

Sistema de salud en Chile

Carolina Velasco



Agenda

01



Sistema de salud en Chile

02



Propuestas del gobierno

03



Propuestas CEP

04

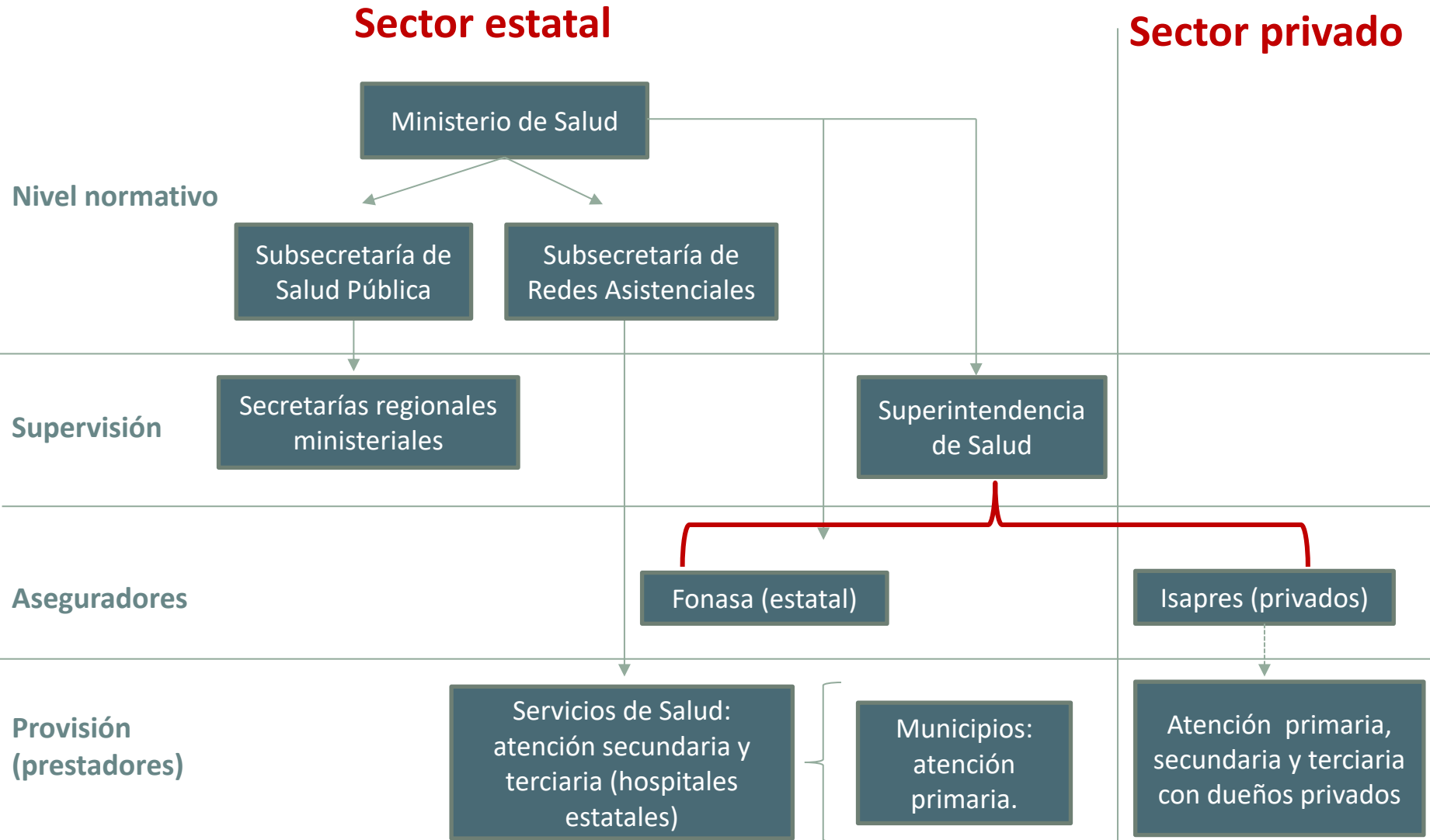


Comentarios finales



Sistema de salud chileno

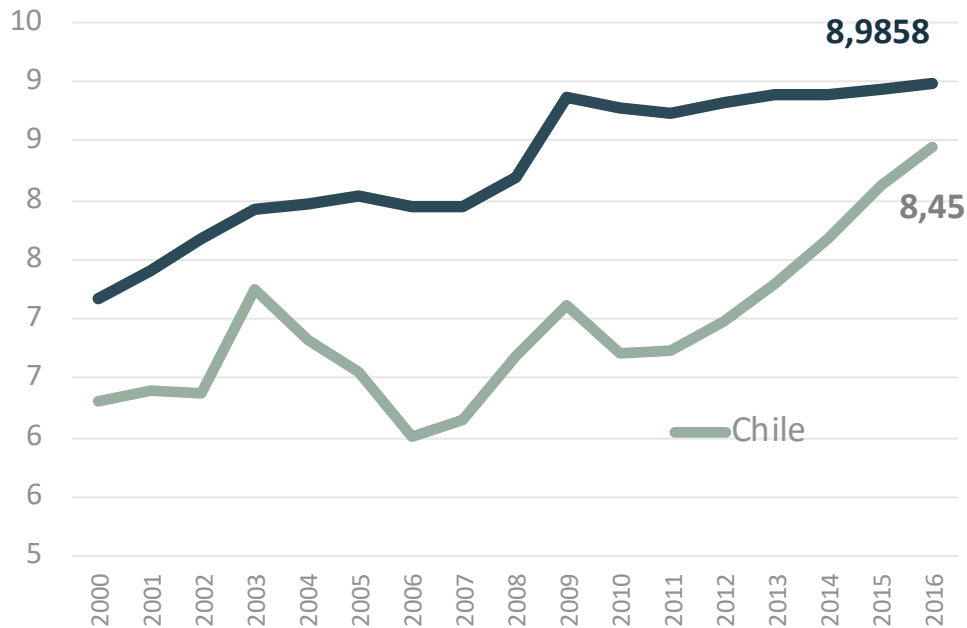
Instituciones que integran el sistema de salud



Gasto en salud

Indicador (año 2016 o más cercano)	Chile	OCDE
Gasto salud como proporción del PIB	8,5%	9% (2016)
Gasto público en salud (% del gasto total en salud)	60,7%	72,5%
Gasto de bolsillo (%del gasto total en salud)	32%	20% (2015)

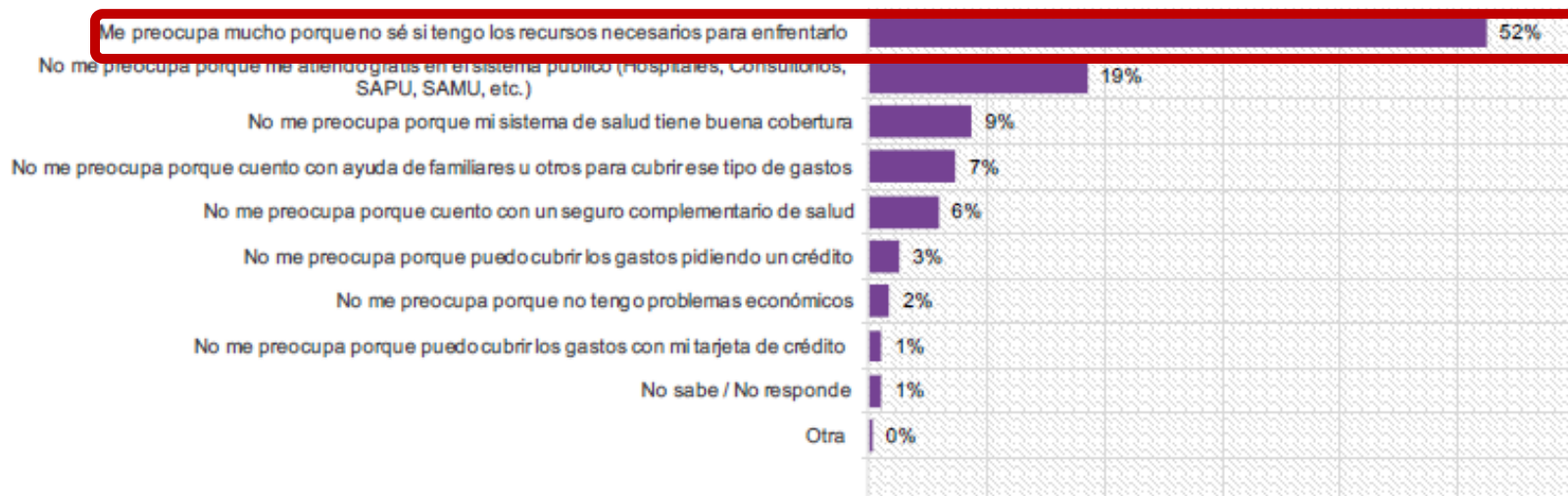
Evolución gasto en salud como proporción del PIB



Fuente: estadísticas de la OCDE.

Evaluación usuarios cobertura (2018)

Pregunta: Considere el sistema que tiene en salud e imagínesse que usted o un familiar directo tiene un accidente o le da una enfermedad grave. ¿Cuál de las siguientes oraciones se adecúa mejor a lo que usted siente ante esta situación?



Fuente: Espacio Público, Ipsos (2018).

Razones sensación
desprotección (2016)



Fonasa → **General:** Calidad, tiempos de espera

Fonasa B, C y D: Alto costo

Isapres → Alto costo y/o baja cobertura

Seguros



Seguros: componente privado y estatal

	Componente estatal	Componente privado
Aseguradores	1 (Fonasa). 77,3% población.	13 (7 isapres abiertas y 6 cerradas). 15,1% población.
Financiamiento	Contribución salarial (7%), subsidio estatal, copagos.	Contribución salarial (7%), contribución voluntaria (3%), copagos.
Determinantes de la prima	Nivel de ingreso.	Contenido del plan, sexo, edad, número de cargas.
Planes de salud	Único en relación a los beneficios. Variedad en cuanto a la cobertura financiera (decrece con el ingreso) y a los proveedores (con excepción de las personas clasificadas en Fonasa A).	Variedad en relación a los beneficios, cobertura financiera y proveedores.
Proveedores /prestadores	Estatales y privados.	Privados.
Precios de los servicios	Fijados por el estado.	Determinados por el mercado.
Pago a prestadores	Hospitales: presupuesto histórico y pago por servicio. Piloto DRG. Atención primaria: per cápita.	Pago por servicio (retrospectivo y prospectivo). DRG en algunos hospitales.

Nota: el esquema de las FF.AA. cubre a 2,9% de la población. 2,6% señala tener uno particular o no tener cobertura y 1,1% dice que no sabe a cuál pertenece.

Fuente: elaboración propia.

¿Qué pasa en las isapres?

- **No todo es asegurable** (preexistencias, adultos mayores, embarazos).
- **Selección por riesgo** (jóvenes y sanos) **y cautividad** (preexistencias):
 - Métodos: directos (declaración de salud y rechazo) e indirectos (múltiples planes, alzas de primas).
 - Razones: selección adversa, regulación primas (tabla factores y prima plana en GES), compensación de riesgo pobre.
- **Costos crecientes:**
 - Razones: mayor uso del sistema (ingresos, riesgo moral), información compleja y escasa (competencia por personas), seguros complementarios (copagos inciertos), pocos incentivos a contener costos vía métodos de pago a prestadores, prevención o redes de atención (Fonasa como asegurador de última instancia, posibilidad de rechazo, entre otros).
 - Efectos: alza de primas y judicialización y exclusión personas de bajos recursos.



Resultados



LO QUE PREDICE TEORÍA Y SE OBSERVA EN LA PRÁCTICA:

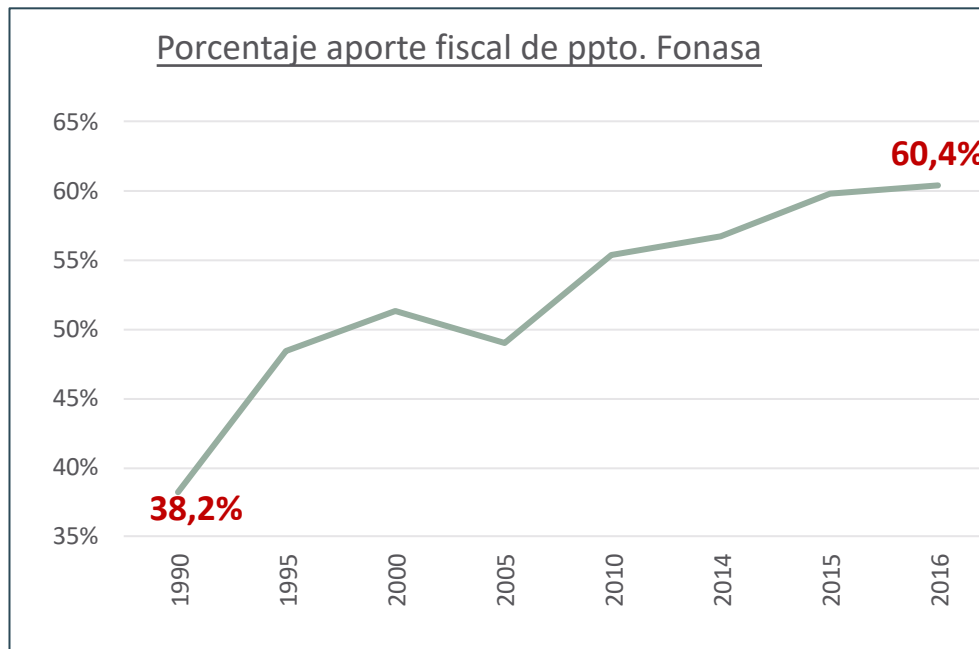
- BAJOS NIVELES COMPETENCIA POR PRECIO (competencia por personas).
- SUMADO A EFECTOS DE REGULACIÓN INADECUADA.



¿Qué pasa en Fonasa?

- **Alzas de costos:**

- Razones: Aumento uso del sistema (ingresos, riesgo moral), poco fomento a eficiencia (burocracia, captura política, mala regulación, métodos de pago y pobre institucionalidad asociada a Fonasa y a los prestadores), copagos e incertidumbre (MLE), seguros complementarios.
- Efectos: creciente aporte estatal a Fonasa y listas de espera.



Fuente: Dipres.

Listas de espera en los hospitales se acercan a los dos millones de pacientes

Este total se desglosa en 1.661.826 que requieren una consulta con un médico especialista y 278.061 que esperan una intervención quirúrgica.

¿Qué pasa en Fonasa? (2)

- **Subdeclaración ingresos** (7% y copagos).
- **Autoselección de ciertos grupos** (seguro barato para los enfermos).
- **Menor acceso de** pobres, adultos mayores e inmigrantes.
- **No funciona como seguro.**
 - Debe financiar prestaciones pero también establecimientos estatales.
 - Obligado a comprar todo al Estado.
 - Poco control en MLE.
- **No se fomenta funcionamiento en red** (métodos de pago e institucionalidad del Estado –Fonasa, Minsal, prestadores).



Resultados



LO QUE PREDICE TEORÍA Y SE OBSERVA EN LA PRÁCTICA:

- LISTAS DE ESPERA.
- MENOR ACCESO DE CIERTOS GRUPOS.
- PROBLEMAS ASOCIADOS AL ESTADO (ORGANIZACIÓN Y EFICIENCIA).



Efectos de la convivencia

- **Personas de mayor riesgo y menos ingresos en Fonasa.**
 - Razones: autoselección y Fonasa como seguro última instancia
- **Falta de prevención y control de costos.**
 - Fonasa como seguro última instancia.
- **Ineficiencias múltiples:** duplicidad, estrategias de compra, riesgo moral.
 - Regulación, institucionalidad.



Porcentaje de personas en cada grupo etario según seguro

% del total	Fonasa	Isapre
0-19	28%	28%
20-40	28%	38%
40-59	27%	26%
60+	17%	8%
TOTAL	100%	100%

Porcentaje de **hombres** en cada grupo etario según seguro

% del total	Fonasa	Isapre
0-19	14%	14%
20-40	13%	22%
40-59	13%	14%
60+	8%	4%
TOTAL	47%	54%

Resultados

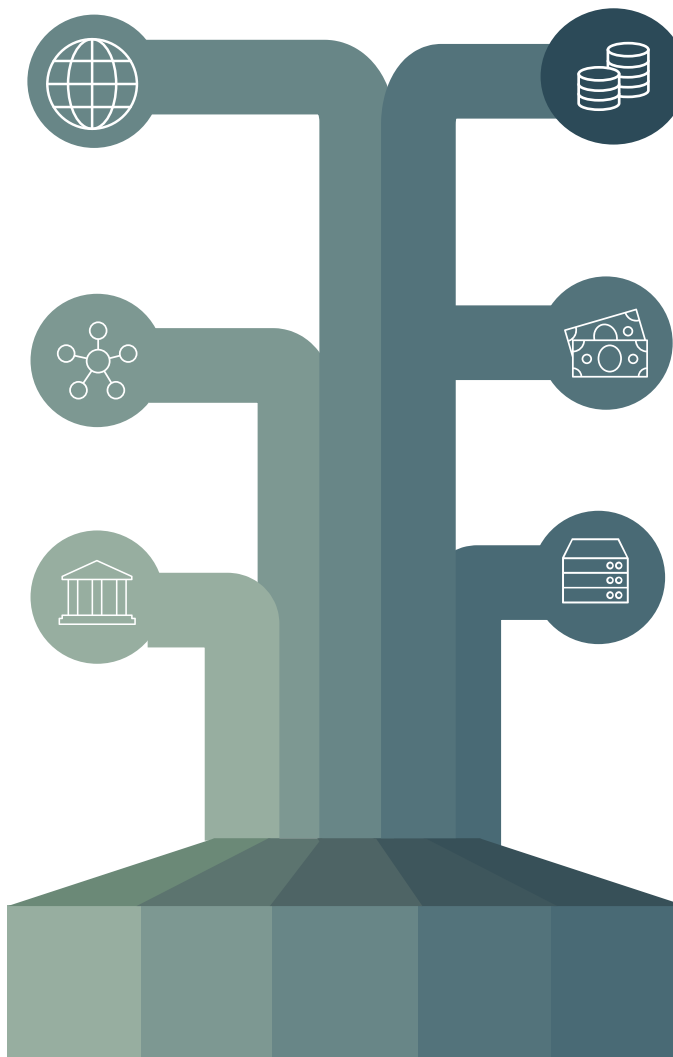
Poca transparencia y competencia.

- Diferenciación de productos.
- Selección por riesgo.
- Costos transacción.

Duplicación, fragmentación, riesgo moral.

- Copagos e incertidumbre.
- Seguros complementarios.

Incertidumbre e ineficiencia de la regulación.



Sistema de dos niveles y diferencias en acceso.

Incentivos perversos en sector estatal (listas de espera).

Costos crecientes.

- Deuda hospitalaria.
- Aporte estatal.
- Alza de primas.

Instituciones del Estado



Autoridad sanitaria (Minsal) como juez y parte



Falta de independencia y autonomía instituciones estatales

1. Prestadores estatales:

- Dependen de Servicios de Salud y Minsal (entidades políticas).
- Falta de atribuciones para gestionarse (decisiones tomadas por Minsal y Dipres).
- Regulación no incentiva desempeño.

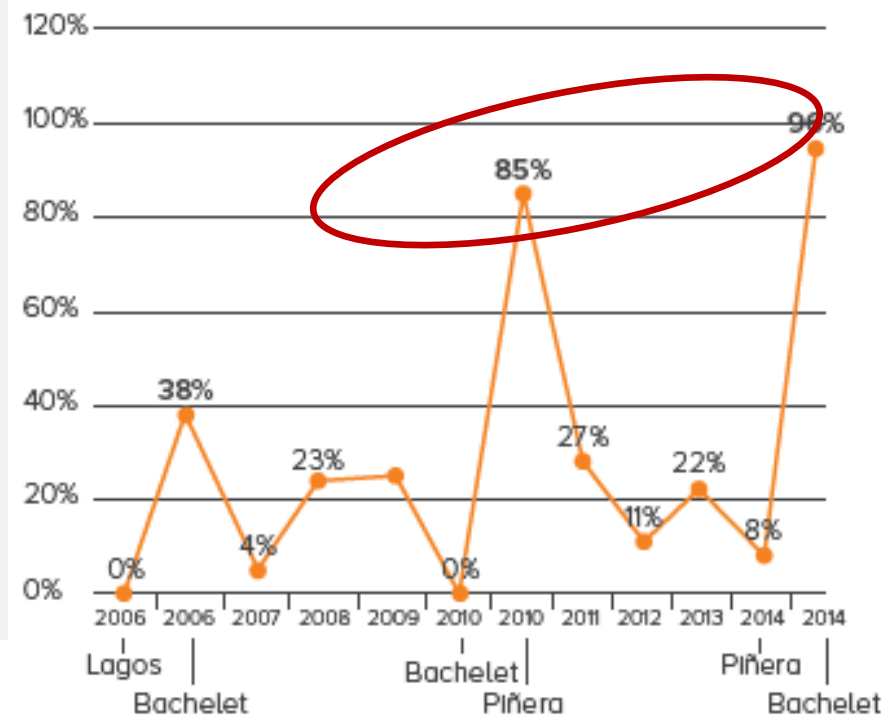
2. Superintendencia de Salud:

- Atribuciones desiguales en fiscalización de Fonasa e isapres.
- Reticencia del Fonasa.
- Extensión de plazos acreditación hospitales estatales.

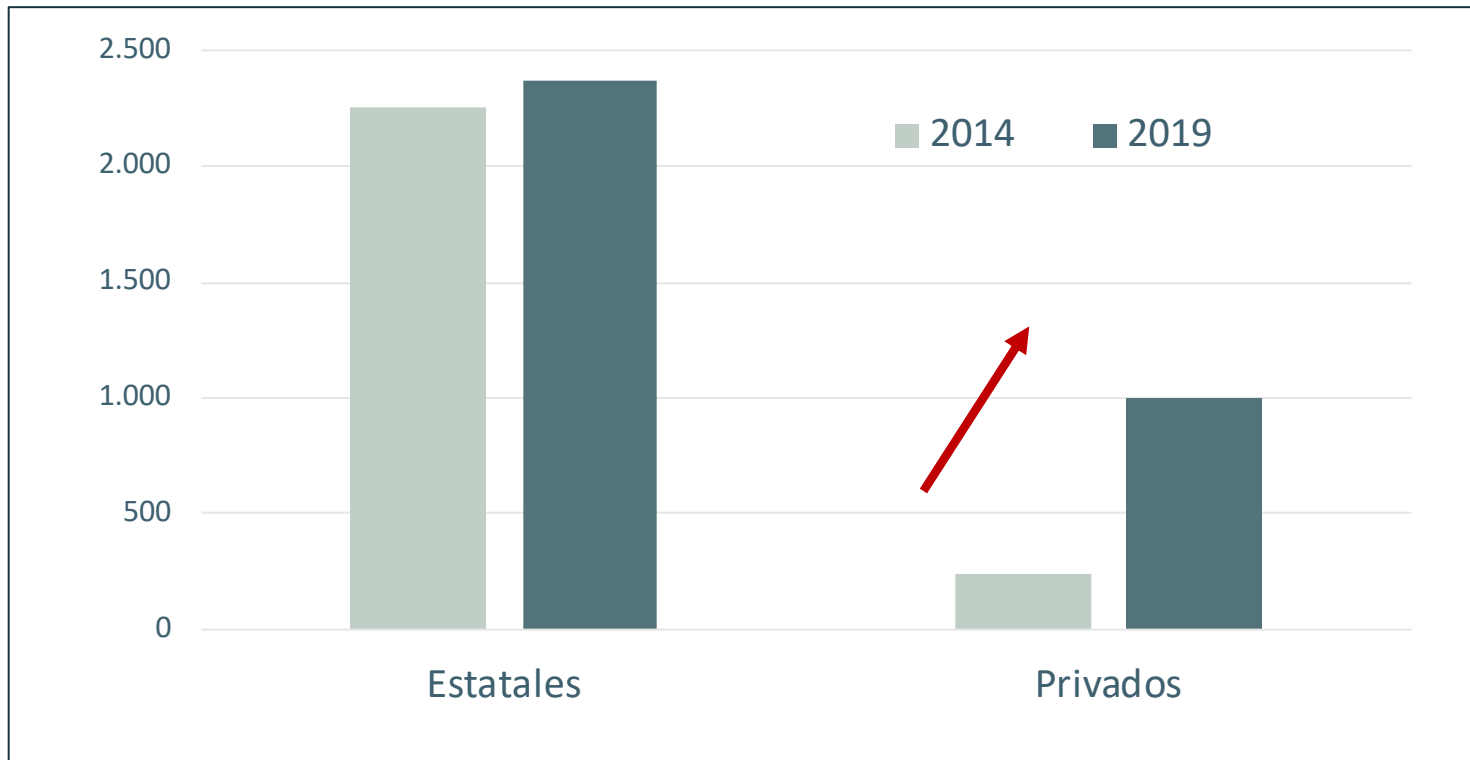
3. Fonasa

- No actúa como seguro.
- Depende ciclo político.
- No tiene atribuciones.

FIGURA 5: COMPORTAMIENTO DESVINCULACIÓN SECTOR SALUD NIVEL I, 2014



Prestadores de salud



Fuente: Elaboración propia, datos MINSAL.

Principales déficit del sistema de salud

1. Minsal es “juez y parte”.

2. Falta de independencia y autonomía:

- Superintendencia de Salud.
- Prestadores estatales.

3. Regulación inadecuada:

- Servicios No GES relegados.
- Selección por riesgo.
- Información escasa y compleja.

4. Fonasa no es un seguro:

- Atribuciones y conflictos de interés.
- Listas de espera.
- Pago a prestadores inadecuado.
- ¿Funcionamiento en red?

5. Isapres con incentivos inadecuados:

- Alza de primas y judicialización.
- Preexistencias y cautividad.
- Pago a prestadores inadecuado.
- Poca prevención.
- Información escasa y compleja.

6. Efectos de interacción Fonasa/isapres:

- Fonasa asegurador de última instancia (falta autorregulación, no intervención estatal, alza costos, etc.).
- Segmentación: altos riesgos (mala salud) y bajos ingresos en Fonasa.

7. Alzas de costos:

- Aporte fiscal a Fonasa creciente.
- Perfil epidemiológico y etario.
- No hay competencia por precio.





Propuestas gobierno

Propuestas en Chile



Propuestas Oficiales

Comisiones presidenciales de 2010 (2).

Proyecto de Ley 2011 (Seguros Sociales sólo para Isapres)

Comisión Asesora Presidencial 2014 (Seguro único y Seg. sociales)

Proyectos de Ley 2019 (Seguros Sociales en etapas)

Propuestas Académicas y Centros de Estudio

Cuentas de Ahorro (FJG)

Seguros de Status (LyD)

Seguros Sociales (PUC, Espacio Público, CEP, UNAB)

Asegurador único (ESP U. Chile y COLMED)

Bastante convergencia en seguros sociales de salud (al menos al corto plazo).



Principales alternativas en el mundo



Seguro Social de Salud: Alemania desde 1883 (von Bismarck).

“..es **legalmente obligatorio obtener seguro de salud** con un tercero.. (regulado), **mediante contribuciones o primas que no están relacionadas con el riesgo..**”

(Normand & Busse 2002).

- Se **compensa** aseguradores por riesgo de salud.
- Se define un **plan estándar** de beneficios.
- Hay **múltiples** aseguradores.

Bélgica, Estonia, Francia, República Checa, Hungría, Países Bajos (Holanda), Polonia, Eslovaquia, Israel, Japón, Corea, Austria, **Alemania**, Luxemburgo y Suiza.



Servicio y Seguro Nacional de Salud: Inglaterra desde siglo XX (Beveridge).

Centralización por parte del Estado de la planificación, recaudación y financiamiento (**principalmente vía impuestos**). Provisión puede diferir.

- Hay un asegurador / pagador

Dinamarca, **Inglaterra**, Finlandia, Islandia, Noruega, Suecia, Portugal, España, Australia, **Canadá**, Irlanda, Nueva Zelandia e Italia.

Cuentas de Ahorro en Salud

Obligatoriedad de los individuos de destinar periódicamente recursos a una cuenta de ahorro para gastos en salud. Generalmente con otros mecanismos.

Singapur.

Evaluación: ¿qué dice la teoría y práctica?

Los modelos “puros” tienen ventajas y desventajas documentadas.

Asegurador único	Ventajas	Pero...
Eficiencia	Reducción de costos (admin., poder de compra).	Vulnerable a cambios políticos, captura de grupos de interés, burocracia, control de costos vía listas de espera, baja transparencia, subdeclaración.
Solidaridad	En riesgo e ingresos	Depende financiamiento y recaudación (subdeclaración, evasión).
Equidad	En financiamiento	Acceso: Discriminación minorías y adultos mayores, más ricos se saltan las listas.

Asegurador único demanda altas capacidades institucionales y de organización.

Evaluación: ¿Qué dice la teoría y práctica? (2)

Seguros sociales	Ventajas	Pero...
Eficiencia	Competencia por precio y calidad => menor costo, + innovación, + transparencia, libertad de elección, + sensible a necesidades de usuarios	Algo de selección por riesgo, costos admin., requiere regulación adecuada (ajuste de riesgo, protección de competencia)
Solidaridad	En riesgo e ingresos	Puede ser menor si usa % salario en gran medida
Equidad	Alta, competencia por calidad	Precios pueden ser más altos. Requiere compensación de riesgo

Múltiples seguros requiere regulación para incentivar la competencia por precio y calidad (y evitar selección por riesgo).

¿Cuál es más factible para Chile?

- **Seguro/sistema único:**

- **Demanda reforma sustancial de las instituciones estatales.** 23% más de beneficiarios y mayor en servicios.

- **Fonasa técnico, moderno y eficiente:** independiente de Minsal, atribuciones para gestionar y responder.
- **Proveedores eficientes** (Santelices et al 2013, Castro 2006), independientes, con atribuciones, en igualdad de condiciones que privados.
- **Superintendencia de Salud:** independiente y rol de calidad.
- **Ministerio de salud:** para todos, rol en otorgar información.

- **Seguros sociales:**

- **Grupo de regulaciones adecuadas que promuevan competencia por precio y calidad.**

- **Regulación** de comportamiento anticompetitivo (prestadores, aseguradores).
- Mejorar mecanismo de definición de **contenido de plan** común.
- **Compensación por riesgo adecuada.**
- **Fonasa en igualdad de condiciones.**

- **Cambio radical vs. cambio moderado.**

- **Elección de seguros es valorada (y protegida por la Constitución).** 25% de los beneficiarios de Fonasa se cambiaría a una isapre si pudiera (CEP 2017).
- **Se cuenta con experiencia en regulación de seguros:** Minsal y Super. de Salud.

¿Qué propone el gobierno?

Reforma integral al sistema de salud

1. Algunas modificaciones a Fonasa
2. Reforma a las isapres



Fortalecimiento Fonasa – Nuevas atribuciones

Gestión de casos

- **Derivación** a otro servicio de salud en caso de baja resolutivez (o sector privado en su defecto). Reglamento.
- Mayor capacidad de solicitar **información** a prestadores: ficha clínica, facturación, diagnóstico, tratamiento.

Elimina desigualdad de género

- Agrega como beneficiarios a cónyuge y conviviente civil.

Flexibilidad MLE

- **Elimina límite 60%** de cobertura
- Permite valores distintos de cobertura para distintas prestaciones

Otros

- Seguro catastrófico
- Herramientas de contención de costo (prevención, métodos de pago).

Comentarios proyecto de ley Fonasa

- Mejora herramientas de Fonasa para atender a pacientes (derivaciones e información y ficha clínica) => podría mejorar continuidad de la atención, eficiencia y certeza diagnósticos y celeridad en la atención.
- “Potencialmente” mejora a quienes toman libre elección (disminuye gasto bolsillo, libera a hospitales estatales), pero ello aumenta costos.
- Mayor opciones a hombres (cargas) → podrán salir de Fonasa A.
- Mantiene restricciones importantes a Fonasa para ejercer su rol de asegurador.



Ejes principales reforma isapres

1. Plan de Salud Universal
2. Esquema de compensación
3. Consejo Técnico de Salud
4. Plan Nuevo Asegurado (2 años)
5. Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL) y beneficios complementarios.



Ejes principales reforma isapres

Plan de Salud Universal

- Mismo **contenido** (se definen áreas que incluirá) + GES.
- **Deducible** (3 montos)
- **Cobertura** 80% del arancel (copago 20% del valor del **arancel**)
- **Gasto máximo anual** (40% del ingreso por persona considerando valores de atención en red preferente).
- **Libre afiliación para cotizantes isapre.**
- Red de prestadores preferente/cerrada o libre elección (3 redes). Fuera de red 50%.
- **Elimina períodos de carencia.**
- Duración de un año. Renovación mismo periodo para todos.
- **Prima PSU igual por grupo de compensación.**

Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL) y beneficios complementarios.

- SIL (Isapre establece precio separado, máx 2% del salario, igual para todos).
- Fondo SIL separado a PSU/PNA
- Beneficios complementarios en contratos aparte, sólo para otras prestaciones.

Esquema de compensación

- **Grupos de compensación:** Al menos edad, sexo y estado de salud.
- Financiamiento vía contribución solidaria individual (>18 años). Monto fijo determinado por Decreto Supremo.
- Compensación entre isapres por diferencias.

Ejes principales reforma isapres (2)

Consejo Técnico de Salud

- Propone:
 - Contenidos del plan.
 - Deducibles y copagos.
 - Valoración prestaciones PSU (arancel).
 - Esquema compensación (contribución, compensación y grupos).
- 6 consejeros con duración de 4 años en el cargo y elección diferida.
- Secretaría Técnica en Superintendencia de Salud.

Ministerios Hacienda y Salud

- **Decisión final vía Decreto:** contenido y arancel PSU, tramos y montos deducible, contribución solidaria.

Plan Nuevo Asegurado (2 años)

- Para nuevos cotizantes.
- Cubre prestaciones MLE.
- Cobertura 60%.
- GES.
- Red de prestadores cerrada.
- Sin participar de esquema de compensación.
- Duración de 24 meses.
- **Prima PNA igual por grupo de compensación y entre sexos.**

Generales

- Información sobre **prestadores** (para índices de calidad) y **ficha clínica** (para determinar grupo de compensación).
- Aumento exigencias financieras a isapres (capital mínimo, garantía (+contribución solidaria) y patrimonio).
- **Contrato=PSU/PNA+GES+SIL**
- **Precio contrato igual para hombres y mujeres.**

Ejes principales reforma isapres (3)

Definición prima (Isapre)

- Igual prima dentro de grupo de compensación (grupos según edad y estado de salud)
- Prima PSU – monto de compensación = entre **hombre y mujeres**
- Prima PNA = entre **hombre y mujeres**

Pago beneficiario

$$\begin{aligned} \text{Precio contrato PSU} &= \underbrace{\text{Prima PSU}}_{\text{Monto fijo igual para cada grupo}} + \underbrace{\text{Prima GES}^* + \text{Contribución}^{**}}_{\text{Monto fijo igual para todos}} + \text{SIL} - \underbrace{\text{compensación solidaria}}_{\text{Monto fijo igual para cada grupo}} \\ \text{Precio contrato PNA} &= \underbrace{\text{Prima PNA}}_{\text{Monto fijo igual para cada grupo}} + \underbrace{\text{Prima GES} + \text{SIL}}_{\text{Monto fijo igual para todos}} \end{aligned}$$

*Prima GES = Prima Universal (fijada por M. Hacienda). Actualmente cada Isapre fija precio de prestaciones GES (igual en cada Isapre).

Contribución solidaria corresponde a monto fijo por cada beneficiario **mayor a 18 años.

Comentarios reforma isapres

Plan de Salud Universal

- Mismo **contenido** (se definen áreas que incluirá) + GES.
- **Deducible** (3 montos)
- **Cobertura** 80% arancel (copago 20% del valor del **arancel**)
- **Gasto máximo anual** (40% del ingreso por persona considerando valores de atención en red preferente).
- **Libre afiliación para cotizantes isapre.**
- Red de prestadores preferente/cerrada o libre elección (3 redes). Fuera de red 50%.
- **Elimina períodos de carencia.**
- Duración de un año. Renovación mismo periodo para todos.
- **Prima PSU igual por grupo de compensación.**



Transparencia → Igual contenido y cobertura.

Contención de costos → Deducible, copago como % del arancel, redes de prestadores, cobertura libre elección menor valor entre costo y arancel, competencia por mismo producto, tope en gasto (riesgo financiero asumido por aseg).

Aumenta certidumbre gasto → tope gasto.

Eliminación de preexistencias y cautividad → cotizantes actuales.

Solo para cotizantes actuales → limita competencia y libre afiliación y judicialización.

Medicamentos ambulatorios → Fuera del plan.

Permite cambio anual en condiciones contratos → Judicialización y limita contención de costos.

No define garantías para prestaciones fuera del GES.

Mínimos del PSU no se explicitan → Sólo grandes áreas.

Burocracia en aplicación tope gasto → Afiliado o beneficiario deben solicitar aplicación de monto máximo.

Comentarios reforma isapres (2)

Plan Nuevo Asegurado (2 años)

- Para nuevos cotizantes.
- Cubre prestaciones MLE.
- Cobertura 60%.
- GES.
- Red de prestadores cerrada.
- Sin participar de esquema de compensación.
- Duración de 24 meses.
- **Prima PNA igual por grupo de compensación y entre sexos. Varía según edad y Estado de salud**

Limita movilidad → cobertura similar a MLE pero precio puede superar 7% (además es asociado a estado de salud). Limita entrada de beneficiarios riesgosos.

Discriminación → judicialización por acceso a PSU.
Fomenta selección por riesgo implícita (ej. redes prestadores) → prima plana por sexo sin compensación.

Discriminación de precios → Eº salud y edad

Elimina libertad de elección → Sin cobertura fuera de red.

Esquema de compensación

- **Grupos de compensación:** edad, sexo y estado de salud (al menos).
- Financiamiento vía contribución solidaria individual (>18 años).
- Compensación entre isapres por diferencias.

Reduce incentivo a selección por riesgo

(excepción sexo) → compensa aseguradores por mayor costo de salud. Potencia competencia por precio y calidad

Disminuye diferencias de precios.

Acceso → No compensa por ingreso (precio puede superar 7%).

Contribución > 18 años → Familias pequeñas subsidian a las con más cargas menores de edad

Excluye PNA y Fonasa → limita competencia.

Mantiene dos esquemas de compensación diferentes (GES solo considera sexo y edad).

Comentarios reforma isapres (3)

Consejo Técnico de Salud

- **Propone:**
 - Contenidos del plan.
 - Deducibles y copagos.
 - Valoración prestaciones PSU (arancel).
 - Esquema compensación (contribución, compensación y grupos).
- 6 consejeros con duración de 4 años en el cargo y elección diferida.
- Secretaría Técnica en Superintendencia de Salud.



Oportunidad para contar con entidad técnica desligando decisiones relevantes de presión de grupos de interés. Mirada de largo plazo.
Actualización contenidos.

Falta de independencia → (i) Integrantes elegidos por M. de Salud, Hacienda y Pdte. de la República y, (ii) Secretaría técnica ejercida por Superintendente de Salud y su equipo.

Decisiones no vinculantes → Sólo proponen.

Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL) y beneficios complementarios

- **SIL** (Isapre establece precio separado, máx 2% del salario, igual para todos).
- **Fondo SIL separado** a PSU/PNA
- **Beneficios complementarios** en contratos aparte, sólo para otras prestaciones.



Separación de fondos → Entrega de PSU/PNA no queda sujeta a financiamiento SIL.

Fomenta competencia → al mantener beneficios complementarios en contrato aparte.

Posible incentivo a competir a través de beneficios complementarios → entre aquellos con excedentes de cotización (beneficiarios PNA).

Comentarios reforma isapres (4)

Generales

- Información sobre **prestadores** (para índices de calidad) y **ficha clínica** (para determinar grupo de compensación).
- **Aumento exigencias** financieras a isapres (capital mínimo, garantía (+contribución solidaria) y patrimonio).
- **Contrato=PSU/PNA+GES+SIL**
- **Precio contrato igual para hombres y mujeres.**



Información sobre desempeño → Entrega mayor transparencia incentivando competencia en calidad.

Sostenibilidad → Mayor seguridad para los beneficiarios.



No restringe redes según calidad → a diferencia de las GES.

¿Resuelve todos los problemas?

Problemas	Instrumento	¿Cumple?
Falta de competencia (dificultad de información planes de salud).	Planes de salud de contenido estándar	Sí.
Incertidumbre respecto de copagos => seguros complementarios => ineficientes (riesgo moral y duplicidad). Planes que no se ajustan a necesidades de cada persona.	Tope al gasto.	Sí.
Falta de competencia por precio y calidad y selección por riesgo (ineficiencia, exclusión, cautividad). Baja asequibilidad (capacidad de pago)	Compensación por riesgo entre isapres.	Parcialmente. <ul style="list-style-type: none"> - Primas planas por sexo. - Barreras para nuevos cotizantes. - No incluye a Fonasa. - No hay ayuda a quienes no puedan pagar.
Pocas estrategias de contención de costos por parte de aseguradores.	Competencia por plan estándar.	No, dado restricciones a primas y entrada y mantención de Fonasa (asegurador de última instancia).
Falta de información de resultados y precios. Toma de decisiones incompleta (incertidumbre).	Más atribuciones a Superintendencia para requerir información.	Sí. Aunque se deben pulir algunos problemas en las instituciones a cargo de cada función.

En resumen

1. Aporte en transparencia, certidumbre en gasto, competencia y empoderamiento de usuarios, **PERO sólo para beneficiarios actuales a isapre.**
2. Sin embargo:
 - Excluye medicamentos ambulatorios.
 - No define garantías de acceso y oportunidad.
 - Avanza en contención de costos, pero de manera limitada (sólo actuales cotizantes).
 - Limita libre afiliación a cotizantes isapre.
 - Podría fomentar judicialización.
 - No integra los diferentes seguros de salud. Esquema solidario se da sólo entre isapres.
 - No fortalece a Fonasa en su rol de seguro (avances débiles).
 - Falta de independencia y atribuciones de Consejo Técnico (**transparencia de propuestas**).
 - **No se menciona a seguros complementarios**

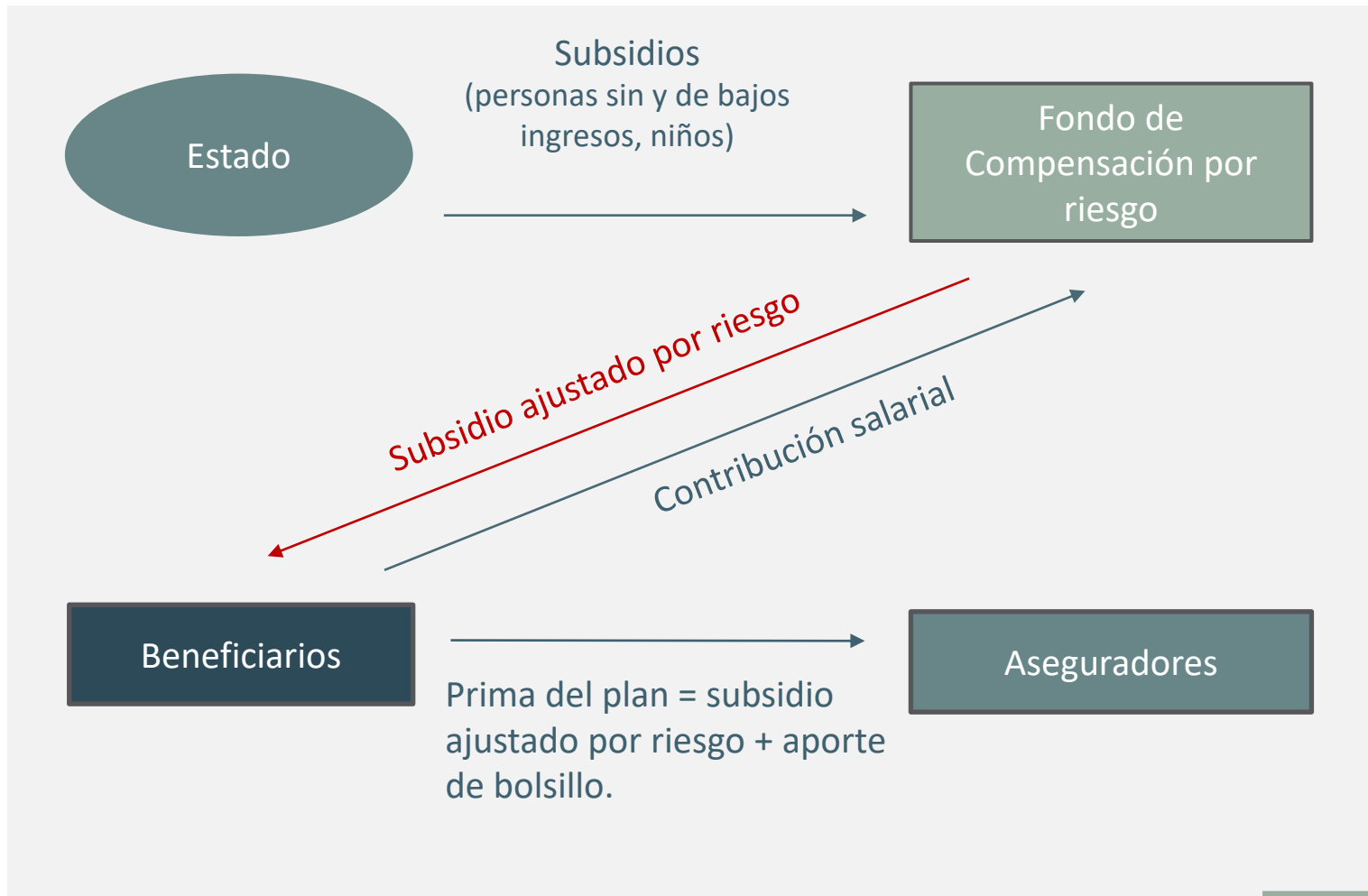


Propuestas CEP

Propuestas de mejora esquema de seguros de salud



Esquema de organización



¿Cómo resuelve los problemas?

Problemas	Instrumento	Mecanismo de solución
Falta de competencia (dificultad de información planes de salud).	Plan de salud de contenido estándar.	Producto homogéneo, permite comparar precios (primas).
Incertidumbre respecto de copagos => seguros complementarios => ineficientes (riesgo moral y duplicidad). Planes que no se ajustan a necesidades de cada persona.	Deducibles / topes en el gasto.	Elimina incertidumbre, cada persona decide el plan que se ajusta a sus necesidades. No hay duplicidad.
Falta de competencia por precio y calidad y selección por riesgo (ineficiencia, exclusión, cautividad). Baja asequibilidad (capacidad de pago).	Subsidios ajustados por riesgo.	Elimina incentivos a la selección por riesgo, fomentando competencia por calidad y precio. Otorga recursos a cada persona para pagar un plan de salud.
Pocas estrategias de contención de costos por parte de aseguradores.	Competencia por plan estándar pero con libertad de precios.	Se genera presión para reducir costos: estrategias de compra, de atención y de prevención e innovación.
Falta de información de resultados y precios. Toma de decisiones incompleta (incertidumbre).	Separación y potenciamiento de funciones esenciales (info., aseg. calidad, rectoría).	Elimina conflictos de intereses en instituciones estatales por funciones incompatibles y promueve mejor desempeño.

Propuesta de reforma a prestadores estatales



Problemas

- ❑ Autoridad sanitaria (Minsal) como juez y parte.
- ❑ Falta de independencia y autonomía instituciones estatales en salud.
 - Superintendencia de Salud.
 - Prestadores estatales.
 - Fonasa.
 - Evaluación de tecnologías sanitarias.
- ❑ Mejora Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL).



Propuesta ESP-CEP

- **Reforma en 3 ámbitos:**
 - **Rectoría y gobernanza**
 - **Financiamiento**
 - Modelo de atención
- **Objetivos:**
 - **Separar la función prestadora de la rectora en salud.**
 - Fortalecer capacidades de prestadores.
 - Atención coordinada y continua.
 - Foco en resultados sanitarios.
 - Eficiencia, calidad, equidad.
 - Transparencia y rendición de cuentas.



Rectoría y gobernanza (2)

- **Fortalecimiento capacidades prestadoras.**
 - Hospitales/centros avanzan a nuevo régimen con mayores atribuciones.
- **Funcionamiento adecuado requiere:**
 - Fonasa funcionando como seguro (técnico, independiente, asume riesgo \$\$, responde por servicios, convenios).
 - Superintendencia de Salud con iguales atribuciones para fiscalizar a todo el sistema.



Nueva organización del sector prestador estatal de salud

Estado



Ministerio de Salud



Dirección Nacional de Salud

OLS

Organizaciones Locales de Salud
(reemplaza los 29 Servicios de Salud, pero el número final se debe definir)



Centros de Salud
(hospitales, consultorios, centros de salud estatales)
Conversion en corporaciones/empresas públicas

Financiamiento

1. Organización del financiamiento.

- **Fonasa:**

- Único financiador de prestaciones.
- Compra atención integral a OLS (población a cargo).
- Pago por persona según gasto esperado de salud.
- Condiciones de entrega (convenios).

- **Organizaciones Locales de Salud (OLS):**

- Función de compra activa a prestadores (pro-paciente).
- Definen condiciones a los prestadores.
- Aplican principios de eficiencia y planificación sanitaria.
- Pago directo a direcciones/corporaciones municipales.





Comentarios finales

Comentarios finales

- 1. El esquema de seguros actual no otorga certidumbre a la población y segrega, dejando en peores condiciones a los más vulnerables.**
- 2. Existen propuestas y disposición de las partes.**
- 3. Proyectos de ley avanzan en dirección correcta, pero se pueden mejorar.**
- 4. Todo depende de voluntad política (gobierno y oposición).**



¡MUCHAS GRACIAS!



Sistema de salud en Chile

Carolina Velasco



¿Por qué seguros en salud?

Surgen cuando hay incertidumbre respecto de algún riesgo que tiene costos (enfermedades, accidentes)

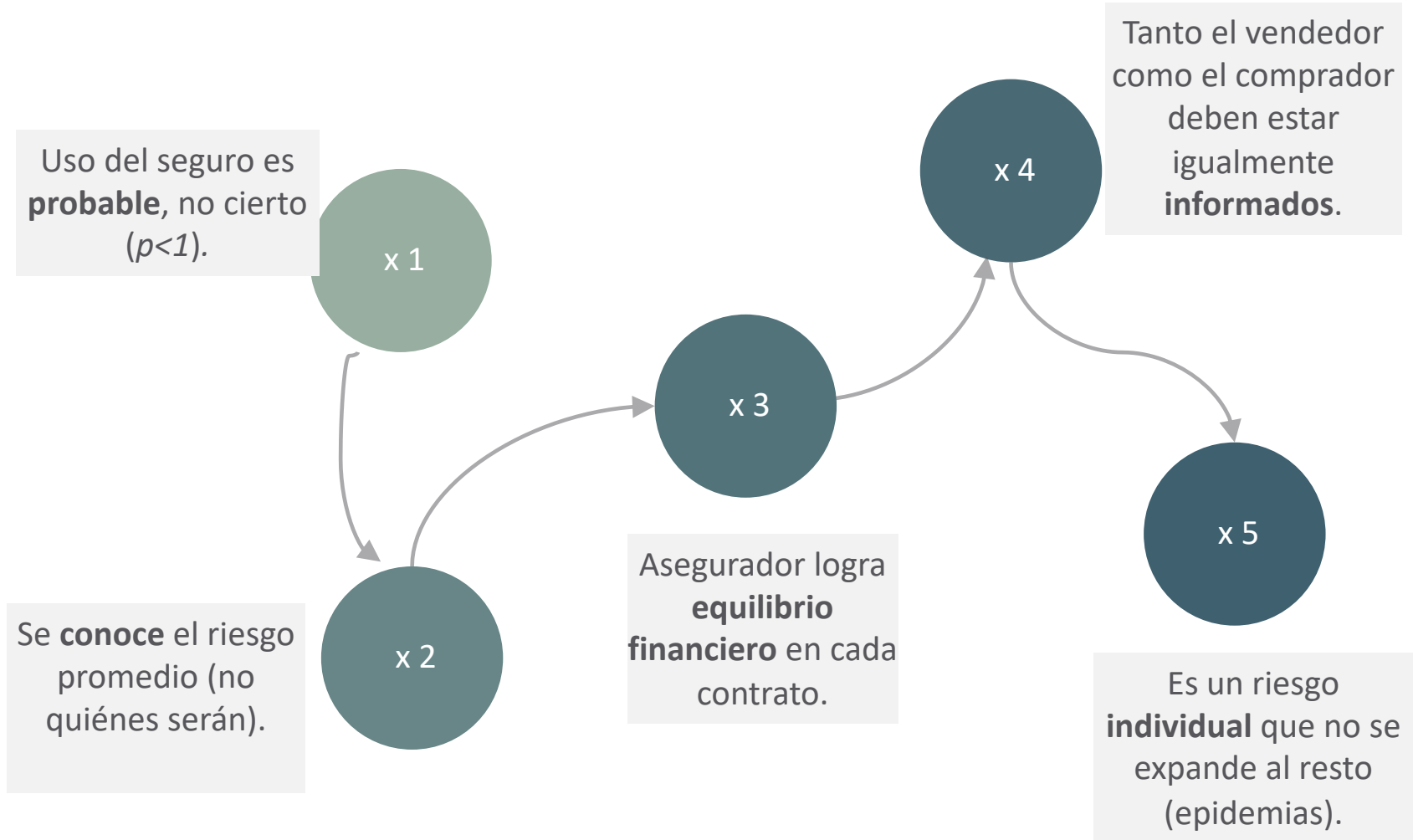


Agrupación (*pooling*) es clave (transferencia de riesgo). A mayor cantidad de personas, mejor funcionan las probabilidades.



Mejoran el bienestar.

Requisitos de Funcionamiento



¿Funciona un seguro corriente en salud? NO

No todo es asegurable

- Enfermedades crónicas.
- Adultos mayores.
- Embarazo.

($p \approx 1, p = 1$).

→ Se generan “hoyos” en la cobertura.

No se logra equilibrio financiero en cada contrato...

Opciones:

- No se permite fijar precios según riesgo.

→ Muy caro para algunos o exclusión

Problemas de información

Usuarios: complejidad información dificulta elección.

→ Elección como motor de la competencia no funciona bien.

Riesgo moral: menor cuidado y sobreuso dado que un tercero (seguro) paga (usuarios y doctores).

→ Aumenta costos y las soluciones son costosas.

Selección adversa: personas pueden esconder información de su estado de salud.

⇒ Selección por riesgo: directa (declaración de salud y rechazo o reducción cobertura) e indirecta (marketing, mala calidad atención). Es decir, competencia por personas, no calidad.

Conclusión:

Mercados de seguros corrientes en salud llevan a:

1. **Ineficiencias:** altos costos (de transacción y otros) y gastos.
2. **Hoyos en cobertura:** preexistencias, adultos mayores, embarazos, atención primaria.



Propuesta de reforma seguros: competencia por precio

(1) Libre elección

- Cada persona elige su asegurador.
- Libre afiliación.

(2) Plan universal de salud

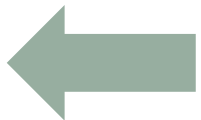
- Obligación de contratar plan de salud / de ofrecerlo (aseguradoras).
- Beneficios y estándar de calidad predefinidos.
- Sin copagos.
- Deducibles (relacionados al ingreso).
- Primas por asegurador.

(3) Subsidios ajustados por riesgo

- Subsidios ajustados por riesgo de salud, como abono a la prima.
- Se financian con contribuciones salariales y aportes del Estado.

(4) Regulación adecuada y funciones esenciales

- Promoción y defensa competencia, protección consumidor.
- Aseguramiento de la calidad y seguridad.
- Información de calidad.
- Regulación/validación de precios.



Transición

Marcha blanca (etapa
sombra), 2 años

01

- Costeo del plan (Gobierno)
- Estimación de primas (aseguradores).
- Ajuste de riesgo: recolección información y desarrollo metodología.
- Nivelación de atribuciones entre aseguradores.
- “Normalización” de Fonasa y prestadores estatales.
- Desarrollo funciones esenciales (promoción competencia, información, aseguramiento calidad y monitoreo precios) y entidades a cargo .

Puesta en marcha del
nuevo esquema

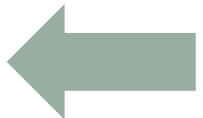
02

- Entrega de subsidios por riesgo.
- Fijación de primas (y regulaciones provisorias, como bandas).
- Elección de asegurador y plan.
- Contratos por defecto (gobierno).
- Comienzo de operación de funciones esenciales.

Evaluación, ajustes y
perfeccionamientos

03

- Evaluar contenido del plan y funcionamiento en general.
- Relajar regulaciones a primas.
- Afinar ajuste de riesgo.
- Mejorar mecanismo de aseguramiento de la calidad y de información.



Indicadores sanitarios

Indicador (año 2016 o más cercano)	Chile	OCDE
Esperanza de vida al nacer (años)	79,1	80,6 (2015)
Mortalidad infantil (muertes por cada 1.000 nacidos vivos)	7,2	3,9 (2014)
Mortalidad materna (muertes por cada 100.000 nacidos vivos)	13,5	8,2 (2012)
Mortalidad por accidentes de tránsito (cada 100,000 habitantes)	33,1 (2014)	30,2 (2012)
Prevalencia estimada de la diabetes (adultos de entre 20 y 79 años)	10%	6,9% (2015)
Consumo de alcohol	7,2 (2014)	9,0 (2015)
Consumo de tabaco diario (población mayor de 15 años)	29,8% (2014)	18,9% (2015)
Población obesa	25,1%	19,2% (2009)
Sobrepeso (incluye obesidad) en niños	44,5% (2010)	24,6 (2010)

Fuente: estadísticas de la OCDE.

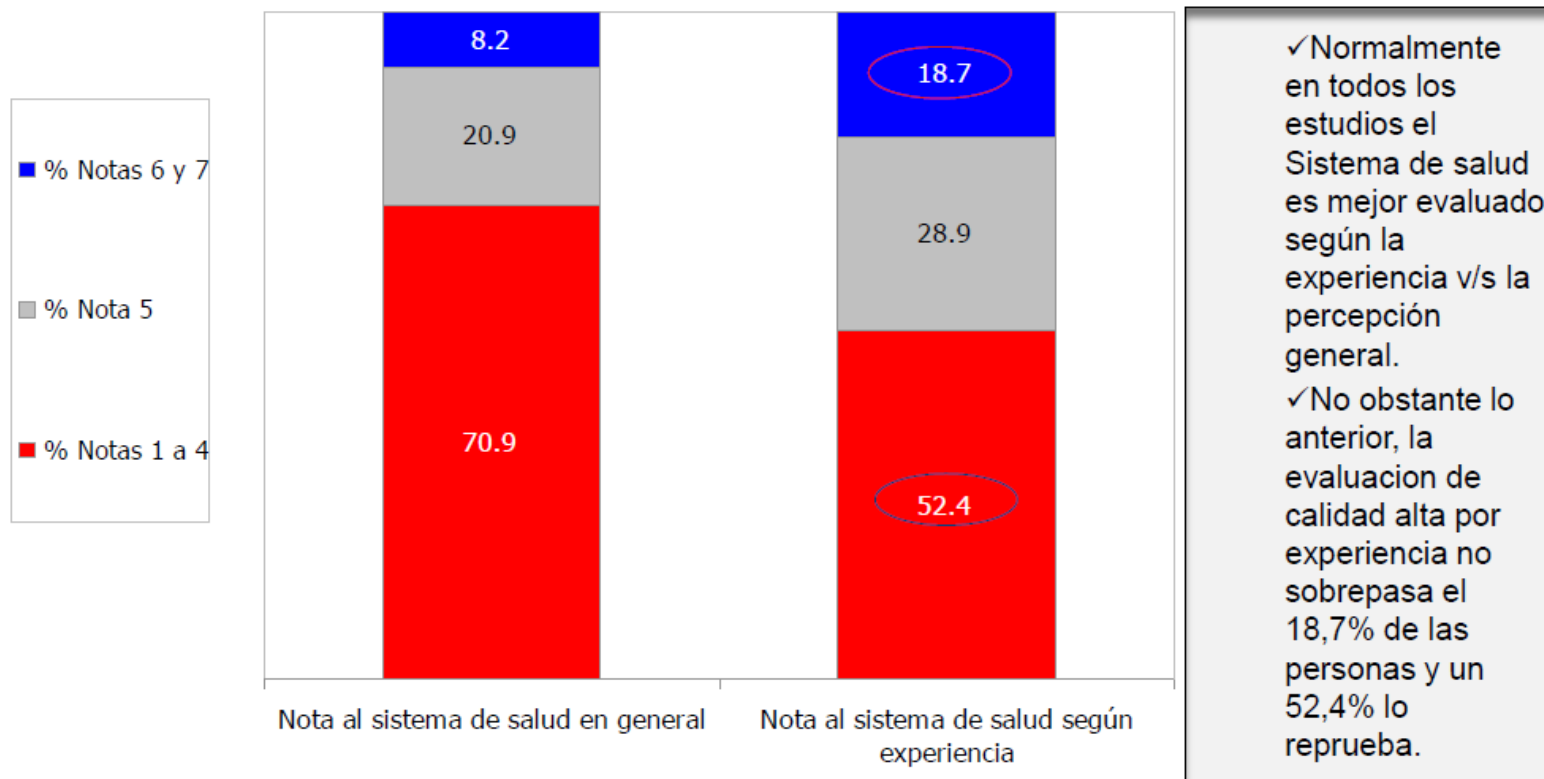
Recursos para la salud

Indicador (año 2016 o más cercano)	Chile	OCDE
Número de médicos (cada 1.000 hab.)	2	3,3 (2014)
Número de enfermeras (cada 1.000 hab.)	5,6	9,1 (2013)
Número de médicos graduados al año (cada 100.000 hab.)	7,3	10,9 (2013)
Número de enfermeras graduadas al año (cada 100.000 hab.)	21,5	46 (2015)
Camas de hospital (cada 1.000 hab.)	2,1	4,7 (2014)



Fuente: estadísticas de la OCDE.

Evaluación usuarios sistema de salud



¿Qué nota le pone al sistema de chileno de salud en general?

Con la experiencia que ha tenido usted y su grupo familiar: ¿Qué nota le pone usted al sistema de salud?

Use una escala de 1 a 7, donde 1 es "muy malo" y 7 es "muy bueno"

Base total: 1199 casos

FORMAR

TRANSFORMAR



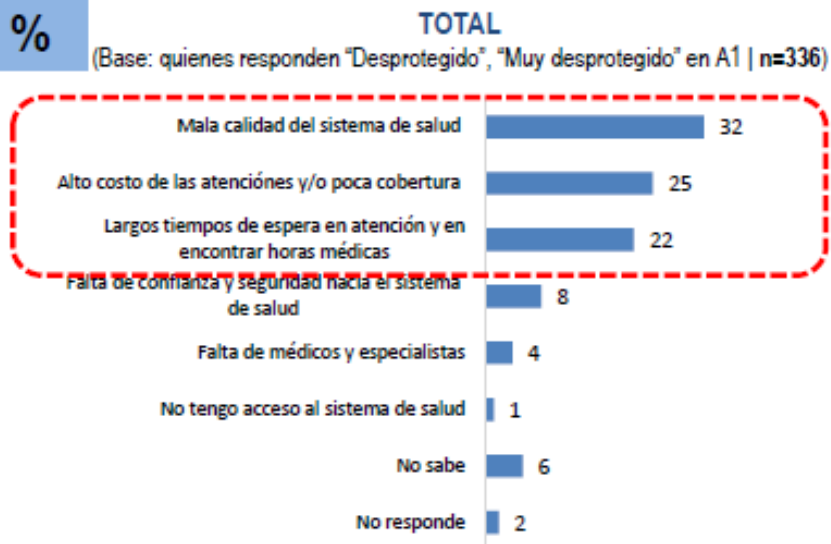
Universidad
Andrés Bello

○ Diferencia significativa

Razones de la sensación de desprotección (2016)

A2. ¿Por qué se siente desprotegido? | ABIERTA Y ESPONTÁNEA

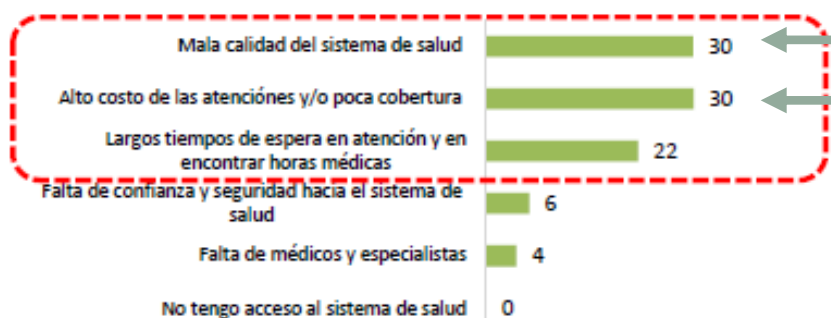
Base: Aquellos que se siente Muy desprotegidos + Desprotegidos A1 (n=336)



Usuario FONASA A
(Base: quienes responden "Desprotegido", "Muy desprotegido" en A1 | n=125)



Usuario FONASA BCD
(Base: quienes responden "Desprotegido", "Muy desprotegido" en A1 | n=177)



Usuario ISAPRE
(Base: quienes responden "Desprotegido", "Muy desprotegido" en A1 | n=27)

