

Debates de Política Pública

**Carolina Velasco / Andrea Butelmann /
Claudio Lucarelli / Héctor Sánchez**

**Aportes para una reforma
a los seguros de salud:
Una propuesta y tres
comentarios**

Debates de Política Pública

N° 30 / mayo 2018

La serie *Debates de Política Pública* es editada en formato digital por el Centro de Estudios Públicos (CEP). El director y representante legal del CEP es Leonidas Montes.

Monseñor Sótero Sanz 162, Providencia, Santiago de Chile. Fono: 2 2328 2400.
Sitio web: www.cepchile.cl Email: escribanos@cepchile.cl.

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

Edición gráfica: David Parra y Pedro Sepúlveda.

Aportes para una reforma a los seguros de salud: Una propuesta y tres comentarios

Carolina Velasco
Andrea Butelmann
Claudio Lucarelli
Héctor Sánchez

Resumen

En septiembre del año 2017 el Centro de Estudios Públicos organizó el seminario *Reformando el sistema de seguros de salud chileno: Elección, competencia regulada y subsidios por riesgo*, donde fue presentada la propuesta del mismo nombre elaborada por Francesco Paolucci y Carolina Velasco (Paolucci y Velasco 2017). Tres académicos y expertos en diversas materias relacionadas con el trabajo expuesto fueron invitados a comentarlo: Andrea Butelmann, Claudio Lucarelli y Héctor Sánchez. Considerando que la reforma a los seguros privados ha cobrado relevancia nuevamente en la discusión pública, y que la necesidad de realizar cambios sigue vigente, en este documento se presenta un resumen de la propuesta de Paolucci y Velasco (2017), junto con los comentarios de los tres invitados al seminario mencionado previamente.

En efecto, si bien en Chile el 97% de la población cuenta con algún esquema de previsión en salud, la población no parece del todo satisfecha con ellos. Quienes están adscritos al Fondo Nacional de Salud (Fonasa), el asegurador estatal, reclaman por la calidad, tiempos de espera, falta de horas y trato del personal, entre otros. Por su parte, quienes son beneficiarios de una aseguradora privada, o institución de salud previsional (isapre), enfrentan altos precios y primas y cautividad. Por lo anterior, existe un grupo de personas que no puede acceder a los seguros privados, limitándose así sus opciones. Actualmente presenciamos un sistema dual, con lógicas de funcionamiento diferente, con segmentación de sus beneficiarios (personas más enfermas, de mayor edad y de menor ingreso en Fonasa y lo contrario en las isapres) y con diferencias en cuanto a la calidad de la atención (como tiempos de espera y trato del personal).

Paolucci y Velasco (2017) plantean en su propuesta abordar los déficits mencionados, integrando los componentes actuales del esquema de seguros (Fonasa e isapres) para crear uno de seguros sociales, donde: i) cada persona elige su asegurador y plan de salud (libre afiliación); ii) los planes son iguales en cuanto a los beneficios cubiertos, pero difieren según el nivel de los servicios (red de prestadores) y deducible; iii) las primas son determinadas por cada aseguradora; iv) se entregan subsidios a las personas ajustados por su riesgo de salud, que funcionarían como abono para financiar las primas (los subsidios se financiarían con contribuciones salariales e impuestos generales –aportes del Estado); y v) se propone potenciar las funciones de información, defensa de la libre competencia y fomento de la calidad y seguridad en salud, para así velar por un adecuado funcionamiento del nuevo escenario.

De esta manera, la combinación entre libertad de elección y subsidios ajustados por riesgo, junto a la estandarización del contenido del plan: i) permiten que las personas puedan elegir

y financiar su plan de salud, incluso aquellos de alto riesgo (alto gasto esperado), ii) fomentan la competencia por calidad y precio, así como la contención de costos, iii) desincentivan la selección de personas según su riesgo en salud y iv) simplifican el trabajo desde la perspectiva de la libre competencia, puesto que se vuelve innecesario regular en demasía.

Los comentaristas abordan los diferentes aspectos de la propuesta, destacando en general su carácter integral en el ámbito de los seguros, su calidad técnica y el constituir un aporte a un debate que lleva varios años en Chile. Además de ello, plantean también algunas observaciones críticas. Si bien hay ciertos reparos a determinadas particularidades de la proposición, así como aportes que la complementan, principalmente se relevan dos aspectos. Por una parte, el requerimiento de hacer ciertas adecuaciones tanto en el sector estatal como en el sector privado, antes de integrar a los aseguradores privados con el estatal. Y, por otra, la necesidad de diseñar detalladamente la transición, considerando tanto los requisitos mencionados previamente, como la economía política de un proceso de esta envergadura.

Esta discusión se desarrolla como sigue. A continuación se exhibe un resumen de la propuesta de Paolucci y Velasco (2017), basada tanto en el documento que la respalda como en la presentación realizada por los autores en el seminario organizado por el CEP en 2017. Posteriormente se presentan los comentarios de los tres expositores invitados a discutir dicha propuesta en la mencionada conferencia. En primer lugar, Andrea Butelmann, posteriormente, Claudio Lucarelli, y finalmente, Héctor Sánchez. Al término se pueden encontrar las referencias.

I. Resumen de la propuesta *Reformando el sistema de seguros de salud chileno: Elección, competencia regulada y subsidios por riesgo*

Carolina Velasco

Ingeniero comercial con mención en Economía (PUC), magíster en Economía (PUC) y máster en Políticas Sociales (LSE). Investigadora del CEP.

Este artículo está basado tanto en el documento “Reformando el sistema de seguros de salud chileno: Elección, competencia regulada y subsidios por riesgo”, que fue publicado por Francesco Paolucci y Carolina Velasco en la serie *Debates de Política Pública* N° 25 del CEP, como en la presentación de dicho trabajo en el seminario del mismo nombre, que se llevó a cabo el 6 de septiembre de 2017.

Agradezco los comentarios de Harald Beyer y la colaboración de Josefa Henríquez

1. Introducción

Si bien en Chile 97% de la población cuenta con algún esquema de previsión en salud (principalmente seguros), la población no parece del todo satisfecha con los diversos aspectos del sistema de salud. Por ejemplo, respecto de la atención, en las Instituciones de Salud Previsional (isapres) se presenta disconformidad con los copagos, tiempos de espera y precios de prestaciones y, en el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), con el acceso a atención hospitalaria y los tiempos de espera en las urgencias y hospitales (Centro de Estudios Públicos 2017). En relación con los seguros de salud, los usuarios de isapres señalan como desventaja principal el alza de (las primas de) los planes de salud y luego la baja cobertura de enfermedades pre-existentes y de medicamentos. En Fonasa se menciona la ausencia de especialistas, las esperas para la atención en oficinas de Fonasa y el que no sea posible comprar bonos (reembolso previo a la atención) en todos los centros de salud (Superintendencia de Salud 2018).

Considerando el objetivo de alcanzar cobertura universal definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es decir, acceso universal, oportuno y efectivo a los servicios de salud y que ello no exponga a los usuarios a dificultades financieras, Chile tiene desafíos importantes. En efecto, la proporción del gasto total en salud que sale directamente “del bolsillo” de las personas, es decir, no es pre-pagada (mediante un seguro u otro esquema) es 32% en comparación con un 20% en los países desarrollados (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos 2017). La cifra chilena es alta incluso si se compara con países similares en cuanto a la proporción del PIB destinada a salud, como República Checa (15%) o Israel (23%). Asimismo, sólo 34% de las personas dice sentirse confiada o muy confiada de que podrá pagar por la atención que necesita si se enferma de gravedad (Superintendencia de Salud 2018) y 1 de cada 5 personas reporta problemas financieros asociados a gastos médicos, ya sea provocados por dichos gastos de salud o que éstos le impidieron recibir el tratamiento médico que necesitaba (Centro de Estudios Públicos 2017). Quizás por ello cada vez más personas señalan contar con seguros voluntarios, según la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN). Respecto del acceso oportuno, los usuarios del seguro estatal, Fonasa, y especialmente aquellos de menores recursos, enfrentan tiempos de espera mucho mayores que quienes son usuarios de alguna isapre —168 y 30 días para una hospitalización, respectivamente (Superintendencia de Salud 2016a)—, así como un menor acceso a especialistas (Henríquez y Velasco 2015a y 2015b).

En conclusión, la obligatoriedad de contratar un seguro de salud no garantiza cobertura financiera suficiente y acceso oportuno. Actualmente, un seguro con dichas características tiene un costo que una proporción importante de la población no puede asumir. Se requiere

entonces generar las condiciones para avanzar en estos ámbitos. En este trabajo se presenta una propuesta que aborda los diferentes aspectos deficitarios del actual esquema, que se complementa con lo realizado previamente por los autores (Velasco 2016, Paolucci 2016, Henríquez et al. 2016). El planteamiento se basa en la idea de competencia regulada de seguros de salud (Enthoven 1993), como ocurre en los Países Bajos, Bélgica, Alemania, Suiza, Israel, Colombia, entre otros. Busca promover la competencia por precio y calidad (y así la eficiencia), la posibilidad de elección de los usuarios, una mejor protección financiera y la asequibilidad.

A continuación se presenta un breve análisis de los principales desafíos del esquema de seguros obligatorios de salud vigente en Chile¹ (sección 2), seguido de las propuestas que se han elaborado en el último tiempo para abordarlos (sección 3). Posteriormente (sección 4), se exhibe un resumen de la propuesta desarrollada por los autores Francesco Paolucci y Carolina Velasco (Paolucci y Velasco 2017), y luego un breve análisis de cómo este planteamiento busca hacerse cargo de los desafíos actuales (sección 5). Al final se encuentran las referencias y bibliografía consultada.

2. Principales desafíos del esquema de seguros de salud en Chile

Descripción del esquema de seguros de salud obligatorio en Chile: dos componentes

El esquema de seguros obligatorios de salud para enfermedades comunes tiene dos componentes, uno liderado por el asegurador estatal, Fonasa, y otro integrado por aseguradoras privadas, isapres. Las lógicas que subyacen a cada uno son diferentes y responden a la regulación actual (ver Tabla 1).

Fonasa ofrece un seguro solidario en cuanto a ingresos y riesgos, puesto que, ya sea se esté contribuyendo con el 7% del salario (cotización obligatoria a salud) o no, sus beneficiarios acceden a un plan de beneficios común. Además, el seguro cubre al cotizante y sus cargas (dependientes). Fonasa no puede rechazar afiliados y recibe un aporte estatal que financia casi dos tercios de sus gastos (64% en el presupuesto para 2017). Sus usuarios pueden acceder a prestadores de salud (hospitales, consultorios) estatales en la llamada Modalidad de Atención Institucional (MAI) —con copago cero o muy bajo según sea el nivel socioeconómico²—

¹ Se excluyen tanto el “Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales”, que cubre una proporción de los gastos en salud asociada a accidentes y enfermedades laborales y es sólo para trabajadores, como el esquema particular de las Fuerzas Armadas y de Orden.

² Fonasa clasifica a sus afiliados en 4 grupos (A, B, C y D) según sea su nivel socioeconómico, donde A reúne a los carentes de recursos y D a aquellos de mayores ingresos. Quienes pertenecen a los grupos A y B no tienen copagos

y a proveedores privados en la Modalidad de Libre Elección (con la excepción de los carentes de recursos —grupo A de Fonasa— que sólo pueden acceder a prestadores estatales). En caso de usar prestadores privados los copagos son más altos, llegando en algunos casos a más de la mitad del precio del servicio.

Tabla 1: Componentes del seguro de salud común

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

Fuente: Elaboración propia. Datos de cobertura obtenidos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2015.

asociados y los que pertenecen a los grupos C y D tienen copagos de 10 y 20%. La atención primaria en MAI no tiene copagos. La atención de servicios con Garantías Explícitas en Salud (en prestadores asociados) tiene también copagos, pero con un límite máximo sobre el cual el usuario deja de pagar.

Por su parte, las isapres ofrecen seguros individuales y pueden rechazar a las personas según su estado de salud. Una vez aceptados, los contratos por un plan de salud entre la persona y las aseguradoras son indefinidos, es decir, la renovación es garantizada, pero la prima puede variar (anualmente). La prima final de cada plan de salud corresponde a la suma de dos partes: i) la prima del plan complementario, que responde al contenido del plan (como cobertura financiera y prestadores) y a la edad y sexo de la persona que lo adquiere (más caro para mujeres, personas mayores) y ii) la prima de los servicios con Garantías Explícitas en Salud (GES), que es igual para todos los beneficiarios de una misma isapre (prima plana o comunitaria). Los servicios con GES se otorgan en una red cerrada de prestadores y con copagos limitados. En estos seguros, el 7% de contribución salarial obligatorio se usa como abono y se suplementa con contribuciones voluntarias que, en promedio representan un 3% de los salarios. Los copagos dependen del plan y del tipo de prestador de los servicios de salud.

Existe un componente solidario entre isapres (abiertas) asociado a las prestaciones con GES. Por una parte, existen subsidios desde los sanos a los enfermos y desde los jóvenes a los mayores, dado que la prima por los servicios con GES es igual para todos los usuarios de una misma aseguradora. Por otra parte, existe un fondo de compensación por riesgo (virtual)³, que redistribuye recursos a las aseguradoras que cuentan con personas de mayor riesgo en salud (calculado según el sexo y edad de los beneficiarios de cada isapre). Los recursos del fondo provienen de las mismas isapres, quienes aportan un monto fijo por persona⁴. Además de solidarizar los riesgos, el fondo busca contrarrestar el incentivo a la selección por riesgo de las aseguradoras (preferencia por usuarios más sanos, jóvenes, entre otros), que se ve acrecentado con la imposición a las isapres de cobrar primas planas por las prestaciones con GES (Cuadro 1).

El camino adoptado por Chile y sus resultados

La literatura y evidencia señalan que los mercados de seguros en salud no funcionan bien (Barr 2003, Akerlof 1970, Arrow 1963, Pauly 1974, Rothschild y Stiglitz 1976). Primero, existen problemas de información (complejidad de la misma; asimetrías entre pacientes y doctores, entre pacientes y aseguradores y entre doctores y aseguradores) que tienen efectos en el

³ Virtual se refiere a que los recursos del fondo no son recolectados por ninguna institución, sino que, las diferencias entre lo que debe aportar y recibir cada isapre son transferidas entre isapres, según lo instruye la Superintendencia de Salud, entidad a cargo de la supervisión de dicho fondo.

⁴ El monto que cada isapre entrega al fondo se calcula como el costo esperado promedio de otorgar las prestaciones con GES. El monto que se entrega de vuelta a las isapres, se refiere al costo esperado promedio de cada persona, considerando su riesgo en salud.

comportamiento de los diferentes participantes, como riesgo moral, selección adversa y selección por riesgo (ver Cuadro 1). Segundo, no todos los cuidados requeridos en salud son asegurables. En efecto, la teoría predice que los seguros no cubren gastos “ciertos”, como las preexistencias, el embarazo y la vejez, puesto que los seguros surgen cuando hay incertidumbre. Lo anterior lleva a exclusiones y vacíos en la cobertura de dichos gastos (cautividad, rechazo, periodos de carencia). Tercero, las primas (precio del seguro) pueden ser muy altas para algunos grupos (los más enfermos, o aquellos de menores recursos).

Cuadro 1: Consecuencias de los problemas de información en los esquemas de seguro(s) de salud

Riesgo moral. Se refiere al sobre-uso del sistema de salud o a la falta de prevención y cuidado de las personas, cuando existe un tercero (por ejemplo, el seguro) que paga todo o parte del precio de los servicios de salud.

Selección adversa y selección por riesgo. Las personas conocen su estado de salud mejor que los aseguradores, dado que éste no se puede evaluar fácilmente. Por tanto, pueden esconder información respecto de su salud, fenómeno conocido como selección adversa. Los aseguradores, al no poder conocer el estado de salud y, por tanto, fijar primas acordes con el riesgo o gasto esperado de cada individuo (como ocurre con otros tipos de seguro), prefieren escoger a aquellos menos riesgosos, utilizando la información disponible, dado que ellos debieran generar menos gastos. Este fenómeno es llamado, selección por riesgo. Dicha selección puede ser directa, mediante el rechazo de los más enfermos (declaración de salud) e indirecta a través de estrategias para atraer a los más saludables, como la exclusión de algunos tratamientos o medicamentos del seguro, desarrollo de planes *ad-hoc* a ciertos grupos y cierre de otros, alza de precios base de algunos planes, altos copagos en determinadas prestaciones, contratos selectivos con proveedores, uso de seguros médicos suplementarios, atención de baja calidad a personas de alto riesgo, publicidad selectiva.

Regulación y primas comunitarias. Es importante mencionar que la selección por riesgo también puede ser el resultado de la regulación a las primas, es decir, cuando se prohíbe fijarlas acorde con el riesgo de cada persona (no se puede usar la información disponible para dicho propósito). Un ejemplo es la fijación de primas comunitarias (iguales para todos), que termina potenciando la selección por riesgo. Al no ser posible para las aseguradoras alcanzar un equilibrio financiero en cada contrato, se crean ganancias (y pérdidas) predecibles, según el tipo de beneficiario, estimulando la selección por riesgo.

Fuente: Elaboración propia en base a Barr (2003), McGuire et al. 2014, Paolucci 2011, van de Ven y Ellis (2000).

Las dos alternativas más comunes para abordar estos problemas son: (i) eliminar los mercados de seguros (quedándose con una entidad única que financia la salud) o (ii) generar las condiciones para que los mercados de seguros funcionen (competencia regulada). Chile tomó

un camino intermedio, estableciendo un sistema de seguros con dos componentes, cuyas lógicas de funcionamiento, financiamiento y entrega de servicios difieren. Por una parte está Fonasa, homologando lo que ocurre en países donde existe sólo un asegurador. Y, por otra parte, las isapres, que funcionan como seguros privados regulados, pero cuya regulación no ha logrado los objetivos buscados, tanto porque no es eficiente, como porque coexiste con el componente asegurador estatal (Fonasa). Dado lo anterior, actualmente el país enfrenta la mayoría de los problemas esperables en cada componente, así como otros asociados a la coexistencia de los mismos (Tabla 2).

Tabla 2: Problemas esperables de los componentes estatal y privado del esquema de seguros, así como de la regulación general e interacción de ambos.

	Problemas
Componente estatal	<p>Los sistemas que cuentan con esquemas predominantemente estatales, con una única entidad a cargo de las tareas de financiamiento, como Inglaterra, Canadá o Italia, presentan principalmente problemas asociados a la gestión estatal, centralizada y monopólica, pero también a la estructura y características del seguro.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vulnerabilidad y captura. Las entidades únicas y estatales son más vulnerables ante cambios políticos y pueden ser capturadas por grupos de interés. • Ineficiencias. Se encuentran niveles de burocracia propios de entidades estatales, pero también de los monopolios, lo que conlleva a menores niveles de eficiencia. Por otra parte, Fonasa tiene hoy obligaciones que afectan su eficiencia y toma de decisiones con foco en el usuario, puesto que está obligado a financiar y utilizar los hospitales estatales, no siempre siendo la alternativa más efectiva para sus beneficiarios. Otras restricciones que impiden un mejor desempeño son: fijación por ley de los métodos de pago, restricciones de compra a privados, entre otros. • Menor transparencia. Existe menor transparencia en lo que respecta al plan de salud, a los procesos, al gasto por persona y a la información de resultados. • Falta de incentivos a la contención del gasto y existencia de listas de espera. Existe riesgo moral, que es potenciado cuando los copagos son bajos o cero, como ocurre en Fonasa para una parte de sus beneficiarios. Además, en el caso de los usuarios que adquieren seguros complementarios, que cubren (parte de) los copagos, este efecto se incrementa, como se explica más adelante. Este aumento del gasto es sustentado en Chile por un creciente aporte del Estado, por mayores niveles de endeudamiento y por listas de espera. • Incentivos a la subdeclaración de ingresos. Ello ocurre porque independientemente del monto aportado, se accede al mismo plan. Además, a mayores ingresos, mayores copagos. • Discriminación. En diferentes países se ha observado la existencia de discriminación a minorías y adultos mayores (debido a presión de grupos de interés) y un menor acceso para los más pobres (los que pueden pagar se saltan las listas de espera). En Chile existe evidencia de diferencias en el acceso para aquellos de menores recursos en Fonasa.

Componente privado	<p>Los mercados de seguros de salud (múltiples aseguradores) tienen problemas inherentes y que han sido ampliamente documentados. La regulación, por su parte, puede empeorar algunos de estos problemas o crear nuevos. A continuación se describen los asociados al componente de isapres.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Falta de competencia por precio y calidad e ineficiencias. La complejidad de la información sobre el contenido del plan de salud, junto con la existencia de casi 7.000 alternativas, dificulta la comparación y toma de decisiones por parte de las personas, por lo que no logran ser el “motor” de la competencia por precio y calidad. ● Pocos incentivos a la contención del gasto. En este caso el riesgo moral se ve acrecentado tanto por el método de pago a prestadores mayormente usado en el sector privado (pago por servicio o <i>fee for service</i>) como por los seguros complementarios que cubren (parte de) los copagos (la persona termina pagando menos). Esto último ocurre por la incertidumbre respecto del gasto final (es decir, cuánto será el gasto de bolsillo de las personas para costear lo que no cubre el plan de salud), que estimula la compra de seguros voluntarios. Estos últimos, además, generan duplicidad (por ejemplo, cobertura de gasto catastrófico que también está incluido en el plan de las isapres) y fragmentación (se compran múltiples seguros para cubrir diversos aspectos de la atención en salud). Todo ello, en desmedro de la contención de costos. ● Exclusiones y altos precios a grupos determinados. Dado que los seguros aparecen como una solución a los gastos inesperados, excluyen las preexistencias y en gran medida a la vejez (dado que la probabilidad de uso del seguro es cada vez mayor con los años), o son planes de alto costo, dejando a dichos grupos con menos opciones. ● Selección por riesgo (descreme) y cautividad: Las isapres hoy pueden rechazar a las personas con preexistencias y, por tanto, hay un grupo que no puede acceder y otro grupo que queda cautivo en la isapre en la que se encontraba afiliado al momento de adquirir una preexistencia. La selección por riesgo se ve potenciada por la regulación actual: i) las primas de los planes complementarios sólo pueden fijarse según el sexo y la edad de las personas y ii) la prima para las prestaciones con GES debe ser igual para todos (prima comunitaria). Si bien una buena compensación por riesgo (compensación a las aseguradoras que reciben personas de mayor riesgo/gasto esperado) puede ayudar a desincentivar este comportamiento, el esquema actual usado en Chile es de poco alcance y pobre en su capacidad de predecir los gastos por persona, por lo que no logra el efecto esperado. Por su parte, la renovación garantizada de contratos genera cautividad de aquellos de alto riesgo, disminuye los incentivos a la eficiencia de los aseguradores en relación con dichas personas e incentiva la selección por riesgo.
--------------------	--

Regulación general e interacción entre componentes componentes	<p>Las diferencias en las lógicas de funcionamiento, regulación y financiamiento, generan lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esquema de dos niveles. Diferentes en cuanto a calidad de la atención, oportunidad en el acceso, entre otros. • Desigualdades de acceso. Dado que las primas de los planes y precios de las prestaciones son altas para un grupo importante de personas y que no existe ayuda estatal para acceder a un seguro en isapre, hay un grupo de personas que queda cautivo en Fonasa y no accede a un seguro más acorde a sus necesidades. • Autoselección. Quedarse en Fonasa es más conveniente para las personas de mayor riesgo (adultos mayores y mujeres en edad fértil), aquellos de menores ingresos y familias más numerosas. Ello porque la afiliación es abierta y ofrece el mismo plan de salud y para todo el grupo familiar, a quienes contribuyan con el 7% de su salario, independientemente del monto de este. Ello genera un costo esperado por persona mayor al asegurador estatal. • Fonasa como asegurador de última instancia. El hecho de que Fonasa no pueda rechazar afiliados (o que las isapres puedan hacerlo), tiene efectos en el comportamiento de las isapres: Desincentiva la prevención y control de costos y el desarrollo de estrategias de autorregulación, dado que las personas “siempre” podrán irse a Fonasa cuando no puedan pagar, cuando son rechazadas por tener una enfermedad, entre otros. • Regulación incierta. Si bien las alzas de primas anuales están permitidas en la ley, los tribunales han acogido las demandas de los usuarios a sus isapres en contra de dichas alzas. Asimismo, se derogó hace unos años parte de la ley que regula cambios en las primas (conforme las personas aumentaban su edad), dejando un vacío que aún no ha sido corregido.
--	--

Fuente: Elaboración propia en base a Akerlof (1970), Barr (2003), Barua y Fathers (2014), Bossert y Leisewitz (2016), Centro de Estudios Públicos y Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile (2017), Cutler y Zeckhauser (2000), Ellis et al. (2008), Goodman (2005), Henríquez et al. (2016), Henríquez y Velasco (2015a y b), Ibáñez (2016), Newhouse (1982), Organización Mundial de la Salud (2010), Paolucci (2011), Pardo y Shott (2013), Rice y Smith (2001), Sánchez e Inostroza (2011), Santelices et al. (2013), Sapelli (2004), Superintendencia de Salud (2017a y 2017b), Velasco (2014) y Vergara (2014).

Los problemas de Fonasa se traducen en un aumento de costos, falta de estrategias de control de los mismos y en menor calidad de su servicio (por ejemplo, tiempos de espera, trato del personal). En las isapres los incentivos y regulación escasamente promueven la competencia por precio y calidad, y más bien llevan al descreme. Lo anterior implica falta de presión por reducir costos, los que se traspasan a primas y a un incremento de la judicialización (demandas a las isapres por alzas de primas). Ello se sostiene porque quienes no pueden pagar dichas primas terminan en Fonasa, que actúa como asegurador de última instancia. Las diferencias en las reglas del juego y lógicas de cada componente, así como su interacción, terminan en que no hay incentivos fuertes para Fonasa ni para las isapres para reducir costos ni para mejorar la calidad del servicio (al mismo precio), por ejemplo, mediante estrategias de compra de servicios más eficientes, de prevención y de promoción del cuidado de la salud.

3. Propuestas existentes y sus principales debilidades

La realidad descrita ha motivado el desarrollo de diferentes propuestas por parte de centros de estudios, académicos y el Gobierno⁵. En términos generales, en el país existen dos visiones respecto de cómo debiera organizarse el financiamiento del sistema de salud para el largo plazo: i) un solo pagador/asegurador y ii) múltiples aseguradores. Para el mediano y corto plazo, existe un mayor grado de consenso en avanzar hacia la conversión de las isapres, en seguros sociales, es decir, en un esquema de competencia regulada que generalmente incluye: libre afiliación a un plan de salud definido, desconexión del pago que hace cada persona respecto de su estado de salud, financiamiento que incentive buen desempeño y permita asequibilidad diversificando los riesgos financieros entre diferentes personas y durante el ciclo de vida (Doetinchem et al. 2010, Normand y Busse 2002)⁶.

La revisión de las propuestas para el corto plazo permite concluir que existen aún aspectos pendientes de resolver en las propuestas existentes:

- (i) **Libre afiliación (prohibición de rechazar personas):** la mayoría de ellas no la permite (sólo se permite para cambios de usuarios de una isapre a otra), ya sea porque se oponen al otorgamiento de aportes estatales a quienes opten por aseguradoras privadas o porque consideran que tendría un costo muy elevado, entre otros.
- (ii) **Esquema de dos niveles:** en varios casos se mantiene la existencia de dos componentes diferentes, y no se resuelven entonces los problemas asociados a la convivencia de éstos.
- (iii) **Incertidumbre en pago final y seguros complementarios:** si bien en todos los casos se propone establecer un plan único (o pocos planes) en cuanto a los beneficios cubiertos, la mayoría establece la existencia de copagos⁷, manteniendo así la incertidumbre respecto del pago final, puesto que éste varía con cada asegurador, tipo de prestación y prestador. Así, no es claro en qué medida el incentivo a comprar seguros complementarios decrece, con los efectos en sobreuso y gasto que ellos tienen. Si bien en algunas propuestas se plantea un mecanismo de *stop loss* o deducible para algunos gastos, sólo en la propuesta de Paolucci (2016) se plantea el uso de deducibles para todos los servicios.

⁵ En el trabajo de Paolucci y Velasco (2017) se presenta una tabla que describe las diferentes propuestas en el último tiempo. De todas maneras, estas ideas no son nuevas, ya que se venían planteando desde periodos previos a la reforma de la década del 2000 (Baeza y Copetta 1999).

⁶ Si bien no es un tema abordado en profundidad en este trabajo, varios trabajos proponen separar el financiamiento y beneficios asociados al seguro por incapacidad laboral de lo que respecta al plan de salud.

⁷ En algunas se propone que éstos sean cero para aquellos de bajos ingresos.

- (iv) **Selección por riesgo:** varias de las propuestas mencionan la fijación de primas comunitarias, es decir, tarifas planas o iguales para todos los beneficiarios. Ello incentiva la selección por riesgo (Cuadro 1), incluso en presencia de esquemas de compensación por riesgo, como se plantea en varios casos (van de Ven et al. 2017).

Por otra parte, varias propuestas mencionan también aspectos complementarios al esquema asegurador que deben ser revisados y modificados para optimizar el funcionamiento de éste:

- (i) **Institucionalidad asociada al componente asegurador y prestador estatal:** la mayoría menciona la necesidad de adecuar tanto Fonasa como la organización de los prestadores estatales, en orden a que puedan participar en el sistema en similares condiciones que sus pares en el nivel asegurador y prestador.
- (ii) **Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA):** en varias propuestas se plantea la necesidad de contar con altas capacidades en ETESA para ayudar en la toma de decisiones respecto de la incorporación de nuevos tratamientos al plan de salud.
- (iii) **Institución que regule los aumentos de las primas de los planes.**

4. Propuesta de un esquema de seguros sociales de salud para Chile: eficiencia, equidad y asequibilidad⁸

4.1. Descripción de los principales elementos de la propuesta

La propuesta desarrollada en el trabajo de Paolucci y Velasco (2017) plantea integrar los dos componentes del esquema actual de seguros para establecer uno solo, basado en seguros sociales de salud⁹, considerando para ello los requisitos que la literatura y evidencia señalan son necesarios para su buen funcionamiento (Cuadro 2). La propuesta busca ser sustentable, y por tanto, sugiere construir sobre lo existente e implementar los cambios gradualmente. Los principales objetivos son otorgar asequibilidad y libertad de elección a las personas respecto de su plan de salud y entidad oferente del mismo; disociar en gran medida el pago de las personas con su estado de salud; y fomentar la competencia por calidad y eficiencia en el nivel

⁸ Para un mayor detalle de esta propuesta ver Paolucci y Velasco (2017).

⁹ En los sistemas de salud organizados mediante seguros sociales, si bien se permite la participación de múltiples aseguradores, las reglas difieren a las de un esquema de seguros privados, principalmente porque: se garantiza el acceso de todos los beneficiarios a un plan de salud definido y el pago que cada persona realiza se desconecta en gran medida de su estado de salud.

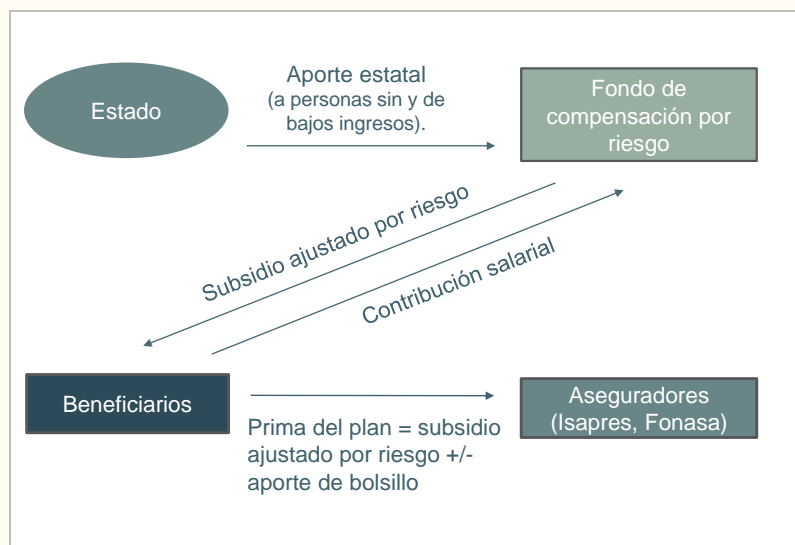
asegurador y prestador (atención oportuna y de la mayor calidad, y competencia en precios), con altos niveles de transparencia y calidad de la información y reglas que eviten comportamientos inadecuados (como selección por riesgo). Los principios más relevantes que inspiran estas ideas se refieren a la no discriminación, igualdad de condiciones de participación para todos los actores en cada nivel (asegurador, prestador, usuarios) y respeto por la preferencias de los usuarios.

Cuadro 2: Requisitos para el buen funcionamiento de un esquema de seguros sociales

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

Fuente: Elaboración propia en base a Paolucci 2011, Thomson et al. 2013, van de Ven et al. 2013 y Velasco 2016.

En la Figura 1 se describe cómo funcionaría el esquema propuesto. Cada persona elige su asegurador y plan de salud (libre afiliación). Los planes son iguales en cuanto a los beneficios cubiertos, pero difieren según el nivel de los servicios y red de prestadores (aunque existe un estándar mínimo definido) y deducible asociado. Las primas serán determinadas por cada aseguradora. Para garantizar asequibilidad, se plantea la asignación a cada persona de subsidios ajustados por su riesgo de salud (calculados en base al costo esperado de otorgar el plan de salud a cada beneficiario), que funcionarían como abono para financiar las primas. Los subsidios provendrían de un fondo de compensación por riesgo, compuesto por contribuciones salariales e impuestos generales (para sustituir los aportes de quienes no trabajan y de aquellos de bajos ingresos). Para asegurar un adecuado funcionamiento, también se requiere desarrollar algunas funciones (que llamaremos esenciales) en el Estado, como mecanismos de mejora de la información, defensa de la libre competencia, fomento de la calidad y seguridad en salud y de monitoreo de precios, según se explica más adelante.

Figura 1: Esquema de organización del financiamiento


Fuente: Elaboración propia.

A continuación se describen los principales elementos del esquema propuesto y su funcionamiento.

- 1) **Aseguradores:** Para fomentar la competencia, podrán participar todas las entidades aseguradoras que cumplan con los requisitos establecidos, tales como, obligatoriedad de ofrecer el plan universal de salud, libre afiliación (comúnmente, se establece un periodo durante el año y ciertas condiciones para el cambio) y otros referidos a sus finanzas, obligación de informar y demás que se determinen. Los aseguradores deben contar con libertad para contratar prestadores, puesto que con ello se les permite generar condiciones (métodos de pago, metas) para promover la calidad, eficiencia, innovación y así comprar de manera prudente a nombre de sus beneficiarios (Cuadro 2).
- 2) **Plan de salud:** El plan de salud será único en relación con los beneficios cubiertos y el nivel mínimo de éstos (como protocolos, calidad hotelera y, eventualmente, tiempos de espera u otros), lo que dependerá de varios factores, que se presentan en el Cuadro 3. Se plantea que los planes **no consideren copagos**, sino que **deducibles**, para evitar la incertidumbre y así desincentivar la adquisición de seguros complementarios que cubran copagos. Los deducibles deben estar relacionados con los ingresos de las personas, para evitar incobrables que socaven la sustentabilidad del sistema. Las aseguradoras deberán ofrecer el plan con el estándar mínimo de los servicios, pero también podrán ofrecer otros con niveles más altos (que deben cumplir con los estándares del plan obligatorio), pudiendo establecerse un número limitado de categorías (Tabla 3).

Cuadro 3: Factores a considerar para elaborar el contenido del plan de salud

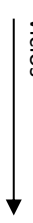
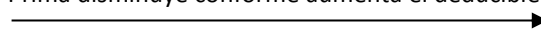
- **Recursos del país:** Los servicios incluidos y los estándares exigidos dependerán de la cantidad de recursos que el país decida destinar a estos efectos. En países con esquemas similares, se incluyen las consultas médicas y hospitalizaciones, la atención de urgencia, exámenes y medicamentos. Sin embargo, los cuidados mentales y de largo plazo, la atención dental y el transporte, puede variar.
- **Criterios de inclusión de servicios:** Los servicios incluidos en el plan dependerán también de los criterios que se definan. En el caso de los servicios con GES son: carga de enfermedad, inequidad, efectividad de los tratamientos, capacidad de entregar los servicios, costos, condiciones de alto costo, preferencias de las personas. Sin embargo, en la práctica primaron la carga financiera y las preferencias sociales. Asimismo, se ha señalado que los criterios no fueron suficientemente claros, explícitos y transparentes.
- **Estimación de los costos:** Se debe contar con las capacidades para estimar los costos verdaderos de otorgar el plan de salud definido, los que no necesariamente se relacionan con los precios/costos de las prestaciones actuales, sobre todo por la gran varianza observada entre prestadores e incluso un mismo prestador, como ha sido documentado para Chile. En el caso de los servicios con GES, donde se realiza un ejercicio de costeo para los tratamientos nuevos, se ha criticado su falta de transparencia, lo que también debe ser considerado.
- **Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA):** La capacidad que el país tenga en este ámbito determinará si efectivamente se incluyen los servicios adecuados. Actualmente, el Ministerio de Salud cuenta con un Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, creado en 2016 (que depende de la División de Planificación Sanitaria, la que, a su vez, depende de la Subsecretaría de Salud Pública) y con la Comisión Nacional de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias, creada en 2012 (integrada también por miembros del Instituto de Salud Pública, Fonasa, Central Nacional de Abastecimiento y Superintendencia de Salud y del Ministerio de Hacienda). Sin embargo, las propuestas apuntan hacia una entidad independiente y técnicamente robusta.

Fuente: Elaboración propia en base a Banco Interamericano de Desarrollo (2014), Comisión Nacional de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias (2013), Espinoza et al. (2014), Superintendencia de Salud (2016b) y Vargas y Poblete (2008).

- 3) **Primas:** Cada aseguradora determinará las primas asociadas a sus planes de salud, en relación con el nivel de los servicios, el monto del deducible y el riesgo de las personas, aunque este último aspecto puede regularse en una primera etapa (por ejemplo, estableciéndose bandas).

La Tabla 3 muestra la relación entre las primas y el nivel de los servicios y deducibles. Para este ejercicio se asume que existirían cuatro tipos de planes asociados al nivel de los servicios y para cada tipo de plan, cuatro niveles de deducible. Así, para una misma persona, un plan con el estándar mínimo de servicios (tipo 1) y con el deducible alto, tendría la prima más barata (primas 1.4). Por el contrario, uno con el estándar máximo de servicios (tipo 4) y sin deducible tendría la mayor prima (prima 4.1).

Tabla 3: Primas de los planes según nivel de los servicios (prestadores) y del deducible

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

Fuente: Elaboración propia.

- 4) **Subsidios ajustados por riesgo (compensación por riesgo):** Cada persona recibirá un subsidio ajustado por su riesgo de salud considerando para ello el plan con el estándar mínimo de servicios (tipo 1). Es decir, un monto que refleja el costo esperado de recibir el plan de salud obligatorio. Los recursos para estos subsidios provendrán de un “Fondo de Compensación por Riesgo” que se financiará mediante contribuciones salariales (es decir, un porcentaje de los salarios) y aportes estatales (impuestos generales), fuentes que actualmente se utilizan en Chile, en orden a favorecer su viabilidad.

Este subsidio será utilizado por las personas para adquirir el plan de salud. Dado que las primas también serán fijadas según el riesgo de los individuos, los subsidios ajustados por riesgo serían similares a las primas para cada tipo de persona (para el plan de salud estándar o tipo 1). Con ello se logra entonces asegurar asequibilidad (que todos puedan comprar el plan de salud con el estándar mínimo de servicios), puesto que las personas de mayor riesgo (que enfrentarán una mayor prima), recibirán un mayor subsidio. De todas maneras, es importante evaluar, al menos para las primeras etapas, la necesidad de otorgar subsidios al pago de bolsillo para ciertos grupos, en caso de que la brecha entre la prima y el subsidio ajustado por riesgo le genere dificultades financieras a algunas personas.

Quienes quieran adquirir un plan de mayor nivel, deberán poner de su bolsillo una diferencia mayor. En el Cuadro 4 se presenta un ejemplo de cómo serían los flujos de recursos en este nuevo esquema.

Los mecanismos de financiamiento elegidos son similares a los usados en países con seguros sociales de salud, en los que las contribuciones salariales son una fuente de financiamiento importante, pero también existen aportes estatales y gasto de bolsillo¹⁰.

Dado que en Chile la informalidad aún es importante en el mercado laboral se propone evaluar el uso de incentivos que favorezcan la declaración de ingresos a quienes tienen ocupaciones de este tipo.

Cuadro 4: Ejemplo práctico de los flujos de recursos

En el nuevo esquema cada persona elegirá el plan de salud y la aseguradora de su preferencia, utilizando el subsidio ajustado por riesgo (calculado en base al plan con el estándar mínimo de servicios, Tipo 1) para pagar la prima. Esta última es determinada por cada aseguradora para cada tipo de plan, considerando además el nivel de deducible y el riesgo de cada persona. Supongamos dos hombres de 40 años, con ingresos en el rango promedio en Chile, pero uno de ellos tiene un estado de salud más deteriorado que el otro, por ejemplo, padece hipertensión. Se asume que ambos eligen el plan de nivel estándar (Tipo 1), para efectos de comparación.

- (i) **Primero**, ambos cotizarán un porcentaje determinado de su sueldo (por ejemplo, 7%) al Fondo de Compensación por Riesgo, para financiar los subsidios ajustados por riesgo. Dicho fondo recibe también aportes del Estado, según se aprecia en la Figura 1.
- (ii) **Segundo**, ambos recibirán un subsidio ajustado por su riesgo, es decir, la persona con hipertensión recibirá un monto más alto que quien no la padece.
- (iii) **Tercero**, la persona con mejor estado de salud estima que utilizará muy pocas prestaciones, por lo que elige un plan de alto deducible y, por tanto, con una prima baja. De esta manera, el monto que debe poner de su bolsillo (en caso de haberlo) para financiar la diferencia entre la prima y el subsidio recibido debiera ser bajo. Por su parte, la persona de mayor riesgo, que espera utilizar más los servicios y que tiene mayor probabilidad de incurrir en gastos altos ante un evento de salud, escoge un plan de menor deducible y mayor prima. Por tanto, es posible que esta persona deba poner una diferencia (mayor) de su bolsillo para cubrir la prima del plan con menor deducible.
- (iv) **Finalmente**, si no ocurren eventos inesperados, a fin de año ambas personas habrán incurrido en gastos no tan disímiles. Si bien la persona de mayor riesgo debió pagar más de su bolsillo inicialmente para cubrir la prima, sus gastos en el año fueron menores, dado que escogió un plan con menor deducible. Por su parte, la persona más sana, que eligió un plan más barato, pero con alto deducible, debió pagar sus consultas o cirugías desde su bolsillo durante el año hasta llegar (si es que llegó) al deducible.

Existen muchas combinaciones de planes, primas, y eventos que pueden ocurrir. Este ejercicio solo pretende ejemplificar el funcionamiento de este nuevo esquema.

Fuente: Elaboración propia.

¹⁰ En el trabajo de Paolucci y Velasco (2017) se presentan los porcentajes de contribución salarial, de aporte del Estado y de gasto de bolsillo asociados al gasto en salud, para un grupo de países que cuentan con seguros sociales en salud.

5) **Desarrollo de funciones esenciales: Información, defensa de la libre competencia, fomento de la calidad y seguridad en salud y monitoreo de precios.** El desarrollo de estos aspectos es un complemento fundamental para el buen funcionamiento de lo ya descrito previamente, donde destaca:

- Promoción de la competencia. En Chile existe una única entidad encargada de defender y promover la libre competencia para todos los ámbitos¹¹. Se plantea desarrollar capacidades especializadas en salud en el ámbito de la libre competencia, al menos mediante una unidad diferente dentro de la institucionalidad actual¹².
- Aseguramiento de la calidad y seguridad. Las funciones referidas al aseguramiento de la calidad y la seguridad en salud se encuentran distribuidas en diferentes instituciones (Superintendencia de Salud, Instituto de Salud Pública, Ministerio de Salud) y se realizan preferentemente *ex ante*¹³, aunque en algunos casos se fiscaliza que se sigan cumpliendo las condiciones que dieron origen a las certificaciones conferidas. Sin embargo, no existen revisiones o acreditaciones relativas a los resultados. Si bien no es evidente que todas las funciones asociadas al aseguramiento de la calidad y seguridad deban reunirse en una misma entidad, ni tampoco que se deba crear una nueva institución a cargo, se recomienda separarlas de las que puedan entrar en conflicto (actualmente tanto el Ministerio como la Superintendencia de Salud, tienen funciones que entran en conflicto).
- Más y mejor información. En general la información es escasa y de baja calidad en el sector salud (contenidos y primas de planes, precios de prestaciones y medicamentos, resultados de prestadores, entre otros). Se plantea que esta función quede en el Ministerio de Salud, en la medida que esta entidad deje de ejercer la función prestadora y se enfoque en su rol rector, como ha sido planteado para Chile (Centro de Estudios Públicos y Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile 2017, Sánchez e Inostroza

¹¹ La Fiscalía Nacional Económica es la agencia nacional encargada de velar por la libre competencia, que debe defenderla y promoverla en todos los sectores. El Tribunal de Defensa de la Libre Competencia (TDLC), es el encargado de resolver, sancionar, dictar instrucciones generales y proponer cambios en las normas que se estimen contrarias a la libre competencia. <http://www.fne.gob.cl/>

¹² En algunos países existe un organismo diferente con dedicación exclusiva al sector salud.

¹³ La Superintendencia de Salud está a cargo de proteger y promover los derechos en salud de las personas, acredita (autoriza) a los prestadores y genera información sobre reclamos y opinión de los usuarios. El Instituto de Salud Pública autoriza, supervisa y fiscaliza a los laboratorios, controla la calidad de medicamentos, alimentos de uso médico y otros productos, entre otros. El Ministerio de Salud genera guías clínicas y protocolos y, en general, algunos estándares de calidad y seguridad.

2011, Butelman et al. 2014). La tecnología actual permite que la información sea difundida a bajo costo, sin embargo, ésta debe ser recopilada y sistematizada, funciones donde la autoridad corre con ventaja¹⁴.

- Monitoreo de precios. Si bien no hay autoridades a cargo de regular precios, puesto que ello está dado por la legislación, la Superintendencia de Salud supervisa que los aumentos de primas de los planes de salud se ajusten a la normativa. En un esquema como el propuesto, se deben monitorear los aumentos de las primas y generar información relevante que permita contextualizar dichos aumentos. Ello podría ser ejercido por la Superintendencia, siempre que se desprenda de funciones incompatibles (como aseguramiento de la calidad)¹⁵.

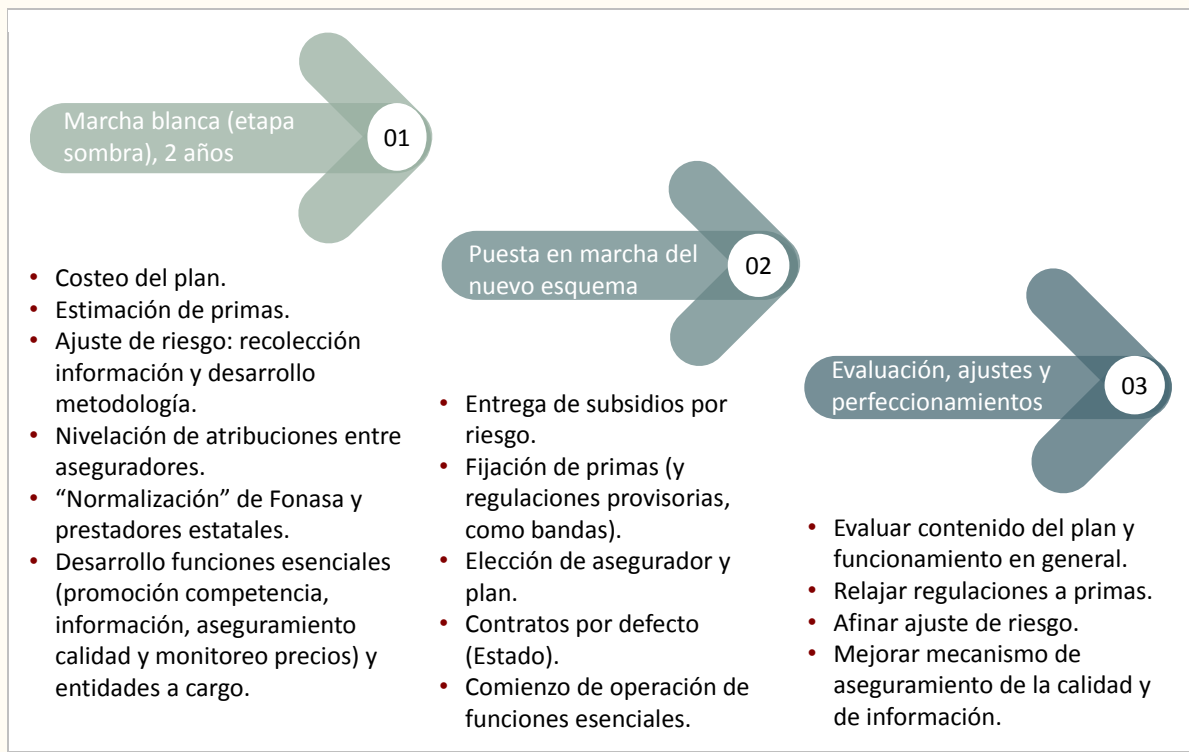
4.2. La transición

Esta propuesta plantea cambios importantes que requieren tiempo. Es por ello que la transición cobra relevancia, en orden a implementar dichos cambios de manera gradual y sustentable. En el documento donde se presenta originalmente esta propuesta (Paolucci y Velasco 2017) se plantea realizar estos cambios en etapas: i) etapa sombra o marcha blanca, donde se establecen las bases del proceso, ii) puesta en marcha del nuevo esquema y iii) evaluación, ajustes y perfeccionamientos. El detalle de cada etapa se puede observar en la Figura 2. Además de ello, se requiere determinar los recursos que se destinarán a este plan de salud con estándar mínimo de servicios (por ejemplo, estableciendo una meta de gasto por persona), lo que también puede realizarse en etapas, aumentando su monto sucesivamente.

¹⁴ Un ejemplo a considerar es la información que proporciona el Ministerio de Educación en la página web “www.mifuturo.cl”, que presenta datos sobre ingresos y empleabilidad de las diferentes carreras, pero también respecto de mecanismos de financiamiento de los estudios, tipos de instituciones de educación superior y educación superior en general.

¹⁵ La Independent Hospital Pricing Authority en Australia es un caso que podría ser estudiado. Dicha entidad es una agencia gubernamental independiente que, entre otros, genera modelos de precios que buscan determinar cuánto se paga para tratar a un paciente promedio, así como los factores que incrementan los costos. <https://www.ihpa.gov.au/>.

Figura 2: Etapas consideradas en la implementación del nuevo esquema



Fuente: Elaboración propia.

5. Cómo esta propuesta se hace cargo de los desafíos actuales

Los problemas del esquema de seguros de salud actual son varios y fueron enunciados en la primera parte de este trabajo. La propuesta presentada intenta abordar cada uno de ellos, con un nuevo marco de acción, que sea coherente con las preferencias de las personas, pero también con la búsqueda por mayor eficiencia y calidad, mediante la competencia regulada. En la Tabla 4 se explicitan los instrumentos que abordan cada problema y cómo los solucionan.

Tabla 4: Componentes del seguro de salud común

Problemas	Instrumentos	Mecanismos de solución
<ul style="list-style-type: none"> • Proliferación de planes de salud de contenido complejo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de salud de contenido común con estándar mínimo de servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Producto homogéneo, fácil de comprender y por tanto permite comparar precios (primas).
<ul style="list-style-type: none"> • Incertidumbre respecto de copagos. • Ineficiencia generada por seguros complementarios que cubren copagos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deducibles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se elimina la incertidumbre, cada persona sabe cuánto será lo máximo a pagar de su bolsillo y decide monto según sus necesidades y posibilidades.
<ul style="list-style-type: none"> • Baja asequibilidad (posibilidad de pago) y problemas de acceso a ciertos grupos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Subsidios ajustados por riesgo. • Libre afiliación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Otorga recursos a cada persona para pagar un plan de salud, quienes no pueden ser rechazados por las aseguradoras.
<ul style="list-style-type: none"> • Pocas estrategias de contención de costos por parte de aseguradores. • Falta de competencia por precio y calidad (ineficiencia). • Selección por riesgo (exclusión, cautividad). 	<ul style="list-style-type: none"> • Competencia entre aseguradores mediante combinación de: plan de contenido común, libertad para fijar primas (ajustadas por riesgo) y libre afiliación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se genera presión para reducir costos mediante estrategias de compra, de atención, de prevención y de innovación. • Elimina incentivos a la selección por riesgo, fomentando competencia por calidad y precio.
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de información respecto de resultados y precios. • Toma de decisiones incompleta (asimetrías de información). 	<ul style="list-style-type: none"> • Separar y potenciar funciones esenciales en diferentes entidades (promoción competencia, monitoreo precios, aseguramiento calidad y seguridad e información). 	<ul style="list-style-type: none"> • Elimina conflictos de intereses en entidades que combinan funciones que entran en conflicto y promueve mejor desempeño.

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

En conclusión, en esta propuesta se plantea que la libertad de elección combinada con subsidios ajustados por riesgo, la estandarización del contenido del plan e instituciones apropiadas: (i) permiten que las personas puedan elegir su plan de salud y aseguradora, incluso aquellos de alto riesgo (gasto esperado), (ii) fomentan la competencia por calidad y precio, así como la reducción de costos, (iii) inhiben los incentivos a la selección de personas según su riesgo en salud y, (iv) simplifican el trabajo desde la perspectiva de la libre competencia, puesto que se evita regular en demasía.

II. Comentarios de Andrea Butelmann a la propuesta

Andrea Butelmann

Directora del Magíster en Economía Aplicada a Políticas Públicas de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad Alberto Hurtado y ex Ministra Titular del Tribunal de Defensa de la Libre Competencia.

1. Introducción y análisis del contexto institucional chileno

Las ideas planteadas en esta propuesta corresponderían a políticas públicas de tipo 4.0 para Chile, en un escenario donde aún estamos discutiendo la versión 2.0 y todavía tenemos que pensar la 3.0. La política 4.0 requiere reformar el Estado en su conjunto, sino no parece factible. Se necesita una nueva institucionalidad, más fuerte, que se base mucho más en la evidencia para adoptar decisiones y con la flexibilidad y capital humano para ajustar las políticas a la nueva evidencia.

No hay ninguna institución pública en Chile que esté preparada para estas políticas de tipo 4.0. Al comparar las entidades que ejecutan estos temas en otros países se observa que la cantidad y capacidad de la gente que las integran son mayores que en el caso chileno. Estas diferencias se reflejan, por ejemplo, en que en Chile las personas que salieron de la universidad tienen una menor capacidad de comprensión que el promedio de los individuos de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) que sólo terminaron la secundaria. En la propuesta se menciona a los Países Bajos, quienes están en el tercer lugar de comprensión lectora, según la prueba PISA. Es difícil que tengamos capacidad para hacerlo bien en Chile, tanto por nuestras limitaciones en capital humano, como por la escasa flexibilidad para adaptar a las instituciones públicas a desafíos más complejos.

Así, propongo una gradualidad que he llamado 2.0 y 3.0. La reforma 2.0 incluye, por una parte, reducir el número de contratos para que las personas, en el sistema privado, sean capaces de compararlos, ya que hoy no es posible dado la cantidad de variables, aranceles y prestadores que se deben tomar en cuenta. Y, por otra parte, se debe reformar y mejorar la organización y los incentivos del sector público para hacerlo más eficiente, algo que también es mencionado por los autores.

La etapa 3.0 sería compensar los riesgos entre las isapres solamente y, junto con ello, impedir el rechazo de potenciales afiliados o las preexistencias. Así, aumentaría la competencia en el sector al aumentar el número de afiliados que pueden efectivamente cambiarse de aseguradora. Luego, se requeriría evaluar el funcionamiento del esquema de compensación por riesgo y, posteriormente, pensar en un sistema unificado.

2. Análisis de la propuesta

a) Financiamiento

Con respecto a la propuesta en cuestión, que sería la etapa 4.0, es decir la unificación del sistema, en primer lugar, me gustaría haber encontrado más análisis sobre los diversos efectos

de un impuesto al salario, al ingreso o a la riqueza. Claudio Lucarelli propone que cada uno asuma su riesgo, o sea, lo más cercano a una cuenta individual en salud y no un seguro. En un seguro lo que se hace es compartir riesgo y todos pagan lo mismo. Pero las cosas se complican cuando hay más de un asegurador y más de un plan —surgen problemas de selección—, cuando el riesgo no está dado sino que se puede modificar con las acciones de los individuos —surgen problemas de riesgo moral— y cuando la distribución del ingreso hace que el seguro obligatorio sea muy gravoso para segmentos de menores ingresos.

En efecto, cuando se habla de un sistema de seguro social redistributivo aparece una discusión similar al debate sobre el sistema de pensiones, sobre si hacer transferencias entre cotizantes o utilizar fondos generales de la nación. En el trabajo se descarta esta última opción con tres argumentos: i) no puede haber impuestos dedicados, ii) se acaba de hacer una reforma tributaria y iii) se hace de esa misma forma en otros países que tienen múltiples seguros. Cabe recordar, sin embargo, que recientemente se implementó una reforma tributaria cuyos fondos se dedicarían a educación, aunque es cierto que tal asignación no es estable, porque un futuro gobierno podría utilizar dichos recursos para otros fines.

Sin embargo, el trabajo propone subsidiar con fondos generales a todos los que no trabajan o tienen ingresos bajos, como niños y adultos mayores. Cuando se compara con la situación actual donde los afiliados a una isapre financian a sus propios hijos, cónyuges que no trabajan e, incluso, padres, el usar fondos generales parece un cambio mayor respecto a lo existente y quizás sí requeriría un aumento en la recaudación; y, adicionalmente, en un primer enfoque, parece ser regresivo.

El trabajo defiende la propuesta de redistribuir a partir de las cotizaciones al seguro obligatorio, ejemplificando con casos de la experiencia internacional. Con respecto a lo anterior, en general, los países que han sido mencionados tienen un coeficiente de Gini más bajo (Tabla 5) y, por tanto, resulta parecido usar impuestos generales de la nación o subsidios cruzados entre trabajadores. Sin embargo, Chile tiene un coeficiente Gini de más de 50 puntos. La diferencia en incentivos de impuestos sobre bases distintas es muy importante.

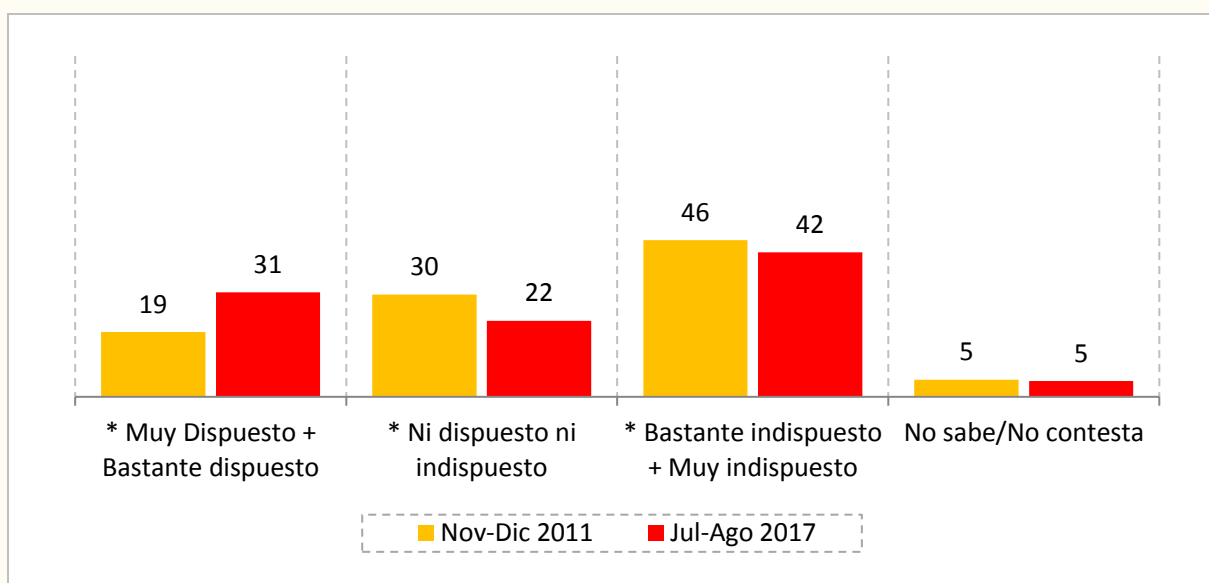
Si bien comparto que es temerario proponer otra modificación tributaria que aumentara la recaudación hoy, es importante pensar en qué hace que la gente esté dispuesta a pagar más impuestos. Es probable que implementar primero una mejora sustancial en la eficiencia del uso de los recursos de los servicios de salud pública podría lograr menor resistencia al momento de aumentar los impuestos para integrar ambos sistemas. En la Figura 3 se muestran resultados de una encuesta del CEP que ha sorprendido por el aumento en la disposición a pagar más impuestos para mejorar el nivel de atención de salud.

Tabla 5: Indicadores para diferentes países con esquemas de seguros sociales de salud

País	Coefficiente de Gini	% Gastos salud con fondos generales	Seguridad social
Alemania	30,1	5,5	70%
Bélgica	27,6	11,4	66%
Israel	42,8	16,2	47%
Países Bajos	28	7,2	80%
Chile	50,5		

Fuente: Elaboración propia.

Figura 3: Disposición a pagar mayores impuestos para mejorar la atención en salud, 2017



Fuente: Centro de Estudios Públicos, 2017, 'Estudio de opinión pública N° 80, 2011 y julio-agosto', disponible en: <https://www.cepchile.cl/estudio-nacional-de-opinion-publica-julio-agosto-2017/cep/2017-08-31/165004.html>

La definición de seguro social no deja claro si el objetivo es compartir riesgos o compartir ingresos. El subsidiar a los sectores de menores ingresos con fondos generales o a través de subsidios cruzados en las primas de seguro obligatorio de salud es una decisión relevante, siendo más progresiva la primera alternativa, ya que se incluyen todo tipo de ingresos y no

sólo los laborales y no requiere incrementar tanto los impuestos al trabajo. En países con distribución del ingreso menos desigual, ello sin duda es menos relevante, lo que pone otro signo de advertencia sobre las comparaciones con sistemas de países desarrollados.

b) Competencia

Los autores entienden que la competencia es un tema especialmente difícil en este sector y proponen una institucionalidad dedicada y regulación de los rangos de las primas en un inicio.

Respecto al tema de la institucionalidad, creo que no debe haber un sistema separado —como se propone— que se dedique a temas de libre competencia en salud, puesto que las superintendencias dedicadas a un solo sector tienden a ser capturadas. Basta con que las fusiones vayan al Tribunal de la Libre Competencia (actualmente las ve sólo la Fiscalía Nacional Económica en procedimientos bilaterales y sin procesos abiertos a quien desee opinar) y que la superintendencia del ramo sea efectiva en presentar su posición ante dicho tribunal. Según mi experiencia, cuando el tribunal pregunta a los órganos ejecutivos su opinión sobre algún tema, éstos generalmente responden que no tienen nada que opinar.

A pesar de su propuesta para asegurar la competencia en el sector, los autores creen que sería necesario en una primera etapa controlar el rango de precios de cada plan; creo que la carga regulatoria de tal propuesta es enorme y exige crear una institucionalidad de tal magnitud que hace difícil creer que ésta será transitoria. Surgen las preguntas ¿por qué sería transitoria? y ¿en qué momento ya no se requerirá? La industria de los seguros tiene enormes economías de escala y es difícil pensar que vaya a ser un mercado muy competitivo, quizás por eso se justificaría que el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) siga actuando en un sistema totalmente integrado, situación que los autores promueven pero no justifican.

La propuesta no está en contra de la integración vertical entre aseguradoras y prestadores, indicando que ésta podría ser positiva dados los incentivos a reducir costos a nivel de prestador si ello le ahorra egresos a la aseguradora cuya propiedad es común, siempre suponiendo que hay competencia efectiva entre aseguradores. Pero ¿qué pasa si el prestador recibe pacientes tanto de la aseguradora relacionada como de otras? El incentivo a reducir costos se refiere sólo a los pacientes cubiertos por la aseguradora relacionada. Es decir, funciona en esquemas de integración vertical cerrada. Entonces pareciera contradictorio que los autores recomienden, para aumentar la competencia, que los prestadores tengan obligación de recibir a los afiliados de todas las aseguradoras. En definitiva, o se opta por el incentivo a reducir

costos que tienen los esquemas cerrados o por aumentar la competencia en esquemas abiertos. No se pueden obtener ambos si dejamos que los incentivos funcionen; si optamos por evitar que funcionen se deben regular y fiscalizar las decisiones de los médicos, lo que no es fácil.

En todo caso, y respecto a la competencia y el gasto de bolsillo, parece urgente hacer un análisis sobre el nivel de precios de los medicamentos, que en una observación casual parecen ser más caros que en el resto del mundo; en algunos casos, 10 veces más caros. Si bien estas diferencias podrían estar explicadas en parte por subsidios, no conozco un estudio que identifique las fuentes de las diferencias, pero el Tribunal de Defensa de la Libre Competencia ha conocido varios casos de colusión en el sector.

c) Daño moral

El daño moral es un tema tanto de los pacientes como de los médicos. En efecto, no es sólo que los pacientes acudan más a los centros de salud al estar asegurados —de hecho, mi opinión es que a pocos les gusta acudir al médico y someterse a exámenes, aunque no tengan que pagar—, sino que a veces existe una demanda inducida por los médicos. En efecto, éstos tienen incentivos a ordenar exámenes, tanto para proteger al paciente y su propia reputación, como por los incentivos monetarios directos que reciben por derivar y encargar exámenes en el propio centro de salud donde se desempeñan, lo que es un incentivo perverso.

También con respecto al daño moral, se propone sustituir el copago con deducibles. En una primera mirada, deducibles y copagos generan el mismo incentivo o daño moral si no alteran el monto a pagar por cada prestación. Lo único que se puede agregar al trabajo, en este aspecto, es que los deducibles pueden dar más certeza que los copagos, porque el copago es el porcentaje de algo que uno no conoce. En cambio, el deducible es un monto conocido y al haber más certeza, quizás el afiliado a una isapre compraría menos seguros complementarios. Sólo en ese sentido, entiendo que se proyecte una reducción del daño moral con un sistema de deducibles en comparación con los copagos, si es que el daño moral realmente existiese. Por otra parte, es importante recordar que actualmente, al menos, hay muchas atenciones que no tienen “código Fonasa” —de lo que el paciente se entera muy tarde—, lo que mantiene la incertidumbre y el incentivo a tener seguros complementarios. No veo posibilidad de prohibir los seguros complementarios, lo que incluso sería inconstitucional y, por tanto, es poco probable que el cambio de copago a deducibles por sí solo reduzca el supuesto daño moral. Así, se pudiese pensar que es más fácil desarrollar un sistema obligatorio con un solo plan, eliminando problemas de selección adversa entre planes y reduciendo la

carga regulatoria, y permitir que las diferencias por ingreso y riesgo se reflejen en el sistema de seguros complementarios.

En mi opinión, el daño moral más importante ejercido por parte de los afiliados, más que buscar asistencia sin necesidad, sería la falta de autocuidado. Sin embargo, la propuesta reduce los incentivos al autocuidado y a una vida sana puesto que plantea un subsidio a los pacientes más riesgosos. ¿Beneficiará el subsidio al riesgo a las personas que fuman o con sobrepeso? Esta pregunta no es trivial. La planteo más que nada para representar los complejos desafíos en términos de incentivos que se enfrentan ante las distintas propuestas de sistema de aseguramiento para la salud.

d) Selección por riesgo y selección adversa

El eliminar la multiplicidad de planes es importante. La eliminación de la multiplicidad de planes sin duda aumenta el grado de competencia ya que las ofertas de las distintas aseguradoras se hacen más fáciles de comparar para el usuario. Adicionalmente, tiene la ventaja en términos de incentivos de eliminar la capacidad de las isapres para segmentar a los afiliados y, consecuentemente, aumenta el incentivo a contener costos —por ejemplo, requiriendo la visita previa a doctores de familia o cabecera antes de ir a un especialista—, porque su solución para los usuarios más caros ya no podría ser el segmentarlos. Con respecto al mecanismo de cambio de nivel de seguro como acción oportunista del afiliado —selección adversa—, los autores plantean que la selección adversa se reduce si se establecen períodos acotados de cambio durante el año y ciertas condiciones, que no se explicitan. Esto es importante porque, si vamos a tener multiplicidad de planes, se debe tener en cuenta que seguirán habiendo incentivos para cambiarse de planes. Esto, más que una crítica a la propuesta, sólo evidencia lo difícil que es regular este sector y la razón por la que se deben adoptar reformas en cada sistema por separado antes de unificarlos.

Finalmente, si bien este trabajo sólo aborda los seguros, hay otros temas que debieran tenerse en consideración, como la competencia en el mercado de los medicamentos, la mejora de los ingresos para los médicos especialistas y el uso de tecnología para acercarlos a las necesidades de las regiones en que no hay presencia de éstos.

III. Comentarios de Claudio Lucarelli a la propuesta

Claudio Lucarelli

Decano de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de los Andes y profesor en The Wharton School, University of Pennsylvania.

1. Introducción

La propuesta presentada es interesante y se hace cargo de la realidad política y la factibilidad de implementar cambios al sistema. Consiste en una reforma gradual cuyos elementos van en la dirección de mejorar el funcionamiento del mercado de salud chileno. Tiene muchas similitudes con modelos implementados en países europeos, donde las preferencias de la sociedad se orientan hacia un sistema solidario, y con una regulación que limita la capacidad de los aseguradores para adaptar las primas al riesgo de los asegurados, principalmente por considerar este tipo de ajustes como discriminatorios. En dichos escenarios, la compensación por riesgos surge como una de las principales propuestas de política pública para mitigar los efectos de la selección adversa y del riesgo de reclasificación.

Si bien esos contextos son atractivos en las circunstancias políticas actuales que enfrenta Chile, no lo son desde el punto de vista del funcionamiento eficiente de los mercados. Existen alternativas más simples y directas para atacar estos problemas, pero que, probablemente, encuentren mayor resistencia política, principalmente, debido a dos malentendidos que están muy instalados en la opinión pública y también en algunos segmentos de la profesión. El primero tiene que ver con el propósito y funcionamiento de un seguro, que es proteger a los beneficiarios de cambios abruptos en su ingreso por eventos inciertos y para ello se *agrupan* personas de riesgos *similares*, y las primas cobradas están asociadas a dicho riesgo. Sin embargo, es frecuente escuchar que el objetivo del seguro es lograr esa protección a través de la *transferencia* de riesgo desde aquellos más riesgosos a los de menor riesgo; en el caso de la salud, desde los de mayor edad y enfermos hacia los más jóvenes y sanos. El segundo malentendido tiene que ver con el precio del seguro, que en general se asocia con la prima, sin embargo, la mayor parte de la prima corresponde al gasto esperado que los beneficiarios reciben cuando el evento incierto se realiza. El precio del seguro corresponde a un porcentaje, en general bastante pequeño que se destina a cubrir los gastos de administración y ventas de la compañía aseguradora.

2. Análisis de la propuesta

El punto central de la propuesta consiste en la implementación de un esquema de compensación por riesgo entre las aseguradoras. En un escenario en que se limita la capacidad de las aseguradoras para ajustar las primas al riesgo cubierto, en que primas distintas son consideradas discriminatorias, y en que se piensa que la única forma de lograr solidaridad es a tra-

vés de primas comunitarias, el mecanismo de compensación por riesgos surge como una alternativa atractiva para mitigar el problema de selección adversa¹. Al cobrar primas parejas, existe un incentivo por parte de las aseguradoras para seleccionar a aquellos que son relativamente más sanos y de este modo lograr mayores utilidades. Al compensar el riesgo con transferencias entre aseguradoras dependiendo del riesgo de sus afiliados, se elimina este incentivo, mitigando de esta forma la selección por riesgo y el problema de selección adversa. Sin embargo, es importante destacar que no hay magia en esto. Los planes de los individuos de bajo riesgo serán más caros comparados con un sistema en que las primas se ajustan al riesgo del beneficiario. Al decir más caros, nos referimos a precio (no a prima), es decir, cuando hay primas más altas para un mismo nivel de gasto esperado, la diferencia para ese beneficiario corresponde a precio. Ese mayor precio corresponde a un impuesto a los de menor riesgo, para ir en ayuda de los de mayor riesgo que, sin embargo, no son necesariamente pobres, siendo, por lo tanto, un impuesto con mala focalización.

Desde un punto de vista de eficiencia, un mercado de seguros que funcione ajustando las primas por riesgo y que implemente solidaridad a base de transferencias financiadas por impuestos generales es claramente superior. De esta forma, las transferencias van hacia aquellos que la sociedad considera que tienen ingresos que es necesario complementar para financiar su plan de salud. Chile tiene experiencia implementando programas de este tipo, que introducen solidaridad sin distorsionar el mercado completo para ir en ayuda de aquellos que lo necesitan. En este mercado debería operar la misma lógica; la gran mayoría de los chilenos son relativamente sanos y no tan pobres, por lo tanto, un mercado que opere ajustando por riesgo debería funcionar para la mayoría. El componente restante para un funcionamiento eficiente es hacerse cargo del riesgo de reclasificación, que corresponde al aumento de primas debido a cambios en el riesgo de las personas en el tiempo. Este es el principal problema que enfrentamos en la actualidad, ya que la renovación garantizada si bien mitiga el problema, genera cautividad. El problema se debe atacar en su origen, y, por lo tanto, asegurar el riesgo de reclasificación es la solución directa al problema. Ello entregaría movilidad al sistema.

Los esquemas de compensación por riesgo tienen otras limitantes desde el punto de vista metodológico. En general, se plantean como un problema estadístico que trata de predecir la

¹ Es importante mencionar que la propuesta comentada no plantea primas comunitarias (iguales para todos), sino libertad en la fijación de las primas por parte de los aseguradores y subsidios ajustados por riesgo a las personas para pagar dichas primas. Se asume que cuando el autor se refiere al escenario, más bien se hace alusión a la visión que ha permeado la discusión respecto a que para evitar la discriminación, se deben cobrar las mismas primas a todos los usuarios (nota de la editora).

utilización a base de algunos factores de riesgo. El desafío es lograr un nivel de ajuste alto en esa regresión (instrumento estadístico). Sin embargo, incluso si el ajuste es perfecto, es necesario destacar que la utilización es un objeto de equilibrio en un modelo de comportamiento, en que la presencia del seguro altera de manera heterogénea la conducta de las personas. De este modo, es aún posible para las aseguradoras seleccionar riesgos más favorables considerando aspectos de comportamiento o de condiciones médicas que no entran en las mediciones objetivas incluidas en el modelo de compensación por riesgo.

En otro punto de la propuesta, los autores hablan sobre cobertura universal, la que se lograría con obligatoriedad y subsidios. Sin embargo, tomando en cuenta el funcionamiento de un mercado que opera ajustando por riesgo, un seguro que se encuentra a precio razonable es algo que toda persona aversa al riesgo debería tomar. Entonces, los mandatos son menos necesarios, salvo para un pequeño porcentaje de la población que podría tener comportamientos no racionales, a los que se debe obligar a tomar el seguro. Por lo tanto, en un mercado de seguros que ajuste por riesgo no debiera haber problemas de cobertura.

En relación con el número de planes, se plantea la existencia de un número reducido de éstos. Existe una visión en torno a los seguros que plantea que son productos complejos, que la gente está confundida, que existe gran cantidad de planes y que no se están tomando buenas decisiones. Sin embargo, en economía estamos interesados en lo que la gente hace, y no lo que la gente dice. Por ello, al revisar los datos, distintos estudios (Ketcham et al. 2012 y 2015) han concluido que, en realidad, la gran cantidad de planes no tiene impacto en lo que es inercia o *choice overload*, es decir, la gente en realidad no está agobiada por el número de planes y, por lo tanto, toma buenas decisiones. Por ejemplo, se estudió el mercado de seguros para medicamentos en Estados Unidos con personas mayores de 65 años, y se encontró que la gente toma buenas decisiones en torno a su cobertura de salud, ya que compran seguros que son cercanos al plan de mínimo costo. Otro descubrimiento es que, si existen errores, los individuos los corrigen bastante rápido, cambiándose de plan. Y ésta es una de las lecciones para nuestro país, la movilidad debe existir en nuestro sistema. Un tercer hallazgo se refiere a que el número de planes hace que las personas encuentren el plan que mejor les acomode y que se ajuste más a su perfil de riesgo. Dado lo anterior, disminuir el número de planes para evitar confusión no es un argumento que tenga sustento según lo que se ha encontrado en la literatura.

El alza de las primas es otro de los aspectos que genera descontento en los afiliados al sistema de salud privado. Con respecto a este tema, los autores plantean que exista una institución que haga los análisis de costo-efectividad y costo-beneficio para las tecnologías a cubrir. Esquemas de este tipo son frecuentes en Europa, sin embargo, es importante destacar

que esto tiene algunos riesgos, ya que la valoración de un año adicional de vida puede diferir entre lo que las personas privadamente valoran y el valor que la agencia reguladora considera para la introducción de nueva tecnología. Algunos estudios han encontrado grandes disparidades en el acceso a tecnología dependiendo de si la entrada está dada por aspectos de seguridad y de mercado, versus agencias reguladoras. Estas disparidades reflejan diferencias entre la valoración de un año adicional de vida entre las personas y la burocracia. Por ello se debe ser cuidadoso en este aspecto. El burócrata que va a decidir la tecnología que vamos a tener disponible puede tener un valor de la vida muy distinto de lo que la gente de forma privada tiene. Pero también se debe considerar que la tecnología es una de las causas del alza de los costos. Por ello es interesante dar la opción a las personas de optar por planes en los cuales la tecnología entra de a poco u otros que están a la vanguardia tecnológica. Es importante atender esas diferencias.

En cuanto a los pagos, se mencionan sistemas modernos, como grupos relacionados de diagnósticos (GRD) y alejarnos del tan denostado pago por servicio (*fee for service*). Es importante señalar que existe una confusión en la literatura en torno a la maximización de utilidades y la maximización de ingresos. Si se considera que los hospitales y los médicos maximizan utilidades, un pago por servicio no tendría problema alguno en generar el volumen óptimo, porque hay un costo que, en algún momento subirá (por el agotamiento del médico, la capacidad del hospital, etcétera). Por lo tanto, si se busca el punto óptimo entre ingreso marginal y costo marginal, podemos encontrar en un esquema *fee for service* una cantidad óptima. Si por algún motivo consideramos que la cantidad ofrecida es mayor a la que creemos óptima, disminuyendo el pago *fee for service* debería ser suficiente.

Finalmente, los autores hablan de tener mejores instituciones para el comportamiento anticompetitivo, lo cual es positivo no solo dentro de las aseguradoras, sino también entre los mercados que están asegurando estos seguros de salud. Sin embargo, es cuestionable la propuesta de una institución de libre competencia propia para salud. La institucionalidad actual es capaz de albergar mayor actividad en el área de salud y allegar más capital humano especializado en este tema.

IV. Comentarios de Héctor Sánchez a la propuesta

Héctor Sánchez

Director Ejecutivo del Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello y ex Superintendente de Isapres.

1. Introducción

Sin duda la propuesta de reforma de los seguros de salud en Chile presentada por los autores es provocativa y constituye un aporte interesante para reiniciar el debate sobre este tema. Esta discusión ha estado paralizada, a pesar de que la salud es un tema importante para la población. En efecto, las encuestas, como la elaborada por el Centro de Estudios Públicos (CEP) o por el Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello (ISP-UNAB), nos muestran que la gente está insatisfecha con el actual sistema de salud. A pesar de que hay bastante satisfacción con su sistema de salud para quienes están en una institución de salud previsional (isapre) y particularmente, con los prestadores de servicios de salud privados. Al profundizar un poco más, se encuentra que esto último responde al alto nivel de servicios, en comparación con el sector público, que también entrega un muy buen nivel de servicio, pero sólo para aquellos que llegan a ser atendidos, por lo que el principal problema del sector estatal está hoy en acceder a los servicios.

La propuesta presentada está dividida en tres partes: i) el contexto, ii) la propuesta propiamente tal y iii) la transición, aspectos que serán comentados.

2. Comentarios al contexto de la propuesta

Con respecto al contexto, el trabajo muestra una correcta caracterización de cómo está funcionando el sistema de seguros en Chile, sin embargo, es importante precisar cuatro aspectos que son la base del problema que estamos viviendo.

En primer lugar, la explosión de costo del sistema de salud en Chile, que no tiene mucho que ver con el riesgo moral, sino más bien, por una parte, con el peso de la carga de enfermedad acumulada que hay en el país, que no se ha enfrentado adecuadamente con políticas públicas eficaces. Y, por otra parte, con el modelo de atención utilizado por los sistemas de salud, que son equivocados. En efecto, la tasa de crecimiento anual de los costos en el sistema público es de un 10% y en el sector privado de un 6%, por lo que ambos están bastante asfixiados. El problema de fondo no se ha abordado y, por tanto, una reforma de los seguros debe tomar en cuenta estas dimensiones.

En segundo lugar, adicionalmente a los aumentos de costos en ambos subsectores (que en el caso estatal se resuelve con un mayor aporte fiscal y en el privado con mayores precios y primas), hay una baja en la productividad en ambos subsectores, que es más fuerte en el sector público. Éste es un factor relevante a la hora de analizar cualquier reforma. Estudios que hemos realizado en el instituto muestran que las bajas de productividad varían entre un

1,5 y 4% al año en el sector público (documento universitario del Instituto de Salud Pública de la UNAB del autor Rony Lenz), que son números relevantes.

En tercer lugar, existe una pérdida de capital político por parte de las instituciones de salud, tanto públicas como privadas. Por lo tanto, no es fácil enfrentar una reforma que deje que las instituciones se ajusten como subsectores, si es que no se desarrolla un cambio más profundo que aborde todo el sistema de salud. El bajo prestigio social de las instituciones públicas y privadas se aprecia en las diversas encuestas mencionadas anteriormente. Desde el punto de vista de la opinión pública, las instituciones no dan el ancho, a pesar de que sí están resolviendo problemas específicos.

Finalmente, es importante tener presente que el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) no es un seguro, o más bien es uno “a medias”. Fonasa funciona como seguro de corte clásico en la modalidad de libre elección: con pago por acto médico, que incentiva el gasto, comprando prestaciones y no soluciones. Por lo tanto, no hay una mirada de costo-efectividad, lo que representa un problema. En la modalidad institucional, Fonasa no es un seguro, sino que es el organismo que financia el sector público prestador. Dado lo anterior, en una reforma de seguros como la propuesta por los autores del trabajo en comento, los recursos de Fonasa se van a un fondo compensatorio por riesgo, y luego con eso se van a financiar las primas del seguro único. Ello podría generar un déficit fiscal mayor por la falta de financiamiento a los prestadores estatales, durante un período indeterminado, si es que no se diseña adecuadamente una transición en los modelos de gestión y transición “financiera”, lo que ningún gobierno estará dispuesto a hacer. Lo anterior se debe a que las personas no quieren seguir atendiéndose en el sector público, según lo indican las encuestas y, por tanto, optarán por seguros privados para acceder a prestadores privados y así tener la posibilidad de elegir. Ello se traduce en que parte importante de los recursos que hoy día se utilizan para financiar el sector público se irían a financiar prestaciones en el mundo privado. A pesar de ello, se deberá seguir manteniendo la infraestructura pública, salvo que la hagamos desaparecer, y eso no es posible. Por lo tanto, estamos frente a una de las grandes dificultades para avanzar en reformar los seguros en Chile. Y ello responde, finalmente, a cómo se financia el sector público en este país. Fonasa está gastando una parte muy importante de sus recursos en costear el sector público prestador.

En relación con el diagnóstico presentado, hay que tener presente que, en estricto rigor, no solo el riesgo moral da cuenta del incremento del costo en el caso de los seguros privados en salud. Aquí hay dos variables claves: primero, un modelo de negocio equivocado, que está basado en la compra de la libre elección de especialistas, y segundo, que utiliza el sistema de

pago por servicio (*fee for service*). Estas dos variables son, desde el punto de vista de la explosión de costos, inflacionarias. Esto afecta a todo el sistema, tanto a la modalidad de libre elección de Fonasa, como a las isapres, que quisieran cambiar estas dos dimensiones, ya que son claves desde el punto de vista de los actuales problemas de costos. En efecto, según la información de Fonasa, el incremento del gasto en la modalidad de libre elección de dicho asegurador, va muy por encima de la curva de costos de la modalidad de atención institucional.

En relación con el análisis que hacen los autores respecto de las propuestas existentes, sobre el contexto político, en el texto hay una sobrevaloración de los acuerdos, a pesar de que se identifica que existen desacuerdos. A mi juicio, hay una gran discrepancia en el sector salud que, en términos reales, afecta la mirada a futuro del sistema de salud. Sobre este punto hay dos grandes tendencias de pensamiento, una que considera que el problema se tiene que resolver a través de un seguro único, idealmente de carácter estatal, financiado con cotizaciones o con financiamiento público a través de impuestos generales. La otra postula la vía de los multiseguros, donde debe haber más libertad, más competencia y que se puede financiar con cotizaciones y con subsidios públicos. Hasta este momento, estos dos mundos no han podido ponerse de acuerdo, y dividen cualquier discusión que permita llegar a un entendimiento futuro. Con respecto a aquello, desde la perspectiva de la economía política, la propuesta tiene un problema que no es menor.

3. Comentarios a la propuesta y la transición

Técnicamente dentro de la lógica del diseño de la solución planteada, la propuesta está muy bien construida. Contempla un modelo de multiseguros y con subsidio a la demanda, aborda los aspectos que una proposición de esta naturaleza debe contener y estimula la participación de diversas instituciones fomentando la competencia. Se plantea que debe existir la máxima apertura para establecer contratos entre prestadores y aseguradores y faculta a las empresas a utilizar diversas herramientas para comprar en forma inteligente.

¿Será suficiente este tipo de facultades y la competencia para que los seguros y prestadores incorporen nuevos métodos de compra? Aparentemente, en el caso chileno no se ha demostrado que el mercado por sí solo haya sido suficiente para generar las condiciones antes mencionadas. Un ejemplo es la experiencia de las Garantías Explícitas en Salud (GES), en que se dejó al mercado que se hiciera cargo de diseñar e implementar modelos de compra inteligente e instalar esquemas de gestión clínica en los establecimientos de salud, lo que aún no ha sucedido. Ello porque ha primado la compra de paquetes de servicios no basados en costo-

efectividad, sino que más bien en menor precio. Considero que se debe elaborar paralelamente un sistema de asignación de recursos en el sistema público y un cambio de modelos de compra en el privado que estimule el cambio en los modelos de atención, fomentando el diseño de soluciones basadas en costo-efectividad.

Respecto de la transición propuesta, está el problema de fondo que afecta a las dos miradas sobre cómo reformar el esquema de seguros y que a mi juicio impide ponerse de acuerdo. En efecto, para ejemplificar y a modo de analogía, es como si los sostenedores de ambas visiones que hoy se confrontan nos dibujaran dos islas diferentes en el horizonte del Pacífico, ambas maravillosas y con grandes atractivos que cada grupo releva al máximo. Sin embargo, ninguno de estos sectores nos ha dicho hasta el momento cómo vamos a llegar desde el continente (situación actual) a la isla que quiere alcanzar cada sector (visión de cada posición). Es decir, no se ha diseñado la carta de navegación. A mi juicio, si no nos hacemos cargo del problema de la transición (la carta de navegación en la analogía), el problema es bastante serio.

Con el objeto de aportar a la discusión como ISP, hemos analizado en un libro (Arredondo et al. 2017) las posibles transiciones para los dos modelos de aseguramiento para el país que hoy se discuten y que tienen más sostenedores en el ámbito político y técnico. El resultado es que hay un largo camino común para ambos modelos, ya que cualquiera sea la reforma que se lleve adelante, hay que fortalecer Fonasa y transformarlo en un verdadero seguro público, se deben transformar las isapres e introducir incentivos para cambiar los modelos de compra, se debe crear un plan universal de salud y un fondo compensatorio por riesgo eliminando preexistencias y asegurando libre movilidad de afiliados dentro del sistema, entre otros. Todo ello antes de avanzar en fusionar ambos sistemas o implementar un modelo de multiseguros. Entonces, hemos llegado a la conclusión de que es mucho más productivo para el debate y para llegar a acuerdos intermedios de reforma, construir la transición, más que desgastarnos en construir la solución final y debatir sobre ésta. Lo anterior no implica en absoluto abdicar de los modelos finales que cada uno quiera implementar para el país en el largo plazo.

El punto de vista de la transición que debe tomarse en consideración, a diferencia del presentado en la propuesta (el cual se enfoca en responder y resolver los problemas de la propia propuesta en sí), es que la transición debe avanzar en dos grandes dimensiones:

- i) La primera es la dimensión de cómo transformamos el aparato público y ello marca la duración de la transición. Esto último dependerá de cuánto tiempo demorará reformar el sistema público en su conjunto (financiamiento y prestación de servicios), siendo lo más importante el sistema público prestador, principalmente el nivel hospitalario. Si no somos capaces de ello, quizás haya que considerarlo como una pérdida. Ésta es una afirmación que políticamente no es tan razonable decir, sin embargo, si no se introducen

importantes reformas al sistema público hospitalario, éste se debilitará más en forma progresiva. La reforma tiene que enfocarse en la capacidad de transformar Fonasa, renovar y aumentar la eficiencia del aparato público prestador, y modificar las isapres simultáneamente. Con ello se permite que todos los actores puedan trabajar bajo una misma lógica de funcionamiento, con las mismas características, para que sean lo más parecidos posible. Ello en una transición que, en su primera etapa, cumpla las funciones de normalizar y homogeneizar ambos subsistemas. Lo anterior significa que los prestadores públicos y privados trabajen con las mismas orientaciones, bajo un principio de costo-efectividad y orientando los modelos de gestión y atención hacia el diseño y ejecución de resoluciones a los problemas de salud. Consecuentemente, se debe avanzar en reducir la libre elección de especialistas y cambiarla por esquemas de atención estructurados por complejidad creciente, que vayan a resolver los problemas de salud de las personas. Los seguros, tanto el público como los privados, tienen que cambiar los mecanismos de compra, desde la adquisición de servicios a la de soluciones. Si no se modifica Fonasa y los hospitales simultáneamente con las isapres, puede suceder lo que pasó en Colombia. Allí, al inicio de la reforma de la ley 100, se dejó que los hospitales y seguros públicos compitieran abiertamente, lo que provocó la quiebra de muchos hospitales públicos y casi generó la quiebra del seguro social.

- ii) La segunda gran dimensión que se debe abordar en una etapa posterior de reforma, es la articulación de los seguros y de los prestadores públicos y privados. Y, en función de esa articulación, ir avanzando en una mayor integración de ambos subsistemas que pudiera funcionar en un modelo de seguro único o uno de multiseguros público y privado. El primer paso es fortalecer el desarrollo como “seguros” de Fonasa y las isapres por separado, cambiando los modelos de gestión de grupos de riesgo y los modelos de negocio. En el ámbito prestador, se debe perfeccionar y desarrollar con mayor énfasis la creación e implementación de soluciones a problemas de salud e incorporar nuevas tecnologías de la información y comunicaciones. Estas últimas permiten avanzar a nuevos esquemas de atención a distancia para enfermos crónicos y personas de la tercera edad, tanto en el sector público como privado. Luego de ello, recién se puede pensar en la integración de los seguros privados y el público, para implementar, ya sea un seguro único de salud, o un sistema de multiseguros. No sabemos cuánto demorará la transición, ya que va a depender de la maduración de las instituciones, definiéndose en gran medida en base a este proceso cuál de los modelos en discusión es más viable para nuestro país en eliminar las inequidades e ineficiencias que lo afectan.

Dicho todo lo anterior, no hay que olvidar que la gran reforma del sistema de salud chileno debe estar orientada al ámbito de las políticas de salud pública, de forma tal de revertir o moderar la evolución del actual perfil epidemiológico, haciéndose cargo del nuevo perfil demográfico, lo que no es pertinente tratarlo en esta oportunidad dado el centro de la discusión de este foro.

Para avanzar en la dirección de lo que indica la propuesta en comentario, considero que, primero se debe transitar otro camino previo de reformas. La invitación es en la línea de trabajar el diseño de una transición, que nos permita ir resolviendo los problemas que hoy día afectan a la población. A modo de ejemplo, ¿qué pasaría, en este modelo de transición, si a Fonasa se le permitiera crear planes distintos a los que actualmente tiene y que comenzara a producir competencia con el sector privado? ¿Qué pasaría si en las isapres se hace una reforma tal que se parezca más a Fonasa en términos de que no haya selección al ingreso, que haya un plan garantizado, un fondo de compensación por riesgo, en términos de libre movilidad, y, en definitiva, ambas instituciones se empiecen a parecer? Esto haría más fácil la integración y creemos que ese es el punto central al que se debe avanzar.

Un segundo ejemplo, desde el punto de vista de la prestación es ¿cómo logramos que el sector público prestador se parezca al sector privado prestador? El sector privado prestador tiene grandes atributos, tiene modelos de gestión eficientes, sabe desarrollar sistemas de información y buena medicina, pero lo que no sabe es producir soluciones, organizarse en redes ni crear soluciones integradas a través de redes basadas en criterios de costo-efectividad. Considero que eso es lo que tiene que aprender el sector privado. Por otro lado, ¿qué debe aprender el sector público para parecerse más al sector privado? Todas las prácticas del mundo de la gestión que se desarrollan en el sector privado.

Esos son, en definitiva, los grandes cambios previos que se deben hacer, aunque es poco probable que el cambio del sector público ocurra en un horizonte cercano, principalmente por razones políticas. En efecto, el sector público está absolutamente capturado por los gremios, lo cual es un problema político grave. Por tanto, la captura de los gremios del sector público prestador, de los hospitales y de servicios de salud es un gran freno a cualquier reforma.

4. Comentarios finales

La transición es un elemento central en cualquier propuesta de reforma sectorial. Por tanto, una propuesta como ésta se fortalecería aún más si es complementada por un capítulo de

economía política para identificar aquellos escenarios posibles y realistas y la posición de actores frente a la propuesta y variaciones de ésta.

A continuación se mencionan algunos aspectos a considerar. En primer lugar, dada la polarización en dos modelos de organización del sistema de salud en su conjunto (multiseguros con o sin subsidio a la demanda y seguro único financiado mediante cotizaciones y/o impuestos), es más viable políticamente poner de acuerdo a los diferentes actores si se identifica una transición sin casarse *ex ante* con un modelo final. Asimismo, se debe iniciar una transición con reformas que permitan primero resolver los problemas importantes y urgentes, claramente identificados en Fonasa y en las isapres y abordarlos simultáneamente, pero aún sin integrarlos en la solución. También es necesario focalizarse en aquellos cambios en los que se pueden lograr consensos, que son aquellos más instrumentales, pero que modifican la naturaleza de las instituciones. Por ejemplo, transformar las isapres en entidades de la seguridad social en salud y fortalecer Fonasa y ampliar sus competencias para generar nuevos planes y modificar modelos de compra. En salud se da la coincidencia de que los cambios que hay que hacer para alcanzar un estadio que permita la integración, en una primera fase de reforma, son los mismos en el ámbito de seguros y en el ámbito de la prestación de servicios de salud, cualquiera sea la visión de futuro.

Lo expuesto previamente requiere instalar principios de la seguridad social en las nuevas entidades de la seguridad social en salud (aseguradoras), manteniendo el sistema dual por un tiempo, para que luego evolucione hacia uno más integrado. Con reformas separadas a Fonasa y a las isapres se puede hacer que ambos modelos de seguros se fortalezcan. Así, a futuro ambos podrían participar en un esquema con prácticas similares, modelos de atención y compra parecidos y guiados por principios de la seguridad social en salud.

Implementar cambios en el sistema público prestador para transformarlos en entidades que puedan competir con prestadores privados pasa a ser un factor esencial en una reforma financiera. Si no se logran estas modificaciones al mismo ritmo que las asociadas al ámbito del financiamiento, se puede producir un costo fiscal muy alto. Es probable que las personas prefieran las entidades de la seguridad social en salud privadas, en redes de prestadores privadas, con lo que el sistema público perderá afiliados y financiamiento, y el Estado debiera financiar no sólo el subsidio a la demanda, sino también al sistema público. No se sabe entonces cuánto aumentaría el gasto fiscal. Estas reformas deben marcar el ritmo de la transición.

En segundo lugar, es conveniente identificar otra área de conflicto y ésta está relacionada con el diseño del plan nacional de salud, si se desea que éste sea el catalizador del cambio en el modelo de atención y de funcionamiento del mercado de la salud. En efecto, se debe crear un plan que incentive y promueva un modelo de atención adecuado al perfil demográfico y

epidemiológico (centrado en el fomento-protección de la salud, en el manejo de enfermos crónicos y tercera edad). Asimismo, el plan debe considerar el funcionamiento en redes de prestadores, estos últimos organizados en base a un modelo de atención por complejidad creciente, que debe estar orientado a producir soluciones y a reducir sustancialmente la medicina basada en la libre elección de especialistas y pago por acto médico.

Lo anterior implica que se verán afectados los médicos especialistas, prestadores privados y públicos, redes públicas y el mercado de los fármacos. Otro factor relevante es que es estrictamente necesario subir a los médicos en una reforma de esta naturaleza y hay que pagar el precio de hacerlo, la experiencia de grandes reformas de salud en Chile y en el mundo así lo demuestran.

Finalmente un comentario para señalar que en una iniciativa como la propuesta, antes de transformarla en un proyecto de ley, se debe determinar con precisión, a lo menos: i) el plan de salud y su valor, considerando planes con diferentes deducibles, ii) los efectos financieros de las reformas provocados por movilidad de la cartera desde Fonasa a isapres o viceversa y iii) el impacto en el gasto fiscal en salud bajo diferentes escenarios posibles.

V. Referencias y bibliografía consultada

- Akerlof, G., 1970, 'The Market for "Lemons": Quality uncertainty and the market mechanism', *The Quarterly Journal of Economics* 84(3).
- Arredondo, A., Bertoglia, M. P., Inostroza, M., Labbé, J., Lenz, R. y Sánchez, H., 2017, *Construcción política del sistema de salud chileno: La importancia de la estrategia y la transición*, M. Inostroza y H. Sánchez (eds.), Santiago: Instituto de Salud Pública, Universidad Nacional Andrés Bello.
- Arrow, K., 1963, 'Uncertainty and the welfare economics of medical care', *The American Economic Review* 56(5).
- Baeza, C. & Copetta, C., 1999, 'Análisis conceptual de la necesidad y factibilidad de introducir mecanismo de ajuste de riesgo en el contexto de portabilidad de los subsidios públicos en el sistema de seguros de salud en Chile', Claiss.
- Banco Interamericano de Desarrollo, 2014, 'Planes de beneficios en salud de América Latina', en U. Giedion, R. Bitrán y I. Tristao (eds.), División de Protección Social y Salud.
- Barr, N., 2003, *The welfare state as piggy bank*, Oxford: Oxford University Press.
- Barua, B. & Fathers, F., 2014, 'Waiting your turn: wait times for health care in Canada, 2014 Report', Fraser Institute. <http://www.fraserinstitute.org/uploadedFiles/fraser-ca/Content/research-news/research/publications/waiting-your-turn-2014.pdf>
- Beck, K., Spycher, S., Holly, A. & Gardiol, L., 2003, 'Risk adjustment in Switzerland', *Health Policy*, 63-7.
- Bossert, T. & Leisewitz, T., 2016, 'Innovation and change in the Chilean health system', *The New England Journal of Medicine*.
- Butelmann, A., Duarte, F., Nehme, N., Paraje, G. & Vergara, M., 2014, 'Tratamiento para un enfermo crítico. Propuestas para el sistema de salud chileno', *Informe de políticas públicas* N°4, Espacio Público.
- Centro de Estudios Públicos, 2017, 'Estudio nacional de opinión pública N° 80 – Tercera serie, julio-agosto 2017'. Santiago: Centro de Estudios Públicos.
- Centro de Estudios Públicos y Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, 2017, 'Propuesta de modernización de los prestadores de servicios de salud estatales'.
- Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2013, 'Propuesta de un modelo de implementación e institucionalización de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Chile', Ministerio de Salud.
- Cutler, D. & Zeckhauser, R., 2000, 'The anatomy of health insurance', en A. J. Culyer & J. P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*, primera edición, volumen 1, Elsevier.
- Doetinchem, O., Carrin, G. & Evans, D., 2010, 'Thinking of introducing social health insurance? Ten questions', *World Health Report (2010)*, Background Paper 26.
- Ellis, R., Ibern, P., Wasem, J. & Vargas, V., 2008, 'Panel de expertos para la evaluación del fondo de compensación solidario entre Isapres', Superintendencia de Salud.
- Enthoven, A., 1993, 'The history and principles of managed competition', *Health Affairs* 12 (1), 24-48.

- Espinoza, M., Candia, G., Madrid, R., Alaniz, R., Lavín, C. & Madrid, M. P., 2014, 'Evaluación de tecnologías sanitarias en Chile: propuesta de institucionalización de un proceso de toma de decisiones sobre cobertura en salud', en *Propuestas para Chile*, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Goodman, J., 2005, 'Health care in a free society. Rebutting the myths of national health insurance', *Policy Analysis* 532, CATO Institute.
- Henríquez, J. & Velasco, C., 2015a, 'Las desigualdades en la atención médica en los último 20 años', *Propuestas de Política Pública* 13, Centro de Estudios Públicos.
- Henríquez, J. & Velasco, C., 2015b, 'Radiografía del uso del sistema de salud en Chile (1992-2000-2013)', *Puntos de Referencia* 407, Centro de Estudios Públicos.
- Henríquez, J., Velasco, C., Mentzakis, E. & Paolucci, F., 2016. 'Más equidad y eficiencia en Isapres: Evaluación y propuestas al mecanismo de compensación de riesgos', *Debates de Política Pública* 18, Centro de Estudios Públicos.
- Ibáñez, C., 2016, 'Demanda por seguros complementarios de salud e hipótesis de selección adversa y riesgo moral en base a CASEN 2015', Superintendencia de Salud.
- Ketcham, J., Lucarelli, C., Powers, C., 2015, 'Paying Attention or Paying Too Much in Medicare Part D' *American Economic Review*, 105(1): 204-33.
- Ketcham, J., Lucarelli, C., Miravete, E., Roebuck, C., 2012, 'Sinking, Swimming or Learning to Swim in Medicare Part D', *American Economic Review*, 102(6): 2639-73.
- McGuire, T., Newhouse, J., Normand, S-L., Shi, J. & Zuvekas, S., 2014, 'Assessing incentives for service-level selection in private health insurance exchanges', *Journal of Health Economics*, 47-63.
- Newhouse, J., 1982, 'A summary of the rand health Insurance study', *Science and Public Policy* II 87, 111-114.
- Normand, C. & Busse, R., 2002, 'Social health insurance financing', en E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras y J. Kutzin (eds.), *Funding health care: Options for Europe*, Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Oliver, A., 1999, *Risk adjusting health care resource allocations*, London: Office of Health Economics.
- Organización Mundial de la Salud, 2010, 'The World Health Report 2010. Health Systems Financing: The path to universal coverage', Organización Mundial de la Salud.
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, 2017, *Health at a Glance: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- Paolucci, F., 2011, 'Health care financing and insurance. Options for design', en H. E. Frech III y P. Zweifel (eds.), *Developments in health economics and public policy* 10, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.
- Paolucci, F., 2016, 'Designing efficient & affordable national health insurance for Chile', presentación en el Seminario "Seguros sociales en salud: una propuesta para Chile", Centro de Estudios Públicos, 15 de junio.
- Paolucci, F., Den Exter, A. & van de Ven, W.P., 2006, 'Solidarity in competitive health insurance markets: analysing the relevant EC legal framework', *Health Econ Policy Law* 1(Pt 2), 107-26.

- Paolucci, F. & Velasco, C., 2017, 'Reformando el Sistema de seguros de salud chileno: Elección, competencia regulada y subsidios por riesgo', *Debates de Política Pública*, 25, Centro de Estudios Públicos.
- Pardo, C. & Schott, W., 2013, 'Health insurance selection in Chile: a cross-sectional and panel analysis', *Health Policy Plan* 9 (3), 302-312.
- Pauly, C., 1974, 'Overinsurance and public provision of insurance: the roles of moral hazard and adverse selection', *The Quarterly Journal of Economics*, 88(1).
- Rice, N. & Smith, P., 2001, 'Ethics and geographical equity in health care', *Journal of Medical Ethics*, 27(4), 256-61.
- Rothschild, M. & Stiglitz, J., 1976, 'Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information', *The Quarterly Journal of Economics* 90(4).
- Santelices, E., Ormeño, H., Delgado, M., Lui, C., Valdés, R. & Durán, L., 2013, 'Análisis de la eficiencia técnica hospitalaria 2011', *Revista Médica de Chile* 141(3), 332-337.
- Sánchez, H. & Inostroza, M., 2011, *La salud del bicentenario, Chile 2011-2020: desafíos y propuestas*, Instituto de Políticas Públicas y Gestión, Salud y Futuro-Universidad Nacional Andrés Bello.
- Sapelli, C., 2004, 'Risk segmentation and equity in the Chilean mandatory health insurance system', *Social Science and Medicine* 58, 259-265.
- Superintendencia de Salud, 2016a, 'Estudio de opinión a usuarios del sistema de salud y posicionamiento de la Superintendencia de Salud', http://www.supersalud.gob.cl/portal/articles-14149_recurso_1.pdf
- Superintendencia de Salud, 2016b, 'Diferencias y heterogeneidad en los precios de un conjunto de prestaciones en prestadores privados de la Región Metropolitana', Departamento de Estudios y Desarrollo.
- Superintendencia de Salud, 2017a, 'Simulaciones y propuesta de perfeccionamiento del mecanismo de compensación de riesgos GES interlsapres', Documento de trabajo, Departamento de Estudios y Desarrollo, 28 de diciembre. http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-16501_recurso_1.pdf
- Superintendencia de Salud, 2017b, 'Antecedentes empíricos para la evaluación del mecanismo de compensación de riesgos GES interlsapres', Documento de trabajo, Departamento de Estudios y Desarrollo, 28 de diciembre. http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-16500_recurso_1.pdf
- Superintendencia de Salud, 2018, 'Estudio de opinión sobre el Sistema de Salud 2017. Beneficiarios del Fonasa y de Isapres abiertas'. Elaborado por Universidad de Concepción.
- Thomson, S., Busse, R., Crivelli, L., van de Ven, W. & Van de Voorde, C., 2013, 'Statutory health insurance competition in Europe: A four-country comparison', *Health Policy* 109, 209-225.
- van de Ven, W. & Ellis, R., 2000, 'Risk adjustment in competitive health plan markets', En A. Culyer, & J. Newhouse, *Handbook of Health Economics*, pp. 757-845, Elsevier Science.

- van de Ven, W. & Schut, F., 2011, 'Guaranteed access to affordable coverage in individual health insurance markets', en S. Glied & P. C. Smith (eds.), *The Oxford Handbook of Health Economics*, Oxford University Press, Nueva York, Estados Unidos.
- van de Ven, W., Beck, K., Buchner, F., Schokkaert, E., Schut, E. Shmueli, E. & Wasem, J., 2013, 'Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: Are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland?', *Health Policy* 109, 226-245.
- van de Ven, W., van Vliet, R. & van Kleef, R., 2017, 'How can the regulator show evidence of (no) risk selection in health insurance markets? Conceptual framework and empirical evidence', *European Journal of Health Economics* 18(2), 167-180.
- Vargas, V. & Poblete, S., 2008, 'Health prioritization: The case of Chile', *Health Affairs* 27(3), 782-792.
- Velasco, C., 2014, '¿Seguro único o multiseguros? Análisis del informe de la comisión presidencial de salud', *Puntos de Referencia* 386, Centro de Estudios Públicos.
- Velasco, C., 2016, '¿Hacia dónde vamos en salud? Cómo avanzar hacia un sistema de seguros sociales', *Puntos de Referencia* 436, Centro de Estudios Públicos.
- Vergara, M., 2014, 'Propuesta de reformas a los prestadores públicos de servicios médicos en Chile', *Documento de Referencia* 12, Espacio Público.