

# Puntos de Referencia

EDICIÓN DIGITAL  
N° 511, julio 2019

## Hacia un esquema integrado en salud: comentarios a la reforma

**Carolina Velasco**

CENTRO DE ESTUDIOS PÚBLICOS

### Resumen

**E**n abril de 2019 el gobierno presentó una serie de propuestas legales que forman parte de la denominada “cirugía mayor al sistema de salud”, que modifican tanto al régimen en que funciona el Fondo Nacional de Salud, como al que rige a las instituciones de salud previsional. El nuevo ministro de Salud ha señalado que modificará la parte relativa a isapres para volver a la tramitación del texto presentado en 2011, que ya había sido aprobado en la cámara de diputados en 2013. Dado que el texto aprobado es una fracción menor del plan original, su tramitación abre un espacio para debatir y perfeccionar dichas normas.

La reforma presentada busca abordar los problemas largamente diagnosticados en ambos esquemas previsionales de salud, mediante la reforma gradual de “los esquemas de seguros para avanzar hacia un sistema que garantice asequibilidad, competencia, transparencia y libre afiliación poniendo fin a las preexistencias” y que otorgue mayor certeza del gasto de bolsillo en salud y mayor protección financiera ante eventos importantes de salud. En particular, se plantea que Fonasa se desempeñe como un verdadero “Seguro Público”, que garantice el acceso, oportunidad y calidad de atenciones de salud a su población beneficiaria.

Los cambios planteados en la reforma abordan los problemas expuestos y avanzan hacia el logro de los objetivos que se proponen, pero, de manera parcial. En relación con Fonasa, si bien se le entregan algunas facultades, se mantiene su gobernanza y principales trabas al ejercicio de su rol como asegurador (poca autonomía respecto de los cambios políticos y atribuciones limitadas). En el caso de isapres, entre otros, y al igual que en el texto de 2011, el nuevo plan de salud y condiciones asociadas sólo se aplicaría a las isapres, obligando a los usuarios de Fonasa que quieren participar a trasladarse a un asegurador privado. Además, a pesar de que la reforma de 2019 permite la afiliación de los usuarios de Fonasa al nuevo esquema sin posibilidad de rechazo (no así el texto de 2011), las condiciones son poco atractivas. Todo lo anterior limita considerablemente el impacto de los cambios (menores precios, transparencia, acceso) y no logra cumplir a cabalidad los objetivos de la reforma.

Para que los cambios sean fructíferos se requiere que el plan de salud y condiciones asociadas, especialmente el financiamiento, no sean tan diferentes entre aseguradores (estatal y privados), para evitar comportamientos estratégicos y que el nuevo esquema sea asequible para todos (libre afiliación y financiamiento adecuado). Ello permitiría llegar a un sistema que no segmenta (por riesgo e ingresos) en un plazo mediano. Es importante avanzar en la modificación de los aspectos requeridos en ambos esquemas de seguro actuales paralelamente, en la línea de lo que se denomina competencia administrada o regulada de seguros de salud, como ocurre en otros países (Alemania, Holanda, Colombia), donde instituciones y beneficiarios participan y se benefician en igualdad de condiciones.

## I. Introducción

En abril de 2019 el gobierno presentó una serie de propuestas legales que forman parte de la denominada “cirugía mayor al sistema de salud”. El primero de ellos propone modificaciones al régimen en que funciona el Fondo Nacional de Salud (Fonasa)<sup>1</sup>. El segundo, al marco que rige a las instituciones de salud previsional (isapres) y, el tercero crea un Seguro de Salud de Clase Media en Fonasa<sup>2</sup>. Cabe mencionar que el nuevo ministro de Salud ha señalado que retirará el proyecto relativo a isapres para volver a la tramitación del texto presentado en 2011 (ver anexo), que ya había sido aprobado al menos por la cámara de diputados en 2013<sup>3</sup>. Sin embargo, el texto aprobado es una fracción menor del original, por lo que se requiere reponer y volver a discutir los componentes principales (definición del plan, compensación por riesgo y libre afiliación).

La reforma presentada en 2019 busca abordar los problemas largamente diagnosticados en ambos esquemas previsionales de salud. En Fonasa, el acceso, la calidad y los tiempos de espera para la atención en salud e insuficiente protección financiera. Y en las isapres, el acceso para las personas con preexistencias (y bajos ingresos), cautividad, discriminaciones por sexo y edad, falta de competencia (altos costos) y transparencia, insuficiente protección financiera (por gastos ante enfermedad grave, no cobertura de medicamentos ambulatorios, poca transparencia en precios de prestadores), y judicialización.

Se plantea resolver dichos problemas mediante la reforma gradual de “los esquemas de seguros para avanzar hacia un sistema que garantice asequibilidad, competencia, transparencia y libre afiliación poniendo fin a las preexistencias” y que otorgue

mayor certeza del gasto de bolsillo en salud y mayor protección financiera ante eventos importantes de salud. Ello requiere que Fonasa se desempeñe como un verdadero “Seguro Público”, que garantice el acceso, oportunidad y calidad de atenciones de salud a su población beneficiaria. En las isapres, se apunta a mayor transparencia, competencia y con ello a contener costos, así como a mayor solidaridad dentro del sistema, afrontando el problema de las discriminaciones arbitrarias por edad, sexo y estado de salud, la judicialización y una mejora de su fiscalización y solvencia.

Los cambios planteados en la reforma abordan los problemas expuestos y avanzan hacia el logro de los objetivos que se proponen. Sin embargo, este avance es insuficiente, por lo que su tramitación abre un espacio para debatir y perfeccionarla. En relación con Fonasa, si bien se le entregan algunas facultades, se mantiene su gobernanza y principales trabas al ejercicio de su rol como asegurador (poca autonomía respecto de los cambios políticos y atribuciones limitadas). En el caso de isapres, al igual que en el texto de 2011, el nuevo plan de salud y condiciones asociadas sólo se plantea para isapres, obligando a los usuarios de Fonasa que quieren adquirir el nuevo plan a trasladarse a un asegurador privado. De todas maneras, a diferencia del texto original de 2011, la reforma actual permite la afiliación de los usuarios de Fonasa al nuevo esquema sin declaración de salud ni posibilidad de rechazo por parte de las isapres, aunque bajo condiciones poco atractivas. Todo lo anterior limita considerablemente el impacto de los cambios (menores precios, transparencia, acceso).

Para que los cambios sean fructíferos se requiere que el plan de salud y condiciones asociadas, especialmente el financiamiento, no sean tan diferentes entre aseguradores (estatal y privados) para evitar comportamientos estratégicos y sea asequible para todos (libre afiliación y financiamiento adecuado). Ello permitiría un sistema que no segmenta (por riesgo e ingresos) en un plazo mediano. Es importante avanzar en la modificación de los aspectos requeridos en ambos esquemas de seguro actuales paralelamente, en la línea de lo que

<sup>1</sup> Boletines 12588-11.

<sup>2</sup> Formula indicación sustitutiva (22-04-2019) al proyecto de ley que modifica el sistema privado de salud, incorporando un plan garantizado (Boletín N°8105-11) y Boletín 12662-11, respectivamente.

<sup>3</sup> Dicho proyecto de ley fue sustituido por el presentado en abril de 2019. En el anexo se presentan los resúmenes tanto del texto original de dicha iniciativa (Boletín N°8105-11), como del texto aprobado por la cámara de diputados.

se denomina competencia administrada o regulada de seguros de salud, como ocurre en otros países (Alemania, Holanda, Colombia), para que las instituciones y beneficiarios participen y se benefician en igualdad de condiciones (Paolucci & Velasco 2017).

A continuación, se describen las iniciativas presentadas por el gobierno en 2019 y, posteriormente, se analiza en qué medida cumplen con sus objetivos, lo que permite identificar las potenciales mejoras. Finalmente, se presenta un resumen, las referencias y anexo.

## II. Descripción de las iniciativas presentadas en 2019

### Proyecto de ley para fortalecer las facultades del Fondo Nacional de Salud

#### 1. Más atribuciones

- **Derivar** a los pacientes a cualquier establecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y a prestadores con los que mantenga convenios vigentes, según los protocolos de derivación clínica y financiera de un reglamento emitido por el Ministerio de Salud, **propuesto** por el Fondo Nacional de Salud.
- **Requerir información** a establecimientos de salud públicos o privados, especialmente aquella relativa a ficha clínica, facturación, diagnóstico y tratamiento, resguardando la confidencialidad. El objetivo es caracterizar el riesgo sanitario y financiero de sus beneficiarios.
- **Proponer las bonificaciones de las prestaciones otorgadas en la Modalidad de Libre Elección (MLE)**<sup>4</sup> anualmente a los ministerios Hacienda y Salud, las que serán determinadas vía Decreto por dichos ministerios.

<sup>4</sup> Los beneficiarios de Fonasa (con la excepción de aquellos clasificados en el grupo A), tiene dos modalidades de atención. Una con prestadores estatales, la Modalidad de Atención Institucional (MAI) y otra donde pueden optar por asistir a prestadores privados en convenio con Fonasa, la Modalidad de Libre Elección (MLE).

2. **Nuevas categorías para cargas:** se incluyen como carga del seguro estatal a los cónyuges que carezcan de ingresos propios y se actualiza la norma incluyendo a los convivientes civiles de los afiliados, tal como se establece en la ley 20.830

### Proyecto de ley que crea el "Seguro de Salud Clase Media" a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de "libre elección" de Fonasa.

1. **Contenido del Seguro:** financiamiento de gastos asociados a la resolución integral para un conjunto de problemas de salud (que se determinarán anualmente en cada ley de presupuesto), que superen el gasto máximo de cada beneficiario. Este último será equivalente al 40% del total de los ingresos per cápita del grupo familiar, que no podrá ser inferior al 40% de 12 veces el ingreso mínimo mensual vigente a la fecha de la activación. La atención será en la red preferente, integrada por prestadores públicos y privados en convenio con Fonasa.
2. **Beneficiarios y condiciones:** aquellos de los grupos B, C y D de Fonasa que hayan cotizado al menos 6 veces en 12 meses y sus cargas. No podrán recibir préstamos de Fonasa para financiar la parte que les corresponde. Existirán otros requisitos para activar esta cobertura que se determinarán en un reglamento de los ministerios de Salud y Hacienda a proposición de Fonasa (junto a los mecanismos y otras disposiciones para otorgar la cobertura).

### Indicación sustitutiva al proyecto de ley que modifica el sistema privado de salud, incorporando un plan garantizado (Boletín n°8105-11)

#### 1. Planes de salud

Se propone que cada isapre ofrezca sólo dos tipos de planes de salud, en relación con los beneficios cubiertos (que serán los mismos en-

tre isapres en cada plan). Solo podrán variar en cuanto a las redes de prestadores (máximo 3), y deducibles (3 opciones) cuando corresponda. Los planes que deben ofrecer son:

#### a. Plan de Salud Universal (PSU)

- **Beneficios cubiertos:** Las categorías cubiertas serán servicios ambulatorios, hospitalarios, de urgencias, de laboratorio y rayos, preventivos de la salud y de bienestar, para manejo de enfermedades crónicas y pediátricos; servicios y dispositivos de rehabilitación; maternidad y cuidado del recién nacido y; medicamentos e insumos hospitalarios. El contenido se determinará en un Decreto de los ministerios de Salud y Hacienda, a propuesta del Consejo Técnico, que también se crea en esta ley.
- **Prestadores:** Podrá ofrecerse en tres modalidades de prestadores: (i) red preferente, (ii) red cerrada y (iii) libre elección. El máximo de redes a ofrecer es 3. No queda claro si ello incluye o no a la libre elección que, en estricto rigor, no es una red.
- **Cobertura (Deducibles, copagos y monto máximo de gasto):**

Cada cotizante elige el **deducible** del plan de salud, dentro de tres opciones, siendo una de ellas cero (propuestas por el Consejo Técnico y aprobadas por decreto de los ministerios de Salud y Hacienda). Así, los gastos serán costeados por el usuario, hasta alcanzar el monto del deducible pactado.

Luego de ello, las prestaciones recibidas tendrán un **copago** de 20% del arancel de referencia, siendo la isapre quien cubre no sólo el 80% del precio de la prestación, sino también la diferencia entre precio y arancel. Cuando el beneficiario se atienda fuera de su red preferente, la isapre sólo cubrirá el 50% del menor valor entre el arancel referencial y el precio efectivo). Se subentiende que, en caso de ser un plan cerrado, la isapre no cubre las atenciones fuera de red.

Las prestaciones preventivas se excluyen de deducibles y copagos.

Existirá un **límite al gasto** de los usuarios (suma de copagos y deducibles), relativo a los ingresos, que corresponde a 40% del ingreso imponible per cápita del hogar. Una vez alcanzado dicho monto, todos los costos corren por cuenta del asegurador. Este beneficio requiere de un proceso para ser activado: el beneficiario debe solicitarlo a la isapre, permitiéndole requerir información al Servicio de Impuestos Internos. Los detalles del proceso se definirán en un reglamento de los ministerios de Salud y Hacienda.

- **Prima:** La prima del PSU debe ser igual por grupo de compensación, los que serán determinados por la autoridad y se diferenciarán, al menos, según estado de salud, edad y sexo.
- **Esquema de compensación solidario PSU:** Existirá un esquema de compensación por riesgo para el PSU que consiste en un fondo virtual, que se financiará con un monto fijo aportado por cada beneficiario mayor de 18 años (llamado contribución solidaria). Dichos recursos se repartirán a cada isapre ajustados según el riesgo de cada beneficiario (compensación solidaria), considerando para ello al menos sexo, edad y estado de salud.
- El **esquema de compensación por riesgo asociado a las prestaciones con GES** y su institucionalidad se mantienen inalterados (se financia con la prima comunitaria y compensa sólo considerando sexo y edad) y, por tanto, es un esquema paralelo.
- **Afiliación:** todos los cotizantes actuales de isapre, quienes no podrán ser rechazados. Quienes hayan cumplido dos años de contrato con el Plan Nuevo Asegurado (los que dejaron de ser cargas de isapre y afiliados a Fonasa). No se requerirá declaración de salud.

#### b. Plan Nuevo Asegurado (PNA)

- **Beneficios cubiertos:** aquellas prestaciones que tengan codificación en la modalidad de libre elección de Fonasa.

- **Prestadores:** Sólo podrá ofrecerse en la modalidad de red cerrada de prestadores. Como máximo, cada isapre podrá ofrecer 3 redes diferentes.
- **Cobertura (copagos):** El copago será de 40%. No existirán deducibles ni límites al gasto del usuario.
- **Prima:** La prima del PNA podrá variar según lo determine cada Isapre (según edad y estado de salud), sin embargo, deberá ser la misma entre grupos de compensación.
- **Afiliación:** Aquellos que provengan de Fonasa, dejen de ser cargas en Isapre o lleven más de un año sin afiliación a ningún régimen en el país. Luego de dos años pueden optar por el PSU. No se requerirá declaración de salud.

## 2. Contrato de Salud

- **Contenido:** Cada cotizante firmará un contrato de salud con su isapre cuyo contenido será el PSU o PNA, más las prestaciones que cuentan con Garantías Explícitas en Salud (GES), más el Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL).
- **Precio del contrato.** El precio del contrato corresponderá a la suma de la prima del PSU/PNA, la prima GES, el precio del SIL y la contribución solidaria, menos la compensación solidaria (estos dos últimos componentes solo en PSU).

La suma de la prima PSU menos el monto de la Compensación Solidaria deberá ser idéntica para los beneficiarios de un mismo grupo de compensación en cada isapre.

No podrá haber diferencia en el precio del contrato, descontando el precio por el SIL, entre hombres y mujeres, por el mismo plan en cada isapre.

La contribución solidaria y la prima GES son montos fijos e iguales para todos. La prima GES, que en la actualidad es determinada por cada Isapre, se reemplazaría por la prima universal, determinada por el Ministerio de Hacienda.

El precio del SIL varía según el ingreso (porcentaje del salario, con un máximo de 2%).

- **Duración y renovación:** Duración máxima de un año. Habrá un periodo que corresponde a las seis semanas anteriores al último día hábil del mes de junio de cada año, en el que se renovarán los contratos<sup>5</sup>. Si el afiliado no acepta las nuevas condiciones puede contratar otro plan ya sea en la misma Isapre, en otra o cambiarse a Fonasa.
- **Transición:** Los actuales afiliados a una isapre deberán contratar su primer PSU en un plazo máximo de cinco años desde la entrada en vigor de la ley.

## 3. Nuevas instituciones

### Consejo Técnico de Salud

- **Funciones:** proponer anualmente al Ministerio de Salud: (i) los beneficios incluidos en el PSU, (ii) los tramos y montos a pagar por concepto de deducibles, (iii) el monto de la contribución solidaria, (iv) las modificaciones a los copagos y deducibles, (v) condiciones del PNA, (vi) el arancel de referencia, según la metodología del reglamento, (vii) el reglamento y sus modificaciones para el cálculo de las compensaciones solidarias, (viii) los conjuntos de grupos de compensación.

Todo ello debe llevar un informe con los criterios objetivos y financieros que los sustenten.

El Ministerio de Salud y Hacienda emitirán el decreto supremo que definirá finalmente: (i) el conjunto de prestaciones del PSU, (ii) los tramos y montos de deducibles, (iii) la Contribución Solidaria, y (v) el Arancel de Prestaciones del PSU.

- **Atribuciones:** exigir a todos los prestadores y a las isapres que le entreguen todos los datos necesarios para ejercer sus funciones, los que tendrán el carácter de confidencial.

<sup>5</sup> Se podrán modificar los precios fuera de dicho plazo cuando se acredite condición de cesantía y variación permanente de la cotización legal o de la composición del grupo familiar.

- **Integración.** Seis miembros de reconocida idoneidad y trayectoria en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario o disciplinas relacionadas. Nombrados: (i) uno por el Ministerio de Salud, (ii) uno por el Ministerio de Hacienda y (iii) cuatro por el Presidente de la República, conforme al sistema de alta dirección pública –dos que cuenten con experiencia de al menos diez años en el campo de la salud y que hayan ejercido la docencia o cargos en instituciones de salud y dos que cuenten con experiencia de al menos 10 años en el campo de la economía o finanzas y que hayan ejercido la docencia o algún cargo de gestión en una institución de salud–.

El presidente del Consejo será designado por el presidente de la República entre sus miembros; y el vicepresidente por estos últimos.

- **Duración de los cargos:** 4 años renovables por una vez para los consejeros y dos años sin reelección para el presidente.
- **Dieta:** 12 unidades de fomento por cada sesión que asistan, con un máximo de 72 unidades de fomento por cada mes calendario. La del presidente estará aumentada en un 50%.
- **Secretaría ejecutiva:** estará establecida en la Superintendencia de Salud con cargo a su presupuesto. Será ejercida por el Superintendente, quien podrá delegar en sus funcionarios.

#### 4. Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL)

- Será financiado con un **porcentaje del salario** (contribución salarial), de un máximo de 2%, determinado por cada Isapre. Los gastos por sobre el monto cobrado por cada isapre correrán por cuenta de esta última.
- Se deberá llevar **contabilidad separada** para estos gastos.
- Las **licencias médicas** deberán ser emitidas por profesionales inscritos o en convenio con la Isapre.

#### 5. Beneficios complementarios

- **Contenido:** No podrán contener ninguno de los beneficios incluidos en el PSU en el caso de quienes contraten el PSU.
- **Condiciones:** (i) Podrán ofrecerse al afiliarse o renovar contrato con los beneficiarios por las isapres. (ii) No se podrá supeditar la afiliación de una persona a la contratación de Beneficios Complementarios. (iii) Deberán pactarse en contratos especiales, con iguales formalidades que el PSU. (iv) No serán parte del esquema de compensación. (v) Podrán financiarse con los excedentes de la cotización.

#### 6. Cambios en las exigencias a isapres

- **De idoneidad y transparencia.** Se agrega lo siguiente:
  - Restricciones para ejercer cargos en isapres referidas a haber cometido los delitos establecidos en la ley N° 20.393<sup>6</sup>, hasta por un plazo de 5 años desde la dictación de la sentencia definitiva.
  - Obligación de divulgar hechos o información esencial respecto de ellas mismas y de sus negocios, según instrucciones de la Superintendencia de Salud.
  - Requisitos de idoneidad a las empresas de auditoría externa de isapres, para pertenecer al registro que dicha entidad, a determinar por la Superintendencia de Salud.
- **Financieras.** Plazo de dos años.
  - Se duplican el capital mínimo efectivamente pagado, la garantía y el nivel mínimo del patrimonio, (a diez mil, cuatro mil y diez mil unidades de fomento, respectivamente).
  - Obligación de mantener una garantía por la contribución solidaria, a definir por la Superintendencia de Salud.

<sup>6</sup> Artículos 136, 139, 139 bis y 139 ter de la Ley General de Pesca y Acuicultura, en el artículo 27 de la ley N° 19.913, en el artículo 8° de la ley N° 18.314 y en los artículos 240, 250, 251 bis, 287 bis, 287 ter, 456 bis A y 470, numerales 1° y 11, del Código Penal.

- Prohibición de efectuar disminuciones de capital o distribución de dividendos si con ello dejan de cumplir los requisitos financieros.

– **Medidas ante incumplimientos:**

- Se crea una etapa previa a la exigencia de un plan de ajuste por la Superintendencia de Salud: dos días hábiles para una explicación pormenorizada y seis días hábiles para un detalle de las medidas adoptadas o por adoptar.
- Se amplía plazo para exigir plan de ajuste desde 10 a 40 días.
- Se otorga la opción a la Superintendencia de convocar a una junta extraordinaria de accionistas o socios, para aprobar aumentos de capital.
- Se modifican dos requisitos para que la Superintendencia pueda ejercer ciertas atribuciones en las isapres referidas a inversiones, transacciones, contratos, afiliaciones y desafiliaciones, entre otros: una referida a la relación patrimonio/deuda y la otra eleva los montos mínimos del patrimonio y garantías.
- **Servicio:** se señala que no podrán eximirse de la responsabilidad de los contratos respecto a acceso, oportunidad y cobertura financiera, atribuyéndosela a los prestadores. No se mencionan sanciones ni mecanismos de determinación de incumplimientos.

## 7. Información

– **Atribuciones Superintendencia de Salud:**

- Requerir de los prestadores de salud información necesaria para determinar grupos de compensación y elaborar índices de calidad de prestaciones, resguardando el deber de confidencialidad (incluyendo sanciones).
- Regular el contenido mínimo de los contratos entre isapres y prestadores.
- Dictar instrucciones sobre contenido contratos y fiscalizar su cumplimiento.

- Definir plazos, procedimientos y montos efectivos a traspasar entre isapres del esquema de compensación por riesgo del PSU.

- Determinar los grupos de compensación.

- Actuar como secretaria ejecutiva del Consejo Técnico.

– **Obligaciones isapres:**

- Proporcionar información suficiente y oportuna a sus afiliados (precio contrato y SIL, compensación y contribución solidaria, deducibles, red de prestadores).
- Informar a la Superintendencia de Salud, previo al periodo de cambio de planes sus alternativas de contratos y precios, los que no podrá modificar al comercializarse.

– **Atribuciones isapres:**

- Requerir de los prestadores certificación médica para decidir sobre la procedencia de las prestaciones solicitadas, pudiendo negar cobertura cuando no corresponda, resguardando confidencialidad. La Superintendencia de Salud resuelve controversias.

## 8. Prestadores

- **Uso de establecimientos estatales,** sujeto al arancel para no beneficiarios de Fonasa, en casos de urgencia y de escasez de la especialidad correspondiente, según lo determine el Secretario Regional Ministerial de Salud respectivo.

## III. Cómo la reforma se hace cargo de sus objetivos

En esta sección se analiza cómo la reforma se hace cargo de sus objetivos (mencionados en la introducción), los que se agrupan en 5 para facilitar su revisión. Para una propuesta completa sobre cómo reformar los seguros de salud en Chile ver Paolucci & Velasco (2017).

## 1. Fonasa como seguro público, garante del acceso, oportunidad y calidad de la atención de sus beneficiarios

### *Nuevas atribuciones a favor de los usuarios*

El que Fonasa pueda decidir las derivaciones de pacientes y que se considere la información clínica y financiera como criterios para ello (que Fonasa podrá requerir a los prestadores), le permite velar de mejor manera por la atención oportuna y de menor costo de sus usuarios, mediante diagnósticos y tratamientos más certeros y oportunos (y focalizados) y un tránsito por la red más fluido por parte de los beneficiarios. En la actualidad, la atención y derivación entre prestadores públicos (hospitales, consultorios) es coordinada por los Servicios de Salud de cada territorio geográfico (27 en total), quienes dependen de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud y no existen consecuencias importantes cuando los tiempos de espera son largos y las atenciones son poco oportunas en las prestaciones sin GES.

Asimismo, que Fonasa pueda proponer anualmente topes más altos y diferenciados a la cobertura de la MLE, permite mayor acceso y más oportuno a sus usuarios, y mayor capacidad de respuesta a los cambios epidemiológicos y necesidades de la población.

Sin embargo, estas nuevas potestades de Fonasa quedan limitadas por varias razones:

- (i) Dado que actualmente es el Ministerio de Salud (a través de los Servicios de Salud) quien deriva a los pacientes, el que sea dicho ministerio quien emita el reglamento que define cuándo Fonasa puede tomar su lugar para derivar le genera un conflicto de intereses evidente, siendo juez (estableciendo criterios para determinar cuándo Fonasa debe derivar) y parte (dueño de los prestadores que no están cumpliendo con el servicio). Asimismo, le significa un complejo desafío para evitar duplicar y traslapar funciones entre los servicios y Fonasa.
- (ii) La derivación de pacientes por parte de Fonasa requerirá recursos extraordinarios, que no se consideran en el texto, por lo que deberán ser solicitados a los ministerios de Salud y de Hacienda, dificultando esta opción.
- (iii) Dado que se mantiene la función actual de Fonasa de financiar los hospitales estatales<sup>7</sup>, los incentivos financieros a derivar fuera de la red estatal son limitados (igualmente Fonasa deberá financiar los déficits de los hospitales, otorguen o no las prestaciones).
- (iv) El aumento de los límites de cobertura de la MLE queda sujeto a la aprobación de los ministerios de Salud y Hacienda, restringiendo directamente el actuar de Fonasa como seguro. Pero también lo hace indirectamente, porque al aumentar los topes de cobertura se incentiva un mayor uso de la MLE y, por tanto, el gasto, lo que requiere solicitar un mayor presupuesto a dichos ministerios.

Además de lo anterior, Fonasa sigue siendo una entidad en la que el cargo de director es de confianza (adscrito al sistema de alta dirección pública). Por tanto, el director puede ser removido por los gobiernos de turno cuando sus decisiones no sean acordes con los criterios e intereses de los gobernantes vigentes, limitando su actuar. Lo mismo ocurre en el caso de los prestadores estatales, quienes dependen de los Servicios de Salud, cargos que también son de confianza (Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y Centro de Estudios Públicos 2017).

## 2. Acceso a la atención en salud, solidaridad y discriminaciones arbitrarias por edad, sexo y estado de salud

### *Mejora de acceso para usuarios de Fonasa en Fonasa*

Para algunos de los beneficiarios de Fonasa se abren mejores opciones en el acceso a la atención en salud.

<sup>7</sup> La normativa actual indica como función de Fonasa financiar (en todo o en parte) "la adquisición de los equipos, instrumental, implementos y otros elementos de infraestructura que requieran los establecimientos públicos que integran el Sistema" (artículo 50, letra b) del DFL N°1 de 2005).

**CUADRO 1** Condiciones necesarias para la asequibilidad, desincentivo a comportamientos estratégicos, rebaja de precios (competencia por precio y calidad)

- (i) El plan de salud debe ser amplio y cubrir todas las prestaciones necesarias (preferentemente elegidas mediante criterios de costo efectividad) para la solución de los problemas de salud de las personas. Mientras menos cubre el plan, más espacio para los beneficios y planes complementarios, los que pueden socavar los pilares del nuevo esquema, ya que afecten el comportamiento de las personas y pueden ser usados por las isapres para seleccionar por riesgo.
- (ii) La compensación debe cubrir el costo total esperado de cada persona. Por tanto, las contribuciones solidarias deben ser suficientes para cubrir el costo total de proveer a cada persona el PSU y el mecanismo de ajuste de riesgo debe ser capaz de predecir adecuadamente (al menos mejor que las aseguradoras) el costo de proveer dicho plan a cada beneficiario.
- (iii) El plan debe ser posible de solventar para todas las personas. Una alternativa es que su precio sea en alguna medida asociado al ingreso o que existan subsidios para quienes no pueden pagar su precio. Es importante entonces que alguna de estas opciones se considere en la reforma.
- (iv) La afiliación debe ser libre.
- (v) El plan de salud debe ser ofrecido por todos los aseguradores.
- (vi) Los aseguradores deben participar en igualdad de condiciones.

FUENTE: Elaboración propia en base a Beck et al. (2003), Oliver (1999), Paolucci et al. (2006), Rice y Smith (2001), Thomson et al. (2013), van de Ven et al. (2013) y van de Ven y Schut (2011).

En primer lugar, los hombres sin recursos podrán ser cargas de sus cónyuges y así pertenecer al grupo de Fonasa de estas últimas (B, C y D). Ello les permite atenderse en prestadores privados financiando su costo de manera compartida con el asegurador estatal (con menor cobertura que en la atención en prestadores estatales). Actualmente sólo reciben atención en prestadores de la red estatal, cuya calidad es inferior, principalmente debido a los tiempos de espera. Muestra de la baja conformidad con la atención del grupo A es que, según la encuesta CAsen 2017, el 16,8% de las consultas de especialidad de estos usuarios fueron en prestadores privados y dos tercios de ellos dice haber pagado el total del precio de la consulta. En segundo lugar, beneficiarios de los grupos B, C y D de Fonasa afectados por las condiciones de salud consideradas en el Seguro de Salud Clase Media podrán acceder a tratamientos que antes no podían costear (o de hacerlo se convertía en un gasto catastrófico). En tercer lugar, quienes esperan por una atención podrán ser derivados a otros centros de salud (públicos o privados) por parte de Fonasa. Finalmente, el potencial aumento de las coberturas de la MLE beneficiaría a aquellos que previamente no podían acceder a alguna prestación

en dicha modalidad por no poder afrontar los copagos (ya sea porque prefieren la MLE o porque en la MAI deben esperar por más tiempo).

Los beneficiarios de Fonasa que quieran contratar el PSU, si bien no podrán ser rechazados por las isapres, deberán contratar primero el PNA por dos años, cuyas condiciones son inferiores respecto del PSU y del plan de salud de Fonasa, especialmente porque la protección financiera es baja y sus precios son ajustados a riesgo (salvo por sexo). Ello se convierte en una barrera a la contratación del PNA, especialmente para quienes tienen mayor edad y peor estado de salud y que requieren los servicios, quienes deberán pagar altos copagos, sin un tope y un alto precio por el contrato debido a su mayor riesgo. Desde el punto de vista de las aseguradoras, el cobro de una prima igual a hombres y mujeres en el PNA (sin un esquema de compensación), fomenta la preferencia por hombres<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> La literatura evidencia que ello se realiza indirectamente, mediante estrategias como mercadeo sólo a hombres, prestadores de baja calidad para condiciones de salud de mayor prevalencia en las mujeres y en partos (McGuire et al. 2014, Paolucci 2011, Rice y Smith 2001, van Kleef et al. 2019).

**Mejoras en acceso y no discriminación sólo para cotizantes de isapre**

Si el PSU es mejor que el plan que actualmente tienen, los cotizantes de isapres podrán mejorar su situación, especialmente aquellos con estados de salud deteriorados (como los cautivos por preexistencias), de edades avanzadas y mujeres. Dichos usuarios no podrán ser rechazados, las mujeres pagarán iguales precios que los hombres, las aseguradoras no preferirán a los de menor riesgo y las diferencias de precios serán menores. Sin embargo, el grueso de los componentes del precio del PSU (contribución solidaria + prima GES) son montos similares para todos, y por tanto un “promedio” del costo del plan para los usuarios. Ello se transforma en una barrera para aquellos de menores recursos, y no se contemplan ayudas para dichos casos (ver Cuadro 1). Este es también uno de los principales problemas del plan contemplado en el proyecto de ley de 2011 (plan garantizado de salud).

**Solidaridad sólo en riesgo para beneficiarios del PSU**

La reforma no considera solidaridad en ingresos. Por el contrario, el financiamiento del PSU es regresivo, ya que la contribución solidaria y la prima GES son iguales para todos, representando una mayor fracción de sus ingresos para aquellos de menores recursos. Sí existe solidaridad en la dimensión de riesgo (edad, sexo y estado de salud) y entre mayores y menores de 18 años. Ello implica que existen subsidios desde aquellos de menor riesgo (hombre, jóvenes y sanos) y sin cargas menores de 18 años, hacia aquellos de mayor riesgo y con cargas menores de 18 años. De todas maneras, la magnitud de la solidaridad en riesgo alcanzada dependerá del cumplimiento de las condiciones del Cuadro 1.

**3. Protección financiera y certidumbre en el gasto****Mejora para algunos usuarios de Fonasa y para beneficiarios del PSU**

Para los usuarios de Fonasa la protección financiera mejora a través del potencial aumento de la cobertura en la MLE y el Seguro de Salud de Clase Media.

En el caso de los beneficiarios del PSU la protección financiera mejora en relación con su situación actual. En efecto la cobertura efectiva en isapres es de 61,5 y 66,9% para mujeres y hombres, respectivamente (Superintendencia de Salud 2019) en relación con el 80% del PSU. Quizás más importante que ello es que habrá total certidumbre respecto del gasto máximo asociado a los tratamientos cubiertos, ya que existe un tope asociado al ingreso de cada persona. Cabe resaltar que ello depende de que el contenido del PSU sea superior al del plan actual de los cotizantes. En este aspecto se podría avanzar en la incorporación en el PSU de la posibilidad de cubrir medicamentos ambulatorios. En la actualidad 66,5% de los hogares cuyo jefe está adscrito a una Isapre destina recursos a medicamentos, y en dichos hogares, este gasto representa casi la mitad (47,1%) del total de recursos destinados a salud (esta cifra aumenta a dos tercios en los hogares con 75% o más de sus integrantes adultos mayores)<sup>9</sup>.

Para los potenciales beneficiarios del PNA, es probable que la protección financiera sea considerablemente menor que la que cuentan hoy, ya sea en Fonasa (al menos en la MAI donde los copagos son máximo de 20% y existe un seguro catastrófico para unas cuantas condiciones de salud), como en isapres (si bien la cobertura efectiva promedio actual es similar, se cuenta con la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), que puede cubrir

<sup>9</sup> En promedio, los medicamentos representan el 36% del gasto de bolsillo en salud de los hogares y 55,3% cuando se considera solo a los que gastan en medicamentos. En el primer quintil 37% destina recursos a medicamentos, los que representan 68% de su gasto total en salud (Benítez et al. 2019).

hasta el 100% de los gastos derivados de atenciones de alto costo).

#### 4. Transparencia, competencia y contención de gastos

##### Opciones para contener costos en Fonasa

Si bien Fonasa no puede ofrecer el PSU, la reforma otorga a Fonasa opciones para contener costos. Por una parte, el Seguro de Salud Clase Media, que cubrirá la solución integral de algunos problemas de salud mediante convenios con prestadores, posibilitará el uso de mecanismos y condiciones más eficientes para la resolución de un problema de salud que los actuales (como el método de pago amarrado o *bundle payment*, que entrega recursos a los prestadores por el continuo de atención de una condición médica<sup>10</sup>). Por otra parte, la posibilidad de Fonasa de derivar podría llevar a una mejor gestión de casos y, por tanto, a un mejor aprovechamiento de los prestadores (y a evitar que el estado de salud de las personas se deteriore, evitando tratamientos más costosos). Lo anterior podría potenciarse mediante algún mecanismo de compensación desde el prestador que no otorgó el servicio requerido hacia el prestador al que se deriva, motivando así una mejor atención y la contención de costos.

Se debe cuidar que la posibilidad de elevar la cobertura de la MLE, no se traduzca en un aumento de costos, por ejemplo, mediante el uso de métodos de pago más eficientes que el actual (pago por servicio<sup>11</sup>). Ello se facilitaría otorgándole a Fonasa la facultad de modificar los métodos de pago.

<sup>10</sup> Ello potencia la atención multidisciplinaria integrada, traspasa la rendición de cuentas a un equipo médico y reduce costos sin sacrificar calidad, aunque plantea el desafío para los prestadores de trabajar juntos (Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y Centro de Estudios Públicos 2017).

<sup>11</sup> El pago por servicio (monto fijo por cada prestación) incentiva el volumen de servicios sobre lo óptimo, por lo que no contiene costos, no estimula la calidad ni la satisfacción de usuarios, ni elimina ineficiencias. Y se orienta a un servicio en particular. Asimismo, incentiva la inducción a la demanda (disposición de los profesionales de la salud a otorgar una cantidad de prestaciones de salud sobre lo óptimo), que se potencia cuando la cobertura del seguro es alta, los diagnósticos son complejos y el riesgo del tratamiento es bajo (Mocking 2011,

##### Mayor transparencia y contención de costos en isapres

La competencia por precio y calidad (y no por personas) se produce, por una parte, empoderando al usuario, quien puede contratar de manera informada y libre el plan con las mejores condiciones. Y, por otra parte, porque las isapres ya no tendrán los incentivos para rechazar a las personas, si es que el esquema de compensación por riesgo les asegura contar con los recursos adecuados para atender a cada individuo. Por el contrario, querrán atraer a una mayor cantidad de beneficiarios, mediante planes con buenos prestadores y a bajos precios, promoviendo la contención de costos (es importante monitorear la calidad constantemente, como se plantea en la reforma, en orden a asegurar que no se use como factor de contención de costos). La contención de costos se potencia con el traspaso de mayor riesgo financiero a las isapres y a los usuarios. En el primer caso, el tope a los desembolsos de los usuarios implica que la isapre asume todos los gastos por sobre este límite. Y que los copagos sean un porcentaje de aranceles de referencia obliga a las isapres a costear la diferencia entre estos y el precio real. Lo anterior promueve convenios entre prestadores e isapres a precios similares a los de referencia y con métodos de pago más eficientes, lo que se logra de mejor manera con planes de atención en redes de prestadores preferentes o cerradas, ya que así la isapre puede asegurar a los prestadores volúmenes de atención mayores que con libre elección. Como contraparte, en el caso de los usuarios, la contención de costos se potencia desincentivando la atención en prestadores fuera de las redes mediante una menor cobertura<sup>12</sup>. También ayuda en ello la existencia de deducibles (tres opciones) en las prestaciones no preventivas, evitando el uso de servicios

Richardson y Peacock 2006, Zweifel et al. 2009).

<sup>12</sup> Si bien la proporción de planes con libre elección de prestadores respecto del total ha disminuido en los últimos años, (de 50,7% en 2013 a 41,4% en 2018), los planes cerrados aún representan una proporción muy menor del total (1,2% en 2018), por lo que queda un importante espacio para disminuir costos mediante esta estrategia (www.supersalud.gob.cl).

**CUADRO 2** Aspectos que limitan la competencia en el proyecto de ley que crea un plan garantizado de salud de 2011.

- (i) Fonasa no ofrece el PGS, por lo que sólo se puede adquirir el nuevo plan en isapres.
- (ii) Se mantiene la declaración de salud para todos y la posibilidad de rechazo de los usuarios que provienen de Fonasa.
- (iii) El precio del PGS es igual para todos en cada isapre (limitando el ingreso de aquellos de menos recursos, desincentivando la participación de los más jóvenes y sanos y fomentando selección por riesgo).
- (iv) El plan ofrecido es acotado en cuanto a los beneficios cubiertos (los mismos que hoy son obligatorios para las isapres), potenciando el uso de los beneficios y seguros complementarios para la selección por riesgo.
- (v) Se trasladan los problemas actuales de isapres a los beneficios complementarios, a los que se les establecen casi las mismas reglas que actualmente tienen los planes de salud en isapres.
- (vi) Los seguros y beneficios complementarios pueden cubrir copagos, reduciendo los copagos de las prestaciones, lo que fomenta el mayor uso de las prestaciones, elevando el costo del seguro de salud principal.

FUENTE: Elaboración propia.

innecesarios y fomentando la prevención (ahorro de gastos futuros) en los afiliados.

Sin embargo, como se menciona en el Cuadro 1, para que funcione la competencia todos los aseguradores deben poder participar en igualdad de condiciones. Dado que Fonasa no puede ofrecer el PSU, los beneficios e impacto del nuevo esquema se limitan al grupo que puede acceder al PSU. Además de ser un grupo reducido (lo que arriesga una adecuada compensación por riesgo), la existencia de un seguro alternativo (Fonasa) con condiciones diferentes, así como la limitación del ingreso de sus usuarios al nuevo esquema, contrarrestan los beneficios esperados debido a los comportamientos estratégicos de aseguradores y beneficiarios, como se señala posteriormente. Este aspecto es aún más deficitario en el proyecto de ley presentado en 2011, por las razones planteadas en el cuadro 2.

Si bien los beneficios de la mejor regulación del PSU podrían extenderse a los usuarios del PNA (ambos son ofrecidos por las isapres), ello está limitado porque el traspaso de riesgo financiero a las aseguradoras en el caso del PNA es bajo. Pero también, debido a que la cobertura del PNA es baja, lo que podría motivar el uso de los beneficios complementarios por parte de las isapres para seleccionar a ciertos grupos mediante paquetes atractivos. Si bien los beneficios complementarios deben ser ofrecidos en contratos aparte por las isapres, el que puedan ser

pagados con los excedentes, puede ser una herramienta para vender en conjunto.

### ***Mejoras a la institucionalidad que define los componentes principales del nuevo esquema***

Dada la importancia de una adecuada definición del contenido del PSU, aranceles de referencia y esquema de compensación por riesgo, es relevante fortalecer la institucionalidad a cargo, asegurando que los criterios utilizados en la toma de decisiones sean transparentes y técnicamente los más adecuados. Por una parte, evitando, ya sea que quienes deciden (ministerios de Salud y de Hacienda) o que quienes proponen (Consejo Técnico y Superintendencia de Salud) sean entidades políticas. Por ejemplo, otorgando mayor autonomía y transparencia al Consejo Técnico, mediante: (i) nuevas formas de designación de sus miembros (dos son elegidos directamente por los ministerios de Salud y Hacienda, respectivamente, y cuatro por el Presidente de la República, previamente seleccionados por ADP); (ii) la obligación de hacer públicas sus actas e informes y; (iii) cambiando a la secretaría técnica (ejercida por la Superintendencia de Salud) por una que no depende del gobierno de turno.

En el proyecto de ley presentado en 2011 se proponen también nuevas instituciones, dejando aspectos cruciales a definir por un Decreto Supremo del Minsal (contenido y cobertura financiera del plan de salud, prima comunitaria que financia esquema

de compensación). Sin embargo, menciona que las decisiones deben ser tomadas en base a criterios de costo efectividad y de priorización sanitaria. Otros aspectos relevantes de la nueva institucionalidad tampoco se definen en la ley, como el funcionamiento de un Consejo Consultivo, duración del cargo y recambio de sus miembros, entre otros. Finalmente, las secretarías ejecutivas de las nuevas entidades creadas (Consejo Consultivo y Panel de Expertos) se alojan en la Superintendencia de Salud, restando independencia política a sus decisiones.

## 5. Judicialización y fiscalización isapres

### *Medidas para disminuir la judicialización*

La reforma de 2019 contiene varias medidas asociadas al PSU que podrían ayudar a contener la judicialización en isapres: (i) que los contratos sean anuales (las alzas no serán entonces unilaterales, sino que habrá un nuevo contrato cada año con nuevas condiciones); (ii) una entidad externa a las aseguradoras (Consejo Técnico) propondrá aranceles de referencia para los contenidos del PSU -y con ello se tendrá una referencia del aumento de costos de los planes-; (iii) un marco de acción que promueve la competencia por precio y calidad y la contención de costos (reduciendo los aumentos de precios); (iv) grupos de compensación, para los que se deberán determinar precios de los planes, y un mecanismo de compensación por riesgo que disminuye las diferencias de precios entre grupos y, (v) iguales precios entre hombres y mujeres. El proyecto de ley enviado en 2011 contiene algunos de estos aspectos (Panel de Expertos para definir índices de precios referenciales, medidas pro-transparencia y competencia y compensación por riesgo).

Sin embargo, los jueces han indicado que los argumentos usados por las isapres para justificar el alza de sus precios -mayor uso y precio de las prestaciones por parte de sus usuarios- no son suficientes, puesto que las aseguradoras podrían influir en ambos (precios y uso). En ese sentido, el arancel de referencia podría no ser suficiente, si es que se con-

sidera que no hay un cambio en el comportamiento de las aseguradoras hacia la contención de costos (así como de los prestadores y usuarios). Lo anterior requiere cumplir con lo mencionado en el Cuadro 1, particularmente, que las nuevas condiciones se apliquen a una proporción mayor de la población. Si ello no ocurre, los cambios anuales en las condiciones del contrato, por ejemplo, prestadores, precios y otros, podrían también ser cuestionados y judicializados.

Por otra parte, existen flancos que podrían prestarse para ser judicializados y otros potenciarse. Por ejemplo, la prohibición de contratar el PSU para los que dejan de ser cargas en isapre, el requisito para estos últimos y para los beneficiarios de Fonasa de contratar el PNA por dos años, la obligación para los cotizantes de isapre de contratar el PSU en cinco años y la exclusión de ciertas prestaciones en el plan universal (como los medicamentos ambulatorios que explícitamente quedan fuera).

### *Fiscalización y solvencia de isapres*

El aumento de las exigencias financieras a las isapres (capital mínimo, patrimonio, garantías) busca evitar problemas de solvencia como los que han ocurrido en el pasado. Si bien estas normas se acercan a las exigidas a otras entidades similares, como pueden ser las compañías de seguro, se debe considerar que las mayores exigencias implican menor liquidez para las aseguradoras de salud y que, las necesidades de desembolsos (montos y frecuencia) de estas últimas pueden ser diferentes (mayores) a las de las compañías de seguro. Asimismo, se debe analizar hasta qué punto dicho aumento no constituye una barrera de entrada para otras aseguradoras de salud.

Dichas exigencias, además, no se hacen cargo del riesgo de solvencia de las isapres en el nuevo esquema propuesto en la reforma de 2019. En efecto, las nuevas disposiciones hacen prever cambios en las composiciones de las carteras de Fonasa y de las isapres. Por una parte, es probable que se transfieran a Fonasa algunos beneficiarios de isapre de menores recursos y de menor riesgo

debido a que la contribución solidaria es un monto igual para todos. Por lo mismo, es poco probable que las personas de bajo riesgo en Fonasa quieran contratar el PSU (porque además deben pasar dos años en el PNA). Por su parte, los beneficiarios de mayor riesgo de Fonasa podrían tener incentivo a cambiarse al PSU en la medida que el seguro de clase media no cubra sus problemas de salud y que la atención de Fonasa no mejore. Sin embargo, deben pasar por el PNA dos años y en caso de querer volver a Fonasa para acceder a los beneficios del seguro de clase media, deben esperar un año. Su comportamiento dependerá entonces del rol de los seguros y, especialmente, beneficios complementarios (estos últimos ofrecidos por las isapres). Si estos cubren gran parte de lo que no cubre el PNA, entonces se facilita su cambio.

Por tanto, es esperable que ante pocos ingresos a la cartera de isapre y una salida de los menos riesgosos, el riesgo promedio de la cartera de isapres suba y, por tanto, también sus precios. Ello podría implicar una nueva salida de un nuevo grupo de afiliados de bajo riesgo, repitiendo la dinámica. Eventualmente se podría terminar con un grupo reducido de personas (de altos ingresos y riesgo) o el nuevo esquema podría no funcionar.

En el proyecto de ley de 2011 el total del precio del plan garantizado de salud es fijo e igual para todos los afiliados a una isapre, desincentivando el ingreso de aquellos de menor riesgo, pero fomentando la preferencia de los menos riesgosos por parte de las aseguradoras (considerando que la compensación por riesgo nunca es perfecta). Esto último se facilita

## IV. Resumen

**TABLA 1** Resumen cumplimiento objetivos de la reforma integral en salud de 2019

Objetivos	Avance	Aspectos pendientes
Fortalecimiento del rol asegurador de Fonasa	Parcial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Eliminar limitaciones a nuevas atribuciones.</li> <li>– Avanzar en autonomía y atribuciones y eliminar vínculo político.</li> </ul>
Acceso a la atención en salud, solidaridad y discriminaciones arbitrarias por edad, sexo y estado de salud	Parcial. <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mejora acceso para algunos en Fonasa y en isapres.</li> <li>– Mantiene pagos asociados al riesgo en PNA e incentivos a la selección de hombres.</li> <li>– Solidaridad sólo en riesgo y en número de cargas en PSU.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Otorgar mejores condiciones de acceso a los usuarios de Fonasa y cargas de isapre al PSU.</li> <li>– Que Fonasa pueda ofrecer el PSU.</li> <li>– Progresividad del financiamiento o subsidios.</li> </ul>
Protección financiera y certidumbre en el gasto de bolsillo	Parcial. <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mejora en MLE de Fonasa y usuarios PSU.</li> <li>– Empeora para usuarios PNA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Incorporar y homologar seguros catastróficos/tope al gasto en todos los planes.</li> <li>– Incluir cobertura de medicamentos ambulatorios.</li> </ul>
Transparencia, competencia y contención de gastos	Parcial <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sólo en el PSU.</li> <li>– Contención de costos moderada en Fonasa.</li> <li>– No se asegurada adecuada definición de aspectos centrales del nuevo esquema.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Atribuciones e incentivos a Fonasa para eficiencia en método de pago a prestadores.</li> <li>– Ampliar alcance del PSU y condiciones asociadas.</li> <li>– Limitar la influencia política en las decisiones de las entidades a cargo.</li> </ul>
Judicialización y fiscalización isapres	Parcial <ul style="list-style-type: none"> <li>– Límites al alcance del nuevo esquema.</li> <li>– Riesgo de insolvencia del nuevo esquema.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Eliminar barreras a la contención de costos.</li> <li>– Modificar elementos que atentan contra la solvencia del nuevo esquema.</li> </ul>

FUENTE: Elaboración propia.

mediante el rol preponderante que cobran los beneficios complementarios que pueden usar las isapres. Asimismo, se mantiene la posibilidad de rechazar a beneficiarios de Fonasa en base a la declaración de salud. Ello podría hacer sustentable el nuevo esquema para las isapres, mediante la integración de su cartera mayoritariamente por personas de mayores ingresos y de menor riesgo.

## Referencias

- Beck, K., Spycher, S., Holly, A. y Gardiol, L., 2003, 'Risk adjustment in Switzerland', *Health Policy*, 63-74.
- Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y Centro de Estudios Públicos, 2017, 'Propuesta de modernización de los prestadores de servicios de salud estatales'.
- McGuire, T., Newhouse, J., Normand, S-L., Shi, J., y Zuverkas, S., 2014, 'Assessing incentives for service-level selection in private health insurance exchanges', *Journal of Health Economics*, 47-63.
- Mocking, R., 2011, 'Supplier induced demand in the dutch hospital sector', Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement.
- Oliver, A. 1999, *Risk adjusting health care resource allocations*, London: Office of Health Economics.
- 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*, vol. 10, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.
- Paolucci, F., Den Exter, A. y 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.
- Rice, N. y Smith, P., 2001, 'Ethics and geographical equity in health care', *Journal of Medical Ethics*, 27(4), 256-61.
- Richardson, J. y S.J. Peacock, 2006, 'Supplier-Induced demand: reconsidering the theories and new Australian evidence', *Applied Health Economic and Health Policy*, 5 (2) 87-98.
- Thomson, S., Busse, R., Crivelli, L., van de Ven, W. y Van de Voorde, C., 2013, 'Statutory health insurance competition in Europe: A four-country comparison', *Health Policy*, 109, 209-225.
- van de Ven, W., y Schut, F., 2011, 'Guaranteed access to affordable coverage in individual health insurance markets', en S. Glied y 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. y 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 Kleef, R., Eijkenaar, F. y R. van Vliet, 2019, 'Selection Incentives for Health Insurers in the Presence of Sophisticated Risk Adjustment', *Medical Care Research and Review*, 1-22.
- Zweifel, P., F. Breyer y M. Kifmann, 2009, "Health Economics", Volume 1.

## Anexos

### I. Texto original del proyecto de ley que "Modifica el Sistema Privado de Salud, incorporando un plan garantizado" (7 de diciembre de 2011)

#### 1. Plan garantizado de salud

- **Beneficios cubiertos:** prestaciones con GES, las prestaciones mínimas legales contempladas en la ley (salvo por el SIL), las prestaciones curativas a determinar por decreto supremo (DS) del Minsal (en base a tecnologías sanitarias con criterio de costo efectividad y de priorización sanitaria).
- **Prestadores:** red cerrada para prestaciones con GES y cobertura catastrófica.
- **Coberturas beneficios:** cobertura para Gastos Catastróficos (suma de copagos según Arancel del PGS por DS del Minsal), cobertura de las atenciones de emergencia contempladas en la ley y la cobertura financiera que se fije para el Arancel de prestaciones del PGS (DS del Minsal determina periódicamente arancel y coberturas), que no podrá ser inferior a la que otorga el Fonasa en la MLE.
- **Precio:** Definida por la isapre e igual para todos sus beneficiarios.
- **Esquema de compensación:** se crea un Fondo compensación de riesgos de salud para isapres, que se financia con una prima comunitaria que cada isapre debe proporcionar por sus beneficiarios. Será determinada por DS del Minsal (con límite en su incremento)). El fondo entregará a cada isapre una prima ajustada por riesgos según sexo, edad, diagnóstico y otros a determinar por reglamento del Minsal.
- **Afiliación:** Todos deberán completar una declaración de salud. En base a ella quienes provengan de Fonasa podrán ser rechazados o su cobertura restringida. Quienes provengan de isapres no podrán ser rechazados.

#### 2. Contrato de Salud

- **Contenido:** PGS más el Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL).
- **Precio:** prima del PGS (monto fijo definido por cada isapre) + prima SIL (proporción del salario definida por cada isapre). Reajuste anual en base a índices referenciales del INE (en base a precios y frecuencia de uso de prestaciones y gastos en SIL, que serán publicados por la Superintendencia de Salud). El precio para un afiliado adscrito a una isapre no podrá ser mayor al precio que se cobra a los nuevos contratantes por el mismo plan.
- **Duración y renovación:** indefinido.
- **Plazo:** establece una fecha en que todos los contratos (antiguos y nuevos deben contener las nuevas modificaciones). Previo a ello las isapres deben informar de las modificaciones para ajustarse a la nueva ley. Asimismo, deberá proponer 3 alternativas de contratos ajustados (i. el actual con nueva estructura y precios -incluyendo PGS, SIL y Beneficios Complementarios-, ii. uno equivalente a precio que paga actualmente y iii. Uno que solo incluya PGS y SIL)

#### 3. Nuevas instituciones: Consejo Consultivo y Panel de Expertos

##### Consejo Consultivo

- **Funciones y atribuciones:** proponer el modelo de ajuste de riesgos y encargar a la Superintendencia estudios e informes técnicos.
- **Integración:** Un representante de las isapres y otro de los prestadores privados institucionales (mecanismo de elección queda reglamento). Además, un representante del Ministerio de Salud, y uno de la Dirección de Presupuestos. Podrán asistir con derecho a voz, los ministros y subsecretarios de los Ministerios de Salud y de Hacienda.
- **Duración de los cargos:** a determinar por reglamento del Minsal.

- **Dieta:** Los consejeros no recibirán remuneración alguna por su desempeño.
- **Secretaría ejecutiva:** Superintendente de Salud será el Secretario Ejecutivo del Consejo (sin derecho a voto) y como ministro de fe respecto de sus acuerdos, más un secretario asistente designado de entre sus funcionarios.
- **Funcionamiento, quórum y otros:** a determinar en reglamento del Minsal.
- **Sesiones:** a lo menos, una vez al año y las veces que Ministro de Salud convoque.

#### Panel de Expertos

- **Funciones y atribuciones:** Calculará anualmente índices referenciales de variación de los precios del PGS y de la cobertura del SIL, basados en los indicadores elaborados por el INE, considerando además otros aspectos (condiciones del mercado, productividad y cambios tecnológicos), para reflejar los precios bajo condiciones de eficiencia.
- **Integración:** 4 miembros nombrados previo concurso público de antecedentes, convocado por el Minsal y ministro de Economía, Fomento y Turismo (según reglamento). (i) Un académico de una universidad acreditada, experto en el área de la administración, de la gestión, de la ingeniería, de la economía o de las finanzas, (ii) un académico de una universidad acreditada, experto en el área de la salud pública o de la gestión en salud, y (iii) un profesional experto en alguna de las áreas señaladas en las letras precedentes.
- **Duración de los cargos:** por un período de cuatro años.
- **Dieta:** Sin derecho a remuneración ni dieta alguna.
- **Secretaría ejecutiva:** Contará con un secretario ejecutivo, que será funcionario de la Superintendencia de Salud, quien estará encargado de coordinar su funcionamiento. Dicho funcionario será designado por el Superintendente y no tendrá derecho a voto.

- **Funcionamiento, quórum y otros:** Funcionará con un mínimo de dos integrantes y sus acuerdos deberán adoptarse por la mayoría simple de los presentes. En caso de empate, decidirá el voto de su presidente (elegido por los integrantes).

#### 4. Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL)

Será financiado con un **porcentaje del salario** (contribución salarial), determinado por cada Isapre. Podrá cambiar anualmente.

#### 5. Beneficios complementarios

- **Contenido:** cualquier prestación.
- **Prestadores:** Modalidad de libre elección, cerrada o preferente.
- **Cobertura:** Libre. Puede mejorar cobertura de las prestaciones del PGS.
- **Condiciones:** (i) Puede contratarse en la misma isapre que el PGS y SIL y en otra cuando sea con recursos por sobre la cotización obligatoria. (ii) No se podrá supeditar la afiliación de una persona a la contratación de Beneficios Complementarios. (iii) Anexo al contrato de Salud, que incluye mecanismo anual de modificación de su precio. (iv) Podrán ser contratados en cualquier momento. (v) Se extenderán a los nuevos familiares beneficiarios declarados. (vi) Podrán ser contratados individual o colectivamente. (vii) Requisitos y condiciones de comercialización definidas por reglamento del Minsal.
- **Precios:** Determinados libremente por las isapres. Pueden ser modificados anualmente. Pueden haber descuentos a quienes se sometan a programas de medicina preventiva.
- **Duración:** Indefinida.
- **Afiliación:** Se puede negar la contratación y restringir su cobertura (máximo 18 meses) en base al riesgo de la persona, determinado por una declaración de salud. Requiere que las personas hayan contratado el PGS en alguna isapre.

## 6. Información

- **Obligaciones isapres:** anualmente deben enviar información de cambios en precios y prestadores y una tabla de la Superintendencia de Salud que incluye precio PGS y SIL en cada Isapre, tasa de rechazo de licencias médicas, redes de prestadores para el PGS y Beneficios Complementarios, utilidades, promedio de costos de administración, beneficios vinculado al examen de medicina preventiva (según reglamento). Asimismo, deben ofrecer Beneficios Complementarios alternativos cuyo precio sea equivalente al de los vigentes.
- **Atribuciones isapres:** requerir de los prestadores la certificación médica para evaluar procedencia de beneficios solicitados.

## 7. Prestadores

- **Uso de establecimientos estatales por usuarios de isapre,** sujetos al arancel para no beneficiarios de Fonasa, en casos de urgencia y escasez de la especialidad.

## II. Último texto aprobado del proyecto de ley que "Modifica el Sistema Privado de Salud, incorporando un plan garantizado" (22 de enero de 2013)<sup>1</sup>

### Obligaciones de información isapres

- Proporcionar información suficiente y oportuna respecto de las materias fundamentales de los contratos que ofrecen (precios del Plan Garantizado de Salud, SIL, Beneficios Complementarios y modalidades y condiciones de otorgamiento de éstos, como las redes de prestadores en casos que corresponde), según instrucciones de general aplicación de la Superintendencia de Salud. Deberá ser pública permanentemente y estar actualizada permanentemente.

- Incluir en la información anual a sus afiliados la tabla comparativa con los precios de todas las isapres por el PGS y el SIL, tasa de rechazo de licencias médicas, red de prestadores PGS y para Beneficios Complementarios cuando corresponda, utilidades del año cronológico anterior, promedio de costos de administración, beneficios vinculados al examen de medicina preventiva y cualquiera otra información determinada por el reglamento. Asimismo, modificaciones a los contratos, como cambio de prestadores.

### Normas referidas a prestaciones

- Reglas para traslado y cobertura de prestaciones para pacientes que por emergencia usan prestadores fuera de red.
- Responsabilidad de las isapres sobre a acceso, oportunidad y cobertura financiera (aunque no existen medidas para determinar incumplimiento ni sanciones asociadas, salvo que los copagos se mantienen cuando hay cambios de prestadores durante el periodo anual.
- Normas para el uso de prestadores de la red estatal (arancel, casos de urgencia, de ausencia o escasez de servicios profesionales).

### Nuevas facultades para isapres

- Requerir de los prestadores (públicos o privados), certificación médica para determinar procedencia de coberturas y proceso para dirimir disputas, bajo la supervigilancia de la Superintendencia de Salud.
- Posibilidad de comercializar Beneficios Complementarios, los que deberán ser pactados en un contrato distinto e independiente del que contiene el PGS y SIL, a afiliados de la misma o de otras isapres. Estos pueden consistir en mejoras de cobertura del PGS o cubrir prestaciones no incluidas en el PGS (en modalidad de prestadores de libre elección, cerrada o preferente).

<sup>1</sup> Si bien existe una indicación por parte del ejecutivo el día 20 de marzo de 2013, ésta no fue aprobada.

- Posibilidad de informar y notificar vía medios electrónicos aprobados por la Superintendencia de Salud.

**Otros**

- Límites al cobro de cuotas por préstamos otorgados a afiliados (5% renta o un monto asociado al precio del PGS y Beneficios Complementarios).

- Se elimina tabla de factores para definir precio del contrato.
- El plan de salud no podrá excluir preexistencias ni establecer periodos de carencia.
- Artículo transitorio que indica cómo se financiarán los gastos que genere la aplicación de la ley. **PdR**