

Puntos de Referencia

Edición online
N° 436, septiembre 2016

¿Hacia dónde vamos en salud?

Cómo avanzar hacia un sistema de seguros sociales

Carolina Velasco

Resumen

El sistema de salud chileno históricamente ha combinado la provisión de servicios médicos por parte del Estado y de los privados. Sin embargo, si bien en sus orígenes la provisión de seguros de salud fue mixta, el esquema actual con múltiples seguros es reciente y su continuidad ha sido objeto de discusión en el último tiempo, a propósito de que se planteara la posibilidad de avanzar hacia un sistema de seguro único, lo que implicaría terminar con las isapres.

En la actualidad el sistema de salud chileno se divide en dos subsistemas: uno estatal, a cargo del Fonasa, y uno privado, en manos de las isapres. La regulación asociada a cada subsistema así como la interacción de éstos, cuyas lógicas son diferentes, tiene como consecuencia, por una parte, una segmentación en la que las personas con peor estado de salud, de mayor edad y de menores ingresos se agrupan en el Fonasa y el resto, en las isapres. Y, por otra parte, este esquema conlleva a que cada uno enfrente problemas diferentes, según sus características específicas (escasez de médicos y camas y listas de espera en el Fonasa, y altos precios y baja cobertura de preexistencias en las isapres). El desafío actual está en cómo integrar los subsistemas, haciéndose cargo de las falencias en cada uno y otorgándole sostenibilidad al sistema de seguros.

Se han planteado principalmente dos propuestas: un seguro único y un modelo basado en múltiples seguros sociales (con participación de aseguradores privados y estatales). Aunque en el corto plazo habría acuerdo en la necesidad de cambiar el subsistema de isapres por uno de seguros sociales de salud, no es claro cómo sería la transición a alguno de los dos esquemas propuestos para el largo plazo.

Si bien el Gobierno se comprometió a enviar un proyecto de ley para reformar al menos el subsistema privado hace ya más de un año, ello ha sido pospuesto varias veces, a lo que se suma la poca claridad en la información respecto de su contenido. Tal es el caso del anuncio de la creación de un fondo mancomunado (entre isapres, el Fonasa y el Estado), cuyo objetivo es confuso e incluso duplicaría el rol que actualmente tiene el fondo de medicamentos de alto costo (Ley "Ricarte Soto").

Considerando la evidencia que surge de la revisión de reformas exitosas en estas materias, en este trabajo se delinea un plan para avanzar en Chile hacia un esquema de seguros sociales, basado en los prerequisites que la investigación indica son necesarios para que un esquema como éste funcione adecuadamente. El objetivo es abordar los problemas de acceso desigual, sobre todo de los más enfermos, de mayor edad y de menores recursos, así como la calidad de los planes y la atención en salud, mediante un diseño de seguros de salud que fomente la competencia por calidad y menores precios, y evite la selección de personas de bajo costo (más sanos), como ocurre en la actualidad.

Se postula que, en una primera etapa, se transforme a las isapres en seguros sociales de salud y paralelamente se adecúen los mecanismos de financiamiento, gestión y la institucionalidad del sector estatal para integrarlos en una segunda etapa. Ello requiere: (i) reducir la cantidad de planes ofrecidos, unificar su contenido en cuanto a beneficios y cobertura financiera (las GES, plan complementario y seguro catastrófico), así como reglas para acotar los precios de los planes; (ii) modificar el mandato de cotizar el 7% por la obligación de adquirir un plan de salud, lo que implica subsidios del Estado para quienes tienen menos recursos; (iii) libre afiliación (eliminación de la declaración de salud) y mecanismo de compensación de riesgos (pagos a las aseguradoras en base al riesgo de sus afiliados), que incluya todos los beneficios del plan y considere también el estado de salud de sus afiliados, para lo cual se presentan diversos esquemas de financiamiento; y (iv) reglas y herramientas adecuadas para aseguradoras y proveedores en salud (libertad para determinar sus contratos, integración de servicios, mecanismos de pago, entre otros).

Carolina Velasco. Ingeniero Comercial con mención en Economía (PUC). Máster en Políticas Sociales (LSE). Investigadora del CEP.
Agradezco los valiosos comentarios de Harald Beyer y Bernardita del Solar.

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

Monseñor Sótero Sanz 162, Providencia, Santiago de Chile. Fono 2 2328 2400 - Fax 2 2328 2440.

I. Introducción: Alianza público-privada en la organización del sistema de seguros de salud

Chile tiene una larga tradición de provisión mixta de servicios en el ámbito de la salud. Desde la Colonia —con la fundación de los primeros hospitales por parte de las instituciones religiosas y de la “Beneficencia” o caridad— hasta el siglo XX, fueron entidades particulares los principales responsables de la provisión de salud. Asimismo, los primeros seguros de salud surgen también de la iniciativa particular en el siglo XIX. Son los trabajadores quienes se agrupan en mutuales o sociedades de socorro para, entre otros, costear los gastos asociados a salud de sus miembros (Biblioteca Digital Nacional de Chile¹). En el siglo XIX el Estado comenzó a involucrarse en mayor medida en temáticas sanitarias, especialmente de salud pública, y ya en el siglo XX, a organizar el sistema de salud como un todo, mediante la creación de seguros —para obreros, empleados particulares y públicos— y de entidades que administraran los servicios médicos. Este proceso de prueba y error culminó en 1952 con la reorganización del seguro obrero, extendiendo su obligatoriedad a otros trabajadores de bajos ingresos, dando origen al Servicio de Seguro Social (que reemplazó a las cajas que estaban previamente a cargo del seguro obrero). De esta manera se segmentaron los seguros según tipo de trabajadores, puesto que el aseguramiento de los empleados quedó en manos del Servicio Nacional de Empleados (Sermena), quienes gozaban de condiciones diferentes como, por ejemplo, poder elegir a sus prestadores². Finalmente, y también por iniciativa privada, se crean en 1958 las instituciones mutuales, que tenían por objetivo la prevención,

recuperación y rehabilitación de la salud producto de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, organizaciones que en 1968 se consolidan por vía legal.

En 1980 se produjo una amplia reorganización del sistema de salud. Respecto de los seguros, se fusionaron el Servicio de Seguro Social y el Sermena, dando origen al Fondo Nacional de Salud (Fonasa), que se constituyó como un servicio público, financiado con un porcentaje de los salarios de sus afiliados (en principio 4% y luego 7%) y con

Nuestro sistema de salud históricamente ha combinado la provisión de servicios médicos por parte del Estado y de los privados.

aportes del Estado. Igualmente, se permitió la participación de aseguradoras privadas (instituciones de salud previsional, o isapres), personas jurídicas de derecho privado, que se financiaban con el mismo porcentaje de los salarios y con aportes voluntarios de sus afiliados. A fines de la década de los ochenta se creó la Superintendencia de Isapres que, posteriormente, se reemplazó por la de Salud y se extendió su ámbito de acción a todo el sistema de salud (incluyendo prestadores).

Según Miranda (1994), los fundamentos para la reforma de los años 80 apuntaron a mejorar la equidad en los beneficios y aportes a la salud, focalizar los subsidios estatales en personas de bajos ingresos, incrementar la libertad de elección, aplicar el principio de subsidiariedad del Estado, promover la eficiencia e incrementar la sensibilidad del sistema a las necesidades de la población. Si bien varios de esos principios son similares a los perseguidos por los sistemas de seguros sociales de salud, el sistema

¹ Memoriachilena. <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-93765.html>.

² Recién en 1979 se permite la libre elección de prestador a los obreros (Quesney 1995).

chileno no cumplía con varias de las características de éstos. En dichos esquemas, típicamente tanto empleados como empleadores, y en algunos casos el Estado, contribuyen para cubrir un paquete básico de beneficios de salud. Asimismo, los aportes son fijados para asegurar que los ricos contribuyan más que los pobres y que los enfermos no paguen más que los sanos, en orden a que los riesgos financieros sean repartidos tanto entre diferentes personas como durante el ciclo de vida (Doetinchem et al. 2010). Folland et al. 2014 señalan que, además, en estos sistemas la elegibilidad y fijación de primas no se realizan en base a las prácticas comunes de los contratos privados y que las primas son subsidiadas.

Entre 2003 y 2005 se intentó avanzar hacia un sistema de seguros sociales de salud, reforma que terminó en la introducción de un paquete

El esquema actual con múltiples seguros ha sido objeto de discusión en el último tiempo.

de prestaciones (asociadas al diagnóstico y tratamiento de un grupo de patologías) que debía ser cubierto por todos los seguros y con Garantías Explícitas en Salud (GES) —en cuanto a acceso, oportunidad, protección financiera y calidad (esta última garantía se implementó recién en 2016)—. El precio de este paquete debe ser el mismo para todos los afiliados a una misma isapre, por lo cual se creó un Fondo de Compensación entre dichas entidades, para evitar la selección de riesgos y el desfinanciamiento de aquellas isapres con personas de mayor riesgo (costo financiero).

En resumen, nuestro sistema de salud históricamente ha combinado la provisión de servicios médicos por parte del Estado y de los privados,

y esta coexistencia no ha generado mayores cuestionamientos. Sin embargo, si bien en sus orígenes la provisión de seguros de salud fue mixta, el esquema actual con múltiples seguros es reciente y su continuidad ha sido objeto de discusión en el último tiempo, luego de que una parte de la comisión de expertos convocada por la Presidenta de la República, en 2014³, planteara la posibilidad de avanzar hacia un sistema de seguro único, lo que implicaría terminar con las actuales aseguradoras privadas (isapres).

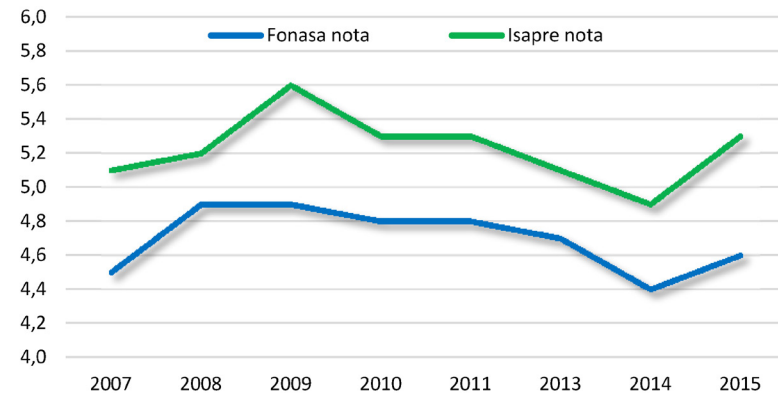
II. El desafío del sistema actual: integración y marco regulatorio adecuado

El desarrollo del sector, según lo descrito previamente, dio origen a dos subsistemas de salud: uno estatal, a cargo del Fonasa, y uno privado, en manos de las isapres. La regulación de cada subsistema, cuyas lógicas difieren (en cuanto al tipo de financiamiento, de seguros, etc.) no se hace cargo adecuadamente de los problemas asociados a los esquemas de seguros de salud y, al mismo tiempo, genera segmentación, quedando los más enfermos, más viejos y más pobres en el Fonasa y el resto, en las isapres⁴. Además, si bien en general la satisfacción de los usuarios es mayor en las isapres (Gráfico 1), cada subsistema tiene sus propios problemas, asociados a la lógica de funcionamiento de cada uno.

³ Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema Privado de Salud. http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf.

⁴ Para un análisis más acabado, ver Velasco (2014a), Sánchez & Inostroza (2011) y Butelman et al. 2014.

GRÁFICO 1: Evolución de la satisfacción con el sistema de salud, 2015
(Promedio de notas de 1 al 7)



Nota: No se realizó esta encuesta el año 2012.

Fuente: Superintendencia de Salud (2016).

Problemas en el Fonasa: En el caso del Fonasa, los usuarios señalan que las principales desventajas de su seguro son la falta de especialistas y de convenios con hospitales o clínicas, así como la espera para la atención por parte del asegurador (Superintendencia de Salud 2016). Estas respuestas reflejan los resultados que, según la literatura, son esperables en sistemas de aseguradores únicos, con financiamiento que no está asociado al plan (contribuciones salariales y aporte estatal; progresivo en el tiempo) y con un plan que tampoco tiene límites claros. Es decir, la creciente demanda (que se traduce en mayores costos para el asegurador, que es el Fonasa) no se logra satisfacer oportunamente, por lo que los servicios médicos se racionan mediante listas de espera. Lo anterior ocurre por (i) la disociación entre el financiamiento y los costos del plan ofrecido y el contenido del plan y (ii) por los bajos estímulos a la eficiencia o buen uso de los recursos (por ejemplo, la evidencia indica que hay espacios para reducir costos en la provisión. Santelices et al. 2013 y Castro 2006). Esto último ocurre, por una parte, porque cuando existe una sola entidad a cargo (en la práctica, el sistema de provisión

estatal depende, ya sea directa o financieramente, del Ministerio de Salud) los incentivos apuntan a enfocarse más en las preocupaciones políticas que en las de sus beneficiarios, lo que hace al sistema más vulnerable a la captura de grupos de interés (Organización Mundial de la Salud 2010), y, por otra parte, porque existen rigideces (por la forma de organización, así como por el mecanismo de financiamiento y normativas existentes) que afectan a las instituciones estatales, impidiendo una gestión moderna y orientada a los usuarios (Sánchez & Inostroza 2011).

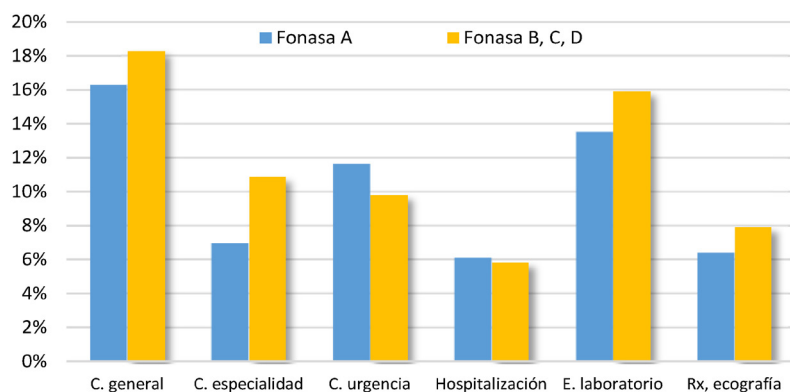
Estos problemas afectan a la gestión moderna y orientada a los usuarios (Sánchez & Inostroza 2011).

Es interesante notar que dentro del Fonasa también hay diferencias en la percepción y acceso entre usuarios del grupo A (indigentes y carentes de recursos) y aquéllos de los demás grupos (B, C y D)⁵. Por ejemplo, los primeros señalan en mayor medida que se sienten desprotegidos porque la atención es de menor calidad y por los largos tiempos de espera, en comparación con los pertenecientes a los grupos B, C y D (Superintendencia de Salud 2016). Asimismo, en general, la probabilidad de usar los servicios médicos para aquéllos del grupo A es menor (Gráfico 2), especialmente en los casos de las consultas generales y de especialidad, y en exámenes de laboratorio y rayos X⁶. Probablemente,

⁵ La descripción de quiénes quedan en cada grupo se puede encontrar en https://www.fonasa.cl/portal_fonasa/site/artic/20140621/pags/20140621192134.html.

⁶ Henríquez & Velasco (2015) encuentran que, al controlar por diversas variables, estar en Fonasa A disminuye la probabilidad significativamente (desde el punto de vista estadístico) de tener una consulta general y de especialidad. Respecto de las consultas de urgencia, tanto en el Gráfico 2 como en el mencionado trabajo, se da lo opuesto, siendo los del grupo A quienes presentan una mayor probabilidad de tener una consulta de urgencia. La evidencia indica que ello responde a que ante la dificultad para conseguir horas médicas se acude directamente a la urgencia, donde el acceso es más expedito

GRÁFICO 2: Probabilidad de ocupar los servicios médicos para usuarios del Fonasa, por grupo, 2013



Fuente: Análisis propio en base a los datos de la encuesta Casen 2013.

estas disimilitudes responden al menos en parte a las condiciones que el seguro estatal impone a sus afiliados, puesto que aquellos del grupo A no pueden atenderse por la modalidad de libre elección (para atenderse con prestadores privados deben pagar el total del costo de la consulta o prestación hospitalaria) y, por tanto, el paciente debe ser visto primero por un médico general para ser derivado, retrasando aún más la atención de niveles más complejos para quienes no pueden pagar prestadores privados (Henríquez & Velasco 2015).

Problemas en las isapres: En cuanto a las isapres, los usuarios señalan que sus desventajas son el alza de los precios de los planes de salud y la baja cobertura en enfermedades preexistentes, y quienes se sienten desprotegidos mencionan como principales causas el alto costo de las atenciones y la poca cobertura (Superintendencia de Salud 2016). Similar a lo que ocurre con el Fonasa, estos resultados responden a lo que la literatura (Barr 2004) señala son los resultados esperados de los seguros de salud (y por tanto son problemas que se deben corregir en cuanto se diseña un sistema basado en seguros): no cobertura de eventos cier-

(Henríquez & Velasco 2015).

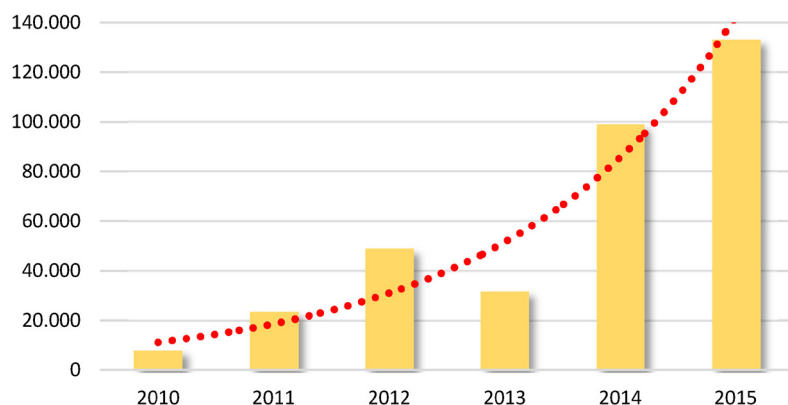
tos o preexistencias y rechazo de ciertas personas debido a ellas y alzas constantes de las primas para cubrir los mayores costos (que en el Fonasa se abordan con mayores aportes estatales y con racionamiento mediante colas). A ello se suma la falta de transparencia y la complejidad con que se entrega la información (en la actualidad se comercializan más de 11.000 planes de salud, cuya información es confusa, en cuanto se basa en porcentajes asociados a aranceles que difie-

ren en cada isapre), lo que dificulta la comparación de los productos (planes) ofrecidos.

Varios de los defectos mencionados en el diseño del sistema de salud actual se han hecho más patentes en los últimos años. Por una parte, el Tribunal Constitucional (TC) derogó en 2008 un fragmento de la normativa aprobada unos pocos años antes (Ley 20.015 de 2005) relativa a la tabla de factores. Con el argumento de que las diferencias en los precios para usuarios de distintas edades y sexo eran muy grandes, en la práctica esta derogación congeló los ajustes de precios asociados a la edad de los beneficiarios, puesto que si bien el tribunal instó en su fallo a los poderes Legislativo y Ejecutivo a llenar el vacío que se generaba, hasta la fecha no han entregado una solución.

Por otra parte, algo similar ocurrió en relación con la norma que permitía a las isapres ajustar anualmente el precio base del plan (precio común a todos los usuarios de cada plan, sobre el cual se aplican los factores asociados a la edad y sexo para determinar el precio final) según los costos proyectados. Si bien ya en los años noventa el Poder Judicial recibía recursos de protección en contra de las alzas de los precios de las isapres (Sánchez

GRÁFICO 3: Evolución de los recursos de protección a nivel nacional (2010-2015)



Fuente: Altura Management (2016).

& Nancuante 2013), a mediados de la década del 2000 éstos tuvieron un incremento explosivo que no ha parado hasta ahora (Gráfico 3). En la mayoría de los casos, las cortes de apelaciones han fallado a favor del usuario, impidiendo el alza del precio del plan para quien reclama, y desde 2013, luego de los fallos de la Corte Suprema asociados al mismo tema, lo han hecho prácticamente en el 100% de los casos (con la excepción de las alzas relativas a cambios en las prestaciones con GES).

Soluciones planteadas: Si bien durante el periodo gubernamental previo (2010-2014) se elaboraron varias propuestas e incluso se presentaron proyectos de ley para hacerse cargo de los vacíos legales que dejaron las decisiones de los tribunales en el subsistema privado⁷ y en el actual gobierno se convocó una nueva comisión de expertos en 2014⁸, cuyo informe final sería la base del proyecto de ley que el Ejecutivo aseguró enviaría al Congreso,

⁷ En diciembre del año 2011, en base al trabajo desarrollado por dos comisiones de expertos convocadas en 2010 y 2011 por el Presidente de la República, el Ejecutivo envió al Congreso un proyecto de ley (Boletín N° 8105-11) que buscaba hacerse cargo de los efectos de la judicialización del sistema de salud. Asimismo, en conjunto con el Instituto Nacional de Estadísticas, la Superintendencia de Salud desarrolló un índice referencial de los costos de las isapres, que buscaba orientar y transparentar la discusión en torno a dichas alzas.

⁸ Ver nota 3.

hasta la fecha no ha habido una solución.

La última comisión convocada (abril de 2014) presentó en su informe final (octubre del mismo año) dos propuestas sobre hacia dónde debiera transitar el sector salud en el largo plazo, las que fueron adscritas por unos y otros participantes: (i) un seguro único de salud y (ii) un modelo basado en múltiples seguros sociales de salud (con participación de aseguradores privados y estatales).

Sin embargo, para el corto plazo, ambos grupos avalaron la transformación de las isapres en seguros sociales de salud, con una diferencia leve en cuanto a la libertad de afiliación y otra más grande respecto a la creación de un fondo mancomunado para prestaciones universales⁹. Respecto de las propuestas, por una parte, la de seguro único presenta una deficiencia importante en cuanto a la transición desde un modelo de seguros sociales de salud —para las isapres— en el corto plazo hacia uno de seguro único en el largo plazo. La evolución entre un modelo y otro se basa en la existencia de un fondo mancomunado que en un principio reuniría una proporción baja de los recursos de las isapres y del Fonasa —así como aportes estatales—, que luego iría creciendo y absorbiendo cada vez una mayor proporción de las cotizaciones, hasta terminar concentrando todos los recursos. En efecto, no es difícil advertir que en la práctica es imposible compatibilizar la disminución de los aportes a las isapres con el mantenimiento de estas últimas (las que deberán seguir ofreciendo los mismos servicios o irlos reduciendo año a año). Y aunque se lograra encontrar una fórmula, la existencia de un plazo

⁹ Para mayor análisis de dicho informe, se puede leer el informe de la comisión (ver nota 3) y el análisis de Velasco (2014b).

para la desaparición de las isapres no estimula la calidad del servicio en el corto plazo, más bien desincentiva la participación. Por otra parte, la propuesta alternativa no aborda el tránsito desde un modelo de seguros sociales de salud para el subsistema isapres hacia uno que involucra también al seguro estatal (Fonasa).

Por lo tanto, si bien en el corto plazo habría claridad respecto de la necesidad de transitar en el subsistema de isapres a un modelo de seguros sociales de salud, la decisión respecto de qué modelo se adoptará en el futuro, así como la integración (y el mecanismo para hacerlo) de ambos subsistemas presentan los mayores desafíos.

III. Sistemas de seguros sociales de salud en el mundo y claves para el éxito

La participación de diferentes entidades aseguradoras (privadas con o sin fines de lucro) en el nivel primario de salud (plan básico) no es algo excepcional en la experiencia comparada. Varios países organizan sus sistemas de salud en base a modelos de seguros sociales con participación de varias instituciones privadas (Böhm et al. 2012), como Bélgica, Estonia, Francia, República Checa, Hungría, Holanda, Polonia, Eslovaquia, Israel, Japón, Corea, Austria, Alemania, Luxemburgo y Suiza. En efecto, este esquema fue el primero en consolidarse a fines del siglo XIX en Alemania, país que en 1883 estableció la obligatoriedad para los empleadores de contribuir a los “fondos de enfermedad” (*sickness funds*), instituciones sin fines de lucro que cumplen el rol de aseguradoras.

En los esquemas de seguros sociales de salud típicamente, tanto empleados, como empleadores, y en algunos casos el Estado, contribuyen para cubrir un paquete básico de beneficios de salud. Asimismo, los aportes son fijados para asegurar que los ricos contribuyan más que los pobres y que los en-

fermos no paguen más que los sanos, para permitir que los riesgos financieros sean repartidos tanto entre diferentes personas como durante el ciclo de vida (Doetinchem et al. 2010).

Quienes han estudiado los diversos sistemas de seguros sociales de salud han concluido que, para que éstos funcionen adecuadamente, se requiere cumplir varios requisitos (Paolucci 2011, Thomson et al. 2013, van de Ven et al. 2013), que pueden ser agrupados de la siguiente manera: (i) una cantidad reducida de planes de salud, que deben incluir un paquete de servicios predefinido, a ser ofrecido por quienes participen del arreglo; (ii) medidas que aseguren la cobertura universal (subsídios para quienes no tienen recursos, obligatoriedad de contratar un plan, etc.); (iii) financiamiento adecuado para el plan (contribuciones, subsidios cruzados,

La participación de diferentes entidades aseguradoras en el nivel primario de salud no es algo excepcional en la experiencia comparada.

impuestos generales, etc.); (iv) esquema de ajuste de riesgo para compensar a las aseguradoras que reciban a las personas más costosas (más enfermos, más viejos, mujeres en edad fértil), para evitar la exclusión o discriminación de dichas personas, garantizando la equidad; y (v) reglas que eviten comportamientos anticompetitivos y herramientas que les permitan participar en condiciones adecuadas, tanto a los aseguradores como a los proveedores de salud: libre afiliación, información de calidad y transparencia, distribución adecuada de riesgo financiero entre “pagadores” y “compradores”, libertad para contratar e integrarse, supervisión efectiva de calidad, entre otros.

IV. ¿Hacia dónde vamos en salud?

La información que ha sido publicada, así como la demora en la elaboración del proyecto de ley que modificaría el subsistema privado de seguros sugieren que no se ha llegado a consenso, por parte de las personas y entidades a cargo de tal iniciativa, respecto de cómo reformar el sistema de salud, posponiendo en varias ocasiones la fecha de ingreso del proyecto al Congreso¹⁰. Un ejemplo de lo anterior es lo relativo al fondo mancomunado que formaría parte de este proyecto. En efecto, uno de los últimos trascendidos¹¹ indica que la propuesta incluiría un fondo mancomunado conformado por el 0,4% de las cotizaciones de salud de toda la población. Según se mencionara previamente, el grupo que adscribió el modelo de seguro único de salud para el largo plazo en la comisión de expertos de 2014 propuso este fondo como mecanismo para transitar hacia dicho modelo desde el de corto plazo en un determinado tiempo (10 años). Ello parece incompatible con la idea de que las isapres sigan ofreciendo el servicio con cada vez menos recursos, puesto que ellos se irían absorbiendo por el fondo mancomunado progresivamente, a lo que se suma el bajo estímulo para participar y proveer un servicio de calidad, conociéndose una “fecha de expiración” para las aseguradoras.

En la información de los medios de comunicación¹² no se menciona el rol de transición del fondo mancomunado señalado en el informe, sino sólo que sería utilizado para costear trasplantes (y servicios asociados) así como también medicamentos y patologías de alto costo. Esto último no se justifica, puesto que apenas hace unos meses empezó a

funcionar la ley “Ricarte Soto” (Ley 20.850 de 2015), que creó un fondo, cuyo objetivo es cubrir el diagnóstico y tratamiento de patologías de alto costo. Por tanto, por una parte, desde la perspectiva de hacer un buen uso de los recursos, no parece ser una buena idea crear un pozo paralelo con el mismo fin. Por otra parte, financiar dicho fondo con contribuciones salariales es menos solidario que hacerlo con impuestos generales, dado que con estos últimos (i) no sólo se grava a los trabajadores, sino también a los empresarios o dueños del capital y, además, (ii) no se distorsiona el mercado laboral. El análisis para el caso de los trasplantes es bastante similar, puesto que, al ser casos de baja frecuencia y alto costo, podrían estar incluidos en el fondo de

Los países que se han tomado en serio su sistema de salud han fijado un objetivo claro respecto de hacia dónde transitar.

alto costo existente o ser parte del seguro catastrófico, que ya funciona. Asimismo, su financiamiento es más solidario en la medida en que se haga vía impuestos generales. Finalmente, respecto de los medicamentos, no queda claro por qué sería mejor entregarlos por una vía diferente que las demás prestaciones que deben ser cubiertas por el(los) plan(es) que deberá(n) ofrecer las isapres. Separar la entrega o financiamiento de los medicamentos del asociado al servicio médico que lo complementa no parece apropiado ni eficiente, si lo que se busca es entregar un mejor servicio a las personas.

Entonces, ¿se justifica crear un fondo mancomunado? Sí, pero con otros propósitos. Existe una importante razón para crear un fondo común entre aseguradoras (estatales, privadas): que éste sea usado para compensar riesgos, aspecto

¹⁰ *La Tercera*. 2016. “Hacienda por reforma a isapres: “No hay fecha ni está en el paquete de urgencias”. 24 de mayo.

La Tercera. 2016. “Salud entrega quinta fecha en dos años para presentar reforma a las isapres”. 26 de mayo.

¹¹ *La Tercera*. 2016. “Hacienda da luz verde para crear fondo mancomunado entre isapres y Fonasa. 30 de abril.

¹² Ver nota anterior.

(prerrequisito) fundamental en un esquema de seguros sociales de salud, según se mencionara en la sección anterior, ya que con ello se estimula una competencia sana, en base a la oferta de productos de mayor calidad y menores precios. Respecto de su implementación, existen diversas formas de financiarlo y de que éste opere, según se explica en la sección siguiente.

Los países que se han tomado en serio su sistema de salud han fijado un objetivo claro respecto de hacia dónde transitar: un sistema único o uno múltiple, con un plan amplio o uno pequeño, con financiamiento mediante contribuciones salariales, impuestos o una mezcla de los anteriores, entre otros. Asimismo, establecen metas intermedias y

Para poder discutir en Chile una reforma al sistema de salud con seriedad, que incluya plazos, etapas y metas intermedias, se requiere de transparencia en el objetivo final.

cuentan con flexibilidad para irse ajustando en el tiempo. Holanda es un ejemplo donde se estableció como fin un sistema de seguros múltiples ofrecidos por entidades privadas en un mercado regulado, al igual que en el caso de los proveedores, lo que requería la creación de entidades —separadas de la autoridad— que se encargaran de supervisar su cumplimiento. Este tránsito ha tomado 30 años, pero la claridad en el objetivo y la suficiente flexibilidad y voluntad de las partes ha permitido irlo perfeccionando en el tiempo, contribuyendo a que Holanda esté hoy dentro de los 5 primeros países del mundo en el Índice de Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo¹³.

¹³ <http://hdr.undp.org/es/composite/HDI>.

Por tanto, para poder discutir en Chile una reforma al sistema de salud con seriedad, que incluya plazos, etapas y metas intermedias, se requiere de transparencia en el objetivo final, y no la incorporación de medidas que no son compatibles con los fines expuestos, como es el fondo mancomunado, en un proyecto de ley cuya meta es regular y mantener —al menos en el corto plazo— el subsistema de isapres.

V. ¿Cómo avanzar a un sistema de seguros sociales de salud para Chile?

En primer lugar, el proceso debe ser gradual, lo que permite ir realizando los ajustes que surgen en la marcha. Una forma de hacerlo sería en una primera etapa trabajar en paralelo en ambos subsistemas de seguros (el Fonasa y las isapres), por un lado, estableciendo un esquema de seguros sociales de salud en el de isapres y, por el otro, adecuando los mecanismos de financiamiento, gestión y la institucionalidad del sector estatal, para una posterior integración, en una segunda etapa. Ello no implica que puedan plantearse otras alternativas respecto de la implementación.

En base a lo anterior, los principales elementos que deben revisarse son los siguientes:

1. Contenido mínimo del(los) plan(es) de salud que aborde las necesidades reales

Desde mediados de la década del 2000, en Chile es obligación para todos los seguros (Fonasa e isapres) ofrecer un paquete mínimo y garantizado de prestaciones de salud (GES). Sin embargo, éste es todavía incompleto (Inostroza 2013)¹⁴ y, en el

¹⁴ Según Inostroza (2013), las canastas de cada patología no están completas, por ejemplo, faltando la etapa diagnóstica o de seguimiento. Pero además, en el caso de las prestaciones asociadas al parto, que es un derecho de las beneficiarias del sistema de salud (DFL N° 1 de 2005, Ministerio de Salud), sólo algunas cuentan con GES: partos prematuros, casos de VIH y analgesia de parto (Decreto N° 3 de 2016, Ministerio de Salud).

subsistema de isapres, el precio del GES representa una proporción baja (13%¹⁵) del precio total de los planes de salud (lo que podría dar cuenta de la insuficiencia de la cobertura del GES y de la reticencia de los usuarios de isapres a atenderse con los proveedores en convenio. Superintendencia de Salud 2016). Para las demás prestaciones (no GES), la cobertura final difiere tanto entre el Fonasa y las isapres, como para las personas dentro de cada subsistema. En el Fonasa, la cobertura depende de la

Deben disminuir la cantidad de planes ofrecidos, reunir en una misma unidad los elementos que la legislación actual separa y ser una alternativa elegible para una gran parte de la población.

modalidad de atención elegida —Institucional (MI) o Libre Elección (MLE)— y del nivel de ingresos de los beneficiarios. Por ejemplo, los copagos en la MI varían entre 0% y 20%, según el nivel de ingresos de los usuarios¹⁶, y en la MLE fluctúan entre 25% y 50%, según el tipo de atención¹⁷. En las isapres, la cobertura varía según sea el plan complementario de cada usuario (incluye todo lo que no tiene GES) que, a su vez, depende de su salario y disposición a pagar, lo que resulta en múltiples combinaciones. Así, en la actualidad es posible encontrar más de 11.000 planes de salud en comercialización, lo que dificulta la comparación y elección de éstos por parte de los usuarios, contrarrestando las ventajas de la existencia de un mercado.

¹⁵ Cálculo en base a datos de la Superintendencia de Salud para enero de 2016.

¹⁶ Con la excepción de la atención dental, que puede llegar a ser de 80%.

¹⁷ Con la excepción de la atención dental, que es de 60%.

Por lo tanto, el contenido mínimo del(los) nuevo(s) plan(es) de salud debe superar los obstáculos mencionados, por una parte, disminuyendo considerablemente la cantidad de planes ofrecidos (llegando a unos pocos planes), reuniendo en una misma unidad los elementos que la legislación actual separa: plan complementario, prestaciones con GES (Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005) y cobertura de enfermedades catastróficas. Lo anterior requiere, por otra parte, que el contenido mínimo de los planes cubra las necesidades de la población de manera realista, entendiéndose por ello que sea una alternativa elegible para una gran parte de la población.

Es importante, para su correcta implementación, que tanto los costos como la capacidad de proveer la atención sean evaluados adecuadamente no sólo en las isapres, sino también en el Fonasa, para que su puesta en marcha funcione debidamente. Ello implica que el plan puede ser implementado en etapas; por ejemplo, partiendo por la cobertura hospitalaria y luego la ambulatoria (o al revés), permitiendo así ajustar tanto la capacidad como el financiamiento.

2. Financiamiento adecuado del contenido mínimo del(los) plan(es) y cobertura universal

El mecanismo de financiamiento elegido para el sistema de salud (contribución de 7% del salario y aportes del Estado en el Fonasa y contribución de 7% del salario y aportes voluntarios de las mismas personas en el subsistema de isapres) tiene dos consecuencias en este último subsistema. La primera ya fue mencionada: la existencia de una multiplicidad de planes de salud. Y la segunda, que la cobertura y calidad del plan de cada persona y su grupo familiar dependerán de su capacidad de pago, lo cual es un obstáculo para quienes quieren optar por una isapre pero no pueden costear los

precios, puesto que el Estado no entrega subsidios u otro tipo de ayudas a dichas familias (sólo la alternativa de adscribirse al Fonasa).

Hay diversas alternativas para el financiamiento que permiten sortear estos problemas. Una de ellas es modificar el mandato de “cotizar un 7% del salario” a la salud por el de “adquirir” un seguro de salud como los descritos en el punto anterior (van de Ven 2011). Para asegurar la equidad en el acceso y avanzar en mayor progresividad y solidaridad en el financiamiento, el Estado podría subsidiar mediante impuestos generales, totalmente en algunos casos y parcialmente en otros, a quienes cuentan con menores recursos (según sea el ingre-

Para asegurar la equidad en el acceso y avanzar en mayor progresividad y solidaridad en el financiamiento, el Estado podría subsidiar mediante impuestos generales.

so total —y no sólo laboral— de cada hogar). Cada aseguradora determinaría el precio de sus planes (dentro de ciertos rangos predefinidos) donde cada persona elegirá libremente el plan¹⁸. Según lo expuesto previamente, este cambio puede ser implementado en una primera etapa en las isapres y posteriormente en el Fonasa.

Si bien la propuesta de financiamiento pareciera ser disonante con la forma en que el sistema se ha financiado en el tiempo (contribuciones salariales), como se verá en el punto siguiente, la alternativa propuesta es igualmente compatible con el financiamiento mediante contribuciones salariales,

¹⁸ Ello requiere de la existencia de compensación de riesgos y de la eliminación de las declaraciones de salud, aspectos que se desarrollan en los dos puntos siguientes.

las que pueden usarse combinadamente con los subsidios estatales para costear los nuevos planes.

Aunque el Fonasa ingresaría a este esquema en una segunda etapa, es indispensable que desde el primer momento dicho organismo determine el costo (y valor) del plan, así como su capacidad de proveerlo, considerando para ello las coberturas y demás condiciones (por ejemplo, garantías de oportunidad y acceso). Ello constituye un desafío importante para el asegurador estatal, puesto que implica costear cuidadosamente sus servicios y mejorar sus sistemas de registro y monitoreo. Lo anterior sería un avance en transparencia, que permitirá no sólo a los usuarios entender cuánto cuestan los servicios que están recibiendo, sino también al Estado mejorar su planificación presupuestaria. Actualmente el Estado financia una proporción mayoritaria del Fonasa (más del 60%), que se supone subsidia a las personas carentes y de bajos recursos; sin embargo, hay poca información respecto de los costos por persona y si éstos llegan realmente a dichos individuos. La evidencia apunta a que las personas de menor nivel económico tienen menos acceso (Henríquez & Velasco 2015).

3. Compensación de riesgos y libre afiliación

El diseño original de los seguros de salud no consideró un mecanismo de compensación de riesgos; esto es, que se entregasen más recursos a las aseguradoras que afiliasen a las personas que generan mayor gasto (en general, los enfermos, las mujeres en edad fértil y los adultos mayores). Cuando esto no ocurre, el incentivo para las aseguradoras es evitar a estas personas. En lugar de compensar a las aseguradoras, la regulación permite a las isapres cobrar directamente primas diferentes a los beneficiarios según su edad y sexo, aunque no según su estado de salud (actualmente). En cuanto a esto último, la norma permite seleccionar

a los beneficiarios según su estado de salud (usando para ello la declaración de salud), lo que en la práctica se tradujo para los pertenecientes a dicho grupo en no ser aceptados por las isapres o quedar cautivos en la isapre donde estaban afiliados al momento de adquirir la preexistencia (no son recibidos en otras). Por tanto, dadas las condiciones de diseño del seguro de salud en Chile, el acceso a isapres también es más restrictivo para estos grupos (mujeres, adultos mayores y quienes tienen un peor estado de salud).

Como se mencionara, en la década del 2000 se introdujo la obligación a todos los aseguradores de ofrecer el paquete de prestaciones con GES, cuyo precio debía ser el mismo para todos los beneficiarios de una misma isapre. Esta prima (monto fijo) forma parte del precio final del plan de salud ofrecido por las isapres (que es la suma del importe asociado a las prestaciones con GES más el asociado al plan complementario —que incluye todo lo que no GES). La exigencia de igualdad de precio por las prestaciones con GES requirió de la creación de un mecanismo de compensación en el subsistema privado de seguros de salud para evitar los nuevos incentivos a la selección por parte de las isapres que se introdujeron con este requisito. Este fondo se financia con el cobro de un monto fijo por persona a todas las isapres (que puede diferir del precio cobrado por dichas entidades a sus usuarios), recursos que son repartidos de vuelta a las isapres según el “riesgo” asociado a cada uno de sus beneficiarios.

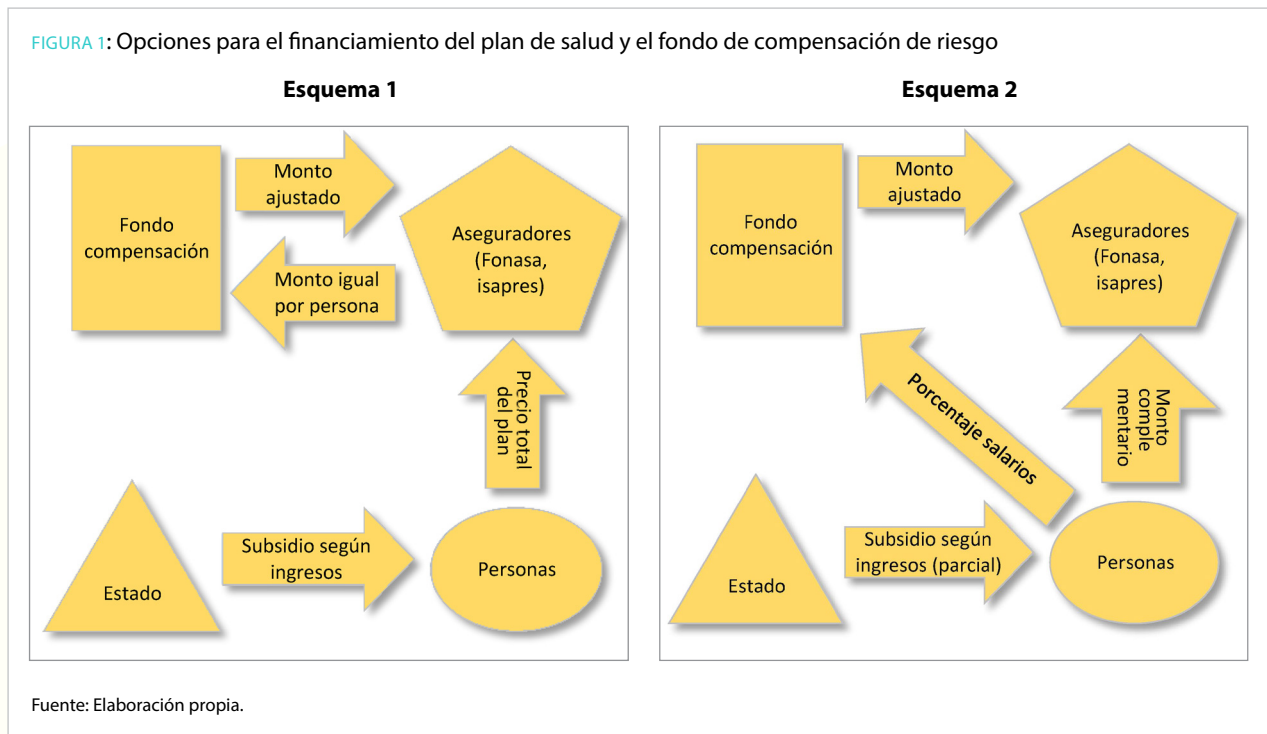
Si bien dicho fondo es un avance en cuanto introduce la compensación por riesgos en salud —pre-requisito para el funcionamiento adecuado de un sistema de seguros sociales de salud—, es razonable esperar que su impacto sea bajo por las siguientes razones: (i) sólo funciona para las isapres, (ii) es exclusivo para las prestaciones con GES —que, como se mencionara previamente, representan una

proporción baja del costo de los planes de salud privados— y, (iii) la fórmula de ajuste deja fuera a una variable que la literatura considera fundamental, el estado de salud (Chernichovsky & van de Ven 2003, van de Ven 2011).

La implementación de un sistema con un(os) plan(es) con contenido mínimo, que permita a las aseguradoras competir según la calidad de sus servicios (proveedores, atención, etc.) y no en base a la selección de las personas menos costosas, debe, por una parte, permitir la libre elección de la aseguradora por parte de los beneficiarios (afiliación libre) y, por otra, contar con un buen mecanismo de compensación de riesgos. Dadas las falencias de esquema de indemnización actual,

Es indispensable que un nuevo (esquema de compensación) incorpore todas las prestaciones, se base en un mejor mecanismo de ajuste y cubra a todos los aseguradores.

es indispensable que un nuevo: (i) incorpore todas las prestaciones consideradas en el contenido mínimo del(los) nuevo(s) plan(es); (ii) se base en un mejor mecanismo de ajuste —lo que implica, al menos, incluir variables de morbilidad (estado de salud) de la persona, información que al menos el subsistema privado tiene en parte registrada—, y (iii) en una segunda etapa, que cubra a todos los aseguradores (isapres y al Fonasa), permitiendo la libre movilidad de las personas en todo el sistema (entre isapres y entre isapres y el Fonasa, y entre éstas y otras aseguradoras estatales que pudiesen crearse). Como se mencionara, esto presenta un desafío para los sistemas de registro de información y costeo del sector estatal que debiera abordarse desde el primer momento.



El mecanismo de compensación generalmente requiere de un tercero (*sponsor*) que administre y regule los dineros que se usarán para compensar a las aseguradoras (actualmente la Superintendencia de Salud). Por su parte, los recursos pueden provenir de varias fuentes: (i) como en el sistema actual, del cobro de un monto fijo a las isapres por cada beneficiario, lo que requiere de una fórmula de ajuste del monto con cierta periodicidad, (ii) mediante contribuciones salariales (porcentaje del salario), en cuyo caso la recaudación del fondo variará junto con los salarios, (iii) aportes del Estado y (iv) una mezcla de las opciones anteriores.

Alternativas de financiamiento para el plan y mecanismo de compensación: La decisión respecto del origen de los recursos para la compensación depende del mecanismo general de financiamiento del plan común, de sus ventajas y desventajas, y de los objetivos buscados (nivel de solidaridad, eficiencia en recaudación, no distorsión del mercado del trabajo, entre otros).

En la Figura 1 se plantean dos posibles esquemas para Chile. El primero muestra una alternativa donde el precio del(os) plan(es) es fijado por cada aseguradora (dentro de un rango) y el Estado entrega subsidios a las familias según su nivel socioeconómico, de manera que todos puedan pagarlo. En esta opción, los recursos para compensar provienen de las aseguradoras (monto igual por persona), que luego son redistribuidos a éstas según el riesgo de sus beneficiarios. En la segunda opción, el financiamiento varía en dos sentidos. Por una parte, el fondo de compensación recibe recursos mediante contribuciones salariales (porcentaje del sueldo, como por ejemplo, 4%) y, por otra parte, el cobro a las personas es más bajo (dado que una parte de los recursos que reciben las aseguradoras proviene del fondo de compensación¹⁹) y, por tanto, también los subsidios estatales. Es importante señalar que en ambos

¹⁹ Aunque igualmente son recursos que provienen de las personas.

casos también podría darse que el Estado aporte recursos para la compensación de riesgos.

En ambos ejemplos se intenta que el riesgo financiero no sea asumido totalmente por las aseguradoras, entendiendo que, a mayor riesgo, mayor probabilidad de comportamientos no deseados (Thomson et al. 2013), como competencia en base a selección de personas y no por calidad. Dado lo anterior, se descarta que el financiamiento de los planes de salud provenga solamente del fondo (aun cuando el mecanismo de ajuste de riesgos sea muy bueno), permitiéndoles en ambos casos contar con una cantidad de recursos cierta (Paolucci et al. 2007). Por otra parte, se intenta que el sistema sea solidario (en relación con los ingresos y el estado de salud), mediante el uso de subsidios estatales y, en el segundo caso, también subsidios cruzados. Los primeros tienen dos importantes ventajas sobre los segundos: (i) su recaudación es más progresiva (mayor equidad vertical y horizontal), en cuanto grava todos los ingresos de las personas (Butelman et al. 2014) y (ii) no generan distorsiones al mercado del trabajo. Sin embargo, en la práctica podría ser más factible que el financiamiento sea una combinación de subsidios, ya que así el cambio en la carga financiera del Estado es menos abrupto y porque esta herramienta ya se utiliza en la actualidad para financiar la salud.

4. Reglas y herramientas adecuadas para aseguradoras y proveedores de salud

El desafío más importante de los sistemas de seguros sociales en salud está en encontrar una regulación adecuada que promueva la eficiencia, el acceso y la cobertura universal. La Organización Mundial de la Salud señala que 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” (<http://www.who.int/univer->

[sal_health_coverage/es/](#)); es decir, el foco está en las necesidades de las personas. Los sistemas de seguros sociales de salud consideran al beneficiario como el motor del sistema, en cuanto cada persona elige su seguro de salud, potenciando que estos últimos orienten sus servicios para responder a las necesidades de sus usuarios y no a otros intereses. Desde el punto de vista de quien toma un seguro (demandante), ello requiere: (i) contar con información clara, comparable y adecuada respecto de los planes (pocos planes), de la calidad en cada isapre, etc., aspectos en los que la Superintendencia de Salud tiene un rol relevante que seguir desarrollando; y (ii) la inexistencia de barreras o filtros. Es decir, que la capacidad de pago no sea una barrera (por ejemplo, existencia de subsidios) y elegir li-

Se intenta que el riesgo financiero no sea asumido totalmente por las aseguradoras, entendiendo que, a mayor riesgo, mayor probabilidad de comportamientos no deseados.

brememente el asegurador (eliminar la declaración de salud). Se plantea que esto último se realice en una primera etapa para las isapres y posteriormente para todo el sistema.

La contraparte de lo señalado en el párrafo precedente es que la oferta (aseguradores y prestadores de salud) pueda responder a las necesidades de sus beneficiarios. La literatura señala que para fomentar la contención de costos en base a mayor eficiencia y calidad deben cumplirse dos importantes precondiciones (Thomson et al. 2013 y Paolucci et al. 2007): (i) que existan incentivos a la eficiencia para los aseguradores en orden a que ellos traspasen esta necesidad a los prestadores y, (ii) que no existan barreras —impedimentos lega-

les, técnicos y prácticos— para que aseguradores de salud puedan usar las herramientas que más se ajusten a sus necesidades (en cuanto a la contratación, integración de los servicios, mecanismos de pago, etc.).

Desde el punto de vista de los incentivos, un esquema como el descrito en los puntos precedentes evita (o disminuye en gran medida los incentivos a)

El desafío más importante de los sistemas de seguros en salud está en encontrar una regulación adecuada que promueva la eficiencia, el acceso y la cobertura universal.

que las aseguradoras utilicen la selección de usuarios de menor riesgo (más sanos) como estrategia de reducción de costos y, por el contrario, apunta a que se busquen otros medios, como la incorporación de tecnologías y de prestadores cada vez más costo-efectivos. Esto implica cambios en la relación con sus proveedores que, para poder ejercerse a plenitud, requiere que tanto el Fonasa como las isapres puedan disponer de todo el rango de herramientas señaladas en la literatura (negociación de precios, integración vertical, protocolos y guías clínicas, prestadores preferentes, negociación de precios, entre otros. Thomson et al. 2013) a la hora de realizar contratos con sus prestadores, y así alinearlos hacia el mismo objetivo. Por ejemplo, deben poder comprar de manera inteligente a nombre de sus beneficiarios, mediante mecanismos de pago que compartan el riesgo financiero adecuadamente entre el pagador (seguro) y prestador (centro de salud), y así evitar comportamientos indeseados en la cantidad, calidad, eficiencia y control de costos (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos 2016).

En efecto, si el prestador no asume riesgo financiero alguno (su retribución o pago es independiente de los resultados de la atención), no hay incentivo al control de costos, como es el caso del mecanismo de pago por servicio —utilizado en gran parte de los centros de atención de salud privados— y con el pago en base a presupuestos históricos y blandos (se determinan según los gastos de años previos y, cuando *ex post* hay déficits, generalmente son cubiertos), que se usa para retribuir a los hospitales estatales (Vega 2015).

Por el contrario, cuando el prestador asume todo el riesgo financiero, el incentivo a reducir los costos (para no incurrir en déficit) genera una disminución de los servicios por persona, como puede estar ocurriendo en la atención primaria con el pago capitado (monto fijo por persona), donde los consultorios derivan a sus pacientes a niveles de atención más complejos (Ministerio de Salud 2012). En este sentido, si bien se propone que en una primera etapa el Fonasa no participe del esquema de seguros propuesto, sí es fundamental que se realicen las modificaciones (legales o de otros tipos) necesarias para facultarlo a ejercer de manera adecuada sus funciones de asegurador; por ejemplo, que pueda determinar los métodos de pago de sus prestadores, con independencia del Ministerio de Salud.

Es importante señalar que, en el sector estatal, los proveedores que dependen de entidades gubernamentales (servicios de salud y municipios) no cuentan con las mismas herramientas para desempeñarse que sus pares en el sector privado para administrar sus recintos y su personal (Butelman et al. 2014). Un ejemplo concreto es la dificultad para influir en los salarios, puesto que éstos vienen fijados en la ley, cuyas consecuencias son, por ejemplo, la imposibilidad de ajustarlos para atraer profesionales de la salud a lugares remotos. No es el objetivo de este trabajo detallar una propuesta para la administración de los centros estatales de salud; sin embargo, es re-

levante exponer que urge cambiar la organización en que éstos están insertos, en orden a mejorar su capacidad de respuesta a las necesidades de sus beneficiarios. Ello implica principalmente otorgarles más facultades (mayor autonomía en relación con el Ministerio de Salud y Servicios de salud) y modernizar sus gobiernos corporativos, entre otros.

Finalmente, cabe señalar que, además de contar con las herramientas adecuadas en igualdad de condiciones, el trato a las aseguradoras por parte del regulador debe ser igualitario. En esa línea se requiere, por ejemplo, que la Superintendencia de Salud cuente con las mismas atribuciones cuando se trate de fiscalizar a entidades privadas y estatales (Sánchez & Inostroza 2011).

VI. Referencias

- Altura Management 2016. "Judicialización planes de salud isapre 2015". <http://www.alturamanagement.cl/wp-content/uploads/2015/02/Estudio-Judicializaci%C3%B3n-Isapres-2015.pdf>.
- Barr, Nicholas. 2004. *The Economics of the Welfare State*. Cuarta edición. Oxford: Oxford University Press.
- Böhm, Katharina, Achim Schmid, Ralf Götze, Claudia Landwehr & Heinz Rothgang. 2012. "Classifying OECD Healthcare Systems: A Deductive Approach". *TranState Working Papers* 165.
- Boletín N° 8105-11 del 7 de diciembre de 2011, "Modifica el Sistema Privado de Salud, incorporando un plan garantizado".
- Butelman, Andrea, Fabián Duarte, Nicole Nehme, Guillermo Paraje & Marcos Vergara. 2014. "Tratamiento para un enfermo crítico. Propuestas para el sistema de salud chileno". *Informe de políticas públicas* 04. Espacio Público. Agosto.
- 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.
- Decreto N° 3 de 2016, "Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen general de garantías en salud", Ministerio de Salud, República de Chile.
- Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, "Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469", Ministerio de Salud, República de Chile.
- Doetinchem, Ole, Guy Carrin & David Evans. 2010. "Thinking of introducing social health insurance? Ten questions". *World Health Report (2010). Background Paper* 26.
- Folland, Sherman, Allen Goodman & Miron Stano. 2014. *Economics of Health and Health Care*. Séptima edición. Pearson.
- Henríquez, Josefa & Carolina Velasco. 2015. "Radiografía del uso del sistema de salud en Chile (1992-2000-2013)". *Puntos de Referencia* N° 407, Centro de Estudios Públicos. Agosto.
- Inostroza, Manuel. 2013. "Malas noticias para el Plan AUGE". *Rev Chil Cir*. Vol 65, N° 4.
- Ley N° 20.015 del 17 de mayo de 2005, "Modifica Ley N° 18.933, sobre instituciones de salud previsional", Ministerio de Salud, República de Chile.
- Ley N° 20.850 del 6 de junio de 2015, "Crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos", Ministerio de Salud, República de Chile.
- Ministerio de Salud. 2012. "Revisión de literatura y sistematización de información disponible sobre la asignación de recursos a nivel comunal".
- Miranda, Ernesto. 1994. "Descentralización y privatización del sistema de salud chileno". En *La salud en Chile. Evolución y perspectivas*. Editado por Ernesto Miranda, Santiago: Centro de Estudios Públicos.
- Organización Mundial de la Salud. 2010. "The World Health Report 2000. Health Systems Financing: The path to universal coverage". Organización Mundial de la Salud.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. 2016. "Better Ways to Pay for Health Care".

- OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264258211-en>.
- 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.
- Paolucci, Francesco. 2011. "Health care financing and insurance. Options for design". Volumen 10. En *Developments in health economics and public policy*. Serie editada por H. E. Frech III y Peter Zweifel. Springer-Verlag: Berlin Heidelberg.
- Quesney, Francisco. 1995. "El sector privado en salud". En *La salud en el siglo XXI, Cambios necesarios*. Editado por Juan Giaconi. Santiago: Centro de Estudios Públicos.
- 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.
- Sánchez, Héctor & U. Nancuante 2013. "La judicialización. No es el mayor problema de las ISAPRES: es un síntoma de un sector en crisis".
- 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. 2016. "Estudio de opinión a usuarios del sistema de salud y posicionamiento de la Superintendencia de Salud". Junio. http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-12432_recurso_1.pdf.
- 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. 2011. "Risk adjustment and risk equalization: what needs to be done?". *Health Economics, Policy and Law* 6 (1): 147-156.
- van de Ven, Wynand, Konstantin Beck, Florian Buchner, Erik Schokkaert, F.T. (Erik) Schut, Amir Shmueli & Juer-gen 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.
- Vega, Jeanette. 2015. "Mejorando la salud hospitalaria: alternativas para el financiamiento y la gestión (I)". *Puntos de Referencia* N° 416. Centro de Estudios Públicos. Ver <http://bit.ly/2cHGO8K>
- Velasco, Carolina 2014a. "Desafíos y algunos lineamientos para el sistema de seguros de salud en Chile". *Propuestas de Política Pública* N° 3, Centro de Estudios Públicos. Octubre. Ver <http://bit.ly/2cHG1o7>
- Velasco, Carolina 2014b. "¿Seguro único o multiseguros? Análisis del informe de la comisión presidencial de salud". *Puntos de Referencia* N° 386, Centro de Estudios Públicos. Diciembre. **PdR**