Asociación de Médicos de Atención Primaria, Doctor Camilo Bass del Campo, "Atención primaria de salud oportuna y de calidad para un Chile del siglo XXI".

Asociación de Isapres.

Asociación de Isapres y Consultora Bitrán & Asociados.

Oficial de Financiamiento y Economía de la Salud de la Organización Panamericana Mundial de la Salud (OPS), Washington, EE.UU., Sr. Cristián Morales.

Académico de la Universidad Diego Portales, Doctor en Demografía de la Universidad de Pensilvania, Sr. Rubén Castro.

Revolución Democrática.

Asociación Latinoamérica de Medicina Social (ALAMES).

Altura Management.

Académica Universidad de Valparaíso, Sra. Alejandra Zúñiga.

Colegio de Químico-Farmacéuticos.

Mesa temática por el Derecho a la Salud, Senado.

Asociación de Clínicas de Chile.

Salud por Chile.

Federación Nacional de Profesionales de los Servicios de la Salud, FENPRUSS.

ISAPRE Masvida.

Colegio Médico de Chile.

Consultora Conapyme de Valparaíso.

Abogada Alejandra Zúñiga.

Abogado Arturo Fermandois.

Fundación Me Muevo.

ISAPRE Fundación, Banco Estado.

Araucanía

Asociación de Médicos del Hospital Regional.

FENATS Unitaria Araucanía.

Consejo Consultivo FONASA Araucanía.

Clínica Collico, Valdivia.

CORE Araucanía, Dr. Miguel Ángel Solar.

Coordinadora de Consejos de Desarrollo de la Red de Salud Araucanía Sur.

Agrupación de Jubilados y Montepiados del Banco Estado.

Colegio de Matronas y Matrones Araucanía.

Antofagasta

Agente Regional Superintendencia de Salud, Sr. Javier González.

Asociación de la Autoridad Sanitaria de la SEREMI de Salud Antofagasta.

Kinesiólogo, Sr. Héctor Escobar.

SERNAC Región de Antofagasta.

Colegio Médico Antofagasta.

Por otra parte la Comisión agendó reuniones con representantes de instituciones vinculadas directamente con el mandato presidencial, con el objeto de recabar información y conocer las diferentes visiones desde los espacios institucionales correspondientes. Es así como la Comisión escuchó y debatió las presentaciones de:

Ministra de Salud, Sra. Helia Molina.

Superintendente de Salud, Sr. Sebastián Pavlovic.

Directora de FONASA, Sra. Jeanette Vega.

Presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, Sr. Marco Núñez.

Ex ministro, ex senador y ex miembro del Tribunal Constitucional, Sr. José Antonio Viera-Gallo, "Alcances y Visiones de la Resolución del Fallo Constitucional".

Anexo B: Presentaciones realizadas por los Comisionados y miembros del *staff* de la Secretaría Ejecutiva

“Chile y alguna experiencia internacional de modelos de salud”, Camilo Cid.

“La seguridad social”, Andras Uthoff.

“Comparación internacional/Sistema de Salud de cuatro países europeos”, Camilo Cid.

“Precios de primas y coberturas en el Sistema ISAPRE”, Carla Castillo, Staff Secretaría Ejecutiva.

“Tipología de Sistema de Salud y Posibles Escenarios Futuros para Chile”, Mario Parada.

“Experiencia comparada: Modelos de seguridad social de salud, alternativas a nivel internacional”, Camilo Cid.

“Elementos de diagnóstico y propuesta para un nuevo régimen jurídico para el sistema privado de salud”, David Debrott.

“Reformas esenciales a la ley de ISAPREs y regulación legal de los seguros complementarios de salud”, Pedro Barría.

“Coberturas en el Sistema ISAPRE - parte II”, Carla Castillo, Staff Secretaría Ejecutiva.

Anexo C: Seguridad social

De acuerdo a la OIT (2011), los conceptos de seguridad social y protección social han ido cambiando a lo largo del tiempo y actualmente son usados en todo el mundo con diversos significados, enriqueciéndose a partir de la inclusión de nuevas expresiones tales como transferencias sociales (en efectivo o en especie, de un grupo de la sociedad a otro), transferencias monetarias condicionadas o no condicionadas, y el Piso de Protección Social (conjunto básico de derechos, por ejemplo, acceso geográfico y financiero a servicios esenciales como agua, saneamiento, salud y educación; y transferencias sociales esenciales). En cualquier caso, el concepto de seguridad social estaría asociado a la necesidad de protección del ser humano contra las contingencias de la vida, lo que ha llevado al surgimiento de distintos tipos de mecanismos formales de protección social. Alemania fue el primer país en adoptar un sistema de seguro social en su legislación (decenio de 1880), introduciéndose prestaciones reconocidas como derecho, siendo la fuerza industrial en su conjunto los destinatarios de dichos beneficios. Esquemas similares fueron implementados algunos años después en países latinoamericanos como Argentina, Brasil, Chile y Uruguay. Los modelos de seguro existentes fueron ampliándose tanto para incluir prestaciones asociadas financiadas con impuestos, como para expandirse a todos los miembros de la sociedad¹¹⁴.

Otros dos antecedentes a considerar son la Declaración Universal de Derechos Humanos (Naciones Unidas, 1948) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Naciones Unidas, 1966)¹¹⁵, los cuales señalan en sus Artículos 22 y 9 respectivamente lo siguiente:

Artículo 22: “Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”.

Artículo 9: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social”.

La OIT (2011, p.8) señala que los principales objetivos de la seguridad social, independiente de quién asuma la responsabilidad final del ejercicio¹¹⁶, serían:

- Reducir la inseguridad de los ingresos (que incluye el objetivo de erradicar la pobreza) y mejorar el acceso a los servicios de salud para todos con el fin de garantizar condiciones de trabajo y de vida decentes;
- Reducir la desigualdad y la injusticia;

¹¹⁴ Para lo cual el Informe Beveridge, publicado en Reino Unido en 1945, habría influido considerablemente.

¹¹⁵ Pacto suscrito por Chile en 1969, y ratificado en 1972. Sin embargo, el Protocolo Facultativo asociado a este Pacto, a pesar de haber sido firmado en el año 2009, no ha sido ratificado por nuestro país.

¹¹⁶ El informe señala que, a diferencia de las transferencias sociales, que son por esencia responsabilidad pública, las prestaciones de seguridad social pueden encomendarse (y a menudo así ocurre) a entidades privadas.

- Establecer prestaciones adecuadas como un derecho reconocido;

y a la vez:

- Velar por que no haya discriminación basada en la nacionalidad, la pertenencia étnica o el género, y
- Garantizar su viabilidad, eficiencia y sostenibilidad desde el punto de vista fiscal.

De esta manera, en el contexto de la Comisión, se define **Seguridad Social** (Protección Social, Seguro Social o Previsión Social) como un campo del bienestar social relacionado con la protección o cobertura de las necesidades socialmente reconocidas (salud, vejez, incapacidad, invalidez y muerte). El Objetivo de la Seguridad Social es ofrecer protección a las personas que están en la imposibilidad (temporal o permanente) de obtener un ingreso, o que debe asumir responsabilidades financieras excepcionales, puedan seguir satisfaciendo sus principales necesidades.

Entre los principios de la seguridad social se pueden identificar aquellos de mayor reconocimiento internacional (solidaridad, universalidad, participación e igualdad), aquellos que son reconocidos por algunos países pero cuya condición no es unánime (suficiencia e integridad, obligatoriedad, unidad y equidad), y aquellos que se relacionan con el carácter internacionalista, recogidos por casi todos los tratados bi o multilaterales (respeto de los derechos adquiridos o en curso de adquisición, no discriminación entre nacionales) (OIT, s.f.p).

Los cuatro primeros principios enunciados pueden entenderse como sigue:

- **Solidaridad:** definido en cuanto cada cual aporta al sistema de seguridad social según su capacidad contributiva y recibe prestaciones de acuerdo a sus necesidades; resultando fundamental para el cumplimiento del objetivo de redistribución de la riqueza con justicia social, es decir, desde el sano al enfermo, del joven al anciano (intergeneracional u horizontal), de los que tienen más ingresos a los que tienen menos (intrageneracional o vertical), y también en términos geográficos desde las regiones con más recursos a otras más pobres.
- **Universalidad:** puede ser objetiva (la seguridad social debe cubrir todas las contingencias o riesgos a las que están expuestos los individuos; o subjetiva (que todas las personas deben estar amparadas por la seguridad social, derivado de su naturaleza de Derecho Humano fundamental).
- **Participación:** el involucramiento de la sociedad en la administración y dirección de la seguridad social a través de sus organizaciones representativas y su financiamiento. Es decir, que aquellos que de una u otra forma son alcanzados por la seguridad social puedan hacer sentir su opinión.
- **Igualdad:** tratamiento adecuado a efectos de que la prestación cubra en forma digna el riesgo en cuestión, independientemente de las desigualdades sociales y/o económicas. Además, en términos de la igualdad de trato, puede definirse como el derecho de todo ser humano a la seguridad social, prohibiéndose cualquier tipo de discriminación.

En el contexto de la discusión sobre seguridad social y la operacionalización de sus principios surgieron los siguientes acuerdos de la Comisión, los cuales sirven como base a la propuesta presentada:

- En la medida que el arreglo de financiamiento para salud no pueda acceder a recaudación total por la vía de impuestos generales progresivos, un Fondo Central o único de mancomunación de recursos provenientes de cotizaciones de seguridad social e impuestos, representa la mejor iniciativa en términos de solidaridad y eficiencia del *pool*.
- La clasificación de riesgo individual afecta el acceso a los planes a través de los precios, haciendo que estos sean más costosos para los sectores de la población que presentan mayores riesgos de salud (adultos mayores, mujeres, familias de menores recursos), lo cual se opone al principio de Solidaridad en su dimensión de riesgo.
- La Comisión considera que en el caso de un sistema contributivo, el financiamiento de la seguridad social debiera estar compuesto por los aportes de los empleadores, los trabajadores dependientes o independientes y el Estado.
- Es necesario aumentar la aplicación del principio de solidaridad al interior del sistema privado y entre el sistema público y privado. En el entendido de que el principio de la solidaridad se traduce en la práctica en que la contribución a la salud, como seguridad social, se base fundamentalmente en los ingresos de las personas y no en sus riesgos de salud. También entendemos que esta solidaridad tiene límites. Estos límites tiene que ver con dos aspectos primordiales: en primer lugar, la solidaridad se aplicaría a un catálogo de servicios de salud explícito, el cual debe basarse en las necesidades de salud de la población, en la evidencia de la eficacia de las intervenciones existentes para dichas necesidades y en las posibilidades de financiar las intervenciones. En segundo término, es necesario establecer la necesidad de utilizar redes integradas para proveer los servicios incluidos en el plan solidario, en el entendido de que la atención en red permite obtener una mayor eficiencia en el uso de los recursos y redundante por tanto en una mayor capacidad del sistema para financiar los servicios necesarios. Esto último de alguna forma implica sacrificar la libre elección de los prestadores, sin que por ello se extinga, la libre elección que puede ser ejercida por las personas, pero a un costo por fuera del plan de salud solidario.

Principios fundamentales en seguridad social

Los principios de seguridad social se han desarrollado por más de un siglo, principalmente a través de la labor de la Organización Internacional del Trabajo, y rigieron en el mundo y en América Latina sin ningún reto importante hasta el decenio de 1980. Las reformas estructurales de pensiones en la región, han modificado los principios convencionales y desarrollado una controversia. Cuando los componentes contributivos son contratos de cuentas de ahorro individuales donde los flujos de cotizaciones netas y aquellos de las prestaciones deben ser actuarialmente equivalentes se contraponen a los imperativos éticos de contratos que apelan a la solidaridad para universalizar el acceso al sistema.

Universalidad de la cobertura

En sus dos vertientes:

- La objetiva, es decir que la seguridad social debe cubrir todas las contingencias (riesgos) a las que está expuesto el hombre que vive en sociedad, y;
- La subjetiva, esto es, que todas las personas deben estar amparadas por la seguridad social, principio que deriva de su naturaleza de Derecho Humano Fundamental.

Este principio se relaciona con el principal tema actual de la seguridad social: la falta de cobertura frente a algunas contingencias sufridas por los ciudadanos.

Igualdad, equidad o uniformidad en el trato

Este principio no es exclusivo de la seguridad social, sino que es consustancial a todas las materias e implica que todas las personas deben ser amparadas igualmente ante una misma contingencia. Analizando las desigualdades sociales y económicas, el tratamiento debe ser adecuado a efectos de que la prestación cubra en forma digna el riesgo en cuestión, independientemente de la referida desigualdad.

También puede definírsele como Igualdad de trato: todo ser humano como tal tiene el derecho a la Seguridad Social prohibiéndose toda clase de discriminación en cuanto a raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición

Solidaridad y redistribución del ingreso

Este principio es esencial al momento de determinar si estamos ante un sistema de seguridad social o frente a cualquier otro sistema que cubra o atienda las contingencias de seguridad social, pero que no es un sistema de seguridad social, sino de seguro privado. El principio de solidaridad se define en cuanto cada cual aporta al sistema de seguridad social según su capacidad contributiva y recibe prestaciones de acuerdo a sus necesidades, lo cual constituye una herramienta indispensable a efectos de cumplir con el objetivo esencial de la seguridad social: la redistribución de la riqueza con justicia social. La solidaridad implica la del sano con el enfermo, la del joven con el anciano (intergeneracional u horizontal), pero también entre las personas de diferentes ingresos, de los que más tienen a los que menos tienen (intrageneracional o vertical), incluso solidaridad geográfica entre regiones con más recursos y otras más pobres.

Integridad y suficiencia de las prestaciones

La prestación que se otorgue debe cubrir en forma plena y a tiempo, la contingencia de que se trate: debe responder a las necesidades efectivas del sector al que van destinadas, con niveles de dignidad, oportunidad y eficacia.

Unidad, responsabilidad del Estado, eficiencia y participación en la gestión

Unidad

Supone la implantación de un sistema de manera tal, que toda institución estatal, paraestatal o privada, que actúe en el campo de la previsión social deba hacerlo bajo una cierta unidad y/o coordinación para evitar duplicidades e ineficacias en la gestión.

Participación

La sociedad debe involucrarse en la administración y dirección de la seguridad social a través de sus organizaciones representativas, y también de su financiamiento. El Convenio 102 de OIT (1952) habla de la participación de los representantes de los trabajadores y posiblemente de los empleadores. Participación en un sentido amplio implica que deben poder hacer sentir su opinión todos quienes de una forma u otra están alcanzados por la seguridad social Hay participaciones informativas, consultivas, asesoras, directivas.

Sostenibilidad financiera

El plan de seguridad social debe ser financieramente viable de acuerdo con la capacidad económica del país. Implementarse por etapas pero como parte de un plan general e indicando las prioridades en su implementación e ir avanzando cuando existieran los recursos

Fuente: Mesa-Lago, Carmelo, 2004 "Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social", *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 144 (LC/L.2090-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2004;

Anexo D: Situación epidemiológica

Tabla Anexo D.1: Prevalencia de factores de riesgo y problemas de salud.

CONDICIÓN O FACTOR DE RIESGO	PREVALENCIA (% de la población, IC95%)					
	Fuente Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 Ministerio de Salud					
	PROMEDIO	SEXO		TRAMO DE EDAD		
	Hombre	Mujer	15 a 44	45 a 64	65 Y MAS	
HTA	26,90% (24,9-29,1)	28,40% (25,2-31,9)	25,00% (22,5-27,7)	9,10% (7,2-11,4%)	43,50% (39,3-47,8)	74,20% (68,7-79,1)
	ISAPRE 14,40% (10,3-19,9)	20,10% (14,5-29,5)	10,30% (5,4-18,7)	4,00% (2,3-9,1)	36,30% (34,7-50,2)	58,10% (55,1-78,9)
	FONASA 28,70% (26,3-31,2)	30,50% (26,8-34,6)	27,00% (24,1-30,0)	10,30% (8,0-13,1)	43,70% (38,9-48,6)	75,20% (69,2-80,3)
DISLIPIDEMIAS (LDL elevado)	22,80% (20,1-25,6)	27,30% (22,9-32,2)	18,30% (15,5-21,5)	9,80% (7,4-12,8)	43,20% (37,0-49,7)	41,50% (34,4-48,9)
	ISAPRE 15,60% (9,9-23,7)	17,00% (9,5-28,5)	14,20% (6,7-27,6)	10,10% (4,4-21,4)	28,50% (15,2-46,9)	26,50% (10,8-51,8)
	FONASA 23,40% (20,3-31,2)	28,30% (23,1-34,2)	18,80% (15,6-22,4)	8,80% (6,4-12,1)	45,10% (37,9-52,5)	42,80% (35,1-50,9)
OBESIDAD	25,10% (23,2-27,2)	19,30% (16,8-22,1)	30,70% (27,9-33,6)	19,20% (16,8-21,8)	35,30% (31,4-39,3)	31,20% (26,3-36,5)
	ISAPRE 15,00% (11-20,2)	14,80% (9,3-22,7)	15,30% (10-22,7)	11,80% (7,4-18,3)	22,10% (13,7-33,6)	22,60% (10,6-41,9)
	FONASA 27% (24,8-29,5)	21% (17,5-23,9)	33% (29,8-36,2)	21% (18,2-24,2)	37% (32,6-41,7)	33% (27,2-38,3)
DIABETES	9,40% (8,1-10,8)	9% (6,7-10,7)	10% (8,7-12,4)	3% (1,7-3,9)	17% (13,9-20,2)	26% (20,6-32,0)
	ISAPRE 5,50% (3,3-8,0)	4% (2,3-7,1)	6% (3,2-11,7)	1% (0,6-3,5)	14% (7,2-24,1)	15% (5,9-34,3)
	FONASA 10,40% (8,8-12,1)	9,50% (7,3-12,2)	11,20% (9,2-13,6)	3,00% (1,9-4,7)	18,10% (14,7-22,2)	25,50% (20,1-31,8)
BEBEDOR PROBLEMA EBBA>=2	18% (15,8-19,6)	30% (26,4-33,5)	7% (5,3-8,6)	21% (18,2-24,2)	16% (12,8-19,0)	8% (5,8-11,7)
	ISAPRE 17% (12-24,3)	30% (19,5-43,8)	6% (2,8-10,8)	23% (14,7-34,1)	11% (4,9-22,3)	0% (0,1-3,0)
	FONASA 17% (15,2-19,3)	29% (25,2-33,1)	7% (5,1-8,9)	20% (16,8-23,0)	16% (12,9-19,9)	9% (6,0-12,6)
SEDENTARISMO	89% (87-90,1)	84% (81,1-86,7)	93% (91,4-94,4)	85% (82,7-87,5)	93% (90,2-94,5)	96% (93,3-97,8)
	ISAPRE 81% (74,1-86,3)	77% (65,8-85,2)	85% (77,3-91,0)	77% (67,8-84,3)	87% (77,1-93,5)	95% (84,0-98,8)
	FONASA 90% (88,4-91,7)	85% (82,2-88,2)	94% (92,6-95,6)	87% (84,6-89,6)	93% (90,4-95,2)	96% (92,7-98,8)

Diferencias significativas

Tabla Anexo D.1: Prevalencia de factores de riesgo y problemas de salud.

Continuación...

CONDICIÓN O FACTOR DE RIESGO	PREVALENCIA (% de la población, IC95%)					
	Fuente Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 Ministerio de Salud					
	PROMEDIO	SEXO		TRAMO DE EDAD		
		Hombre	Mujer	15 a 44	45 a 64	65 Y MAS
Síndrome Metabólico	27,90% (25,4-30,6)	33,90% (29,5-28,3)	23,00% (20,2-26,1)	16,10% (13,3-19,3)	47,00% (41,4-52,6)	51,10% (43,7-58,4)
ISAPRE	19,40% (13,7-26,8)	29,40% (18,5-43,4)	10,60% (6-17,9)	14,60% (8,9-23,2)	31,00% (17,7-48,4)	24,50% (9,3-50,6)
FONASA	28,50% (25,7-31,6)	33,20% (28,3-38,6)	24,30% (21,6-28,4)	16,00% (12,8-19,8)	47,70% (41,5-54,1)	52,40% (44,5-60,1)
Daño hepático crónico	16,90% (14,5-19,6)	23,40% (19,2-28,3)	10,70% (8,8-13)	14,40% (11,4-18)	24,00% (19,2-29,6)	13,30% (9,6-18,2)
ISAPRE	23,00% (13,6-36,1)	39,10% (22,8-58,3)	7,70% (3,2-17,2)	21,50% (10,8-38,2)	34,10% (15,5-59,3)	-
FONASA	16,00% (13,8-18,6)	21,30% (17,3-26)	11,30% (9,1-13,8)	12,90% (10,1-16,3)	23,50% (18,7-29,2)	14,70% (10,5-20,2)
Riesgo Cardiovascular Alto o muy alto	15,40% (13,8-17,1)	16,20% (13,8-18,9)	14,60% (12,6-16,8)	3,60% (2,6-4,9)	25,30% (21,8-29,1)	52,40% (46,2-58,4)
ISAPRE	9,90% (6,7-14,4)	10,80% (6,2-18,1)	8,90% (5,2-14,9)	2,80% (1-7,5)	22,40% (13,2-35,3)	38,90% (19,1-63,2)
FONASA	16,30% (14,5-18,2)	17,20% (14,4-20,4)	15,40% (13,2-18)	3,80% (2,6-5,4)	24,90% (21-29,2)	53,50% (47-59,8)
Síntomas respiratorios crónicos	24,40% (22,3-26,7)	22,20% (18,9-25,9)	26,50% (23,7-29,4)	19,50% (16,8-22,4)	28,50% (24,5-32,9)	42,40% (35,9-49,2)
ISAPRE	15,90% (11,3-21,9)	13,30% (7,2-23,3)	18,70% (12,7-26,6)	13,70% (9,3-19,8)	16,50% (6,5-36)	35,10% (16-60,7)
FONASA	26,00% (23,5-28,6)	24,20% (20,4-28,5)	27,50% (24,4-30,8)	20,10% (17-23,6)	30,40% (25,8-35,4)	45,40% (38,3-52,7)
Síntomas Depresivos	18,00% (16-20,1)	8,50% (6,7-10,9)	25,80% (23-28,8)	17,50% (15,1-20,3)	19,20% (16,2-22,8)	11,20% (8,1-15,2)
ISAPRE	11,90% (7,6-18,2)	3,90% (1,2-12,1)	19,70% (12,8-29,1)	11,40% (6,6-19,2)	10,90% (5-21,9)	13,90% (4,1-37,9)
FONASA	19,60% (17,4-22,1)	9,30% (7,1-12,1)	27,50% (24,3-30,9)	19,40% (16,5-22,69)	21,20% (17,6-25,4)	11,60% (8,3-15,9)
Hipotiroidismo	19% (16,8-22,3)	17,10% (13,2-21,8)	21,70% (18,4-25,3)	14,30% (11,3-18)	26,00% (20,6-32,2)	29,60% (23-37,1)
ISAPRE	15% (9,7-22,8)	11,80% (6-21,9)	18,30% (10,3-30,4)	10,80% (5,8-19,2)	21,00% (10,9-36,6)	37,20% (10,4-75,3)
FONASA	21% (17,8-24,3)	17,80% (13,1-23,7)	23,60% (19,8-27,8)	15,70% (12-20,2)	27,40% (21-34,9)	29,50% (22,8-37,1)

 Diferencias significativas

Tabla Anexo D.1: Prevalencia de factores de riesgo y problemas de salud.

Continuación...

CONDICIÓN O FACTOR DE RIESGO	PREVALENCIA (% de la población, IC95%)					
	Fuente Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 Ministerio de Salud					
	PROMEDIO	SEXO		TRAMO DE EDAD		
	Hombre	Mujer	15 a 44	45 a 64	65 Y MAS	
Deterioro cognitivo AM	10% (7,3-13,9)	10% (6,2-16)	10% (6,5-15,6)	-	-	-
ISAPRE	2% (0,3-12,6)	4% (0,6-25,3)	-	-	-	-
FONASA	11% (7,9-15,6)	11% (6,6-18,1)	11% (7,1-17,7)	-	-	-
Problema audición	33% (30,6-34,9)	34,50% (31,2-37,9)	31,10% (28,5-33,7)	26,20% (23,6-29,0)	38,10% (34,3-42,0)	52,40% (47,0-57,7)
ISAPRE	22% (16,6-28,8)	23,60% (16,1-33,2)	20,00% (13,4-28,7)	21,10% (14,6-29,5)	23,10% (14,7-34,4)	25,00% (12,0-44,9)
FONASA	35% (32,7-37,5)	37,40% (33,6-41,5)	33,00% (30,2-36,0)	27,70% (24,7-30,9)	40,90% (36,5-45,4)	54,50% (48,7-60,2)
Necesidad de placa dental	25% (23,1-27,5)	24,40% (21,3-27,8)	26,10% (23,4-29,0)	13,30% (11,0-16,0)	44,30% (40,0-48,7)	0,60% (48,4-62,0)
ISAPRE	8% (5,3-11,4)	9,00% (5,4-14,9)	6,40% (3,6-11,3)	3,80% (1,9-7,4)	15,30% (8,8-25,1)	25,40% (10,9-48,5)
FONASA	28% (25,3-30,4)	27,30% (23,5-31,5)	28,20% (25,1-31,4)	14,20% (11,5-17,3)	48,20% (43,2-53,3)	59,80% (52,2-66,9)
Apnea del sueño	5% (3,8-5,6)	5% (4,0-7,1)	4% (2,9-5,2)	3% (2,3-4,6)	6% (4,6-8,6)	8% (5,2-11,0)
ISAPRE	1% (0,6-2,8)	0,80% (0,3-2,4)	1,80% (0,7-5,0)	0,40% (0,1-1,3)	3,50% (1,2-9,5)	2,90% (0,4-18,1)
FONASA	5% (4,1-6,4)	6,00% (4,4-8,1)	4,40% (3,3-6,0)	3,90% (2,7-5,5)	6,50% (4,6-9,0)	8,10% (5,4-11,9)
Función renal disminuida	2,60% (2-3,3)	2,40% (1,6-3,5)	3,00% (2,2-4,1)	0,40% (0,2-0,9)	2,20% (1,3-3,8)	15,80% (12,0-20,4)
ISAPRE	2,20% (0,9-5,5)	1,60% (0,3-8,9)	3,00% (1,1-8,1)	0,00% (0,0-0,0)	4,50% (1,0-17,5)	20,20% (6,6-47,3)
FONASA	2,60% (2-3,4)	2,30% (1,5-3,7)	3,10% (2,2-4,3)	0,40% (0,1-1,1)	1,70% (0,9-3,4)	15,30% (11,4-20,3)
Uso preservativo (ultimo 12 meses)	36,80% (33,3-40,5)	41,60% (36,2-47,3)	31,60% (27,3-36,2)	43,80% (39,5-48,2)	17,20% (12,2-23,6)	2,30% (1,0-5,5)
ISAPRE	38,00% (26,8-48,4)	42,70% (28,8-57,9)	31,60% (21,4-43,9)	45,50% (34,2-57,3)	10,80% (4,5-23,5)	0,00%
FONASA	37% (32,9-41,1)	42,20% (35,9-48,7)	31,80% (27,0-37,0)	43,70% (38,9-48,7)	19,00% (12,8-27,3)	2,40% (0,9-6,6)

 Diferencias significativas

Tabla Anexo D.1: Prevalencia de factores de riesgo y problemas de salud.

Continuación...

CONDICIÓN FACTOR DE RIESGO	PREVALENCIA (% de la población, IC95%)					
	Fuente Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 Ministerio de Salud					
	PROMEDIO	SEXO		TRAMO DE EDAD		
		Hombre	Mujer	15 a 44	45 a 64	65 Y MAS
Test VIH alguna vez	29% (26,6-31)	20,60% (17,8-23,8)	36,40% (33,5-39,5)	34,50% (31,5-37,6)	22,80% (19,6-26,3)	14,50% (9,9-20,8)
ISAPRE	42% (35-50,3)	40,20% (29,2-52,2)	45,00% (35,5-54,9)	42,60% (33,2-52,6)	48,70% (35,6-62,1)	20,00% (6,9-46,0)
FONASA	26% (23,8-28,4)	15,50% (12,8-18,7)	35,10% (32,0-38,4)	32,30% (29,0-35,7)	19,50% (16,3-21,1)	13,40% (8,7-20,0)
Fracturas (prev de vida)	18% (15,5-19,6)	22,40% (19,2-25,9)	13,70% (11,8-15,9)	14,00% (11,4-17,0)	20,40% (17,4-23,8)	27,80% (23,1-33,1)
ISAPRE	15% (8,5-25,6)	23,20% (12,6-38,7)	10,20% (6,1-16,7)	18,30% (9,4-32,5)	12,80% (6,8-22,6)	25,20% (12,0-45,5)
FONASA	18% (16,1-20,4)	23,30% (19,9-27,0)	14,40% (12,2-16,8)	13,70% (11,3-16,6)	21,20% (17,7-25,2)	28,70% (23,6-34,5)

 Diferencias significativas

Fuente: CEPS-UDD Elaboración propia en base a estadísticas de FONASA y de la Superintendencia de Salud.

Tabla Anexo D.2: Principales egresos hospitalarios según causa específica

PRINCIPALES CAUSAS ESPECIFICAS DE EGRESO 2011 COMPARACION ISAPRE FONASA

N°	FONASA	N° EGRESOS	%	tasa por 100 mil	N°	ISAPRES	N° EGRESOS	%	tasa por 100 mil
1	O80 Parto único espontaneo	92747	7,5	702,5	1	O82 Parto único por cesárea	12541	4,4	428,7
2	O82 Parto único por cesárea	59902	4,9	453,7	2	O80 Parto único espontaneo	9679	3,4	330,8
3	J18 Neumonía, organismo no especificado	42114	3,4	319	3	K80 Colelitiasis	9316	3,3	318,4
4	K80 Colelitiasis	37228	3	282	4	K35 Apendicitis aguda	6311	2,2	215,7
5	K35 Apendicitis aguda	28608	2,3	216,7	5	E66 Obesidad	6023	2,1	205,9
6	N39 Otros trastornos del sistema urinario	15514	1,3	117,5	6	J35 Enfermedades crónicas de las amígdalas y de las adenoides	5527	2	188,9
7	J44 Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	13370	1,1	101,3	7	M23 Trastorno interno de la rodilla	4765	1,7	162,9
8	J35 Enfermedades crónicas de las amígdalas y de las adenoides	12850	1	97,3	8	N20 Calculo del riñon y del uréter	4115	1,5	140,7
9	K40 Hernia inguinal	12671	1	96	9	J34 Otros trastornos de la nariz y de los senos paranasales	4106	1,5	140,3
10	A09 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	12478	1	94,5	10	K40 Hernia inguinal	3828	1,4	130,8

Tabla Anexo D.2: Principales egresos hospitalarios según causa específica

Continuación...

N°	FONASA	N° EGRESOS	%	tasa por 100 mil	N°	ISAPRES	N° EGRESOS	%	tasa por 100 mil
11	N10 Nefritis tubulointersticial aguda	12053	1	91,3	11	A09 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso J18 Neumonía, organismo no especificado	3602	1,3	123,1
12	K81 Colecistitis	11308	0,9	85,6	12	O02 Otros productos anormales de la concepción	2944	1	100,6
13	I50 Insuficiencia cardíaca	11238	0,9	85,1	13	D25 Leiomioma del útero	2850	1	97,4
14	J12 Neumonía viral, no clasificada en otra parte	11093	0,9	84	14	O34 Atención materna por anomalías org. Pelvianos	2793	1	95,5
15	O47 Falso trabajo de parto	10307	0,8	78,1	15	N47 Prepucio redundante, fimosis y parafimosis	2750	1	94
16	S82 Fractura de la pierna, inclusive el tobillo	10263	0,8	77,7	16	M51 Otros trastornos de los discos intervertebrales	2608	0,9	89,1
17	E14 Diabetes mellitus, no especificada	9288	0,8	70,3	17	K81 Colecistitis	2596	0,9	88,7
18	N18 Insuficiencia renal crónica	9089	0,7	68,8	18	M54 Dorsalgia	2228	0,8	76,2
19	O02 Otros productos anormales de la concepción	8949	0,7	67,8	19	N10 Nefritis tubulointersticial aguda	2127	0,8	72,7
20	S06 Traumatismo intracraneal	8936	0,7	67,7	20		2093	0,7	71,5

Fuente: CEPS UDD elaboración propia con base de datos egresos Ministerio de Salud.

Anexo E: Análisis valores unitarios de las prestaciones, ISAPREs abiertas año 2013

Se revisaron los valores unitarios¹¹⁷ asociados a las distintas prestaciones ambulatorias y hospitalarias bajo codificación MLE. Por una parte, se seleccionaron las prestaciones que, debido a su frecuencia de uso y valor unitario, acumularon el 70 por ciento de la facturación de las ISAPREs abiertas en el año 2013 para cada nivel de atención. Una vez seleccionadas, se analizaron de forma agregada, y también desagregando por prestaciones entregadas bajo Prestador preferente y No preferente. Finalmente, el análisis incluye para cada prestación: frecuencia, valor unitario promedio, desviación estándar, percentiles (5, 25, 50, 75, 95, 99), media, máximo y mínimo.

Por otra parte, para analizar las coberturas financieras de las prestaciones de mayor importancia, se seleccionaron las prestaciones ambulatorias y hospitalarias (codificación MLE) que acumulan el 70 por ciento de la bonificación para cada modalidad de atención. Una vez seleccionadas se comparó el listado de las prestaciones con mayor facturación y las de mayor bonificación. A continuación se presentan tablas con los principales resultados.

¹¹⁷ El término valor unitario se usará en referencia al monto o valor que el prestador cobra o carga al seguro por determinada prestación.

Tabla Anexo E.1: Prestaciones ambulatorias según importancia en facturación, año 2013

	Código	Glosa	Facturado	Acumulado
1	01-01-003	Consulta médica especialidades	32.676.334.413	28%
2	01-01-001	Consulta médica electiva	9.362.184.529	36%
3	09-02-001	Consulta Psicólogo clínico (sesiones 45')	4.711.097.413	40%
4	01-01-002	Consulta médica de Neurólogo, Neurocirujano, Otorrinolaringólogo, Geriatra	3.333.078.055	43%
5	23-01-071	Lentes ópticos o de contacto(Sólo para mayores de 55 años)	2.748.786.612	45%
6	09-02-002	Psicoterapia individual (sesiones 45')	1.860.392.452	47%
7	09-01-005	Atención psiquiátrica o psicoterapia de familia, individual, de relajación o	1.847.283.441	49%
8	04-05-013	Rodilla: estudio por resonancia	1.376.109.466	50%
9	04-04-003	Ecotomografía abdominal (incluye hígado, vía biliar, vesícula, páncreas, ri	1.338.341.054	51%
10	04-03-014	Abdomen (hígado, vías y vesícula biliar, páncreas, bazo, suprarrenales y ri	1.337.571.588	52%
11	04-05-007	Columna lumbar	1.232.546.502	53%
12	03-02-075	Perfil Bioquímico (determinación automatizada de 12 parámetros)	1.221.710.527	54%
13	04-04-016	Ecotomografía vascular periférica, articular o de partes blandas	1.162.893.145	55%
14	03-02-034	Perfil Lipídico (incluye: colesterol total, HDL, LDL, VLDL y triglicéridos)	1.137.403.060	56%
15	04-01-010	Mamografía bilateral (4 exp.)	1.113.427.020	57%
16	00-00-003	Sala de Procedimientos 3	1.075.685.093	58%
17	04-05-001	Cráneo cerebro	1.050.075.501	59%
18	09-01-001	Control paciente psiquiátrico crónico;máx.2 controles al mes	976.024.153	60%
19	17-01-045	Ecocardiograma Doppler Color	962.690.328	61%
20	04-01-070	Tórax (frontal y lateral) (incluye fluoroscopia) (2 proy. panorámicas) (2 ex	958.947.944	62%
21	04-03-001	Cerebro (30 cortes 810 mm.)	949.298.791	62%
22	03-01-045	Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina,	937.400.735	63%
23	03-03-024	Tiroestimulante (TSH), hormona (Adulto, niño o R.N.)	895.018.817	64%
24	03-02-076	Perfil Hepático (incluye tiempo de protrombina, bilirrubina total y conjug	866.892.852	65%
25	04-04-012	Ecotomografía mamaria bilateral	860.440.874	65%
26	06-01-024	Reeducación motriz (ejercicios terapéuticos para recuperación muscular,	841.719.008	66%
27	04-04-005	Ecotomografía transvaginal o transrectal	837.677.549	67%
28	18-01-001	Gastroduodenoscopia (incluye esofagoscopia).	821.234.425	68%
29	04-04-006	Ecotomografía ginecológica, pelviana femenina u obstetrica con estudio f	819.403.453	68%
30	04-03-007	Orbitas maxilofacial (incluye coronales) (40 cortes 24 mm.)	744.497.333	69%
31	06-01-011	Ultrasonido (proc.aut.)	710.815.723	70%

Fuente: Datos provisionales. Superintendencia de Salud. Departamento de Estudios y Desarrollo.

Tabla Anexo E.2: Cobertura financiera de las prestaciones ambulatorias seleccionadas, año 2013

	Código	Glosa	Facturado	Bonificado	Cobertura
1	03-02-076	Perfil Hepático (incluye tiempo de protrombina, bilirrubina tot	866.892.852	643.169.499	74%
2	04-05-007	Columna lumbar	1.232.546.502	876.961.598	71%
3	03-02-075	Perfil Bioquímico (determinación automatizada de 12 parámet	1.221.710.527	834.497.514	68%
4	03-02-034	Perfil Lipídico (incluye: colesterol total, HDL, LDL, VLDL y triglic	1.137.403.060	768.457.389	68%
5	04-05-013	Rodilla: estudio por resonancia	1.376.109.466	923.044.459	67%
6	04-05-001	Cráneo cerebro	1.050.075.501	690.161.741	66%
7	17-01-045	Ecocardiograma Doppler Color	962.690.328	618.468.579	64%
8	03-03-024	Tiroestimulante (TSH), hormona (Adulto, niño o R.N.)	895.018.817	571.611.153	64%
9	04-03-007	Orbitas maxilofacial (incluye coronales) (40 cortes 24 mm.)	744.497.333	469.997.062	63%
10	04-03-014	Abdomen (hígado, vías y vesícula biliar, páncreas, bazo, suprar	1.337.571.588	843.672.896	63%
11	04-01-070	Tórax (frontal y lateral) (incluye fluoroscopia) (2 proy. panorán	958.947.944	589.850.690	62%
12	18-01-001	Gastroduodenoscopia (incluye esofagoscopia).	821.234.425	504.572.465	61%
13	03-01-045	Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, her	937.400.735	575.302.630	61%
14	04-04-003	Ecotomografía abdominal (incluye hígado, vía biliar, vesícula, p	1.338.341.054	819.605.060	61%
15	01-01-001	Consulta médica electiva	9.362.184.529	5.645.719.321	60%
16	01-01-003	Consulta médica especialidades	32.676.334.413	19.492.339.095	60%
17	01-01-002	Consulta médica de Neurólogo, Neurocirujano, Otorrinolaringe	3.333.078.055	1.976.253.709	59%
18	04-03-001	Cerebro (30 cortes 810 mm.)	949.298.791	552.045.265	58%
19	04-01-010	Mamografía bilateral (4 exp.)	1.113.427.020	625.358.445	56%
20	04-04-016	Ecotomografía vascular periférica, articular o de partes blanda	1.162.893.145	637.931.031	55%
21	00-00-003	Sala de Procedimientos 3	1.075.685.093	585.455.943	54%
22	06-01-011	Ultrasonido (proc.aut.)	710.815.723	386.441.683	54%
23	04-04-005	Ecotomografía transvaginal o transrectal	837.677.549	449.410.321	54%
24	04-04-012	Ecotomografía mamaria bilateral	860.440.874	454.349.670	53%
25	04-04-006	Ecotomografía ginecológica, pelviana femenina u obstetrica co	819.403.453	392.247.417	48%
26	06-01-024	Reeducación motriz (ejercicios terapéuticos para recuperaciór	841.719.008	303.707.485	36%
27	09-02-001	Consulta Psicólogo clínico (sesiones 45')	4.711.097.413	1.512.348.866	32%
28	09-01-001	Control paciente psiquiátrico crónico;máx.2 controles al mes	976.024.153	312.121.739	32%
29	09-02-002	Psicoterapia individual (sesiones 45')	1.860.392.452	524.124.979	28%
30	09-01-005	Atención psiquiátrica o psicoterapia de familia, individual, de r	1.847.283.441	435.955.574	24%
31	23-01-071	Lentes ópticos o de contacto(Sólo para mayores de 55 años)	2.748.786.612	551.010.679	20%

Fuente: Datos provisionales. Superintendencia de Salud. Departamento de Estudios y Desarrollo.

Tabla Anexo E.3: Prestaciones hospitalarias según importancia en facturación, año 2013

	Código	Prestaciones hospitalarias	Facturado	Acumulado
1	02-02-104	Día Cama de Hospitalización Medicina y Especialidades (sala 1 cama con baño)	6.230.685.507	5%
2	02-02-301	Día Cama Hospitalización Adulto en Unidad de Tratamiento Intermedio (U.T.I)	5.405.647.319	10%
3	00-00-007	Pabellón para Cirugías 7	4.357.273.541	13%
4	02-02-108	Día Cama de Hospitalización Cirugía (sala 1 cama con baño)	3.482.050.245	16%
5	00-00-006	Pabellón para Cirugías 6	3.298.973.992	19%
6	02-02-201	Día Cama Hospitalización Adulto en Unidad de Cuidado Intensivo (U.C.I.)	3.274.225.570	22%
7	20-04-006	Cesárea c/s salpingoligadura o salpingectomía	3.125.748.848	24%
8	00-00-005	Pabellón para Cirugías 5	2.842.335.238	27%
9	01-01-008	Visita por médico tratante a enfermo hospitalizado	2.777.120.269	29%
10	00-00-010	Pabellón para Cirugías 10	2.569.548.344	31%
11	02-02-116	Día Cama de Hospitalización Obstetricia y Ginecología (sala 1 cama con baño)	2.170.227.080	33%
12	02-02-107	Día Cama de Hospitalización Cirugía (sala 1 cama sin baño)	2.110.406.504	35%
13	18-02-081	Colecistectomía por videolaparoscopia, proc. completo	2.048.654.967	37%
14	00-00-008	Pabellón para Cirugías 8	1.848.630.781	38%
15	18-02-018	Gastrectomía subtotal sin disección ganglionar	1.774.970.749	40%
16	00-00-009	Pabellón para Cirugías 9	1.498.917.558	41%
17	20-04-003	Parto presentación cefálica o podálica, c/s episiotomía, c/s sutura, c/s fórceps, c/s inducción, c/s versión interna, c/s revisión, c/s extracción manual de placenta, c/s monitorización. (Unico o Múltiple)	1.492.474.059	42%
18	02-02-008	Día cama de Observación	1.402.162.353	43%
19	02-02-004	Día Cama de Hospitalización Sala Cuna	1.282.874.632	44%
20	02-02-101	Día Cama de Hospitalización Medicina y Especialidades (sala 3 camas o más de pensionado o medio pensionado).	1.260.895.069	45%
21	00-00-011	Pabellón para Cirugías 11	1.222.956.766	46%
22	21-04-159	Meniscectomía u otras intervenciones por vía artroscópica (incluye artroscopia diagnóstica)	1.194.141.814	47%
23	20-04-004	Honorario matrona por la atención integral del parto (incluye 3 controles de embarazo normal, atención en sala preparto, c/s atención en período expulsivo, asistencia al pabellón quirúrgico en caso de operación cesárea, y 2 controles en el puerperio)	1.157.277.711	48%
24	02-02-302	Día Cama Hospitalización Pediátrica en Unidad de Tratamiento Intermedio (U.T.I)	1.136.550.050	49%
25	02-02-303	Día Cama Hospitalización Neonatal en Unidad de Tratamiento Intermedio (U.T.I)	1.044.574.145	50%

Fuente: Datos provisionales. Superintendencia de Salud. Departamento de Estudios y Desarrollo.

Tabla Anexo E.4: Cobertura financiera de las prestaciones hospitalarias seleccionadas, año 2013.

	Código	Glosa	Facturado	Bonificado	Cobertura
1	02-02-101	Día Cama de Hospitalización Medicina y Especialidades (sala 3 camas o más de pensionado o medio pensionado).	1.260.895.069	1.100.781.950	87%
2	02-02-104	Día Cama de Hospitalización Medicina y Especialidades (sala 1 cama con baño)	6.230.685.507	5.205.430.224	84%
3	02-02-303	Día Cama Hospitalización Neonatal en Unidad de Tratamiento Intermedio (U.T.I)	1.044.574.145	848.996.966	81%
4	02-02-201	Día Cama Hospitalización Adulto en Unidad de Cuidado Intensivo (U.C.I.)	3.274.225.570	2.610.785.189	80%
5	02-02-004	Día Cama de Hospitalización Sala Cuna	1.282.874.632	1.011.226.127	79%
6	18-02-081	Colecistectomía por videolaparoscopia, proc. completo	2.048.654.967	1.605.146.310	78%
7	00-00-010	Pabellón para Cirugías 10	2.569.548.344	2.007.379.575	78%
8	02-02-108	Día Cama de Hospitalización Cirugía (sala 1 cama con baño)	3.482.050.245	2.717.434.444	78%
9	02-02-301	Día Cama Hospitalización Adulto en Unidad de Tratamiento Intermedio (U.T.I)	5.405.647.319	4.158.671.604	77%
10	00-00-011	Pabellón para Cirugías 11	1.222.956.766	935.590.310	77%
11	02-02-116	Día Cama de Hospitalización Obstetricia y Ginecología (sala 1 cama con baño)	2.170.227.080	1.654.305.357	76%
12	00-00-008	Pabellón para Cirugías 8	1.848.630.781	1.379.267.291	75%
13	02-02-302	Día Cama Hospitalización Pediátrica en Unidad de Tratamiento Intermedio (U.T.I)	1.136.550.050	843.725.065	74%
14	00-00-006	Pabellón para Cirugías 6	3.298.973.992	2.411.292.159	73%
15	20-04-003	Parto presentación cefálica o podálica, c/s episiotomía, c/s sutura, c/s fórceps, c/s inducción, c/s versión interna, c/s revisión, c/s extracción manual de placenta, c/s monitorización. (Unico o Múltiple)	1.492.474.059	1.087.750.797	73%
16	00-00-007	Pabellón para Cirugías 7	4.357.273.541	3.144.672.618	72%
17	02-02-008	Día cama de Observación	1.402.162.353	1.010.877.599	72%
18	00-00-009	Pabellón para Cirugías 9	1.498.917.558	1.074.612.544	72%
19	20-04-004	Honorario matrona por la atención integral del parto (incluye 3 controles de embarazo normal, atención en sala parto, c/s atención en período expulsivo, asistencia al pabellón quirúrgico en caso de operación cesárea, y 2 controles en el puerperio)	1.157.277.711	800.519.679	69%
20	00-00-005	Pabellón para Cirugías 5	2.842.335.238	1.949.772.996	69%
21	20-04-006	Cesárea c/s salpingoligadura o salpingectomía	3.125.748.848	2.099.110.312	67%
22	02-02-107	Día Cama de Hospitalización Cirugía (sala 1 cama sin baño)	2.110.406.504	1.377.959.883	65%
23	01-01-008	Visita por médico tratante a enfermo hospitalizado	2.777.120.269	1.726.655.427	62%
24	21-04-159	Meniscectomía u otras intervenciones por vía artroscópica (incluye artroscopia diagnóstica)	1.194.141.814	741.645.279	62%
25	18-02-018	Gastrectomía subtotal sin disección ganglionar	1.774.970.749	801.038.856	45%

Fuente: Datos provisionales. Superintendencia de Salud. Departamento de Estudios y Desarrollo.

Tabla Anexo E.5: Análisis de prestaciones ambulatorias seleccionadas y sus valores unitarios, según Prestador (\$ 2013)

Código	Prestaciones ambulatorias	Prestador no preferente								
		Valor Unitario de la prestación								Frecuencia Efectiva
		Media	Percentil 05	Percentil 25	Mediana (Percentil 50)	Percentil 75	Percentil 95	Percentil 99	Desviación típica	
01-01-003	Consulta médica espe	23.991	12.000	16.037	20.409	27.800	45.100	60.400	14.243	7.372.401
03-01-045	Hemograma (incluye	4.456	2.110	2.343	3.408	4.258	17.391	18.852	4.235	1.062.390
04-01-070	Tórax (frontal y latera	30.588	13.300	21.056	22.344	33.100	63.400	82.091	17.123	194.974
06-01-024	Reeducación motriz (3.869	1.480	1.820	2.093	5.060	11.124	17.300	4.066	1.385.317
09-02-001	Consulta Psicólogo clí	27.685	10.000	17.000	25.000	35.000	50.000	65.000	14.262	886.285
17-01-045	Ecocardiograma Doppl	90.452	49.840	79.740	87.174	99.680	132.360	149.520	24.687	59.070
18-01-001	Gastroduodenoscopia	52.826	26.480	43.216	47.930	60.890	93.600	104.000	20.783	82.951

Código	Prestaciones ambulatorias	Prestador preferente								
		Valor Unitario de la prestación								Frecuencia Efectiva
		Media	Percentil 05	Percentil 25	Mediana (Percentil 50)	Percentil 75	Percentil 95	Percentil 99	Desviación típica	
01-01-003	Consulta médica espe	18.056	11.560	12.285	16.460	21.000	35.000	45.000	7.761	1.660.291
03-01-045	Hemograma (incluye	3.212	2.110	2.343	2.770	3.410	5.070	14.300	1.888	349.949
04-01-070	Tórax (frontal y latera	22.791	13.300	17.290	19.290	29.500	44.489	51.375	8.856	69.639
06-01-024	Reeducación motriz (2.070	1.480	1.482	1.824	2.052	5.874	6.100	1.193	190.020
09-02-001	Consulta Psicólogo clí	18.079	10.654	12.545	15.700	22.030	32.500	45.000	7.597	60.600
17-01-045	Ecocardiograma Doppl	89.594	78.176	79.744	87.300	91.706	130.975	132.363	16.136	12.807
18-01-001	Gastroduodenoscopia	51.544	38.133	39.323	43.216	59.100	93.176	104.000	16.552	19.634

Fuente: Datos provisionales. Superintendencia de Salud. Departamento de Estudios y Desarrollo.

Tabla Anexo E.6: Análisis de prestaciones hospitalarias seleccionadas y sus valores unitarios, Prestador No Preferente (\$ 2013)

Código	Prestaciones hospitalarias	Prestador no preferente								
		Valor Unitario de la prestación								Frecuencia Efectiva
		Media	Percentil 05	Percentil 25	Mediana (Percentil 50)	Percentil 75	Percentil 95	Percentil 99	Desviación típica	
00-00-005	Pabellón para Cirugías 5	255.950	66.938	123.800	199.800	348.824	592.837	789.640	188.662	39.032
01-01-008	Visita por médico tratante	39.538	16.300	27.079	33.940	45.000	81.800	112.000	35.452	364.672
02-02-104	Día Cama de Hospitalizació	193.862	55.645	112.136	152.006	230.910	461.613	548.883	135.502	141.849
04-03-014	Abdomen (hígado, vías y ve	181.713	80.110	113.615	147.888	213.817	389.742	572.028	100.312	14.751
06-01-017	Ejercicios respiratorios y pr	8.514	2.960	3.763	6.851	11.740	17.200	23.117	6.194	274.356
08-01-008	Estudio histopatológico cor	35.050	14.670	17.950	24.008	41.300	80.430	120.827	31.727	62.614
11-03-049	Hernia núcleo pulposo, est	1.031.085	114.513	454.416	900.000	1.466.667	2.475.000	3.300.000	871.203	1.914
12-02-078	Cirugía fotorrefractiva o fo	376.949	73.051	278.520	330.471	480.000	778.554	903.217	184.550	12.739
13-02-052	Rinoplastia y/o septoplastia	548.227	80.000	256.518	401.933	667.800	1.584.822	2.201.000	472.212	4.916
18-02-081	Colecistectomía por videola	573.258	80.000	358.770	551.322	742.779	1.160.320	1.782.509	346.007	8.261
19-02-082	Circuncisión (incluye secció	298.144	46.964	169.523	290.208	380.880	627.000	992.250	182.023	4.058
20-04-003	Parto presentación cefálica	481.106	165.392	302.989	434.160	620.220	996.925	1.186.216	248.935	7.425
20-04-006	Cesárea c/s salpingoligadur	440.031	80.740	297.760	412.685	537.740	833.000	1.379.290	250.001	16.741
23-01-068	Tornillos (por unidad)	104.460	8.354	22.580	48.914	123.405	401.625	517.898	138.046	43.180

Fuente: Datos provisionales. Superintendencia de Salud. Departamento de Estudios y Desarrollo.

Tabla Anexo E.7: Análisis de prestaciones hospitalarias seleccionadas y sus valores unitarios, Prestador Preferente (\$ 2013)

Código	Prestaciones hospitalarias	Prestador preferente								
		Valor Unitario de la prestación								Frecuencia Efectiva
		Media	Percentil 05	Percentil 25	Mediana (Percentil 50)	Percentil 75	Percentil 95	Percentil 99	Desviación típica	
00-00-005	Pabellón para Cirugías 5	203.996	57.890	114.820	156.050	245.883	494.785	711.643	147.416	12.484
01-01-008	Visita por médico tratante	35.952	18.340	28.856	32.003	38.849	57.616	99.030	24.291	97.474
02-02-104	Día Cama de Hospitalización	226.109	85.040	136.690	230.893	279.465	456.760	461.613	105.222	45.834
04-03-014	Abdomen (hígado, vías y ve	157.728	97.584	121.975	147.885	175.782	269.252	420.437	61.903	9.203
08-01-008	Estudio histopatológico cor	30.781	14.672	18.700	20.538	38.000	73.780	117.913	25.720	36.303
11-03-049	Hernia núcleo pulposo, est	511.164	59.939	164.101	429.485	745.807	1.437.433	1.910.447	432.298	924
12-02-078	Cirugía fotorrefractiva o fot	317.095	66.320	267.000	330.471	412.243	421.362	468.000	106.107	2.074
13-02-052	Rinoplastia y/o septoplastia	283.223	18.939	82.064	189.394	364.224	1.110.000	1.200.000	301.851	1.998
18-02-001	Hernia diafragmática por ve	263.054	24.120	104.308	228.483	382.992	694.000	942.429	211.776	2.143
18-02-081	Colecistectomía por videola	353.326	33.357	101.271	318.540	536.008	811.800	1.024.063	257.914	4.768
19-02-082	Circuncisión (incluye seccid	197.358	15.845	83.049	158.446	277.500	526.698	555.000	147.604	2.172
20-04-003	Parto presentación cefálica	385.804	101.571	217.075	330.668	481.000	833.000	833.000	227.152	6.748
20-04-006	Cesárea c/s salpingoligadur	361.424	41.686	200.000	371.604	477.000	762.567	833.000	222.641	9.173
23-01-068	Tornillos (por unidad)	115.861	8.147	26.989	66.521	131.464	418.368	561.035	148.434	8.353

Fuente: Datos provisionales. Superintendencia de Salud. Departamento de Estudios y Desarrollo.

Anexo F: Lecciones de la experiencia internacional: Implicancias políticas y conclusiones de cuatro países de la OECD

Comparación Internacional considerando 4 países Europeos: análisis descriptivo

Existe una extensa literatura acerca del comportamiento de los sistemas de salud europeos en particular aquellos del tipo bismarckianos a los cuales se ha recurrido para este resumen de interés para el caso chileno (Thomson et al, 2013; van de Ven et al, 2001, van de Ven et al, 2007, van de Ven et al, 2013, Ellis, 2007, Cid, Wasem, 2011, Cid 2012, Cid et al, 2014, Ibern et al, 2009)

Estos 4 países se caracterizan por contar con sistemas tipo seguros social de salud bismarckiano con fondos centrales y operación de multiseuros en su gran mayoría sin fines de lucro. El tipo de financiamiento se basa fundamentalmente en primas obligatorias de seguridad social fijada como porcentaje de los salarios, aunque en algunos casos en aporte fiscal es relevante y el uso de primas comunitarias adicionales para seguridad complementario o suplementaria también son utilizadas. Los seguros voluntarios o coberturas voluntarias adicionales suelen ser parte del sistema y ofertados en distintas modalidades aunque casi siempre están relacionados de alguna manera con los seguros obligatorios.

Tabla Anexo F.1: Actores y recursos en la seguridad social de salud de 4 países

	Alemania	Bélgica	Holanda	Suiza
Seguros de salud (o cajas de enfermedad) y fines	Sin fines de lucro (146)	Sin fines de lucro (54)	Con y sin fines de lucro (de los 5 mayores 3 son sin fines de lucro) (28)	Con y Sin fines de lucro (68). 60% sin fines de lucro y 40% sus dueños son instituciones sin fines de lucro. Está prohibido lucrar con la seguridad social (en la prima básica).
Fondo Central de equalización de riesgos	Sí	Si	Sí	Sí (por Cantón)
Recolección de fondos: Recaudación al Fondo Central e Impuestos generales	Prima de 15,5% de sueldo bruto (8,2% trabajador y 7,3% empleador) + Impuestos generales desde 2009 (muy bajo) que va al Fondo Central	Contribuciones o primas asociadas al ingreso + impuestos generales (Fondo Central)	Prima asociada al ingreso 6,5% empleadores + subsidios estatales (niños) (al Fondo Central)	Prima comunitaria obligatoria variable por Cantón y seguro (Fondo Central)+ impuestos generales por cantón que pagan la mitad de los costos hospitalarios
Primas comunitarias (complementarias)	Prima comunitaria (opcional, nula o muy baja)	Prima comunitaria adicional	Prima comunitaria obligatoria por seguro (1.065 euros promedio año)	No

Tabla Anexo F.1: Actores y recursos en la seguridad social de salud de 4 países

	Alemania	Bélgica	Holanda	Suiza
Fondo de altos costos (Risk sharing)	No, desde 2009 cuando cambia fórmula de ajuste de riesgos	Aseguradoras pagan 25% de cualquier brecha de ingreso-gasto.	No (antes si)	No
Cobertura voluntaria	No. Las cajas pueden hacer de broker respecto de seguros voluntarios privados	Si, pero en 2010 la cobertura voluntaria fue separada y a partir de 2012 es ofrecida por sociedades sin fines de lucro de las cajas	Sí. Se prohíbe la terminación del contrato voluntario cuando hay cambio a otro asegurador para la cobertura de seguridad social.	Si, pero se prohíbe la venta asociada de cobertura obligatoria y voluntaria

Fuente: adaptado de Thomson et al, 2013; van de Ven et al, 2001, van de Ven et al, 2007, van de Ven et al, 2013, Ellis, 2007, Cid, Wasem, 2011, Cid 2012, Cid et al, 2014, Ibern et al, 2009.

En general estos sistemas minimizan los cargos a los usuarios al momento de la atención con copagos moderados y máximos de gastos de bolsillo anuales. También con deducibles y co seguros aplicados sobre poblaciones adultas. El Fondo Central constituye un pool de riesgos nacional y único que mancomuna todos o parte importante de los recursos y que luego se redistribuye entre los seguros obligatorios mediante fórmulas de ajuste de riesgos que han evolucionado en el tiempo llegando en la actualidad en su mayoría a considerar la morbilidad además de los riesgos socio-demográficos. Todo para evitar o mitigar los procesos e incentivos a la selección de riesgos.

Tabla Anexo F.2: Financiamiento y pool de riesgos en la seguridad social de salud de 4 países.

	Alemania	Bélgica	Holanda	Suiza
Co pagos y cargos a los usuarios	Co pagos para adultos con gasto de bolsillo máximo anual	Co aseguramiento o copagos con gasto de bolsillo máximo anual	Deducible anual de 220 Euros por adulto aplicado para servicios no primarios	Deducible máximo anual de 248 Euros más co-aseguramiento o co pagos con máximo anual de gasto de bolsillo. El deducible máximo para adultos es 2.068 Euros

Tabla Anexo F.2: Financiamiento y pool de riesgos en la seguridad social de salud de 4 países.

	Alemania	Bélgica	Holanda	Suiza
Cómo se hace el pool y la reasignación del Fondo Central	Las contribuciones asociadas a renta e impuestos generales son mancomunados por el Fondo Central y asignados a las cajas de enfermedad basado en una formula de ajuste de riesgos	Las contribuciones asociadas a la renta y los impuestos generales son mancomunados por el Fondo Central y asignados a las cajas de enfermedad basado en una formula de ajuste de riesgo y costos actuales	Las contribuciones asociadas a renta y los impuestos generales para niños son mancomunados por un Fondo Central y asignados a los seguros basados en una formula ajustada por riesgo	Las primas son mancomunadas por los seguros y redistribuidas a nivel Cantonal basadas en una formula de ajuste de riesgo. Los impuestos generales se mancomunan por cantón y son usados para pagar la mitad de las hospitalizaciones
Ajustadores de riesgos	Edad, sexo, tasas de 80 enfermedades crónicas o graves, licencias médicas, ingreso.	Edad, sexo y estatus de salud	Edad, sexo, residencia, empleo, discapacidad, costos de farmacia (PCG'S) y DCG's.	Edad, sexo, región.
Recursos asignados prospectivamente desde el Fondo Central	100% (desde 2010)	30%	100%	100%

Fuente: adaptado de Thomson et al, 2013; van de Ven et al, 2001, van de Ven et al, 2007, van de Ven et al, 2013, Ellis, 2007, Cid, Wasem, 2011, Cid 2012, Cid et al, 2014, Ibern et al, 2009

Este conjunto de sistema basados en Estados más o menos ricos, definen amplios beneficios en salud que financia la seguridad social y los servicios no cubiertos son explicitados, de tal manera que los conjuntos de beneficios se definen más bien por exclusión que por extensión de listados.

Tabla Anexo F.3: Beneficios en la seguridad social de salud de 4 países.

Alemania	Bélgica	Holanda	Suiza
----------	---------	---------	-------

Tabla Anexo F.3: Beneficios en la seguridad social de salud de 4 países.

	Alemania	Bélgica	Holanda	Suiza
¿Quién define los beneficios del catálogo básico?	En general, el Parlamento Federal. Los detalles se definen por el Comité Conjunto Federal constituido por representantes de pagadores, proveedores y pacientes.	Gobierno federal basado en propuesta negociadas entre las cajas y los proveedores. Medicamentos el Ministerio de Sociales apoyado por un comité de reembolsos	Gobierno central basado en la consejería de la Junta de Aseguradoras de Salud Holandesa.	Gobierno central basado en la consejería de la Comisión Federal de Beneficios del Seguro de Salud y Preguntas Generales con representantes de pagadores, proveedores, pacientes y científicos.
Servicios que no están cubiertos	Lentes ópticos y de contacto, drogas OTC.	Lentes y lentes de contacto, audífonos, ortodoncia, cirugía plástica cosmética, drogas menos necesarias (OTC) y medicina alternativa	Lentes ópticos y de contacto, ortodoncia, cirugía plástica cosmética y medicina alternativa.	Lentes ópticos y de contacto solo se paga un monto fijo, hospitalización en centro no especificado en la lista del cantón, psicoterapia solo en casos específicos, drogas no listadas en el catálogo de fármacos de especialidades, ortodoncia, cirugía plástica cosmética, salud dental y medicina alternativa.

Fuente: adaptado de Thomson et al, 2013; van de Ven et al, 2001, van de Ven et al, 2007, van de Ven et al, 2013, Ellis, 2007, Cid, Wasem, 2011, Cid 2012, Cid et al, 2014, Ibern et al, 2009.

La afiliación abierta es una herramienta de uso generalizado para permitir la movilidad, ello es posible también gracias a las existencias de los fondos centrales de ajustes de riesgos. Los procedimientos de elección de seguros son regulados y en general los cambios ocurren en un momento determinado del tiempo (una vez al año, cada dos años, incluso mensualmente). Existen además coberturas voluntarias, complementarias, suplementarias y sustitutas en algunos casos.

Tabla Anexo F.4: Elección y movilidad en la seguridad social de salud de 4 países

	Alemania	Bélgica	Holanda	Suiza
Afiliación abierta en el aseguramiento básico (open enrolment)	Si, en cualquier momento, (excepto ciertos seguros de empresas)	Si, en cualquier momento	Si, en cualquier momento	Si, una vez al año en caso de HMO o alto deducible. De otra manera dos veces por año

Elección de seguros	Si. La gente se puede cambiar á los 18 meses o dentro de 2 meses si el seguro sube la prima comunitaria	Si. Después de 12 meses las personas se puede cambiar trimestralmente	Si una vez al año	Si, dos veces por año con aviso de tres meses de anticipación
Rol principal de aseguramiento voluntario	Sustitutivo, privado (10% de la población) Complementario para cubrir cargos a usuarios y algunos servicios no cubiertos (20% de la población de los)	Suplementario (hospitalización superior) Complementario: ojo y salud dental	Complementario: atención dental, fisioterapia (90% de la población)	Suplementario (libertad de elección hospital a través de cantones y médicos en hospitales públicos, hotelería) Complementario: servicios dentales y home care.

Fuente: adaptado de Thomson et al, 2013; van de Ven et al, 2001, van de Ven et al, 2007, van de Ven et al, 2013, Ellis, 2007, Cid, Wasem, 2011, Cid 2012, Cid et al, 2014, Ibern et al, 2009.

Los precios de los servicios se definen institucionalmente de forma más o menos libre entre los actores del sistema con mayor o menor presencia del estado, lo mismo en algunos casos sucede con los gastos administrativos del aseguramiento social. Los mecanismos de pago a los proveedores son determinados por ley de manera uniforme y de modo que propendan al control de los gastos y ayuden al funcionamiento eficiente y bajo las mismas reglas del conjunto del sistema. La consideración de la integración vertical es en general ambivalente en términos técnicos, pero en general no ocurre o no se usa para afectar los costos. En todo caso se promueve el uso de redes a través de programas que requieren ese tipo de estructuración de la provisión.

Tabla Anexo F.5: Regulación de la relación seguro proveedor en la seguridad social de salud de 4 países.

Alemania

Bélgica

Holanda

Suiza

Definición de precios	Ambulatorio: instituciones corporativas federales y estatales (cajas y asociación de médicos). Hospitales: institución corporativa federal (cajas y Federación Alemana de Hospitales). Medicamentos: instituciones federales corporativas, pero manufactureras en general libres de determinar precios.	Negociación colectiva entre representantes de proveedores y cajas, aprobado por ministerio de sociales. El precio máximo de medicamentos lo define el Ministerio de Economía basado en apoyo de una comisión de actores del sector (sindicatos, farmacéuticos, industria farmacéutica, cajas y gobierno)	El precio de un tercio de los productos hospitalarios es fijado por el gobierno (incluye los pagos a doctores), y el gobierno fija precios máximos para la mayor parte de los servicios ambulatorios. Para el resto es negociación de precios entre aseguradoras y prestadores.	Mayormente negociación colectiva entre aseguradoras y prestadores aprobadas por el gobierno. Si no se alcanzan acuerdos el precio es fijado por autoridad pública del cantón. Precios de medicamentos y laboratorios los determina el gobierno federal.
Techos en gastos administrativos de los seguros	Si, desde 2004 es un % del gasto	Si se determina anualmente por ley federal	No	No
Pagos a los proveedores	Determinados por legislación federal, los detalles los definen los actores corporativos	Determinados por legislación federal	Determinación por Combinación de gobierno y libre negociación de precios entre aseguradores y proveedores	Determinado por Legislación nacional
Integración vertical asegurador - proveedor	NO permitida	Si, pero es muy baja	Si, es muy baja, pero creciendo	No ahora, fue muy baja y fue prohibida por ballotage en 2012
Programas de manejo de enfermedades	Si (9% de los beneficiarios)	Si	Si, muy bajo pero creciendo	No explícitamente

Fuente: adaptado de Thomson et al, 2013; van de Ven et al, 2001, van de Ven et al, 2007, van de Ven et al, 2013, Ellis, 2007, Cid, Wasem, 2011, Cid 2012, Cid et al, 2014, Ibern et al, 2009

Competencia de Seguros Obligatorios en Europa: análisis crítico.

El fundamento de introducir la competencia entre seguros de salud obligatorios.

La competencia entre aseguradores logra aumentar la eficiencia mediante dos mecanismos: permitiendo la libre elección de asegurador, y que éstos asuman riesgo financiero. Si existe el riesgo de que usuarios cambien de seguro, estos deberán responder a sus demandas, mejorando la calidad a un menor costo, usando herramientas que permitan compras estratégicas de prestaciones.

Para lograr eficiencia se deben cumplir 3 condiciones en la competencia: i) Capacidad de elegir y cambiar de asegurador (decisión informada, sin barreras); ii) Basar la competencia en precio-calidad, no en selección de riesgo; iii) Los seguros deben tener herramientas que permitan influir en los costos y la calidad de las prestaciones.

En Europa se ha introducido la elección de seguros en respuesta a diversos objetivos: eficiencia, acceso, equidad, contención de gastos, que en algunos casos difieren entre países. Las diferencias en objetivos e implementación requiere ciertas observaciones: existe evidencia que sugiere que la competencia entre aseguradores mejora la eficiencia, aunque no sea un objetivo explícito y mejorar la eficiencia puede estar en conflicto con otros objetivos como la contención de gastos.

Historia política, desarrollo y objetivos

En Suiza, previo a los 90s se logró cobertura casi universal en salud. Sin embargo, no se favorecía la movilidad, la regulación era débil y la competencia basada en la selección de riesgo. Había preocupación por la inequidad, falta de solidaridad, gasto excesivo en salud, y diferencias en cobertura, por lo que se creó la Ley Federal de Seguros de Salud (FHIA) en 1996. Para mejorar la equidad e incentivar la competencia por precio-calidad se creó un seguro de salud universal obligatorio, con afiliación abierta, con un paquete de beneficios estándar, ajuste de riesgo y carga financiera mínima para los usuarios. Se incentivó la eficiencia mediante compras estratégicas por lo que se dio libertad a aseguradores para vender planes administrados a cambio de menores primas (ej. *gatekeeping*, contratos selectivos¹¹⁸, pago capitado). La reforma tuvo como objetivos mejorar la equidad en acceso, solidaridad, incentivos a la innovación y control de gastos.

En Bélgica, en 1944 se estableció el seguro de salud obligatorio para empleados, en 1964 se extendió la cobertura obligatoria para hospitalizaciones de trabajadores independientes y en 2008 se extendió a prestaciones ambulatorias. Desde 1944 se cuenta con libre elección, pero esto no incentivó la competencia ya que los seguros se asocian a grupos religiosos-políticos, y se eligen por estas diferencias. En 1995 se estableció un fondo prospectivo parcial a los seguros, con ajuste de riesgo, para así transferirles riesgo financiero. Esto se hizo con el objetivo explícito de contener gasto (no para fomentar la competencia).

En el caso de Holanda, en 1991 el gobierno introdujo la elección de seguro sin fines de lucro para la población elegible para cobertura obligatoria de salud (2/3 de la población) y se aumentó el riesgo financiero a cargo de los seguros. Esto para mejorar la eficiencia y la capacidad de respuesta a las demandas de los usuarios. En 2005 la responsabilidad financiera de seguros llegaba al 53 por ciento de sus ingresos. No se introdujeron nuevos incentivos a la

¹¹⁸ Se refiere a planes con Red de atención preferencial.

eficiencia e innovación, habían largos tiempos de espera para especialistas, se requería cada vez más regulación para asegurar el acceso a seguros voluntarios (privados) para el resto de la población (1/3), todo esto produjo insatisfacción creciente. En 2006 la ley de Seguros de Salud (HIA) amplió la cobertura obligatoria a toda la población en un sistema manejado por seguros públicos y privados (en su mayoría sin fines de lucro), estos tendrían mayores incentivos a la eficiencia, a asumir mayor riesgo financiero (92 por ciento de ingresos), y más herramientas que fomenten la competencia. Se esperaba que la elección de aseguradores reduciría la necesidad de regulación y que aumentarían las compras estratégicas logrando prestaciones más asequibles, mejor respuesta a las demanda, más eficiencia y servicios con mejor precio-calidad.

En el caso de Alemania, ya a principios del siglo pasado el Seguro Nacional de Salud (SNS) era obligatorio para obreros y empleados con bajos ingresos. Eran asignados a fondos cuasi-públicos sin fines de lucro. Los empleados de mayores ingresos podían escoger entre SNS, Seguros de Salud Voluntarios (SSV) o no tener Seguro. En los 90 la cotización en relación a ingresos era inequitativa, llegando a más del 8 por ciento de diferencia entre obreros y empleados. En 1992 se extendió la libre elección a toda la población (se llevó a cabo desde 1996), esto con el fin de mejorar la equidad ya que podrían elegir seguros con mejores primas. Se esperaba que la libre elección fomentara la competencia y contuviera el gasto. En 1994-95 se introdujo el ajuste de riesgo para evitar la selección e incentivar la eficiencia. El 2009 se hizo obligatorio el seguro de salud para todos los residentes. Las personas con más ingresos podían elegir Seguros de Salud Privados (SSP). El SNS cubre el 85 por ciento de la población, SSP 10 por ciento, y otros el 4 por ciento (planes gubernamentales).

Las Tablas F.6, F.7 y F.8 detallan las principales diferencias y similitudes entre estos países en cuanto a cobertura, regulación y estructura del mercado.

Tabla Anexo F.6: Cobertura de Seguros de Salud. 2012.

	Bélgica	Alemania	Holanda	Suiza
Cobertura de SSO	Cobertura obligatoria para todos los residentes, 2008.	Cobertura obligatoria para todos los residentes, 2009 (85% SNS, 10% privado, 4% otros).	Cobertura obligatoria para todos los residentes legales, 2006.	Cobertura obligatoria para todos los residentes, 1996.
% población no asegurada	<1% (máximo de 1,4%, 2007)	<0,5% (antes de cobertura obligatoria).	0,2% en 2012 (más el 1% de residentes ilegales).	1,9% 2010 (probablemente menos con nueva regulación, 2012)
Rol principal de seguros voluntarios	Suplementario (comodidad en hospitalización) y complementario (Oftalmólogo y salud dental)	Sustitutivo (10%) gente que opta por seguros privados, complementario (20%) para cubrir carga a usuarios y servicios no cubiertos por SSO.	Complementario, 90%. (salud dental y fisioterapia)	Suplementario (libre elección y comodidad en hospitalización), complementario (salud dental, atención domiciliaria).
Cobertura	Amplia	Amplia	Amplia	Amplia

Tabla Anexo F.6: Cobertura de Seguros de Salud. 2012.

	Bélgica	Alemania	Holanda	Suiza
SSO no cubre (típicamente)	Anteojos/lentes, audífonos, ortodoncia, cirugía cosmética, drogas no prescritas, medicina alternativa.	Anteojos/lentes y drogas no prescritas o de “estilo de vida”.	Anteojos/lentes, salud dental para adultos, ortodoncia, cirugía cosmética, medicina alternativa.	Anteojos/lentes (parcialmente). Hospitalizaciones fuera de la red, sicoterapia, drogas no enlistadas, salud dental, cirugía cosmética, medicina alternativa
Quién define el paquete de beneficios	Gobierno federal (basado en negociaciones de seguros-proveedores).	Leyes (Parlamento), detalles por “ <i>Federal Joint Committee</i> ” (representa a pacientes, seguros y proveedores).	Gobierno asesorado por la Junta de Seguros de Salud, independiente.	Gobierno, asesorado por una Comisión Federal que representa a pacientes, seguros, proveedores y asesores científicos.
Carga a usuarios	Co-seguro o copago a la mayoría de las prestaciones, tope anual de gasto de bolsillo.	Copago para adultos en la mayoría de prestaciones, tope anual de gasto de bolsillo.	Deducible anual para adultos en atención secundaria y terciaria.	Deducible anual mínimo + co-seguro y copagos, a la mayoría de prestaciones. Tope anual de gasto de bolsillo.
Quién define la carga a usuarios	Legislación.	Legislación, parlamento. Seguros puede no aplicar alguna de ellas.	Gobierno. Seguros pueden omitir o aumentar alguna de ellas. El asegurado puede elegir mayor deducible.	Gobierno. Seguros pueden omitir o aumentar alguna de ellas. El asegurado puede elegir mayor deducible.

Fuente: Adaptado de S.Thomson et al. Statutory health insurance competition in Europe: A four country comparison. Health Policy 109 (2013): 209-225.

Tabla Anexo F.7: Regulación de Seguros de Salud Obligatorios. 2012.

Bélgica	Alemania	Holanda	Suiza
---------	----------	---------	-------

Tabla Anexo F.7: Regulación de Seguros de Salud Obligatorios. 2012.

	Bélgica	Alemania	Holanda	Suiza
Quién define y recolecta las cotizaciones	Gobierno fija y recolecta cotizaciones. Seguros fijan y juntan fondos de primas comunitarias adicionales.	2011, cotización en la legislación. Seguros reciben los ingresos y son transferidos a un Fondo Central de salud. Seguros fijan y juntan fondos de primas comunitarias adicionales.	Gobierno fija y recolecta cotizaciones. Seguros fijan y juntan fondos de primas comunitarias adicionales.	Seguros fijan y juntan sus propias primas comunitarias.
Cómo se reúnen y redistribuyen los fondos del SSO	Cotización e impuestos generales en un pool central y se distribuyen a seguros según ajuste de riesgo y costos actuales.	Cotización e impuestos generales en un pool central, se distribuyen a seguros con ajuste de riesgo.	Cotización e impuestos generales para cubrir a niños, en un pool central, se distribuye a seguros con ajuste de riesgo.	Primas se juntan en seguros y redistribuyen a cantones ajustados por riesgo (fórmula manejada por fundación de seguros). Impuestos generales se reúnen en cantones y financian cerca del 50% de costos de hospitalización.
Quién define la fórmula para redistribución	Gobierno federal.	Parlamento define los principios en la legislación. El Ministro Federal de Salud define los detalles.	Gobierno central.	Parlamento define principios en los que se basa el ajuste de riesgo. El Consejo Federal debe aplicar estos al establecer la fórmula.
Quién supervisa la competencia	Una Agencia del Gobierno y el Banco Central.	Seguros obligatorios: Autoridad de Seguros Federales. Seguros privados: Autoridad de Supervisión Financiera Federal.	Autoridades semipúblicas: Autoridad Holandesa de Salud Autoridad Holandesa de Competencia Banco Central.	SSO: Oficina Federal de Salud Pública. SSV: Financial Markets Supervisory Authority. El Gobierno propuso nueva ley que aumenta el control y regulación de este mercado.

Fuente: Adaptado de S. Thomson et al. Statutory health insurance competition in Europe: A four country comparison. Health Policy 109 (2013): 209-225.

Tabla Anexo F.8: Estructura de mercado de Seguros de Salud Obligatorios. 2012.

	Bélgica	Alemania	Holanda	Suiza
Estado legal de lucro	No gubernamentales, sin fines de lucro. Mercado cerrado a nuevos entrantes.	No gubernamentales, sin fines de lucro.	Privados, se permite el lucro.	Privados, no pueden lucrar con SSO.
Balance entre con/sin lucro	No relevante.	No relevante.	La mayoría sin fines de lucro.	60% sin fines de lucro, 40% pertenecen a instituciones sin fines de lucro.
Si se permite el lucro, ¿hay algún control de ganancias?	No relevante.	No.	No.	No se permite el lucro con Seguro Obligatorio.
Cuántos seguros hay	5 asociaciones de seguros (54 fondos locales), un seguro público y otro para trabajadores de ferrocarriles.	146	11 <i>holding</i> , 28 seguros diferentes en total. El <i>holding</i> con más seguros contiene 7, 2010.	68 Seguros Obligatorios
Qué población cubren los 3 más importantes	Cerca del 90%.	Cerca del 32%.	74% para <i>holdings</i> .	45% <i>holdings</i> , 28% seguros. El mercado en cantones es más concentrado.
¿Pueden vender además seguros voluntarios?	Sí. 2010 se separaron. Desde 2012 solo los ofrecen instituciones sin fines de lucro.	SSO pueden mediar la venta de SSV vendidos por seguros privados. El límite está poco definido, SSO pueden ofrecer beneficios suplementarios.	Sí. Se prohíbe el término de contrato de SSV al cambiar de SSO.	Si, se prohíbe la venta vinculada.

Fuente: Adaptado de S. Thomson et al. Statutory health insurance competition in Europe: A four country comparison. Health Policy 109 (2013): 209-225.

Movilidad de usuarios

Desde el punto de vista del aseguramiento, el riesgo de salida de usuarios es un pre requisito para la competencia. Para evaluar la movilidad se debe considerar varios factores (barreras, motivos para mantener o cambiar su seguro, características de ambos grupos de personas). Si quienes no se cambian son personas que tienen mayor gasto en salud (selección adversa), el efecto instrumental de salida es muy débil o inexistente, sobre todo si el ajuste de riesgo es débil. Si los seguros saben que un usuario no se puede cambiar, no tendrán incentivos para responder a sus demandas o incentivarán su salida. La Tabla F.9 a continuación describe la tasa de movilidad en distintos años de Bélgica, Alemania, Holanda y Suiza.

Tabla Anexo F.9: Tasa de movilidad entre seguros y características de quienes se cambian.

	Movilidad	Características
Bélgica	2000, alrededor del 1%	Sin información.
Alemania	1997-2007, entre el 4-5,8%	1995-2001: jóvenes y saludables. 2010: jóvenes, más ingresos y educación, sin enfermedades crónicas.
Holanda	Previo 2000, 1%. 2005 3%. 2006, 18%. 2007, 4,4%. 2008, 3,6%. 2009, 3,5%. 2010, 5,5%. 2011, 6%.	Previo al 2006: jóvenes, mayor educación. 2006-2009: más saludables (auto reporte).
Suiza	Disminuyó del 4,8% el 1997 a 2,1% el 2000. Luego aumentó al 12% en 2008/9 y 15% 2009/10.	1996-2005: personas que eligen más deducible. Menor en personas mayores, con SSV y menos saludables (auto reporte). 2000: menos en personas con SSP.

Fuente: Adaptado de S. Thomson et al. Statutory health insurance competition in Europe: A four country comparison. Health Policy 109 (2013): 209-225.

Los 4 países implementaron estrategias para asegurar la movilidad con bajo costo administrativo y financiero: afiliación abierta, cobertura para preexistencias, primas comunitarias, paquete de beneficios estándar que hace más fácil la comparación, información disponible (diarios, internet), ajuste de riesgo. Por otra parte, la movilidad es menor en Bélgica y mayor en Suiza. Los que se cambian son principalmente jóvenes en todos los países excepto en Bélgica (donde no hay datos) y más saludables en Alemania y Holanda. Las razones para cambiarse o mantener el mismo seguro, en los cuatro países, se asocia de forma significativa al precio y calidad, excepto en Bélgica. Holanda y Suiza tienen las mayores diferencias en primas, pero en Holanda esta diferencia es menor en relación a ingresos y aun menor desde 2006. En Suiza han aumentado rápidamente los últimos años y con grandes diferencias, lo que aumentó la movilidad (2008-10). Al elegir mayor deducible y planes administrados se puede disminuir la prima hasta en un 50 por ciento. A diferencia de Holanda no se ha visto un estrechamiento en el valor de estas, lo que sugiere movilidad insuficiente. En Alemania el 2012 algunos seguros cobraban primas comunitarias adicionales (bajas en comparación a Holanda o Suiza), pero la gente es muy sensible al precio y en la primera mitad de 2010 estos seguros perdieron al 20 por ciento de sus asegurados. En 2011 aumentó el tope, lo que podría incentivar la competencia. La diferencia en precio y calidad en los 4 países se describe en la Tabla F.10 a continuación.

Tabla Anexo F.10: Diferencia en precio y calidad entre Seguros.

	¿El precio es una razón para cambiarse?	¿La calidad es una razón para cambiarse?
Bélgica	No. Diferencia es poco significativa. En 2010 se fijo tope anual en prima comunitaria. Elasticidad de precio < 1.	Si. La gente elige el mismo seguro que sus cercanos, optan por mejor servicio al cliente y mejores beneficios en SSV.
Alemania	Si. En los 90: diferencia significativa en precios logró alta elasticidad. Desde 2009 se introdujo cotización uniforme con lo que disminuyó la diferencia, pero la gente es sensible al precio cuando existen estas diferencias.	Si. Mejores beneficios, mejor servicio-imagen, cambio de empleador. 2010: ofrecen prestaciones adicionales.
Holanda	Si. Antes de 2006: diferencias no significativas. Desde 2006: seguros se diferencian con mayor deducible y menores primas o cobertura a grupos.	Si. Mayor diferenciación desde 2006: cantidad de fármacos con reembolso, servicio al cliente, productos en Seguros Voluntarios.
Suiza	Si. Diferencias significativas en primas: menor < 18 años, estudiantes entre 19-25 años, quienes optan a mayores deducibles (más del 70% de diferencia entre el mínimo y el que eligen), o planes administrados (20%).	Si. Se puede optar a planes administrados que incluyen <i>gatekeeping</i> y contratos selectivos.

Fuente: Adaptado de S. Thomson et al. Statutory health insurance competition in Europe: A four country comparison. Health Policy 109 (2013): 209-225.

En Suiza y Holanda un gran porcentaje (79 por ciento y 45 por ciento, respectivamente) no quieren cambiarse de seguro porque están satisfechos. En Suiza el 42 por ciento elige seguro por familiaridad o tradición y el 13 por ciento se queda por costumbre. Los que llevan más tiempo, son menos propensos al cambio. El 25 por ciento no elige por precio. En Holanda antes de la reforma (2006), la principal razón para elegir un seguro, era haberlo tomado cuando joven, el status-quo se reforzaba por la poca diferenciación entre seguros. A pesar de aumentar la diferenciación, un alto porcentaje cree que no se beneficiaría al cambiar de seguro (68 por ciento el 2006, 74 por ciento el 2008) y el 18 por ciento cree que es complicado hacerlo. En 2006, el 4 por ciento refirió no cambiarse porque creía que no obtendría un nuevo SSV si cambiaba su SSO, llegó a un 7 por ciento el 2009.

La fuerte relación entre edad, estado de salud y tasa de cambio en Alemania y Holanda (y en Suiza donde se agregan los SSV), sugiere que personas mayores y menos saludables enfrentan barreras que dificultan el cambio. Esto podría deberse a: i) El costo es mayor en personas mayores y menos saludables por ejemplo en el 18 por ciento de holandeses que cree que es complicado, ii) Venta vinculada (atada) de SSO-SSV baja la tasa de movilidad de personas mayores y menos saludables. En Bélgica, Holanda y Suiza los SSV son vendidos por las mismas aseguradoras que los SSO. En Suiza está prohibida la venta vinculada de estos productos, pero

hay una estrecha relación: el 93 por ciento con SSV (75 por ciento de la población) lo contrata en la misma aseguradora que el SSO. En Holanda el 90 por ciento tiene SSV y la mayoría en la misma aseguradora que el SSO. En Suiza hay menos movilidad en personas con SSV y menos saludables, en Holanda el 7 por ciento el 2009 (4 por ciento, 2006) no se cambia porque cree que perderá su SSV por su edad o estado de salud. Un 3,4 por ciento de los encuestados en 2009 (1,5 por ciento, 2006) considera esta la razón más importante para permanecer en su seguro y porcentajes similares en quienes no se cambian, pero lo consideran; iii) La sobrecarga de elección disminuye la transparencia aumentando costos de transacción y disminuye finalmente la movilidad. La probabilidad de cambio es menor cuando hay mayor cantidad de seguros. Con excepción de Bélgica, los seguros pueden modificar el “producto estándar” ofreciendo menores primas con mayor deducible, bonos por no-demanda, gatekeeping con menor carga a usuarios, contratos selectivos. Esto puede beneficiar a algunas personas, pero disminuye la transparencia y dificulta la comparación, lo que restringe la movilidad.

Elección usuaria: la posibilidad de elegir la aseguradora, entre otros aspectos se señalan en la Tabla F.11.

Tabla Anexo F.11: Elección de los usuarios

Elección de:	Bélgica	Alemania	Holanda	Suiza
Asegurador	Si. Luego de 12 meses, cambio trimestral.	Si. Luego de 18 meses. O en 2 meses si el seguro introduce o aumenta la prima comunitaria.	Si. Una vez al año.	Si. Dos veces al año, con aviso de 3 meses.
Carga a usuario	Solo en conjunto con otras condiciones. Igual en todos los seguros.	Solo en conjunto con otras condiciones. Varía en cada seguro.	Si.	Si.
Proveedores	Si.	Si.	Si.	Si.
Rango de beneficios	No.	No. Excepto unos pocos definidos por el asegurador.	No.	No.

Fuente: Adaptado de S. Thomson et al. Statutory health insurance competition in Europe: A four country comparison. Health Policy 109 (2013): 209-225.

Incentivos a la selección de riesgo

La competencia debe basarse en precio-calidad, no en selección de riesgo ya que esto amenaza la equidad y asequibilidad. Si los seguros pueden generar ganancias mediante selección de riesgo, no tendrán suficiente incentivo para la eficiencia. El incentivo a la selección de riesgo se ve fortalecido si los seguros asumen riesgo financiero. El grado de selección guarda relación con las herramientas disponibles para hacerlo (ej. ventas vinculadas de SSO-SSV). El principal mecanismo para reducir la selección es el ajuste de riesgo.

Respecto a la compensación de riesgo, todos estos países han desarrollado fórmulas para reasignar recursos con ajuste de riesgo, fortaleciendo este aspecto los últimos diez años (Tabla F.2). Esta fórmula y el grado de ingresos sujeto a la compensación varía en cada país, en Bélgica, Alemania y Holanda incluyen aspectos sanitarios. Además existen otras medidas de distribución de riesgo, como la compensación ex-post. La compensación de riesgo disminuye los incentivos a seleccionar riesgo y el riesgo financiero, a la vez que incentiva la eficiencia.

En Bélgica hay poco incentivo a la selección de riesgo, dado su bajo riesgo financiero que asumen los seguros, pero es insuficiente para incentivar la eficiencia. Solo el 30 por ciento de los ingresos está sujeto a compensación y los seguros son responsables del 25 por ciento de su déficit. El ajuste de riesgo no parece ser una preocupación política, a pesar de lo que sucede con las ventas vinculadas.

En Alemania y Holanda hay incentivo a la selección de riesgo más allá de la fórmula, sin embargo en Alemania se ve más restringido dado que el mercado de SSV es más limitado.

Suiza tiene el mayor incentivo a la selección de riesgo dado el alto riesgo financiero que asumen los aseguradores y el ajuste de riesgo débil ya que solo considera edad y género. Es reconocida la necesidad de mejorar el ajuste de riesgo, pero se ha limitado por la gran influencia política de algunos aseguradores. En 2012 mejoró sustancialmente, se incluyó un criterio sanitario (hospitalización de al menos 3 días el año previo), deberían incluirse nuevos criterios en el corto plazo.

Disponibilidad y uso de herramientas para mejorar la eficiencia

Es relevante conocer en qué medida los aseguradores influyen en el precio y calidad de prestaciones. Si esto no ocurre, la competencia se basaría solo en un buen servicio al cliente y disminuir gastos administrativos para bajar primas. Mejorar la eficiencia a nivel de Sistema de Salud con compras estratégicas lograría mejorar el servicio con consecuentes mejores resultados en salud.

Disponibilidad: existe un rango amplio de herramientas disponibles detalladas en la Tabla F.12. En Bélgica, Alemania y Suiza los precios y contratos se negocian de forma colectiva entre seguros y proveedores, lo que limita la capacidad individual de los seguros para influir, pero mantiene la libertad de usuarios para elegir proveedores. En Alemania y Suiza hay cierta libertad individual para ofrecer contratos alternativos. En Alemania pueden negociar con una red de Médicos Generales (MG) para planes con *gatekeeping* o para atención integrada con un proveedor específico. En Suiza los seguros pueden tener contratos selectivos o negociar menores primas o pago capitado a proveedores por usuarios con planes administrados. En Holanda hay mayor libertad en los contratos, desde 2006 se permiten los contratos selectivos en todo tipo de prestaciones. El Gobierno fija el precio máximo de MG y de un tercio de los servicios hospitalarios.

Tabla Anexo F.12: Disponibilidad y uso de Herramientas.

	Bélgica	Alemania	Holanda	Suiza
Integración vertical seguro-proveedor	Si, escaso uso.	No, solo pocas excepciones. Permitido en rehabilitación.	Si, poco uso pero en aumento.	Si, poco uso.
Contrato selectivo	No.	Solo en contratos de atención integral, poco uso.	Si, poco uso pero en aumento.	Solo en planes administrados.
Incentivos financieros para escoger red preferencial	No.	Si, uso moderado.	Si, poco uso pero en aumento.	Se quería disminuir la tasa de co-seguros al contratar planes con proveedores preferenciales se rechazó el 2012 en el parlamento.
Incentivos para prescripción y entrega racional de medicamentos	Si, colectivamente.	Médicos: límite de prescripciones. Farmacéuticos: sustitución a genéricos. Pacientes: bajo copago en drogas al menos 30% más baratas que precio de referencia.	Incentivos financieros a farmacéuticos para sustituir por genéricos.	Mayor tasa de co-seguro (20 vs 10%) para medicamentos de marca cuando hay genéricos disponibles.
Programas de manejo de patologías	Si, colectivamente.	Si, amplio uso.	Si, poco uso pero en aumento.	No explícito.
Negociación de precios	No.	Parcialmente (ej. MG en planes con <i>gatekeeping</i>). Principalmente con farmacéuticas, mucho uso.	Si, parcialmente. Mucho uso.	Restringido a planes administrados.
Pago por desempeño a proveedores	No	Si, solo en planes de atención integrada, poco uso.	Si, poco uso pero en aumento.	Si, en planes administrados.
Publicación de indicadores de desempeño	Si, colectivamente, principalmente en costos suplementarios de hospitalización.	Si, obligatorios para algunos indicadores hospitalarios.	Si, poco uso pero en aumento.	Si, en sector hospitalario.

Fuente: Adaptado de S. Thomson et al. Statutory health insurance competition in Europe: A four country comparison. Health Policy 109 (2013): 209-225.

Tabla Anexo F.13: Regulación de relación seguro-proveedor. 2012

	Bélgica	Alemania	Holanda	Suiza
Quién regula esta relación	Marco legal. Se organiza a nivel federal con negociaciones entre representantes de seguros y proveedores.	Marco legal. Detalles se negocian a nivel federal en el Ministerio de Salud, y a nivel de estado en Ministerios Estatales.	Autoridad Holandesa de Salud y Autoridad Holandesa de Competencia.	Legislación define reglas generales. Hospitales son regulados por autoridades cantonales. En servicios ambulatorios hay un sistema de tarifas médicas (TARMED).
Principal característica de la relación comprador-proveedor	Tarifas negociadas entre seguros y proveedores, por dos años. Cada vez más los médicos operan fuera de este acuerdo. Se prohíben los contratos selectivos.	La legislación estipula en qué áreas las decisiones deben tomarse por comisión de seguros y proveedores y cuándo deben negociarse directamente.	Libertad en precio de fisioterapia y algunos servicios hospitalizados. Los contratos selectivos e integración vertical se permiten desde 2006. Seguros y proveedores tienen herramientas para gestionar la atención.	Seguros deben rembolsar todos los servicios prescritos y deben contratar todos los hospitales incluidos en la planificación cantonal y a todos los médicos autorizados a ejercer. Contratos selectivos y pago per cápita están permitidos solo en planes administrados.

Quié define los precios de prestaciones	Negociación colectiva entre representantes de seguros y proveedores, aprobada por Ministro de Asuntos Sociales. Precio máximo de farmacéuticas fijado por Ministro de Asuntos Económicos, asesorado por comisión de farmacéuticos, seguros, industria farmacéutica y gobierno.	Ambulatorio: instituciones federales y estatales. Grupos relacionados a diagnóstico: instituciones federales. Precios de referencia de medicamentos: instituciones a nivel federal, pero en general los fabricantes tienen esta libertad.	Precios fijados por el gobierno o libertad para negociar (seguro-proveedor). El precio de un tercio de prestaciones hospitalarias lo fija el gobierno y además fija el precio máximo para la mayoría de prestaciones de MG.	Principalmente negociación colectiva ente seguros y proveedores, aprobada por el gobierno. Autoridades cantonales fijan los precios si no hay acuerdo. Precios de medicamentos y laboratorio sin fijados por el gobierno federal.
---	--	---	---	---

Fuente: Adaptado de S Thomson et al. Statutory health insurance competition in Europe: A four country comparison. Health Policy 109 (2013): 209-225.

La escasa información sobre precio y calidad de prestaciones es el principal obstáculo para el uso de herramientas de compra: contratos selectivos, negociación de precios, pago por desempeño. Sin esta información no es posible realizar comparaciones. Hay cierta información principalmente de Hospitales en los cuatro países, en Alemania y Holanda el Gobierno realiza esfuerzos por mejorar este aspecto. A pesar de esto, la escasa información, a veces controversial o poco confiable, dificulta mejorar la compra por ahora.

Implicancias políticas y conclusiones

Las metas que fundamentan la competencia y elección varían en los cuatro países, pero con ciertas cosas en común. Alemania y Suiza buscaban mejorar el acceso y equidad y contener gastos. Bélgica no buscaba directamente aumentar la competencia, pero al aumentar la responsabilidad financiera de los seguros como incentivó el control de gastos, así la elección de los usuarios pasó a ser el principal objetivos de aseguradores, sin ser el objetivo original. Alemania y Holanda esperaban que la libre elección sumada al riesgo financiero mejorara la eficiencia y calidad en prestaciones. En Suiza no estaba explícita la competencia, pero en el debate se planteaba que a menor competencia, menor eficiencia.

El ajuste de riesgo ha sido prioridad en todos estos, aunque varía la calidad y plazo en que se ha fortalecido este aspecto. En Alemania se sabía que la fórmula inicial era insuficiente, pero en cuanto se tuvo la información necesaria, esta mejoró. En Suiza su mejoría está restringida por temas políticos. Fortalecer la compensación de riesgo es un desafío para todos ellos, especialmente para Suiza.

La movilidad no se ha enfatizado tanto como el ajuste de riesgo. Existe regulación que la facilita, pero la evidencia sugiere que está limitada para personas mayores y menos saludables. Esto requiere mayor preocupación. Las principales barreras son las ventas vinculadas de SSO y SSV y la sobrecarga de elección. Las ventas vinculadas están prohibidas en Holanda y Suiza, pero las aseguradoras han encontrado formas para hacerlo. En Bélgica se solucionó con mayor regulación de este mercado. Esta barrera de movilidad requiere de acción política: mejorar el ajuste de riesgo, mayor información a los asegurados, mayor control en el proceso de venta. La potencial sobrecarga de elección también requiere atención. Se sabe que la diferenciación del producto disminuye la transparencia, aumenta el costo de transacción y puede desfavorecer la competencia.

Asegurar a los seguros la disponibilidad y uso de herramientas para influir en el mercado es esencial para mejorar la eficiencia a través de la compra estratégica de prestaciones. En Bélgica hay pocas herramientas, Alemania y Suiza tienen acceso a algunas y en Holanda disponen de una amplia variedad, sin embargo su uso es limitado. Las diferencias en los objetivos planteados podrían explicar algunas de estas diferencias, pero existen otras razones: escasa información y resistencia de los involucrados a usar las herramientas.

En los cuatro países se enfatiza la necesidad de mejorar la información sobre calidad y costos. Es importante contar con sistemas de información, esto permitiría mejorar el ajuste de riesgo, facilitar el uso de contratos selectivos, fijar precios, priorizar, fomentar buenas prácticas, realizar pago por resultados.

La resistencia parece inevitable dado que algunas de estas herramientas pueden restringir la elección de afiliados, muchas de ellas afectan la autonomía de los proveedores, y la mayoría requiere información por ahora no disponible. Las diferencias entre los países pueden reflejar en qué medida los políticos y aseguradores están dispuestos a restringir la elección de los usuarios y esto a su vez refleja la incertidumbre en el sector político sobre qué es más apropiado, la competencia entre aseguradores o proveedores, y sobre quién está mejor situado para influir en los proveedores: gobierno, seguros (individual o colectivamente), usuarios.

Esta revisión ofrece una importante lección para países que consideren introducir la competencia entre aseguradores: no es sencillo establecer condiciones para que la competencia mejore la eficiencia. El ajuste de riesgo requiere gran cantidad de datos, y sistemas de información complejos, y las aseguradoras pueden dificultar este proceso. En cuanto a la movilidad, debe estar fuertemente regulado y puede verse amenazada por la venta vinculada de SSO-SSV. El uso de estos últimos es muy común y hay reticencia a regular este mercado.

Anexo G: Votación Sistema de Salud en el Mediano y Largo Plazo

Frente a la votación por tres escenarios de mediano y largo plazo para un Modelo de Salud para Chile: Seguro Nacional de Salud con seguros privados complementarios; Fondo Único con multiseguros; propuesta ISAPRE, se ha concluido en 10 votos a favor del Seguro Nacional de Salud, 2 a favor de Fondo Único con multiseguros, 5 votos a favor de la propuesta ISAPREs y 1 abstención (Sr. García).

Durante la votación y escrutinio, hubo fundamentaciones del voto así como reclamaciones o incidencias, que se han resuelto de la forma que se indica:

Mario Parada vota por el Seguro Nacional de Salud con seguros privados complementarios y aunque considera que la propuesta más adecuada a mediano y largo plazo para Chile no está en las opciones levantadas, vota por esta opción con Fondo Único, Seguro Único y pagador Único que involucre también la ley relacionada con enfermedades profesionales y accidentes laborales donde participen seguros privados complementarios regulados y en donde los prestadores privados que quisieran participar de las prestaciones de la seguridad social, de un Plan Único o un plan de seguridad social, sean prestadores privados sin fines de lucro. Dicho esto recalca que es la alternativa a la que menos teme.

Orielle Solar vota a favor del Seguro Nacional de Salud con seguros privados complementarios. Su fundamento se enmarca en la discusión sobre los principios de seguridad social que están contemplados en el mandato. En este modelo el principio de solidaridad es visto por la Sra. Solar reflejado en este Seguro Nacional de Salud ya que efectivamente se podría contribuir a temas pendientes como la universalidad e integralidad y subraya que existe la necesidad de un Seguro Único en el sentido que da mayor certeza con respecto a la preocupación que han mostrado algunas audiencias que se han prestado, por ejemplo frente al tema del multiseguro. Desde el Seguro Único el aporte contributivo, vinculado a la relación del empleo debe ser un tema y este debe estar sujeto a un proceso de transición a lo que son los impuestos generales dado que estos garantizan esto como un derecho y nos existen elementos condicionados para el acceso a estos, por lo tanto el Seguro Único sería una transición para poder tener impuestos generales como un tema de largo plazo en los procesos de discusión que se están ya llevando a cabo. También recalca que este Seguro público por el cual vota asegura que no existan segmentaciones en el acceso. Por tanto uno de los temas preocupantes es las modificaciones que se tendrán que se deben realizar por parte de esta Comisión al t=0 ya presentado.

María Soledad Barría vota a favor del Seguro Nacional de Salud con seguros privados complementarios y, al igual que la Sra. Solar, a largo plazo esto tendría que ir siendo remplazo por el aumento de los impuestos generales y disminución progresiva de las cotizaciones, de tal manera que no solamente se asegure solidaridad y universalidad que el Seguro Nacional protege sino que también el derecho a la salud de todos los habitantes del país independientemente del estatus laboral. Vota a favor del Seguro Nacional ya que creará que es este el modelo que cautelará efectivamente la eficacia sanitaria lo que, por tanto, tendría que estar reflejado en sistemas de organización basados en atención primaria que permitan incidir no solamente en las prestaciones recuperativas sino que también en cómo la gente vive, ya que eso no se cautela a su juicio en los sistema de multiseguros que tienden a establecer sus propias redes rompiendo el

espacio de atención primaria. Por lo tanto a su parecer el Seguro Nacional sería el Único modelo que cautelaría esto y permitiría la elección para prestadores público o privados. Independientemente de este Fondo Único se necesitarían más recursos, lo que debería ser por tanto una de las recomendaciones de esta Comisión, ya que de acuerdo a la OMS por ejemplo deben existir ciertos niveles básicos de aporte fiscal con los cuales los países con Fondos Únicos mancomunados pueden acceder para tener una adecuada salud de la población.

Tomás Jordán vota a favor del Seguro Nacional de Salud con seguros privados complementarios como modelo de largo plazo por dos razones: por ser este el modelo que en términos comparados cumple con el estándar de seguridad social que se exige, principalmente igualdad, solidaridad y universalidad, y porque el modelo de Fondo Único con multiseguros en el largo plazo no lo cumpliría los principios de la seguridad social porque, como él lo entiende, serían personas jurídica con fines de lucro y por tanto existiría siempre un problema estructural. La transición a un modelo de ese tipo tendría ciertos problemas de constitucionalidad respecto de la libertad de elegir el Sistema público-privado de salud de acuerdo a como está concebido hoy día el Sistema pero esto no quiere decir que por esto no votará por el Seguro Nacional.

David Debrott vota a favor del Seguro Nacional de Salud con seguros privados complementarios con absoluta certeza técnica y política, y considerará que es una propuesta que implica, en la lógica de la votación anterior, una transformación profunda y estructural de como ha venido funcionando la industria de las ISAPREs. Sobre el modelo de Fondo Único con multiseguros advierte que si bien es una opción que satisface la condición de solidaridad – porque solidariza ingresos– a su juicio tiene un problema de factibilidad técnica muy importante, que es que las empresas no están en condiciones de operar bajo las reglas del juego, por lo tanto si bien es una opción deseable desde el punto de vista técnico, no es viable desde el punto de vista financiero.

Ximena Aguilera vota a favor del Seguro Nacional de Salud con seguros privados complementarios y subraya que apoya un escenario de impuesto general pero como este no es una opción vota por el Seguro Nacional, sin embargo no cree que existan las condiciones para asumirlo ya que implicaría reformas desde la Constitución y también en cuanto al mejoramiento del Sistema público de salud.

Carmen Castillo vota a favor del Seguro Nacional de Salud con seguros privados complementarios y argumenta que este seguro es el que tiende a buscar una racionalidad sanitaria que asegure una fórmula a largo plazo, de esta forma se podría entonces transitar por el $t=0$.

Andras Uthoff vota a favor del Seguro Nacional de Salud con seguros privados complementarios sujeto a que se está hablando de un plan específico de seguridad social y que habrá una gobernabilidad adecuada para evitar la captura en términos de salud del plan y, en lo esencial, reconoce que en los Planes complementarios existe un espacio para el sector privado en el aseguramiento y en la provisión por tanto habrá libertad de elección entre los prestadores públicos y privados. Fundamenta su decisión señalando que un esquema de aseguramiento que luego de 30 años de funcionamiento excluye a más del 80 por ciento de la población difícilmente constituye una opción para la clase media.

Camilo Cid vota por Seguro Nacional de Salud con seguros privados complementarios teniendo en cuenta el mandato de la Presidenta de la República, reflejado en el Decreto, el cual plantea la necesidad de trazar una ley para mejorar los problemas del Sistema privado sin perder de vista el conjunto del Sistema, considerando que existen importantes vasos comunicantes entre ambos sistemas que en el mismo mandato se pone en evidencia como un Sistema contextualizado por los principios de seguridad social de salud y, a saber del diagnóstico que se ha desarrollado de la no viabilidad del Sistema actual, como actualmente está constituido –ya que funciona de una forma que no tiene sostenibilidad financiera– y teniendo en cuenta las audiencias que se han recibido (más de treinta) que han representado distintas instancias de la sociedad, vota por la alternativa del Seguro Nacional de Salud teniendo en cuenta que el Fondo Único con multiseuros también es un modelo que enmarca en los conceptos y principios de la seguridad social.

Oscar Arteaga vota a favor del Seguro Nacional de Salud con seguros privados complementarios fundamentando que tanto esta alternativa como la de Fondo Único constituyen arreglos que cumplen con los requisitos de un arreglo de seguridad social y no así la alternativa de la Asociación de ISAPRE ya que en los términos que se ha planteado solo consolidan un Sistema dual con soluciones para ricos y soluciones para pobres. Si el principal desafío es la desigualdad, que se expresa en el ámbito del financiamiento, el aseguramiento, del acceso al sistema de atención y también de la disponibilidad de RRHH en el Sistema de salud, en el ámbito específico del financiamiento-aseguramiento la opción de Seguro Nacional es la que más se acerca a las soluciones que se han discutido en esta Comisión, quedando reflejadas en las actas, por tanto es la más consistente con el trabajo que se ha realizado a lo largo de esta.

Pedro García subraya que a largo plazo está por el Seguro Único con impuesto general, pero como esa alternativa no existe porque no tiene viabilidad política ni técnica ni constitucional, se ve obligado a abstenerse. Es fundamental para él en política que se consideren los aspectos que efectivamente generan certidumbres haciéndose cargo de las realidades y estas indican que no hay condiciones para este fin utópico, por tanto como considera absurdo discutir cosas que no las han pedido en el mandato se abstiene.

Pedro Barría ha votado a favor de la propuesta de la Asociación de Isapre y ha quedado expresado de la siguiente manera: al pactar un contrato de salud con una ISAPRE, con cargo al 7 por ciento de cotización obligatoria o suma superior, los afiliados ejercitan el derecho constitucional a elegir el sistema de salud al que deseen acogerse (inciso final del N° 9 del Artículo 19 de la Constitución). El “sistema de salud” comprende el aseguramiento y los prestadores de salud, porque nada indica que la Constitución lo haya limitado a los prestadores. Así, los afiliados a ISAPRE adquieren derecho de propiedad sobre los contratos de salud y sobre las prestaciones y beneficios, de acuerdo al N° 24 del Artículo 19 de la Constitución (opinión abogado Arturo Fermandois en sesión de la Comisión de 07.08.2014: “respecto a todo contrato existe un derecho de propiedad incorporal, aún si es de orden público”). Por ello, los afiliados no podrían ser privados de ese derecho, sin conculcar su derecho constitucional de propiedad. El abogado Fermandois señaló que “si se quiere pensar en limitación del derecho de propiedad, se debe legislar hacia el futuro” y que un cotizante “en un debido marco jurídico o contrato, con una determinada expectativa, no puede ser privado de ese marco por el legislador”. No estoy seguro de que haya existido unanimidad en la Comisión, pero sí amplio consenso, en el cual me incluyo, respecto a que el sistema de salud dual existente genera graves desigualdades, inequidades y discriminaciones y que urge una reforma estructural hacia una mayor equidad. Sin

embargo, una injusticia no puede repararse con otra, como ocurriría si el cambio no fuera pensado como proceso, con cronograma y transición, en la que fueran respetados los derechos adquiridos de afiliados a ISAPRE y FONASA, tema ausente de la mayoría de las intervenciones de los Comisionados. Como consecuencia, una ley que de golpe y porrazo, sin transición, redestinara el 7 por ciento de todos los afiliados (FONASA e ISAPREs) a un Fondo Único, Multifondo u otra entidad, sería inconstitucional por afectar el derecho de propiedad sobre los contratos de salud previsual de los afiliados a ISAPREs ya que sin ese 7 por ciento desaparecería su derecho a exigir contraprestaciones con cargo al mismo. Para ser constitucional una ley al respecto, en sus normas transitorias debería dar a los afiliados el derecho a optar si se mantienen en el antiguo sistema o pasan al nuevo, el cual sería obligatorio para todos los nuevos ingresantes al mismo. Así fue como se hizo a comienzos de los 80 con el cambio del sistema previsual, que dio la opción de mantenerse en las antiguas Cajas de Previsión, en las cuales, casi 35 años después, aún existen imponentes. Por ello, una propuesta de reforma estructural no es factible jurídicamente sino en el larguísimo plazo. Esa propuesta debería regular la transición del Sistema privado de salud, ISAPREs, seguros complementarios y prestadores, porque si no lo hiciera, la Comisión, dejaría de cumplir su mandato. Un sistema Único de financiamiento de salud u otro que implique una reforma estructural integral, implicaría que forzosamente, por un considerable período, subsistirían dos sistemas de aseguramiento, tiempo en el cual no resultaría justo y lógico mantener a los afiliados en el desequilibrio actual respecto de sus ISAPREs y a los asegurados en seguros complementarios, desprotegidos por falta de regulación legal y por prácticas abusivas y engañosas. En consecuencia, con el fin de materializar una opción factible y viable de reforma de la ley de ISAPREs y de regulación de los seguros complementarios de salud, voto por utilizar como base la propuesta formulada por Bitrán y Asociados, pero por lo menos con los siguientes complementos y algunos más que en una opinión final añadiré: (1) Un sistema de fijación de reajustes del precio base objetivo, independiente de las ISAPREs y obligatorio; (2) Reformar la Ley 19.966 en el sentido que lo recaudado por prima GES, constituye un fondo de seguridad social, sobre el cual las ISAPREs no tienen propiedad y cuyos recursos deben servir para financiar prestaciones o aumento de garantías, de modo que de existir fondos sobrantes no serían ganancias para la ISAPRE, sino fuente para ampliaciones y mejoramiento de las garantías sin reajustes de prima; (3) Aceptar la propuesta de movilidad Inter-ISAPREs, sobre la base de un Fondo de Compensación de Riesgos. Complemento imprescindible es cambiar la regulación de las preexistencias en la ley. Si para cambiarse de una ISAPRE a otra no importarán las preexistencias, resulta absurdo mantener como causal de término unilateral del contrato o de falta de cobertura, la omisión de una preexistencia en la declaración de salud; (4) Establecer la movilidad Intra-ISAPRE, pudiendo siempre el afiliado optar por un plan con mayores beneficios y coberturas, con cargo a un precio mayor, regulándose la transición en cobertura de tratamientos en curso financiados por el plan complementario de salud (no se requiere en materia de CAEC o GES); (5) Regular en la ley de ISAPREs el funcionamiento de las redes, como forma de protección de los beneficiarios, sobre todo reforzando el derecho a terminar tratamientos o procedimientos ya iniciados con un prestador, salvo su desaparición u otras razones de caso fortuito o fuerza mayor; (6) Regular el contrato prestador-ISAPRE, estableciendo un mínimo de 5 años de duración y restringiendo la facultad de término del prestador, la que no podría ejercerse dentro de los primeros 2 años, debiendo posteriormente ejercerse con un aviso previo mínimo de 1 año. La ISAPRE debería dar certeza de por lo menos 2 años de estabilidad de las redes. Este tema debería ser controlado por la Superintendencia de Salud, la cual no solamente debería poder aplicar multas, sino fijar indemnizaciones de perjuicios en juicio arbitral en favor de los beneficiarios afectados y en contra de ISAPREs y

prestadores; (7) Garantizar por ley el derecho del beneficiario a elegir libremente entre las GES y la CAEC para la cobertura. Ello porque la CAEC tiene una extensión de patologías cubiertas muy superior a las GES (solamente 80 patologías). La CAEC tiene un deducible máximo de 126UF (poco más de 3 millones de pesos) cualquiera sea el monto del gasto. En cambio, las GES tienen un deducible o copago de cargo del afiliado del 20 por ciento. Por ello, en muchos casos puede resultar más conveniente aplicar la CAEC para el afiliado, sin que la ISAPRE pueda imponerle las GES, con mayor copago del afiliado; (8) Es urgente y equitativo excluir de las decisiones sobre Subsidio de Incapacidad Laboral, (SIL) a FONASA e ISAPREs por ser jueces y partes, creando una entidad independiente y competente médicamente para este tema; (9) Los seguros complementarios deben ser indefinidos y supervisados por la Superintendencia de Salud. Deben existir regulaciones más estrictas aún para seguros ofrecidos por prestadores (juez y parte); y (10) Cualquier controversia entre beneficiarios y pacientes con ISAPRE, seguros complementarios o prestadores, debería ser resuelta por la Superintendencia de Salud, en mediación o en juicio arbitral, procedimiento rápidos, gratuitos y sin necesidad de abogado, sin perjuicio de la justicia ordinaria y el recurso de protección que son siempre procedentes; (11) Debe prohibirse la integración vertical y circular; (12) Los cotizantes y pacientes deben tener participación efectiva en las decisiones que les atañen, superando la tecnocracia y exclusión actuales, siendo miembros de cualquier Consejo en que actualmente están excluidos.

Ana María Albornoz vota a favor de la propuesta ISAPRE. Argumenta, leyendo un texto, que, bajo la consideración que las otras alternativas estarían pensando un $t=0$, el cual, subraya, inevitablemente llegará al Seguro Nacional de Salud, está en contra y vota por la propuesta de la Asociación de Isapres para trabajar en lo que corresponde al Sistema ISAPRE. Pidiendo que quede en acta deja constancia que está totalmente en contra de las otras dos alternativas (Seguro Nacional de Salud con seguros privados complementarios; Fondo Único con multiseguros) porque considera que la propiedad del 7 por ciento es de las personas, sostener lo contrario, subraya, es desconocer la naturaleza de las cosas y solo en un modelo esclavista el producto del trabajo es del amo, el mismo que después graciosamente concede beneficios al esclavo. El hecho que se obligue a las personas a asignar un 7 por ciento de sus ingresos para comprar seguros de salud es una imposición del Estado para evitar que este se haga cargo de los imprevistos cuando se enferman. Es así como la obligatoriedad de asignación del 7 por ciento no significa perder la propiedad ni la facultad de decidir dónde gastarlo, en tanto sea en la imposición que ha establecido el Estado, gastarlo en salud. Darle el 7 por ciento de cotización para la salud de las personas la categoría de ingreso general de la nación es una forma oblicua de proceder o de proponer para hacer una Reforma Tributaria no explícita. Respecto del modelo propuesto es explícito en expropiar una porción del 7 por ciento asignándolo a una Fondo común administrado por el Estado, cercenando el derecho a que los aportantes decidan como gastar su cotización. El modelo propuesto es explícito en indicar que la proporción de la expropiación del 7 por ciento es creciente, el $t=0$ siempre va a terminar en el $t=1$, $t=2$ y Seguro Nacional y esto contradice el encargo de la Presidenta de la República y de las indicaciones explícitas y reiteradas de la Ministra de Salud, ya que el esquema no corrige las deficiencias del sistema del seguro privado sino que lo elimina a mediano plazo. El modelo propuesto desvincula completamente el aporte a la protección de salud con la cobertura que recibirán las personas, es ineficiente e injusto. Es ineficiente por que la siniestralidad de cada aportante no es un componente determinante de la cotización y es injusto porque redistribuye beneficios sin considerar el nivel de ingresos o de riqueza de quien recibe tales beneficios; por ejemplo, una familia rica de empresarios de muchos integrantes será financiada por un trabajador dependiente, modesto y joven. Cuarta razón para votar que no. La concentración de recursos al

ser administrada por el Estado probablemente inefectiva en administrar recursos ajenos tomado de los contribuyentes, quitará la facultad de decidir donde gastar su aporte, podría limitar de tal forma el derecho de decidir de las personas de cómo y dónde resolver sus problemas de salud que se asemeja a la caricatura del amo y del esclavo. Otra consecuencia de la concentración de los aportes en el Estado es la consagración de un monopolio de compra de prestaciones de salud, lo que inevitablemente limitará la variedad y calidad de la oferta de soluciones de salud, y esto sería una forma de cercenar la libertad de 7 millones de chilenos y chilenas que eligen ser atendidos en el sector privado. El modelo no tiene elemento alguno que asegure o que tienda siquiera a que los aportes se igualen o se acerquen al gasto que pudiera significar un sistema de beneficios no vinculado a los aportes, ello implicaría dar forma a un sistema estructuralmente e ilimitadamente desfinanciado lo que en vez de cumplir con el encargo, que es sentar las bases para un seguro mejorado, se estaría usurpando las facultades del Ministerio de Hacienda de administrar los ingresos y gastos del Estado.

Marcelo Dutilh vota a favor de la propuesta ISAPRE, pues estima que responde de manera integral al encargo de la presidenta el cual fue reiterado en esta Comisión asesora por la Ministra de salud el día 3 de julio respecto a establecer un nuevo régimen jurídico para el Sistema privado de salud. Esta alternativa por la cual vota, recalca que plantea soluciones estructurales a los principales problemas percibidos respecto a la industria privada de aseguramiento, incorporando una serie de profundizaciones respecto de los conceptos de seguridad social. Respecto a las alternativas de Seguro Nacional de Salud con seguros privados complementarios y Fondo Único con multiseguros no comparte la posibilidad que bajo el orden constitucional vigente, se considere destinar las cotizaciones de salud de los afiliados, o parte de ellas, a un Fondo Único o mancomunado, ya que: los cotizantes podrán reclamar el estatuto constitucional de la propiedad sobre la cotización aportada como prima de salud a su seguro, sosteniendo así una privación expropiatoria, en caso que el Estado por medio de legislación optara por transferir ese aporte a un fondo común. Cualquier intento legislativo por establecer alguna forma de fondo solidario en el financiamiento de la salud puede llegar a hacer imposible que los privados provean dicho financiamiento y con ello se privaría al afiliado de su derecho de elegir entre el sistema público o privado que tiene consagrado constitucionalmente. La creación de un fondo solidario podría disminuir los beneficios de salud que tiene actualmente contratado de manera indefinida el afiliado, ya que con su cotización de salud que está pagando, podría no alcanzarle a financiar los mismos beneficios, pudiendo verse obligado a disminuirlos o aumentar el precio de su plan de salud. Los derechos y créditos que nacen de contratos válidamente celebrados y vigentes constituyen propiedad para los contratantes, de la que no podrían ser privados, sino por medio de una ley expropiatoria. En consecuencia, un proyecto legislativo con un Fondo Único no debería privar de sus derechos a quienes han celebrado un contrato de salud previsional que se encuentra vigente.

Fernando Matthews vota a favor de la propuesta ISAPRE argumentando que esta entrega la libertad y la capacidad de elegir garantizando la promoción de la mejora del Sistema privado no dificultando el tránsito hacia un Fondo Único con multiseguros que valora.

Gonzalo de la Carrera vota a favor de la propuesta ISAPRE argumentando que es esta la que planeta un arreglo sustancial al Sistema de ISAPRE.

Guillermo Paraje vota a favor del Fondo Único con multiseguros, ya que la experiencia hasta ahora de tener seguros privados ha sido insatisfactoria, ha generado los problemas que se

han discutido a lo largo de las reuniones de la Comisión pero sin embargo creerá que es una experiencia mejorable y que existe un valor en la competencia. De la propuesta de Seguro Nacional de Salud recalca que teme por el costo fiscal, le preocupa además que exista captura por grupos de intereses específicos en el contexto de un Seguro Nacional de Salud y la posibilidad de captura sería menor en un Sistema de multiseuros, y si este eventualmente perpetuara los problemas que ya tiene el Sistema actual sería posible cambiar más fácilmente a un sistema de Fondo Nacional, ya que del Seguro Nacional de Salud, subraya, sería muy difícil volver en el caso que funcione mal. Por tanto, por cautela, creerá que sería más fácil pasar de un Fondo Central con multiseuro al Seguro Nacional de Salud que lo contrario.

Oswaldo Larrañaga vota a favor del Fondo Único con multiseuros ya que creerá que este Sistema soluciona prácticamente todos los problemas que tiene el actual Sistema dual de salud y considera que es más consistente con la libertad de elección tanto en seguros como en prestadores y entrega más seguridad que el Seguro Nacional de Salud.

Anexo H: Comentario del comisionado sr. David Debrott Sánchez al Texto Aportado por el comisionado sr. Fernando Mathews Cádiz que se agregó al Informe de la Comisión como documento que representaría la posición de minoría

Tal como lo manifesté en mi primera intervención de la última sesión de la comisión, realizada el día viernes 26 de septiembre, me permito aportar un breve comentario al texto propuesto por el comisionado Matthews. Me parece necesario efectuar este comentario, ya que considero que muchas de las cosas que allí están planteadas han sido ampliamente discutidas y se han definido posiciones que han quedado reflejadas en el Informe de la Comisión. En consecuencia, manifesté que estaba de acuerdo en incluir dicho texto, para efectos de facilitar la exposición de argumentos de la posición de minoría, no obstante, varias de las propuestas que allí se desarrollan son justamente las que han sido posiciones de mayoría en aspectos específicos y no me parece justo que aparezcan como si fuesen solo las posiciones de minoría.

Cabe hacer presente también mi reconocimiento a los sres. Matthews y Dutilh, quienes a pesar de representar la posición minoritaria al interior de la Comisión, se mantuvieron en ella y fueron capaces de entregar argumentos que, si bien no comparto, me parecen legítimos en su gran mayoría.

1. Tal como ha sido expuesto y discutido ampliamente en el seno la Comisión, incluyendo la gran mayoría de las audiencias públicas en que se ha escuchado la opinión de personas y organizaciones invitadas a aportar su visión sobre la problemática en cuestión, el texto da cuenta solo parcialmente del mandato que fundamentó la creación de la Comisión y los objetivos planteados para esta.
 - En particular, el texto adopta la perspectiva de las ISAPRES, en tanto empresas, cuando señala que apunta a “corregir las principales dificultades que enfrenta el sistema de salud privado”; y cuando señala que “plantea soluciones a los problemas de las ISAPRES”(sic)¹¹⁹.
 - En definitiva, el texto no asume que los problemas en cuestión, si bien se manifiestan en el ámbito del sector privado y de las ISAPRES en particular, son problemas que hacen parte de esquema de aseguramiento de la salud chilena que involucra al conjunto de la población chilena, la que mayoritariamente (cerca de un 80 por ciento de la población) es beneficiaria del sistema público.
2. Los objetivos que dicho texto declara no consideran, en ninguno de sus puntos, el problema central que posee el esquema de aseguramiento de salud en Chile: la solidaridad como principio fundante de la Seguridad Social, entendida esta no solo como solidaridad de riesgos, sino prioritariamente como solidaridad de ingresos.
 - Sus objetivos ponen el énfasis en: i) “Perfeccionar la participación del sector privado en la Seguridad Social”; ii) “Lograr una mayor solidaridad entre los afiliados del

¹¹⁹ Versión del texto entregada el día viernes 26 de septiembre.

sistema ISAPRES”; iii) “Aumentar la equidad en el acceso al sistema privado de salud”; iv) “Permitir la movilidad de beneficiarios entre Isapres” (sic).

- Estos objetivos son muy diferentes a lograr que las ISAPRES adopten los principios de la Seguridad Social; que exista mayor solidaridad para el conjunto de los beneficiarios del sistema de aseguramiento de salud chileno; a aumentar la equidad de acceso al sistema de salud en su conjunto; y, a permitir la total movilidad del conjunto de los beneficiarios del sistema. En definitiva, la propuesta busca resolver los problemas “de las ISAPRES”, al interior del subsistema ISAPRE, sin avanzar en una mayor integración entre ambos subsistemas.
 - La posición mayoritariamente expresada por la Comisión y respaldada por la gran mayoría de las audiencias públicas busca fortalecer los principios de la Seguridad Social, en particular la solidaridad entendida como la absoluta desconexión entre los aportes de recursos y su uso. Este principio señala que las personas y hogares deben aportar en función de su capacidad económica (los que mas recursos poseen deben aportar más) y los recursos recaudados se usan para financiar las necesidades de salud de la población (no discriminación de riesgos).
3. La visión de futuro que dicho texto propone es lógicamente consistente con lo anterior. Esta propone avanzar hacia un sistema de “multiseguros”, sin solidaridad de ingresos en el sistema y con portabilidad de los subsidios fiscales.
- Cabe tener presente que esta no fue la propuesta de “multiseguros” que fue votada en el seno de la Comisión¹²⁰, la que proponía inequívocamente un sistema de “multiseguros” con solidaridad de ingresos y sin portabilidad de los recursos fiscales. Este es el tipo de “multiseguro” que se ajusta a la Seguridad Social y no el señalado en dicho texto.
 - La propuesta considerada en el texto mantiene el problema central del esquema de aseguramiento actualmente vigente en Chile: su carácter dual (dos sistemas paralelos) con segmentación por ingresos. Adicionalmente, apunta a legitimar la transferencia de recursos fiscales hacia el sector asegurador y prestador privado, cuestión que terminará por estrangular financieramente a los hospitales públicos y a la atención primaria municipal.
4. Respecto del detalle de la propuesta, como ya fue consignado, la mayor parte de sus contenidos no tienen diferencia sustancial con la propuesta de mayoría expuesta en el texto del Informe de la Comisión.

¹²⁰ La votación efectuada el día 7 de agosto de 2014, planteó tres opciones sobre las cuales se pronunciaron la totalidad de los comisionados: a) Posición de mayoría (10 votos): Avanzar hacia un Fondo y un Seguro público universal; b) Posición de primera minoría (5 votos): Mantener el sistema actual con cambios menores en base a propuesta elaborada por Bitrán y Asociados patrocinada por representantes del sector privado (4) más un comisionado (1); y, c) Posición de segunda minoría (2 votos): Avanzar hacia un “multiseguro” con solidaridad de ingresos y sin portabilidad de los subsidios fiscales. Se registró 1 abstención.

Anexo I: Análisis de algunos impactos

Es de interés para este esquema de reforma prever ciertos escenarios. El primero de ellos dice relación con la posible movilidad de cotizantes y los efectos que puede tener en costos y financiamiento.

Algunos antecedentes sobre Movilidad FONASA-ISAPRE en un nuevo escenario

El impacto general de las propuestas debe ser analizado por las instituciones a cargo de las políticas públicas de salud. No obstante, la Comisión está convencida de la factibilidad de las propuestas. Un aspecto de alto interés ha sido la posible movilidad entre el mundo FONASA e ISAPRE en el nuevo escenario.

Al ordenar a los beneficiarios de FONASA¹²¹ e ISAPRE abiertas¹²² de acuerdo a las cotizaciones mensuales asociadas al 7 por ciento per cápita de sus beneficiarios para el año 2013, se puede constatar que la mitad de los beneficiarios de FONASA cotizó per cápita una suma mensual igual o inferior a \$14.740, mientras que para los beneficiarios de ISAPRE abiertas esta suma asciende a \$28.180. En el caso del FONASA, solo hasta el percentil 83 se alcanza una cotización per cápita mensual de aprox. \$28 mil. Es decir, solo aprox. el 17 por ciento de los beneficiarios FONASA cotizarían un monto mayor a la mediana de las ISAPREs abiertas.

En promedio, los beneficiarios FONASA cotizaron mensualmente del orden de \$19 mil, mientras que los beneficiarios ISAPRE abiertas cotizaron aprox. \$37 mil pesos. En el caso del FONASA, solo hasta el percentil 90¹²³ se alcanza una cotización cercana a los \$37 mil promedio de las ISAPREs abiertas. Es decir, solo aprox. el 10 por ciento de los beneficiarios FONASA cotizarían un monto mayor al promedio de las ISAPRE abiertas.

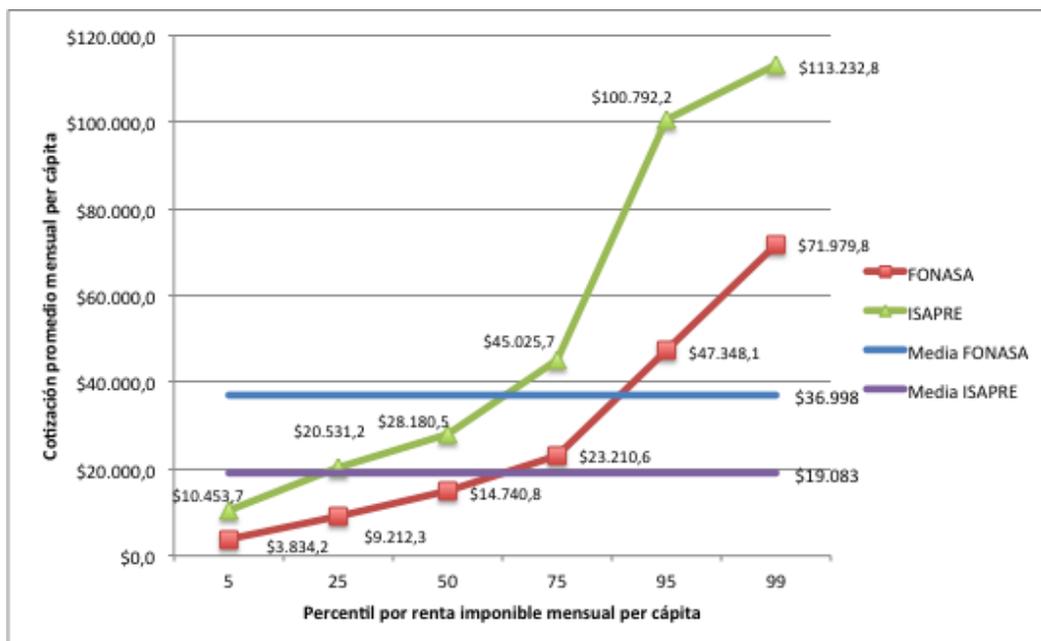
De esta manera, si de acuerdo a la propuesta planteada, además del 7 por ciento asociado al PSS las ISAPREs abiertas establecen primas comunitarias que complementen el 7 por ciento hasta alcanzar ya sea la mediana o la media de las cotizaciones actuales esto implicaría que el 17 por ciento o el 10 por ciento de los beneficiarios FONASA serían susceptibles de cambiar de seguro si se considera el ingreso o la renta como una barrera al cambio de seguro.

¹²¹ En el caso del FONASA solo se considera para fines de este análisis a los beneficiarios cotizantes y sus cargas.

¹²² En el caso de las ISAPRE abiertas se elimina del análisis a aquellos cotizantes en categoría dependientes cuya renta imponible mensual aparece como \$0 o que fuera inferior al sueldo mínimo (\$193.000 hasta julio de 2013).

¹²³ Como referencia, en percentil 89 se alcanza una cotización mensual per cápita de \$34.956, cercano al promedio por beneficiario ISAPRE abiertas obtenido con los macro datos financieros publicados por la Superintendencia de Salud. Por su parte, en el percentil 91 se alcanzaría una cotización del orden de los \$38 mil.

Figura Anexo I.1: Percentiles distribución 7% renta mensual per cápita FONASA e ISAPREs abiertas, 2013 (*)



(*)Percentil asociado a cada sistema (ordenamiento por separado para FONASA e ISAPRE según renta mensual per cápita).

Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por el Departamento de Planificación Institucional (FONASA) y el Departamento de Estudios y Desarrollo (Superintendencia de Salud).

Factibilidad de la cobertura uniforme de copagos: Simulación escenarios de coberturas financieras homogéneas y *stop loss*, ISAPRE abiertas 2013¹²⁴

Antecedentes

La propuesta presentada recomienda la modificación de la estructura actual de planes ofrecidos por las ISAPREs, pasando de los múltiples planes que existen actualmente a un plan de salud único y universal (PSS), que otorgue coberturas financieras homogéneas asociadas a las prestaciones ofrecidas actualmente por el sistema (ej. MLE, CAEC, GES y otras no contenidas en las categorías anteriores). En este contexto, resulta de interés analizar el impacto financiero de implementar una medida de este tipo para las instituciones involucradas.

¹²⁴ La Comisión agradece al Superintendente de salud, Sr. Sebastián Pavlovic, por la cooperación prestada para estos trabajos por el Departamento de Estudios de la Superintendencia, en particular, por el profesional de dicho Departamento Sr. Eduardo Salazar.

De esta forma, el presente análisis tiene como objetivo revisar el impacto sobre el gasto en prestaciones curativas, y su comparación con otros ítems de ingresos y gastos, a partir de la simulación de distintos escenarios de coberturas financieras homogéneas (ambulatorias, hospitalarias y GES) para las prestaciones entregadas durante el año 2013, incorporando un mecanismo que permita limitar el gasto en copagos para los afiliados asociados a un mismo contrato (stop loss).

Aspectos metodológicos

El análisis considera como punto de partida el Archivo Maestro de Prestaciones 2013 para ISAPREs abiertas, del cual se obtuvieron las frecuencias (Q) de uso de las prestaciones curativas de acuerdo a las distintas categorías de registro¹²⁵: codificación FONASA MLE, GES, Propias ISAPRE y Codificadas Superintendencia de Salud¹²⁶. La información es obtenida a nivel de afiliados, y los montos de facturación, bonificación y copagos se agregan, para efectos del análisis, a nivel de contratos (es decir, incluyendo al cotizante y sus cargas).

Para fines de valorizar las frecuencias antes mencionadas, se utilizó el vector valores unitarios de prestaciones del año 2012 (actualizado 2013 por IPC), el cual considera, para cada una de las prestaciones identificadas en el Archivo Maestro de Prestaciones de ese año¹²⁷ los distintos valores facturados, obteniéndose la distribución de dichos valores (ej. media por quintil).

En particular, el vector de valores unitarios permite aplicar distintos valores unitarios (ej. media quintil 1, media quintil 2, etc.) a las frecuencias de prestaciones codificadas FONASA MLE (P), mientras que para el resto de las prestaciones se mantuvieron los valores unitarios efectivos (Facturado).

De esta manera, teniendo como base la información antes señalada, se aplicaron distintas coberturas financieras (porcentaje de bonificación) por tipo de atención (ambulatoria y hospitalaria) y categoría de prestación (GES, no GES), utilizándose para el escenario base las coberturas efectivas promedio correspondientes al año 2013:

- Ambulatoria 53 por ciento.
- Hospitalaria 71 por ciento .
- GES 93,7 por ciento.

Además, se simuló un límite al copago o stop loss en la forma de un monto acumulable por contrato (cotizante y sus cargas) en relación a la renta imponible anual del cotizante (porcentaje de ésta). Este monto acumulable considera los copagos asociados a todas las

¹²⁵ Del monto total facturado efectivo durante el año 2013 el 74% correspondió a prestaciones bajo codificación MLE, el 15% a prestaciones codificadas por la SdS, el 7% a prestaciones GES y el restante 4% a prestaciones con codificación propia ISAPREs.

¹²⁶ Entre las prestaciones codificadas por la SdS están: insumos y materiales clínicos, prestaciones dentales, medicamentos, drogas antineoplásicas y drogas inmunosupresoras.

¹²⁷ El universo de prestaciones facturadas a las ISAPREs abiertas por los prestadores durante el año 2012 (listado de códigos).

prestaciones utilizadas por el cotizante y sus cargas durante los 12 meses del año 2013, y una vez alcanzado da lugar a copago cero para todos los miembros de un mismo contrato.

Finalmente, a partir de cambios discretos en los parámetros Vector de Valores Unitarios, las Coberturas Financieras y porcentaje de *Stop loss* se simularon distintos escenarios que permiten calcular el gasto total para las ISAPREs abiertas de otorgar las coberturas financieras definidas a las prestaciones curativas entregadas a sus beneficiarios.

Las siguientes tablas detallan los distintos escenarios considerados. El porcentaje de cobertura financiera asociado a las prestaciones GES no fue modificado en el análisis (93,7 por ciento para todos los escenarios). Los escenarios A y D consideran la valoración de las prestaciones utilizando la media del Quintil 2 de valores unitarios, además, en el caso de los cinco escenarios del grupo A, las coberturas financieras ambulatorias y hospitalarias son de 50 por ciento y 70 por ciento respectivamente, mientras que en los 5 escenarios del grupo D son de 70 por ciento y 80 por ciento respectivamente. Además, para ambos grupos A y D, entre los escenarios 1 y 5 el porcentaje definido de stop loss aumenta entre 20 por ciento y 40 por ciento (5 puntos porcentuales al pasar de un escenario al siguiente) (Tabla Anexo I.1).

Tabla Anexo I.2: Parámetros utilizados escenarios A y D. Media Quintil 2 de valores unitarios.

Simulaciones Var stoploss y Vector Q2											
		A					D				
	Base	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Bon Amb	53%	50%					70%				
Bon Hos	71%	70%					80%				
Bon GES	93,7%	93,7%									
Stoploss	20%	20%	25%	30%	35%	40%	20%	25%	30%	35%	40%
Vector precio	Q2	Q2									

Ej. Q2 Hospitalario: Clínicas Las Lilas, Hospital Clínico Uch

Fuente: Elaboración propia.

La misma lógica de variación en los parámetros de coberturas financieras y stop loss se mantiene para los grupos B y E (Tabla Anexo I.2), y C y F (Tabla Anexo I.3) diferenciándose solo en el vector de valores unitarios utilizado: media del Quintil 3 en el primer caso, y media del Quintil 1 en el segundo.

Tabla Anexo I.3: Parámetros utilizados escenarios B y E. Media Quintil 3 de valores unitarios.

Simulaciones Var stoploss y Vector Q3											
		B					E				
B	Base	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Bon Amb	53%	50%					70%				
Bon Hos	71%	70%					80%				
Bon GES	93,7%	93,7%									
Stoploss	20%	20%	25%	30%	35%	40%	20%	25%	30%	35%	40%
Vector precio	Q3	Q3									

Ej. Q3 Hospitalario: Clínica Sta María, Clínica Indisa, Hospital Clínico UC

Fuente: Elaboración propia.

Tabla Anexo I.4: Parámetros utilizados escenarios B y E. Media Quintil 1 de valores unitarios.

Simulaciones Var stoploss y Vector Q1											
		C					F				
C	Base	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Bon Amb	53%	50%					70%				
Bon Hos	71%	70%					80%				
Bon GES	93,7%	93,7%									
Stoploss	20%	20%	25%	30%	35%	40%	20%	25%	30%	35%	40%
Vector precio	Q1	Q1									

Ej. Q1 Hospitalario: Clínica Central, Clínica Presbiteriana Madre e Hijo

Fuente: Elaboración propia.

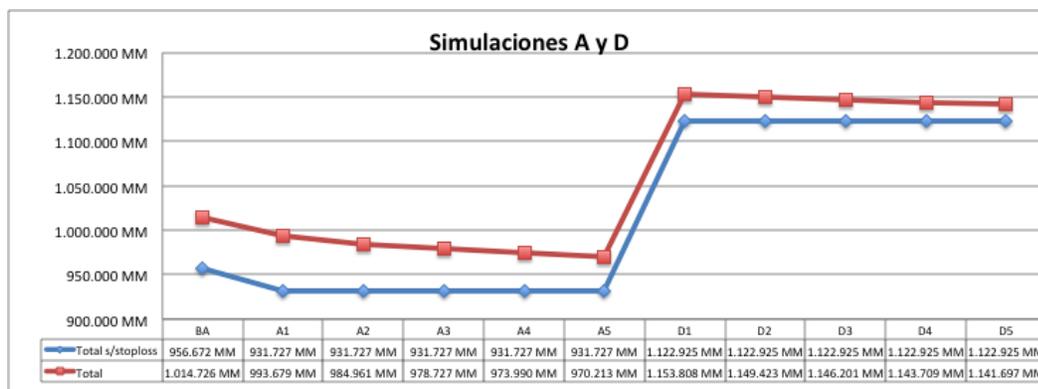
Resultados

Los resultados financieros obtenidos en términos del gasto total asociado a la bonificación de las prestaciones curativas antes mencionadas se resume en las siguientes figuras Anexo I.2, 3 y 4, en que se presenta el gasto total incluyendo y sin incluir el stop loss, es decir, asumiendo que es este gasto es cubierto por la ISAPRE o por los beneficiarios respectivamente.

En términos generales, en las tres figuras se observa un salto importante en el gasto al pasar del grupo de escenarios con coberturas 50 por ciento/70 por ciento (para ambulatorio y hospitalario respectivamente) al grupo de escenarios con coberturas 70 por ciento/80 por ciento. Por otra parte, se observa una disminución en el gasto asociado a prestaciones curativas en los resultados incluyendo el stop loss a medida que el porcentaje asociado a éste aumenta (se pone un límite más alto a la acumulación de copagos).

En particular, en el caso de los escenarios asociados al grupo A (50 por ciento/70 por ciento, Quintil 2) el gasto pasa de alrededor de MM\$993 mil cuando se define un stop loss de 20 por ciento a aprox. MM\$970 mil cuando el stop loss aumenta a 40 por ciento. Además, al aumentar las coberturas financieras a 70 por ciento/80 por ciento el gasto en prestaciones curativas sube entre MM\$160 mil y MM\$170 mil.

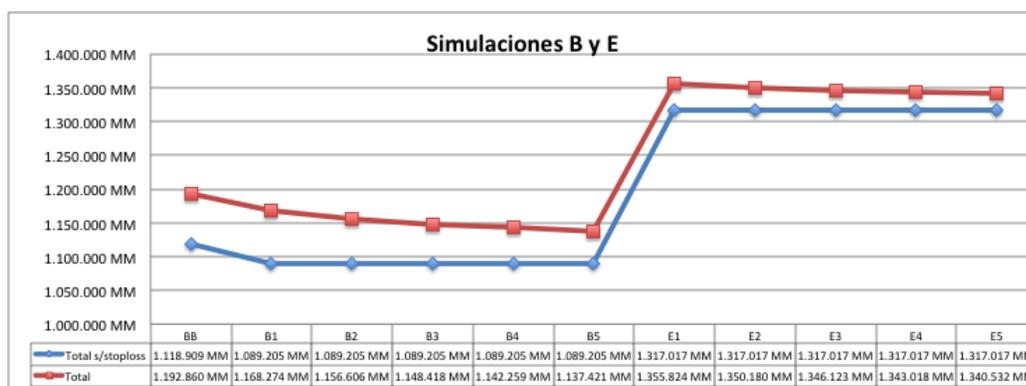
Figura Anexo I.2: Resultados simulación escenarios A y D. Gasto en prestaciones curativas 2013 ISAPRE abiertas



Fuente: Datos provisionales. Superintendencia de Salud. Departamento de Estudios y Desarrollo.

Al usar los valores unitarios del Quintil 3 el gasto aumenta entre MM\$170 mil y MM\$200 mil (en comparación con los resultados obtenidos al usar el Quintil 2 de valores unitarios), alcanzando del orden de los MM\$1.150.000 en los escenarios de coberturas 70 por ciento/80 por ciento para prestaciones ambulatorias y hospitalarias respectivamente.

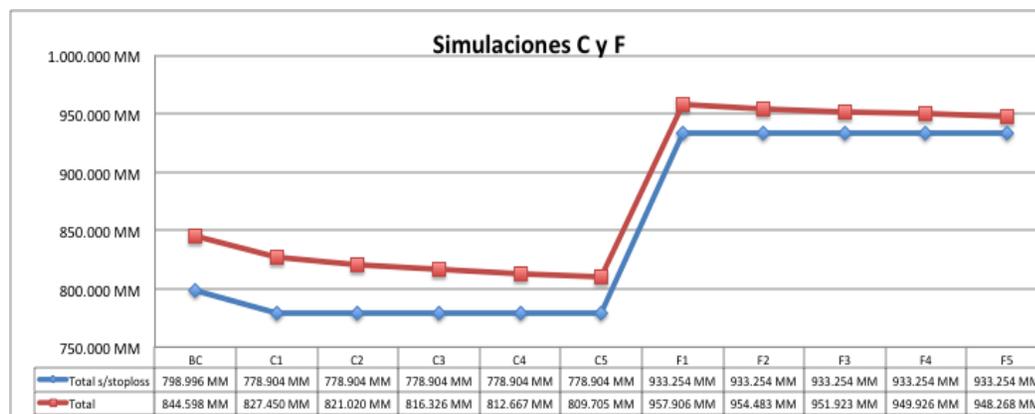
Figura Anexo I.3: Resultados simulación escenarios B y E. Gasto en prestaciones curativas 2013 ISAPRE abiertas



Fuente: Datos provisionales. Superintendencia de Salud. Departamento de Estudios y Desarrollo.

Finalmente, al utilizar los valores unitarios Quintil 1 el gasto en prestaciones curativas disminuye hasta alcanzar montos entre MM\$830 mil y MM\$810 mil (al pasar de un stop loss de 20 a 40 por ciento con coberturas 50 por ciento/70 por ciento) y entre aprox. MM\$960 mil y MM\$950 mil (al pasar de un stop loss de 20 por ciento a 40 por ciento con coberturas 70 por ciento/80 por ciento).

Figura Anexo I.4: Resultados simulación escenarios C y F. Gasto en prestaciones curativas 2013 ISAPRE abiertas



Fuente: Datos provisionales. Superintendencia de Salud. Departamento de Estudios y Desarrollo.

Consideraciones

Si se considera que el ingreso total por concepto de cotizaciones de las ISAPREs abiertas el año 2013 fue de MM\$1.755.465128, el cual además de cubrir el gasto asociado a la bonificación de prestaciones curativas¹²⁹ debe cubrir el gasto en SIL de cargo a las ISAPREs (MM\$293.225 en 2013), el gasto asociado al Examen de Medicina Preventiva (MM\$1.378 en 2013), y los Gastos de Administración y Ventas (MM\$206.507 en 2013), se tiene que en muchos de los escenarios analizados los ingresos totales efectivos superarían el gasto que considera la suma de los ítems mencionados y el gasto simulado por concepto de bonificación de prestaciones curativas.

Lo anterior, se cumple sobre todo en los escenarios que utilizan el valores unitarios del Quintil 1 y también la mayoría de los escenarios que utilizan valores unitarios Quintil 2 y coberturas de 50 por ciento y 70 por ciento para prestaciones ambulatorias y hospitalarias respectivamente. Sin embargo, esto no necesariamente se cumple para aquellos escenarios que utilizan valores del Quintil 2 y coberturas del 70 por ciento y 80 por ciento, ni para los escenarios que utilizan valores unitarios del Quintil 3.

De esta manera, una de las conclusiones importantes de este análisis, es que la factibilidad financiera para las ISAPREs de la implementación de una modificación que establezca un plan único y universal, con coberturas financieras homogéneas, está directamente

¹²⁸ De los cuales MM\$1.294.008 correspondieron a 7% y MM\$461.458 a cotizaciones adicionales.

¹²⁹ El gasto efectivo en prestaciones curativas para el año 2013 fue de MM\$1.251.000.

relacionada con la capacidad de estas instituciones de generar convenios y redes de atención que les permitan contener sus costos.