

¿Seguro único o multiseguros?

Análisis del informe de la comisión presidencial de salud

CAROLINA VELASCO O.

- El sistema de salud chileno, compuesto por dos subsistemas de seguros, presenta diversos problemas acordes con las lógicas de funcionamiento de cada uno: (i) acceso a una atención oportuna y de calidad a los usuarios del Fonasa, (ii) acceso y movilidad en el sector privado, (iii) incentivos a la mejora en la institucionalidad que rige al sector salud y (iv) carencias en la prevención.
- En este documento se analiza en qué medida las propuestas de la última comisión presidencial convocada para mejorar la salud en Chile se hacen cargo de dichos problemas y permiten cumplir los objetivos del sistema de salud.
- La mayoría de los comisionados plantea organizar el sistema de salud en el largo plazo bajo un único asegurador. Las isapres únicamente podrían ofrecer seguros complementarios, los que serían altamente regulados.
- Un seguro único tiene potenciales ventajas en cuanto a eficiencia, siempre que se cuente con altas capacidades institucionales y organizacionales; de lo contrario, las desventajas —burocracia, captura política— contrarrestan en la práctica sus cualidades. Así ocurre en países como Inglaterra, Canadá y Nueva Zelanda, donde, por ejemplo, existen largas listas de espera.
- Chile no cuenta con dichas capacidades: el Fonasa presenta claros déficit en la atención, con listas de espera que en la actualidad afectan a 14% de los usuarios (casi 2 millones de personas). De establecerse un seguro único, Fonasa debería atender a 23% más de personas, cifra que crece cuando se mide en prestaciones.
- Asimismo, quienes avalan la propuesta de un seguro único no parecen valorar las virtudes de la propuesta alternativa —un sistema de multiseguros donde las personas pueden elegir su asegurador— respecto del fomento a la competencia, mejora en la capacidad de respuesta a las necesidades de la población por parte de las aseguradoras e incentivo a la reducción de costos y a la innovación. Tampoco parecen apreciar las preferencias de los chilenos, ya que uno de cada cinco ha optado por una isapre y en el Fonasa uno de cada tres usuarios se cambiaría de poder hacerlo. Más aún, en otros países se ha calculado que para los usuarios poder elegir, por ejemplo, el prestador tiene un valor de hasta 260.000 pesos anuales.
- La propuesta de mayoría tampoco presenta consistencia entre el corto plazo —para el que propone un sistema de multiseguros— con el largo plazo —seguro único—, principalmente porque plantea un fondo mancomunado que iría absorbiendo cada vez más recursos en desmedro de las aseguradoras privadas, quienes deberían mantener los planes ofrecidos.
- Dado que Chile ya cuenta con experiencia en regulación de seguros, en compensación de riesgo y en definir el contenido de un plan universal por parte del Ministerio y Superintendencia de Salud (SS), así como en base a las preferencias y cultura de los chilenos, este documento propone avanzar a un sistema multiseguros con nuevas reglas.
- Las principales características serían: obligación para las personas de contratar un seguro de salud universal (de igual contenido) ofrecido por las aseguradoras (estatales y privadas) que participan; libre afiliación, y un fondo de compensación de riesgo financiado con un aporte por persona de cada entidad. Cada aseguradora fijaría los precios de los planes dentro de una banda y el Estado subsidiaría a las personas de bajos ingresos y de alto riesgo, garantizando así la libre elección.
- Al igual que en el esquema de seguro único, se requerirían cambios a la institucionalidad del sector estatal: independencia del Ministerio de Salud y más atribuciones para la SS y para el Fonasa, así como mayor autonomía y exposición a mecanismos de mercado para los prestadores estatales, en orden a que —igual que el Fonasa— participen en condiciones equivalentes con el sector privado.
- Finalmente, se plantea que no existe justificación para la regulación de los seguros complementarios voluntarios propuesta (prima plana, precios y cantidades máximas), al menos desde el punto de vista técnico, dado que sus efectos son ineficientes y, además, porque escapan a la esfera de la seguridad social.

Carolina Velasco O. Ingeniero Comercial con mención en Economía (PUC). Máster en Políticas Sociales (LSE). Investigadora del CEP.

1. Introducción

Uno de cada cinco chilenos asegura su salud voluntariamente en el subsistema privado de seguros de salud. En su funcionamiento hay problemas de distinta naturaleza. Por una parte, se ha ido acumulando una serie de obstáculos a la operación misma de las aseguradoras privadas de salud que dicen relación con los fallos de los tribunales, los que, en la práctica, están provocando un congelamiento de los precios base de los planes de salud, independientemente de la evolución de sus costos. A este factor se suma la declaración en 2010 de inconstitucionalidad del contenido de la tabla de factores que ajusta los riesgos de los afiliados, con lo que se buscaba evitar “grandes diferencias” entre los factores de edad y sexo en su estructura. Estas situaciones han impedido que dicho sector pueda acomodar sus precios a la realidad de sus costos y hace preguntarse por su sobrevivencia en el mediano y largo plazo. Por otra parte, se ha transformado en un sistema complejo para el usuario, con una multiplicidad de planes difíciles de comparar, definición de preexistencias que reduce sus posibilidades de elección, y con niveles de transparencia que a veces son considerados insatisfactorios, entre otras dimensiones. Si bien estas dos categorías —acción de los tribunales y dificultades de los seguros— se pueden tratar separadamente, en la práctica se entrecruzan o se traslapan. Por eso, en respuesta a esta realidad, las tres comisiones presidenciales que han sido convocadas desde 2010 a 2014 han apuntado a cambios de distinta naturaleza en el sistema de salud privado y también, particularmente en la última de las comisiones, a un cambio más general en el modelo de salud.

Las dos primeras derivaron en un proyecto de Ley (Boletín N° 8.105-11) que creaba un plan garantizado de salud para el sector privado, el que debía ser ofrecido a todos los usuarios de una misma

isapre al mismo precio, para lo cual consideraba un fondo solidario entre isapres que compensaría a las que tuvieran carteras más riesgosas. Asimismo, establecía que el Instituto Nacional de Estadísticas calcularía anualmente un índice respecto de los costos en el sector privado, que permitiría guiar y transparentar las alzas de precio del plan garantizado en cada isapre. Si bien dicho proyecto avanzó en su tramitación en una primera etapa, posteriormente quedó paralizado en el Congreso. Junto con ello, se creó el año 2012 el IPC de la Salud (calculado por la Superintendencia de Salud), como indicador referencial para los incrementos de precios en el sector privado. No obstante lo anterior, el actual Gobierno decidió convocar a un nuevo grupo de personas en abril de 2014 con el mismo objetivo, llamado “Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema Privado de Salud”, en adelante, “la Comisión”¹.

El informe final de dicha instancia fue dado a conocer el 8 de octubre de 2014, luego de casi 6 meses de trabajo. Aunque no hubo acuerdo entre los comisionados², en el documento se opta por presentar y desarrollar en profundidad la propuesta votada a favor por la mayor cantidad de los inte-

¹ El artículo primero del Decreto N° 71 de 2014 que crea dicha comisión establece que su objetivo será “asesorar a la Presidenta de la República en el estudio de la normativa del sistema de salud, especialmente en lo relativo a los administradores privados (Instituciones de Salud Previsional, isapres), los derechos de sus afiliados y sus beneficiarios y sus relaciones con el sistema de salud en su conjunto, y proponer adecuaciones y reformas al sector, de manera que la salud pueda ejercerse como un derecho de la seguridad social”.

² La comisión fue conformada por: Camilo Cid Pedraza (secretario ejecutivo), Ximena Aguilera Sanhueza, Ana María Albornoz Cristino, Óscar Arteaga Herrera, María Soledad Barría Iroumé, Pedro Barría Gutiérrez, Carmen Castillo Taucher, David Debrott Sánchez, Gonzalo de la Carrera Correa, Marcelo Dutilh Labbé, Pedro García Aspillaga, Tomás Jordán Díaz, Osvaldo Larrañaga Jiménez, Fernando Matthews Cádiz, Mario Parada Lezcano, Guillermo Paraje, Orielle Solar Hormazábal y Andras Uthoff Botka. Ana María Albornoz y Gonzalo de la Carrera renunciaron a la comisión antes de que el informe se entregara.

grantes y, con menor detalle, se describe también la propuesta de minoría. En ambos casos se plantea tanto una visión de largo plazo respecto de lo que se espera para el sistema de salud, como una propuesta para el corto plazo.

Más allá de la necesidad de dar salida al vacío legal actual que ha limitado la posibilidad de ajustar los precios del subsistema privado ante aumentos en sus costos, no puede dejar de analizarse el esquema de organización de la salud actual. Este contiene dos subsistemas de seguros, cuyas lógicas son diferentes y, por tanto, también sus resultados. En términos generales, al analizar el sistema de salud chileno a la luz de sus objetivos —establecidos en la Constitución³ y en la ley que de ésta se desprende⁴—, se encuentran cuatro grandes áreas que requieren ser abordadas⁵: (i) acceso a una atención oportuna y de calidad a los usuarios del Fonasa,

³ El derecho a la protección de la salud señala que: “El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.

Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control único de las acciones relacionadas con la salud.

Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.

Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.”

(Decreto N° 100 de 2005, “Fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Constitución Política de la República de Chile”. Artículo 19, numeral 9.)

⁴ La ley (artículo N° 4, numeral 8, del DFL N° 1 de 2005) mandata al Minsal a definir metas sanitarias para cada década, que para este periodo son: (i) mejorar la salud de la población, (ii) disminuir las desigualdades en salud, (iii) aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud y (iv) asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias.

(Ministerio de Salud. 2010. “Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020”.)

⁵ Para un análisis más completo del funcionamiento del sistema de salud chileno ver Velasco, Carolina. 2014. “Desafíos y algunos lineamientos para el sistema de seguros de salud en Chile”. *Propuesta de Política Pública* 3. Centro de Estudios Públicos. Octubre. Léalo aquí: <http://goo.gl/HClj0Y>

(ii) acceso y movilidad en el sector privado, (iii) incentivos a la mejora en la institucionalidad que rige al sector salud y (iv) carencia de una estrategia integral y permanente de prevención.

Este documento intenta evaluar en qué medida las fórmulas que se están proponiendo para mejorar nuestro sistema de salud se hacen cargo tanto de los diferentes problemas que éste presenta como de sus objetivos. A continuación se describe el contenido del informe de la comisión asesora, tanto la propuesta de mayoría, como la de minoría, para el corto y largo plazo. Posteriormente, se analiza en qué medida las propuestas resuelven dichos problemas y, finalmente, se presentan algunos comentarios y conclusiones.

2. Contenido del informe

Como “visión de futuro”, la mayoría de la Comisión promovió que el ideal (en términos de solidaridad y eficiencia) sería organizar el sistema de salud mediante un Servicio Nacional de Salud (como en Inglaterra), donde el financiamiento provenga de impuestos generales y los prestadores sean principalmente estatales. Sin embargo, atendidas las condiciones actuales (insuficiente progresividad del sistema impositivo, sumado a una reciente reforma tributaria), creen más factible otra opción. Para ello, 3 modelos específicos se sometieron a votación: (i) Seguro Nacional de Salud, (ii) Fondo Único con Multiseguros y (iii) propuesta presentada a la comisión por la Asociación de Isapres, la que establecía cambios y regulaciones al subsistema privado de seguros, sin involucrar mayormente al sector estatal. La que obtuvo la mayor cantidad de votos fue el Seguro Nacional de Salud y la propuesta alternativa, avalada por el resto del grupo, es una fundición de las opciones (ii) y (iii), que se explica en la subsección 2.2.

2.1 Propuesta de mayoría: Seguro Nacional de Salud⁶

Visión de futuro

La propuesta establece que en el futuro el sistema de salud se organice en base a un solo asegurador, cuyo financiamiento provendría de contribuciones de los trabajadores, empleadores y del Estado. Las isapres únicamente podrían otorgar seguros complementarios (que también serían regulados).

Propuesta de reforma inmediata

Para el corto plazo, se propone que las isapres deban ofrecer un plan universal (plan de seguridad social o PSS); es decir, de igual contenido (en cuanto a prestaciones y cobertura financiera), que, además, contará con un tope anual de copago asociado al ingreso familiar (mecanismo conocido como *stop loss*), y que deberá ser otorgado por una red exclusiva de prestadores. La afiliación sería libre; sin embargo, en un principio se requeriría un ingreso mínimo y de algún mecanismo que evite el traspaso de personas de alto riesgo al subsistema de seguros privados. Junto con ello se crearían tres fondos: (i) Fondo Inter-isapres, para administrar las cotizaciones de los afiliados a dichas aseguradoras; (ii) Fondo Mancomunado Universal (FMU), para financiar prestaciones o servicios a toda la población (prestaciones no incorporadas en el PSS —como medicamentos—, mejoras en urgencias, carencias de grupos vulnerables y financiamiento de la atención primaria y prevención), y (iii) Fondo de Subsidio de Incapacidad Laboral (FSIL), para costear las licencias médicas de todo tipo y de todos los trabajadores del país (mancomunando los recursos

de las isapres, Fonasa y los empleadores). Este fondo contaría con una institucionalidad propia que consideraría un consejo. Sin embargo, se plantea que todos los fondos dependan en una primera instancia del Ministerio de Salud (Minsal).

El financiamiento se realizaría de la siguiente manera: la cotización de 7% iría al Fonasa o al Fondo Inter-isapres, según sea la afiliación. A su vez, estas entidades entregarían una proporción de los recursos al FMU, el que también recibirá recursos del Estado de manera progresiva. Para converger a la solución de largo plazo, se plantea que el FMU vaya creciendo y absorbiendo cada vez una mayor proporción de las cotizaciones, hasta terminar reuniendo todos los recursos. Otra proporción de los recursos sería entregada al FSIL (al que también aportarán el Minsal y los empleadores en lo que respecta al actual Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales⁷). Finalmente, el Fondo Inter-ISAPREs debe guardar una proporción de los recursos restantes para compensaciones posteriores y repartir el remanente a las diferentes aseguradoras privadas, mediante primas ajustadas según el riesgo de cada beneficiario. Durante los primeros doce meses, cada aseguradora privada podrá cobrar primas planas para financiar el plan universal en un máximo de 3 tipos de redes diferentes (reguladas en cuanto a precios máximos y a cantidad, como se explica en el párrafo siguiente). Posteriormente, el plan universal deberá financiarse con la cotización obligatoria.

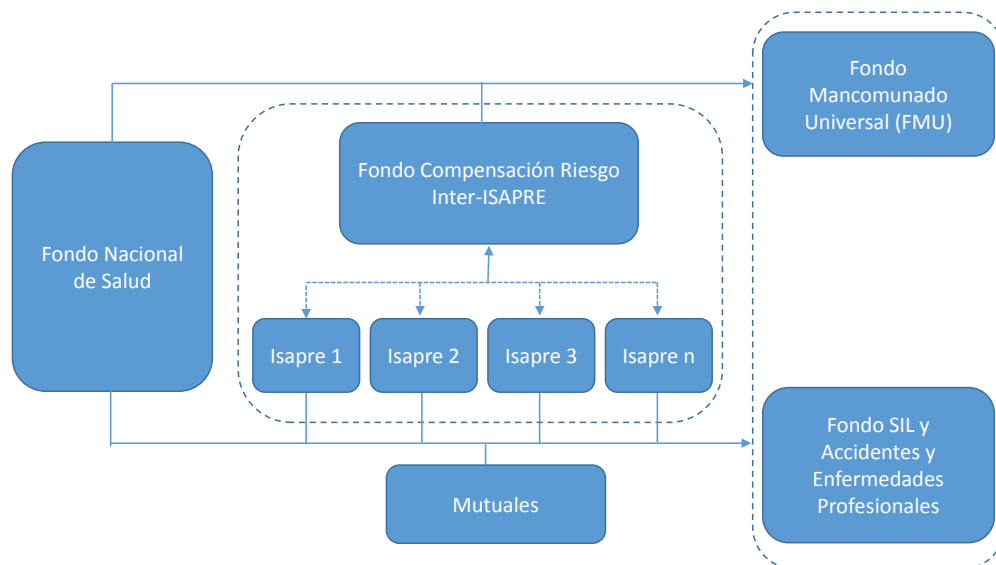
Los seguros complementarios podrían cubrir prestaciones no incluidas en el plan, atención en otros prestadores (máximo 3 redes) y mejoras en las coberturas del plan universal. El precio debe ser una prima comunitaria y sus reajustes serían

⁶ No adscriben a esta propuesta: Ana María Albornoz, Gonzalo de la Carrera, Marcelo Dutilh, Osvaldo Larrañaga, Fernando Matthews y Guillermo Paraje. Pedro García se abstuvo de votar. Pedro Barría apoyó la propuesta mayoritaria, pero con cambios importantes.

⁷ Ley 16.744, del 23 de enero de 1968, Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Figura 1

Esquema resumen propuesta de corto plazo para Seguro Nacional de Salud



Fuente: Informe Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Modelo y Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud.

determinados por un organismo técnico e independiente (p.e. la Superintendencia de Salud) en base a modelos de fijación de precios máximos o de competencia por comparación (*yardstick competition*). No podrán acceder a dichos seguros quienes sean clasificados en el Fonasa A y reciban subsidios.

2.2 Propuesta de minoría: Modelo de seguro social o multiseguros⁸

Visión de futuro

Se espera que el sistema de salud chileno pueda organizarse en el futuro como un esquema de seguro social, que podrá ser ofrecido tanto por entidades públicas como privadas, con libre elección y movilidad entre dichas instituciones, para lo

cual se propone la existencia de un único Fondo de Compensación, que indemnizaría a las aseguradoras en función del riesgo actuarial de sus carteras de beneficiarios mediante primas ajustadas por riesgo.

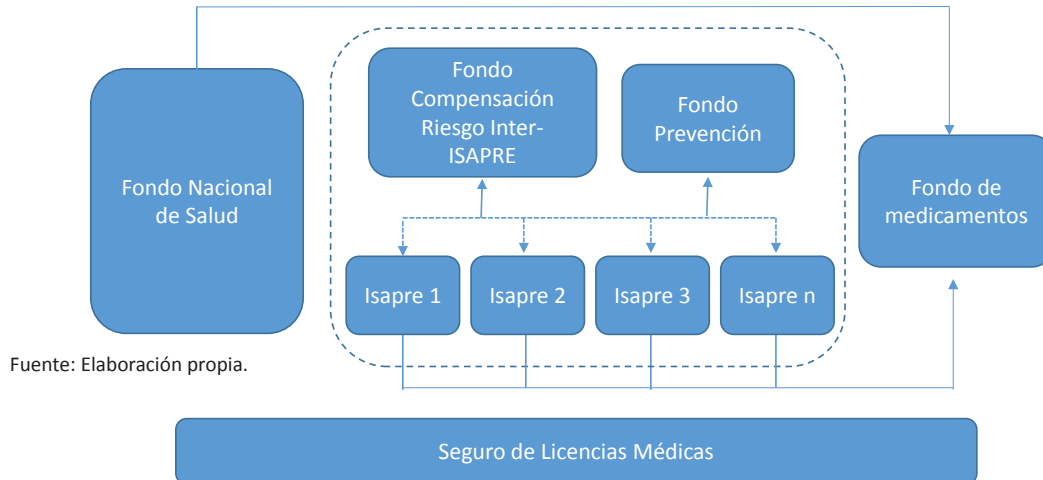
Propuesta de reforma inmediata

Esta propuesta también plantea la creación de un plan de salud universal en cuanto a contenido y con el mecanismo de *stop loss* para los copagos (asociado al ingreso familiar y a la patología), que deberá ser otorgado por una red de prestadores exclusiva. La afiliación sería libre para personas que provengan de otra isapre y a quienes lo hagan desde el Fonasa se les exigirá una cotización mínima (por cada beneficiario), además de que existiría un “mecanismo de evaluación del estado de salud”, permitiéndose cambios de aseguradora una vez al año. Se crearían además 3 fondos: (i) Fondo Inter-Isapres, que mancomunaría la cotización de salud de los afiliados a isapres y luego redistribuiría a

⁸ Suscriben esta propuesta Pedro Barría, Marcelo Dutilh, Osvaldo Larrañaga, Fernando Matthews y Guillermo Paraje. Ana María Albornoz y Gonzalo de la Carrera la suscriben, pero con algunos reparos

Figura 2

Esquema resumen propuesta de corto plazo para Seguro Social (multiseguros)



Fuente: Elaboración propia.

estas últimas primas ajustadas por riesgo, (ii) Fondo para la prevención de la salud, (iii) Fondo especial para medicamentos de alto costo, para patologías de baja prevalencia y alto valor de resolución para las personas y para prestaciones no incluidas en PSS. Los dos primeros serían administrados por la misma entidad.

Asimismo, se plantea crear un Seguro de Licencias Médicas, que cubriría la incapacidad temporal de un trabajador para cualquier tipo de enfermedad, administrado por entidades públicas o privadas registradas en base a requisitos establecidos en la ley. El seguro sería financiado con una cotización (porcentaje del salario) y se recomienda que haya también un aporte de parte del empleador.

Las isapres serían las encargadas de recaudar la cotización destinada a salud y de una prima plana determinada por cada aseguradora para el plan universal, cuyo mecanismo de ajuste estaría establecido en la ley (la Superintendencia de Salud debe aprobar los aumentos y en caso de no hacerlo habría un panel de expertos que arbitraría). Las

cotizaciones serían entregadas al fondo Inter-Isapre que repartiría primas ajustadas por riesgo de cada persona en base al costo promedio de las prestaciones. Asimismo, cada isapre entregaría al fondo de prevención un monto por persona en base al costo del examen de medicina preventiva y las metas del Minsal, el que posteriormente reembolsaría a dichas entidades el costo de las prestaciones de este tipo. Por su parte, el fondo de medicamentos recibiría un aporte por beneficiario tanto desde el Fonasa como desde las isapres y sería administrado por una institucionalidad que considere al gobierno, las aseguradoras, la sociedad civil, usuarios y pacientes y la comunidad médica-científica.

Los seguros complementarios serían voluntarios; su contenido podrá referirse a prestaciones en otras redes, coberturas mayores al plan universal y a otras prestaciones no incorporadas en el plan, y la afiliación sería libre. Sin embargo, las personas con preexistencias tendrían que tratar su condición por 18 meses en los prestadores y condiciones del PSS. El precio de estos planes sería una prima comunitaria.

3. Revisión de las propuestas: un modelo para el sistema de salud chileno

En esta sección se analizan las propuestas de corto y largo plazo a la luz de los problemas que enfrenta actualmente el sistema de salud: (i) falta de acceso a una atención oportuna y de calidad a los usuarios del Fonasa, (ii) falta de acceso y de movilidad en el sector privado, (iii) carencia de incentivos a la mejora en la institucionalidad que rige al sector salud y (iv) falta de una estrategia integral y permanente de prevención. La resolución de los mismos apunta a cumplir con los objetivos que el país se ha impuesto (establecidos en la Carta Fundamental así como en las leyes que lo rigen). Asimismo, en el análisis se considera también el mandato de la comisión que señalaba que debían realizarse propuestas que permitieran considerar la salud como parte de la seguridad social, derecho que está definido también en la Carta Fundamental: “la acción del Estado estará dirigida a garantizar el acceso de todos los habitantes al goce de prestaciones básicas uniformes, sea que se otorguen a través de instituciones públicas o privadas” (artículo 19, numeral 18).

3.1 Propuesta para el largo plazo: ¿Seguro Único de Salud o multiseguros?

Para el largo plazo, la mayoría avaló la propuesta de organizar el sistema de salud mediante un Seguro Nacional de Salud, basándose en que este mecanismo es la segunda mejor alternativa (luego del Servicio Nacional de Salud) en cuanto a solidaridad y eficiencia, ya que reúne todas las contribuciones en un mismo *pool* y elimina la discriminación por riesgo. Sin embargo, por una parte, las mencionadas ventajas también se dan en otros modelos y, por otra, las desventajas pueden contrarrestarlas, lo que depende en gran medida de la

implementación e institucionalidad a cargo. A ello se suma que dichas características —solidaridad, eficiencia y discriminación por riesgo— no son las únicas que se busca resguardar o fomentar en un sistema de salud.

i) **Respecto de la eficiencia**, la literatura señala como potenciales ventajas de este esquema de organización la reducción en los costos de administración y recolección (Mossialos y Dixon, 2002), además del ahorro de utilizar su posición de comprador único (monopsonio) mediante la cancelación de precios más bajos y mecanismos de pago que traspasen parte del riesgo financiero a los prestadores, y así los incentiven a reducir costos. Sin embargo, un seguro unitario es más vulnerable a los cambios políticos y a la captura de grupos de interés, junto con estar expuesto a los riesgos de las burocracias estatales (Organización Mundial de la Salud 2010), incluyendo las deficiencias en la gestión y el control de costos mediante listas de espera (p.e. Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Inglaterra, entre otros⁹), desventajas que pueden más que contrarrestar las potenciales ventajas. En particular, se menciona que en la práctica no se cumple que la atención se base en la necesidad y no en la capacidad de pago, puesto que en países con pagadores únicos se encuentra que los burócratas no siempre toman decisiones eficientes —p.e. ocupan las camas con pacientes crónicos en lugar de hacerlo con aquellos pacientes críticos que esperan atención—, y que los ciudadanos más ricos y mejor conectados se saltan las filas. Asimismo, la presión política genera discri-

⁹ Canadá, que cuenta con un sistema de seguro único, tiene una lista de espera promedio de 18,2 semanas desde que se visita al doctor general hasta que se recibe el tratamiento para 2014 —esta cifra no considera la espera para ser atendido por el médico general— (Barua & Fathers 2014).

Cuadro 1

Número de atenciones por persona según encuesta CASEN 2011

	Consultas (3 meses previos)	Controles (3 meses previos)	Exámenes (3 meses previos)	Cirugías (12 meses previos)	Promedio días hospital. (12 meses pre- vios)	Papanicolau/ mamografía (en edad requerida, 3 años previos)
Fonasa	0,81	0,37	0,39	0,04	7,95	55,2 / 46,7
Isapres	1,02	0,54	0,54	0,06	4,77	61,4 / 71,2
Diferencia en utilización isapres (%)	26%	46%	38%	50%	-40%	11% / 52%

Fuente: Datos del Informe Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Modelo y Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud.

minación en tratamientos costosos en contra de los más viejos, minorías raciales y quienes viven en zonas rurales (Goodman 2005).

Por lo mismo, *este esquema de organización es altamente demandante en capacidades institucionales y organizacionales*. En el caso de Chile, transitar a un modelo de seguro único significa que en el mediano plazo (o corto plazo, dependiendo del tiempo en que las isapres pueden sustentarse durante la transición) se requeriría de un esfuerzo de modernización del Fonasa de gran magnitud, con los importantes costos que un cambio de este tamaño requiere: por ejemplo, tendría que enfrentar un aumento de 23% de la población atendida, el que, en términos de prestaciones, significa un incremento todavía mayor, dado que la tasa de utilización de servicios de los beneficiarios de isapres es más alta, como se aprecia en el cuadro 1¹⁰. Ello implicaría cambios radicales en diversas áreas, dado que según el diagnóstico presentado por el Fonasa en 2014¹¹, entre otros, los trabajado-

res del seguro estatal no cuentan con las competencias adecuadas, los sistemas informáticos estarían obsoletos o no existen, y hay una mala gestión financiera y administrativa reflejada en múltiples observaciones de Auditoría y de la Contraloría General de la República.

Dicho esfuerzo se extendería también al sector prestador estatal, que según la evidencia opera de manera ineficiente: Santelices *et al.* 2013 señalan que los hospitales podrían aumentar la producción de 20,2% a 23,3% con los mismos recursos actuales y Castro 2006 indica que los municipios consumen entre 40% y 78% más de recursos de lo requerido en salud. Asimismo, se deben realizar mejoras en al menos las siguientes áreas que presentan falencias (Banco Interamericano de Desarrollo 2014; Infante & Paraje 2010; Sánchez & Inostroza 2011): (i) falta de autonomía del Fonasa en relación con el Minsal y de atribuciones adecuadas para su gestión (p.e. para establecer contratos y métodos de pago con los prestadores), y (ii) falta de autonomía y atribuciones para fiscalizar de la Superintendencia de Salud (que se traduce en diferencias de trato entre las isapres y el Fonasa).

¹⁰ La excepción son los días de hospitalizaciones; sin embargo, no es claro que ello sea porque se atienden patologías que requieren mayores tiempos de estadía hospitalaria.

¹¹ Presentación realizada en octubre de 2014 por la Dra. Jeanette Vega para la discusión de presupuesto ("Presentación Fonasa. Propuesta Presupuesto 2015").

De no realizarse los cambios requeridos, los problemas asociados a la falta de especialistas, de horas médicas, tiempos y listas de espera reportados por los usuarios en las encuestas¹² se extenderían a toda la población, bajando la calidad de la atención, con el consiguiente efecto en la calidad de vida de las personas. Por ejemplo, según datos oficiales para Diciembre de 2013, existían 4.803 personas en lista de espera por tratamientos con GES a quienes no les había sido cumplida la garantía de oportunidad¹³. A ello se deben sumar las listas de espera de las prestaciones no garantizadas, en las que, en el caso de las quirúrgicas, en la misma fecha había 2.766 personas inscritas hace más de un año. En 2014, según el informe enviado por el Minsal al Congreso Nacional¹⁴, en septiembre de 2014 había 129.014 personas esperando una cirugía por más de un año (de un total de 226.340 en la lista). En total hay casi 2 millones de casos en espera (1.878.485) de un total de 13 millones de usuarios.

A lo anterior se suma que la fijación de precios a los prestadores, el establecimiento de un plan único y el uso de una red de atención cerrada limitan y *desincentivan la competencia y con ello la eficiencia y la innovación en relación con tecnologías, medicamentos y procedimientos médicos* (Goodman 2005), sobre todo si se cuenta con protocolos y guías clínicas poco flexibles (Superintendencia de Salud 2009). Asimismo, los seguros nacionales de salud presentan menores grados de transparencia

en relación con el destino de los recursos, una menor delimitación de los contenidos del plan y una menor conexión entre el pago y el contenido del plan, generando menor disposición a financiarlo y, por tanto, mayores incentivos a subdeclarar ingresos.

Por su parte, *la mayor desventaja en cuanto a la eficiencia de la propuesta alternativa —sistema de seguro social— es la necesidad de establecer normas que permitan fomentar la competencia por precio y calidad* (y no por selección de los menos riesgosos), donde destaca el rol del mecanismo de compensación de riesgo. En este sentido, Chile tiene a su favor que tanto el Minsal como la Superintendencia de Salud cuentan con varios años de experiencia en relación con la regulación del subsistema privado de seguros. El primero, entre otros, está a cargo del mecanismo de determinación de las prestaciones con GES (que involucra el cálculo de costos, recopilación de información, etc.). Por su parte, la Superintendencia de Salud cuenta con una vasta práctica por cerca de 25 años fiscalizando a los seguros privados y a los prestadores y con la experiencia de operar el Fondo de Compensación Solidario entre isapres (calculando las compensaciones que surgen de la diferencia entre la prima ajustada por riesgo y la prima plana asociada a las prestaciones con GES). Sin duda que ambos mecanismos requieren de mejoras; empero, las capacidades basales y la experiencia están en el sistema y pueden ser aprovechadas.

En conclusión, las potenciales ganancias en eficiencia de un sistema de seguro único o de un solo pagador pueden ser contrarrestadas por sus desventajas, asociadas a la implementación y, sobre todo, a las capacidades institucionales requeridas que, en el caso de

¹² Ver <http://goo.gl/BfaOrk>

¹³ Minsal. 2013. "Glosa 06. Garantías incumplidas no reclamadas, retrasos GES. Lista de espera no GES año 2013. <http://goo.gl/xfHsMd> (acceso el 29 de noviembre de 2014).

¹⁴ Minsal. 2014. "Glosa 06. Lista de espera no GES. Garantías incumplidas no reclamadas, retrasos GES".

un sistema de seguro social, ya existen en el sistema y se han desarrollado positivamente.

- ii) En relación con la solidaridad y la eliminación de la selección por riesgo,** tanto el modelo de seguro único como el de seguro social plantean libre afiliación para todas las personas, por lo que en el largo plazo no habría posibilidad de rechazo en la admisión¹⁵. El nivel de solidaridad es similar en ambas propuestas. En primer lugar, el origen del financiamiento sería el mismo: contribuciones e impuestos generales (aporte estatal). En segundo lugar, la forma de agrupar y repartir los recursos es prácticamente la misma, ya que en ambos casos se mancomunarían las cotizaciones y luego serían distribuidas a los aseguradores mediante primas ajustadas por riesgo. En este sentido, si bien la opción de seguro social permite a las aseguradoras cobrar, además, una prima comunitaria a los beneficiarios, ello no obsta a que se puedan establecer subsidios mediante impuestos generales para pagar estas primas, manteniendo así la solidaridad. En cuanto al seguro único, como se mencionara, en la práctica la solidaridad y no discriminación, en gran medida, no se cumplen dada la captura y la presión política que sufren este tipo de burocracias.
- iii) Elección del seguro y del prestador.** La desventaja más evidente del seguro único, son los efectos que tiene tanto el terminar con la posibilidad de elección del (sub) sistema de salud —garantizado constitucionalmente en Chile—, como el reducir drásticamente las alternativas

de prestadores a los usuarios¹⁶. Por oposición, ello se convierte en una de las ventajas más relevantes del seguro social. En efecto, la posibilidad de optar fomenta la competencia entre aseguradoras, lo que se traduce en mayor capacidad de respuesta a las necesidades de la población y en un incentivo a la reducción de costos y a la innovación, virtudes que desaparecen cuando existe un seguro único.

Todo lo anterior, así como otros servicios otorgados por las aseguradoras son valorados por las personas, lo que se refleja en que un tercio (34%) de los beneficiarios del Fonasa se cambiaría a una isapre de poder hacerlo (encuesta Superintendencia de Salud 2014¹⁷). Un reciente estudio de Leukert-Becker & Zweifel (2014) para Alemania y Holanda (ambos con sistemas de seguro social) da cuenta del valor de estas preferencias. Como se aprecia en el cuadro 2, las personas requerirían de una compensación (signo negativo) anual que va desde casi 60.000 hasta 250.000 pesos chilenos para cambiarse desde un plan con libre elección de doctores a otro con restricciones en ello (que van desde la necesidad de pasar por un doctor general determinado antes de visitar al especialista de su elección o *gatekeeping*, hasta la existencia de una lista de doctores de la cual se puede optar). Por otra parte, los ciudadanos de dichos países valoran los servicios y la información que cada aseguradora les entrega y están dispuestos a pagar por ellos (signo positivo). Ello indica que para realizar un cambio en el sistema de salud se debe considerar también la opinión de los usuarios, así como la historia y cultura del país. A este respecto, la

¹⁵ Aunque según la evidencia, por diversas razones (que se discuten más adelante), los países que cuentan con sistemas de salud basados en esquemas de seguro social no han logrado eliminar totalmente la selección de riesgos (van de Ven *et al.* 2007).

¹⁶ Si bien la propuesta de seguro social también propone el uso de prestadores cerrados, ello se daría dentro de cada seguro.

¹⁷ Ver <http://goo.gl/zHAQ6J>

trayectoria relativa a las posibilidades de elección de prestadores se remonta al menos a los tiempos en que se creó el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) en la década de los 50. Dicha modalidad (de libre elección) se mantuvo cuando se creó el Fonasa.

Cuadro 2

Valoración de diversos atributos del seguro en pesos de 2014

	Alemania	Holanda
Libre elección a lista de doctores	-259.500	-162.000
Libre elección a red de doctores	-152.250	-116.250
Libre elección a gatekeeping	-86.250	-59.250
Servicios extra	92.250	42.000

Nota: El tipo de cambio utilizado es de 750 pesos chilenos por cada euro.

Fuente: Leukert-Becker & Zweifel 2014.

En conclusión, si bien existen ventajas en un sistema de seguro único en salud relacionadas con los costos —no necesariamente en relación con la solidaridad y discriminación por riesgo—, éstas pueden ser contrarrestadas por las ineficiencias asociadas a la administración estatal (cambios y captura política, así como riesgos de la burocracia estatal), en la medida en que no se realicen cambios importantes a la institucionalidad que operaría un sistema de ese tipo en Chile. Entre otros se menciona la ineficiencia de los prestadores estatales, lo que requiere de mejoras en las atribuciones para una adecuada gestión, y en los métodos de pago (como se explica más adelante), así como también en el Fonasa, la Superintendencia de Salud y el Minsal, en orden a otorgar la independencia y atribuciones adecuadas a cada uno para evitar los problemas mencionados. Sin embargo, aunque ello se lograra de manera satisfactoria, dicho análisis deja fuera otras vir-

tudes que un sistema de multiseguros parece preservar de mejor manera, como lo son la posibilidad de elegir por parte de los usuarios, la que no sólo es valorada en sí misma, sino que también porque permite responder de mejor manera a las necesidades de los usuarios mediante la competencia y se adecúa más a la cultura y la historia de nuestro país.

Un sistema de multiseguros podría adecuarse mejor a la realidad de Chile puesto que ya se cuenta tanto con la experiencia de las propias aseguradoras (preferidas por casi el 20% de la población), como con la del Minsal y de la Superintendencia de Salud en cuanto a regulación y ajuste de riesgo. Asimismo, permite resguardar la elección del sistema de salud y de prestadores que, además de aportar en eficiencia, es valorada por las personas.

3.2 Elementos para una reforma de mediano-largo plazo

En esta sección se analizan los elementos a considerar y los desafíos que para Chile presentaría la adopción e implementación de un modelo de seguro social en salud o multiseguros que integre al Fonasa y a las isapres. Este ejercicio toma como punto de partida los planteamientos de ambas posturas en la Comisión para el corto plazo, los que son examinados a la luz de los diez prerequisites que van de Ven *et al.* (2013)¹⁸ plantean como necesarios para el funcionamiento adecuado de un mercado competitivo de seguros en salud: (i) libre elección del asegurador por parte del beneficiario, (ii) información de calidad al usuario (precios, calidad) y transparencia en el mercado (plan común), (iii) prestadores y aseguradores deben asumir riesgo financiero, (iv) mercados contestables (no deben

¹⁸ Traducción propia.

existir barreras a la entrada o salida), (v) libertad para contratar e integrarse entre seguros y prestadores (vi) regulación efectiva de la competencia (evitando comportamientos anticompetitivos), (vii) subsidios cruzados sin incentivos a la selección de riesgos (mecanismos de compensación que eviten el descreme), (viii) subsidios cruzados sin chances de comportamientos oportunos (obligación de tomar seguro), (ix) supervisión efectiva de la calidad y (x) garantía de acceso a atención básica en salud.

A continuación se plantean entonces los elementos a considerar y los desafíos:

- a) Plan de salud universal (de igual contenido ofrecido por las aseguradoras (estatales y privadas):** Esta medida permite mejorar la información con que cada persona cuenta, facilitando la comparación entre la calidad y precio de la oferta de prestadores de cada aseguradora. Ello debe ser reforzado, como lo sugiere la propuesta de minoría, con información clara, oportuna y accesible respecto de los resultados (y otros indicadores relevantes) de cada asegurador y prestador, otorgando transparencia al sistema. Asimismo, se ajusta tanto a la definición de seguridad social, como al derecho a la protección de la salud (libre acceso a las acciones de salud) y al último requisito nombrado más arriba (garantía de acceso a atención básica en salud).

El mecanismo e institucionalidad que defina los beneficios debe buscar equilibrar los diferentes criterios de priorización (costo-efectividad, necesidad de las personas, etc.) con los recursos disponibles, lo que probablemente implicaría gradualidad de la cobertura. La evidencia indica que países con sistemas similares incorporan a los aseguradores en la definición de los contenidos del plan universal (Thomson *et al.* 2013). En relación con los criterios de

priorización es importante que sean claros, explícitos y transparentes, subsanando de esta manera algunas de las críticas que ha tenido el mecanismo utilizado en la definición de las prestaciones con GES en Chile (BID 2014, Infante & Paraje 2010).

- b) Tope anual a los copagos (*stop loss*) en relación con los ingresos:** Este mecanismo resguarda que quienes requieran tratamientos que superen un determinado costo asociado al ingreso de cada grupo familiar no vean limitado el acceso a dichas prestaciones o deban sufrir importantes menoscabos en sus finanzas y, por tanto, en su calidad de vida para acceder a éstas. Ello permite cumplir con el objetivo de cobertura sanitaria universal de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁹ y garantiza efectivamente el acceso a las acciones de salud definidas. Como se observa en la figura 3, las estimaciones en la situación actual indicarían que queda espacio para mejorar la relación entre los ingresos familiares y el total de gasto de bolsillo que realizan los hogares (aunque la estimación utiliza sólo la renta imponible y tampoco considera los ingresos de otros miembros del grupo familiar).

Se debe contar con buena información respecto del ingreso de las personas o grupo familiar para no incentivar la subdeclaración u otro tipo de fraude, eliminando los incentivos a comportamientos oportunos que surgen de los subsidios cruzados. En ese sentido, se

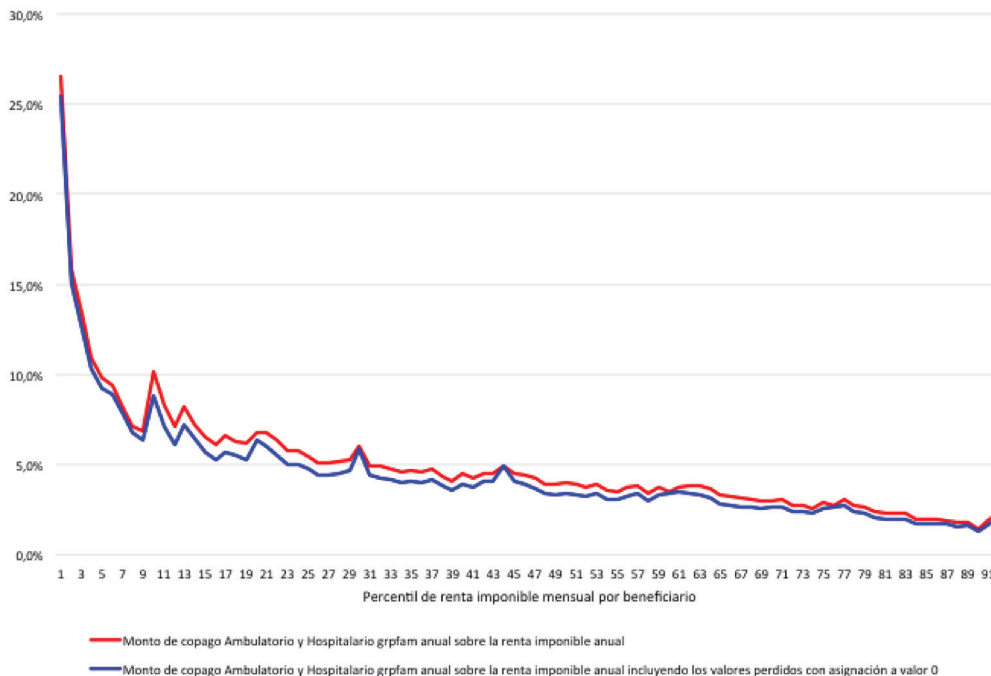
¹⁹ “El objetivo de la cobertura sanitaria universal es asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. Para que una comunidad o un país pueda alcanzar la cobertura sanitaria universal se han de cumplir varios requisitos, a saber:

- un sistema de salud sólido;
- un sistema de financiación de los servicios de salud;
- acceso a medicamentos y tecnologías esenciales;
- personal sanitario bien capacitado.”

(<http://goo.gl/teGk0x> acceso el 4 de diciembre de 2014).

Figura 3

Proporción que representa el copago anual del grupo familiar sobre la renta anual imponible del cotizante por percentil de renta imponible mensual per cápita, 2013.



Fuente: Informe Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Modelo y Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud.

debe considerar que los subsidios provengan directamente de impuestos generales. En este aspecto, el sistema de clasificación socioeconómica utilizado actualmente por el Fonasa tiene carencias que deben ser resueltas, como se demostró en la reclasificación de usuarios realizada por la aseguradora estatal el año 2011 (Fonasa 2011). Asimismo, es importante incorporar a los usuarios de isapres al mecanismo de clasificación.

c) **Herramientas que buscan mayor eficiencia (control de costos):**

i) *Obligatoriedad para las aseguradoras de otorgar el plan universal mediante una red de prestadores (planes cerrados),*

- ii) *Posibilidad de integración vertical,*
- iii) *Cambio en los mecanismos de pago a prestadores y*
- iv) *Eliminación de barreras a la interacción entre aseguradores y prestadores privados y estatales.*

Tanto en los sistemas de salud de los países estudiados y descritos en el informe de la Comisión (Holanda, Suiza, Bélgica y Alemania), como en otros que también utilizan el modelo de seguros sociales, los aseguradores que participan cuentan con una diversidad de herramientas para el control de costos. Entre ellas está el uso de planes cerrados, el fomento a la elección de prestadores preferentes (me-

dian­te incentivos financieros —descuentos—), la posibilidad de integración vertical entre asegurador y proveedor, los protocolos y guías clínicas (en Chile se utilizan a nivel nacional para las prestaciones con GES), los incentivos para la prescripción racional de las medicinas, los programas de manejo de enfermedades, la negociación de pagos a prestadores prospectivos —como grupos relacionados de diagnóstico— y por desempeño, y la información pública sobre indicadores de desempeño.

En efecto, la existencia de dichas herramientas constituye uno de los prerrequisitos señalados: la libertad para contratar e integrarse entre seguros y prestadores. La elección de uno u otro mecanismo obedece al contexto y realidad de cada país, de cada aseguradora y de sus usuarios, ya que cada uno presenta también sus propias desventajas. Así, por ejemplo, si bien el empleo de *prestadores cerrados* (ambas propuestas lo plantean para el plan universal) tiene la potencial ventaja de contener costos (si con ello se fomenta en los aseguradores el uso de mecanismos de pago que traspasen parte del riesgo financiero a los prestadores), también presenta varias desventajas: (i) limita las posibilidades de elección por parte de los usuarios (p.e. perjudicando a aquellos que no queden conformes con la atención recibida); (ii) desincentiva la eficiencia por parte de los prestadores (al reducirse la competencia), sobre todo si existen pocos prestadores y si los contratos entre aseguradores y oferentes de atención en salud son por plazos largos (en la propuesta de mayoría se sugiere que sean por tres años) y no exigen ciertos resultados, y (iii) otorga un alto poder de negociación a los prestadores al obligarlos a constituirse como redes, que puede traducirse en aumentos de precios, sobre todo en mercados pequeños,

como podría ser el caso de Chile. Por ello, se recomienda que la utilización de planes cerrados sea una alternativa más y no una obligación. En ninguno de los países estudiados por la comisión y que cuentan con sistemas de seguro social ello es una obligación.

Lo mismo ocurre con la *integración vertical* (la propuesta de mayoría plantea impedir que prestadores y aseguradores dependan de un mismo *holding* en todo tipo de seguros —complementario y suplementario—) que es promovida en otros países como estrategia para contener costos, porque mejora la capacidad negociadora del seguro, controla el riesgo moral en el prestador, fomenta la inversión y disminuye los costos (PUCV 2012 y Galetovic & Sanhueza 2013). Su desventaja es que si hay alto poder de mercado (lo que requiere que existan pocos aseguradores y prestadores y altas barreras a la entrada de nuevos oferentes), puede traducirse en aumentos artificiales de precios, en una barrera al ingreso de otros aseguradores, en una disminución de los incentivos a competir por calidad y en un incentivo al sobreuso (PUCV 2012 y Galetovic & Sanhueza 2013). En Chile no se cuenta con evidencia que permita determinar sus efectos en la competencia, precios u otros, pero se ha sugerido que existe un grado de concentración alto (Superintendencia de Salud 2013). En ese sentido, la recomendación para cumplir con los prerrequisitos señalados por van de Ven *et al.* (mercados contestables e información de calidad y transparencia) es generar medidas que fomenten la competencia a nivel de aseguradores (que es la base de las propuestas analizadas) y de prestadores, como mayor transparencia de la información en el sistema (unificación de la medida en que se entregan los precios de prestaciones y planes,

conocimiento público de precios y resultados médicos de los prestadores, índices referenciales de precios), resguardo de igualdad en el trato otorgado por prestadores a aseguradores (en precio, condiciones y acceso, entre otros) y estímulo al ingreso de nuevos oferentes (formación de doctores, inversión en centros de salud, disminución de barreras a la entrada).

En cuanto a los *mecanismos de pago a prestadores*, si bien ambas propuestas sugieren avanzar hacia aquellos que traspasan parte del riesgo financiero a los proveedores en orden a contener los costos por esta vía y mejorar la eficiencia, no señalan cómo podría implementarse.

La recomendación principal de la literatura para fomentar el uso de dichos métodos de pago a prestadores, así como también la adopción por parte de las aseguradoras de las demás herramientas de control de costos, es que deben cumplirse dos importantes pre condiciones (Thomson *et al.* 2013 y Paolucci *et al.* 2007), las que a su vez son parte de los diez prerequisites señalados por van de Ven *et al.* 2013:

- i) Que no existan barreras -impedimentos legales, técnicos y prácticos- para aplicar las herramientas mencionadas y
- ii) Que existan incentivos a la eficiencia (menores costos, más calidad, no selección de riesgos) para los aseguradores.

Por tanto, la conclusión es que es importante que las diversas herramientas estén a disposición de los aseguradores, pero más relevante aún es que ambas pre condiciones se cumplan para que los mecanismos elegidos sean efectivos en contener los costos. La literatura señala como barreras, entre otros: la existencia de negociación colectiva por parte

de prestadores, la prohibición de integración vertical entre aseguradores y proveedores, la falta de información precisa a nivel de calidad y precios de las prestaciones y las dificultades para terminar contratos (Thomson *et al.* 2013). En el caso de Chile habría que agregar *las restricciones a las isapres de comprar prestaciones al sector estatal*, sobre todo en aquellas regiones donde no existe oferta privada para determinados tratamientos, como se plantea en ambas propuestas de la Comisión. Admitir dicha interacción permite no sólo ampliar las opciones de los usuarios (en la medida en que las aseguradoras podrán ofrecer planes en lugares donde antes no podían), sino que también ocupar de mejor manera los recursos a nivel país, tanto porque se aprovecha la capacidad, como porque ello implica que los proveedores estatales deben responder en iguales condiciones que los privados.

En cuanto a los incentivos a la eficiencia, la clave es el traspaso de parte del riesgo financiero a los aseguradores y un buen mecanismo de ajuste de riesgos (Thomson *et al.* 2013 y Paolucci *et al.* 2007), los que se discuten en los puntos siguientes.

- d) **Libre afiliación y fondo de compensación de riesgo entre aseguradoras:** estos mecanismos buscan favorecer la movilidad y posibilidades de elección de los usuarios, así como fomentar la competencia por parte de los aseguradores en cuanto a precios y calidad (desincentivando el descreme). En el informe, ambas propuestas tienen las limitaciones de que consideran sólo a las isapres para integrar el fondo y de que establecen barreras a la afiliación asociadas a las condiciones de salud y a los salarios (o ingresos) para quienes provienen del Fonasa. Sin embargo, si bien algún mecanismo de equilibrio financiero puede ser necesario en

la transición, el libre acceso a las acciones de salud y la elección del seguro por parte de toda la población requieren establecer una estrategia que integre a todos. Ninguna de las propuestas plantea cómo sería el tránsito hacia este objetivo²⁰.

La transición a un sistema de libre movilidad plantea una serie de decisiones por tomar y desafíos que deben abordarse, y que se discuten a continuación:

i) **Diferenciación del costo del plan universal** de aquel asociado al plan complementario. El valor del primero se requiere para el cálculo de las primas ajustadas. Asimismo, permite a las personas contratar sólo el plan universal si así lo desearan, mejorando la movilidad y limitando el uso del plan complementario como estrategia para seleccionar por riesgo.

ii) **Establecer el financiamiento del fondo.** Existe un desbalance relacionado con el porcentaje del riesgo financiero traspasado a las aseguradoras que se debe equilibrar: mientras mayor es el riesgo financiero asumido por estas últimas, mayor es el incentivo a disminuir costos, pero también a seleccionar a los menos riesgosos (ello incluye tanto a las isapres como al Fonasa). Por tanto, es conveniente que una parte de los recursos sea administrada directamente por las aseguradoras, tal como ocurre en la mayoría de los países estudiados por la comisión, donde cada una puede cobrar una prima comunitaria por el plan universal, que es

administrada por ellas y no va al fondo mancomunado (Thomson *et al.* 2013). En algunos otros países sólo parte de la recaudación va a un fondo mancomunado. Los pagos retrospectivos (compensación *ex post*) también disminuyen el riesgo financiero asumido por las aseguradoras, pero tienen la desventaja de disminuir la eficiencia, por lo que deben ser usados con prudencia. La propuesta de mayoría señala que en el plazo de un año las isapres deberían financiar el plan universal sólo con la cotización obligatoria (mediante una prima ajustada que provendría del fondo Inter-isapres), traspasando todo el riesgo financiero a estas entidades, lo que aumenta los incentivos a seleccionar por riesgo en relación con un escenario donde pueden cobrar y administrar una prima comunitaria o gestionar directamente parte de la recaudación.

iii) **Determinar la forma de participación del Fonasa** en el esquema de compensación de riesgos. De mantenerse la obligación de cotizar un porcentaje del salario y dado que los beneficiarios del Fonasa en promedio cuentan con menores ingresos, se requiere no sólo que el Fonasa participe de la compensación de riesgos en salud, sino que, además, se determine un mecanismo de subsidios (por parte del Fonasa, del Estado o ambos), para equiparar las contribuciones de aquéllos de menores ingresos que opten por un asegurador privado, si se quiere mantener el nivel de la atención. Esto último incluye tomar una decisión respecto del tratamiento que se dará a las personas que no cotizan en orden a permitir a ellas ejercer su derecho a elegir el sistema de salud.

²⁰ En el caso de la propuesta de mayoría, como se menciona más adelante, el tránsito hacia un seguro único se realizaría mediante el Fondo Mancomunado Único, sin embargo, tampoco se señala cómo sería esta transición.

Como se aprecia en el cuadro 3, para el año 2013 la cotización obligatoria (7%) promedio de cada cotizante (es decir, sin contar las cargas) fue el triple en las isapres en relación con el Fonasa (\$22.443 versus \$66.129). Dado lo anterior y considerando que el Fonasa atiende a personas indigentes y otras sin ingresos, al distribuir las cotizaciones obligatorias entre el total de beneficiarios se genera una brecha importante entre isapres y Fonasa en los recursos por persona (\$9.681 versus \$35.447). Así, el aporte que el Estado realiza al Fonasa compensa en gran medida estas diferencias, acercando los montos por persona (\$25.215 versus \$35.447). Dado que las propuestas plantean financiar el plan universal de manera separada del gasto en licencias, entonces el ejercicio correcto es restar dicho gasto de los recursos disponibles para las isapres y el Fonasa. Así, el monto mensual disponible para gastos de salud en 2013 por persona en el Fonasa y las isapres fue de \$22.647 y \$26.611, respectivamente. Es decir, el Estado tendría que subsidiar mensualmente en poco menos de 4.000 pesos a cada usuario para que el aporte promedio de los beneficiarios del Fonasa (para gastos de salud descontado de licencia médicas) fuese equivalente a la cotización obligatoria menos el gasto en SIL en las isapres.

- iv) **Establecer la fórmula de ajuste de riesgo.** Se debe tener en cuenta que mientras más cercano sea el cálculo de la prima ajustada por riesgo al costo real de atender a cada persona, menor será el incentivo a la selección de riesgos por parte de las aseguradoras²¹. Se recomienda

²¹ En la literatura se señala que un mecanismo de ajuste de riesgo adecuado no necesita predecir exactamente la probabilidad de enfermarse de cada individuo y sus costos, pero debe hacerlo mejor que los aseguradores, de manera que los costos de seleccionar a los menos riesgosos sean más altos que

Cuadro 3
Aportes promedio mensual en
Fonasa e isapres, 2013

	Fonasa	Isapres
Cotización promedio 7% (sólo cotizantes) (*)	22.443	66.129
Recursos por beneficiario 7%	9.681	35.447
Recursos por beneficiario 7% + aporte estatal	25.215	35.447
Recursos por beneficiario descontado gasto en SIL (**)	22.647	26.611

Nota: (*) El número de cotizantes del Fonasa se estima aplicando la proporción del año 2012 al total de beneficiarios del año 2013.

(**) El gasto en SIL para Fonasa en 2013 se estima aplicando al gasto en SIL de 2012 la misma tasa de crecimiento del gasto entre 2011 y 2012 (7,8%).

Fuente: Fonasa, DIPRES y Superintendencia de Salud.

al menos usar variables demográficas —sexo, edad, nivel socioeconómico— y de morbilidad —condición de salud— (Chernichovsky & van de Ven 2003, van de Ven 2011) y excluir aquellas posibles de manipular o que crean incentivos perversos. Asimismo, se requiere contar con información adecuada y unificada respecto de las prestaciones a nivel individual en cuanto a precios, frecuencia, seguimientos, etc. Ello presenta un desafío importante para el país, sobre todo en el caso del Fonasa, donde los sistemas de registro y monitoreo de los casos atendidos no son oportunos, completos ni homogéneos (BID 2014 y Bonilla 2013). Además, en varias prestaciones no existe claridad en relación con los verdaderos costos, lo que demanda una inversión en este aspecto.

- e) **Prima del seguro universal:** la propuesta de mayoría señala que luego de un año el plan universal debiera financiarse sólo con la cotización obligatoria —porcentaje a determinar—

sus beneficios. En efecto, si la predicción es perfecta no habría incentivos a los aseguradores de reducir los gastos dado que no podrían apropiarse de dichos ahorros (Oliver 1999).

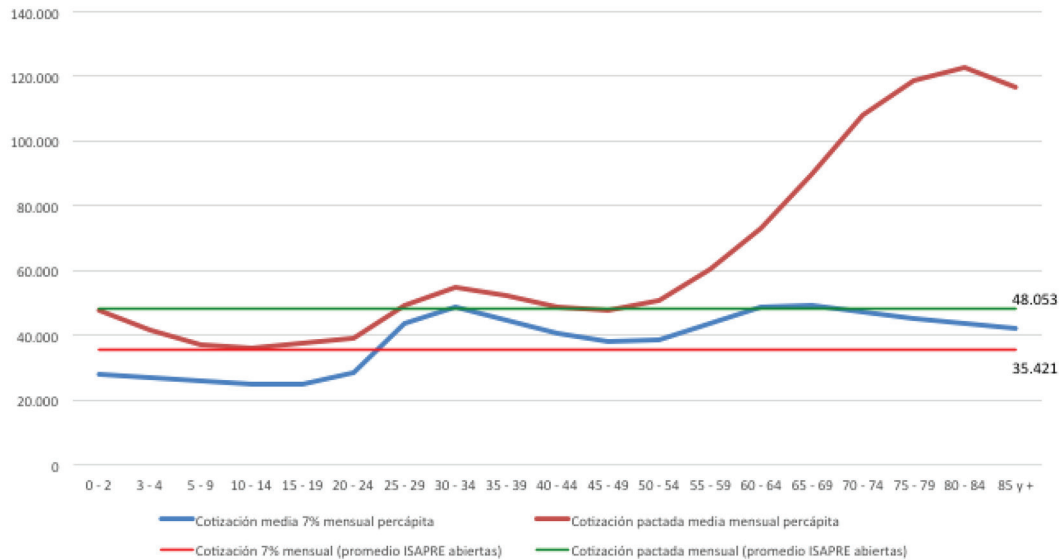
la de minoría permite a cada isapre, como ocurre en la mayoría de los países estudiados por la comisión, cobrar además una prima comunitaria (plana). Esta última tiene la ventaja de que permite a las aseguradoras manejar parte de sus recursos disminuyendo los incentivos al descreme. Sin embargo, el mantener como mandato la obligación de cotizar un porcentaje del salario dificulta la transición y establecimiento del esquema multiseguros, dadas las diferencias salariales entre los cotizantes del Fonasa y las isapres, puesto que, como se viera en el punto anterior, si el Estado no incrementa el aporte por cada persona del Fonasa, la redistribución de recursos (que surge de reunir la cotización obligatoria de todos en un fondo y luego repartir primas ajustadas) terminaría disminuyendo el monto por persona en las isapres (y aumentándolo levemente en el caso de los beneficiarios del Fonasa). Si a lo anterior se suman las nuevas y en algunos casos mayores exigencias (contenido del plan universal, organizar a sus proveedores en red, mantención de contratos actuales), así como una posible migración desde el Fonasa a las isapres al eliminarse todas las barreras, se generaría un desajuste financiero en el sector privado que podría disminuir la calidad de la atención o incluso llevar a la quiebra a las compañías que no se logren adaptar a tiempo. Además, el mandato de cotizar un porcentaje del salario a cambio de los mismos beneficios incentiva la subdeclaración de ingresos.

La propuesta de permitir un cobro por cada aseguradora aminora los problemas anteriores ya que otorga más holgura a las aseguradoras; sin embargo, restringe la movilidad de quienes no puedan pagarla, por lo que requiere de subsidios estatales para dicha prima. Una

alternativa que permite abordar dichos problemas y avanzar a una mayor progresividad del financiamiento, basada en la propuesta de van de Ven (2011), es cambiar el mandato de cotizar un porcentaje del salario por el de “adquirir un seguro de salud” y subsidiar a quienes no tengan recursos suficientes. En este esquema cada aseguradora puede determinar valores para la prima del plan universal en base al riesgo, los que deberán estar dentro de determinados rangos (se sugieren diferencias máximas de 2 a 4 veces) en orden a que sean coherentes con las determinaciones del Tribunal Constitucional de “evitar grandes diferencias”. Esto último permite hacer menos rentable y por tanto desincentivar la selección de riesgos que producen las primas comunitarias, dado que los mecanismos de compensación de riesgo no siempre son perfectos y porque las aseguradoras tienen otros mecanismos para descremar, como se ha evidenciado en los países estudiados por la comisión —Paolucci *et al* 2007—. Los subsidios estatales provenientes de impuestos generales se otorgan a las personas de menores ingresos y mayor riesgo (edad o condición de salud). Dado que la banda no permite grandes diferencias, igualmente se requeriría de un mecanismo de compensación de riesgo, puesto que las diferencias en los cobros a diferentes grupos de personas superan el rango mencionado, lo que refleja que las diferencias de riesgo son mayores (figura 4). Asimismo, los subsidios permiten también aminorar el gasto que les significa a las personas de mayor edad contratar un seguro en base a sus riesgos, costo que difiere sustancialmente de su cotización legal (diferencia entre cotización pactada media mensual per cápita y cotización media 7% mensual per cápita en la figura 4).

Figura 4

Cotización pactada y legal en isapres según tramo etario 2013



Fuente: Informe Comisión.

f) **Regulación de planes complementarios (precio y cantidad):** si bien con ello se busca subsanar los problemas de información que presentan los seguros, no todas las medidas propuestas son adecuadas. Por una parte, hay estrategias que ayudan en la elección y comparación, facilitando la comprensión de la información como homologar la estructura de los planes, usar un arancel común para expresar los precios o un formato de contenido similar. Algunos países (Finlandia, Alemania, Irlanda, Holanda, Estados Unidos) cuentan con agencias u otros organismos centrales que facilitan la comparación en el caso de seguros privados (Thomson & Mossialos 2009).

Por otra parte, *la obligación de cobrar primas planas (en ambas propuestas) y la fijación de un máximo de 3 planes (en la posición de mayoría)* son regulaciones que, además de intervenir aspectos que escapan a la seguridad

social, generan efectos opuestos a los buscados. El más obvio es el generado por el cobro de primas comunitarias cuando el plan es voluntario: (i) autoselección de los más riesgosos en el seguro, generando un aumento del riesgo de la cartera y costo de la prima, lo que a su vez desincentiva la renovación del seguro por parte de aquellos de menor riesgo, causando nuevas alzas de precio y así sucesivamente; (ii) exclusión por parte de las isapres de los más riesgosos. (i) y (ii) plantean dos escenarios: no hay intersección entre demanda (los más riesgosos) y oferta (para los menos riesgosos) o agrupación de los más riesgosos en un tipo de seguro complementario y los menos riesgosos en otro (mediante alguna estrategia de diferenciación del contenido del seguro), socavando el objetivo de la prima comunitaria (van de Ven 2011). Sin embargo, la limitación a ofrecer 3 planes por cada isapre y la fijación

de precios máximos, por una parte, reducen las posibilidades de que exista un equilibrio, dada la imposibilidad de ajustarse a las necesidades de cada grupo de personas y, por otra, limitan la competencia y, por consecuencia, la eficiencia. Entre los países estudiados por la comisión, sólo Bélgica establece primas comunitarias para los seguros voluntarios (dominado por seguros grupales) y se aplica únicamente en el mercado de las mutuales, que son en gran medida reguladas por ellas mismas (Thomson & Mossialos 2009). Ninguno fija precios máximos a dichos seguros.

En varios de los países donde existen sistemas de seguro social (con libre afiliación, primas comunitarias y compensación de riesgo) se encuentra que *los seguros complementarios son usados por las aseguradoras para seleccionar a los menos riesgosos* (Thomson *et al.* 2013), porque venden el seguro complementario en conjunto con el seguro, porque tienen cláusulas que establecen diferencias en los beneficios según sea el proveedor del seguro obligatorio y porque las personas prefieren comprar en el mismo lugar (Paolucci *et al.* 2007). Por lo tanto, las alternativas con menores desventajas recomendadas son prohibir las mencionadas cláusulas que cambian las condiciones cuando una persona elige otra aseguradora para el seguro universal y transparentar estos comportamientos, por ejemplo, mediante encuestas a los postulantes, en orden a que el miedo a perder reputación prevenga a las aseguradoras de realizar este tipo de estrategias (Paolucci *et al.* 2007).

Por otra parte, en ambas propuestas se admite que *los seguros complementarios cubran los copagos*. Si bien ello también ocurre en muchos países, la disminución en

los copagos impide que éstos cumplan su propósito de desincentivar el sobre uso de determinadas prestaciones, distorsionando los cálculos que realizan las aseguradoras que otorgan el plan universal. Este argumento es utilizado en la propuesta de minoría para promover la regulación de los descuentos que ofrecen los propios prestadores a los copagos (además de que incrementan los precios para el resto de los usuarios), por lo que es conveniente estudiar y dimensionar el efecto que provocan y, de ser necesario, tomar medidas al respecto²².

- g) **Institucionalidad para la validación de cambios en los costos:** Se plantea la existencia de un organismo independiente de las aseguradoras que validaría las alzas en los precios (podría ser la Superintendencia de Salud). La propuesta de minoría señala que el mecanismo de reajuste de precios esté fijado en la ley (y sea similar al que se utiliza en la actualidad para determinar la prima GES) y que exista un árbitro (panel de expertos) cuando se presenten diferencias entre los seguros y la entidad a cargo. Entre otros, ello permitiría terminar con la judicialización actual del sistema de salud (si es que el mecanismo también se extiende a los contratos vigentes), ya que establecería reglas claras para justificar cambios en los costos de los planes, haciendo más transparente el

²² En la propuesta de mayoría no se especifica si los recursos que el Fondo Inter-isapre entregaría a cada aseguradora podría o no ser usado en el plan complementario. En caso de que en el corto plazo las isapres no puedan usar el 7% para el plan complementario, éstas se verán obligadas a ofrecer seguros para prestaciones no cubiertas por el plan universal o copagos, puesto que, si quisieran ofrecer la misma o una mejor cobertura del plan común en otros prestadores de mayor valor, como ocurre en algunos planes actuales, deberían más que duplicar el cobro asociado al plan común (dado que actualmente en promedio se destina el 10% del salario), reduciendo fuertemente las posibilidades de acceso a dichos prestadores.

sistema para los usuarios y a la vez, hacer a estos últimos más conscientes del efecto que el sobreuso de los servicios genera en los costos.

- h) **Modificaciones al sector estatal:** La instalación de un sistema de seguro social requiere generar las condiciones apropiadas para que la competencia entre seguros se realice en base a precio y calidad de la atención recibida. Ello implica que el Fonasa (y otras aseguradoras públicas que pudieran surgir) y los prestadores estatales deben poder participar en igualdad de condiciones con el sector privado. Por tanto, se requeriría:

i) Empoderar al Fonasa mediante la entrega de las mismas atribuciones que tienen las demás aseguradoras (p.e. eliminando de la ley el método de pago a prestadores o permitiendo otras opciones) e independencia de la autoridad en salud (diferenciando claramente el rol del Minsal de aquél otorgado al Fonasa —p.e. qué financia y qué provee cada uno, ya que el Fonasa costearía el plan universal y puede que el Minsal lo haga con otras prestaciones preventivas o de otro tipo—). En ese sentido, la idea de que la administración de los diversos fondos— que se crean en la propuesta de mayoría— se aloje en el Minsal atenta contra el adecuado funcionamiento de un sistema de este tipo.

ii) Mayor exposición a mecanismos de mercado para los prestadores estatales (Organización Mundial de la Salud 2000), lo que se traduce en mejores herramientas a los encargados de los centros de salud para una adecuada administración de éstos, en métodos de pago que les traspasen parte del riesgo financiero y en establecer mecanismos de rendición de

cuentas. Por ejemplo, que los prestadores puedan determinar cómo y cuánto pagar a sus funcionarios, junto con presupuestos (más) duros y con consecuencias a quienes acumulen déficit, entre otros. Ello obliga a transparentar los costos reales de los centros de atención estatales y de esta manera que la competencia con los privados sea en iguales condiciones.

iii) Otorgar mayor independencia y atribuciones a la Superintendencia de Salud, para que ejerza su rol fiscalizador del seguro estatal en las mismas condiciones que a las isapres, así como también de todos los prestadores.

- i) **Fondo mancomunado para prestaciones universales: medicamentos y enfermedades de alto costo, prevención:** En ambas propuestas se plantea que el fondo financie beneficios para toda la población, así como tratamientos y medicamentos de alto costo. Actualmente está en preparación un proyecto de ley para financiar medicamentos y prestaciones de enfermedades de baja prevalencia y alto costo mediante impuestos generales, por lo que este planteamiento duplicaría dicho mecanismo. Sin embargo, algunos elementos de las propuestas podrían considerarse en dicho proyecto como el incorporar algún aporte por parte de las aseguradoras e integrar a representantes de la sociedad en la dirección de este fondo y no sólo al gobierno (aseguradoras, usuarios, comunidad médico-científica, prestadores), así como el que la entidad administradora sea independiente de las aseguradoras. De todas maneras, es complejo determinar qué tipo de medicamentos y prestaciones se financiarán cuando no se ha definido bien el contenido del plan universal, dado que este

fondo debiera complementar al plan universal (que contaría con cobertura catastrófica y un mecanismo de *stop loss*), por lo que se sugiere dejar la suficiente flexibilidad para lograr este objetivo.

Respecto de la prevención, en ambas propuestas se plantea financiarla mediante un fondo común, con las diferencias de que en la de minoría se sugiere que ello sea realizado en un fondo aparte del fondo de medicamentos y prestaciones de alto costo y que sólo considere a las isapres.

En primer lugar, existe coincidencia en la importancia de la prevención y en que se requiere fomentar. Ello tanto por sus características (externalidades y bien público)²³ como porque un sistema de seguros con movilidad no incentiva la prevención por parte de las aseguradoras (que no pueden recuperar la inversión cuando alguien se cambia de fondo), ni tampoco la compensación de riesgo (si se “invierte” en prevención la cartera disminuye su riesgo y se reciben menos recursos). Por tanto, el reembolso de prestaciones preventivas puede ser un aporte en la medida en que el plan universal no contenga suficientes acciones de prevención o incentivos para el mismo objetivo. Se puede debatir que dichos recursos provengan también de parte de las aseguradoras para que tengan incentivos a recuperarlos (el solo reembolso de las prestaciones podría no ser suficiente incentivo para otorgarlas). En segundo lugar, parece apropiado que la prevención se realice en un fondo separado, ya que, de lo contrario, se requiere

²³ Por una parte, prevenir no sólo beneficia a quien realiza la prevención, sino que también al resto (evita costos futuros, libera recursos, evita contagios) y, por otra parte, algunas estrategias de prevención, como campañas masivas, funcionan como bien público al llegar a todas las personas.

establecer criterios y prioridades para cada tipo de gasto, lo que, tal como ocurre en la actualidad, termina relegando a la prevención con los consiguientes costos futuros que ello implica.

Una consideración importante es establecer claras limitaciones respecto de lo que financiaría cada fondo, el Minsal y el plan universal, en orden a no colapsar a este último como ha ocurrido en otros países (p.e. Colombia, donde el poder judicial ha obligado a las aseguradoras a financiar cualquier tratamiento de la salud).

j) **Propuestas positivas a ser implementadas en cualquier modelo:**

- a) Que la Superintendencia de Salud esté a cargo de la fiscalización de los aspectos sanitarios de todos los seguros asociados a la salud (plan base, seguros complementarios y suplementarios).
- b) Creación de una entidad independiente a cargo de la evaluación de tecnologías sanitarias, que considere su seguridad, impacto y costo-efectividad.
- c) Mejorar los mecanismos de recaudación de las cotizaciones para disminuir morosidad.

k) **Separación del subsidio de incapacidad laboral (SIL) del plan de salud.** Ello permite acotar los recursos destinados al SIL y que, por tanto, el incremento en este ítem no afecte el financiamiento del plan de salud. Respecto del subsidio de incapacidad laboral, en caso de ser separado del seguro de salud, existen varios aspectos que deben ser revisados que se mencionan a continuación, pero que no serán analizados:

- a) Administración del subsidio: la propuesta de mayoría señala que se transforme en

un fondo único. La de minoría se refiere a múltiples seguros.

b) Mecanismos de apelación de licencias: se propone que sea independiente de las aseguradoras, pero no se menciona algún sistema que permita equilibrar los gastos con los ingresos.

c) Mecanismos de control de fraudes que permitan disminuir el uso de licencias fraudulentas.

d) Revisión del diseño del subsidio: cobertura, topes, días de carencia.

e) Incorporación de empleadores en el financiamiento, en orden a incentivar a estos últimos a prevenir y cuidar la salud de sus trabajadores.

f) En línea con lo anterior, la propuesta de mayoría sugiere fusionarlo con el Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (Ley 16.744). Si bien ello tiene la ventaja de que facilita los procesos (no se requerirá determinar el origen de la enfermedad laboral o no laboral), dicho objetivo también se logra sólo creando un seguro/fondo para las licencias médicas. Fusionar todo el seguro de la Ley 16.744 implica afectar el funcionamiento de todo el sistema que se ha desarrollado en torno a la mencionada ley, puesto que la cobertura del seguro considera también la atención médica de quienes padecen enfermedades de origen laboral y subsidios de incapacidad laboral permanente y de muerte. Por tanto, entre otros, se debe definir qué ocurrirá con las entidades administradoras del seguro (mutuales e Instituto de Seguridad Laboral) y sus prestadores, con las dificultades técnicas, legales y políticas que ello implica.

4. Comentarios finales

Al igual que muchos de los países en desarrollo, Chile cuenta con un sistema de salud que si bien ha logrado notables avances y ha pasado por múltiples cambios, reformas y regulaciones, todavía cuenta con algunos incentivos desalineados con los objetivos que el país le ha impuesto. El informe que surge de la última comisión presidencial convocada para revisar el sistema de salud establece que la mayoría de sus integrantes propone organizarlo en base a un seguro único en el largo plazo, ya que ello sería más eficiente y solidario que un esquema de múltiples seguros, aunque este último planteamiento es el avalado por el resto de los comisionados. Sin embargo, como se evidencia al observar a otros países, no existe una estructura superior a las demás en todos los aspectos. Journard *et al.* 2010, al estudiar los diferentes modelos de organización de los sistemas de salud de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y su desempeño, concluyen que en todas las naciones hay espacio para mejorar la efectividad del gasto en salud ya que ninguno presenta un desempeño sistemáticamente mejor en cuanto a la relación costo-efectividad de la atención en salud. Por tanto, agregan los autores, las reformas tipo “big-bang”, como sería en el caso de Chile pasar del actual sistema a uno de seguro único, no garantizan mejoras, sino que es más conveniente aumentar la coherencia del marco actual y aplicar las mejores prácticas y elementos de países con sistemas de salud similares.

4.1 Por qué un seguro único de salud no es adecuado para Chile

Los argumentos planteados en el informe para avalar la propuesta de un seguro único son la ma-

yor eficiencia, solidaridad y no discriminación por riesgo de este esquema. Respecto a la solidaridad y la no discriminación, ambas posturas —seguro único y multiseguros— proponen mecanismos para avanzar en ese sentido: fondo de compensación, libre afiliación, primas planas. En cuanto a la eficiencia, si bien el seguro único tendría ventajas, éstas sólo se concretarían de realizarse importantes modificaciones a la institucionalidad vigente en el sector salud que, al menos en el corto plazo, no parecen estar dentro de las prioridades. Estas modificaciones, entre otras, pasan por entregar más atribuciones e independencia respecto del Minsal al Fonasa y a la Superintendencia de Salud, así como mejoras sustantivas en los sistemas de pago, administrativos y de gobierno de los prestadores estatales. De lo contrario, dichas ventajas pueden ser contrarrestadas por las ineficiencias y otros problemas asociados a la administración estatal (como consecuencia de la captura y cambios políticos, así como de los riesgos de la burocracia estatal), tal como se evidencia en aquellos países que cuentan con un único pagador. Otra importante desventaja que no parece ser valorada por quienes proponen el esquema de seguro único es la pérdida de la posibilidad de elegir, ya sea al asegurador, como a los prestadores (médico, especialista, hospital, centro de salud), limitando la competencia y, por tanto, desincentivando la eficiencia y la innovación, así como la capacidad de respuesta del asegurador a las necesidades de los usuarios. Por oposición, ésta es una de las principales virtudes del esquema de multiseguros, cualidad que es altamente valorada por los chilenos —cerca de 20% de la población ha optado por una isapre y 34% de quienes están en el Fonasa se cambiaría a una de poder hacerlo—, preferencias que se repiten en otros países. En este sentido, la opción por un esquema de multiseguros parece ajustarse mejor a las necesidades, historia y cultura de los chilenos, aunque debe reconocerse

que requiere de un marco regulatorio para los aseguradores, que fomente la competencia por calidad y precio y no por descreme. Afortunadamente, Chile cuenta con experiencia, tanto por parte del Minsal como de la Superintendencia de Salud en cuanto a fiscalización, acreditación y esquemas de compensación de riesgo.

Finalmente, la propuesta de mayoría plantea para el corto plazo un esquema multiseguros que transitaría en el mediano/largo plazo al seguro único. Para converger, se plantea que el Fondo Mancomunado Universal (FMU) —que en un principio reuniría una proporción de los recursos de las isapres y del Fonasa así como aportes estatales— vaya creciendo y absorbiendo cada vez una mayor proporción de las cotizaciones hasta terminar concentrando todos los recursos. Paralelamente, dicho fondo iría financiando nuevas prestaciones cada año. Esta transición parece poco viable, dada la imposibilidad de sobrevivencia de los seguros privados a una etapa que involucra equilibrar, principalmente, que el FMU vaya absorbiendo en el tiempo los recursos de las isapres, mientras estas últimas deben seguir financiando tanto un plan universal de salud cuyo contenido no se reduce (el informe plantea que las prestaciones vayan aumentando en el plan universal), como los contratos vigentes antes del cambio del sistema. A ello se suma que las isapres deben destinar una proporción de las cotizaciones para el “Fondo SIL y accidentes y enfermedades profesionales” y otra que quedaría en el Fondo Inter-isapres como reserva para compensaciones posteriores. Más aún, la única válvula de ajuste que les quedaría para equilibrar los requerimientos anteriores, el cobro de una prima, estaría regulada en cuanto a su forma, precio máximo y cantidad. Asimismo, un escenario donde se espera que las isapres desaparezcan como oferentes del plan universal y cuya participación en seguros complementarios

se limita, si se observa con algo de realidad, no estimula la calidad del servicio, sino que, más bien, desincentiva la participación.

Por lo tanto, de adoptarse la decisión de organizar el sistema de salud mediante un seguro único, el modelo de corto plazo debiera ser compatible con el futuro escenario. Por ejemplo, se podría establecer la obligación para los nuevos afiliados de ingresar al seguro único desde una determinada fecha (permitiendo a los actuales beneficiarios de isapres mantener sus contratos). En cualquier caso, previo a ello, se requeriría realizar los cambios, mejoras y la modernización de la institucionalidad en salud ya mencionados (Fonasa, Minsal, Superintendencia de Salud y prestadores estatales). Una vez que todos los prestadores estuvieran en igualdad de condiciones, se debiera buscar una forma de financiamiento y organización de éstos que permita compatibilizar el control de costos con la calidad y las posibilidades de elección del prestador por parte de los usuarios. Para lograr este objetivo, los países con sistemas más efectivos en salud han venido introduciendo mecanismos como competencia, precios de mercado y libertad de elección por parte del usuario, evitando el control gubernamental centralizado (Organización Mundial de la Salud 2000; Tanner 2008). Esto corre incluso para aquellos que cuentan con sistemas con pagador único (Niemi 2014).

4.2 Propuesta para un esquema de multiseguros: libre acceso, libre elección y calidad

Considerando las ventajas y desventajas de cada esquema, la realidad y la trayectoria de los sistemas de seguros en Chile y las recomendaciones de la literatura, se propone avanzar hacia un nuevo esquema multiseguros cuyos elementos centrales se describen a continuación, a la luz de la evidencia,

de las propuestas de corto plazo del informe, de los problemas que actualmente enfrenta el sistema de salud y de sus objetivos.

Se plantea cambiar el mandato de cotizar un porcentaje del salario por el de “adquirir un seguro de salud”. Para ello, los aseguradores (estatales y privados) que participen del esquema ofrecerían un plan universal (de igual contenido y que incluya topes anuales a los copagos en base a los ingresos del grupo familiar) cuyo precio será determinado por cada aseguradora, pudiendo variar en base al riesgo de los beneficiarios dentro de una banda predeterminada. Las personas elegirán aquel que les sea más conveniente siendo la afiliación libre, para lo cual, en primer lugar, el Estado otorgaría subsidios a los grupos familiares de menores ingresos (pueden ser según tramos de ingresos) y mayor riesgo y, en segundo lugar, existiría un fondo de compensación de riesgo único, financiado por las aseguradoras mediante un monto por persona, que luego distribuiría primas ajustadas a todas las aseguradoras. El que estas últimas manejen parte de los recursos reduce el riesgo financiero y, por tanto, los incentivos al descarte, de igual forma como lo genera el permitirles fijar primas en base al riesgo (dentro de un rango) y el fondo de compensación. Los subsidios según ingresos y riesgo, por su parte, pueden aportar en mayor solidaridad y progresividad del financiamiento, en relación con la financiación vía contribuciones salariales.

Para que las aseguradoras puedan competir en base a calidad y precios, además de un buen mecanismo de compensación de riesgo, se requiere que posean herramientas para organizar su cobertura, tales como planes cerrados y con prestadores preferentes, integración vertical con prestadores, protocolos y guías clínicas, programas de manejo de enfermedades, elección del mecanismo de pago a prestadores, entre otros. A su vez, es necesario que dichas herramientas puedan ser usadas, removien-

do las barreras que lo impiden (como la negociación colectiva por parte de prestadores, la prohibición de integración vertical entre aseguradores y proveedores, entre otros). En el caso del Fonasa, se deben realizar los cambios necesarios que le otorguen independencia del Minsal y autonomía para que pueda decidir cómo organizarse. En cuanto a las condiciones del mercado, se debe asegurar la existencia de reglas equivalentes en el cobro por parte de los prestadores a las aseguradoras, de información pública sobre indicadores de desempeño y libertad en la compra de servicios a oferentes estatales y privados por parte de todas las aseguradoras. Esto último es fundamental puesto que, de lo contrario, una fuga de beneficiarios del Fonasa a las isapres podría desfinanciar a los centros de salud estatales. En consecuencia, urge dotarlos de las atribuciones y autonomía para que participen en igualdad de condiciones que los privados, al igual que en el caso del seguro único. Por su parte, la Superintendencia de Salud debe también contar con las atribuciones para fiscalizar imparcialmente a todas las entidades (seguros y centros de salud), estatales y privadas.

Existiría también un fondo de prevención, que busca fomentar acciones previsoras por parte de las aseguradoras, así como otro que cubra medicamentos de alto costo, financiados tanto con recursos de las aseguradoras como del Estado. En cualquier caso debe haber absoluta claridad y limitación entre lo cubierto por el plan universal, lo que es cubierto por el Minsal, por el fondo de prevención y por el fondo de medicamentos, en orden a evitar traslapes así como problemas de judicialización de la salud, como ha ocurrido en otros países.

Finalmente, el mecanismo e institucionalidad, tanto para la definición del contenido del plan como de los reajustes del precio de los mismos deben quedar definidos en la ley, siendo de suma relevancia que los criterios sean explícitos, claros y transparentes.

4.3 Seguridad social, seguros complementarios y el rol del Estado

En cualquiera de los dos escenarios respecto de la organización del sistema de salud, se plantea la existencia de seguros complementarios voluntarios en salud,²⁴ los que podrían en principio costear prestaciones no cubiertas por el plan universal, cobertura en otros prestadores, copagos y mejoras del plan universal. Sin embargo, la propuesta de mayoría sugiere regular estos seguros en cuanto a su precio (cobro de primas planas y precios máximos) y cantidad (máximo tres por seguro). Estas restricciones no se entienden en la medida que no afectan al esquema de organización del sistema de salud y a los beneficios que la integran. En ese sentido, es esperable que se debatan medidas a los seguros complementarios que sí lo hagan, como el uso de seguros complementarios para seleccionar por riesgo o el que cubran copagos (generando sobreuso de las prestaciones del plan universal). Sin embargo, la regulación del precio o la cantidad no tienen justificación técnica y, por lo mismo, casi no se aplican en otros países. Más aún, de establecerse precios máximos, primas comunitarias y un máximo de tres planes por aseguradora a un seguro voluntario, el resultado es nuevas ineficiencias dado que o no se venden más seguros complementarios o se venden sólo a las personas más sanas, coartando además las posibilidades de elección, de competencia y de acceso a otras prestaciones (o mejoras de las mismas) a quienes quieren destinar más recursos, por sobre el plan universal, para su propia salud.

²⁴ En la literatura se diferencian los seguros entre complementarios (que cubren prestaciones excluidas por el plan universal) y suplementarios (que cubren mejoras de un mismo servicio).

5. Referencias

- Banco Interamericano del Desarrollo (BID). 2014. *Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación regional*. Editado por Úrsula Giedion, Ricardo Bitrán e Iñez Tristao. http://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6484/Planes_de_beneficios_en_salud_de_America_Latina.pdf?sequence=4 (acceso el 14 de octubre de 2014).
- Barua, Bacchus & Frazier Fathers. 2014. "Waiting your turn: wait times for health care in Canada, 2014 Report". Fraser Institute. <http://www.fraserinstitute.org/uploadedFiles/fraser-ca/Content/research-news/research/publications/waiting-your-turn-2014.pdf> (acceso el 28 de noviembre de 2014).
- Bonilla, Claudio. 2013. "Informe final. Evaluación del Bono AUGÉ de Fonasa". DCS Consulting y Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile. Mayo.
- Castañeda, Tarsicio. 1990. "Reformas de los programas de salud y nutrición y sistemas de prestaciones". En *Para combatir la pobreza. Política social y descentralización en Chile durante los '80*. Santiago: Centro de Estudios Públicos.
- Castro, Rodrigo. 2006. "Midiendo la eficiencia de la salud municipal". *Serie informe social 97*. Libertad y Desarrollo.
- Chernichovsky, Dov & Wynand van de Ven. 2003. "Risk adjustment in Europe". *Health Policy* 65: 1-3.
- Fonasa. 2011. Cuenta pública 2010-2011. Gobierno de Chile (http://www.fonasa.cl/Trans_Docs/2012/06/OTROS/Cuenta_P%C3%BAblica_2010_2011.pdf).
- Galetovic, Alexander & Ricardo Sanhueza. 2013. "Un análisis de la integración vertical entre isapres y prestadores". Estudio solicitado por Inversiones La Construcción. 25 de junio.
- Goodman, John. 2005. "Health Care in a Free Society. Rebutting the Myths of National Health Insurance". *Policy Analysis* N° 532. CATO Institute. 27 de Enero.
- Infante, Antonio & Guillermo Paraje. 2010. "Reforma de la salud: garantías exigibles como derecho ciudadano". En *Las nuevas políticas de protección social en Chile*, editado por Osvaldo Larrañaga & Dante Contreras. Santiago: PNUD (Uqbar).
- Joumard, Isabelle, Christophe André & Chantal Nicq. 2010. "Health Care Systems: Efficiency and Institutions". *Economics Department Working Papers* N 769. OCDE. Mayo.
- Leukert-Becker, Karolin & Peter Zweifel. 2014. "Preferences for health insurance in Germany and the Netherlands – a tale of two countries". *Health Economics Review* 4: 22. <http://www.health-economicsreview.com/content/4/1/22>
- Mossialos, Elias & A. Dixon. 2002. "Funding Health Care: an Introduction". En *Funding Health Care: Options for Europe*. Editado por Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras y Joe Kutzin. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Niemietz, Kristian. 2014. "Health Check: The NHS and Market Reforms". *IEA Discussion Paper* N° 54. Institute of Economic Affairs. Octubre.
- Oliver, Adam J. 1999. *Risk adjusting health care resource allocations*. London: Office of Health Economics
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2000. "The World Health Report 2000. Health systems: Improving Performance". Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. 2010. "The World Health Report 2000. Health Systems Financing: The path to universal coverage". Organización Mundial de la Salud.
- Paolucci, Francesco, Eric Schut, Konstantin Beck, Stefan Greß, Carine van de Voorde & Irit Zmora. 2007. "Supplementary health insurance as a tool for risk-selection in mandatory basic health insurance markets". *Health Economics, Policy and Law* 2: 173-192.
- Pontificia Universidad Católica de Valparaíso (PUCV). 2012. "Mercado de la salud privada en Chile". Estudio solicitado por la Fiscalía Nacional Económica. Octubre.
- Sánchez, Héctor & Manuel Inostroza. 2011. "La salud del bicentenario, Chile 2011-2020: desafíos y propuestas". En *La salud del bicentenario, Chile 2011-2020: Desafíos y propuestas*. Editado por Héctor Sánchez. Instituto de Políticas Públicas y gestión, Salud y Futuro-Universidad Nacional Andrés Bello.

- Santelices, Emilio, Héctor Ormeño, Magdalena Delgado, Christopher Lui, Raúl Valdés & Lorena Durán. 2013. "Análisis de la eficiencia técnica hospitalaria 2011". *Revista Médica de Chile* 141: 332-337.
- Superintendencia de Salud. 2009. "Propuestas de regulación al problema de los precios, planes y cautivos en isapres y su relación con el Fondo de Compensación Solidario". Documento preparado por Sanigest Solutinos. Departamento de Estudios y Desarrollo. http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-5711_recurso_1.pdf.
- Superintendencia de Salud. 2013. "Prestadores de salud, isapres y holdings: ¿Relación estrecha?". Departamento de Estudios. Diciembre.
- Tanner, Michael. 2008. "The Grass Is Not Always Greener. A Look at National Health Care Systems Around the World". *Policy Analysis* N° 613. CATO Institute. 18 de marzo.
- Thomson, Sarah & Elias Mossialos. 2009. Private health insurance in the European Union. Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. London School of Economics and Political Science. Julio.
- Thomson, Sarah, Reinhard Busse, Luca Crivelli, Wynand van de Ven & Carine Van de Voorde. 2013. "Statutory health insurance competition in Europe: A four country comparison". *Health Policy* 109: 209-225.
- van de Ven, Wynand, Konstantin Beck, Caine Van de Voorde, Jürgen Wasem & Irit Zmora. 2007. "Risk adjustment and risk selection in Europe: six years later". *Health Policy* 83(2/3): 162-79.
- van de Ven, Wynand. 2011. "Risk adjustment and risk equalization: what needs to be done?". *Health Economics. Policy and Law* 6: 147-156.
- van de Ven, Wynand, Konstantin Beck, Florian Buchner, Erik Schokkaert, Erik Schut, Amir Shmueli & Juergen Wasem. 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. **PdeR**