

## Debates de Política Pública

**Francesco Paolucci / Carolina Velasco**

Reformando el sistema de seguros de salud chileno: Elección, competencia regulada y subsidios por riesgo

# Debates de Política Pública

N° 25 / septiembre 2017

La serie *Debates de Política Pública* es editada en formato digital por el Centro de Estudios Públicos (CEP). El director y representante legal del CEP es Harald Beyer B. Dirección: Monseñor Sótero Sanz 162, Providencia, Santiago de Chile. Fono: 2 2328 2400. Fax: 2 2328 2440.

Sitio web: [www.cepchile.cl](http://www.cepchile.cl) Email: [escribanos@cepchile.cl](mailto:escribanos@cepchile.cl).

Cada artículo es responsabilidad de su autor y no refleja necesariamente la opinión del CEP. Esta institución es una fundación de derecho privado, sin fines de lucro, cuyo objetivo es el análisis y difusión de los valores, principios e instituciones que sirven de base a una sociedad libre.

Edición gráfica: David Parra Arias.

# Reformando el sistema de seguros de salud chileno: Elección, competencia regulada y subsidios por riesgo

**Francesco Paolucci**

Director de Políticas de Salud de la Escuela de Políticas Públicas y Asuntos Internacionales de la Universidad de Murdoch, Australia.

**Carolina Velasco**

Investigadora del CEP.

Los autores agradecen la colaboración de Josefa Henríquez y los comentarios de Harald Beyer.

## Resumen

Si bien 97% de la población chilena cuenta con previsión en salud (principalmente seguros), el gasto “de bolsillo” o lo que no es cubierto por dichos esquemas es alto en comparación con el promedio de los países que integran la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (33,4%). La protección financiera parece insuficiente: sólo un tercio de la población señala sentirse confiada o muy confiada de que podrá costear la atención que necesita si se enferma de gravedad y cada vez más personas señalan contar con seguros de salud voluntarios. La obligatoriedad de contratar un seguro de salud no parece ser suficiente para lograr protección adecuada.

Si bien la realidad descrita ha motivado el desarrollo de propuestas de cambio, hasta ahora ninguna se ha concretado, a pesar de haber algún grado de acuerdo respecto de avanzar hacia un esquema de seguros sociales o competencia regulada en el corto plazo. De todas maneras, dichas proposiciones adolecen de algunos problemas, como el no integrar los dos componentes del esquema de seguros actual, no permitir la libre afiliación para todos y la incorporación de copagos similares a los actuales.

En este documento se propone integrar los dos componentes del esquema de seguros actual. Se plantea construir sobre lo existente (en cuanto a permitir múltiples aseguradoras, mantener las fuentes de financiamiento, entre otros), así como una implementación gradual, para otorgar sustentabilidad en el tiempo. Los objetivos son avanzar, por una parte, en la asequibilidad (capacidad de pago) de las personas, respetando sus preferencias (libertad de elección) y, por otra parte, en calidad y eficiencia, a través de mejor información, más transparencia y una regulación que evite comportamientos inadecuados y establezca igualdad de condiciones de participación.

En el esquema propuesto cada persona elige su asegurador y plan de salud. El contenido de dicho plan es estandarizado, en relación con los servicios incluidos y el estándar mínimo de éstos. Toda institución aseguradora que acepte participar deberá ofrecer el plan de salud mencionado y aceptar a todos los beneficiarios y tendrá libertad para determinar las primas (con límites). Para asegurar asequibilidad, se plantea la asignación a cada persona de subsidios ajustados por su riesgo de salud, que funcionarían como abono para pagar las primas. Los subsidios provendrían de un fondo de compensación por riesgo financiado con contribuciones salariales e impuestos generales (estos últimos principalmente para sustituir los aportes de quienes no trabajan, como los menores, y de aquellos de bajos ingresos).

Ello requiere de un marco regulatorio apropiado que evite comportamientos anticompetitivos y proporcione herramientas que permitan la eficiencia y calidad, tanto para aseguradores y proveedores de salud, así como para usuarios: libre afiliación, información de calidad, transparencia, distribución

adecuada de riesgo financiero entre “pagadores” y “compradores”, libertad para contratar, supervisión efectiva de calidad, entre otros.

La propuesta se hace cargo entonces de los problemas de asequibilidad, de falta de acceso, de selección por riesgo, de crecimiento del gasto, entre otros. La posibilidad de elección combinada con subsidios ajustados por riesgo y la estandarización del contenido del plan permite que incluso las personas de alto riesgo puedan elegir su plan de salud, fomenta la competencia por calidad y precio, así como la reducción de costos y evita los incentivos a la selección de personas según su riesgo en salud.

## 1. Introducción

Chile destina 7,7% de su Producto Interno Bruto (PIB) a salud, cifra que se acerca al promedio de los países que integran la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), de 9 y 8,6% dependiendo si se incluye o no a Estados Unidos (cuyo gasto es muy superior al resto: 16,9% del PIB). Sin embargo, la forma en que este gasto es distribuido difiere en relación con dichos países. En Chile la proporción que sale directamente “del bolsillo” de las personas, es decir, no es pre-pagada (mediante un seguro u otro esquema) es 33,4% en comparación con un 19% en la OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos 2017). La cifra chilena es alta incluso si se compara con países similares en cuanto a la proporción del PIB destinada a salud, como República Checa o Israel, cuyos gastos de bolsillo representaban 15 y 23% del PIB, respectivamente.

Lo anterior, junto con el hecho de que 97% de la población cuenta con algún esquema de previsión en salud (principalmente seguros) implica que la protección financiera entregada es insuficiente. Ello se refleja en que sólo 34% (un tercio) de las personas dice sentirse confiada o muy confiada de que podrá pagar por la atención que necesita si se enferma de gravedad (Superintendencia de Salud 2016a). Es quizás también por esta razón que cada vez más personas señalan contar con seguros voluntarios, además de los dos seguros obligatorios de salud existentes (cuadro 1). Según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN), en 11% de las familias al menos un miembro contaba con seguro adicional en 2013, cifra que creció a 16% en 2015.

**Cuadro 1:** Niveles y tipos de seguros de salud en Chile

<b>Nivel 1</b>	<b>Seguros obligatorios*</b>	
	<p><b>Seguro de salud para enfermedades comunes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejecutado por el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y las Instituciones de Salud Previsional (Isapres).</li> <li>• Plan de salud: debe cubrir al menos las prestaciones garantizadas + otros servicios obligatorios (hospitalarios y ambulatorios).</li> <li>• Otorga baja cobertura o excluye cuidado de largo plazo, medicamentos ambulatorios, atención dental y psicológica.</li> <li>• Existen copagos.</li> <li>• Contribución obligatoria de los empleados y pensionados (7% del salario bruto).</li> <li>• Supervisado por la Superintendencia de Salud.</li> <li>• Contratos permanentes.</li> <li>• Asegurados: 13.226.811 en Fonasa y 3.363.022 en Isapres (2015).</li> </ul>	<p><b>Seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejecutado por entidades públicas y privadas.</li> <li>• Cobertura del plan: servicios preventivos, todos los cuidados de salud relativos a accidentes y enfermedades del trabajo, subsidios, indemnizaciones y pensiones.</li> <li>• No existen copagos.</li> <li>• Contribución obligatoria de los empleadores (varía entre 0,9 y 4,3% del salario bruto).</li> <li>• Supervisado por la Superintendencia de Seguridad Social.</li> <li>• Contratos permanentes.</li> <li>• Trabajadores asegurados: 5.647.982 (2015).</li> </ul>
<b>Nivel 2</b>	<b>Seguros voluntarios</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejecutados por compañías de seguros privadas y algunos prestadores de salud.</li> <li>• Cubren copagos del seguro obligatorio común, gastos catastróficos (con deducibles), atención en centros médicos cerrados, otros beneficios (por ejemplo, asociados a la salud dental).</li> <li>• Regulados igual que las compañías de seguros comunes.</li> <li>• Supervisado por Superintendencia de Valores y Seguros.</li> <li>• Contratos anuales.</li> <li>• Pólizas emitidas: 400.297 en 2015.</li> <li>• Pólizas vigentes: 933.712 en 2015.</li> </ul>	
<p>Nota: * Las Fuerzas Armadas y Fuerzas de Orden y Seguridad Pública cuentan con su propio esquema.</p>		
<p>Fuente: Elaboración propia. Datos del Fonasa, Superintendencia de Salud, Superintendencia de Valores y Seguros, encuesta de CASEN 2015 (<a href="http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/">http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/</a>) y Asociación de Aseguradores de Chile A. G. (2016).</p>		

La cobertura tiene al menos dos dimensiones: prestaciones incluidas o cubiertas y porcentaje del precio de cada prestación que es financiado. En Chile el gasto de bolsillo se destina principalmente a medicamentos, servicios dentales, consultas de salud y servicios hospitalarios (Castillo-Laborde y Villalobos 2013). Ello coincide con las dos dimensiones, es decir, con los servicios que no son bien cubiertos por el seguro de salud para enfermedades comunes obligatorio (cuadro 1), ya sea porque no están incorporados o porque la cobertura financiera es baja. En este último aspecto, los datos respecto de los planes de salud ofrecidos por las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) muestran que existe una brecha entre la cobertura financiera nominal de los planes de salud y la cobertura efectiva. En atención ambulatoria la cobertura nominal es de 78% y la efectiva de 68% (10 puntos porcentuales menos) y en atención hospitalaria la brecha crece a 16 puntos porcentuales (calculado en base a datos para 2013 de la Superintendencia de Salud). Ello ocurre porque la cobertura nominal (por ejemplo, 70% del precio de las consultas) tiene techo (precio máximo a financiar por cada prestación) o porque hay sub servicios que no se cubren y que forman parte de una determinada prestación (por ejemplo, ciertos insumos utilizados en las cirugías no son cubiertos por el seguro). En el caso del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), los copagos pueden llegar a ser más del 50% del precio cuando la atención es recibida por prestadores privados, dada la baja cobertura ofrecida por este asegurador en dichos proveedores.

Por lo tanto, la obligatoriedad de contratar un seguro de salud no parece ser suficiente para lograr protección adecuada. Hay razones para contar con una política de obligatoriedad, como la reducción de comportamientos oportunistas (uso del sistema de salud sin contribuir en el financiamiento), que las personas son poco previsoras (miopes) y que los costos de transacción se reducen (Paolucci 2011). Pero con ello no se asegura que las personas obtengan cobertura apropiada, puesto que la obligatoriedad no dice nada sobre la asequibilidad. En efecto, un seguro de alta cobertura es caro y no todos pueden pagarlo. Por lo tanto, se requiere modificar el esquema de seguros actual, para alcanzar niveles de protección en salud razonables y asequibles.

En este documento se analiza brevemente la organización de los seguros obligatorios de salud en Chile, excluyendo el "Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales", que cubre una proporción de los gastos en salud asociada a accidentes y enfermedades laborales y es sólo para trabajadores (cuadro 1)<sup>1</sup>. A continuación se presentan las principales conclusiones respecto a las falencias del esquema de previsión en salud actual (sección 2), así como las propuestas sobre la mesa (sección 3). En la sección 4 se

---

<sup>1</sup> Tampoco se analiza el esquema particular de las Fuerzas Armadas y de Orden.



presenta una propuesta integral respecto de un nuevo esquema de seguros de salud. Este se basaría en la competencia regulada de seguros de salud (Enthoven 1993), como ocurre en los Países Bajos, Bélgica, Alemania, Suiza, Israel, Colombia, entre otros. Esta propuesta se complementa con los trabajos previamente realizados por los autores (Velasco 2016, Paolucci 2016, Henríquez et al. 2016). Para terminar se presenta un breve comentario final (sección V), seguido de las referencias y bibliografía consultada y un anexo.

## 2.2 Fonasa e Isapres: marco de funcionamiento inadecuado

### 2.1 Breve descripción del funcionamiento del esquema obligatorio de seguro de salud

En Chile todos los trabajadores (y pensionados<sup>2</sup>) deben contratar un seguro de salud para enfermedades comunes, destinando para ello 7% de sus salarios brutos (pensiones). Asimismo, todo plan de salud ofrecido por las Isapres y Fonasa debe cumplir con ciertas exigencias mínimas respecto del contenido, establecidas por ley. La principal es ofrecer un grupo de prestaciones (diagnóstico y tratamiento) asociadas a 80 condiciones de salud, cuya entrega cuenta con garantías explícitas de salud (GES), en relación con el acceso (derecho a recibir la prestación), oportunidad (tiempos máximos de espera), protección financiera (copagos definidos y con topes) y calidad (prestadores deben estar acreditados o certificados) (cuadro 1).

El esquema de seguros obligatorios de salud para enfermedades comunes o general tiene dos componentes (cuadro 2), uno liderado por el asegurador estatal, Fonasa, y otro integrado por aseguradoras privadas, Isapres. Las lógicas que subyacen a cada uno son diferentes y responden a la regulación actual.

---

<sup>2</sup> Los pensionados de bajos ingresos acceden a una reducción o exención de esta contribución (Ley 20.531 de 2011).

**Cuadro 2:** Componentes del seguro de salud común

	<b>Componente estatal</b>	<b>Componente privado</b>
<b>Aseguradores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 (Fonasa).</li> <li>• 77,3% población.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 13 (7 Isapres abiertas y 6 cerradas)</li> <li>• 15,1% población.</li> </ul>
<b>Financiamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribución salarial (7%) + subsidio estatal.</li> <li>• Copagos según ingresos y tipo de prestador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribución salarial (7%) + otra voluntaria (3% salarios).</li> <li>• Copagos según plan.</li> </ul>
<b>Planes de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Igual en servicios cubiertos.</li> <li>• Diferente en copagos (crecen con ingresos) y en proveedores (2 modos: prestadores estatales o privados).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diferente en servicios cubiertos, copagos y proveedores.</li> </ul>
<b>Prima (precio)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Según ingreso, cubre a todo el grupo familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Según contenido del plan, sexo y edad (regulado) + prima plana para servicios con garantías explícitas en salud (GES).</li> <li>• Seguro individual.</li> <li>• Fondo de compensación por riesgo entre Isapre para servicios GES (basado en edad y sexo).</li> </ul>
<b>Proveedores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estatales y privados. Pagos según presupuesto histórico y por servicio en hospitales y capitado en atención primaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Privados (excepciones). Mayoría pago por servicio.</li> </ul>
<b>Afiliación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Libre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las Isapres pueden rechazar individuos según su estado de salud (o restringir cobertura).</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia. Datos de la Encuesta de CASEN 2015.

## Fonasa

Fonasa ofrece un seguro solidario en cuanto a ingresos y riesgos, puesto que con la contribución de 7% del salario se accede a un plan común para el cotizante y sus cargas (dependientes). Fonasa no puede rechazar afiliados y recibe un subsidio estatal que financia casi dos tercios de sus gastos (64% en el presupuesto para 2017). La calidad de la atención percibida (Superintendencia de Salud 2016a) y real, por ejemplo, tiempos de espera (Ministerio de Salud 2017) es más baja que en el caso de los usuarios de Isapres. Sus beneficiarios pueden acceder a prestadores estatales y privados (cuadro 3), sin embargo, en este último caso los copagos son más altos (pueden llegar a ser más de la mitad del precio de la prestación).

**Cuadro 3:** Cobertura financiera en Fonasa según grupo de ingreso y tipo de prestadores y de prestaciones

Grupo	Descripción de los beneficiarios en cada grupo	Cobertura financiera		
		Modalidad institucional	Modalidad de libre elección	Prestaciones con GES
A	Beneficiarios carentes de recursos para cotizar en salud, o en condición de indigencia (no cotizantes).	AA: 100%. AH: 100%.	-	100%
B	Beneficiarios con ingresos menores a \$264.000 al mes (cotizantes). Trabajadores del sector público de salud.	AA: 100%. AH: 100%.		100%
C	Beneficiarios con ingresos de entre \$264.000 y \$385.440 al mes (cotizantes).	AA: 100% (MG) / 90% (especialistas). AH: 90%	AA: Máx. 60%. AH: Máx. 50%. 75% en PAD.	Tope en copagos.
D	Beneficiarios con ingresos de \$385.440 y más al mes (cotizantes).	AA: 100% (MG) / 80% (especialistas). AH: 80%.		

Fuente: Elaboración propia en base a información oficial de los sitios web de la Superintendencia de Salud y de Fonasa.

Nota: AA = atención ambulatoria, AH = atención hospitalaria. MG = médico general. PAD= Pagos asociados a diagnóstico (pagos fijos para determinadas prestaciones empaquetadas). Sólo los servicios dentales tienen una cobertura financiera diferente (menos) en atención ambulatoria y hospitalaria.

## Isapres

Por su parte, las Isapres ofrecen seguros individuales y pueden rechazar a las personas sana y las aseguradoras son indefinidos, es decir, la renovación es garantizada. La prima final de cada plan de salud corresponde a la suma de: (i) la prima del plan complementario, que responde al contenido del plan (cobertura financiera, prestadores, entre otros) y a la edad y sexo de la persona que lo compra (más caro para mujeres, personas mayores) y (ii) una prima igual para todos (prima plana o comunitaria) por las prestaciones con GES (que se otorgan en una red cerrada de prestadores). En estos seguros, el 7% de contribución salarial obligatorio se usa como abono y se suplementa con contribuciones voluntarias que, en promedio representan un 3% de los salarios. Los copagos dependen del plan y del tipo de prestador.

Existe un componente solidario respecto del riesgo entre Isapres (abiertas) asociado a las prestaciones con GES. Este funciona mediante un fondo de compensación por riesgo virtual que se financia mediante un aporte fijo por persona que entregan las Isapres (asociada a los gastos esperados de otorgar las prestaciones con GES) y luego reparte de vuelta un monto por persona a cada Isapre pero ajustado al riesgo de cada uno (gasto esperado por personas según sus características: sexo y edad). Con ello se busca compensar a las Isapres por la imposición legal de cobrar primas planas (iguales para todos) por las prestaciones GES, puesto que ello incentiva la selección por riesgo por parte de las aseguradoras (rechazo de beneficiarios de mayor riesgo en salud) (cuadro 4).

### Cuadro 4: Efectos de la fijación de primas comunitarias

Algunos países optan por fijar primas comunitarias para evitar los problemas asociados a los mercados de seguros en salud (ejemplo asequibilidad) y otros lo utilizan como un fin en sí mismo (que todos paguen lo mismo).

La literatura señala que existen mejores opciones para abordar los problemas de equidad o acceso (ver cuadro 11), puesto que la fijación de primas planas, por una parte, crea ganancias (y pérdidas) predecibles para las aseguradoras, según el tipo de beneficiario, incentivando la preferencia por aquellos de menor riesgo y menores costos –mejor estado de salud, jóvenes, hombres (Rice y Smith 2001, Newhouse, 1982, Paolucci 2011). Es decir, se incentiva la selección por riesgo con sus negativas consecuencias (Cuadro 5).

Por otra parte, pueden fomentar la selección adversa (Pauly 1986). Ello ocurre porque aquellos con peor estado de salud están más dispuestos a pagar mayores primas para acceder a mejor cobertura, pero al tener planes con igual contenido y primas para todos, no se logra un buen *match* (pareo) entre las preferencias de los afiliados y las características del plan, generando ineficiencia (McGuire et al. 2014, Paolucci 2011).

Fuente: Elaboración propia.

Si bien la calidad percibida por parte de los beneficiarios es mayor en las Isapres, existe insatisfacción por los altos precios e insuficiente cobertura para las personas con preexistencias (Superintendencia de Salud 2016a).

## 2.2 Problemas del esquema de seguro obligatorio común

A continuación se describen los principales problemas del esquema actual de seguros en Chile (resumen en cuadro 7).

### **Menor acceso y elección para personas de bajos ingresos, enfermos, adultos mayores y mujeres.**

En términos generales, este esquema dual con lógicas de funcionamiento diferentes ha generado menor acceso y movilidad de ciertos grupos de personas y segmentación de ellas en los diferentes componentes del esquema de seguros de salud. Los beneficiarios de mayor riesgo –con preexistencias, de mayor edad y mujeres–, así como la población de menores recursos, tienen menos acceso a las Isapres y quienes contraen una preexistencia estando en una Isapre no pueden cambiarse a otra, dado la alta posibilidad de rechazo. Ello responde principalmente a dos razones. En primer lugar, a la autoselección de las personas en el Fonasa o en las Isapres según les sea más conveniente (Sapelli 2004, Pardo y Schott 2013). Fonasa, al tener una afiliación abierta y ofrecer el mismo plan por el 7%, atrae en mayor medida a las personas de mayor riesgo (adultos mayores y mujeres en edad fértil) y de menores ingresos. En segundo lugar, a la selección por riesgo, o la preferencia por parte de las aseguradoras de personas de perfiles de riesgo más bajo, mediante el rechazo de los enfermos crónicos o aquellos con preexistencias (selección directa), y el uso de estrategias para atraer a los menos riesgosos (selección indirecta). En esta última categoría pareciera estar el desarrollo de diferentes productos (planes de salud) *ad hoc* a ciertos grupos (cuadro 5), que ha derivado en que actualmente se transan casi 7.000 en el mercado<sup>3</sup> (es probable que también responda en parte a la obligación de cotizar por el 7%). A esto contribuye también la renovación garantizada de contratos que, entre otros, genera: reducción de la competencia y cautividad de aquellos de alto riesgo, disminución de los incentivos a la eficiencia de los aseguradores

---

<sup>3</sup> Es importante mencionar la dificultad que existen para diferenciar aquellos casos en que esta estrategia responde a una búsqueda por mayor eficiencia y mejores respuestas a las necesidades de los consumidores respecto de aquellos en que se usa como estrategia de selección por riesgo (van de Ven et al. 2017).

en relación con dichas personas, incentivos a la selección de riesgos, no promueve reducción de los riesgos en salud (Cutler y Zeckhauser 2000, Paolucci 2011).

#### **Cuadro 5: Selección adversa y selección de riesgo**

Los mercados de seguros de salud por sí solos no logran los objetivos buscados por los sistemas de salud acceso, calidad, universalidad, asequibilidad (Folland et al. 2013, Velasco 2014). Uno de los problemas principales es la asimetría de información. Cuando ocurre entre beneficiarios y aseguradores, se genera un comportamiento llamado "selección adversa". Este último se refiere a que cuando las personas pueden esconder información respecto de su estado de salud, se impide a las aseguradoras distinguir el nivel de riesgo de los futuros beneficiarios y, por lo tanto, establecer primas acordes con sus riesgos de salud (Barr 2003). Las aseguradoras entonces utilizan la información disponible para seleccionar a aquellos con menor riesgo (para reducir los costos y, por tanto, aumentar los beneficios), lo que la literatura llama selección de riesgo.

Existen diversos métodos para seleccionar beneficiarios: declaración de salud, exclusión de algunos tratamientos o medicamentos del seguro, altos copagos, contratos selectivos con proveedores, uso de seguros médicos suplementarios, atención de baja calidad a personas de alto riesgo, publicidad selectiva, planes ajustados a la medida de ciertos grupos (van de Ven y Ellis 2000, McGuire et al. 2014, Paolucci 2011).

Fuente: Elaboración propia.

El establecimiento de primas comunitarias para las prestaciones GES agrava este problema (cuadro 4) y, como se explicita más adelante, el mecanismo de compensación por riesgo no ha logrado contrarrestar los incentivos a la selección por riesgo.

#### **Información a los consumidores es escasa y compleja.**

Para los consumidores hoy es difícil entender el contenido y más aún comparar entre los casi 7.000 diferentes planes de salud que se transan en el mercado. Tampoco cuentan con información sobre el desempeño de los aseguradores (salvo por la referida a reclamos). Ambas situaciones limitan la competencia por calidad y precio, al restringir una toma de decisión informada por parte de los beneficiarios. Esta asimetría de información también se da a nivel de prestadores (doctores, hospitales) y pacientes, donde tampoco existe información clara sobre los resultados o calidad comprobada de los diferentes prestadores, sino que sólo existen certificaciones previas, en particular para poder otorgar prestaciones con GES, pero que son poco conocidas por los usuarios.

### **Incremento de los costos de salud y falta de estrategias de control.**

En Chile se aprecia un incremento de los costos de la salud, explicado por un aumento del uso del sistema de salud (Henríquez y Velasco 2015a y 2015b), alzas en los precios, ineficiencias (Santelices et al. 2013) y baja presencia de mecanismos de control de costos<sup>4</sup>. Como es sabido, los seguros generan un comportamiento llamado riesgo moral, esto es, cada persona consume más prestaciones de salud (o previene menos) que lo óptimo, porque hay un tercero (seguro) que paga la mayor parte del costo (cuadro 6). La obligación de destinar un 7% a un plan de salud genera que algunas personas queden sobre aseguradas, lo que agrava el riesgo moral, dado que incentiva aún más el consumo en salud (Baeza y Copetta 1999). Junto con ello, existe incipiente evidencia (Ibáñez 2016) de que los seguros complementarios en Chile también estarían incentivando este tipo de comportamiento, al cubrir los copagos.

En relación con las estrategias de control de costos por parte de los aseguradores, las más usadas son el copago y los deducibles en los gastos asociados a eventos catastróficos. En este último caso, esta herramienta es menos efectiva en desincentivar el uso, puesto que dichos eventos son menos predecibles y, por tanto, no están en manos de las personas. Más bien el deducible cumple un rol de protección financiera. Uno de los problemas de los copagos –que a su vez dependen del plan, prestador, topes y aranceles definidos por cada aseguradora, entre otros– es que la protección financiera termina siendo incierta y muy diversa. Ello permite entonces la existencia de un mercado de seguros voluntarios complementarios que cubren estos déficits y, terminan socavando el objetivo de desincentivar el uso de los servicios de salud por parte de la población y el riesgo moral (cuadro 6), como se señalara previamente. Un ejemplo concreto son los seguros escolares, que se traducen en que cualquier atención de urgencia es gratis para los niños y sus familiares, fomentando el uso de estos servicios.

---

<sup>4</sup> Existe alguna evidencia anecdótica de adopción incipiente por parte de algunas aseguradoras de estrategias de este tipo, pero no pareciera ser algo generalizado.

**Cuadro 6:** Riesgo moral en los seguros de salud y herramientas para desincentivarlo

El riesgo moral se refiere al cambio en el comportamiento de las personas cuando se cuenta con un seguro de salud. Al existir un tercero que paga (asegurador), el asegurado no enfrenta el precio real de las prestaciones. Ello se traduce en que, en relación con la situación sin seguro de salud, (i) los beneficiarios de los seguros consumen más prestaciones de salud, (ii) las personas realizan menos acciones preventivas o de cuidado de su salud y (iii) los doctores no tienen incentivo a controlar el gasto, sobre todo cuando su pago es por cada acto médico (*fee for service*), puesto que mientras más consultas (u otros procedimientos pagados de igual manera) realice, más recursos recibe. Todo ello lleva a un mayor consumo y gasto en salud, generando una pérdida para la sociedad (Barr 2003).

El riesgo moral aumenta cuando las personas están sobre aseguradas (tienen un seguro más amplio que el requerido según su riesgo de salud). Ello ocurre, por ejemplo, cuando existe la obligación de aportar una determinada cantidad de recursos por un plan de salud estándar, que generalmente es más amplio que el óptimo en el caso de aquellos de menor riesgo de salud –mejor estado de salud (Paolucci 2011).

Existen varias herramientas para contrarrestar este comportamiento. Por una parte están aquellas basadas en incentivos, como las que buscan compartir el costo entre asegurador y asegurado, así como entre pagador (asegurador, gobierno) y prestador. En el primer grupo están el aumento de la prima para aquellos que más usan el seguro, los deducibles (asegurador paga los primeros gastos asociados a salud hasta un tope) y copagos (el beneficiario paga un porcentaje de la prestación). En el segundo grupo están el uso de prestadores preferentes y métodos de pagos a proveedores que no incentiven el sobre consumo, como los pagos prospectivos (pagos per cápita para atención integral de pacientes, pagos por Grupos Relacionados de Diagnóstico en hospitales). Finalmente, también existen estrategias de incentivo a los usuarios y prestadores, como premios al uso de prestaciones preventivas y al control de enfermedades. Por otra parte, están las medidas regulatorias, que pueden imponer límites a los precios y al gasto total en los sistemas basados en financiamiento público (Barr 2003).

Fuente: Elaboración propia.

Estas alzas en los costos son traspasadas a las primas en las Isapres, quienes están legalmente autorizadas para subirlas cada año. No obstante, desde mediados de la década 2000-2010 la justicia ha acogido y fallado a favor de los usuarios que demandan a sus Isapres ante los incrementos de primas anuales, acciones legales que han crecido cada año. Asimismo, el Tribunal Constitucional eliminó en 2010 las modificaciones de las primas conforme la persona aumenta su edad (se abolió la Tabla de Factores). Todo ello ha generado incertidumbre e inestabilidad en el mercado. En el caso de Fonasa, los mayores costos se traducen en una importante deuda hospitalaria (más de 200 mil millones de pesos en mayo de 2017), en listas de espera que también han alcanzado cifras muy relevantes en los últimos años –casi 2 millones de personas en junio de 2017– (Ministerio de Salud 2017) y en un creciente aporte estatal, cuya proporción en relación con el presupuesto de Fonasa pasó de 38% en 1990 a



64% en 2017 (si se toma el presupuesto ejecutado en 2016 esta cifra fue de 65%). Dado que Fonasa no cuenta con buena información respecto de los gastos asociados a cada persona, se desconoce a quiénes beneficia este subsidio.

### **Mecanismo de compensación por riesgo de bajo impacto.**

Finalmente, como se plantea en el trabajo realizado por Henríquez et al. (2016), el mecanismo de compensación por riesgo entre Isapres no ha logrado cumplir su objetivo: disminuir los incentivos de las aseguradoras para seleccionar por riesgo a sus beneficiarios y, por tanto, mejorar la eficiencia, calidad, asequibilidad y movilidad en salud. La compensación por riesgo busca entregar más recursos a las aseguradoras que cuentan con personas de mayor riesgo y, por tanto, de mayor gasto. Así, para dichas entidades sería indiferente qué tipo de personas afiliar. Sin embargo, la evaluación de los autores muestra que el modelo actual predice menos de 1% de los gastos esperados de cada persona, por lo que, las transferencias de recursos basadas en dichos cálculos no están realmente compensando por los costos de salud. Dado que las Isapres pueden seleccionar directamente vía declaración de salud y primas de los planes, entre otros, y dado el bajo desempeño del fondo de compensación actual, es esperable que los incentivos a seleccionar no hayan disminuido con la aplicación de esta compensación, perjudicando la movilidad. Más aún, dado que la prima para los servicios con GES es igual para todos (prima plana), dichos incentivos podrían haber aumentado (cuadro 4).

Entre las causas del bajo desempeño del mecanismo actual de compensación por riesgo están: (i) que el modelo no incorpora la variable más relevante para predecir el gasto: el estado de salud, (ii) que el método es pobre (mecanismo de celdas) y, (iii) que la compensación se realiza sólo para las prestaciones con GES, las que representan un porcentaje bajo (6,7% en 2013) del gasto total de las Isapres en servicios de salud.

#### **Cuadro 7: Resumen problemas (y consecuencias) en el seguro obligatorio de salud para enfermedades comunes**

- Baja calidad de la atención percibida en Fonasa (escasez de médicos, listas de espera).
- Insatisfacción por los altos precios y baja cobertura para preexistencias en Isapres, cautividad.
- Menores posibilidades de elección (acceso a Isapres) para los de mayor riesgo y de menores recursos.
- Información a los consumidores es escasa y compleja (limita competencia).
- Incremento de los costos de salud y falta de estrategias de control.
- Mecanismo de compensación por riesgo de bajo impacto.

Fuente: Elaboración propia.

### 3. Resumen de propuestas que han sido presentadas para modificar el seguro obligatorio de salud

La realidad descrita ha motivado en el último tiempo el desarrollo de propuestas para modificar el esquema de seguros de salud por parte de diversos actores, como centros de estudios, académicos y el Gobierno (cuadro 8). De todas maneras, estas ideas no son nuevas, puesto que muchos de estos planteamientos fueron ya presentados por diversos actores antes de la reforma de la década del 2000 (Baeza y Copetta 1999<sup>5</sup>). Si bien existen para el largo plazo dos visiones respecto de la forma de organización del esquema de seguros (esquema con un solo pagador/asegurador y esquema con múltiples aseguradores), existe una visión bastante compartida de avanzar hacia uno de seguros sociales en el corto plazo, donde se disocia el pago de cada persona a su riesgo de salud.

El cuadro 8 muestra que el ámbito que cubren las propuestas, así como la forma de financiamiento y las condiciones de acceso, como libre afiliación, difieren entre los diferentes planteamientos. Una conclusión relevante de su revisión es que, por razones diversas, la mayoría de ellas no permite la libre afiliación de todas las personas (y en varios casos se mantiene la existencia de dos esquemas diferentes). Por una parte, un grupo se opone al otorgamiento de subsidios a quienes opten por aseguradoras privadas y, por otra, algunos consideran que la libre afiliación tendría un costo muy elevado. En relación al primer grupo, no hay evidencia en el mundo respecto de que el estatus legal de una entidad (privado, público, con fines de lucro, fundación, entre otros) tenga impacto en el acceso, asequibilidad, selección y otros aspectos. Más bien lo relevante es que cumplan con los requisitos de participación y las demás exigencias y que cuenten con las mismas atribuciones para participar, según se explicita más adelante. En relación con el coste para el Estado de la libre afiliación, ello depende principalmente del modelo de financiamiento propuesto –y del contenido del plan. Se espera que el valor de un plan de contenido único y acotado a una red de prestadores, en un esquema de competencia (que conlleva estrategias de control de costos y más eficiencia), sea más bajo que uno con libre elección, pago por servicio y bajo la regulación vigente, como ocurre en la actualidad.

---

<sup>5</sup> Baeza y Copetta mencionan ya en 1999 la existencia de diversas propuestas para crear un plan de salud mínimo para todo el país. Entre otros, mencionan la reforma a la seguridad social planteada por el ex Ministro de Salud Carlos Massad, los planteamientos del Grupo Salud, llamado “Grupo de los 13”, así como la propuesta de la Comisión de superación de la pobreza.

**Cuadro 8:** Propuestas de reforma del esquema de seguro de salud obligatorio en la última década

Propuestas	Ámbito cubierto	Planes de salud	Financiamiento	Libre afiliación	Compensación por riesgo
Comisión Presidencial 2010*	Isapres y Fonasa (y eventualmente FFAA).	Plan único obligatorio, con dos modalidades: a) Fonasa con mayoría de prestadores estatales sin copagos (prestadores privados con copago), b) Entidades de la Seguridad Social en Salud (ESSS) con mayoría prestadores privados y copagos. Excluye licencias médicas. Seguros adicionales.	2 propuestas: (i) Cotización obligatoria (por todos los ingresos) y aporte fiscal por no cotizantes y por aquellos de cotización insuficiente para cubrir sus cargas, que van a fondo de compensación. Copagos en las ESSS y en el Fonasa con prestadores privados. Prima comunitaria por cada ESSS. (ii) Precio ajustado por riesgo para Isapres. Subsidio del Estado para quienes no les alcance con su cotización. Copagos.	(i) Sí, gradual. (ii) No, sólo para quienes provienen de una ESSS.	Sí. Variables: Sexo, edad e ingreso. Incluye compensación <i>ex post</i> para preexistencias y riesgos catastróficos.
Proyecto de ley 2011**	Isapres.	Plan único obligatorio en red de prestadores cerrada. Excluye licencias médicas. Seguros complementarios sin regulación.	Prima comunitaria (plana) determinada por cada Isapre. Copagos.	No, sólo para quienes vienen de otra Isapres.	Sí. Variables: Sexo y edad. Luego, morbilidad y otros.
Cid et al. 2013	Isapres y Fonasa.	Plan único. <i>Stop loss</i> (tope de copagos). Red de prestadores cerrada.	Cotización obligatoria de 7% y aportes fiscales que van al fondo de compensación. Prima comunitaria para Isapres. Copagos.	No, sólo para quienes no reciben subsidios del Estado.	Sí. Variables: socio-demográficas y de morbilidad. Prospectivo. Con arreglos <i>ex post</i> .
Butelmann et al. 2014	Isapres y Fonasa.	Plan único. Con copagos y precios máximos, en red de prestadores cerrada y con <i>Stop loss</i> .	Cotización obligatoria. Subsidios estatales. Copagos.	No, sólo para quienes no reciben (o renuncien	Sí. Sólo para personas sin subsidio estatal. Variables: socio-demográficas y

		Seguros adicionales (complementarios y suplementarios) regulados en contenido y cantidad.		a) subsidios estatales.	de morbilidad. Prospectivos con arreglos <i>ex post</i> .
Comisión Presidencial 2014***	2 propuestas: (i) Reforma a Isapres para avanzar a seguro único. (ii) Reforma a Isapres para avanzar a multi-seguros.	Plan único obligatorio en red de prestadores cerrada. Excluye licencias médicas. Planes complementarios regulados (prima comunitaria). Seguros suplementarios más regulados.	Copagos, tope de gastos ( <i>Stop loss</i> ). (i) Cotización obligatoria para: (a) Fondo compensación por riesgo y (b) Fondo universal (Isapres y Fonasa) con aporte creciente. Prima comunitaria por Isapre según red de prestadores (máximo 3). (ii) Cotización obligatoria para fondo de compensación. Prima comunitaria por Isapre. Fondo para la prevención de salud con recursos de Isapres y fondo para medicamentos de alto costo con recursos de Fonasa e Isapres.	(i) No. Sólo entre Isapres. (ii) No, sólo para quienes vienen de otra Isapre.	Sí. Variables: socio-demográficas y de morbilidad. Con arreglos <i>ex post</i> .
Velasco 2014, 2016	Isapres y Fonasa.	Número de planes acotado. Excluye licencias médicas (2014).	2 opciones: (I) Primas determinadas por cada Isapre y subsidios estatales según ingreso. (ii) Cotización obligatoria (para fondo de compensación), primas determinadas por cada Isapre y subsidios según ingreso.	Sí.	Sí. Variables: socio-demográficas y de morbilidad.
Paolucci 2016	Isapres y Fonasa.	Plan único. Con deducibles.	Cotización obligatoria. Diferencia entre subsidio ajustado por riesgo y prima del plan pagada por cada persona.	Sí.	Sí. Variables: socio-demográficas y de morbilidad. Con arreglos <i>ex post</i> .

Nota: \* Illanes (2010), \*\*Boletín N° 8105-11, \*\*\*Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuestas de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado (2014).

Fuente: Elaboración propia.

Respecto de los contenidos del plan, en general, la mayoría de las propuestas mencionan reunir en un mismo plan, al menos lo que ya es obligatorio hoy, es decir, las prestaciones con GES, la cobertura para gastos catastróficos (que difiere en las Isapres en relación con la del Fonasa), la cobertura de las atenciones de emergencia<sup>6</sup>, las prestaciones mínimas legales<sup>7</sup> (como el examen de medicina preventiva) y las prestaciones curativas y la cobertura financiera que otorga el Fonasa en su Modalidad de Libre Elección (cuadro 3). Varias de ellas proponen separar el seguro de incapacidad laboral, es decir, sacarlo del plan de salud. En relación con la cobertura financiera, en la mayoría de las propuestas se consideran copagos (en algunas se propone que éstos sean cero para aquellos de bajos ingresos) y en algunas se plantea un mecanismo de *stop loss* (cuando la acumulación de copagos supera cierto límite, todo es cubierto por el seguro). Sólo en la propuesta de Paolucci (2016) se plantea el uso de deducibles para todos los gastos.

El problema de los copagos, sobre todo cuando son altos, es que generan un mercado para seguros voluntarios, lo que termina socavando su efecto en reducir el riesgo moral (cuadro 6). Además de ello, el uso de copagos requiere determinar precios para todos los servicios, dificultando la regulación, así como la competencia por precios. Ello porque, por una parte, fijar el copago como un porcentaje del precio de la prestación, requiere definir un listado de servicios y precios referenciales para cada uno, a objeto de calcular el costo del plan a financiar. Ello genera que la protección financiera difiera según cuál sea el prestador y asegurador, permitiendo en la práctica múltiples planes. Por otra parte, fijar el copago en relación con su monto, es decir, que los valores pagados sean iguales para todos, implica fijar precios por cada prestación, limitando la competencia por precios y la utilización de formas diferentes de “empaquetar” las prestaciones y pagar a prestadores (eliminando herramientas para el ahorro de costos).

Respecto de los pagos a prestadores, la mayoría son realizados por servicio (*fee for service*) en las Isapres y muy pocos planes de salud utilizan estrategias de control de costos (como prestadores preferentes o cerrados y *gatekeeping*<sup>8</sup>). En el Fonasa el financiamiento es por presupuesto histórico, salarios (con pocos componentes variables y asociados al desempeño) y pagos fijos por cantidad de personas inscritas. Además, Fonasa tiene pocas atribuciones para cambiar los métodos de pago.

Otro elemento común de las propuestas, que no está mencionado en el cuadro 8, se refiere a la necesidad de adecuar la institucionalidad asociada al componente estatal, tanto en el nivel asegurador (Fonasa) como prestador. Recientemente el Centro de Estudios Públicos y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile presentaron una propuesta de re-

<sup>6</sup> Artículo 173 del Decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

<sup>7</sup> Artículo 194 del Decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

<sup>8</sup> Se refiere a la obligación de visitar a un médico general antes de ser derivado a un médico especialista.

forma del sector prestador estatal<sup>9</sup> que aborda estos aspectos. Sin una mejora en dichas instituciones, es difícil que se pueda elevar la calidad de la salud entregada y que puedan participar en igualdad de condiciones con los aseguradores y prestadores privados. También se menciona en varias de las propuestas la necesidad de contar con una institucionalidad adecuada para evaluar las tecnologías sanitarias en orden a determinar cuándo es conveniente incorporar nuevos tratamientos al plan de salud. Asimismo, se menciona la necesidad de contar con una institución que regule los incrementos de las primas de los planes.

## 4. Propuesta de un esquema de seguros sociales de salud para Chile: eficiencia, equidad y asequibilidad

### 4.1 Elementos centrales de la propuesta

Se plantea integrar los dos componentes del esquema de seguros actual para instalar uno basado en seguros sociales de salud. Las principales características de estos últimos son que se asegura el acceso de todos los beneficiarios a un plan de salud definido y que la contribución o el pago que cada persona realiza se desconecta en gran medida de su estado de salud. Esto último se realiza, generalmente, mediante una mezcla de fuentes de financiamiento que involucra a empleados, empleadores y al Estado, buscando que quienes tienen mayores ingresos contribuyan más que los que no y que los enfermos no paguen (tanto) más que los sanos, permitiendo la diversificación de los riesgos financieros entre diferentes personas y durante el ciclo de vida (Doetinchem et al. 2010, Normand y Busse 2002).

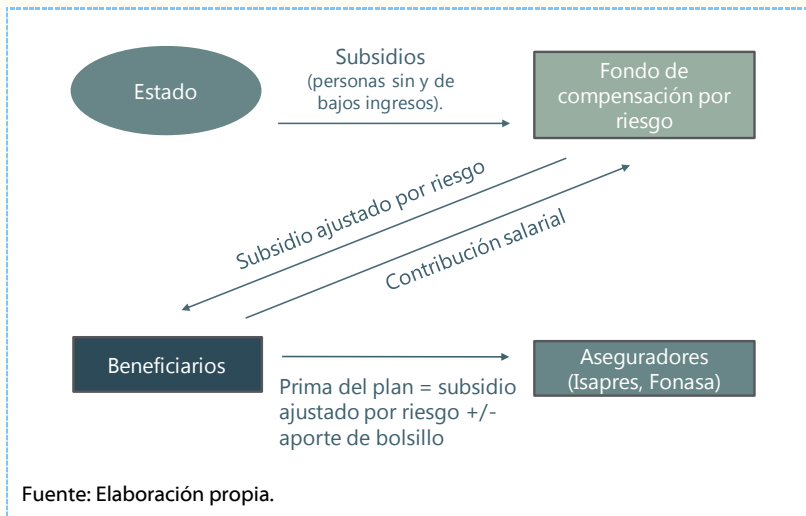
En la figura 1 se describe a grandes rasgos cómo funcionaría el esquema propuesto. Las personas podrán elegir su asegurador y plan de salud libremente (libre afiliación), dentro de un rango de planes. El contenido de dichos planes, en relación con los servicios incluidos y el estándar mínimo de éstos, será previamente definido, pero podrán ofrecerse diferentes tipos de planes en relación con el nivel de los servicios (prestadores) y los deducibles asociados a cada uno. Toda institución aseguradora que acepte participar, deberá ofrecer el plan de salud mencionado y tendrá libertad para determinar las primas. Para asegurar asequibilidad, se plantea la asignación a cada persona de subsidios ajustados por su riesgo de salud (gasto esperado), que funcionarían como abono para pagar las primas. Los subsidios provendrían de un fondo de compensación por riesgo, financiado con contribuciones salariales e impuestos generales (estos últimos principalmente para sustituir los aportes de quienes no trabajan y de aquellos de bajos

---

<sup>9</sup> Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y Centro de Estudios Públicos (2017).

ingresos). La organización del financiamiento propuesta busca basarse en lo existente, aunque, como se señala más adelante, existen múltiples alternativas que pueden explorarse.

**Figura 1:** Esquema de organización del financiamiento



**Cuadro 9:** Resumen principales contenidos de la propuesta

- Obligatoriedad para las personas de contratar plan universal de salud, de contenido (beneficios incluidos) definido, pero que puede variar en cuanto al nivel de los servicios (prestadores) y deducibles.
- Libertad de afiliación.
- Primas determinadas por cada aseguradora, según nivel de los servicios (prestadores), deducibles y riesgo.
- Subsidios a cada persona según su riesgo, que son usados como abono para pagar la prima.
- Financiamiento de los subsidios en base a contribuciones y aportes del Estado.
- Libertad de participación para aseguradoras que cumplan con todos los requisitos y reglas, como ofrecer el plan universal de salud.
- Regulación que promueva la eficiencia.

Fuente: Elaboración propia.

Con ello se fomenta la competencia por calidad y eficiencia entre aseguradores, los que deberán atraer a los afiliados ofreciendo una atención que responda a sus necesidades. Asimismo, se evita la selección por riesgo y sus efectos en la eficiencia, cobertura y exclusión de algunas personas (Cuadro 5). Todo lo anterior requiere de un marco regulatorio apropiado que permita a los actores utilizar todo el rango de herramientas disponibles para mejorar calidad y eficiencia y, principalmente, de un esquema de financiamiento que desincentive

comportamientos inadecuados por parte de los aseguradores, usuarios y prestadores de salud.

En lo que sigue de esta sección se presentan los principios que guían la propuesta, los requisitos que un esquema de este tipo requiere y, posteriormente, un detalle de cada componente de este esquema, así como una posible transición.

## 4.2 Principios y objetivos que guían la propuesta

Esta propuesta no plantea un cambio tipo *big bang* o radical, sino más bien construir sobre lo existente, integrando los componentes actuales del nivel asegurador de salud en Chile, e implementado el nuevo esquema de forma gradual para que pueda ser sustentable en el tiempo. Asimismo, se busca avanzar en equidad, mediante una mejora en la asequibilidad (capacidad de pago) a un plan universal de salud a todas las personas, pero respetando sus preferencias (libertad de elección). Asimismo, se propone un esquema que fomente la calidad y eficiencia, mediante una mejora de la información a los actores que participan en salud, mayor transparencia, regulación que evite comportamientos inadecuados, así como participación en igualdad de condiciones de todos los actores.

### Cuadro 10: Principios y objetivos que guían la propuesta

- Integración de los dos componentes actuales del seguro de salud común.
- Construir sobre lo existente.
- Gradualidad.
- Sustentabilidad.
- Asequibilidad a un plan universal de salud.
- Disociar la relación entre el pago de las personas y su estado de salud.
- Libertad de elección para los usuarios y respeto por sus preferencias.
- Transparencia y calidad en la información.
- Fomento de la competencia por calidad y eficiencia en el nivel asegurador y prestador, evitando comportamientos inadecuados.
- No discriminación e igualdad de condiciones de participación para todos los actores en cada nivel (asegurador, prestador, usuarios)

Fuente: Elaboración propia.



### 4.3 Requisitos para el buen funcionamiento de un esquema de seguros sociales

Para lograr lo anterior, el esquema propuesto debe cumplir con los requisitos que la literatura y evidencia señalan son necesarios para el éxito de un esquema basado en múltiples oferentes del seguro de salud (Velasco 2016, Paolucci 2011, Thomson et al. 2013, van de Ven et al. 2013):

- Cantidad reducida de planes de salud, que debe incluir un conjunto de servicios/beneficios (y estándar mínimo de éstos) predefinido, a ser ofrecido por quienes participen del arreglo.
- Medidas que aseguren la cobertura universal (subsidios para quienes no tienen recursos, obligatoriedad de contratar un plan, entre otros).
- Financiamiento adecuado para el plan (contribuciones, impuestos generales, gasto de bolsillo).
- Buen esquema de compensación por riesgo, que allega más recursos a las aseguradoras que reciben a las personas cuyo gasto esperado en salud (riesgo) es más alto (enfermos, adultos mayores, mujeres).
- Reglas que eviten comportamientos anticompetitivos y herramientas que permitan la eficiencia y calidad, para aseguradores y proveedores de salud así como usuarios: libre afiliación, información de calidad, transparencia, distribución adecuada de riesgo financiero entre “pagadores” y “compradores”, libertad para contratar, supervisión efectiva de calidad, entre otros.
- Apoyo político para implementación en etapas.

### 4.4 Descripción del funcionamiento de cada componente

#### i) Participación entidades aseguradoras

En el esquema propuesto se permite participar a todas las entidades aseguradoras que cumplan con los requisitos establecidos. En orden a elevar la competencia, una primera propuesta en esta línea es evaluar la posibilidad de incorporar a las mutualidades y compañías de seguros. Respecto de las condiciones de participación, ésta tiene dos caras. Por una parte, todas las instituciones que ofrezcan planes de salud en este nuevo arreglo deben cumplir las exigencias financieras (como garantías, capital mínimo) y legales, así como los requisitos asociados a este esquema, como, por ejemplo, obligatoriedad de ofrecer el plan universal de salud y libre afiliación (prohibición de usar la declaración de salud para restringir cobertura y rechazar potenciales afiliados). Respecto de esta última condición, se deben

establecer periodos durante el año y ciertas condiciones para que las personas puedan cambiarse de seguro y plan de salud. Por otra parte, las aseguradoras (y prestadores) deben poder participar en igualdad de condiciones, es decir, se requiere unificar sus funciones y atribuciones. Lo anterior, y en particular, la libertad de contratación entre aseguradores y prestadores, es un prerrequisito para promover la competencia por calidad y eficiencia (ver Sección 4.3). En efecto, dicho contrato es el instrumento que permite establecer las condiciones para promover la calidad, eficiencia, innovación, entre otros. Allí se establecen los métodos de pago a prestadores y las condiciones asociadas, lo que faculta a los aseguradores comprar de manera inteligente a nombre de sus beneficiarios. Algunos ejemplos de estas herramientas se encuentran en el cuadro 11.

#### **Cuadro 11: Herramientas para aseguradores y prestadores en el sistema chileno**

La literatura señala que tanto aseguradores como prestadores deben contar con toda la gama de herramientas de contratación para que un esquema de seguros múltiples como el propuesto funcione y logre los objetivos planteados.

Entre otros, se menciona que las partes deben ser libres de incorporar en sus contratos elementos como: precios, mecanismos de pago, integración, uso de protocolos y guías clínicas, fomento de uso de prestadores preferentes, calidad de la atención, programas de manejo de enfermedades, manejo de listas de espera y formularios e incentivos para la prescripción racional de medicamentos.

En cuanto a los mecanismos de pagos los sistemas modernos utilizan una mezcla de éstos, según sea el tipo de servicio. Por ejemplo, los Grupos Relacionados de Diagnóstico se utilizan para financiar parte importante de la atención hospitalaria, pero también se usa el pago atado (*bundle payment*) para el tratamiento de ciertas condiciones de salud.

Fuente: Elaboración propia en base a Thomson et al. (2013), van de Ven et al. (2013), Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y Centro de Estudios Públicos (2017).

En la actualidad, tanto Fonasa como las Isapres enfrentan restricciones para contratar con los prestadores de salud. Así, en Fonasa se deben liberar aspectos como los límites de compras a proveedores privados (en la medida que se ajusten a su presupuesto), y la fijación de métodos de pago por ley. En las Isapres, se debe terminar la restricción de compra de servicios a hospitales y centros de salud estatales y, una vez instalado el nuevo esquema, evaluar la prohibición de integración vertical. Cuando existe selección de riesgo en mercados con una regulación pobre<sup>10</sup> la integración vertical se puede mal utilizar (van de Ven et al. 2007).

<sup>10</sup> En Chile no existe evidencia concluyente respecto de los efectos de la integración vertical (Pontificia Universidad Católica de Valparaíso 2012, Galetovic y Sanhueza 2013, Superintendencia de Salud 2013 y 2016c).

Sin embargo, en un esquema de seguros sociales donde existe compensación por riesgo y la competencia se basa en calidad y eficiencia, la integración vertical puede contribuir a la contención de costos, prevención y promoción de la salud. Por ello es relevante, como se señala más adelante, que exista monitoreo específico respecto de la competencia en salud, observando este tipo de alianzas y sus efectos.

## ii) Plan universal de salud

**Contenido.** Se deben definir los beneficios cubiertos y el estándar mínimo de éstos (como protocolos, calidad hotelera) y eventualmente, otras dimensiones del plan, como las condiciones de acceso y tiempos de espera (Baeza y Copetta 1999). Los servicios incluidos y los estándares exigidos dependerán de la cantidad de recursos que el país decida destinar a estos efectos. Dentro del grupo de países cuyos sistemas de salud se basan en seguros sociales con múltiples oferentes –Bélgica, Alemania, Israel, los Países Bajos, entre otros– algunos definen un presupuesto total según sean las prioridades de la sociedad. En los Países Bajos se estableció como regla que una proporción del Producto Interno Bruto se destinará a salud, ligándolo así al crecimiento del país.

Algunos ejemplos de los beneficios contenidos en los planes de salud en varios países se muestran en la tabla A1 en el anexo. Entre otros, destaca que todos cubren las consultas médicas y hospitalizaciones, así como la atención de urgencia, exámenes y medicamentos. Sin embargo, en lo que respecta a cuidados mentales y de largo plazo, la atención dental y transporte, existen ciertas exclusiones y condiciones. Las cirugías estéticas están exceptuadas en casi todos los casos.

Se plantea que los beneficios cubiertos estén exentos de copagos, para evitar los problemas que ellos generan (ver secciones 3 y 2.2), proponiendo como alternativa el uso de deducibles, según se explica más adelante.

Asimismo, si bien no se desarrolla en esta propuesta, se debe evaluar que el subsidio por incapacidad laboral sea financiado de manera separada del plan universal de salud, es decir, que no forme parte del contenido del plan.

Para determinar el contenido del plan se requiere, en primer lugar, contar con la capacidad real de estimar los verdaderos costos de éste, los que no necesariamente se relacionan con los precios de las prestaciones actuales. En este sentido es probable que no se cuente con información suficiente para determinarlos adecuadamente en una primera etapa, por lo que puede ser necesario un tiempo de ajuste donde ésta y otras tareas puedan ser realiza-

das. Algunas consideraciones y evidencia para Chile respecto a este costeo se presentan en el cuadro 12.

**Cuadro 12:** Consideraciones y evidencia para la estimación de los costos de un plan de salud en Chile

Es necesario tomar en cuenta que en Chile ya existen algunos antecedentes respecto de procesos de costeo. En primer lugar, el asociado a los servicios con Garantías Explícitas en Salud (GES), que ha sido criticado por su falta de transparencia (Banco Interamericano de Desarrollo 2014). A ello se suma que, en general, los hospitales estatales no cuentan con buenos procesos de tarificación y registro de información. Sin embargo, durante los últimos años se ha avanzado en este aspecto gracias a la implementación por parte de Fonasa de un piloto de pago en base a Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) (Vega 2015).

En cuanto al sector prestador privado, los antecedentes indican que existe varianza en los precios para una misma atención de salud entre diferentes centros de salud, pero también dentro de un mismo prestador, según quien sea la entidad o persona pagadora (Superintendencia de Salud 2016b).

Fuente: Elaboración propia.

En segundo lugar, se requiere contar con capacidades avanzadas de evaluación de tecnologías sanitarias (ETESA), en orden a incorporar al plan los tratamientos, medicinas, exámenes y cuidados, que sean más costo-efectivos. Actualmente, el Ministerio de Salud cuenta con un Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, creado en 2016<sup>11</sup>, que se encarga de: (i) generar y buscar evidencia para mejorar la toma de decisiones relativa a tecnologías en salud (preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación), por ejemplo, en las prestaciones con GES y en las del Fondo de Tratamientos de Alto Costo (Ley 20.850 de 2015), (ii) potenciar la ETESA en otros centros, así como la formación de capital humano en esta área y (iii) participar en redes internacionales de colaboración. Junto a este departamento existe la Comisión Nacional de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias, creada en 2012, que depende del Ministro de Salud y es integrada por miembros del mismo ministerio así como de otras instituciones estatales relacionadas con la salud<sup>12</sup> y del Ministerio de Hacienda. Esta debe diagnosticar y revisar la evolución de la ETESA en Chile y en otros países, fortalecer la institucionalidad y supervigilar la toma de decisiones que involucren ETESA.

Las propuestas que se han desarrollado en Chile en materia de ETESA buscan crear entidades (agencias) independientes del poder ejecutivo (Comisión Nacional de Evaluación de

<sup>11</sup> Este depende de la División de Planificación Sanitaria que, a su vez, depende de la Subsecretaría de Salud Pública.

<sup>12</sup> Instituto de Salud Pública, Fonasa, Central Nacional de Abastecimiento y Superintendencia de Salud.

las Tecnologías Sanitarias 2013, Espinoza et al. 2014). Habría acuerdo en avanzar en la creación de una nueva entidad, independiente y técnicamente robusta que pueda tomar las tareas asociadas a la evaluación de tecnologías sanitarias, considerando los aprendizajes del proceso de determinación de las prestaciones con GES (cuadro 13). Se plantea seguir en esta línea.

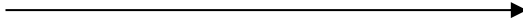
#### **Cuadro 13:** Lecciones del proceso de determinación de las prestaciones con GES

La experiencia chilena respecto de las prestaciones con GES deja algunas lecciones que deben ser consideradas. Por ejemplo, Vargas y Poblete (2008) señalan que si bien la costo-efectividad era uno de los criterios a considerar para la incorporación de servicios a ser garantizados, en la práctica primaron la carga financiera y las preferencias sociales. En la misma línea, se ha criticado en dicho proceso que los criterios no fueron suficientemente claros, explícitos y transparentes (Banco Interamericano de Desarrollo 2014, Infante y Paraje 2010).

Fuente: Elaboración propia.

**Cantidad de planes.** Si bien el contenido del plan universal de salud es único, se propone que cada aseguradora pueda contar con una determinada cantidad de planes acotada, que se diferenciarían por el nivel de los servicios (prestadores asociados). Por ejemplo, se pueden considerar 4 categorías de planes, donde la primera (Tipo 1) incluye servicios que cumplen con el estándar mínimo exigido y, por tanto, su prima es la más baja, y la cuarta (tipo 4) tiene el estándar y primas más altas (tabla 1). Acotar la cantidad de planes (así como su contenido) es otra medida que busca mejorar la información y la transparencia y así fomentar la competencia en base a calidad y eficiencia.

**Tabla 1:** Primas de los planes según nivel de los servicios (prestadores) y del deducible

Tipo de plan según nivel de los servicios (prestadores)	Deducible				
	Cero	Bajo	Medio	Alto	
Tipo 1	Primas 1.1	Primas 1.2	Primas 1.3	Primas 1.4	Prima aumenta según nivel de los servicios ↓
Tipo 2	Primas 2.1	Primas 2.2	Primas 2.3	Primas 2.4	
Tipo 3	Primas 3.1	Primas 3.2	Primas 3.3	Primas 3.4	
Tipo 4	Primas 4.1	Primas 4.2	Primas 4.3	Primas 4.4	
					
	Prima disminuye conforme aumenta el deducible				

Nota: En cada celda las primas son determinadas según el riesgo de cada persona. En la transición es posible que se requiera de alguna regulación respecto de estas primas, por ejemplo, estableciéndose bandas para acotar las diferencias.

Fuente: Elaboración propia.

**Deducibles.** Se propone establecer un número determinado de categorías de deducibles (por ejemplo 4), las que deben reflejarse en las primas. Es decir, las personas podrán optar por una prima más barata en cada tipo de plan, siempre y cuando paguen desde su bolsillo los gastos de salud (deducible) hasta cierto monto. Es importante que los deducibles estén asociados a los ingresos de las personas, para evitar incobrables que socaven la sustentabilidad del sistema. Por ejemplo, las personas de menores ingresos no podrán optar a las opciones con deducibles más altos.

Como se señaló previamente, el objetivo de los deducibles es disminuir el riesgo moral (cuadro 6) y selección adversa (cuadro 5). Éstos permiten asumir un mayor riesgo financiero a quienes no requieren de una cobertura tan alta y están en condiciones de pagar el deducible (van Kleef et al. 2006). De todas maneras, algunos servicios podrían ser excluidos del cálculo de este deducible con el objeto de incentivar su uso (por ejemplo, las preventivas, o aquellas que requieren de control constante, entre otros).

**Primas de los planes.** Las primas de los planes son definidas por cada aseguradora, según el nivel de los servicios incluidos (asociado a diferentes redes de prestadores), el monto del deducible y el riesgo de cada persona. Por lo tanto, para el plan tipo 1 habrá 4 opciones de deducible (tabla 1), lo mismo para el tipo 2, 3 y 4. La prima de cada persona, una vez elegido el tipo de plan y el deducible, dependerá también de su riesgo (ello debe ser también regulado, en orden a que sea transparente y considere sólo las variables que se determinen

aceptables para estos efectos). Para asegurar la asequibilidad, como se explica a continuación, se propone entregar subsidios ajustados por riesgo a cada persona, es decir, aquellos de mayor riesgo recibirán más recursos que aquellos de menor riesgo, que sirven como abono para el pago de la prima. Así, el monto de bolsillo desembolsado por cada persona es la diferencia entre la prima (que dependerá del plan elegido) y el mencionado subsidio.

De todas maneras, en una primera etapa es posible que sea necesario regular la prima asociada a cada categoría mediante el establecimiento de bandas, para posteriormente, ir relajando estas regulaciones, según se detalla más adelante.

### **iii) Subsidios ajustados por riesgo (compensación por riesgo)**

Se asignarán subsidios ajustados por el riesgo de salud de cada persona, es decir, por el gasto esperado en salud de cada persona considerando el plan universal de salud básico, es decir, tipo 1 (tabla 1). Estos subsidios constituyen un “abono” para que cada individuo pueda comprar un plan de salud (figura 1). Lo anterior es fundamental para asegurar asequibilidad y que el financiamiento sea acorde con los gastos de cada persona, de manera de fomentar la competencia por calidad y reducción de costos, evitando comportamientos no deseados, como la selección de riesgo (cuadro 14).

La literatura y evidencia (Ellis et al. 2008, Henríquez et al. 2016, Superintendencia de Salud 2017, van de Ven 2011, van de Ven y Schut 2011, van Kleef et al. 2013) recomiendan que: (i) los subsidios se entreguen en su gran mayoría *ex ante* o de manera prospectiva, aunque ello no obsta a que existan mecanismos *ex post* para ciertos casos y durante el periodo de ajuste del mecanismo de compensación, (ii) el método de cálculo de los gastos esperados de cada persona (llamado ajuste de riesgo) se base en modelos de regresión, y (iii) se usen como ajustadores del gasto (variables explicativas), aquellas para las cuales se quiere que haya subsidios cruzados que, en general, son las de tipo sociodemográficas (como sexo, edad, nivel de ingresos), pero sobre todo las relativas al estado de salud o de morbilidad (como diagnósticos, indicadores de discapacidad).

**Cuadro 14:** Importancia de la compensación por riesgo

La compensación por riesgo consiste en la entrega de subsidios a los consumidores o a los seguros, para cubrir los gastos de salud de cada beneficiario. Si una aseguradora tiene muchos afiliados de alto riesgo (enfermos crónicos o personas mayores), cuya probabilidad de requerir servicios de salud es más alta (y entonces también su gasto esperado), recibirá más recursos que las demás.

Un mecanismo de compensación por riesgo adecuado es una condición esencial (pero no la única) para tener mercados de seguros y de prestadores de salud competitivos, con libre afiliación y primas reguladas. Elimina los incentivos a la selección por riesgo (Cuadro 5) al suprimir las potenciales ganancias de las aseguradoras de seleccionar a los “más baratos”, y no distorsiona la competencia. Más aún, promueve el acceso y asequibilidad (posibilidad de pago) a cobertura adecuada en salud, así como también la eficiencia, dado que la competencia entre aseguradores se basa en la calidad del cuidado de la salud entregada (incentivando la innovación, reducción de costos en base a estrategias de compra, de atención y de prevención en salud, fomenta una mayor sensibilidad a las necesidades y preferencias de sus beneficiarios).

Fuente: Elaboración propia en base a Beck et al. (2003), Paolucci et al. (2006), Oliver (1999), Rice y Smith (2001), van de Ven y Schut (2011).

**Evidencia para Chile.** Henríquez et al. (2016) evalúan el modelo utilizado actualmente en Chile para compensar por los servicios con GES en las Isapres. Sus resultados indican que el actual método (basado en un modelo de celdas y que considera como variables de ajuste sólo edad y género), logra explicar menos de 1% del gasto en prestaciones con GES de los individuos. Lo anterior, sumado a que la proporción que representan dichos servicios del gasto total en Isapres es de apenas 6,7%, implica que no debieran esperarse efectos importantes de la actual compensación, en cuanto a desincentivar la selección de riesgo. Es decir, el fondo de compensación no estaría cumpliendo su objetivo. Esta conclusión es compartida por otros trabajos (Superintendencia de Salud 2007 y 2017, Ellis et al. 2008).

Los autores también desarrollan un modelo para Chile (utilizando datos administrativos para Isapres) que logra explicar casi 30% del gasto, desempeño similar al de modelos más sofisticados en otros países (van Kleef et al. 2013, Buchner et al. 2013). Ello responde a que el modelo propuesto: (i) se aplica a todas las prestaciones entregadas por las Isapres, (ii) utiliza un método de ajuste más avanzado (regresiones) y (iii) incorpora variables asociadas al estado de salud para Chile –desarrolladas en base a diagnósticos de egresos hospitalarios por médicos chilenos, así como otras sociodemográficas (Henríquez et al. 2016). Este trabajo demuestra que es posible –e incluso otorga las bases para– implementar un esquema de compensación por riesgo adecuado en Chile para todos los aseguradores en el mediano



plazo. Sin embargo, se requiere avanzar en la recolección y sistematización adecuada de estos datos para los beneficiarios de Fonasa.

#### iv) Financiamiento del esquema de seguro obligatorio

El financiamiento de un esquema de este tipo puede realizarse de diferentes maneras, según sea la factibilidad política y técnica, así como la disposición de allegar recursos para solidarizar riesgos e ingresos. En general, en los países con seguros sociales de salud la fuente de financiamiento más frecuente es la seguridad social (contribuciones salariales), pero también hay aportes estatales y gasto de bolsillo. En la tabla 2 se presentan los porcentajes de contribución salarial, de aporte del Estado y de gasto de bolsillo asociados al gasto en salud, para un grupo de países que cuentan con seguros sociales en salud.

**Tabla 2:** Fuentes de financiamiento y su contribución en el financiamiento total de salud en diferentes países

País	Gasto en salud (% según fuente)			Seguridad social (% contribuciones salariales)		Gasto salud / PIB (%)
	Aporte go- bierno	Seguridad social	Gasto de bolsillo	Empleador	Empleado	
Alemania	5,5	69,7	13,5	7,3	8,2	11,0
Bélgica	11,4	66,4	17,9	34(*)	13(*)	10,2
Israel	16,2	47,1	23,3	3,45 - 7,5(**)	3,5 - 12(**)	7,5
Países Bajos	7,2	80,4	5,3	6,65	-	11,1

(\*) En Bélgica las contribuciones para las diferentes áreas que forman parte de la seguridad social (seguro de salud, seguro de discapacidad, pensiones, desempleo, seguro para accidentes y enfermedades laborales, subsidios familiares) se recolectan de manera conjunta, por lo que no es posible identificar qué proporción de los salarios se destina a salud. Además, varía según el número de empleados de cada empresa, por lo que la cifra es aproximada.

(\*\*) En Israel depende del ingreso de cada persona, por lo tanto, puede variar entre los rangos establecidos.

Fuente: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (2017) y KPMG (<https://home.kpmg.com/xx/en/home.html>).

Respecto a la organización del financiamiento, ésta puede variar. Por ejemplo, en los Países Bajos cada persona paga una prima plana a las aseguradoras (que financia aproximadamente el 50% de los costos del plan básico de salud). Además, los empleadores aportan una

contribución salarial de 6,65% (los trabajadores independientes aportan un 5,4%)<sup>13</sup> a un fondo que luego distribuye dichos recursos a las aseguradoras según el riesgo de sus beneficiarios. Lo anterior se complementa con subsidios estatales y deducibles. Es importante mencionar que también existe un seguro obligatorio para cuidado de largo plazo que también se financia con contribuciones salariales –9,65% en 2015– (Kroneman et al. 2016). En Alemania la contribución salarial fijada por el gobierno es de 14,6%, distribuida entre el empleador y el trabajador (tabla 2). Además, existe una prima adicional variable que es determinada por cada asegurador (cuando no alcanza con la contribución legal) y es pagada por cada trabajador. Sumando todo, la contribución promedio por trabajador pasó de 8% de su salario en los años 70 a más de 15% en 2015. A ello se suman aportes del Estado desde impuestos generales (Buchner 2017).

El mecanismo de financiamiento propuesto se basa en las fuentes que actualmente se utilizan en Chile –contribuciones salariales, subsidios estatales y aportes de las personas– para favorecer su viabilidad. Si bien en teoría una alternativa más eficiente y solidaria es utilizar sólo subsidios estatales (tabla 3), ello parece menos factible porque requeriría incrementar dichos impuestos (o reducir el presupuesto de otra política pública de manera importante), lo que no parece recomendable ni factible dado que Chile acaba de enfrentar una reforma tributaria el año 2016.

**Tabla 3:** Ventajas y desventajas de las diferentes fuentes de financiamiento para generar solidaridad

Fuentes	Ventajas	Desventajas
Contribuciones salariales	<p>Mayor facilidad para implementación.</p> <p>Mayor transparencia, más explícito y mayor claridad en relación con uso de recursos.</p> <p>Involucramiento de empleadores en la salud.</p>	<p>Puede afectar mercado laboral.</p> <p>Resistencia de parte de actores del sector privado de salud.</p> <p>Requieren mayor fiscalización para asegurar recaudación.</p>
Impuestos generales	<p>Mayor base para gravar (ingresos + capital).</p> <p>En teoría es más progresivo (solidario) dado la mayor base (en Chile el capital está acumulado en el primer decil de ingresos).</p>	<p>Requiere aumento de impuestos.</p> <p>La Constitución prohíbe que los tributos estén afectos a un destino determinado (artículo 19° numeral 20).</p>

Fuente: Elaboración propia. Decreto 100 de 2005.

<sup>13</sup> En ambos casos existe un límite de salario sobre el cual se pagan estas contribuciones.

Se plantea entonces que el financiamiento esté compuesto por: (i) contribuciones salariales (de trabajadores y pensionados), (ii) gasto de bolsillo (para deducibles y diferencia entre el valor de la prima y los subsidios ajustados por riesgo (figura 1)) y, (iii) aporte fiscal (impuestos generales) que cubra a quienes contribuyen poco o no lo hacen (personas que no trabajan, como menores de edad, indigentes, y aquellos de bajos recursos), como ocurre en otros países con esquemas similares. Asimismo, se propone establecer que dicho aporte esté relacionado con el ingreso del país, para ajustarse a la realidad de crecimiento.

Dado que se plantea financiar el esquema en una parte importante con contribuciones salariales, y que en Chile la informalidad aún es importante en el mercado laboral –y los datos muestran un aumento de los trabajadores independientes<sup>14</sup>– parece relevante establecer incentivos a declarar sus ingresos a quienes tienen ocupaciones en estas categorías.

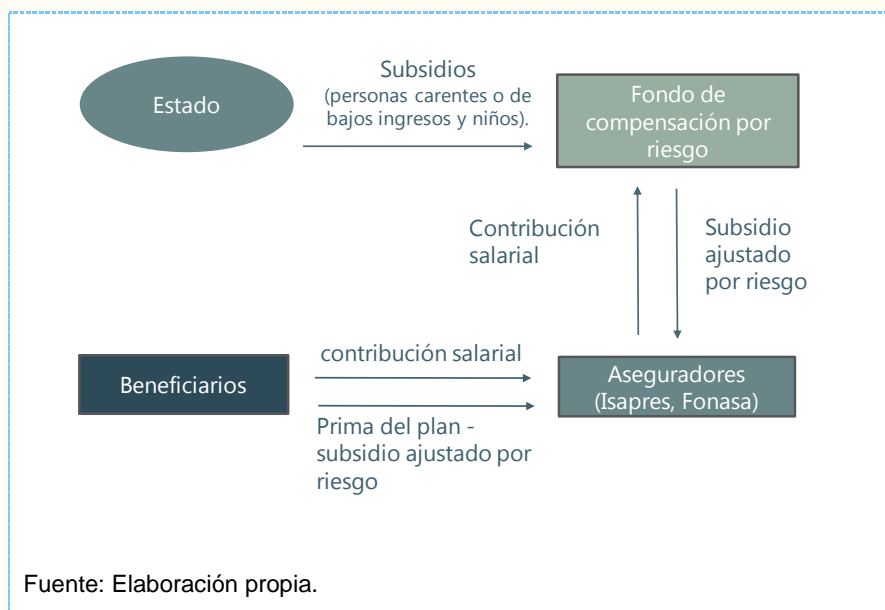
En una línea similar, se propone estudiar la incorporación de los empleadores en este esquema, como ocurre en los Países Bajos, Alemania, Bélgica (Kroneman et al. 2016, Busse y Blümel 2014, Gerken y Mercur 2010).

**Funcionamiento** (figura 1). Como se mencionara, se propone que el fondo de compensación por riesgo recolecte los recursos que se usarán para asignar los subsidios, los que provienen del Estado (subsidios) y de las contribuciones salariales. Este fondo otorgaría a cada persona un monto ajustado a su riesgo para financiar el plan universal de salud tipo 1 (tabla 2). Cada persona elige su plan de salud y usa como abono el subsidio recibido por parte del fondo. De esta manera, el gasto de bolsillo financia la diferencia entre la prima y el subsidio por riesgo. Existen varias formas de organizar el financiamiento en un esquema como el propuesto. Por ejemplo, las contribuciones salariales podrían ser recolectadas por las aseguradoras o los subsidios por riesgo entregarse directo a las aseguradoras (figura 2).

**Otros subsidios.** Es importante evaluar, al menos para las primeras etapas, la necesidad de otorgar subsidios al pago de bolsillo, para aquellos carentes y de bajos recursos.

---

<sup>14</sup> Datos disponibles en la página web del Instituto Nacional de Estadísticas, [www.ine.cl](http://www.ine.cl).

**Figura 2:** Esquema alternativo del financiamiento del nuevo esquema

#### v) Mecanismos de protección al consumidor, defensa de la libre competencia y fomento de la calidad y seguridad en salud

Considerando las dificultades de los mercados de seguros de salud, así como la evidencia y requisitos para el buen funcionamiento de esquemas de seguros como el propuesto (sección 4.3), se requiere desarrollar las siguientes funciones: (i) defensa de la libre competencia, (ii) aseguramiento de la calidad y seguridad (en relación con medicamentos, servicios médicos, etc.), (iii) generación de información, y (iv) regulación/validación/revisión de precios.

**Promoción de la competencia.** En Chile existe una única entidad encargada de defender y promover la libre competencia para todos los ámbitos, la Fiscalía Nacional Económica. Para ello monitorea permanentemente los mercados mediante investigaciones y análisis en orden a evitar prácticas anti competitivas. Existe también un tribunal especializado, el Tribunal de Defensa de la Libre Competencia (TDLC), encargado de resolver, sancionar, dictar instrucciones generales y proponer cambios en las normas que se estimen contrarias a la libre competencia.

Dado que el sector salud y los mercados asociados a éste presentan fallas asociadas a la información (riesgo moral, selección adversa y su complejidad), a la miopía de los consumidores y a la existencia de externalidades, entre otros (Bar 2002, Velasco 2014), hay países que han optado por contar con instituciones que se dediquen a defender y promover la

competencia específicamente en esta área (como los Países Bajos). Se propone desarrollar capacidades especializadas en salud en el ámbito de la libre competencia, ya sea mediante una unidad diferente en la Fiscalía Nacional Económica y en el TDLC, o mediante la creación de una nueva. Dentro de sus funciones, está el evitar fusiones anti competitivas y carteles, así como cualquier abuso de posición dominante (van de Ven et al. 2013) y contar con mecanismos de resolución de disputas entre aseguradores y prestadores y otros participantes de los mercados de salud.

**Aseguramiento de la calidad y seguridad.** Las funciones referidas al aseguramiento de la calidad y la seguridad en salud se encuentran repartidas en diferentes instituciones actualmente en Chile. En primer lugar, la Superintendencia de Salud (organismo que cuenta con personalidad jurídica y patrimonio propios), tiene como misión proteger y promover los derechos en salud de las personas, con relación a Fonasa, Isapres y prestadores. En particular, acredita (autoriza) a los prestadores que proveen servicios de salud garantizados y genera información sobre reclamos a los aseguradores y prestadores, así como resultados de encuestas de percepción. En segundo lugar, está el Instituto de Salud Pública (servicio público que depende del Ministerio de Salud para aprobar sus políticas y para su supervisión), quien autoriza, supervisa y fiscaliza a todos los laboratorios, controla la calidad de medicamentos, alimentos de uso médico y otros productos sujetos a control sanitario, y elabora productos biológicos, entre otros. Finalmente, el Ministerio de Salud es quien genera las guías clínicas y protocolos asociados a determinados tratamientos, que buscan asegurar que los servicios entregados cuenten con un estándar mínimo de calidad y seguridad.

Como se aprecia, el aseguramiento de la calidad y seguridad se realiza sólo *ex ante*, aunque en algunos casos se fiscaliza que se sigan cumpliendo las condiciones que dieron origen a dichas acreditaciones, autorizaciones, habilitaciones. Pero no existen revisiones o certificaciones relativas a los resultados.

No es evidente que todas las funciones asociadas al aseguramiento de la calidad y seguridad deban reunirse en una misma entidad, ni que se deba crear una nueva institución a cargo de éstas. Sin embargo, se recomienda que dichas funciones no sean ejercidas por entidades que están a cargo de otras materias, como, por ejemplo, la Superintendencia de Salud. La acreditación y certificación entonces deberían ser ejercidas por una organización diferente.

**Más y mejor información.** En general la información es escasa y de baja calidad en el sector salud. Ya se mencionó que existen muchos planes de salud y su comparación es muy

compleja. Tampoco existe buena información sobre precios de medicamentos y su efectividad (hace unos años se comenzó a promocionar y exigir ciertos requerimientos respecto del uso de genéricos y bioequivalentes). Finalmente, en relación con los prestadores y aseguradores, si bien existen acreditaciones a los prestadores, no hay información sobre sus resultados en salud o su calidad. Sólo se cuenta con las encuestas de percepción y los registros de reclamos de usuarios de la Superintendencia.

Se plantea que, si no se le entrega a una entidad independiente esta labor, sea entonces el Ministerio de Salud quien genere la información necesaria respecto del desempeño, calidad, precios y otros aspectos, tanto de aseguradores y prestadores, como de medicamentos y otros bienes o servicios relevantes asociados a salud. Con ello se fomenta una toma de decisiones adecuada por parte de todos los actores que participan de este sector, estimulando la competencia por calidad. Por ejemplo, mediante un observatorio de precios de planes (y de medicamento), donde se puedan comparar planes de salud con sus respectivas características (prestadores, deducibles) y primas. La Cuenta de alto costo en Colombia es un ejemplo interesante que observar<sup>15</sup>. En particular, los efectos que la información sobre resultados en salud ha generado en cuanto a la promoción de la gestión del riesgo por parte de las aseguradoras.

**Regulación/validación de precios.** Respecto de la regulación de precios, no existen autoridades a cargo de ello, sin embargo, la Superintendencia de Salud debe supervisar que los aumentos de primas de los planes de salud se ajusten a la normativa legal. Como fuese mencionado previamente, uno de los problemas que aquejan al sector de seguros en salud es que los tribunales han fallado a favor de todos los usuarios que demandan a su Isapre cuando éstas incrementan anualmente las primas (siendo esto último legal). En un esquema como el propuesto, es importante que exista una autoridad que esté revisando y validando los aumentos de las primas, que podría ser la misma Superintendencia, lo que implica desprenderse de las demás funciones que ejerce (p.e. aseguramiento de la calidad) entregándolas a otras entidades. La *Independent Hospital Pricing Authority* en Australia, es un caso que podría ser estudiado. Dicha entidad es una agencia gubernamental independiente que, entre otros, genera modelos de precios que buscan determinar cuánto se paga para tratar a un paciente promedio, así como los factores que incrementan los costos<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> <https://cuentadealtocosto.org/site/>.

<sup>16</sup> <https://www.ihpa.gov.au/>.

## 4.5 La transición

Se plantea ir avanzando hacia el esquema integrado de seguros sociales de salud con múltiples oferentes como el descrito, mediante su implementación por etapas. Si bien esto puede realizarse de diferentes maneras, a continuación se presenta una descripción de una alternativa que considera tiempos de ajuste y normalización de los diferentes componentes, pero que sin duda no es la única.

### i) Primera etapa: marcha blanca, preparación y ajustes

Se plantea que la primera etapa consista en un piloto o marcha blanca del nuevo esquema, que puede durar alrededor de dos años, donde los principales elementos comenzarían a funcionar en la sombra, es decir, sin efectos reales, pero que sería obligatorio para todos de ir “simulando”. Ello permitiría preparar a los diferentes actores para su integración en el nuevo modelo y para recopilar la información necesaria y así realizar los ajustes que se requieran para cuando comience a funcionar. A continuación, se detallan los puntos más relevantes.

- **Condiciones de participación.** La primera medida es determinar la obligatoriedad para todos los aseguradores, incluyendo a Fonasa, de ofrecer el plan universal de salud. Cada persona debe poder elegir el plan (red de prestadores y deducible asociado) y la aseguradora. También se requiere desarrollar las demás condiciones para que tanto aseguradores, como prestadores y beneficiarios puedan participar en igualdad de condiciones.

**Normalización de Fonasa.** Durante este tiempo Fonasa debe trabajar en determinar el costo de otorgar el plan universal de salud, para posteriormente fijar primas a sus planes. Para ello, se propone que lleve una contabilidad separada, o desarrolle sus propios estudios para establecer el costo de proveer dicho plan. Se deben liberar las restricciones relativas a límites a compras a privados (actualmente se le prohíbe utilizar más de 10% del presupuesto para la Modalidad Institucional en compras a prestadores privados para dicha modalidad), la fijación de métodos de pago por ley y, especialmente, la obligación de Fonasa de finan-

ciar a los prestadores estatales<sup>17</sup>, así como otros aspectos que limitan la capacidad de negociación de Fonasa. Este último debe funcionar como un asegurador.

**Igualación de condiciones para aseguradores privados.** En la misma línea que para el caso de Fonasa, todas las aseguradoras que participen de este nuevo esquema, sean Isapres, mutualidades o compañías de seguro, deben poder establecer contratos libremente con los prestadores. En esta primera etapa, se debe liberar la restricción de compra de servicios desde aseguradores privados a prestadores estatales.

**Participación de prestadores estatales.** En la actualidad los prestadores estatales no participan en igualdad de condiciones que los prestadores privados. Por lo tanto, es importante en esta etapa revisar su gobernanza, atribuciones y funciones, para modificar los aspectos que puedan estar dificultando una adecuada gestión. La propuesta de reforma a los prestadores estatales de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y Centro de Estudios Públicos (2017) realiza un diagnóstico y plantea medidas para avanzar en esta materia (cuadro 15).

#### **Cuadro 15.** Una propuesta para fortalecer los prestadores estatales y el rol asegurador de Fonasa

Esta propuesta plantea separar del Ministerio de Salud la prestación de servicios de salud estatales. Se propone que un consejo independiente monitoree el desempeño de dichos proveedores y, según sean los resultados, el consejo nombra y remueve a los gobiernos superiores de los Servicios de Salud y/o de los prestadores estatales de salud. Los miembros que integrarían este nuevo órgano deberán ser nombrados por mecanismos que aseguren su calidad técnica e independencia del ciclo político.

Asimismo, se propone fortalecer las capacidades de gestión, así como la gobernanza de los prestadores mismos (hospitales y centros de salud estatales), avanzando en mayor independencia y herramientas para una adecuada administración, mediante su transformación en corporaciones, empresas públicas u otro régimen que permita un funcionamiento adecuado.

En este contexto, se sugiere fortalecer el rol asegurador de Fonasa, convirtiéndolo en una entidad autónoma (podría contar con un directorio independiente que nombre al director ejecutivo), técnica y dissociada del ciclo político, que canalice todos los recursos y que pueda contar con las mismas herramientas que los aseguradores privados.

Fuente: Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y Centro de Estudios Públicos (2017).

<sup>17</sup> La norma que regula a Fonasa establece en su artículo 50 lo siguiente “financiar en los mismos términos, la adquisición de los equipos, instrumental, implementos y otros elementos de infraestructura que requieran los establecimientos públicos que integran el Sistema” (Decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud).



- **Plan universal de salud.**

**Contenido.** Se define un plan de salud acotado, por ejemplo, que cubra todos los gastos hospitalarios. Asimismo, una de las condiciones es que dichos servicios sean entregados por una red de prestadores definida previamente por cada asegurador. Al mismo tiempo, se realiza un costeo real de otorgar los servicios contenidos en el plan universal de salud por parte de la entidad rectora, en este caso el Ministerio de Salud.

**Primas.** En esta primera fase se propone que cada aseguradora establezca las primas asociadas a los planes de salud. Determinar los potenciales costos de un plan del tipo propuesto, con deducibles, red cerrada de prestadores, y cómo esto se traduce en precios y primas es algo que se desconoce *a priori*. Ello requiere de una búsqueda y recolección, así como de análisis de información, para adecuarse a estos cambios y así comenzar a funcionar en la etapa siguiente.

- **Financiamiento.** Una vez determinado el valor del plan universal de salud, se establece el costo total de disponer de éste para toda la población. Con ello entonces es posible calcular las contribuciones salariales y el aporte fiscal requeridos. Con esa información se deben establecer los subsidios ajustados por riesgo. En particular, se requiere lo siguiente:

**Fondo de compensación y subsidios ajustados por riesgo.** Determinar el total de recursos que contendría el fondo de compensación, integrado por las contribuciones salariales de todo el país, más el aporte del Estado para las personas sin ingresos y con bajos ingresos. Calcular los subsidios ajustados por riesgo y simular su entrega a cada beneficiario.

**Ajuste de riesgo.** Se requiere mejorar el mecanismo actual de ajuste de riesgo usado en las prestaciones con GES. Se propone avanzar tomando en cuenta las recomendaciones que existen (Ellis et al. 2008, Henríquez et al. 2016, Superintendencia de Salud 2007 y 2017): (i) utilizar métodos de regresión para el ajuste de riesgo (método de estimación de los gastos de salud), (ii) agregar variables relativas a los diagnósticos de los egresos hospitalarios y, (iii) incluir todos los servicios del plan universal de salud.

Es importante que en esta misma etapa se comience a registrar y recolectar la información sobre consumo de medicamentos y diagnósticos ambulatorios, entre otros, para ir refinando el mecanismo de ajuste de riesgo más adelante.

**Mecanismos de ajuste ex post.** Considerando que en esta primera etapa es probable que no se cuente con un esquema de compensación suficientemente refinado, se deben mode-

lar y simular sistemas de compensación *ex post* o topes al gasto (*stop loss*) para las aseguradoras que tengan gastos fuera de lo esperado. Estos deben diseñarse de forma tal que no fomenten ineficiencias asociadas a pagos retrospectivos.

- Defensa de la libre competencia, aseguramiento de la calidad y seguridad (en relación con medicamentos, servicios médicos, etc.), generación de información, y regulación y validación de precios. En esta etapa se deben realizar los ajustes, al menos en relación con las instituciones existentes, para que cuando empiece a operar el nuevo esquema se cuente con estas funciones.

## ii) Segunda etapa: puesta en marcha del nuevo esquema

En esta segunda etapa, se supone que Fonasa y las aseguradoras ya tienen más información respecto del costo del plan de salud y del funcionamiento del nuevo esquema. Por lo tanto, éste ya puede comenzar a funcionar. Corresponde unificar las condiciones para todos los participantes, garantizando, por una parte, que las aseguradoras cuentan con las herramientas adecuadas para comprar de manera inteligente en nombre de sus beneficiarios y, por otra, que los prestadores estén en condiciones de negociar adecuadamente con las aseguradoras.

Asimismo, se debe establecer un itinerario de incorporación de las personas a este nuevo esquema, que sea aceptable legalmente. Por ejemplo, haciéndolo obligatorio sólo para los nuevos entrantes y luego de un tiempo, para las demás personas.

Principalmente se esperan cambios en los siguientes aspectos:

- **Condiciones de participación.**

**Aseguradores.** En esta etapa las condiciones de participación básicas para las aseguradoras, como contar con un plan universal de salud, libre afiliación, entre otros, comienzan a ser exigibles. Es importante que Fonasa, pueda disponer de todos los recursos asociados al plan universal de salud de sus beneficiarios y que pueda determinar los métodos de pago y condiciones de contratación con los prestadores de salud. Se plantea que pueda refinar el mecanismo de financiamiento a hospitales, dejando atrás el pago por prestaciones e histórico, y avanzando en mayor medida a otros más eficientes que apunten a resolver un problema de salud completo, como es el pago por Grupos Relacionados de Diagnósticos, que ya se han piloteado en Fonasa (Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y Centro de Estudios Públicos 2017, Vega 2015, Riesco 2015). En etapas posteriores se puede consi-

derar la introducción de pagos por desempeño u otros que promuevan eficiencia, calidad y productividad.

**Contratos por defecto.** Considerando lo anterior, se propone definir contratos por defecto entre aseguradores y prestadores. En estos contratos se establecen condiciones mínimas, en cuanto a los requisitos, precios referenciales, entre otros, para el plan universal de salud definido (en orden a evitar comportamientos inadecuados, como *upcoding*<sup>18</sup> u otros). Por ejemplo, pueden incorporar mecanismos eficientes de pago a prestadores, que ayuden al control de costos, como los mencionados previamente.

- **Plan universal de salud.**

**Contenido.** En esta etapa ya se cuenta con información del costo del plan de salud, por lo que los servicios incluidos y los estándares mínimos de calidad y seguridad deben estar especificados, según los criterios que el país haya definido como relevantes.

**Primas.** Cada aseguradora debe decidir las primas de sus planes, según el tipo de prestador, el nivel de deducible y el riesgo de las personas (según las variables que se determinen pertinentes). Se propone que en esta primera etapa de operación del esquema se establezcan bandas o límites para las primas. En la medida que haya un mayor grado de satisfacción con el esquema de subsidios ajustados por riesgo, se puede relajar la regulación asociada a las primas, para así eliminar los incentivos a la selección por riesgo (cuadro 5).

- **Financiamiento.**

**Subsidios ajustados por riesgo.** En esta etapa se entregan subsidios a todas las personas que participan del nuevo esquema.

**Ajuste de riesgo.** El ajuste de riesgo (mecanismo de cálculo de gastos) debe ser mejorado incorporando información que se haya logrado levantar en la etapa previa. Al menos se debe poder utilizar la relativa a diagnósticos hospitalarios y a características sociodemográficas. En la medida que se vaya avanzando en la recolección de información sobre diagnósticos ambulatorios (enfermos crónicos), consumo de medicamentos, etc., se debe ir refinando y mejorando el método de cálculo. Al mismo tiempo se debe seguir trabajando en el registro de la información faltante (invalidez, uso de aparatos o dispositivos médicos).

---

<sup>18</sup> Se refiere al acto fraudulento de reportar un servicio o procedimiento de más alto nivel o un diagnóstico más complejo del que corresponde, generalmente, con el objetivo de recibir más recursos.

- Defensa de la libre competencia, aseguramiento de la calidad y seguridad (en relación con medicamentos, servicios médicos, etc.), generación de información, y regulación y validación de precios. En esta etapa estas funciones deben estar operativas en las instituciones que se decida deben quedar alojadas dichas atribuciones. Por ejemplo, se debe contar ya con la unidad/autoridad especializada que vele por la competencia, que pueda monitorear los mercados y el cumplimiento de las regulaciones pro-competencia, así como resolver disputas entre aseguradores y prestadores.

### iii) Tercera etapa: Evaluación, ajustes y perfeccionamientos

- **Plan universal de salud.** En esta etapa se debe evaluar el funcionamiento del plan de salud, en orden a realizar modificaciones a su contenido y relajar las regulaciones referidas a sus primas, para permitir la tarificación por riesgo.
- **Financiamiento.** Continuar con mejora de ajuste de riesgo, introduciendo variables nuevas, como invalidez (basados en información de encuestas), así como respecto del uso previo de aparatos médicos. Asimismo, se debe evaluar la necesidad de seguir utilizando mecanismos de compensación *ex post* o reaseguros, en la medida que el ajuste de riesgo logra niveles de refinamiento suficientes.
- **Defensa de la libre competencia, aseguramiento de la calidad y seguridad (en relación con medicamentos, servicios médicos, etc.), generación de información, y regulación y validación de precios.** Idealmente se debe contar en esta etapa con un esquema de aseguramiento de la calidad más avanzado, particularmente en lo que tiene que ver con evaluación e información de resultados sobre la calidad de los prestadores y aseguradores y uso de la misma para promover una mejor gestión, así como las mejores prácticas.

## 5. Comentario final

La propuesta planteada busca responder a los déficits actuales del sistema de seguros de salud, basándose en los elementos que ya existen actualmente. En este sentido, se combinan elementos de la teoría y evidencia respecto de lo que funciona a nivel de seguros, considerando la organización actual del sistema de seguros de salud en Chile. Con ello se busca que el modelo planteado sea a la vez eficiente en solucionar los problemas actuales de asequibilidad, de falta de acceso, de selección, entre otros, pero también sustentable. La liber-

tad de elección combinada con subsidios ajustados por riesgo y la estandarización del contenido del plan: (i) permite que las personas puedan elegir su plan de salud, incluso aquellos de alto riesgo (gasto esperado), (ii) fomenta la competencia por calidad y precio, así como la reducción de costos, (iii) inhibe los incentivos a la selección de personas según su riesgo en salud y, (iv) simplifica el trabajo desde la perspectiva de la libre competencia, puesto que se evita regular en demasía.

Se espera que este trabajo pueda contribuir con elementos que alimenten la discusión respecto de cómo abordar de manera definitiva los desafíos asociados al esquema actual de aseguramiento en salud.

## 6. Referencias y bibliografía consultada

- Asociación de Aseguradores de Chile A. G., 2016, 'Boletín estadístico salud y vida 2006- 2015', Disponible en: <http://portal.aach.cl/Estudios.aspx?M=7yT=Boletines%20Estad%C3%ADsticos>
- Armstrong, J., Paolucci, F., McLeod, H. y Van de Ven, W., 2010, 'Risk equalisation in voluntary health insurance markets: A three country comparison', *Health Policy*, 98(1), 39-49.
- Baeza, C. y Copetta, C., 1999, 'Análisis conceptual de la necesidad y factibilidad de introducir mecanismo de ajuste de riesgo en el contexto de portabilidad de los subsidios públicos en el sistema de seguros de salud en Chile', Claiss.
- Bakx, P., Chernichovsky, D., Paolucci, F., Schokkaert, E., Trottmann, M., Wasem, J. y Schut, F., 2015, 'Demand-side strategies to deal with moral hazard in public insurance for long-term care', *Journal of health services research & policy*, 20(3).
- Banco Interamericano de Desarrollo, 2014, 'Planes de beneficios en salud de América Latina', en U. Giedion, R. Bitrán y I. Tristao (eds), División de Protección Social y Salud.
- Baltussen, R., Youngkong, S., Paolucci, F. y Niessen, L., 2010, 'Multi-criteria decision analysis to prioritize health interventions: Capitalizing on first experiences', *Health Policy*, 96(3), 262-264.
- Barr, N., 2003, *The welfare state as piggy bank*, Oxford: Oxford University Press.
- Beck, K., Spycher, S., Holly, A. y Gardiol, L., 2003, 'Risk adjustment in Switzerland', *Health Policy*, 63-74.
- Boletín N° 8105-11, *Modifica el Sistema Privado de Salud, incorporando un plan garantizado*, obtenido de [https://www.camara.cl/pley/pley\\_detalle.aspx?prmID=8504](https://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=8504)
- Buchner F., 2017, 'Health insurance in Germany', presentación en School of Business and Governance, Universidad de Murdoch, Perth, Australia.
- Buchner, F., Geopffarth, D. y Wasem, J., 2013, 'The new risk adjustment formula in Germany: implementation and first experiences', *Health Policy*, 253-262.
- Busse, R. y Blümel, M., 2014, 'Germany health system review', *Health Systems in Transition*, 16(2).

- Butelmann, A., Duarte, F., Nehme, N., Paraje, G. y Vergara, M., 2014, 'Tratamiento para un enfermo crítico. Propuestas para el sistema de salud chileno', *Informe de políticas públicas N°4*, Espacio Público.
- Castillo-Laborde, C. y Villalobos, P., 2013, 'Caracterización del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada a dos sistemas de protección', *Revista Médica de Chile*, 141(11), 1456-1463.
- Cid, C., Torche, A., Bastías, G., Herrera, C. y Barrios, X., 2013, 'Bases para una reforma necesaria al seguro social de salud chileno', en *Propuestas para Chile*, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuestas de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado, 2014, 'Informe Final', Gobierno de Chile.
- Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2013, 'Propuesta de un modelo de implementación e institucionalización de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Chile', Ministerio de Salud.
- Connelly, L. B., Paolucci, F., Butler, J. R. G. y Collins, P., 2010, 'Risk equalisation and voluntary health insurance markets: The case of Australia', *Health Policy*, 98(1), 3-14.
- Cutler, D. y Zeckhauser, R., 2000, 'The anatomy of health insurance', en A. J. Culyer y J. P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*, primera edición, volumen 1, Elsevier.
- Decreto 100 de 2005, *Fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Constitución política de la República de Chile*, Ministerio Secretaría General de la Presidencia, República de Chile.
- Doetinchem, O., Carrin, G. y Evans, D., 2010, 'Thinking of introducing social health insurance? Ten questions', *World Health Report (2010)*, Background Paper 26.
- Ellis, R., Ibern, P., Wasem, J. y Vargas, V., 2008, 'Panel de expertos para la evaluación del fondo de compensación solidario entre Isapres', Superintendencia de Salud.
- Enthoven, A., 1993, 'The history and principles of managed competition', *Health Affairs*, 12 (1), 24-48.
- Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y Centro de Estudios Públicos, 2017, 'Propuesta de modernización de los prestadores de servicios de salud estatales'.
- Espinoza, M., Candia, G., Madrid, R., Alaniz, R., Lavín, C. Madrid, M. P., 2014, 'Evaluación de tecnologías sanitarias en Chile: propuesta de institucionalización de un proceso de toma de decisiones sobre cobertura en salud', en *Propuestas para Chile*, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Folland, S., Goodman, A. y Stano, M., 2013, *Economics of health and health care*, séptima edición. Pearson.
- Galetovic, A. y Sanhueza, R., 2013, 'Un análisis de la integración vertical entre isapres y prestadores', Requerido por Inversiones La Construcción.
- García-Goñi, M., Hernández-Quevedo, C., Nuño-Solinís, R. y Paolucci, F., 2012, 'Pathways towards chronic care-focused healthcare systems: evidence from Spain', *Health Policy*, 108(2), 236-245.
- Gerken, S. y Merkur, S., 2010, 'Belgium health system review', *Health Systems in Transition*, 12(5).
- Henríquez, J. y Velasco, C., 2015a, 'Las desigualdades en la atención médica en los último 20 años', *Propuestas de Política Pública 13*, Centro de Estudios Públicos.

- Henríquez, J. y Velasco, C., 2015b, 'Radiografía del uso del sistema de salud en Chile (1992-2000-2013)', *Puntos de Referencia* 407, Centro de Estudios Públicos.
- Henríquez, J., Velasco, C., Mentzakis, E. y Paolucci, F., 2016. 'Más equidad y eficiencia en Isapres: Evaluación y propuestas al mecanismo de compensación de riesgos', *Debates de Política Pública* 18, Centro de Estudios Públicos.
- Ibáñez, C., 2016, 'Demanda por seguros complementarios de salud e hipótesis de selección adversa y riesgo moral en base a CASEN 2015'. Superintendencia de Salud.
- Illanes, J. P., 2010, 'Informe comisión presidencial de salud diciembre 2010'.
- Infante, A. y Paraje, G., 2010, 'Reforma de la salud: garantías exigibles como derecho ciudadano', en O. Larrañaga y D. Contreras, (eds.), *Las nuevas políticas de protección social en Chile*, editado, Santiago: PNUD (Uqbar).
- Kroneman, N., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J. y Ginneken, E., 2016, 'Netherlands Health system review', *Health Systems in Transition*, 18 (2).
- Ley 20.531 de 2011, *Exime, total o parcialmente, de la obligación de cotizar para salud a los pensionados que indica*, Ministerio de Hacienda, República de Chile.
- Ley 20.850 de 2015, *Crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos*, Ministerio de Salud, República de Chile.
- McGuire, T., Newhouse, J., Normand, S-L., Shi, J., y Zuvekas, S., 2014, 'Assessing incentives for service-level selection in private health insurance exchanges', *Journal of Health Economics*, 47-63.
- Ministerio de Salud, 2017, *Glosa 06. Lista de espera no GES. Garantías de oportunidad GES retrasadas mayo 2017*, Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Mirelman, A., Mentzakis, E., Kinter, E., Paolucci, F., Fordham, R., Ozawa, S., Ferraz, M. y Baltussen, R., 2012, 'Decision-making criteria among national policymakers in five countries: a discrete choice experiment eliciting relative preferences for equity and efficiency', *Value in health*, 15(3), 534-539.
- Newhouse, J., 1982, 'A summary of the rand health Insurance study', *Science and Public Policy* II, 87, 111-114.
- Normand, C. y Busse, R., 2002, 'Social health insurance financing', En E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras y J. Kutzin (eds), *Funding health care: Options for Europe*, Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Oliver, A. 1999. *Risk adjusting health care resource allocations*. London: Office of Health Economics.
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, 2017, 'Health expenditure and financing: Health expenditure indicators', OECD Health Statistics (database), DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/data-00349-en>
- Orueta, J. F., García-Álvarez, A., García-Goñi, M., Paolucci, F. y Nuño-Solinís, R., 2014, 'Prevalence and costs of multimorbidity by deprivation levels in the Basque Country: a population based study using health administrative databases', *PLoS One*, 9(2).



- Paolucci, F., 2011, 'Health care financing and insurance. Options for design', en H. E. Frech III y P. Zweifel (eds), *Developments in health economics and public policy*, vol. 10, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.
- Paolucci, F., 2016, 'Designing efficient & affordable national health insurance for Chile', presentación en el Seminario "Seguros sociales en salud: una propuesta para Chile", Centro de Estudios Públicos, 15 de Junio.
- Paolucci, F., Den Exter, A. y Van de Ven, W.P., 2006, 'Solidarity in competitive health insurance markets: analysing the relevant EC legal framework', *Health Econ Policy Law*, 1(Pt 2), 107-26.
- Paolucci, F. Schut, E., Beck, K., Gress, S., Van de Voorde, C. y Zmora, I., 2007, 'Supplementary health insurance as a tool for risk-selection in mandatory basic health insurance markets', *Health Economics, Policy and Law*, 2(2), 173-192.
- Paolucci, F., Sowa, P. M., García-Goni, M. y Ergas, H., 2015, 'Mandatory aged care insurance: a case for Australia', *Ageing and Society*, 35 (2), 231-245.
- Pardo, C. y Schott, W., 2013, 'Health insurance selection in Chile: a cross-sectional and panel analysis', *Health Policy Plan*, 9 (3), 302-312.
- Pauly, M., 1986, 'Taxation, health insurance and market failure in the medical economy', *Journal of Economic Literature*, 24, 629-75.
- Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, 2012, 'Mercado de la salud privada en Chile', estudio solicitado por la Fiscalía Nacional Económica.
- Rice, N. y Smith, P., 2001, 'Ethics and geographical equity in health care', *Journal of Medical Ethics*, 27(4), 256-61.
- Riesco, X., 2015, 'Mejorando la salud hospitalaria: alternativas para el financiamiento y la gestión (II)', *Puntos de Referencia 416*, Centro de Estudios Públicos.
- Santelices, E., Ormeño, H., Delgado, M., Lui, Christopher., Valdés, R. y Durán, L., 2013, 'Análisis de la eficiencia técnica hospitalaria 2011', *Revista Médica de Chile*, 141(3), 332-337.
- Sapelli, C., 2004, 'Risk segmentation and equity in the Chilean mandatory health insurance system', *Social Science and Medicine*, 58, 259-265.
- Stoelwinder, J.U. y Paolucci, F., 2009, 'Sustaining Medicare through consumer choice of health funds: lessons from the Netherlands', *Medical Journal of Australia*, 191(1), 30-32.
- Superintendencia de Salud, 2007, *Fondo de ajuste de riesgo en el sistema Isapre*. Superintendencia de Salud de Chile, from [http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-3902\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-3902_recurso_1.pdf)
- Superintendencia de Salud, 2013, *Prestadores de salud, isapres y holdings: ¿Relación estrecha?*, disponible en:  
[http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-8826\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-8826_recurso_1.pdf)  
[16 agosto 2017].
- Superintendencia de Salud, 2016a, *Estudio de opinión a usuarios del sistema de salud y posicionamiento de la superintendencia de salud*, Disponible en:  
[http://www.supersalud.gob.cl/portal/articles-14149\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/portal/articles-14149_recurso_1.pdf)



- Superintendencia de Salud, 2016b, *Diferencias y heterogeneidad en los precios de un conjunto de prestaciones en prestadores privados de la Región Metropolitana*, Departamento de Estudios y Desarrollo.
- Superintendencia de Salud, 2016c, *Análisis de los planes de salud del sistema Isapre*. Documento de trabajo, Departamento de Estudios y Desarrollo.
- Superintendencia de Salud, 2017, *Alcances teóricos y experiencia internacional en modelamiento del gasto en salud y ajuste de riesgos*, Documento de trabajo, Departamento de Estudios y Desarrollo.
- Thomson, S., Busse, R., Crivelli, L., van de Ven, W. y Van de Voorde, C., 2013, 'Statutory health insurance competition in Europe: A four-country comparison', *Health Policy*, 109, 209-225.
- Van de Ven, W., 2011, 'Risk adjustment and risk equalization: what needs to be done?', *Health Economics, Policy and Law*, 6, 147-156.
- van de Ven, W., y Randall, E., 2000, 'Risk adjustment in competitive health plan markets', En A. Culyer, y J. Newhouse, *Handbook of Health Economics*, pp. 757-845, Elsevier Science.
- van de Ven, W., Beck, K., Van de Voorde, C., Wasem, J. y Zmora, I., 2007, 'Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later', *Health Policy*, 83, 162-179.
- van de Ven, W., y Schut, F., 2011, 'Guaranteed access to affordable coverage in individual health insurance markets', en S. Glied y P. C. Smith (eds), *The Oxford Handbook of Health Economics*, Oxford University Press, Nueva York, Estados Unidos.
- van de Ven, W., Beck, K., Buchner, F., Schokkaert, E., Schut, E. Shmueli, E. y Wasem, J., 2013, 'Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: Are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland?', *Health Policy* 109, 226-245.
- van de Ven, W., van Vliet, R. y van Kleef, R., 2017, 'How can the regulator show evidence of (no) risk selection in health insurance markets? Conceptual framework and empirical evidence', *European Journal of Health Economics*, 18(2), 167-180.
- van Kleef, R., Van de Ven, W. y Van Vliet, R., 2006, 'A voluntary deductible in social health insurance with risk equalization: "community-rated or risk-rated premium rebate?"', *The Journal of Risk and Insurance*, 73(3), 529-550.
- van Kleef, R., Van Vliet, R. y Van de Ven, W., 2013, 'Risk equalization in The Netherlands: an empirical evaluation', *PharmacoEconomics*, 829-839.
- Vargas, V. y Poblete, S., 2008, 'Health prioritization: The case of Chile', *Health Affairs*, 27(3), 782-792.
- Vega, J., 2015, 'Mejorando la salud hospitalaria: alternativas para el financiamiento y la gestión (I)', *Puntos de Referencia* 416, Centro de Estudios Públicos.
- Velasco, C., 2014, 'Desafíos y algunos lineamientos para el sistema de seguros de salud en Chile', *Debates de Política Pública* 3, Centro de Estudios Públicos.
- Velasco, C., 2016, '¿Hacia dónde vamos en salud? Cómo avanzar hacia un sistema de seguros sociales', *Puntos de Referencia* 436, Centro de Estudios Públicos.

## Anexo

**Tabla A1:** Cobertura de los planes de salud en algunos países organizados en base a seguros sociales de salud

Cobertura	Bélgica	Colombia	Alemania	Israel	Países Bajos	Suiza
Medicina preventiva	Sí. Ej. vacunas niños, tamizaje cáncer. Aporte gobierno federal.	Sí.	Sí ejemplo: tamizaje cáncer.	No.	No. Responsabilidad de municipios.	Sí. Ej: Papanicolaou, VIH, colonoscopia, mamografía.
Consultas médicas	Sí.	Sí.	Sí.	Sí.	Sí.	Sí.
Hospitalización	Sí.	Sí. Excluye pacientes terminales.	Sí.	Sí.	Sí.	Sí.
Atención de urgencia	-	Sí.	Sí. Co-financiada con usuario.	Sí.	Sí.	Sí.
Exámenes (laboratorio y rayos)	-	Sí.	Sí.	Sí.	-	Sí.
Cuidados maternos	Sí.	Sí.	-	No. Financiado por el Estado.	Sí.	Sí.
Fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología	Sí.	Sí.	Sí.	Sí.	Sí.	Sí.
Cuidados mentales	Sí. Con condiciones.	Sí. Excluye psicoanálisis.	Sí.	Sí.	Sí.	Sí. Con condiciones.
Licencias médicas	Sí.	-	Sí.	-	No.	No.
Medicamentos	Sí.	Sí. Existe una lista.	Sí.	Sí.	Sí.	Sí.
Cuidados de largo plazo	Sí.	-	No. Seguro aparte.	No.	No. Seguro aparte.	No. Solo lo necesario médicamente.

Atención dental	Sí.	Sí. Con excepciones.	Sí.	Sí. Para menores de 18 años.	Sí. Menores 18 años, adultos mayores.	No. Salvo enfermedad grave.
Dispositivos médicos	No.	Sí.	Sí.	Sí, algunos.	Sí.	Sí.
Transporte	Sí.	No.	Sí. Emergencias, hospitalizaciones y algunos casos ambulatorios.	-	Sí.	Sí.
Inmunizaciones	Sí.	Sí.	Sí. Sólo las básicas.	Sí. Algunas son subsidiadas.	No.	Sí. Algunas seleccionadas.
Cirugías estéticas	No.	No.	-	-	Sí. Con indicación médica.	No.
Copagos	Sí.	Sí. Sólo dependientes.	Sí. Con excepción de menores de 18 años. Tope anual.	Sí. Especialistas, exámenes y medicamentos.	Sí. Excepto atención primaria.	Sí. No pueden ser cubiertos por seguros voluntarios.
Deducible	No.	-	Sí. Excluye servicios preventivos.	No.	Sí. Excepto menores 18 años. Excluye algunos servicios.	Sí.

Nota: El símbolo “-” se refiere a los casos en que no se cuenta con información.

Fuentes:

Gerkens S. y Merkur, S., 2010, 'Belgium: Health system review'. *Health Systems in Transition*, 2010, 12(5), 1–266.

Resolución 5521 de 2013, 'Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)', Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Preguntas Frecuentes. Plan Obligatorio de Salud. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Lists/FAQ/Plan%20Obligatorio%20de%20Salud.aspx?Paged=TRUE&p\\_ID=736&PageFirstRow=121&&View=%7B35F5EE97-7D8C-428F-AB48-D97C1C1A8399%7D](https://www.minsalud.gov.co/Lists/FAQ/Plan%20Obligatorio%20de%20Salud.aspx?Paged=TRUE&p_ID=736&PageFirstRow=121&&View=%7B35F5EE97-7D8C-428F-AB48-D97C1C1A8399%7D)

Busse, R. y Blümel, M., 2014, 'Germany: health system review', *Health Systems in Transition*, 16(2), 1–296.

Busse, R. y Blümel, M., n.d. 'The German Health Care System', en *International Health Care System Profiles*, consultado el 21 de Agosto 2017, en <http://international.commonwealthfund.org/countries/germany/>.

Rosen, B., Waitzberg, R. y Merkur, S., 2015, 'Israel health system review', *Health Systems in Transition*, 17(6), 1–212.

Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J. y van Ginneken, E., 2016, 'The Netherlands: health system review', *Health Systems in Transition*, 18(2), 1–239.

De Pietro, C., Camenzind, P., Sturmy, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., Wittenbecher, F. y Quentin, W., 'Switzerland: Health system review', *Health Systems in Transition*, 17(4), 1–288.