



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



COMISIÓN ESP-COLMED **PROPUESTAS PARA UNA REFORMA INTEGRAL AL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN CHILE**

*Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile,
Colegio Médico de Chile A.G.*

Mayo 2018

ÍNDICE

PRESENTACIÓN ESCUELA DE SALUD PÚBLICA UNIVERSIDAD DE CHILE	4
PRESENTACIÓN COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.	6
AUTORES	7
RESUMEN EJECUTIVO	9
Desafíos pendientes del financiamiento de la salud en Chile	
Los problemas de una reforma parcial	
Un nuevo sistema de financiamiento de la salud para Chile: síntesis de la propuesta	
MENSAJES CLAVE	11
LISTA DE ABREVIACIONES	12
INTRODUCCIÓN	13
METODOLOGÍA	16
EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN CHILE: PUNTOS DE PARTIDA PARA UNA RE- FORMA	17
1. Gasto en Salud y protección financiera insuficiente	
2. Un sistema de salud fragmentado, segmentado y con altos niveles de inequidad	
3. La crisis de legitimidad de las ISAPRE	
4. La crisis de financiamiento del sector público	
PROPUESTA DE UN PLAN GARANTIZADO DE SALUD Y RIESGOS DE UNA REFORMA PARCIAL	21
1. El Plan Garantizado de Salud	
2. Riesgos de una propuesta de reforma parcial	
2.1 Una reforma que excluye a quienes más lo necesitan	
2.2 Impacto negativo sobre el seguro público	
2.3 Pérdida de la oportunidad de una reforma necesaria	



ÍNDICE

PROPUESTA DE UNA REFORMA INTEGRAL AL SISTEMA DE SALUD CHILENO	24
1. Antecedentes para la propuesta	
2. Propósito y objetivos de la propuesta	
3. Componentes de la propuesta	
3.1 Fortalecer el Seguro Público	
3.2 Universalización del Seguro Público: transitar hacia un Seguro Nacional, a partir de la institucionalidad actual.	
3.3 Incrementar las fuentes progresivas de financiamiento para una mejor salud para todos	
3.4 Definición de un Plan de Salud Universal de beneficios integrales	
3.5 El rol de aseguradores y prestadores privados en el nuevo sistema	
4. Impacto esperado del nuevo Seguro Nacional	
4.1 Mayor eficiencia a través de un modelo de pagador único	
4.2 Mayor solidaridad y equidad	
4.3 Calidad y oportunidad de la atención	
4.4 Fin a la discriminación y selección de riesgos	
4.5 Mayor protección financiera	
4.6 Efectos sobre el sector privado y la economía	
5. El proceso de transición	
COMENTARIO FINAL	36
REFERENCIAS	37
ANEXO 1: Síntesis de principales propuestas de reforma al financiamiento de la salud en Chile	43
ANEXO 2: Principios de la seguridad social	49
ANEXO 3: Potenciales riesgos en la implementación de seguros sociales	50
ANEXO 4: Experiencia de transición de Seguros Nacionales	51



PRESENTACIÓN ESCUELA DE SALUD PÚBLICA UNIVERSIDAD DE CHILE

Junto con el Colegio Médico de Chile, la Escuela de Salud Pública Salvador Allende de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile convocó una Comisión para hacer una propuesta de reforma integral del sistema de salud chileno. ¿Qué motiva a nuestras instituciones y por qué hacer una ahora?

Para la Escuela de Salud Pública estamos aquí por nuestra vocación que es contribuir a mejorar la salud de la población, a través de la formación de los y las especialistas que requiere el país, mediante la generación de conocimientos y la articulación de actores para hacer propuestas de política pública. Desde nuestros inicios hace 75 años, entendimos que la salud es un derecho y contribuir a su realización, nuestro quehacer.

¿Y por qué estamos haciendo una propuesta ahora? La respuesta es simple: la salud de la gente no puede esperar. Nuestra sociedad debe y puede asegurar a todas y todos los ciudadanos, las ciudadanas y residentes cobertura universal, incluyendo la protección de riesgos financieros, el acceso oportuno a servicios de salud en cantidad y calidad, acordes con sus necesidades y el acceso a medicamentos, vacunas y otras prestaciones de calidad y asequibles. Sin dejar a nadie atrás.

Nos encontramos entonces frente a un desafío transversal para nuestra sociedad. Prueba de aquello son los múltiples esfuerzos en la materia, incluidas comisiones asesoras presidenciales en gobiernos recientes de diferentes tendencias políticas, hasta ahora sin logros concretos asociados a sus propuestas. Incluso el 11 de marzo de este año, en la página del Ministerio de Salud se publicó el programa de salud del gobierno del Presidente Sebastián Piñera con este título: “Una cirugía mayor a la salud”. Y afirma que los retos del envejecimiento, el perfil epidemiológico, las deficiencias de ambos subsistemas de salud “(...) hacen imperioso revisar integralmente los mecanismos de financiamiento, así como los servicios entregados por el sistema de salud”. De manera que hay consenso sobre el problema, el asunto es: qué hacer, cuándo y cómo hacerlo.

Nuestro propósito es provocar, desencadenar y producir un debate país de todos los y las actores sociales, políticos y técnicos y lo hacemos con una propuesta que recoge las conclusiones de comisiones previas, de estudios, encuestas, evidencia de nuestro país y también internacional. Una propuesta que contempla una transformación de la salud chilena. Queremos un sistema de salud que reconozca que en Chile nos importa lo que le pasa al otro y la otra. Que no nos deja indiferente la atención en salud que reciben todas las personas de nuestro país. Que nos indigna el hecho que la salud y la muerte dependen del bolsillo.

Hace 75 años cuando se fundó nuestra escuela de salud pública, el primer director, Dr. Hernán Romero dijo que Chile estaba “colocado en una disyuntiva que muchos ven, pero que pocos quieren reconocer: o volver a un sistema liberal, lo que parece absurdo e imposible, o enderezar rumbos, de manera decidida, hacia una medicina realmente social.” Hoy enfrentamos un dilema que no es esencialmente distinto a lo que planteó el Dr. Romero. Este es un dilema especialmente crudo en un país que aspira a ser desarrollado pero que acepta convivir en una sociedad que deja a tantas personas atrás en ese camino. Sabemos que esta situación exige cambios estructurales en el sistema de salud y en las oportunidades de trabajar y emprender. Esto implica generar una sociedad más integrada, justa y cohesionada. Una ciudad con ciudadanas y ciudadanos más activos, con entornos de barrio

más verdes y con acceso a alimentos más sanos. Todo esto es la salud. Pero también la estructura del sistema de salud es tremendamente importante y no debe replicar la estratificación social.

Por lo mismo, proponemos terminar con la segmentación y fragmentación del sistema de salud por ingreso y territorio, de forma similar a lo que ocurre en la mayor parte de los países desarrollados. Hacerlo implica un itinerario que avance paulatinamente a la financiación por impuestos generales, reduciendo la dependencia de las cotizaciones y el gasto de bolsillo. Hay alternativas para hacer posible esta transición, cuyos detalles deben ser resueltos en una discusión social amplia.

Les invitamos a leer esta propuesta y hacerse parte de esta discusión, con aportes, sugerencias, críticas. Convo-
camos a múltiples instancias de debate, sùmense.



PATRICIA FRENZ

Directora

*Escuela de Salud Pública,
Universidad de Chile*

PRESENTACIÓN

COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.

Este año el Colegio Médico de Chile cumple 70 años. Parte fundamental de nuestra historia ha sido la participación activa en aquellos procesos sociales y políticos que determinan cambios en la institucionalidad sanitaria del país, con el objetivo de mejorar la respuesta organizada a las necesidades de salud de sus habitantes.

Con ésta motivación, a lo largo de nuestra trayectoria como gremio, con mayor o menor intensidad, hemos estado presentes en el análisis de las grandes discusiones que han marcado el devenir de las políticas públicas de nuestro país. Con esta vocación como marco de nuestro quehacer, hoy retomamos el trabajo en un tema que ha sido motivación frecuente de nuestras propuestas desde los años 90 en adelante: la necesaria y largamente postergada reforma al financiamiento de la salud en Chile.

En los años recientes, tres hitos han marcado posturas de nuestros representantes en la materia: la Asamblea Ordinaria del gremio del año 2012, donde entre otras se acordó la existencia de un Fondo Único Solidario con primas solidarias proporcionales al ingreso para financiar la salud; la propuesta a los candidatos presidenciales a fines de 2013, realizada por el Departamento de Políticas de Salud y Estudios de la época, titulada “Humanizar la salud en Chile” donde se propuso como uno de los cuatro pilares de la misma la creación de un Fondo Solidario único y Universal de Salud; y finalmente, el documento aprobado en marzo de 2018 por nuestro Consejo General, “Financiamiento de la Salud en Chile: elementos para la discusión de una reforma necesaria”. En todos estos antecedentes encontramos una hebra común: la necesidad de que las estrategias de financiamiento estén en sintonía con los principios de la seguridad social, lineamiento del cual sin duda nos encontramos alejados como país.

Conscientes de que nuestra postura debe ser debatida y enriquecida al calor de una discusión nacional amplia, y de que un debate de tal importancia requiere de la mayor rigurosidad técnica y trabajo multidisciplinario, en conjunto con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile hemos convocado a un grupo de expertos de alto nivel, provenientes de distintas áreas del conocimiento. Les hemos pedido presentar una propuesta que pueda enriquecer el debate y colaborar a que la discusión de la reforma al financiamiento de la salud cuente con orientaciones actualizadas de política pública, a la vez de responder a los estándares de consenso que plantean los organismos internacionales en la materia.

De esta forma, se logró constituir un equipo formado por académicos del campo de la salud pública, economía y antropología, provenientes de instituciones regionales, nacionales e internacionales, con vasta experiencia en la materia que generosamente han dedicado su tiempo a elevar el horizonte de esta discusión nacional, a través de la propuesta que hoy ponemos a disposición del gremio médico y del país en su conjunto.

Los y las invitamos a leerla, criticarla, difundirla y mejorarla. Existe consenso en que nuestro sistema de salud debe avanzar en modificar su financiamiento en sintonía con los principios de la seguridad social. Esperamos que este documento sea una contribución para acercarnos a ellos en el marco de un gran acuerdo nacional que permita solucionar los problemas apremiantes que limitan el acceso a una salud digna y de calidad para todas y todos.



DRA. IZKIA SICHES

Presidenta

Colegio Médico de Chile A.G.

AUTORES

Miembros de la Comisión



PATRICIA FRENZ,

Directora Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile



IZKIA SICHES,

Presidenta Colegio Médico de Chile A.G.



XIMENA AGUILERA,

Directora, Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, Universidad del Desarrollo. Presidenta, Sociedad Chilena de Salubridad - SOCHISAL.



ÓSCAR ARTEAGA,

Profesor Asistente, Ex-Director Escuela de Salud Pública.



CAMILO CID,

Asesor Regional en Economía de la Salud y Financiamiento, Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Organización Mundial de la Salud (OMS).



ROBERTO ESTAY,

Presidente Departamento de Políticas y Estudios, Colegio Médico de Chile A.G.



SYLVIA GALLEGUILLOS,

Directora Instituto Administración en Salud, Facultad Economía y Negocios, Universidad de Chile.



RICARDO OYARZÚN,

Director del Instituto de Salud Pública, U. Austral de Chile.



MARIO PARADA,

Profesor Titular Salud Pública, Universidad de Valparaíso.



ANDRAS UTHOFF,

ex Consultor de la Sección de Estudios del Desarrollo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).



JEANNETTE VEGA,

ex Directora Fondo Nacional de Salud.

Secretaría Técnica



FRANCISCA CRISPI,

Departamento Políticas y Estudios, Colegio Médico de Chile A.G. Investigadora, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.



CRISTÓBAL CUADRADO,

Secretario Técnico, Departamento Políticas y Estudios, Colegio Médico de Chile A.G. Profesor Asistente, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile



CRISTIÁN GONZÁLEZ,

Departamento Políticas y Estudios, Colegio Médico de Chile A.G. Ayudante de investigación, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile



MATÍAS LIBUY,

Departamento Políticas y Estudios, Colegio Médico de Chile A.G.

Colaboradores

CLAUDIO MÉNDEZ,

Profesor Asociado, Instituto de Salud Pública, U. Austral de Chile.

FERNANDO GONZÁLEZ,

Departamento Políticas y Estudios, Colegio Médico de Chile A.G.

CLAUDIO PÉREZ,

Departamento Políticas y Estudios, Colegio Médico de Chile A.G.

JAIME PEÑA,

Médico Cirujano, Universidad de Chile

RESUMEN EJECUTIVO

Desafíos pendientes del financiamiento de la salud en Chile

El sistema de salud en Chile se financia con un 8.4% del PIB (OCDE, 2016), de ello aproximadamente un 50% del gasto total en salud es financiado con gasto público (OCDE, 2015). Ambas cifras se encuentran por debajo del promedio de los países miembros de la OCDE. Adicionalmente, el gasto de bolsillo representa una proporción muy elevada del gasto total en salud, correspondiendo a un 32.2% del total versus el 19% promedio en los países de la OCDE (OCDE, 2016). Esto da cuenta de los problemas para entregar protección financiera efectiva a las personas.

En este contexto, el sistema de salud chileno se caracteriza por tener una estructura segmentada por riesgo e ingreso, que promueve altos niveles de inequidad e ineficiencia (Cid, 2017). Esta estructura ha contribuido a un financiamiento crónicamente insuficiente del sector público, afectando a la mayoría de la población del país que está adscrita a él (Unger, 2008).

Con respecto al funcionamiento del sistema, FONASA funciona como un seguro solidario, que mancomuna las cotizaciones de carácter progresivo de sus afiliados. Por otro lado, las ISAPRE funcionan bajo el principio de seguro individual, sin existir una mancomunación de las cotizaciones tanto entre las ISAPRE como con el seguro público. El sector ISAPRE, al seleccionar por riesgo a sus afiliados, afecta el financiamiento de FONASA. Esto se da por diversos mecanismos, por ejemplo, a través de una migración importante de usuarios desde ISAPRE a FONASA durante la adultez tardía o enfermedad por lo que el fondo público recibe una población con gran carga de enfermedad que le provoca un gasto elevado (Duarte, 2011; Pardo, 2014). Las diferencias de recursos disponibles entre el sector público y privado conducen a importantes inequidades en el acceso. Por ejemplo, la mayor parte de las horas médicas se concentran en el sector privado de salud. Así, el sector público cuenta con menos de un 50% de las horas médicas para atender a un 78% de la población (Guillou, 2011).

Actualmente existe una crisis de legitimidad del sistema ISAPRE, evidenciada por diversos elementos, como la creciente judicialización por las alzas unilaterales de precios de los planes, el fallo del tribunal constitucional, la cautividad de los afiliados, la integración vertical entre aseguradores y prestadores, mecanismos de pago que no incentivan la contención de costos, disminución de los reembolsos y la discriminación hacia la población más pobre, mayor riesgo de enfermar o de sexo femenino. Asimismo, las ISAPRE han tenido un aumento sostenido en sus ganancias durante los últimos años, fundamentalmente a costa del aumento de las primas (Cid, 2017). La tasa de crecimiento real de las primas totales per cápita ha sido de 5,2% al año, y desde 1990 se ha elevado 3,5 veces sus precios en términos reales, sin entregar una mayor protección financiera a la población. En este sentido, los seguros privados han fallado en la contención de costos, una importante función de un seguro.

Los problemas de una reforma parcial

En los últimos años hemos sido testigos de múltiples propuestas de reforma al financiamiento de la salud en Chile. Algunas de ellas, como por ejemplo el “Plan Garantizado de Salud” presentado en el 2011 y que desde marzo de este año tiene urgencia legislativa, pretenden avanzar en reformas parciales, acotadas exclusivamente al sector privado de salud. En este escenario, nos parece relevante mencionar los principales riesgos de propuestas de este carácter.

En primer lugar, las propuestas que contemplan una reforma parcial al sistema ponen el foco en mejorar las condiciones de aseguramiento solo de los usuarios de ISAPRE, los cuales tienen menores riesgos y necesidades de salud. Con esto, se posterga a la población de FONASA, la cual objetivamente tiene barreras de acceso en salud más acu-

ciantes. En segundo lugar, estas reformas, en la práctica mantienen la segmentación y discriminación que han sido considerados como uno de los mayores problemas del sistema. En tercer lugar, existe una duda razonable sobre los potenciales efectos cruzados de un sistema a el otro. Así, existe el riesgo de que una reforma parcial podría afectar negativamente a los afiliados del seguro público. Finalmente, desde un punto de vista político, la implementación de una reforma parcial puede hacer perder la ventana de oportunidad a nivel país para una reforma integral, postergando así la posibilidad de mejorar la situación de salud de toda la población.

La presente Comisión tiene la convicción de que Chile requiere y puede avanzar hacia un mejor sistema de salud para toda la población, sin exclusiones. Por lo tanto, a continuación presenta una propuesta de reforma integral al financiamiento de la salud, en función de aportar al necesario debate público sobre el futuro de la salud de nuestro país.

Un nuevo sistema de financiamiento de la salud para Chile: síntesis de la propuesta

Esta propuesta tiene como eje central el fortalecimiento del Seguro Público de salud, garantizando una institucionalidad robusta y moderna que pueda dar respuesta a las crecientes expectativas de la población en términos de calidad y acceso equitativo. Mediante una modernización de su gobernanza, un aumento de su presupuesto, adecuados procesos de gestión y mejores mecanismos de compra a proveedores, el Seguro Público podrá mejorar el acceso de los chilenos y chilenas a prestaciones de salud de calidad y en tiempos adecuados. Tomando en cuenta la importancia de la inversión pública en salud para alcanzar la cobertura universal (Brunal, 2016), la propuesta considera como un factor imprescindible para avanzar en un mejor acceso a la salud por parte de las personas, hacer el esfuerzo país para aumentar el gasto público en salud al menos a un 6% del Producto Interno Bruto (OMS, 2010 y 2014).

Así mismo, la propuesta contempla la implementación de medidas que lleven al establecimiento de un Seguro Nacional de Salud, lo cual permitirá terminar con la fragmentación de los sistemas, y propenderá a la desaparición de la segmentación de la población entre los diversos esquemas de aseguramiento que no se integran. A su vez, permitirá que el Seguro Nacional de Salud actúe como pagador único, lo que nos parece central en la reorganización del sistema, ya que permite avanzar decididamente en el aumento de la equidad, tanto en el acceso a la atención, como en los resultados sanitarios; el aumento de la eficiencia financiera en el sistema; el aumento de la eficiencia social de las intervenciones sanitarias; y la mejoría de la calidad de atención. En este camino, se definen cuatro puntos fundamentales para avanzar:

1. Universalización y unificación de los diversos esquemas de aseguramiento existente (FONASA, ISAPRE, FFAA, Seguros sociales contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales) en un único esquema de seguro, el cual modernice sus procesos y tenga un sistema de afiliación automática para todas las personas del territorio nacional.
2. Unificación de todas las fuentes de financiamiento de la atención de la seguridad social en salud, incluidos aportes fiscales, las cotizaciones de los trabajadores y las cotizaciones de empleadores para el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
3. Creación de un Plan de Salud Universal que cubra a todas y todos los afiliados del seguro, tenga una cobertura integral de prestaciones (incluidas promoción, prevención, curación y rehabilitación), y que contemple de forma amplia las prestaciones de salud, excluyendo sólo a aquellas que no tengan un resultado o eficacia demostrada y aquellas que no se consideren fundamentales para mejorar la salud (ej: atenciones de medicina estética). Este Plan de Salud Universal dará mayor protección financiera, con especial énfasis en la cobertura de medicamentos, incluirá plazos de atención, y altos estándares de calidad.
4. Transformación de los seguros privados (ISAPRE), abandonando el rol sustitutivo que tienen actualmente, para transformarse en seguros de segundo piso con un rol complementario o suplementario de carácter voluntario, con regulaciones que protejan a las personas de prácticas discriminatorias.

MENSAJES CLAVE

- El sistema de salud en Chile tiene un financiamiento crónicamente insuficiente, con una estructura basada en un bajo gasto público y un alto gasto de bolsillo al compararlo con otros países de la OCDE. Esto afecta particularmente a la población adscrita al seguro público.
- FONASA funciona como un seguro solidario, que mancomuna las cotizaciones de carácter progresivo de sus afiliados. Por otro lado, las ISAPRE funcionan bajo el principio de seguro individual, sin existir una mancomunación de las cotizaciones tanto entre las ISAPRE como con el seguro público.
- El sector ISAPRE, al seleccionar por riesgo a sus afiliados, afecta el financiamiento de FONASA. Por un lado, FONASA concentra a la población con mayor morbilidad y mayores necesidades sociales. Por otro, existe una migración importante desde ISAPRE a FONASA durante la adultez tardía o enfermedad, por lo que el fondo público recibe una población con gran carga de enfermedad, que durante sus años más sanos entregó sus cotizaciones a las ISAPRE. Estas condiciones generan un financiamiento poco equitativo entre el seguro público y los privados.
- La legitimidad del sistema ISAPRE se encuentra en entredicho: la creciente judicialización por las alzas unilaterales de precios de los planes, el fallo del tribunal constitucional, la cautividad de los afiliados, la integración vertical entre aseguradores y prestadores, la discriminación, entre otras explican esta crisis de legitimidad.
- Las propuestas de una reforma parcial al sistema de salud ponen el foco en mejorar el acceso de quienes menos necesidades de salud tienen (ISAPRE), postergando con ello las soluciones a la población de FONASA que objetivamente tiene problemas mucho más acuciantes.
- El eje central de una propuesta integral debe estar en el fortalecimiento del Seguro Público de salud, garantizando una institucionalidad robusta y moderna que pueda dar respuesta a las crecientes expectativas de la población en términos de calidad y acceso equitativo. Para alcanzar este propósito es esencial una modernización de la gobernanza del Seguro público, un aumento de su presupuesto vía impuestos generales, y la implementación de adecuados procesos de gestión y mecanismos de compra a proveedores.
- La propuesta contempla la implementación de un Seguro Nacional de Salud, que permitirá terminar con la fragmentación de los sistemas, propendiendo a la desaparición de la segmentación de la población.
- El Seguro Nacional actuará como pagador único, permitiendo avanzar decididamente en el aumento de la equidad, tanto en el acceso a la atención, como en los resultados sanitarios; aumentando la eficiencia financiera en el sistema; la eficiencia social de las intervenciones sanitarias y mejorando la calidad de la atención.
- Se definen cuatro medidas fundamentales para avanzar hacia el Seguro Nacional:
 - Universalización de los diversos esquemas de aseguramiento existente (FONASA, ISAPRE, FFAA, seguros sociales contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales) en un único esquema de seguro.
 - Unificación de todas las fuentes de financiamiento de la atención de la seguridad social en salud.
 - Creación de un Plan de Salud Universal que cubra a todas y todos los afiliados del seguro, con cobertura integral de prestaciones.
 - Transformación de los seguros privados (ISAPRE) en seguros de segundo piso con un rol complementario o suplementario de carácter voluntario.

LISTA DE ABREVIACIONES

APS	Atención Primaria en Salud
AUGE	Acceso Universal con Garantías Explícitas CAC Crecimiento Anual Compuesto
ETESA	Evaluación de Tecnologías Sanitarias
FFAA	Fuerzas Armadas y de Orden
FONASA	Fondo Nacional de Salud
GES	Garantías Explícitas en Salud
GRD	Grupos Relacionados por Diagnóstico
ISN	Instituto de Seguridad Laboral
ISAPRE	Institución de Salud Previsional
MAI	Modalidad de Atención Institucional - FONASA
MINSAL	Ministerio de Salud
MLE	Modalidad de Libre Elección - FONASA
OCDE	(Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico)
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIB	Producto Interno Bruto
PGS	Plan Garantizado de Salud
PSS	Plan de Seguridad Social
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
SERMENA	Servicio Médico Nacional de Empleados
SERNAC	Servicio Nacional del Consumidor
SHI	Social Health Insurance (Seguro Social de Salud)
SIL	Subsidio por Incapacidad Laboral
SNS	Servicio Nacional de Salud
SUSESO	Superintendencia de Seguridad Social
TC	Tribunal Constitucional

INTRODUCCIÓN

Chile se enfrenta grandes desafíos sanitarios. Uno de los más relevantes, es orientar el desarrollo de su sistema de salud para alcanzar la cobertura universal de salud, asegurando un acceso equitativo y oportuno a prestaciones de salud de calidad, con protección financiera, para toda la población. Los millones de chilenos y chilenas que esperan por años una atención de salud en el sector público, junto a los miles de usuarios del sector privado que sufren discriminaciones y falta de protección financiera, son los que dan cuenta de la urgencia de medidas que reformen el funcionamiento global del sistema de salud.

Los desafíos no son menores. Por un lado, tenemos un sector público con una lista de espera de más de un 1 millón 600 mil personas, con tiempos de espera inaceptables, que pueden llegar a más de 3 años. A esto se suman problemas en la calidad de las prestaciones, derivadas de la falta de infraestructura, equipamiento y personal en la red pública de salud. Por el otro lado, un sector privado que obliga a las personas a realizar grandes gastos en salud para acceder a coberturas parciales, debiendo soportar altos copagos en sus prestaciones y alzas unilaterales del precio de sus planes de salud, con la constante incertidumbre de tener que abandonar su ISAPRE al no poder costear su plan o copagos ante mayores necesidades de salud.

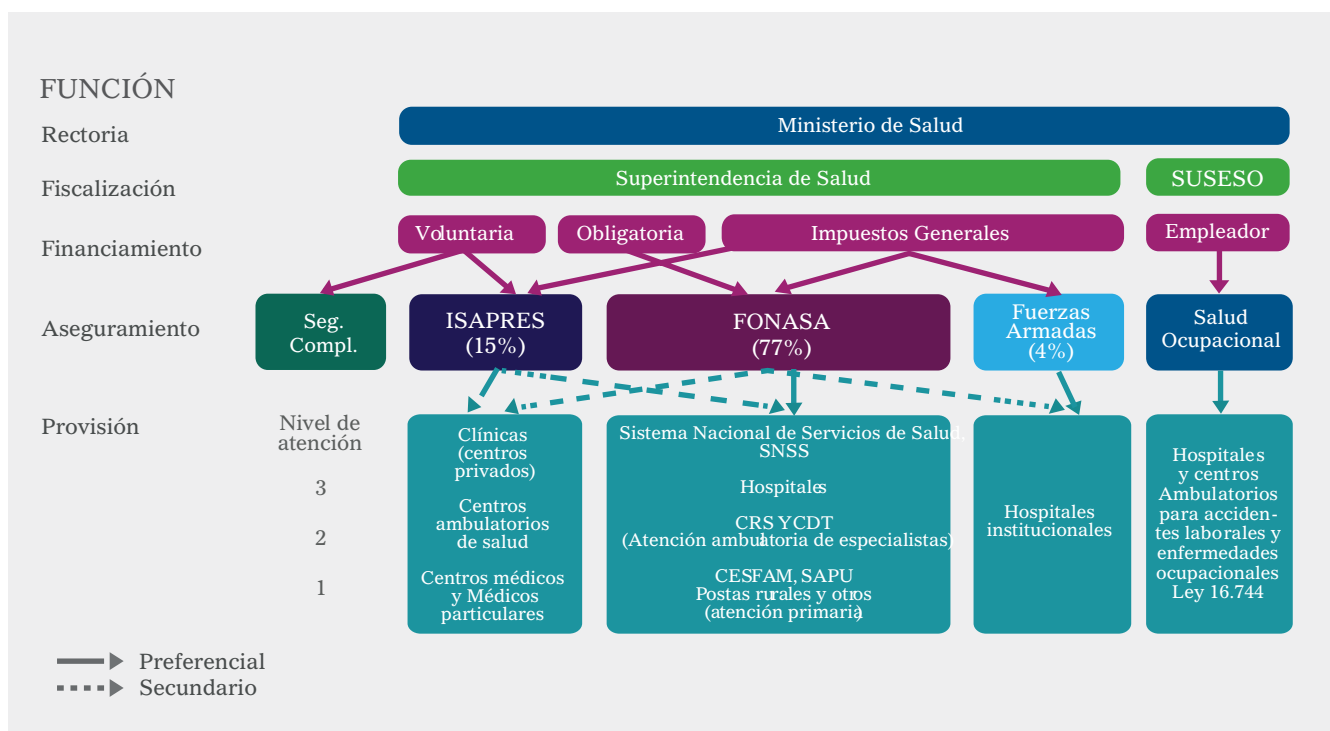
Si bien, es claro que resolver los problemas del sistema de salud chileno implica desafíos sustantivos en áreas tan diversas como la dirección del sistema, la generación de recursos humanos y la forma en que se organiza la atención de salud de las personas, una dimensión clave es la manera en financiamos y aseguramos la salud. Su importancia radica en que la estructura del financiamiento puede incidir en múltiples otras funciones, además de ser uno de los aspectos principales que explican las dificultades en el acceso a las prestaciones de salud que experimentan las personas, tanto del sector público como del sector privado. En este escenario, el mandato del trabajo de la Comisión del Colegio Médico de Chile A.G. y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile ha sido el de realizar un análisis crítico y dar propuestas para reformar el sistema financiamiento y aseguramiento de la salud en el país, con miras a avanzar a la cobertura universal de salud, asegurando un acceso equitativo y oportuno a prestaciones de salud de calidad para toda la población. Si bien, es importante recalcar la importancia de avanzar en propuestas específicas en otras dimensiones del sistema, abordar los problemas del financiamiento nos parece que es un primer paso necesario para hacer plausible cualquier mejora en los otros aspectos del sistema de salud.

Muestra de esto es que en Chile han ocurrido diversos procesos de reforma del sistema sanitario, en los que la reorganización del esquema de financiamiento ha jugado un rol clave. La creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) en 1979 a partir del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) y del Servicio Nacional de Salud (SNS), así como la municipalización de la atención primaria y la creación de la red de Servicios de Salud, configuraron un escenario que terminó por separar definitivamente el financiamiento de la provisión de salud en el sistema sanitario chileno. Posteriormente, la irrupción del sistema ISAPRE en 1981 durante la dictadura cívico-militar, estableció una nueva institucionalidad para el financiamiento de la salud, creando un esquema de seguros sustitutos basado en un mercado de seguros privados de salud, lo que terminó por segmentar en base al riesgo e ingresos a la población, generando un sector del sistema que concentra a las personas de mayores ingresos y menor riesgo, y otro con las personas de menores ingresos y mayor carga de enfermedad, determinando altos niveles de inequidad en salud en el país. Ambas iniciativas, fundamentales para comprender los desafíos sanitarios que enfrentamos, fueron determinadas por reformas al financiamiento y aseguramiento que no mediaron un debate democrático.

Desde la década de los noventa, diversas regulaciones pretendieron infructuosamente regular el esquema de seguros privados sustitutos (ISAPRE) del sector privado. De igual forma, se realizó una gran inversión para fortalecer el debilitado sector público de salud, lo que permitió mejorar su capacidad asistencial. En la década del 2000 se llevó

a cabo la reforma que creó el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas en Salud (AUGE), la cual garantizó el acceso y la oportunidad de atención a un número establecido de prestaciones de salud, tanto en el sector público como privado de salud, avanzando en la focalización de recursos en manejar las patologías responsables de la mayor carga de enfermedad. Lamentablemente, esta reforma mantuvo la segmentación del sistema de salud en dos sectores, alejándose de los principios de la seguridad social recomendados por los organismos internacionales y adoptados como orientaciones por la mayoría de los países del mundo desarrollado. Al mismo tiempo, generó una nueva segmentación de la cobertura en el sector público de salud, entre los usuarios con patologías incluidas en las Garantías Explícitas de Salud (GES), y las que no, lo que en el contexto de falta de financiamiento y baja capacidad del sector, produjo una diferencia en el acceso, la calidad y la oportunidad entre estos dos grupos. La estructura del sistema actual se presenta en la Figura 1:

Figura 1: Estructura actual del sistema de salud



En la última década, diversos elementos han configurado un escenario en que la discusión sobre el futuro del financiamiento de la salud en Chile resulta ineludible. Desde el 2010 a la fecha se ha generado un extenso debate sobre cómo implementar una reforma que responda desde el financiamiento y el aseguramiento a las necesidades de la población. Por una parte, la pérdida de legitimidad de las ISAPRES a razón de la judicialización del sector y la vulneración de la normativa constitucional vigente en que han incurrido, así como la crisis del sector público de salud a propósito del financiamiento insuficiente, la focalización del gasto en un número acotado de patologías (GES), el déficit en infraestructura y de recursos humano especializado que redundan, entre otras consecuencias, en prolongados tiempos de espera para prestaciones, han vuelto a posicionar el debate en la agenda pública. Al respecto, diversos esfuerzos gubernamentales, de distinta orientación política, han generado propuestas y cursos de transición para esta tarea, sin lograr hasta ahora la materialización de una reforma.

El 13 de marzo del presente año, el Ejecutivo le confirió urgencia simple a un proyecto de ley del 2011 que planteaba la creación de un Plan Garantizado en Salud (PGS). Si bien, esta iniciativa está centrada en una modificación

acotada a los problemas identificados en el sistema ISAPRE, consideramos que su impulso debe ser visto como una oportunidad para volver a discutir sobre los cambios que requiere el sistema en su conjunto, conversación que como país no podemos seguir postergando. Consideramos, según las recomendaciones de diversos organismos internacionales como la OMS/OPS, OIT y OCDE que estos principios deben ser los orientadores de cualquier modificación en el sistema de aseguramiento, entendiendo que la situación actual de Chile, dista de aquello, por tratarse de un sistema segmentado según capacidad de pago, discriminador respecto al acceso a ciertos seguros, con costos directos elevados para las personas, inequitativo en el gasto y con altos costos de administración, entre otras características.

A continuación presentamos el fruto de un trabajo que pretende aportar elementos para un debate que como sociedad debemos afrontar con rigurosidad y decisión. El contenido de este documento se organiza en cuatro secciones. La primera describe la metodología de trabajo utilizada. La segunda, un diagnóstico de los principales desafíos de la organización actual del financiamiento de la salud en Chile y un análisis de las distintas propuestas que han sido elaboradas durante los últimos años desde la academia, centros de estudios e instancias gubernamentales. La tercera, desarrolla un análisis de los problemas de realizar una reforma parcial del sistema como ha sido propuesta por ciertos actores. Finalmente, la cuarta sección, desarrolla una propuesta integral de reforma al financiamiento de la salud en Chile.

Agradecemos la oportunidad que el Colegio Médico de Chile A.G. y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile han dado a este equipo, poniendo un sentido de urgencia al debate de una reforma pendiente. Confiamos que esta propuesta contribuirá a aportar en el objetivo de dar respuesta frente a las permanentes y cambiantes necesidades de salud de nuestra población. Estamos convencidos que sólo un gran acuerdo nacional en salud, con la participación amplia de todos los actores nos permitirá avanzar decididamente en dar solución a un problema urgente: brindar atención oportuna y de calidad a todas y todos los chilenos.

METODOLOGÍA

A partir del mes de Octubre 2017, el Colegio Médico de Chile A.G., a través de su Departamento de Políticas y Estudios retoma la discusión sobre los desafíos del financiamiento de la salud en Chile, en el contexto de los infructuosos intentos por parte de gobiernos de diferentes tendencias políticas, de realizar una reforma en la materia. Dicho proceso de reflexión y análisis se encuentra sintetizado en el documento “Financiamiento de la salud en Chile: elementos para la discusión de una reforma necesaria”, aprobado por el Honorable Consejo General del Colegio Médico en su sesión de Abril 2018.

Coincidiendo con el inicio de un nuevo debate público, en relación a una eventual reforma en el financiamiento de la salud, anunciada por el gobierno del presidente Sebastián Piñera, en una alianza sin precedentes el Colegio Médico de Chile A.G. y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, convocaron a diversos representantes nacionales e internacionales de la academia y vinculados a organismos no gubernamentales y estatales, a participar de una comisión de expertos. El objetivo planteado a los participantes fue la de “proponer una reforma estructural del financiamiento, orientada por los principios de la seguridad social y el derecho a la salud, que integre los sectores público y privado con una perspectiva de largo plazo para el fortalecimiento del sistema”.

Para ello, se realizaron sesiones de discusión y trabajo presencial semanales durante los meses de Abril y Mayo que fueron apoyadas por una secretaría técnica integrada por miembros del Departamento de Políticas y Estudios del Colegio Médico de Chile. La discusión y consensos que constituyen los elementos contenidos en esta propuesta se desarrollaron en tres etapas. La primera consistió en la toma de acuerdo por parte de los integrantes de la comisión, de un diagnóstico del estado actual del financiamiento de la salud en Chile teniendo a la vista las propuestas que se habían construido a la fecha por diversas entidades públicas y privadas. Una segunda etapa, se caracterizó por acordar los ejes centrales de la propuesta definiendo el alcance y la profundidad de las transformaciones necesarias para el sistema de salud. Finalmente, la tercera parte y final consistió en el desarrollo y edición de un documento escrito que sintetiza los principales elementos de la propuesta aquí contenida.

EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN CHILE: PUNTOS DE PARTIDA PARA UNA REFORMA

El sistema de salud chileno se caracteriza por tener una estructura segmentada por riesgo e ingreso, que promueve altos niveles de inequidad e ineficiencia (Cid, 2017). Esta estructura ha contribuido a un financiamiento crónicamente insuficiente del sector público, afectando a la mayoría de la población del país que está adscrita a él (Unger, 2008). Frente a esta situación, una reforma al financiamiento de la salud se vuelve necesaria para avanzar en las metas de cobertura universal y materializar el derecho a la salud de la población. En esta sección se presentan los principales antecedentes que justifican la necesidad de una reforma de este tipo.

1. Gasto en Salud y protección financiera insuficiente

El sistema de salud en Chile se financia con un 8.4% del PIB, cifra levemente inferior al promedio de los países OCDE que corresponde a un 9% (OCDE, 2016). Sin embargo, la mayor brecha se presenta en la proporción del gasto público del gasto total en salud (GTS). Así, menos de un 50% del gasto en salud es financiado con medios públicos, cifra inferior a la mayoría de los países de la OCDE (OCDE, 2015).

Esto se acompaña de un gasto de bolsillo que representa una proporción muy elevada del GTS, correspondiendo a un 32.2% del total versus el 19% promedio en los países de la OCDE (OCDE, 2016). Esto es preocupante, debido a que el gasto de bolsillo es altamente regresivo, afectando preferentemente a la población de menor poder adquisitivo, limitando con ello su acceso a prestaciones de salud.

2. Un sistema de salud fragmentado, segmentado y con altos niveles de inequidad

Son características distintivas del financiamiento del sistema de salud chileno sus bajos niveles de solidaridad y equidad. Con respecto a la solidaridad, si bien FONASA funciona como un seguro solidario, que mancomuna las cotizaciones de carácter progresivo de sus afiliados, las ISAPRE funcionan bajo el principio de seguro individual, sin ejercer mancomunamiento de las cotizaciones tanto entre las ISAPRE como con el seguro público.

El sistema de salud se encuentra fragmentado y segmentado. Fragmentado pues en Chile conviven distintos sistemas. El seguro público (FONASA), el sistema de salud privado ISAPRE y los organismos administradores de ley de accidentes laborales y enfermedades profesionales. Fuentes adicionales de fragmentación del sistema se encuentran en subsectores como las fuerzas armadas y del orden, financiados eminentemente por cotizaciones (5,5% del total de remuneración imponible del personal en servicio activo), el empleador (1,5% del total de remuneración imponible) e impuestos generales (Ley 19.465), así como las mutualidades que captan las cotizaciones de la seguridad social destinadas a la salud laboral.

La segmentación en el sistema se produce por los mecanismos que utilizan las ISAPRE para calcular las primas. A diferencia de FONASA, en el cual la cotización es un 7%, independiente del riesgo de la persona, en las ISAPRE el cálculo de la prima se ajusta por riesgo individual, lo que implica que personas con más riesgo de enfermar paguen más. Esto, inevitablemente lleva a selección de riesgos e ingresos, lo que a su vez provoca la segmentación del sistema. Así, existe un sistema para ricos, más sanos, y otro para pobres, más enfermos.

El sector ISAPRE, al seleccionar por riesgo a sus afiliados, afecta estática y dinámicamente el financiamiento de FONASA. Estáticamente, pues a FONASA ingresa la población con mayor morbilidad y dinámicamente pues existe una migración importante desde ISAPRE a FONASA durante la adultez tardía o enfermedad, por lo que el fondo público recibe una población con gran carga de enfermedad generando un elevado gasto (Duarte, 2011; Pardo, 2014). Es importante evidenciar la falta de regulación de la migración de los afiliados, sin existir mecanismos de compensación entre los seguros. Así, FONASA, funciona de facto como una respuesta pública que subsidia el modelo de selección de riesgo del subsector ISAPRE.

Este alto grado de segmentación y deficiencias en la función de mancomunación del sistema de salud producen importantes inequidades en la asignación de recursos. Si bien la brecha presupuestaria entre ISAPRE y FONASA ha disminuido considerablemente durante la última década, lamentablemente persiste. Considerando datos del Departamento de Economía de la Salud del Minsal (Cuentas Satélites de Salud) del año 2015 y haciendo ciertos supuestos sobre el gasto de bolsillo, se calcula que el gasto por beneficiario ISAPRE es 39% mayor que el de un beneficiario FONASA (Ministerio de Salud, 2015). Por otro lado, realizando este cálculo excluyendo el gasto de bolsillo, el per cápita disponible por beneficiario ISAPRE es 30% mayor que de FONASA (Ministerio de Salud, 2015). Es necesario destacar que en ninguno de los dos casos se toma en consideración las diferencias de riesgo entre ambos grupos, lo que aumentaría la brecha de manera significativa.

3. La crisis de legitimidad de las ISAPRE

La crisis de legitimidad a la que hoy se ve enfrentado el sector privado ISAPRE en Chile es explicada por diversos elementos. Entre ellos, destaca la discriminación por riesgo e ingresos. De esta forma, excluyen la población más pobre, con más riesgo de enfermar y de sexo femenino. Así mismo, la creciente judicialización a propósito de las alzas unilaterales de precios y el no cumplimiento del fallo del Tribunal Constitucional, tal como problemas de cautividad de los afiliados, integración vertical entre aseguradores y prestadores, mecanismos de pago que no incentiven la contención de costos y la disminución de los beneficios de los planes. Además, la ausencia de incentivos a la prevención y la escasa regulación del sistema de seguros complementarios han sido identificados como elementos que no contribuyen, desde una perspectiva sanitaria, a mejorar la salud de la población.

En primer lugar, las ISAPRE ejercen discriminación por diversos mecanismos para seleccionar a la población menos riesgosa y de mayores ingresos económicos. Una de estas estrategias es la discriminación por sexo y edad a través de la aplicación de tablas de factores para calcular los precios de las primas. Luego de múltiples reclamos por parte de los usuarios afiliados a ISAPRE, el año 2010 el Tribunal Constitucional declaró como inconstitucional el uso de la tabla de factores previamente definida por la Superintendencia de Salud (Superintendencia de Salud, 2005). Sin embargo, este dictamen no se acompañó de la generación de un mecanismo alternativo para el cálculo. Desde entonces, se han generado decenas de miles de recursos de protección por parte de los afiliados del sistema ISAPRE tanto por la discriminación a la que son sometidos, como por las alzas unilaterales de los precios de los planes en las que han incurrido las ISAPRE. Ante esta situación, los tribunales de justicia usualmente han fallado a favor de los usuarios (Bossert, 2016).

La cautividad, definida como la limitación en la movilidad entre aseguradoras por parte de los usuarios, debido entre otras cosas a la asimetría de información existente, a la multiplicidad de planes, a las preexistencias y a los elevados costos asociados a los cambios, generan que cerca de un 47,3% de los usuarios sean cautivos de su aseguradora (CAP, 2014). Esta sola característica va en contra del intento de generar mayor eficiencia mediante competencia.

Por otra parte, la integración vertical entre aseguradoras y prestadores se presenta al menos en dos formas muy diferentes dentro de los sistemas de salud. Por un lado, en el contexto de un sector público integrado (FONASA

en su modalidad de atención institucional MAI), se observa un alto grado de coordinación, incentivando el trabajo colaborativo en redes de prestadores. Esto particularmente cierto entre los niveles secundarios y terciarios de la red pública. Por otro lado, en el sector privado al existir un mercado débilmente regulado se generan importantes ineficiencias, en tanto no existen incentivos para la contención de costos, ya que estos pueden ser fácilmente trasladados a los afiliados ante la ausencia de techos presupuestarios, permitiendo maximizar utilidades tanto a nivel de prestadores como de aseguradoras. Así mismo, la integración vertical y el grado de concentración del mercado en el sector privado pueden limitar severamente el ingreso de nuevos actores al mercado.

Otra área que ha sido cuestionada por restar eficiencia al sistema son los mecanismos de pago desde las aseguradoras a los prestadores (CAP, 2010; CAP 2014; UNAB 2017). En general, los mecanismos de pago a hospitales, especialmente en el sector privado basados en pago por servicio, no incentivan la contención de costos. Así mismo, existe una baja paquetización en los mecanismos de compra en el sistema. Es decir, se tiende a ejercer la compra por servicio y no por la solución a un determinado problema (CAP, 2014).

Paradójicamente en este contexto, las ISAPRE han tenido un aumento sostenido en sus ganancias durante los últimos años, fundamentalmente a costa del traspaso de los costos a los cotizantes (Cid, 2017). Si bien una importante función de los seguros es el control de costos, esto no se cumple en el sector ISAPRE. Así, la tasa de crecimiento real de las primas totales per cápita ha sido de 5,2% al año, y desde 1990 se ha elevado 3,5 veces. En el mismo periodo, no sólo la prima adicional (cotización voluntaria) en las ISAPRE aumentó 8 veces, sino que tal mismo tiempo ha existido una tendencia a la disminución de las tasas de reembolso promedio del sistema, denotando menores beneficios para los afiliados (Martínez & Cuadrado, 2017).

Respecto de los seguros complementarios privados, la encuesta CASEN 2015 reveló que un 12,8% de la población tendría un seguro complementario, un 4,1% más que el año 2013. Debido a que estos seguros en la actualidad no tienen regulación sanitaria y presentan menor fiscalización con respecto a los seguros de salud y de vida (Copetta, 2008), los usuarios se ven expuestos a bajos niveles de transparencia, importantes asimetrías de información, términos de contratos o aumento de precios unilaterales frente a siniestralidad, discriminación por sexo, edad y comorbilidades, entre otros problemas (Copetta, 2008; CAP 2014).

Finalmente, un factor a considerar dentro del financiamiento es el rol de la prevención. El sistema privado de salud se ha caracterizado por realizar escasas actividades preventivas, sin contar con incentivos para ello, descansando en que los costos futuros serán asumidos por el seguro público en la medida que la siniestralidad de sus usuarios se incrementa (OECD, 2017b).

En suma, la legislación y normativa de nuestro sistema de salud regula la existencia de un sistema privado de salud que funciona como una rareza en el contexto internacional. Este permite la discriminación por ingresos, sexo, edad y condiciones de salud. Así mismo, hay una total desregulación sobre el uso de las contribuciones de la seguridad social por parte de los seguros sustitutivos. Por último, el sistema institucionaliza la ausencia de solidaridad entre sectores, al separar las contribuciones a las ISAPRE de las de la población FONASA. Por el contrario, permite la migración de usuarios con alto riesgo de ISAPRE a FONASA sin compensación alguna hacia el seguro público que se hace cargo de los costos de atención en los momentos de mayor necesidad de la población.

4. La crisis de financiamiento del sector público

La insuficiencia en el financiamiento del sector público conlleva limitaciones para responder adecuadamente a las necesidades de sus afiliados. En esta línea, uno de los problemas más sentidos por los usuarios son los prolongados tiempos de espera para atenciones y cirugías de especialidad, que se fundamenta entre otros elementos, en

la falta de financiamiento del sistema y las asimetrías de recursos entre los sectores público y privado. Así, un 41% de las personas en esta condición, están esperando atención hace más de 1 año (Minsal, 2017), tiempo elevado si se compara a nivel internacional (Estay, 2017). También, hay en promedio más de 400 días de espera para cirugías no-GES (Minsal, 2017). Otros déficits del sistema público dicen relación con la calidad de las atenciones percibidas como insuficiente (UNAB, 2017) o la falta de cobertura ambulatoria de medicamentos (UNAB, 2017).

Las diferencias presupuestarias entre el sector público y privado generan importantes distorsiones en el sistema que conducen a inequidades. Por ejemplo, la mayor parte de las horas médicas se concentran en el sector privado de salud. Preocupantemente, el sector público cuenta con menos de un 50% de las horas médicas para atender a un 78% de la población (Guillou, 2011). Esto genera una brecha en la oferta de profesionales en el sector público relevante, proyectada en 678 jornadas equivalentes de médicos generales al 2020 si se mantienen las condiciones actuales y de 345 jornadas equivalentes para médicos especialistas (Bachelet, 2017).

Tabla 1. Cuadro resumen de principales elementos de diagnóstico del financiamiento de la salud en Chile

Síntesis de principales elementos de diagnóstico
● Estructura del gasto en salud: baja proporción de gasto público con alto gasto de bolsillo.
● Financiamiento insuficiente del sector público que genera incapacidad de responder a necesidades de la población.
● Alto grado de segmentación del aseguramiento.
● Cautividad de cotizantes en el sector privado.
● Ineficiencias en los mecanismos de pago entre seguros y prestadores.
● Judicialización y crisis de legitimidad del sistema.
● Incremento en los costos.
● Integración vertical en un sector privado sin regulación adecuada.
● Desincentivos para la prevención.
● Mercado de seguros complementarios y suplementarios escasamente regulado.
● FONASA e ISAPRE, con tendencias a separarse cada vez más como resultado de un mal diseño de su sistema de seguridad social en salud.

PROPUESTA DE UN PLAN GARANTIZADO DE SALUD Y RIESGOS DE UNA REFORMA PARCIAL

En las diversas propuestas de reforma que se han discutido en el pasado, se establece como diagnóstico compartido la necesidad de una reforma integral al sistema de salud. En sus análisis, plantean que el esquema dual con lógicas de funcionamiento diferentes entre FONASA e ISAPRE han generado un menor acceso y problemas de segmentación en los esquemas de salud. Un punto de partida común de los distintos análisis es la conclusión de que los mercados de seguros de salud no son capaces de lograr los objetivos de un sistema de salud tales como acceso, calidad y universalidad.

A continuación presentamos el análisis de la última propuesta que ha alcanzado a materializarse en proyecto de ley, el Plan Garantizado de Salud, para luego analizar los principales problemas que podría presentar una reforma que no se haga cargo de manera integral de las necesidades de salud de la gran mayoría de la población. Para un análisis comparativo, en el “Anexo 1” se desarrolla una síntesis de las 7 principales propuestas de reforma al financiamiento de la salud, que se han realizado en los últimos años en Chile.

1. El Plan Garantizado de Salud

El 2011, en su primer periodo presidencial, el Presidente Sebastián Piñera ingresa a primer trámite constitucional un proyecto de ley que tuvo como objetivo sentar las bases para una nueva institucionalidad del sistema privado de salud. Este proyecto se basó en algunos elementos propuestos por la Comisión Presidencial de Salud convocada por el gobierno en el año 2010. Los principales elementos de este proyecto de Ley consistieron en la creación de un “Plan Garantizado de Salud” (PGS), de cobertura obligatoria por todas las ISAPRE para sus afiliados. Este incluiría las prestaciones GES, gastos catastróficos¹, eventos de emergencia vital, examen de medicina preventiva y otras prestaciones curativas que se fijen². La propuesta excluía del plan el costo de subsidios por incapacidad laboral. El precio del PGS sería determinado por cada ISAPRE, debiendo ser uniforme para todos los afiliados de su cartera, independiente de sexo, edad o condición de salud. Cabe destacar que la cotización mantenía una lógica individual, ya que en caso que la cotización legal sea mayor al precio del PGS, cada individuo podría utilizar el excedente para la contratación de beneficios complementarios, los cuales podían ser ofrecidos a discreción de cada ISAPRE y con los prestadores de su conveniencia. El proyecto también incluía la creación de un Fondo Solidario de Compensación entre ISAPRE, cuya prima comunitaria sería fijada por el Ministerio de Salud, y un Seguro de Incapacidad Laboral (SIL), financiado de forma paralela. Finalmente, el proyecto entregaba al INE la facultad para generar indicadores de variación de los precios de las prestaciones del PGS, en base a la cual un panel de expertos definiría los índices referenciales de variaciones de precios.

Es relevante mencionar que la propuesta toma parcialmente las recomendaciones de la Comisión Presidencial del 2010, la cual propuso, de manera mayoritaria, una reforma al Sistema de Salud en su conjunto, incluyendo al sector público y privado. El informe de la comisión argumenta que “el sistema de salud chileno se compone de numerosos elementos estrechamente relacionados entre sí, como ocurre en todos los sistemas de salud, y no es

¹ Con límite anual de copago.

² Garantiza que la protección financiera del conjunto de prestaciones del PGS no sea inferior a la que ofrece FONASA para la MLE.

posible modificar un aspecto aislado, sea estructural o funcional, sin alterar el funcionamiento de todos los demás". Así, se propuso un Fondo Único de Salud que reuniera cotizaciones y subsidios, y que asigne estos fondos a aseguradoras públicas o privadas, acorde al riesgo de sus afiliados según edad y sexo. También, propuso reformular el cálculo de los aportes fiscales en salud, implementando una transición desde la actual definición del aporte en base a presupuestos históricos hacia el establecimiento de una prima per cápita que cubra la totalidad de la prima para indigentes y un porcentaje parcial de los contribuyentes (Comisión de Salud, 2010).

La propuesta del PGS quedó entrampada en su discusión en el Congreso durante el primer periodo presidencial de Sebastián Piñera, y no fue considerada en trámites legislativos durante el segundo Gobierno de Michelle Bachelet. Durante este año, al asumir el segundo Gobierno del Presidente Piñera, se re-impulsó el PGS, poniendo urgencia legislativa al proyecto de Ley que está en el Senado. De forma paralela, se conformó una comisión de expertos para presentar indicaciones al proyecto con el fin de mejorarlo (Leiva, 2018). Por esto, nos parece relevante poder analizar el potencial impacto del PGS cómo está propuesto a la fecha, dando cuenta de los problemas que implica avanzar en una reforma parcial que sólo considere a las ISAPRE, sin considerar de forma global a los esquemas de aseguramiento de la salud existentes en el país.

2. Riesgos de una propuesta de reforma parcial

Lo que en este documento denominamos una opción de reforma parcial, apunta a un cambio regulatorio que busca resolver exclusivamente los problemas del sector ISAPRE. Dado que este tipo de reforma no incluye a FONASA, los y las pacientes del sector público quedan fuera del foco de discusión, manteniendo sus urgentes necesidades postergadas.

2.1 Una reforma que excluye a quienes más lo necesitan

Una de los principales reparos que se pueden hacer a una propuesta de reforma parcial, es que no se hace cargo de las necesidades del casi 80% de la población que está asegurada por el seguro público. Bajo todo punto de vista, es evidente que las necesidades de esta mayoría de la población y las discriminaciones que sufren sus afiliados son mucho más apremiantes que las de la población ISAPRE.

Así mismo, es frecuente dentro de las propuestas la inclusión de mecanismos que incrementan la solidaridad y eficiencia del sistema, por ejemplo mediante la creación de un fondo de compensación de riesgo. No obstante, en las propuestas parciales dicho mecanismo apunta a incluir exclusivamente al sector ISAPRE, lo cual llevaría a compensar riesgo solo entre un escaso 15% de la población. En coherencia con ello, propuestas como eliminar preexistencias son concebidas sólo para la movilidad entre ISAPRE, manteniéndose las prácticas de selección de riesgos para aquellos que vienen de FONASA, lo que perpetúa un sistema altamente segmentado, donde la población de bajo riesgo de enfermar (más sanos) se concentra en ISAPRE, en tanto aquellos con mayor probabilidad de enfermar están en FONASA. Esto no cambia la situación de fondo. Como antecedente de un fondo de compensación de riesgo de alcance limitado, el sistema actual de compensación de riesgos entre ISAPRE, instaurado con la reforma GES, ha demostrado ser un fracaso por los bajos incentivos a su utilización y las severas limitaciones para lograr un ajuste de riesgo adecuado.

2.2 Impacto negativo sobre el seguro público

En un sistema segmentado y fragmentado como el chileno, lo que ocurre en el sector privado tiene fuerte impacto en el sector público y vice versa. Un ejemplo de esto, es cómo la selección de riesgo en el sector privado (selección de los más sanos) provoca selección adversa en el sector público de salud (quedan los más riesgosos). Frente a esta mutua dependencia, una reforma debe incluir al sector público y privado, buscando superar la fragmentación del sistema. Mantener esta situación conlleva el riesgo de mantener una lógica en que el FONASA subsidia un modelo

de descreme en el sector ISAPRE, absorbiendo a la población de menores ingresos y mayor gasto en salud. Así mismo, no es claro en qué medida una reforma parcial puede impactar en el rol de FONASA en el sistema. Plantear que un cambio sobre las ISAPRE no afectaría al seguro público, se sustenta en el cuestionable supuesto de que es posible modificar solamente una parte del sistema, sin afectar a la otra. Esto ha sido ampliamente cuestionado por las últimas Comisiones Asesoras Presidenciales y otras propuestas de expertos. Un ejemplo de este impacto son las estimaciones respecto del desplazamiento de beneficiarios que podrían ocurrir de ISAPRE hacia el FONASA o viceversa. Los efectos netos de esta migración sobre uno u otro sistema varían según las características de la reforma planteada. Por tanto, resulta central asumir que el sistema de salud es uno solo, independiente de que en él puedan participar múltiples actores.

2.3 Pérdida de la oportunidad de una reforma necesaria.

Un punto que no se puede dejar de destacar, es que la aprobación de una reforma que no se haga cargo integralmente del problema del financiamiento de la salud en Chile, disminuye severamente la viabilidad política de un nuevo proceso de reforma. De esta forma, podría quedar postergada de manera indefinida una solución a los problemas de segmentación y discriminación por ingreso del sistema. La economía política del proceso de reforma de la década pasada, demostró que grandes transformaciones estructurales del sistema difícilmente ocurren en períodos menores a una o dos décadas después de una reforma. Por tanto, la aprobación de una solución acotada a los problemas del sector ISAPRE, sin hacerse cargo de los problemas que afectan a la mayor parte de la población, muy probablemente mantendría un sistema segmentado, segregado e injusto por muchos años más.

Tabla 2. Cuadro resumen de los principales riesgos de una reforma parcial al financiamiento de la salud en Chile

Síntesis de principales riesgos
● Foco en mejorar acceso de quienes menos necesidades de salud tienen.
● Ineficiencia en la solución a los problemas de segmentación y discriminación que afectan el sistema.
● Efectos cruzados de un sistema a otro podría empeorar aún más la situación relativa de quienes están actualmente afiliados al seguro público.
● Pérdida de la ventana de oportunidad para una reforma estructural que mejore la situación de toda la población.



PROPUESTA DE UNA REFORMA INTEGRAL AL SISTEMA DE SALUD CHILENO

1. Antecedentes para la propuesta

Luego de analizar los grandes desafíos sanitarios que enfrentamos como país, la Comisión ha centrado su quehacer en darles respuesta desde financiamiento y aseguramiento de salud, a través de medidas que posibiliten mejorar la calidad y oportunidad de las prestaciones de salud, así como la protección financiera de las usuarias y usuarios del sistema de salud. Tomando en cuenta los potenciales conflictos de implementar una reforma parcial al esquema de aseguramiento que sólo considere medidas sobre las ISAPRE, la comisión propone una reforma integral al financiamiento y aseguramiento de la salud, la cual considere medidas sobre los diversos esquemas de aseguramientos existentes, alineándose de esta forma con las conclusiones de las Comisiones Asesoras Presidenciales del 2010 y 2014, las cuales dieron cuenta de la importancia de incluir al sector público y privado en una eventual reforma al sistema de financiamiento y aseguramiento de la salud.

Con este fin, la comisión ha decidido adoptar como punto de partida de su propuesta los principios de la seguridad social (Anexo 2), entendiendo la salud como un derecho a ser garantizado por la organización del sistema de salud, siendo este el marco valórico orientador de los elementos de la propuesta.

La propuesta tiene como eje central el fortalecimiento del Seguro Público, garantizando una institucionalidad fortalecida que pueda dar respuesta a las crecientes expectativas de la población en términos de calidad y acceso equitativo. Mediante una modernización de su gobernanza, un aumento de su presupuesto, procesos de gestión y mejores mecanismos de compra a proveedores, el Seguro Público tendrá una renovada capacidad de respuesta oportuna y eficiente a las necesidades de salud de la población.

Con lo anterior como base, luego de analizar los problemas sanitarios derivados de la segmentación de los esquemas que configuran el sistema de financiamiento y aseguramiento de la salud que existe en el país, y teniendo en cuenta las propuestas elaboradas por las últimas comisiones presidenciales y otros grupos de trabajo, de forma unánime los integrantes de esta comisión consideran que la mejor vía para enfrentarlos es avanzar hacia un esquema de Fondo Único con un Seguro Nacional de Salud. Esto, basados en los beneficios que este tipo de arreglo tendría frente a los riesgos y debilidades de propuestas alternativas como un esquema de Seguros Sociales o Multiseguro (Anexo 3).

2. Propósito y objetivos de la propuesta

El propósito de la propuesta es asegurar la salud y bienestar de la población chilena durante todas las etapas de la vida, sin dejar a nadie atrás, a través de un sistema de salud único, universal, solidario y equitativo, capaz de responder de manera integral y oportuno a las necesidades de salud.

Para efectos prácticos, hemos ordenado los objetivos de esta propuesta en relación a los principios de la seguridad social antes mencionados.

En cuanto a los objetivos de Cobertura Universal, Equidad y Solidaridad pretendemos:

1. Garantizar una cobertura y acceso universal de toda la población, es decir, cobertura poblacional universal; acceso a todas las prestaciones de salud necesarias, en forma efectiva, con calidad, y protección financiera (OMS, 2010), sin exclusiones, ni discriminaciones de ningún tipo.
2. Fortalecer el sistema público de salud y el seguro público, de manera que pueda ser el garante de la cobertura universal de salud en Chile.
3. Establecer un itinerario para terminar con la segmentación del sistema de salud chileno, a través de un mecanismo de contribuciones que avance paulatinamente a la financiación por impuestos generales, reduciendo de manera significativa las cotizaciones y el gasto de bolsillo, de forma similar a lo que ocurre en la mayor parte de los países desarrollados.
4. Fortalecer la atención primaria de salud como elemento central para el acceso universal con un modelo biopsicosocial de promoción, prevención y capacidad de resolución.

Respecto al principio de eficiencia, la propuesta apunta a:

1. Reducir sustancialmente los elevados gastos de administración y recaudación, así como la existencia de prácticas de mecanismos de selección de riesgos que maximizan utilidades pero no necesariamente la resolutivez.
2. Asegurar transparencia y adecuados mecanismos de rendición de cuentas en todos los niveles.
3. Promover la colaboración y coordinación entre los proveedores para mejorar la calidad y resultados de salud de la población.
4. Desarrollo de la atención primaria de salud como puerta de entrada del sistema de atención.
5. Modernización en la gestión del aseguramiento de la salud y establecimientos de salud.
6. Promover mecanismos de pago a prestadores que permitan maximizar la obtención de resultados y reducir las ineficiencias.
7. Reorientar intervenciones que permitan mejorar efectivamente la situación de salud de las personas, tales como la promoción y prevención.
8. Fortalecer mecanismos que permitan incrementar la eficiencia en la asignación de recursos como la definición de estándares y evaluación de tecnologías sanitarias.

En lo referente a los principios de participación y sustentabilidad, se busca:

1. Avanzar hacia un modelo de salud que promueva la participación vinculante en todos los niveles.
2. Fomentar la resolución de los problemas de salud lo más cercano a la gente, fortaleciendo la incorporación de innovaciones tecnológicas que aumenten la capacidad resolutivez del primer nivel de atención.
3. Promover un mejoramiento del sistema de salud en el marco de un equilibrio financiero perdurable en el tiempo.

3. Componentes de la propuesta

3.1 Fortalecer el Seguro Público

Para el logro de los objetivos de esta propuesta, es imprescindible fortalecer el seguro público, paso inicial para avanzar hacia un acceso universal y de calidad para la población. Los procesos de modernización y mejora en los beneficios entregados a los asegurados de FONASA que han ocurrido durante los últimos años, son un primer paso. De hecho, la cantidad de personas adscritas a FONASA se ha incrementado de manera sustantiva durante las últimas décadas, desde su mínimo histórico en 1996 en que un 59% estuvo adscrita a FONASA a 77% en 2015 (Ministerio Desarrollo Social, 2016).

En esta nueva etapa de su desarrollo la institucionalidad del Seguro Público deberá continuar los procesos de modernización en curso, como perfeccionar sus sistemas de información integrados con redes de prestadores, profesionalización de su planta funcionaria, innovar en mecanismos de pago que fomenten la eficiencia, cooperación e integración entre prestadores, optimizar los procesos de recaudación y mejorar la atención al beneficiario, todo lo anterior con centro en las personas usuarias del sistema. En lo esencial, sus modalidades de atención actuales se mantendrán en el futuro, pero beneficiadas de una institucionalidad más eficiente.

Por otro lado, resulta imprescindible avanzar hacia una asignación de recursos más eficiente a los prestadores, vinculada a la resolución de problemas de salud en vez de pagos por acto o presupuestos históricos. Si bien se ha hecho un esfuerzo de avanzar hacia pagos mediante esta vía durante los últimos años, por ejemplo con el uso de GRD a nivel hospitalario, su participación es aún marginal en el contexto global del presupuesto del FONASA. Por otro lado, se requiere consolidar la función de compra de manera centralizada por parte del seguro, con el objetivo obtener los beneficios de eficiencia de un incrementado poder de compra. Esta función hoy se encuentra dispersa a niveles de los Servicios de Salud y hospitales de la red.

Finalmente, el seguro deberá hacer frente a uno de los principales riesgos de este tipo de modelos: la captura por grupos de interés. Para ello, el Seguro Público deberá contar con una nueva estructura de gobierno corporativo similar a la existente en otros organismos públicos autónomos de alta relevancia (por ejemplo, Banco Central), pero avanzando en la inclusión de mecanismos de participación ciudadana directa en su estructura directiva. A su vez, deberá instalar prácticas activas de transparencia y rendición de cuentas que permitan a la ciudadanía un control efectivo de la gestión pública de la institución y la resolutivez de su actuar. En términos de su dependencia, la Superintendencia de Salud deberá cumplir un rol fiscalizador efectivo que hasta la fecha no ha ocupado, requiriendo para ello entregar facultades reales para asegurar que el Seguro responda de manera oportuna a las necesidades de la población.

3.2 Universalización del Seguro Público: transitar hacia un Seguro Nacional, a partir de la institucionalidad actual.

La enorme mayoría de la población, se encuentra actualmente adscrita a FONASA, que funciona efectivamente como un seguro solidario, logrando una integración de los recursos provenientes de las cotizaciones de los afiliados y de aporte fiscal a través del presupuesto de salud. Estos últimos recursos provienen de impuestos generales³.

En este contexto, donde una gran mayoría de las personas se encuentran afiliadas a un único seguro, es posible avanzar incorporando a esta modalidad a aquellos actualmente afiliados a ISAPRE, sistemas de las Fuerzas Armadas

³ Estimaciones recientes efectuadas por la institución señalan que mientras la relación Gasto/Ingreso para las mujeres en el grupo B es de 1,7, para los hombres del grupo D esta relación es de 0,4. Esto quiere decir que el primer grupo se comporta como receptor neto de recursos, ya que su gasto asistencial es 1,7 veces mayor que los ingresos que contribuyen al Fondo (considerando para esto último tanto cotizaciones como aporte fiscal). Lo contrario sucede para el segundo grupo, lo que señalaría la existencia de subsidios cruzados al interior del pool (FONASA, 2018).

y del Orden (FFAA), o no afiliados a un sistema previsional de salud. Con esta integración de todos los segmentos, nuestro objetivo es evitar prácticas de exclusión ejercidas en procesos anteriores, como cuando en la creación del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) se dejó fuera a las FFAA, profundizando la fragmentación y generando nuevas inequidades en el acceso. Por tanto, el proceso de convergencia hacia un Seguro Nacional debe incorporar también a la población de las FFAA para, de esta manera, integrar el 100% de la población en el esquema de aseguramiento.

Respecto a las personas no adscritas a algún sistema previsional de salud sabemos que, si bien pueden afiliarse libremente a FONASA, la existencia de procesos administrativos que requieren ser realizados por los individuos, lleva a que en torno al 3% de la población no cuente con seguro de salud (Ministerio Desarrollo Social, 2016). Para este grupo, la existencia de un Seguro Nacional de carácter universal, solucionará de manera definitiva el problema de la ausencia de cobertura. Para ello, la afiliación al Seguro deberá ser automática, por el sólo hecho de residir en territorio nacional.

Ya durante 1979, la creación del FONASA implicó reunir grupos de población previamente segmentados y aparentemente incompatibles: la seguridad social (SERMENA) y el Servicio Nacional de Salud (Annick, 2002). Esta reforma sólo excluyó de este seguro público solidario a la población de mayores recursos, hoy aproximadamente el 15% de los habitantes del país (CASEN, 2015), mediante la creación de las ISAPRE en los años siguientes. Este antecedente, refuerza la factibilidad de un proceso de unificación de distintos sistemas que cubren grupos poblacionales diversos.

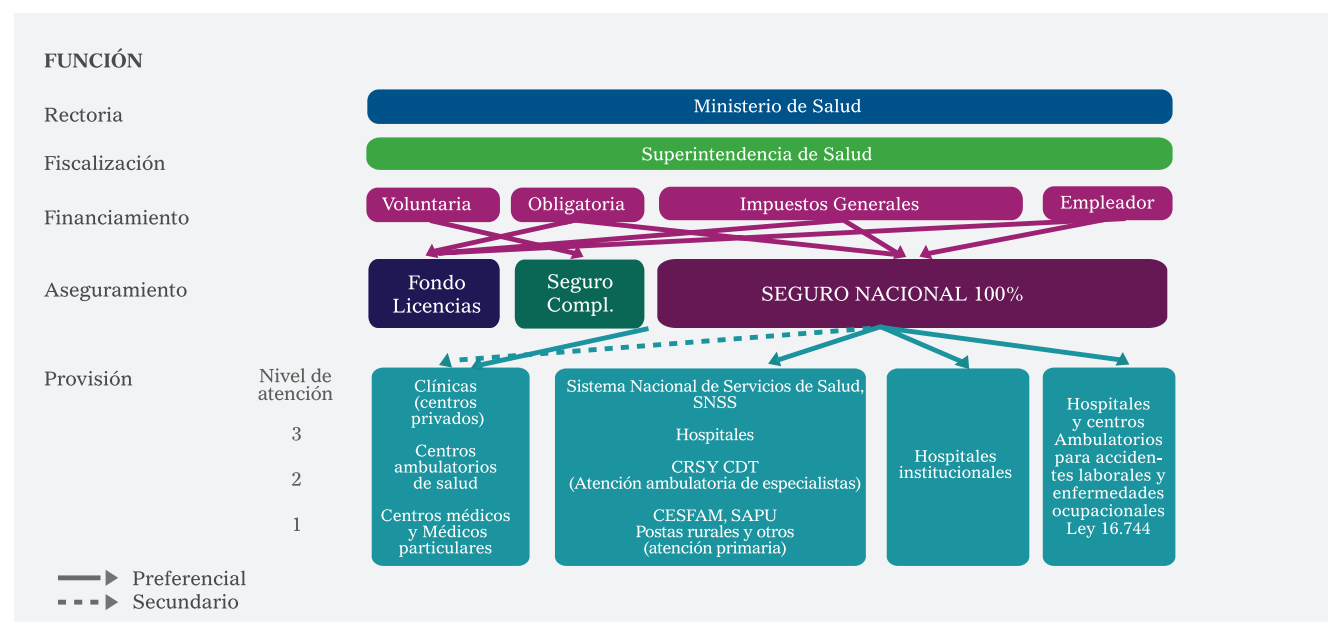


Figura 2: Nueva organización del financiamiento de la salud en Chile

3.3 Incrementar las fuentes progresivas de financiamiento para una mejor salud para todos

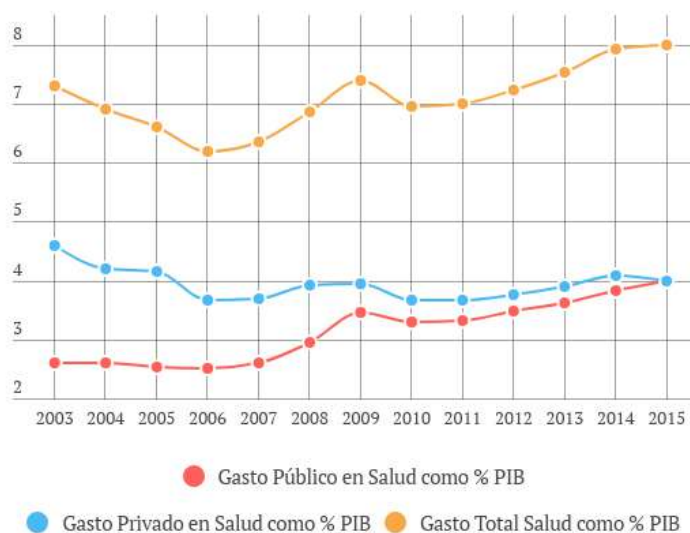
Contar con una inversión pública en salud suficiente para responder a la demanda y expectativas de la población es fundamental para alcanzar la cobertura universal en salud (Brunal, 2016). La inversión pública en salud en el país, considerando el aporte fiscal y las cotizaciones obligatorias de FONASA, alcanzó un 3.8% del Producto Interno Bruto en 2014, lo cual es insuficiente para lograr financiar un acceso equitativo a salud de calidad para el 77% de la población afiliada al Seguro Público.

Por esto, la propuesta considera como un factor imprescindible para brindar un acceso oportuno a prestaciones de la salud de calidad a las personas, el aumento del gasto público en salud a un 6% del Producto Interno Bruto, lo cual nos acerca a lo recomendado para países con niveles similares de desarrollo (OMS, 2010 y 2014). De igual forma, la comisión plantea que la forma más razonable de alcanzar este objetivo es a través del aumento del aporte fiscal

en salud proveniente impuestos generales, y no de las cotizaciones, manteniendo la tendencia observada durante la última década, en que la inversión pública por medio de impuestos generales se ha incrementado de manera significativa, superando en importancia relativa a las cotizaciones y gasto de bolsillo como fuente de financiamiento. Esto es especialmente relevante al considerar las diversas ventajas que asocian los aportes basados en impuestos generales, los cuales representan la forma más progresiva de obtener recursos⁴, a la vez que aseguran solidaridad en el financiamiento del sistema de salud (Saviedra, 2004). De esta manera, permiten una mayor equidad en el acceso, al entregar cobertura universal a la población independiente de su capacidad contributiva, y al disminuir las barreras financieras para acceder al sistema de salud (Kutzin, 2010). En este sentido, al volver independiente la cobertura de la contribución directa, se elimina el riesgo de generar ciudadanos de primera y segunda categoría, en donde tienen peor acceso los no contribuyentes (Lloyd Sherlock, 2006). Por su parte, este tipo de esquema de recaudación permite reducir la importancia de los contratos individuales de salud.

Junto a lo anterior, se propone la integración de los recursos existentes provenientes de cotizaciones legales obligatorias de salud tanto de trabajadores, como las cotizaciones de empleadores para el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Al mancomunar en un mismo fondo las cotizaciones legales obligatorias de los trabajadores que se encuentran tanto en FONASA e ISAPRE, junto con el actual aporte fiscal proveniente de impuestos generales, se alcanzaría un presupuesto público de salud equivalente a 5.1% del Producto Interno Bruto (OCDE 2017b). En este arreglo, aquella proporción de las cotizaciones legales obligatorias que actualmente constituyen utilidades de las ISAPRE, pasará a ser invertidos en la atención de salud de las personas que las aportan. Así, los cerca de \$1.128.599.960.788 millones de pesos⁵ en utilidades que han tenido las ISAPRE entre 1990 y 2015, podrán en el futuro destinarse a prestaciones de salud en el nuevo esquema. Considerando lo anterior, desde que se realice la mancomunación entre cotizaciones y aporte fiscal, es razonable plantear alcanzar un gasto público en salud del 6% del PIB en el plazo de 3 años, manteniendo la tasa de crecimiento actual del gasto público en salud (un aumento de un 0.3% del PIB anual).



Gasto Público, Gasto Privado y Gasto Total en Salud como % del PIB

Fuente: Banco Central de Chile
Oficina de Información Económica de la salud IES
OMS

⁴ Esto se cumple en la medida que el sistema tributario logre una adecuada progresividad en las contribuciones. En Chile, ha existido una larga discusión sobre la progresividad de un sistema tributario altamente dependiente de impuestos al consumo como el IVA. La última reforma tributaria ha mostrado mejorar la equidad del sistema tributario (Banco Mundial, 2016). En este sentido, cualquier futura modificación en la carga tributaria para financiar el sistema de salud deberá tener en cuenta la necesidad de avanzar hacia una mayor progresividad de las contribuciones para maximizar sus efectos distributivos.

⁵ Pesos corrientes 2011. Elaboración propia a partir de Series Financieras y Estados Resultados, Superintendencia de Salud

Otro aspecto relevante de la propuesta de esta Comisión, es incorporar las contribuciones de la seguridad social de salud laboral (seguro de enfermedades profesionales y accidentes laborales) al fondo único. De esta forma, los aportes que realizan los empleadores también se agregarán y financiarán también al nuevo seguro público, sumando alrededor de \$ 276.722 millones anuales⁶ (Ministerio de Salud, 2018).

Los beneficios de estos cambios desde la perspectiva de las personas, se verán potenciados con una utilización eficiente de los recursos a través de la optimización de la función de compra y el uso de economías de escala, como se describe en la sección 4.

3.4 Definición de un Plan de Salud Universal de beneficios integrales

Un tema central dentro de esta propuesta de reforma, es definir cómo se usarán los recursos generados para asegurar atención en salud de calidad a las personas. Para esto, se propone establecer un Plan de Salud Universal. Esto es, toda persona en territorio nacional podrá acceder a los beneficios que ofrece este plan, sin exclusiones o discriminaciones de ningún tipo, eliminando limitaciones actuales como las preexistencias. Con esto, el acceso a prestaciones de salud no depende de las características personales, incluida la capacidad de pago.

El conjunto de beneficios del Plan de Salud Universal debe tener un carácter integral, en el sentido de incorporar acciones vinculadas a la promoción de salud, prevención primaria, detección precoz, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Como punto de partida, este plan debe considerar las actuales coberturas que el sistema ha definido para la población de manera incremental. Incorporará a lo menos, los Programas de Salud⁷, las prestaciones incluidas en la atención pública hospitalaria a través de la Modalidad Atención Institucional (MAI), las patologías incluidas en el GES, Ley Ricarte Soto (LRS) y todas las prestaciones incluidas en la Modalidad Libre Elección (MLE) de FONASA. Se integran también, aquellas prestaciones destinadas a la promoción de la salud en el trabajo, prevención de riesgos ocupacionales, así como el tratamiento y rehabilitación de enfermedades ocupacionales y con ocasión del trabajo, actualmente reguladas por la Ley 16.744 del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Dado que es evidente que la cobertura actual del sistema es insuficiente en diversas áreas, se espera que el Plan de Salud Universal avance en mejores coberturas en áreas prioritarias. Al respecto, la Comisión acuerda que el foco debe estar en:

1. Expandir la protección financiera actual del Seguro Público avanzando en la disminución del copago: En particular, el gasto en medicamentos, que es uno de los mayores componentes del gasto de bolsillo en el país, correspondiendo a un 38% en promedio (Bruzzo, 2018). Por tanto, el plan de beneficios deberá hacerse cargo de esta situación, por la vía de ampliar la cobertura de medicamentos y otorgando en general una cobertura integral que permita cerrar las brechas existentes en los regímenes de GES, Ley Ricarte Soto (LRS) y programas específicos como el Fondo de Farmacia (FOFAR) o los Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS) con foco en medicamentos.

2. Mejorar la oportunidad de atención, particularmente en el amplio conjunto de prestaciones y problemas de salud no incorporados al régimen GES: El aumento en el financiamiento y la gestión del Seguro Público, debe traducirse en mejorar la oportunidad en la atención. El Seguro Nacional deberá incorporar criterios explícitos de oportunidad (tiempos de espera máximos) que permitan dar garantías de acceso a la población en tiempos razo-

⁶ Cifras 2014 correspondientes a la Mutual de Seguridad de la CCHC, Asociación Chilena de Seguridad e Instituto de Seguridad del Trabajo en pesos corrientes de dicho año. Última información disponible publicada por el Ministerio de Salud.

⁷ Programa Nacional de Inmunizaciones, programas para patologías específicas que incorporan actividades preventivas y curativas tales como el Programa Nacional de Cáncer Cérvico Uterino, el Programa Nacional de VIH, el Plan Salud Familiar, entre otros.

nables, como también implementar mecanismos con impacto probado que aseguren el cumplimiento de los plazos de oportunidad a nivel de los prestadores, tales como la incorporación de criterios de priorización, la ejecución de sanciones cuando no se cumplan con los plazos establecidos, y la posibilidad de elección de segundos prestadores a los usuarios que no tengan resuelto su problema de salud (OECD, 2013).

3. Garantizar estándares de calidad de las prestaciones entregadas a la población: avanzar en la definición de estándares de calidad en los prestadores, tanto en términos de infraestructura, recursos humanos y procesos, exigibles para poder establecer contratos con el seguro. Nos parece relevante dar realce a esto, ya que esta es una tarea largamente postergada luego de los intentos empujados por la reforma del GES. Esto se implementará a través de adecuaciones al proceso de acreditación ya implementado en el país, el cual vinculará la función de compra del seguro a los procesos de aseguramiento de calidad y cumplimiento de estándares. De esta manera, el Seguro Nacional avanzará en realizar contratos solamente con prestadores que puedan garantizar estándares suficientes de calidad. Por otro lado, el incremento de los recursos disponibles en el sistema permitirá que los pagos a prestadores reflejen adecuadamente los costos de brindar atención con criterios de calidad a la población. Esto permitirá a los prestadores ajustar su atención a estándares de calidad deseables y posibles de ser cumplidos. Así mismo, reemplazará la modalidad de pagos por prestaciones, por otra de pago por resolución de problemas.

4. Crear nuevos mecanismos que permitan empoderar a los ciudadano en relación con el derecho a la salud: Se propone la creación, entre otros, de un defensor del pueblo (ombudsman) y de fortalecer los mecanismos de supervisión y control social sobre el seguro. Por otra parte, en los procesos de actualización de prestaciones o coberturas que forman parte del Plan de Salud Universal, se considera relevante complementar el juicio técnico con las preferencias sociales de la población. Con este fin, se desarrollarán mecanismos de participación social tanto en la definición de prioridades respecto de nuevos beneficios a incorporar, como en la definición de estándares que apunten a una resolución de los problemas de salud lo más apegada posible a las necesidades de las personas.

5. Creación de fondo autónomo de administración de licencias médicas: Tanto para enfermedades de origen común como de origen ocupacional, la propuesta concluye que si bien estas deberán ser parte integral de la seguridad social, su financiamiento e institucionalidad deberá ser separada de la estructura del Seguro Nacional, siendo alojada en una organización autónoma, sin que ello conlleve incrementos de la cotización obligatoria actual. Para lograrlo, se creará un Fondo que administrará las licencias por enfermedad común, y aquellas por accidentes y enfermedades profesionales, que de garantías del pago oportuno de los subsidios, así como un mecanismo de control de fraudes.

Para garantizar que el Plan de Salud Universal esté adecuadamente financiado, la Comisión destaca que el punto de partida es el gasto en salud per cápita actual, que alcanza \$771.209 anuales según las últimas estadísticas publicadas para el año 2016 (OCDE, 2017a). Este monto representa la prima per cápita que de facto la sociedad está destinando como un todo a la seguridad social por diversas fuentes para garantizar el acceso a servicios de salud. Basados en la experiencia que se ha tenido con el GES, y los problemas de financiamiento que se han producido cuando la incorporación de nuevas patologías no se ha acompañado de un aumento correspondiente del presupuesto, consideramos que cualquier nueva adición al plan de beneficios deberá incluir los costos incrementales que ello conlleva, acompañándose de recursos adicionales que permitan garantizar el acceso efectivo de la población. Sólo de esta forma se podrá asegurar la sustentabilidad en el largo plazo del sistema, permitiendo mejoras reales en la calidad de la atención, oportunidad de la respuesta y protección financiera de la población.

3.5 El rol de aseguradores y prestadores privados en el nuevo sistema

La existencia de un mercado privado de seguros de salud que pueden actuar como sustituto del seguro público es una excepción a nivel mundial (Thomson & Mossialos, 2006). Por ejemplo, de los países OCDE, solo Alemania

presenta este arreglo en la actualidad, con una institucionalidad regulatoria sustantivamente mayor y más robusta que en el caso chileno (Busse, 2014).

En la presente propuesta, los seguros privados dejan de tener un rol sustitutivo, administrando la cotización legal del trabajador, y se transformarán en seguros de segundo piso con un rol complementario o suplementario de carácter voluntario⁸. Así, las personas pueden optar por seguros privados que ofrezcan beneficios adicionales a los contemplados en el Plan de Salud Universal, por ejemplo, en áreas como hotelería o en prestaciones no incluidas. Probablemente, las actuales ISAPRE migrarán hacia ese nuevo mercado, y de este modo podrán mantendrán un papel regulado en el aseguramiento de salud complementario al Seguro Nacional. Esto implica que las ISAPRE dejan de administrar la cotización obligatoria del 7%.

El ejercicio de los seguros privados, en este nuevo contexto estará fuertemente regulado. La entidad reguladora debe velar por el carácter de complementario o suplementario de los seguros, asegurar la adecuada información a los usuarios promoviendo la transparencia y reduciendo asimetrías de información, prohibir términos o aumento de precios unilaterales de los contratos, entre otros. Para ello, se plantea que la regulación de aspectos sanitarios y financieros de estos seguros deberá estar a cargo de la Superintendencia de Salud. Esto permitirá aprovechar las capacidades ya instaladas dentro de la institucionalidad actual para actuar como regulador y fiscalizador del sistema.

El Seguro Nacional podrá considerar dentro de sus prestadores a instituciones privadas. Sin embargo, se implementarán mecanismos de pago más eficientes a los actuales. En particular, la nueva organización del sistema se orientará a fomentar la organización de los prestadores en redes que respondan a criterios de calidad lo que se desarrollará en mayor profundidad en la sección 4.1.

4. Impacto esperado del nuevo Seguro Nacional

El establecimiento de un Seguro Nacional, permitirá lograr una serie de efectos positivos para las personas y la sociedad en su conjunto. La experiencia internacional ha mostrado que, los esquemas de pagador único, logran buenos resultados en salud en general a menores costos que los modelos donde coexisten varios seguros sociales (van der Zee & Kroneman, 2007), lo que nos permite proyectar potenciales impactos del establecimiento de un Seguro Nacional de Salud en el país. Chile ha podido jactarse en el pasado de indicadores de esperanza de vida similares a los de países más desarrollados, como resultado de sus políticas universales. Con el avance de la tecnología, el envejecimiento y una alta carga de enfermedad, los nuevos indicadores de resolución para enfermedades más complejas, sólo podrán alcanzarse con un sistema integrado.

4.1 Mayor eficiencia a través de un modelo de pagador único

La propuesta implica un fortalecimiento importante del fondo público avanzando hacia una estructura de pagador único. Guiado por objetivos de una política sanitaria nacional, y con plena autonomía del gobierno de turno, los efectos esperados de un pagador único son aumentar la eficiencia por diversos mecanismos.

En primer lugar, este modelo debido a su posición monopsónica genera mayor grado de regulación y control sobre los prestadores, aumentando su poder de negociación. Esto tiene por consecuencia ahorros sustantivos en procesos de licitaciones así como propiciar la obtención de mejores contratos.

En segundo lugar, se genera una disminución de los gastos administrativos y de transacción, al eliminar duplicidades dentro del sistema, aprovechando las economías de escala dentro de él.

⁸ Seguros Complementarios: Seguros que complementan la cobertura ofrecida por el seguro público al cubrir los costos residuales que no están contemplados (ejemplo: seguros que disminuyen los copagos) (OECD, 2017).

Seguros Suplementarios: Seguro que ofrecen cobertura adicional a las prestaciones incluidas en el seguro público (OECD, 2017).

En tercer lugar, con el modelo de pagador único se producen incentivos para que ocurra organización de redes integradas de servicios de salud, logrando una integración vertical y horizontal de prestadores para dar respuestas globales a los problemas de salud de la población a menores costos, generando economías de escala y eficiencia social. En específico, la experiencia comparada ha mostrado que los Seguros Nacionales son capaces de dinamizar la conformación de redes integradas de servicios de salud (RISS) basados en Atención Primaria de Salud (APS), a través de mecanismos de pago en red y el incentivo al establecimiento del nivel primario como “puerta de entrada” (Gatekeeping) a la red de salud y el consiguiente aumento de las actividades de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades (Cashin et al. 2016; Thomson et al. 2012).

En cuarto lugar, bajo este esquema, el problema de segmentación y selección por riesgo o ingresos, que representa uno de los principales conflictos del esquema de financiamiento actual, quedará inmediatamente resuelto al generar incentivos en pos de mayor eficiencia en el uso de los recursos al existir cobertura universal. Al existir un pagador único, que basaría su acción en la mancomunación de los recursos en un mismo fondo, se logra cobertura para toda la población, independiente del esquema de aseguramiento en el que estuvieran previamente (FONASA, ISAPRE, FFAA). De esta forma, no existirían incentivos para discriminar por riesgo a los afiliados del seguro. Al contrario, el esquema de pagador único podría incentivar que se alcance la cobertura universal efectiva a nivel poblacional, ya que el seguro para alcanzar una mayor eficiencia en el uso de los recursos, buscaría aumentar su cartera de afiliados para aumentar su poder de compra frente a los prestadores.

Por último, un pagador único permitiría reducir los costos de administración y transacción al eliminar el mercado de seguros y los sistemas de compensación de riesgo que son necesarios de implementar en los modelos de seguros sociales de salud (Savodoff, 2004). Además, los sistemas no fragmentados ofrecen una mayor eficiencia al disminuir la duplicación de sistemas/procesos de administración, las intermediaciones en general, y los gastos asociados al marketing o publicidad (OMS, 2010).

4.2 Mayor solidaridad y equidad

Tal como ya comentamos, los seguros nacionales son más equitativos en sus resultados sanitarios en comparación con otros esquemas de seguros (Goran, 2012). Esto es debido a diversos factores. En primer lugar, el acceso a las prestaciones es según necesidad de atención y no capacidad de pago. Segundo, se integra en un único Sistema de Salud a todos los prestadores, priorizando la atención a nivel nacional según la necesidad de los individuos. Finalmente, la mancomunación comprende un pool que contiene a toda la población. Así, el sistema de salud será más solidario porque funcionarán los subsidios cruzados necesarios: los individuos de altos riesgos reciben un subsidio cruzado de aquellos de bajos riesgos para mejorar su acceso a la cobertura del seguro de salud (los sanos a los enfermos, y los jóvenes a los mayores).

A estos argumentos, se suman los beneficios de que todos los ciudadanos de la población compartan el mismo seguro de salud. Autores han argumentado que “Los seguros para pobres se mantienen pobres” (Horton, 2009). Es plausible plantear que la exclusión de las personas que concentran el poder en el país del seguro público ha limitado su capacidad de responder a las necesidades de la población. En un país tan dañado por las profundas inequidades como Chile, en la que el sector salud ha sido identificado como un área de profundas injusticias percibidas por la población (PNUD, 2017), un aumento de la justicia distributiva en la organización del sistema de salud tendría un impacto positivo en el desarrollo, la cohesión social y el bien común.

4.3 Calidad y oportunidad de la atención

Con el objeto de aumentar la calidad y oportunidad de las atenciones que otorgan las redes prestadoras, el nuevo seguro podrá dirigir a los prestadores, por medio de su fortalecida función de compra, hacia lograr criterios y estándares de atención, que hoy constituyen problemas reales para las personas. Si bien, la experiencia comparada ha mostrado que los esquemas de pagador único logran resultados de calidad de forma más eficiente que otros tipos

de seguros (van der Zee & Kroneman, 2007), lograr esto exige la capacidad de inducir ciertos comportamiento virtuosos a nivel de los prestadores, lo cual tiende limitar la capacidad asistencial de estos y, por tanto, pone el desafío de lograr racionalizar la demanda asistencial creciente a través de distintas estrategias (Feldman 2009). Pese a que esta propuesta no pretende ahondar en el rol de los prestadores, nos parece relevante especificar algunas acciones concretas que podría asumir el Seguro Nacional de Salud para mejorar la calidad y oportunidad de la atención por parte de los prestadores. Estas se basan en planteamientos que se han hecho en procesos de reforma de países con mayor nivel de desarrollo de sus sistemas de salud (Liu et al 2017), como también, en la experiencia acumulada al enfrentar el desafío de racionalizar la demanda asistencial a través de tiempos de espera adecuados (OCDE, 2013). Algunas medidas que el seguro deberá acordar con los prestadores, con el fin de otorgar prestaciones de mayor calidad y de forma oportuna a los usuarios, se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3: Medidas a adoptar por el Seguro Público

1. Estándares de dignidad y privacidad en la atención de salud (mínimos de infraestructura y tiempos de atención ambulatoria que aseguren calidad).
2. Estándares de calidad en la atención de salud. Para esto, se generarán guías clínicas basadas en procesos de evaluación de tecnología sanitaria en sus recomendaciones.
3. Procesos de acreditación de calidad de prestadores de salud que incluyan a todos los niveles de atención. Se establecerá la acreditación del prestador como requisito para establecer contratos con el seguro.
4. Definición de la cobertura del Plan de Salud Universal en base a procesos de Evaluación de Tecnología Sanitaria.
5. Regulación general de los tiempos de espera para todas las prestaciones contempladas en el plan, y no sólo las de las prestaciones GES. Esto debe ir acompañado de la ejecución de sanciones cuando no se cumplan con los plazos establecidos, y la posibilidad de elección de segundos prestadores a los usuarios que no tengan resuelto su problema de salud.
6. Sistemas de priorización de atención de pacientes en lista de espera en base a criterios sanitarios conocidos de antemano por los usuarios.
7. Acceso a información por parte de los usuarios, tanto de resultados de salud como de tiempos de espera de los casos derivados en la red, entre otras.
8. Fomentar la cooperación, con énfasis en la prevención y promoción de la salud, y trabajo en red de los prestadores (RISS) basadas en la APS.
9. Permitir la elección de los usuarios, entre y dentro de las redes prestadoras establecidas, con criterios que aseguren no pasar por sobre el principio de equidad.
10. Incorporar mecanismos de defensa del derecho de los ciudadanos.

4.4 Fin a la discriminación y selección de riesgos

La propuesta implica que todas las personas del territorio nacional puedan tener una cobertura de salud garantizada y establecida en el plan de beneficios. Esta cobertura, por medio de un mejor uso de los recursos, irá aumentando progresivamente en el tiempo. De esta forma, el país avanzará en línea de la propuesta de la OMS de caminar

hacia la cobertura universal en salud. El Seguro Nacional no discriminará por ingresos económicos (tal como ocurre hoy con las ISAPRE), por categorías profesionales (FFAA), por situación de salud (preexistencias en ISAPRE); ni por sexo y edad (Tablas de riesgo de ISAPRE). De esta manera se fortalecerá la red de protección social, entregando una respuesta de salud organizada concordante con los mencionados principios de la seguridad social.

Finalmente, el Seguro Nacional deberá considerar, al momento de planificar la reorganización de recursos, la discriminación geográfica existente en el sistema de salud chileno. La capital y los centros urbanos en general, concentran la oferta de prestadores, provocando grandes barreras de acceso en las regiones, especialmente en las zonas rurales, elementos que deben ser considerados en la orientación de los incentivos hacia las entidades prestadoras.

4.5 Mayor protección financiera

Desde la perspectiva de los ciudadanos, una persona afiliada al Seguro Público, podrá acceder a más y mejores beneficios. Esto debido a que, como se ha mencionado, el nuevo Seguro Nacional al generar ganancias en eficiencia permitirá liberar recursos que se utilizarán en incrementar la calidad y cobertura de las prestaciones entregadas a la población. El centro de la reforma está enfocado, por tanto, en incrementar la protección financiera de la población y en la calidad percibida por la población.

Por su lado, una persona afiliada a ISAPRE, se beneficiará en múltiples ámbitos. En primer lugar, mediante la obtención de una protección financiera conocida de por vida. Esto afrontará la gran incertidumbre que sufren los usuarios de ISAPRE en la actualidad sobre su cobertura futura. De hecho, se ha evidenciado migración de personas con mayor riesgo de enfermar, desde ISAPRE a FONASA (Duarte, 2012), lo que corrobora que los seguros privados no ofrecen protección financiera estable en el tiempo a sus usuarios. Así, tendrán acceso a un sistema más eficiente con ahorros sustantivos en los ámbitos de administrativos y utilidades, asegurando que sus contribuciones sean usadas en generar prestaciones de salud.

En el corto plazo, las personas actualmente afiliadas a ISAPRE obtendrán el derecho a acceder a la red pública y además podrán mantener la atención en su prestador habitual en base a copagos. Al respecto, es importante destacar que la mayor parte de las clínicas privadas actualmente tienen convenio con FONASA. En el escenario de negociación del Seguro Nacional con prestadores privados dichos convenios podrían alcanzar términos mucho más beneficiosos para los pacientes. Por otra parte, la cotización adicional que entregaban a ISAPRE, podrán destinarla a un seguro privado complementario si así lo deciden, con mayores regulaciones que protejan efectivamente a los usuarios que hoy se ven discriminados⁹.

4.6 Efectos sobre el sector privado y la economía

Evidentemente quienes habrán de hacer un esfuerzo mayor, serán las empresas que han participado como administradoras de la seguridad social mediante la obtención de importantes beneficios y utilidades durante más de 35 años, muy por sobre lo observado por otros sectores (Cid y Uthoff, 2017). No obstante, es claro que dicho modelo presenta conflictos sociales y jurídicos, que afectan la sustentabilidad del sistema en su conjunto. Como se ha mencionado previamente, las aseguradoras privadas encontrarán un espacio dentro del nuevo sistema, potencialmente creciente en el tiempo, en un modelo coherente con un acuerdo de seguridad social universal.

Desde el punto de vista de la economía chilena, no es razonable suponer efectos macroeconómicos sobre el empleo, en tanto las empresas aseguradoras privadas tendrán incentivos para migrar a nuevos ámbitos de participación privada, tanto en el aseguramiento regulado de seguros complementarios, como en la prestación de servicios. En el largo plazo, con un sistema reorganizado y alineado con una mayor eficiencia, sólo es posible prever ganancias para el crecimiento económico y desarrollo social provenientes de una mayor cohesión social y mejores condiciones de salud la población.

⁹ Estudios recientes indican que más de la mitad de los actuales beneficiarios de ISAPRE les convendría la opción de estar afiliados en FONASA junto a un seguro complementario utilizando los aportes adicionales a la cotización obligatoria que realizan (FONASA 2017).

Tabla 4: Principales componentes y efectos esperados de la propuesta

Componentes	Efectos
1. Fortalecimiento del Seguro Público. 2. Universalización del Seguro Público transitando hacia un Seguro Nacional de Salud, a partir de la institucionalidad actual. 3. Definición de un Plan de Salud Universal de beneficios integrales. 4. Rol definido y regulado para aseguradores privados complementarios y prestadores privados.	1. Mayor eficiencia por medio de un modelo de pagador único. 2. Mayor solidaridad y equidad entre las y los asegurados. 3. Mejorar la calidad y oportunidad de la atención a través de una función de compra fortalecida. 4. Fin a la discriminación y selección por riesgos. 5. Mayor protección financiera para las personas.

5. El proceso de transición

Existe una amplia experiencia de países que lograron transitar desde esquemas de aseguramiento múltiples y segmentados, a esquemas únicos basados en un seguro nacional de salud (Anexo). La transición en estos casos se realizó a través de procesos planificados de aproximadamente una década de duración, y una vez ejecutados, se registró en estos países un aumento en el gasto público de salud, junto con una disminución en los gastos de bolsillo de los hogares y una mejora sustantiva de los indicadores de salud (Cid, 2017). Esto da cuenta de la necesidad de realizar procesos planificados en etapas para enfrentar los desafíos sanitarios que tenemos por delante.

Si bien no es el objetivo de esta propuesta establecer un mecanismo único para esta transición, si no más bien invitar a un proceso de reflexión amplia sobre sus características. Al respecto, nos parece relevante plantear algunos lineamientos generales:

1. Una reforma de tal profundidad al sistema de salud necesitará de un proceso de transición adecuadamente planificado.
2. Es fundamental que los mecanismos de transición avancen en promover los principios de la seguridad social y eviten la fragmentación del sistema.
3. Es importante garantizar que los pasos de implementación no impidan concretar la implementación completa de la reforma debido a un estancamiento en pasos intermedios del proceso.
4. La reforma del financiamiento de la salud en Chile no debe excluir a ningún sistema de salud, requiriendo una mirada integral al sistema de salud.

COMENTARIO FINAL

Este nuevo marco de financiamiento, permitirá afrontar desafíos históricos del sector salud, enfrentándolo con un seguro nacional fortalecido. Desde el Colegio Médico de Chile y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, no podemos estar ausentes del debate que ocupa al país en materia de promover el acceso a las prestaciones de salud.

Esta propuesta rechaza al sistema dual de acceso a prestaciones de salud que se ha creado a partir de la reforma de 1981 y propone una alternativa concreta. A través de este esfuerzo, planteamos las bases para un nuevo contrato social en materia de salud. Uno que rompa con esa dualidad instalada durante largo tiempo. En ella, antepone los principios de la seguridad social como marco normativo, y sobre la base de diagnósticos ampliamente compartidos, proponemos una estrategia para superar las inequidades y restricciones presupuestarias que hoy limitan el acceso universal a las prestaciones de salud.

Tenemos la convicción que esta propuesta de implementarse mejorará la salud y satisfacción con el sistema de las personas actualmente en FONASA, de las personas afiliadas a ISAPRE y de los médicos y médicas, profesionales, y funcionarios y funcionarias de la salud en general. En este contexto, no podemos más que invitar a toda la población a sumarse a un debate tremendamente necesario.

REFERENCIAS

Afendulis C, Kessler D. Vertical integration and optimal reimbursement policy. *International Journal of Health Care Finance and Economics*. 2011;11(3):165-79.

Annick M. The Chilean health system: 20 years of reforms. *Salud pública de México*. 2002;44(1):60-8.

Arbulo V, Castela G, Oreggioni I, Pagano J. Uruguay. Efficiency incentives results of the National Integrated Health System. Improving Health System Efficiency Case Study. Geneva: World Health Organization. 2015.

Arredondo A, Bertoglia M, Inostroza M, Labbé J, Lenz R, Sánchez H. Construcción política del sistema de salud chileno: la importancia de la estrategia y la transición. ¿Cuáles son nuestras verdaderas posibilidades de cambio?. Instituto de Salud Pública Universidad Andrés Bello. Santiago de Chile. 2017.

Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *Lancet* 2013;382:65-99.

Banco Mundial. Chile: Efectos redistributivos de la reforma tributaria de 2014. Documento de trabajo. 2016. Disponible en: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/49613146822822235/pdf/ReformaTributaria-Chile-Final.pdf>

Bachelet V, Becerra C, Vásquez F, Villarroel S, Ramírez F, Bustos L, Jiménez R, Goyenechea M. Estudio determinación de brecha de médicos generales y especialistas según metodología de tasas de uso de prestaciones médicas y especializadas en Chile. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. 2017. Disponible en: <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Estudio-determinaci%C3%B3n-de-brechas-m%C3%A9dicos.pdf>

Bitrán E, Duarte F, Fernández D, Villena M. Impacto del Plan Garantizado de Salud con prima comunitaria única en la demanda del seguro privado de salud en Chile. *Revista CEPAL*. 2017; 13.

Bossert T, Blanchet N, Sheetz S, Pinto D, Cali J, Pérez R. Comparative Review of Health System Integration in Selected Countries in Latin America. Inter-American Development Bank. 2014; Technical Note IDB-TN-585.

Bossert T, Leisewitz T. Innovation and Change in the Chilean Health System. *New England Journal of Medicine*. 2016;374(1):1-5.

Bünnings C, Tauchmann H. Who Opts out of the Statutory Health Insurance? A Discrete Time Hazard Model for Germany. *Health Economics*. 2015;24(10):1331-47.

Busse R, Blümel M. Germany: Health system review. *Health systems in transition*. 2014;16(2):1.

Butelmann A, Duarte F, Nehme N, Paraje G, Vergara M. Propuestas para el sistema de salud chileno. *Espacio Público*. Santiago de Chile. 2017.

Bruzzo S, Henriquez J, Velasco C. Radiografía del Gasto de Bolsillo en Salud en Chile: Una Mirada Desagregada. CEP. Puntos de Referencia. 2018; 478,.

Carrin G, James C. Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period. Geneva: World Health Organization. 2004.

Cid C. Problemas y desafíos del seguro de salud y su financiamiento en Chile: el cuestionamiento a las ISAPRE y la solución funcional. *Temas de agenda pública*. Centro Políticas Públicas UC. 2011;6:49.

Cid C, Torche A, Herrera C, Bastías G, Barrios X. Bases para una reforma necesaria al seguro social de salud chileno. En: Pontificia Universidad Católica de Chile, *Propuestas para Chile*. Concurso de Políticas Públicas 2013. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile. 2014.

Cid C, Uthoff A. La reforma a la salud pendiente en Chile: reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e170.

Comisión Asesora Presidencial. *Informe Comisión Presidencial de Salud diciembre 2010*. Gobierno de Chile. 2010.

Comisión Asesora Presidencial. *Informe Final Comisión Asesora Presidencial para el estudio y propuesta para un nuevo régimen jurídico para el sistema de salud privado*. Gobierno de Chile. 2014.

Copetta C. *El Mercado de los Seguros Complementarios de Salud*. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud. 2008.

Duarte F. Switching behavior in a Health System with Public Option. *Latin American and Caribbean Economic Association (LACEA) & Latin American Meeting of the Econometric Society (LAMES)*; Santiago, Chile. 2011.

Estay R, Cuadrado C, Crispi F, González F, Alvarado F, Cabrera N. Desde el conflicto de lista de espera, hacia el fortalecimiento de los prestadores públicos de salud: Una propuesta para Chile. *Cuadernos Médicos Sociales*. 2017.

Estay R, Cuadrado C, Crispi F, González F, Alvarado F, Cabrera N, Libuy M. *Financiamiento de la salud en Chile: elementos para la discusión de una reforma necesaria*. Cuadernos Médico Sociales. 2018. Disponible en: <http://cms.colegiomedico.cl/2018/04/25/financiamiento-de-la-salud-en-chile-elementos-para-la-discusion-de-una-reforma-necesaria/>

Feldman R. Quality of care in single-payer and multipayer health systems. *J Health Polit Policy Law*. 2009;34(4):649-70.

Fondo Nacional de Salud (FONASA). *Boletín Estadístico FONASA 2016-2017*. Disponible en: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/institucional/archivos>

Fondo Nacional de Salud (FONASA). *FONASA y seguros adicionales de salud. Estudio de caso*. Boletín de Estudios. 2017; 4.

Gaynor M, Moreno-Serra R, Propper C. Death by market power: reform, competition, and patient outcomes in the National Health Service. *NBER Working Paper*. 2010;16164.

Goddard M. Competition in Healthcare: Good, Bad or Ugly? *International Journal of Health Policy and Management*. 2015; 4(9), 567-569.

Greb S, Okma KGH, Wasem J. Private health insurance in social health insurance countries market outcomes and policy implications. *Ernst-Moritz-Arndt. Universitat Greifswald*. 2002; 1.

Grunow M, Nuscheler R. Public and private health insurance in Germany: the ignored risk selection problem. *Health Econ*. 2014;23(6):670-87.

Guillou M, Carabantes J, Bustos V. Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile. *Rev méd Chile*. 2011;139(5):559-70.

Horton T; Gregory J. *The Solidarity Society: Why we can afford to end poverty, and how to do it with public support*. London: The Fabian Society. 2009.

Hsiao W. 1995. Abnormal economics in the health sector. *Health Policy*.1995;32: 125-139.

Hsiao W, Cheng S, Yip W. What can be achieved with a single-payer NHI system: The case of Taiwan. *Soc Sci Med*. 2016; pii:S0277-9536(16)30676-1.

Jacobs R, Goddard M. *Social Health Insurance Systems in European Countries. The Role of the Insurer in the Health Care System: A Comparative Study of Four European Countries*. Centre for Health Economics, University of York. 2000.

Jowett M, Brunal M, Flores G, Cylus J. *Spending targets for health: no magic number*. Geneva: World Health Organization; 2016 (WHO/HIS/HGF/HFWorkingPaper/16.1; Health Financing Working Paper No. 1); <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250048/1/WHO-HIS-HGFHFWorkingPaper-16.1-eng.pdf>

Klein R. Control, participation, and the British National Health Service. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. 1979;57(1):70-94.

Kutzin J, Ibraimova A, Jakab M, O'Dougherty S. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bull World Health Organ*. 2009;87(7):549-54.

Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ*. 2013;91(8):602–11.

Kutzin J, Cashin C, Jakab M. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe and the European Observatory on Health Systems and Policies. 2010.

Kwon S. Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage. *Health Policy Plan* 2009;24(1):63–71.

Leiva L, 2018. Ministro de Salud: Se constituirá un equipo técnico para tener un proyecto de isapre más acabado. La Tercera 14 de Marzo de 2018. Disponible en: <http://www.latercera.com/nacional/noticia/ministro-salud-se-constituira-equipo-tecnico-proyecto-isapres-mas-acabado/98358/>

Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. *Minist Natl Heal Welf*. 1981;76.

Laurell A. *Sistemas Universales de Salud : Retos y Desafíos*. 2013. Disponible en: <http://isags-unasur.org/wp-content/uploads/2018/03/tl-23-ling-1-anx-19-1.pdf>.

Liu J, Brook R. What is Single-Payer Health Care? *J Gen Intern Med*. 2017;32(7):822–31.

Lloyd-Sherlock, P. 2006. *When Social Health Insurance Goes Wrong: Lessons from Argentina and Mexico*. Social Policy &

Administration. 2006;40: 353–368.

Martínez S, Cuadrado C. Health policy in the concertación era (1990-2010): Reforms the Chilean way. *Social Science & Medicine*. 2017;182:117-126.

Merino C, Torres M. Participación en salud y desarrollo territorial: experiencia sanitaria en una comuna del sur de Chile. *Cienc enferm*. 2015;21(1):115-25.

Ministerio de Salud. Estadísticas Económicas de Cuentas Satélite de Salud. DESAL, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. 2015. Disponible en: <http://datacs.minsal.cl/reporte5.php>.

Ministerio de Salud. Información Económica en Salud. Departamento de Economía de la Salud. Gasto en Salud por Instituciones. 2018. Disponible en: <http://ies.minsal.cl/gastos/salud/reporte1>

Ministerio Desarrollo Social. Encuesta CASEN 2015. Salud. Síntesis de Resultados. 2016. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_salud.pdf

Ministerio de Salud. Quinto informe Glosa 06 - Lista de espera no GES y garantías de oportunidad GES retrasadas. 2017. Disponible en: http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/07/Ord.-2525-Glosa-6-mes-de-Mayo_19072017_104944.pdf

Murray C, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000;78(6):717–731.

NHS England. Patient and public participation in commissioning health and care: Statutory guidance for clinical commissioning groups and NHS England. NHS. 2017. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/05/patient-and-public-participation-guidance.pdf>.

Nicoll E, Mathauer I. Administrative costs of health insurance schemes: Exploring the reasons for their variability. Geneva: WHO. 2010.

Organización de Naciones Unidas (ONU). Declaración Universal De Derechos Humanos. 1948;(3):1–5.

Organización de Naciones Unidas (ONU). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 1966;(2200 A (XXI)):1–7.

Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). Waiting Time Policies in the Health Sector. What Works? OECD Health Policy Studies. 2013. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/waiting-times-for-elective-surgery-what-works-9789264179080-en.htm>

Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). Panorama de la Salud 2015 (Health at a Glance 2015) ¿Cómo se compara Chile?. 2015. Disponible en: http://www.oecd.org/centrodemexico/medios/Health-at-a-Glance-2015-Country-Note-CHILE_ESPA%C3%B1ol-final%20final.pdf

Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). Health at a Glance 2017. OECD Indicators. 2017a.

Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). Chile: A Healthier Tomorrow, Assessment and Recommen-

dations. OECD Reviews of Public Health. 2017b. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Reviews-of-Public-Health-Chile-Assessment-and-recommendations.pdf>

Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). Health spending (indicator). 2016. doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 19 April 2018).

Organización Internacional del Trabajo (OIT). R202 – Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202). Recommendation concerning National Floors of Social Protection. Adoption: Geneva, 101st ILC session (14 Jun 2012). 2012.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2000 – Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. 2000.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Everybody's Business. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO's Framework for Action. Geneva: WHO. 2007.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Health systems financing: the path to universal coverage, in World Health Report. Geneva. 2010.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Strategy for Universal Access to health and Universal Health Coverage. 2014. Disponible en: <http://www.paho.org/uhexchange/index.php/es/uhexchange-documents/technical-information/26-strategy-for-universal-access-to-health-and-universal-health-coverage/file>

Pardo C, Schott W. Health insurance selection in Chile: a cross-sectional and panel analysis 2014; 29(3):[302-12 pp.].

Paolucci F, Velasco C. Reformando el sistema de seguros de salud chileno: Elección, competencia regulada y subsidios por riesgo. CEP. 2017.

Peroni A. La participación ciudadana en el sector de la salud: un estudio cualitativo de la realidad chilena. Revista de Fomento Social. 2009;64:287–320.

Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile. Santiago de Chile, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 2017.

Ridic G, Gleason S, Ridic O. Comparisons of Health Care Systems in the United States, Germany and Canada. Materia Socio-Médica. 2012;24(2),112–20.

Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M: Getting Health Reform Right. A Guide to Improving Performance and Equity New York: Oxford University Press. 2004.

Savedoff W. Tax-based financing for health systems: options and experiences. Discussion Paper. World Health Organization. 2004;4.

Schneider E, Sarnak D, Squires D, Shah A, Doty M. Mirror, Mirror: How the U.S. Health Care System Compares Internationally at a Time of Radical Change. The Commonwealth Fund. 2017.

Schut F, van de Ven W. Effects of purchaser competition in the Dutch health system: is the glass half full or half empty? Health Econ Policy Law. 2011;6(1):109-23.

Superintendencia de Salud. Estructura de la tabla de factores de riesgo del plan complementario del sistema ISAPRE. 2005. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-1061_recurso_1.pdf

Superintendencia de Salud. Caracterización del mercado de seguros complementarios de salud en base a la encuesta CASEN 2015. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud. 2017.

Thomson S, Mossialos E. Choice of public or private health insurance: learning from the experience of Germany and the Netherlands. *Journal of European Social Policy*. 2006;16 (4):315-27.

Thomson S. Implementing Health Financing Reform Lessons from countries in transition. *Implement Heal Financ Reform*. 2010;1-8.

Thomson S, Busse R, Crivelli L, van de Ven W, Van de Voorde C. Statutory health insurance competition in Europe: a four-country comparison. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 2013;109(3):209.

Tobar J, Cabrera S, Nuñez P, Vasallo C, Guerrero J, Ríos M. Mercado de la Salud Privada en Chile. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. 2012.

Unger J, De Paepe P, Cantuarias GS, Herrera OA. Chile's Neoliberal Health Reform: An Assessment and a Critique. *PLoS medicine*. 2008;5(4):e79.

Urriola R. Las isapre frente a Fonasa: historia de un mercado segmentado e inequitativo. En: Bachelet II. El difícil camino hacia un Estado democrático social de derechos. *Barómetro de Política y Equidad*. 2017;13.

Van der Zee J, Kroneman M. Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. *BMC Health Services Research*. 2007;7:94

Van Kleef RC, van de Ven WPMM, van Vliet RCJA. 2013. Risk selection in a regulated health insurance market: a review of the concept, possibilities and effects. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*. 2013;13(6):743.

Wagstaff A. Social health insurance vs. tax-financed health systems – evidence from the OECD . Washington, DC. 2009.

ANEXO 1:

Síntesis de principales propuestas de reforma al financiamiento de la salud en Chile.

DOCUMENTO	SÍNTESIS DE PROPUESTAS Y CONCLUSIONES
Comisión Asesora Presidencial 2014	Reforma al sector privado debe necesariamente involucrar al sector público de salud. <i>Propuesta de mayoría:</i> Fondo Único con Seguro Nacional de Salud (FUS) y seguros privados complementarios regulados. - La comisión plantea una reforma de transición inmediata hacia el Fondo Único. Esta transición consistiría básicamente en un Plan de Seguridad Social (PSS) (posteriormente llamado Conjunto de Beneficios en Salud - CBS) único y universal para todos los ciudadanos, financiado a través del 7% de cotización, o con cotizaciones adicionales para las ISAPRE. Además, este sería acompañado por un Fondo Mancomunado Universal entre FONASA e ISAPRE, que tendría la función de redistribuir recursos a favor de la solidaridad del sistema para cubrir insumos de alto costo en base a las necesidades de salud de la población. PSS: Único, universal y estandarizado. Cobertura: Modalidad de Atención Institucional del Fonasa, Modalidad de Libre Elección, GES, CAEC y otros. Prestaciones: Definidas por el MINSAL. Copagos: Copagos estandarizados asociados a ingreso. Financiamiento: 7% de la cotización de los trabajadores. Las ISAPRE podrán cobrar una Prima Comunitaria adicional fijada por cada aseguradora. Mancomunación (redistribución por riesgo): - Fondo Mancomunado Universal entre FONASA e ISAPRE. Contempla aporte directo, progresivo y gradual desde los recursos fiscales Fondo inter-ISAPRE: Conformado por el % de cotización de los afiliados a ISAPRE, descontado lo que va al Fondo Mancomunado Universal y al SIL. Ajuste por riesgo ex-ante y ex-post. Fondo Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL): Creación de este fondo de seguridad social con financiamiento tripartito (Estado, empleadores y trabajadores), común para trabajadores de FONASA e ISAPRE. Contempla recursos de licencias médicas y de accidentes y enfermedades profesionales. Prohibición de la integración vertical de aseguradores y prestadores que contempla la ley. Regulación de precios de las ISAPRE por la Superintendencia de salud. <i>Propuesta de minoría:</i> Modelo de fondo único con multiseguros. Es importante destacar que el PSS y el Fondo Inter-Isapre fueron consensos en la totalidad de la comisión.

DOCUMENTO	SÍNTESIS DE PROPUESTAS Y CONCLUSIONES
Comisión Asesora Presidencial 2010	<i>Propuesta de mayoría</i> 1. Reforma al Sistema de Salud en su conjunto, incluyendo al Sistema Público y Privado. El informe de la comisión argumenta que “el sistema de salud chileno se compone de numerosos elementos estrechamente relacionados entre sí, como ocurre en todos los sistemas de salud, y no es posible modificar un aspecto aislado, sea estructural o funcional, sin alterar el funcionamiento de todos los demás”. 2. Fondo Único de Salud que reuniera cotizaciones y subsidios, y que asigne estos fondos a aseguradoras públicas o privadas, acorde al riesgo de sus afiliados según edad y sexo. - Propone reformular el cálculo de los aportes fiscales en salud, implementando una transición desde la actual definición del aporte en base a presupuestos históricos hacia el establecimiento de una prima per cápita que cubra la totalidad de la prima para indigentes y un porcentaje parcial de los contribuyentes. 4. Plan Universal de Seguridad Social en Salud para todos los chilenos, el cual deberá quedar contenido en la Constitución de la República para evitar dobles interpretaciones, y que será provisto por las Empresas de Seguridad Social en Salud (ESSS). Este plan será igual para cotizantes y no cotizantes, incorporando problemas GES y no GES. Este plan sería único para todos los usuarios del sistema de salud, público o privado, pero que da libertad de elección para atenderse en prestadores de ambas entidades mediante dos niveles de coberturas: gratuita, sin copagos (personas indigentes, sin cotizaciones o con cotizaciones inferiores a un mínimo fijado por la autoridad, donde las personas deben inscribirse en FONASA y recibir prestaciones otorgadas por la red pública), y con copagos (obligatorios para personas con rentas superiores a un mínimo establecido por la autoridad y hasta completar el 7% de su sueldo imponible, pueden elegir ESSS públicas o privadas. Se establece además cobertura catastrófica cuando los copagos excedan un máximo establecido). 5. Financiamiento del Plan Universal se realizará mediante Prima Per Cápita Sanitaria Universal (PPCSU), determinada a partir de presupuesto fiscal, restando subsidio por incapacidad laboral, estando el monto resultante dividido por el número actual de beneficiarios del sector público y calculado en un monto aproximado de 1 UF mensual. 6. Fondo Compensatorio por Riesgo, que se financia con la cotización de salud obligatoria menos el 50% destinada a financiar el Seguro por Incapacidad Laboral (SIL). Se utilizará la tabla de factores para determinar prima ajustada por riesgo de cada beneficiario para realizar la compensación final. 7. La comisión respalda la posibilidad de elegir la entidad de seguridad social a la que deseen afiliarse (público o privado), y que se generen en forma gradual mecanismos que permitan, con aportes de los trabajadores y el estado, la movilidad de las personas, de manera que las personas debiesen tener derecho a disponer de su prima per cápita sanitaria, para que ésta sea gestionada por alguna de las ESSS que existan disponibles (Multiseguro). <i>Propuesta de minoría</i> - No hubo consenso del resto de la comisión sobre constituir un fondo público que reuniera todos los dineros de cotizaciones y subsidios (principalmente por la dificultad que significa efectuar la transición desde el sistema actual). - Subsidios nominados por trabajador para permitir una real libertad de elección en salud, independiente de la capacidad de pago. La solidaridad para corregir diferencias de ingresos, sería contribuida por el sistema público, de manera de subsidiar al prestador de confianza de cada persona, y aumentando así la competencia entre los sistemas, mejorando eficiencia y calidad. En caso de que los ingresos de la persona superen el costo de Plan de Seguro de Salud Obligatorio (PSSO, 6%), podrá disponer de esos excedentes para otros gastos de salud.

DOCUMENTO	SÍNTESIS DE PROPUESTAS Y CONCLUSIONES
Colegio Médico 2017	<i>Elementos fundamentales para una reforma en el financiamiento de la salud en Chile:</i> 1) Cobertura Universal, Equidad y Solidaridad: - Garantizar una cobertura universal de toda la población, sin exclusiones, ni discriminaciones de ningún tipo. - Establecer un sistema de contribuciones para el financiamiento del sistema de salud progresivo, ya sea mediante impuestos generales o cotizaciones sin topes imponibles, reduciendo de manera significativa el gasto de bolsillo. - Generar un mecanismo de mancomunamiento de los recursos entre toda la población. - Acceso al sistema de salud de acuerdo a las necesidades de atención y no la capacidad de pago de los individuos. 2) Eficiencia - Reducir sustancialmente los elevados gastos de administración y recaudación con fondos de la seguridad social actualmente existente. Esto incluye la discusión sobre el lucro con los recursos de la seguridad social. - Asegurar transparencia y adecuados mecanismos de rendición de cuentas en todos los niveles. - Promover la colaboración y coordinación entre los proveedores públicos. - Promover la atención primaria de salud como elemento central del sistema. 3) Capacidad de elección - Promover la capacidad de elección de prestadores por parte de la ciudadanía, resguardando la equidad en el acceso y calidad. 4) Participación - Avanzar hacia un modelo de salud que promueva la participación vinculante en todos los niveles.
Espacio Público 2016	1. Pilar solidario ampliable. Se propone un plan garantizado mínimo de salud (PGM) que cubrirá a toda la población y que se financie a través de un fondo de compensación de riesgos que recolecte y luego distribuya a FONASA e ISAPRE de acuerdo a riesgo. 2. Desintegración vertical para aumentar la competencia a través del establecimiento de obligación de contratación abierta no discriminatoria y contabilidad regulatoria auditada de manera transparente. 3. Modificación del esquema de pago a prestadores para potenciar la gestión en red: a) Pago capitado ajustado por factores de riesgo a los Servicios de Salud (SS) por parte de Fonasa. b) APS: SS transfieren pago capitado a municipios. c) Hospitales: SS transfiere pago por prestación valorada. 4. Más recursos y herramientas de gestión a los hospitales para mejorar sus servicios: a) Hospitales deciden cómo invierten en equipamiento médico y gestión del recurso humano. b) Más recursos para mejorar dotación de especialistas y para actualizar infraestructura. 5. Modificar la orgánica institucional para mejorar la toma de decisiones, desconcentrando la subsecretaría de redes asistenciales a través de la creación de un directorio multidisciplinario.

DOCUMENTO	SÍNTESIS DE PROPUESTAS Y CONCLUSIONES
UNAB 2017	1. Se analizan 10 propuestas de reforma (Comisión 2014, Asoc. ISAPRE 2014, Paraje 2014, Mejor Salud 2013, PUC 2013, COLMED 2013, Res Pública 2014, Salud Justa 2013, FENPRUSS 2013, Comisión 2010) en torno a los principios de la seguridad social, las funciones del sistema de salud y los desafíos de los sistemas de salud modernos. 2. Las principales conclusiones del análisis de las propuestas es que estas son parciales (no abordan todos los elementos para ser coherentes), no constituyen una respuesta a los desafíos del sistema de salud sino que responden a visiones ideológicas particulares, en general no se hacen cargo de la transición y que hay consenso en que no puede haber borrón y cuenta nueva sobre los avances del sistema actual en términos de seguridad social. Propuesta UNAB: 1. Se intenta generar una propuesta que responda a los 4 principios de seguridad social de la OIT: Solidaridad, Universalidad, Participación e Igualdad, se haga cargo de las funciones de los sistemas de salud (OMS, 2010): Rectoría, Creación de Recursos, Financiamiento y Provisión de Servicios y que responda a los desafíos de los sistemas de salud modernos propuestos por Smith 2011: Cambio demográfico y epidemiológico, Innovación tecnológica, Cambio en las expectativas de los pacientes y Aumento en los costos de salud. 2. Se contemplan 12 a 15 años para la implementación de la propuesta. 3. FASES: 1) Renovación y Fortalecimiento (4 a 5 años): - Renovación de la seguridad social privada con certeza jurídica. - Modernización de FONASA y prestadores públicos. - Esta etapa no contempla una nueva legislación, con excepto de: a. Legislación a nivel de ISAPRE y ajuste a la norma FONASA. b. Legislación para ETESA. - Plan garantizado de salud: a. Instrumento que defina el modelo de atención del sistema de salud, instaurando incentivos para todos los actores. b. Definido con transparencia: Costo-efectividad. c. Universal: Primera fase → Se calcula y financia separado para público y privado. d. Prima comunitaria: Costo único independiente de características de los usuarios. Primera fase: Distinto costo público y privado. e. Integral: "Comprende toda la cobertura que la sociedad ha definido como necesidad prioritaria." Los beneficiarios no necesitarán seguros complementarios. Plan debe ser flexible y adaptarse a las necesidades cambiantes de la población. f. Priorizado: Por el MINSAL. g. Garantista: Garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera (topes para el gasto de bolsillo). h. Autónomo: Seguros deben promover el plan como producto independiente de otros productos. Financiamiento: Seguros privados: 7% + Cotización adicional voluntaria. Prima universal (al fondo de compensación) + Primas ajustadas por riesgo (traspaso desde el fondo de compensación) + prima plan complementario (puede ser ajustada por riesgo) + Remanente (se acumula en cuenta de ahorro para el beneficiario) + Ley Ricarte Soto

DOCUMENTO	SÍNTESIS DE PROPUESTAS Y CONCLUSIONES
UNAB 2017	Seguro Público: 7% + Aporte estatal al seguro público 2) Homologación e Integración (4 a 5 años): - Universal: Plan universal idéntico para seguro público y privado. - Prima: Prima única, fondo de compensación entre seguro público y privado.) Financiamiento: Multiseguros y multiprestadores integrados. - Plan Garantizado Universal para seguros públicos y privados. - Fondo de compensación universal (con los mecanismos descritos). - Financiamiento unificado: Cotización legal obligatoria + cotización adicional voluntaria + aportes estatales. Fondo de compensación redistribuirá la totalidad de la prima universal entre los multiseguros.
Cid, Uthoff 2017	Presenta la propuesta de la CAP 2014. Presenta evidencia de países que han transitado desde multiseguros segmentados a seguro único, como por ejemplo Corea del Sur, Estonia, Polonia, Turquía y Uruguay. En los casos presentados, la transición se realizó mediante procesos planificados de cambio, guiados por los principios de la seguridad social. Estos países han sido reconocidos internacionalmente como exitosos en término de estrategia sanitaria a favor de la equidad e indicadores de salud.
CEP, 2017	Centro de Estudios Públicos (CEP) (Paolucci & Velasco, 2017) plantea la necesidad de impulsar una reforma urgente enfocada en dos problemas que actualmente presentan los sistemas de salud y, en especial, las ISAPRE: el riesgo moral y la selección adversa. No es claro por qué estos dos elementos son señalados como los más importantes y centrales de una reforma, por sobre otros problemas ya mencionados en este documento. Por otra parte, revela una serie de libertades en su diseño como principio a maximizar: de las personas (libertad para elegir aseguradoras y planes), de las aseguradoras (libertad para fijar precios de los planes, y comprar a proveedores públicos y privados) y de contratación entre aseguradoras y prestadores (a lo que se añade integración vertical permitida en los inicios y eventualmente a largo plazo). El centro de la propuesta se basa en la integración de los componentes del esquema de seguros privados actual para instalar uno basado en seguros sociales de salud, donde puedan sumarse nuevos actores como las mutualidades y otras compañías de seguros. En este esquema, resulta central la implementación de mecanismos de compensación de riesgo para redistribuir recursos entre los seguros, a través de subsidios cruzados entre seguros ajustados por riesgo de las carteras. El financiamiento a distribuir provendría de un fondo único que recolecte subsidios del estado (donde no se especifica que tipo de subsidio) más contribuciones salariales (cotizaciones).

DOCUMENTO	SÍNTESIS DE PROPUESTAS Y CONCLUSIONES
CEP, 2017	Un segundo componente central de la propuesta, es la creación de un “plan universal de salud”, un plan de beneficios explícito, que se constituirá como un mínimo estándar obligado de cada seguro para los asegurados, lo que permitiría fijar las primas por los seguros. Las aseguradoras podrán ofrecer un número acotado de planes según los servicios asociados, fijando sus primas en función de deducibles. Estos últimos permitirían en las personas elegir reducir las primas según su evaluación de riesgo individual y reemplazarían los copagos. Fuera de este plan, las aseguradoras podrán ofrecer planes de salud complementarios y suplementarios. En torno a la relación de aseguradoras y prestadores de salud, se menciona liberalizar las restricciones de compra de servicio, como por ejemplo permitir la compra de seguros privados a prestadores públicos y evaluar la prohibición de la integración vertical, sólo una vez instalada la propuesta. En principio, ella se evalúa favorablemente para efectos de contener costos, si se instalan las condiciones que se persiguen con la propuesta. Estos mecanismos, asociados a algunos cambios regulatorios como la fijación de un número menor de planes para reducir asimetrías de información, se espera permitan perfeccionar mercado, generando una mayor competencia en el sector. La propuesta del CEP plantea en un plazo de dos años realizar los cálculos de costos de las prestaciones para establecer el plan universal de salud como también los subsidios por riesgo que entregaría el fondo de compensación de riesgo, para luego pasar a la implementación plena de un sistema de multiseguro.

ANEXO 2:

Principios de la seguridad social

Esta propuesta, en concordancia con lo sugerido por la última Comisión Asesora Presidencial (CAP, 2014) que trabajó sobre el financiamiento del sistema de salud, rescata los principios de la seguridad social resguardados en el marco internacional de derechos humanos y otras normas internacionales ratificadas por Chile: la Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU, 1948), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 1966), y la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2012).

Tabla 1: Principios de la seguridad y protección social

Universalidad: Capacidad del sistema de salud de entregar cobertura a toda la población, sin exclusiones.

Integralidad: Articulación y suficiencia de las prestaciones de salud, incluyendo las dimensiones de coordinación y coherencia dentro de las distintas actividades del sistema.

Equidad: Capacidad del sistema de asegurar que todos los ciudadanos tengan acceso a servicios de salud en cantidad y calidad acorde a sus necesidades, independiente de su capacidad de pago u otras características.

Solidaridad: Progresividad en las contribuciones y mancomunamiento que implique subsidios cruzados entre distintos grupos de riesgo (ejemplo: Que las personas con más recursos aportan a las que tienen menos recursos, que los más sanos aporten a los enfermos, etc).

Eficiencia: Alcanzar los mejores resultados sanitarios posibles con los recursos disponibles asignados por la sociedad.

Participación: Participación social en la toma de decisiones a distintos niveles.

Sustentabilidad: Sostenibilidad financiera, política y social en el largo plazo.

ANEXO 3:

Potenciales riesgos en la implementación de seguros sociales

Los sistemas de seguros sociales o multiseguro necesitan de una institucionalidad reguladora muy robusta, así como también altos niveles de información en salud. Esto se debe a que una de las claves para que este sistema funcione, es poder distribuir los recursos entre las aseguradoras de manera que esto refleje los riesgos y costos en salud de sus afiliados, promoviendo la contención del gasto. Para esto, se han diseñado fórmulas que incluyen extensa información sobre los riesgos de los afiliados (ajuste ex-ante), así como también indicadores de utilización posterior de los servicios de salud (ajuste ex-post). Una institucionalidad robusta es fundamental tanto para poder hacer esta redistribución de manera equitativa y eficiente, como también para poder regular a las aseguradoras y evitar que estas caigan en prácticas de selección de riesgo.

Ejemplo de países que han implementado multiseguros son Alemania, Holanda, Bélgica y Suiza. Sin embargo, la mayoría de estos países tienen "cajas sociales", que son instituciones privadas sin fines de lucro. Sólo Holanda tiene seguros privados con fines de lucro, situación que podría asemejarse a las ISAPRE en el contexto chileno, en tanto éstas pasarán a ser formalmente parte de la seguridad social en un arreglo de multi-seguros.

Alemania es uno de los países emblemáticos que ha implementado el multiseguro, siguiendo los principios de Bismarck. Es interesante que, a pesar de que el país cuenta con información muy detallada para realizar los pagos ajustados por riesgo, y constituye una institucionalidad robusta y aseguradora sin fines de lucro, el país no ha logrado evitar la selección de riesgo (Grunow 2014; Bunnings 2013).

Dado estos antecedentes, cabe preguntarnos si es que en Chile tenemos la posibilidad de realizar este pago ajustado por riesgo de manera eficiente y equitativa. Al respecto, vemos riesgos sustantivos en 4 áreas.

1. Información: No hay información suficiente sobre el riesgo para realizar el cálculo predictivo, sólo contamos con información sobre utilización. Basar el pago solo en utilización es un incentivo a aumentar la utilización y costos.

2. Institucionalidad: Es dudoso que la Superintendencia pueda evitar la selección de riesgo por parte de las ISAPRE donde además de esto la propuesta CEP solo habla de eliminar el "uso" de la declaración de salud para efectos de selección, lo cual genera ambigüedades.

3. Desigualdad de condiciones en el seguro público: se plantea la creación de un sistema de multiseguros en un contexto que no existe igualdad de condiciones de FONASA para poder competir con el resto de los seguros. FONASA compite amarrado de pies y manos ya que no descrema, no tiene cotización adicional y tiene techo presupuestario por Ley. Sumado a esto, los sistemas de multiseguros encarecen los costos en muchos casos.

4. Características del mercado ISAPRE: como se ha mencionado, las ISAPRE corresponden a instituciones con fines de lucro, situación muy diferente a la observada en la mayor parte de los países con modelos de seguros sociales (cajas). Los incentivos que tienen instituciones con fines de lucro en este contexto regulatorio son muy diferentes.

ANEXO 4:

Experiencia de transición de Seguros Nacionales

Existe una amplia experiencia de países que lograron transitar desde esquemas de aseguramiento múltiples y segmentados, a esquemas únicos basados en un seguro nacional de salud, mostrando su pertinencia. Recientemente, Cid y Uthoff (2017) hacen una revisión del caso de 5 países que concretaron esta transición: Corea del Sur, Estonia y Polonia en los 90, Turquía a partir de 2003, y Uruguay desde 2008. En su descripción, dan cuenta que, en todos los casos mencionados, la transición se realiza a través de un proceso planificado de aproximadamente una década de duración, y que una vez implementado los esquemas de seguros nacionales, se registra un aumento en el gasto público, junto con una disminución en los gastos de bolsillo de los hogares y una mejora sustantiva de los indicadores de salud (Kwon, 2016; Atun, 2013). Lo anterior coincide con otras experiencias reportadas de países que realizan la misma transición, como Costa Rica (Arbulo, 2015) y Taiwan (Hslao, 2010).

La revisión reafirma nuestra propuesta de una reforma que instaure un esquema de un Seguro Nacional de Salud en el país, terminando la fragmentación de esquemas existentes y la segmentación actual, pues la experiencia comparada muestra su factibilidad y sus positivos resultados sanitarios. A la vez, nos hace plantear la necesidad de que la reforma considere un periodo de transición para implementar el Seguro Nacional de Salud en el país, y que dicha transición cuente desde el inicio de su implementación con etapas sucesivas con objetivos claros que vayan instalando los pilares que den factibilidad al esquema.

Tabla: Características principales en casos de transformaciones en el aseguramiento de la salud a Seguros Nacionales

PAÍS	PRINCIPIOS, PREPONDERANTES Y ESQUEMA DE ASEGURAMIENTO	REGULACIÓN DE LOS INGRESOS AL SEGURO	REGULACIÓN DE LOS BENEFICIOS	REGULACIÓN PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS	REGULACIÓN SEGUROS VOLUNTARIOS COMPL/SUPLEM
URUGUAY	Transitó de multiseguros a Seguro público único con proveedores administrando riesgos a partir de 2008, bajo principio de solidaridad	Prima solidaria proporcional al ingreso, escalonada	Conjunto amplio de beneficios definido por exclusión (PIAS) y equivalente en costos a los ingresos de la seguridad social	Un pool de riesgos que se reparte mediante Ajuste de riesgos solidario con la totalidad del financiamiento de la seguridad social a los proveedores organizados en mutuales y sector público.	No pueden ser ofertados por el aseguramiento social. No pueden ofrecer coberturas primarias

CATALUÑA	Servei Catala de la Salut. (SCS) A partir del SNS español, Cataluña ha construido un seguro publico de salud a través de la separación de funciones	Impuestos nacionales e impuestos comunitarios	Beneficios amplios se excluyen sólo servicios de estética y algunos servicios dentales complejos. Existe sistema de priorización y acceso garantizado basado en el conocimiento de la morbilidad	Sistema de pago de gran desarrollo que ha evolucionado desde presupuesto a pago por actividad modulado por complejidad y pagos territoriales capitados a Redes de provisión Existen contratos y actividad sujeta a un Plan de Salud del Ministerio (Departamento de Salud)	20% de la población tienen seguros privados complementarios y 10% de los proveedores son privados
COSTA RICA	Caja Costarricense del Seguro Social que existe desde 1941. En los 90s, con un camino propio , fortaleció el rol de aseguramiento y provisión de la caja	Aportes tripartitos con preponderancia del empleador y empleado	Amplios sin exclusiones y gratuitos. Se da racionamiento por espera. Debil rol rector del Ministerio de salud	Presupuesto y per capitación en un sistema prácticamente de integración vertical (los proveedores públicos dependen de la Caja)	Seguros en crecimiento a la par del sector privado de provisión que determina un gasto de bolsillo relativamente alto para su nivel de gasto público en salud
COREA DEL SUR	Transitó de multiseguros (mas de 300) a Seguro público único a partir de 1999, bajo principios de eficiencia y solidaridad	Prima solidaria proporcional al ingreso compartida en partes iguales entre empleador y empleado de 4,5%.	Conjunto amplio de beneficios. Con co-seguro importante (20% hospitalario y entre 35 a 50% en lo ambulatorio)	Un solo pool de riesgos y pagador único. Los pagos se realizan bajo distintas modalidades, como pago por acto y grupos relacionados diagnóstico (hospitales) y tarifas en lo ambulatorio	Suplementario, pero con poca participación en el gasto total (menos del 5%)
ESTONIA	Transitó de multiseguro (22) a Seguro público único a partir de 1994 y 2001	Contribuciones del 13% (empleadores) que constituyen cerca del 65%	Conjunto amplio de beneficios definido por exclusión o lista negativa.	2% del pool es retenido para enfermedades de alto costo o raras	Mercado suplementario muy pequeño de solo unas cientos de personas (menos del 0.01%)

		del financiamiento el resto de impuestos. 95% de la población está cubierta con 45% de no contribuyentes	Existen copagos estandarizados y conocidos.	La primera etapa de la asignación de recursos ocurre capitadamente desde el Fondo a las 4 regiones de salud existentes 50% del financiamiento hospitalario se asigna utilizando los DRGs	no elegibles para la cobertura del financiamiento público EHIF
POLONIA	Transitó de multiseguro a Seguro público único en los 2003	Contribuciones de seguridad social del 9% de la nómina	Conjunto amplio de beneficios definido por exclusión o lista negativa, con algunos servicios positivamente listados (procedimientos dentales, medicamentos, entre otros).	Primer nivel pagado per cápita ajustado por edad. En hospitales pagos basado en caso de acuerdo a depto, estadía y complejidad del hospital y diagnósticos	Existe aseguramiento suplementario privado con el 3,1 a 3,9% de la población, pero con sólo el 0,6% del gasto en salud.
TURQUÍA	Transitó desde multiseguro a Seguro público único bajo principios de equidad, eficiencia, efectividad y responsabilidad	Contribuciones de seguridad social y 75% ingresos desde impuestos generales	Conjunto de beneficios ampliado de manera incremental	Programa de transformación de salud (HTP) en 10 años. Distribución de presupuesto total en base a servicios provistos. Importancia de la atención primaria	Seguros privados complementario y suplementario pero tienen una participación moderada (4,4% del gasto total en salud)

Fuente: Elaborado a partir de Andras y Uthoff 2017, con permiso de los autores.