

Serie de Informes Técnicos
Febrero 2016

EL SISTEMA DE SALUD CHILENO
Orígenes, Transformaciones y Desafíos

ÍNDICE

	Página
I. Presentación.....	4
II. Sistema de Salud en Chile.....	5
II.1 Breve Reseña Histórica y Marco Regulatorio del Sistema de Salud Chileno.....	5
Orígenes del Sistema de Salud Chileno.....	5
La Reforma a la Salud de la Década de los Ochenta.....	6
El Origen de la Discriminación en Salud.....	8
La Reforma a la Salud del Año 2005.....	9
<i>Ley N° 19.381 de 1995.....</i>	<i>9</i>
<i>Ley de Urgencias (1990) y Seguro Catastrófico (2000).....</i>	<i>10</i>
<i>Ley de Solvencia de las Isapres (Ley N° 19.895 de 2003 o Ley Corta de Isapres).....</i>	<i>11</i>
<i>Promulgación del Régimen de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) y Creación de la Superintendencia de Salud (DFL N° 1 de 2005).....</i>	<i>11</i>
<i>Regulación de Precios y Fondo de Compensación en Isapres para AUGE (Ley N° 20.015 de 2005 o Ley Larga de Isapres).....</i>	<i>13</i>
<i>Garantía Universal Tratamientos Alto Costo (Ley N° 20.850 de 2015 o Ley Ricarte Soto).....</i>	<i>15</i>
Síntesis Marco Regulatorio y Perspectivas de Cambios Regulatorios.....	15
II.2 Institucionalidad Regulatoria Actual del Sistema de Salud Chileno.....	17
II.3 Operación de los Sistemas de Salud en Chile.....	19
II.3.1 Cobertura y Atención según Sistema de Aseguramiento.....	19
(i) Cobertura de las Atenciones en ambos Sistemas de Aseguramiento.....	19
(ii) Cobertura y Atención para Beneficiarios de Fonasa.....	19
(iii) Cobertura y Atención para Beneficiarios de Isapre.....	21
II.4 Financiamiento del Sistema de Salud Chileno.....	22

II.4.1 Principales Diferencias en el Financiamiento del Plan de Salud o Prestaciones.....	23
II.4.2 Efectos Financieros de una Eventual Fusión de Fonasa y las Isapres para la Creación de un Seguro Nacional Único de Salud.....	26
III. El Sistema de Aseguramiento Privado en Salud en Chile.....	28
III.1 ¿Cómo Optar al Sistema Isapre?.....	28
III.2 Vista Actual del Sistema Isapre.....	30
(i) Estadísticas de Cartera.....	30
(ii) Estadísticas Financieras.....	32
(iii) Estadística de Prestaciones Médicas y Licencias Médicas.....	33
(iv) Judicialización.....	35
(v) Opinión de los Usuarios.....	36
III.3 Últimas Mejoras que se han Implementado en el Sistema Isapre.....	37
IV. Perspectivas Futuras del Sistema Isapre.....	39
Proyecto de Ley de Reforma a las Isapres 2015 y Visión de la Industria.....	39
Estrategia para Desarrollar un Nuevo Modelo de Aseguramiento.....	40
V. Conclusiones.....	43
VI. Referencias.....	45

I. Presentación

El presente Informe tiene por objeto hacer una revisión de los antecedentes históricos del sistema de salud chileno y de su evolución, así como también analizar algunos de sus resultados. Sin embargo, se pondrá especial énfasis sobre el sistema de salud privado, el cual ha tenido grandes logros en sus últimos 34 años de existencia y ha evidenciado un progreso significativo, sobre todo en lo que se refiere a la calidad y accesibilidad a los servicios de salud privados lo que ha beneficiado no sólo a los usuarios de Isapre, sino que también a los beneficiarios de Fonasa.

Este documento más allá de recopilar y mostrar ordenadamente los cambios normativos y la evolución que ha sufrido nuestro sistema de salud, lo que busca es contribuir a la discusión respecto hacia donde debiésemos avanzar, teniendo en cuenta los alcances y logros obtenidos hasta ahora, pero por sobre todo las debilidades y espacios de mejoras del sistema.

El Informe se organiza de la siguiente manera. En la sección II se presenta una breve reseña respecto al establecimiento y formación del sistema de salud nacional, análisis que incluye los cambios de su marco jurídico y las principales características de los dos sistemas de aseguramiento vigentes en el país. Asimismo, en esta sección se analiza la operación, el financiamiento y las características comparadas entre ambos sistemas de salud. Luego, en la sección III se describe el sistema privado de salud y se expone la evolución de los principales parámetros estadísticos del Sistema Isapre y las últimas mejoras que se han implementado. La sección IV presenta las perspectivas futuras del Sistema Isapre y, finalmente, en la sección V se entregan las conclusiones.

II. Sistema de Salud en Chile

II.1 Breve Reseña Histórica y Marco Regulatorio del Sistema de Salud Chileno¹

Orígenes del Sistema de Salud Chileno

El sistema de salud chileno ha sufrido una serie de transformaciones desde la creación de las primeras organizaciones sanitarias del país. Muchas de estas modificaciones han llevado a cambios profundos y estructurales del sistema de salud chileno y lo han conducido a lo que es hoy: un sistema de salud basado en un esquema de seguros.

El origen del sistema de salud chileno se remonta a 1844, cuando aparecen las primeras organizaciones sanitarias, de la mano de la creación de la Junta Nacional de Beneficencia. Sin embargo, el concepto de seguro aparece por primera vez durante la primera parte del siglo XX, con la creación en 1924 del Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social (Ministerio de Salud) y la promulgación de la Ley de Seguro Obrero Obligatorio (Ley N° 4.054 de 1924). Este seguro, además de otorgar cobertura en salud, incorpora los pagos por concepto de jubilaciones (vejez), indemnizaciones por accidentes laborales (invalidez) y el fallecimiento de sus cotizantes. Con el Seguro Obrero, se instala por primera vez en nuestro país un sistema de aseguramiento y financiamiento de la salud de tipo contributivo, es decir, los aportes que reunía provenían de los trabajadores contratados, sus empleadores y el Estado.

Más tarde, en 1942² se crea el Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena), el que fusiona la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas (CEPP) y la Caja de Previsión de Empleados Privados (EMPART), incorporando así a este segmento a la previsión y otorgando prestaciones de asistencia médica y dental bajo la modalidad de un sistema administrativo o de libre elección (bonos). Por su parte, en 1952 (Ley N° 10.383 de 1952) se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS), el que a diferencia del Sermena, atendía a los obreros y el resto de la población no cubierta (indigentes). Con el SNS, desaparece el Seguro Obrero Obligatorio como tal y se separan las funciones médicas de las funciones de seguridad social. Por su parte, la seguridad social queda en manos del Servicio de Seguro Social (SSS, Ley N° 10.383 de 1952)³, al cual se incorporan los derechos a asignaciones familiares y el seguro de cesantía.

¹ Sección basada en: Informe Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Modelo y Marco Jurídico para El Sistema Privado de Salud (2014); Informe CEP “Desafíos y Algunos Lineamientos para el Sistema de Seguros de Salud en Chile (Velasco, 2014); Informe PUCV “Mercado de la Salud Privada en Chile” (PUCV 2012) y recopilación de información vía medios electrónicos.

² Hasta 1979, cuando se fusiona en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).

³ En 1980 se crean Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), instituciones privadas encargadas de administrar los fondos y ahorro de pensiones (Decreto Ley N° 3.500 de 1980). Con ello, se reformó el sistema previsional transformándolo en un sistema de capitalización individual de las pensiones de vejez, invalidez y supervivencia. Las cajas previsionales – sistema anterior de reparto por medio de las cuales se cotizaba y

En 1968, en tanto, se promulga la Ley N° 16.744, la que establece las normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y asume los compromisos de pago de pensiones y beneficios, así como el cobro de la cotización de dicho seguro⁴ (Mutuales de Seguridad, Instituto de Seguridad Laboral), separando estos eventos de las obligaciones médicas del Seguro Nacional de Salud. Este seguro existe hasta el día de hoy en nuestro país.

En síntesis, hacia mediados de los años setenta, el sistema de salud chileno estaba organizado de la siguiente manera: El Ministerio de Salud Pública junto con el Servicio Nacional de Salud ejercían las funciones normativas y controladoras. Adicionalmente, el Sistema Nacional de Salud, administraba y operaba el sector público de salud, que como se señaló, entregaba cobertura a obreros e indigentes, quienes hasta antes de 1979 no tenían acceso a medicina de libre elección (elegir prestador) y en caso de atenderse en el sector privado debían asumir el costo total de la prestación. El Sermena, dependía del Ministerio de Salud Pública y era una institución semifiscal, el cual financiaba las prestaciones de salud de los empleados, quienes podían elegir de entre un registro de prestadores inscritos, debiendo pagar un copago en el lugar de atención. La legislación establecía que todos los trabajadores debían cotizar obligatoriamente parte de sus salarios, los obreros inscritos al SNS, además recibían aportes de los empleadores y aportes fiscales, mientras que los empleados adscritos al Sermena, recibían suplementariamente sólo aportes de sus empleadores.

Adicionalmente, existían las ya mencionadas Mutuales de Seguridad y otros esquemas de protección de salud asociados a las Fuerzas Armadas, Carabineros y Universidades.

La Reforma a la Salud de la Década de los Ochenta

El cambio más radical y fundamental para la conformación del actual sistema de salud nacional, se originó en el año 1980 (y se extendió durante toda la década), a partir de la creación de una nueva Constitución Política para la República de Chile, la cual, entre otros aspectos, reconoció en su Art. 19 n° 9 inc. 1° como una garantía constitucional el derecho a la protección de la salud. En concreto, dicho artículo dispuso que: *“El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de Instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea este estatal o privado”*.

entregaban las prestaciones correspondientes – se mantuvo sólo para las Fuerzas Armadas y Carabineros de Chile.

⁴ Mutuales de Seguridad (privadas sin fines de lucro), Instituto de Seguridad Laboral (ex INP, Estatal) y empresas con administración delegada (Codelco y PUC).

Con la Constitución de 1980, en temas de salud, se reconoce la existencia de un sector privado de salud y la libertad de elección entre este sistema privado y el sistema público de aseguramiento en salud. De este modo, lo dispuesto constitucionalmente generó un cambio drástico en materia de salud al entender delegables las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, permitiendo la participación de los privados en un ámbito que hasta la fecha había sido prácticamente de exclusividad del sector estatal. En lo relativo a las acciones de salud, si bien es deber preferente pero no exclusivo del Estado atenderlos, ello debe ser siempre respetando la iniciativa particular en la materia, atendido que se garantiza el derecho de las personas a elegir el sistema en salud en el cual deseen atenderse. La ley mantiene la obligatoriedad de cotizar (salud y pensiones), sin embargo, innova en el derecho a elegir donde el trabajador desea hacerlo: si cotizar en el sistema estatal o privado, sin poder obligar a las personas a la afiliación en uno u otro sistema. Esta norma constitucional da origen a las **Instituciones de Salud Previsional (Isapres)** y faculta a la ley para regular a estos prestadores privados que perciben cotizaciones obligatorias de salud, y que de esta forma sustituyen al Estado en el otorgamiento y financiamiento de las prestaciones de salud. Así, **las personas a partir de 1980 pueden optar - si sus ingresos se lo permiten - entre quedarse en Fonasa o afiliarse a una Isapre.** De esta forma, se puso fin a la discriminación que existió hasta el año 1980 entre obreros y empelados, los que sólo podían hacer uso del SNS o de Sermena según su calidad de obrero o empleado.

Con la Constitución de 1980 se redefine el rol del Ministerio de Salud y se descentraliza la provisión de salud estatal. En el caso de la atención primaria, se traspasó la administración de los centros de atención primaria desde el Servicio Nacional de Salud a los municipios (proceso que se dio entre los años 1981 y 1988). Con ello, se disolvió el SNS y se descentralizó la salud pública en 27 centros autónomos con patrimonio propio a cargo de las funciones operativas, de gestión y desarrollo de su red y cuya jurisdicción quedó asociada a determinadas zonas⁵. En relación con la recaudación y administración de los recursos destinados a la provisión de salud estatal, se fusionaron los antiguos aseguradores dependientes del Estado (SNS y Sermena), dando origen al **Fondo Nacional de Salud** (DL N° 2.763 de 1979), que se constituyó como un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio (Fonasa).

En síntesis, las reformas iniciadas a comienzos de los años ochenta cambiaron radicalmente la estructura y funcionamiento del sistema, con el propósito de separar las funciones de diseño de políticas, operación, control y financiación en salud, siendo los principales cambios: (i) la creación del Fondo Nacional de Salud (Fonasa); (ii) La creación de las Instituciones de Salud Previsional (Isapre); (iii) La descentralización del Servicio Nacional de Salud (SNS), convirtiéndolo en un Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) a través de servicios de salud autónomos y con patrimonio propio distribuidos a lo largo del país; y (iv) La municipalización de gran parte de la atención primaria de salud, manteniendo los servicios de salud un rol articulador de la política sanitaria. Asimismo, se privilegió la focalización del gasto en la atención primaria y en las acciones de salud más

⁵ DFL N° 1 de 2005 artículo 16°.

costo efectivas y se puso especial énfasis en la red de postas y consultorios, lo que de alguna forma significó menor inversión en atención hospitalaria de alta complejidad.

En materia de seguridad social a partir de los ochenta, las cotizaciones legales (salud y pensiones) pasaron a ser de cargo exclusivo de los trabajadores, eliminándose el aporte del empleador (con la excepción del porcentaje entre 0,9% y 3,5% para accidentes laborales y enfermedades profesionales). De esta forma, se consideró que las cotizaciones de salud pertenecen al trabajador y le otorgan la posibilidad de elegir entre el sistema público o privado de salud y, que ese sentido de propiedad sobre la cotización, contribuiría a cautelar su buen uso por parte de las entidades que brinden los servicios de salud.

El Origen de la Discriminación en Salud

Con la Reforma de 1980, se aumentó el aporte a salud del trabajador desde un 4% a un 7% del salario bruto imponible⁶. La afiliación al sistema Isapre es de carácter individual y se financia sólo con la cotización del trabajador. El sistema estatal de Fonasa, por el contrario, recibe subsidios fiscales, además de la cotización para salud de los trabajadores que optaron por ese sistema estatal. Si un trabajador opta por una Isapre, pierde dicho subsidio fiscal que recibía estando afiliado a Fonasa. Este diseño es lo que genera una discriminación entre quienes pueden afiliarse a una Isapre y quienes no lo pueden hacer. **En Chile nunca ha existido un mecanismo de subsidios portables o de compensación de riesgos para que las personas puedan ejercer un real derecho de opción entre sistemas de salud.**

En los años 80, se establecieron tímidos incentivos estatales para fomentar la incorporación de más usuarios al sistema privado, como lo fue el subsidio de descanso maternal a cargo del Estado y un subsidio de 2% del sueldo de los trabajadores de menores ingresos que se adscribieran a planes colectivos de las Isapres. Sin embargo, en 1999 se pone fin al subsidio del 2%, lo que inevitablemente aumentó la discriminación de los subsistemas, pues casi un millón de trabajadores de bajas rentas beneficiarios de las Isapres, al no contar con el subsidio del 2%, debieron abandonar sus Isapres y afiliarse a Fonasa.

Adicionalmente, en la década de los noventa, se promulgaron diversas leyes en pro de fortalecer el sistema de salud estatal y algunos en el nuevo gobierno democrático, creían necesario terminar con los seguros privados de salud. Sin embargo, primó la idea de fortalecer el sector público y regular más a la actividad privada. Es así como en 1995 se creó la Superintendencia de Isapres (existe hasta el año 2005, cuando se transforma en la Superintendencia de Salud), institución que regula y supervisa el mercado de seguro y proveedores de salud, asimismo, las Isapres para constituirse deben registrarse en dicha Superintendencia como personas jurídicas. Por su parte, el Fonasa desde su constitución es

⁶ Sesenta unidades de fomento (UF) reajustadas, considerando la variación del índice de remuneraciones reales determinadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) entre noviembre del año anteprecedente y noviembre precedente, respecto del año en que comenzará a aplicarse (art.16 del DL N° 3.500 de 1980). Hoy el tope imponible alcanza las 73,2 UF. Las Unidades de Fomento son una unidad de utilizada en Chile, cuya finalidad es la revalorización de valores, que se pagan o cobran en pesos, de acuerdo con las variaciones de la inflación. En noviembre de 2015, una UF equivalía a aproximadamente USD 35.

supervigilado por el Ministerio de Salud (Minsal) y debe someterse a sus políticas, normas y planes. Durante la década de los noventa, se trató de realizar un importante esfuerzo por mejorar el sistema público de salud, especialmente la atención hospitalaria, para recuperar el sector con inversiones en mayor dotación de personal, mejora de sus sueldos y una fuerte inversión en infraestructura y equipamiento.

La Reforma a la Salud del Año 2005

Entre 1990 y 2007 Chile enfrentó una seguidilla de reformas, las que tenían como fundamento el reconocimiento del derecho a la salud, la equidad, solidaridad, la eficiencia y la participación social. De esta forma, las reformas afectaron primordialmente a la Superintendencia de Isapre, el Estatuto de Atención Primaria y se reemplaza el Régimen de Prestaciones de Salud por el Régimen General de Garantías en Salud conocido como Plan AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas) o GES (Garantías Explícitas en Salud).

En términos normativos, la legislación aplicable al sistema de salud nacional quedó contenida, básicamente, en la Constitución Política de la República (de 1980) y en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del Ministerio de Salud, de 2005. Este último, fijó en un texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763⁷, de 1979, y de las leyes N° 18.933⁸, de 1990, y N° 18.469⁹, de 1985. Además, como agentes económicos, se les aplica el Decreto Ley N° 211, sobre protección de la libre competencia en los mercados.

Ley N° 19.381 de 1995

Una importante reforma al sistema fue introducida por la Ley N° 19.381 de mayo de 1995. Esta normativa estableció los contenidos mínimos de los contratos, eliminó los periodos de carencia y detalló expresamente qué prestaciones podían ser excluidas de coberturas¹⁰.

Se destaca también, dentro de las modificaciones que propuso esta ley, la declaración de que los excedentes de cotización son de propiedad de los afiliados¹¹. La normativa anterior decía que estos excedentes eran de propiedad del afiliado salvo que éste renunciara a ellos para tener un plan con mayores beneficios. Si no renunciaba a ellos,

⁷ El DL N° 2.763 de 1979; “Reorganiza el Ministerio de Salud y el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y La Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud”.

⁸ Ley N° 18.933 de 1990; “Crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Isapre y deroga el Decreto con Fuerza de Ley N° 3, de Salud, de 1981”.

⁹ Ley N° 18.469 de 1985; “Regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud”.

¹⁰ Las preexistencias no declaradas pueden ser excluidas de cobertura, mientras que las preexistencias declaradas tendrán una carencia por un periodo de 18 meses. Asimismo, quedan sin cobertura las prestaciones cubiertas por otras leyes, la atención de enfermería, las hospitalización con fines de reposo, las prestaciones derivadas de la participación del beneficiario en actos de guerra, la cirugía plástica con fines de embellecimiento, medicamentos ambulatorios y las prestaciones que no estén contenidas en el arancel de Fonasa.

¹¹ Se entiende por excedentes la diferencia existente entre el valor del plan y la cotización del 7%.

dichos excedentes debían ser acumulados en una cuenta corriente que la Isapre debía abrir en favor del cotizante y sólo podían ser usados para los fines que la misma ley indicaba: copagos, cubrir cotizaciones en periodos de cesantía, prestaciones no cubiertas por el plan, cotizaciones voluntarias y para financiar un plan de salud cuando el afiliado reúna los requisitos que la ley establece para pensionarse, durante el lapso comprendido entre la solicitud de la jubilación y el momento en que ésta se hace efectiva.

Esta normativa estuvo vigente hasta marzo del año 2009, cuando se dictó la Ley N° 20.317, norma que estableció que los excedentes de cotización son de propiedad de los afiliados y tienen el carácter de irrenunciables; sólo pueden renunciar a ellos quienes suscriben un plan colectivo o uno individual compensado. Con esto se ratificó que la cotización pertenece al trabajador y no es meramente un impuesto.

Ley de Urgencias (1990) y Seguro Catastrófico (2000)

En el año 1999 se promulga la Ley N° 19.650 (Ley de Urgencias), la que tuvo como fin perfeccionar algunas normas en el área de la salud. Mediante esta normativa, se prohibió a los establecimientos de salud públicos y privados, exigirle a los afiliados que debiesen atender (ya sea de Fonasa o Isapre), montos en dinero, cheque u otro instrumento financiero para asegurar el pago futuro de las prestaciones otorgadas o condicionar de cualquier otra forma dichas atenciones, cuando esta fueran de carácter de urgencia vital (riesgo de muerte o de secuela funcional grave)¹².

En el caso de las Isapres, estas instituciones deben pagar directamente al establecimiento de salud el valor de las prestaciones que se haya otorgado a sus afiliados, hasta que el paciente se encuentre estabilizado y sea trasladado a un centro asistencial que corresponda a su seguro.

Por su parte en el año 2000, las Isapres le propusieron (autorregulación) a la Superintendencia (de Isapre en ese entonces) crear un seguro catastrófico, el que sería entregado a todos sus beneficiarios para enfrentar financieramente una enfermedad catastrófica, fijándose un deducible¹³ por sobre el cual se accedería al pago total de la enfermedad, siempre y cuando este atendándose en la red de prestadores preferentes de su Isapre. De esta forma, se da origen a la “Cobertura para Enfermedades Catastróficas o CAEC”, que fue regulada por la superintendencia de Isapre (posteriormente de Salud), a través de la Circular N° 59 del 29 de febrero de 2000. Originalmente, se trató de una cobertura voluntaria, pero finalmente todas las Isapres abiertas terminaron otorgándola¹⁴.

¹² Acreditadas por un médico cirujano.

¹³ Este deducible se paga anualmente y desde el momento que se activa la enfermedad catastrófica se acumulan los copagos que se enteren por esa patología para conformar el deducible, que está vinculado a la capacidad económica del cotizante. Ascende a 30 veces la cotización pactada por cada beneficiario que lo utilice, con un mínimo de 60 UF y un máximo de 126 UF. Las Unidades de Fomento son una unidad de utilizada en Chile, cuya finalidad es la revalorización de valores, que se pagan o cobran en pesos, de acuerdo con las variaciones de la inflación. En noviembre de 2015, una UF equivalía a aproximadamente USD 35.

¹⁴ En los primeros años las Isapres cobraban un valor adicional mensual por CAEC, luego se incorpora al precio base del plan.

Ley de Solvencia de las Isapres (Ley N° 19.895 de 2003 o Ley Corta de Isapres)

Las reformas al subsistema de salud privado de salud se iniciaron con la promulgación de la llamada “Ley Corta de Isapres” (Ley N°19.895 de 2003), que buscó resguardar la solvencia de las aseguradoras y la protección de sus beneficiarios en caso de cancelación del registro de la Isapre¹⁵. Esta normativa, posteriormente se incorporó a la reforma de Salud del año 2005, y por tanto quedó contenida en el DFL N° 1 de 2005.

En particular, se legisló en lo referente al capital mínimo requerido al momento de ser registradas como Isapres (cinco mil unidades de fomento y deberán constituir una garantía equivalente a dos mil unidades de fomento), al patrimonio de las Isapres (deben mantener un monto igual o superior a 0,3 veces el de sus deudas) y la liquidez de las Isapres (la relación entre el activo y pasivo circulante década empresa Isapre no puede ser inferior a 0,8), entre otras¹⁶.

Promulgación del Régimen de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) y Creación de la Superintendencia de Salud (DFL N° 1 de 2005)

En el DFL N° 1 del Ministerio de Salud de 2005 está contenida la reforma a la salud que se basa en los pilares del AUGE y la autoridad sanitaria. En concreto, esta ley crea el régimen General de Garantías de Salud; la Garantía Explícita de Acceso; la Garantía Explícita de Calidad; la Garantía Explícita de Oportunidad y la Garantía Explícita de Protección Financiera, todas las cuales apuntan a la ampliación de las prestaciones a un mayor número de personas y a un mayor número de enfermedades. En términos simples, el plan AUGE incluye un listado de patologías (80 en la actualidad) cuyo diagnóstico y tratamiento (estandarizado) cuenta con Garantías Explícitas en Salud (GES), referidas al acceso, calidad, oportunidad y protección financiera para todos los chilenos (Fonasa e Isapres).

De este modo, esta reforma obliga a entregar una cobertura de acceso obligatoria para eventos de salud priorizados (representan el mayor impacto de carga de enfermedad en la ciudadanía), denominada Garantías Explícitas en Salud (garantías relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad), en todos los contratos de salud (Fonasa e Isapres), con un precio plano para todos los beneficiarios y la existencia de un Fondo de Compensación Inter-Isapres para compensar los riesgos (sexo y edad) de las diferentes poblaciones de cada Isapre.

El precio o prima del GES es igual para todos los beneficiarios de Isapre, sin que se pueda aplicar para su determinación la discriminación de precios por edad y sexo, como

¹⁵ Tras la quiebra de la Isapre Vida Plena en el año 2003, el gobierno envió al congreso un proyecto de ley que establecía diversas normas de solvencia y protección a las personas pertenecientes a las Isapres, AFP y compañías de Seguro, y que culminó con la dictación de la Ley N° 19.895.

¹⁶ Asimismo, se modificaron las normas relativas a las garantías, el pago a prestadores, a la creación de un régimen especial de supervigilancia y control por parte de la Superintendencia de salud, al nombramiento de administrador provisional, a la cancelación de registro en caso de incumplimiento de normas de solvencia, regulando la transferencia de cartera y la prioridad de pago con garantía de las Isapres.

ocurre con el contrato del plan base. El precio del GES varia cada tres años, contados desde la vigencia del respectivo decreto GES, o en un plazo inferior si el decreto es revisado antes del período señalado si se agregan problemas de salud y/o una enfermedad.

La determinación de las patologías incluidas en el GES son elaboradas por el Ministerio de Salud, de conformidad a un procedimiento establecido en la ley y en el reglamento, y deben ser aprobadas por el Ministerio de Hacienda¹⁷. El Ministerio de Hacienda fija un marco de recursos disponibles en el Fonasa y el valor de la Prima Universal, expresada en UF¹⁸, al que deberán ajustarse dichas garantías¹⁹.

Por otra parte, en el año 2005 se reemplaza la Superintendencia de Isapres por la Superintendencia de Salud²⁰, organismo funcionalmente descentralizado (se relaciona con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud), dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, cuyas funciones principales son supervigilar y controlar a las Isapres y a Fonasa, y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley, además de fiscalizar a todos los prestadores de salud públicos y privados, respecto de su acreditación y certificación.

En relación a la autoridad sanitaria, esta también sufre modificaciones con el fin de desconcentrar algunas atribuciones del nivel central, así como de separar el rol rector del rol ejecutor del Minsal. Para ello se reorganiza el Minsal en dos subsecretarías: de Redes Asistenciales y de Salud Pública. Las Secretarías Regionales Ministeriales (Seremis) concentraron las funciones de rectoría y de regulación. De esta forma, los servicios de salud quedan con las funciones ejecutoras y administradoras, gestionando los centros estatales a su cargo y articulando la red asistencial comprendida en cada uno de sus territorios (establecimientos públicos y privados en convenio con Fonasa). El director de cada servicio, así como el Superintendente de Salud pasan a ser elegidos por el Sistema de Alta Dirección Pública (ADP).

¹⁷ La propuesta de Garantías Explícitas considera realizar estudios con el objeto de determinar un listado de prioridades e intervenciones en salud (considerando efectividad de las intervenciones, su contribución a la calidad de vida y, cuando sea posible, costo y efectividad). Con estos estudios en mano se elabora un listado de enfermedades y sus prestaciones asociadas. Se estima el costo de incorporarlas al Régimen, de acuerdo con la capacidad de oferta pública y privada. La propuesta se somete a un proceso de verificación del costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado GES, mediante estudio coordinado por el Ministerio de Salud.

¹⁸ Las Unidades de Fomento es una unidad de cuenta utilizada en Chile desde 1967, cuya finalidad es la revalorización de valores, que se pagan o cobran en pesos, de acuerdo con las variaciones de la inflación.

¹⁹ La Ley N° 19.966 de 2004 (Ley AUGE) establece que las garantías que se determinan no pueden generar un costo esperado individual promedio del conjunto de beneficios de Fonasa e Isapre, estimado por 12 meses, significativamente diferente de la Prima Universal. Los cambios en el valor de la Prima Universal no pueden ser superiores a la variación experimentada por el índice General de Remuneraciones por Hora (IGMO).

²⁰ DFL N° 1 de 2005, artículo 106.

Regulación de Precios y Fondo de Compensación en Isapres para AUGE (Ley N° 20.015 de 2005 o Ley Larga de Isapres)

(a) *Regulación de Precios*

La reforma del año 2005 normó un sistema para fijar las alzas en los planes de salud, estableciendo la forma en que se componía el precio del plan y estableciendo la forma en que este podía reajustarse anualmente. De esta forma, el “contrato de salud” de las Isapres está compuesto por: (i) un precio base (ajustado por factor de riesgo)²¹ y (ii) la prima GES por beneficiario (tarifa plana). En la reforma del 2005, se estableció que el precio base se reajusta a través de dos mecanismos contemplados en la ley (DFL N° 1 de 2005): La “adecuación” del precio base y la aplicación de tablas de factores de riesgo (sexo, edad y condición de cotizante o beneficiario). Además, los precios de los planes están fijados en UF, por lo que contemplan un reajuste inflacionario mensual.

(i) Adecuación de los planes: el artículo 197 del DFL N° 1 de 2005 modifica el conjunto de riesgos a considerar para efectos de la aplicación de un ajuste de tarifas. La ley incentivó la ampliación de la consideración de los riesgos a toda la cartera de la Isapre, como una forma de colectivizar en todos los beneficiarios de una Isapre el ajuste de tarifas (hasta antes de esta ley, algunos planes no tenían reajuste, pero otros, con población con más problemas de salud sufrían reajustes más altos).

En el artículo 198, en tanto, se establecen las reglas a las que se debe someter la Isapre²², reglas de cómo la Superintendencia de Salud recibe el precio de cada plan y las propuestas de modificación de precio, el que debe circunscribirse a una banda²³. La autoridad debe fiscalizar que el alza de estos precios se ajuste a la ley y que no haya discriminación entre afiliados (la ley prohíbe hacer rebajas).

(ii) Tabla de Factores de Riesgo: está definida en el artículo 170 letra n) del DFL N° 1 de 2005. La norma señala: “La expresión Tabla de Factores por aquella tabla elaborada por la Institución de Salud Previsional cuyos factores muestran la relación de precios del plan de salud para cada grupo de personas, según edad, sexo y condición de cotizante o carga, con respecto a un grupo de referencia definido por la Superintendencia, en

²¹ El precio base se multiplica por la suma de todos los factores de riesgo de todos los beneficiarios de ese plan de salud, lo que da el precio mensual del plan. En la actualidad el precio base incluye la prima por CAEC.

²² La ley contempla que El procedimiento de adecuación de precios se inicia con una carta al afiliado con tres meses de anticipación de la fecha en que se cumpla la anualidad. Establece que las Isapres una vez al año pueden revisar los planes de salud y modificar el precio base el plan en condiciones que no exista discriminación entre afiliados de un mismo plan y en las mismas condiciones que se están ofreciendo a los nuevos contratantes. La modificación sólo puede estar referida al precio del plan, no a los beneficios o coberturas, los que no se pueden modificar. Si el afiliado no está de acuerdo con el nuevo precio cobrado puede solicitar un plan alternativo, por el mismo precio que paga, planes que deben estar en comercialización en ese momento y, si el afiliado no está conforme con las opciones propuestas puede desafiliarse (opción que es más complicada de tomar para pacientes con preexistencias, ya que es poco probable lo acepten en seguro privado de la competencia. Si lo aceptan en Fonasa).

²³ La banda es de 0,7 a 1,3, siendo 1 el alza media de los planes.

instrucciones de general aplicación, el cual asumirá el valor unitario. Esta tabla representa un mecanismo pactado de variación del precio del plan a lo largo del ciclo de vida, el que es conocido y aceptado por el afiliado o beneficiario al momento de suscribir el contrato e incorporarse a él, según corresponda, y que no podrá sufrir variaciones en tanto la persona permanezca adscrita a dicho plan”. El artículo 199 del DFL N°1 de 2005 regula el uso de la Tabla de Factores de Riesgo.

Es importante mencionar que en el año 2010, el Tribunal Constitucional dictó una sentencia que derogó parte de la normativa de la Tabla de Factores. En la práctica congeló la aplicación de dicha tabla para aumentar los precios de los afiliados y beneficiarios cuando cambiaran de tramo de edad. Esto, por considerarlo contrario al derecho a la protección de la salud, el principio de igualdad y el derecho de seguridad social que no admite trato discriminatorio de ningún tipo. El Tribunal, además, exhortó al legislador (gobierno y parlamento) a determinar por ley una tabla de factores, de tal forma que dicha definición no quedará al arbitrio de las Isapres ni de la autoridad administrativa (esto no se llevo a cabo, finalmente, primó frenar las alzas sujetas al cambio de tramo etario señaladas en la Tabla de Factores).

Por otra parte, los tribunales también interfirieron en la modificación del alza de los precios bases, mediante la aceptación de recursos de protección (comenzaron el año 2007) interpuestos por los beneficiarios del sistema Isapre, con el fin de frenar los precios base de sus planes (los jueces en su mayoría han resuelto a favor de los beneficiarios). Esta situación ha generado una merma en los Ingresos de las Isapres, tanto por la imposibilidad de reajustar los precios de sus planes (y costos de salud se incrementan año a año por sobre la inflación) como por el pago de costas de los abogados. Asimismo, lo anterior para el Poder Judicial también implica un costo importante, ya que desde el año 2014 debe destinar un día completo de la semana a causas relacionadas con las Isapres. En el año 2015, los recursos de protección alcanzaron 133.233 (8% de los contratos), lo que implicaría un pago de costas cercano a los 21 mil millones de pesos (aproximadamente 30 millones de dólares²⁴).

El fallo a favor de los beneficiarios que solicitan congelar las tarifas de sus planes unido al pago de costas judiciales que son de cargo de las Isapres, ha generado un desvío de dineros que debería destinarse para la atención en salud de sus beneficiarios hacia una industria del litigio que beneficia a pocos. Esta industria promueve con campañas publicitarias sus servicios para frenar en tribunales el alza de los precios de sus planes de salud, algunos, incluso ofrecen estímulos económicos o regalos a sus clientes, todo con el fin de obtener un mayor número de casos y así obtener mayores ingresos a través del pago de las costas de dichos juicios²⁵. Es así, como a la fecha existen oficinas de abogados que ingresan más de \$ 1.000 millones de pesos al año por este concepto.

La intromisión de tribunales en el ajuste de precios de las Isapres (regulado por ley) dificulta cada día más a las Isapres, y si no se pone atajo a esta creciente industria, el futuro

²⁴ El tipo de cambio al cierre del año 2015 alcanzó los \$ 707 por dólar.

²⁵ Las Costas Judiciales en el 2015 alcanzaron entre los \$ 130 mil y \$ 550 mil, dependiendo de la Corte de Apelación.

financiero de algunas Isapres se ve complejo, incluso se podría llegar a la inviabilidad del sistema.

(b) Fondo de Compensación de Riesgos GES Inter-Isapres

La prima GES es plana por beneficiario. En este contexto, y con la finalidad de solidarizar los riesgos en salud entre los beneficiarios de las Isapres (relacionados con las prestaciones contenidas en las GES), se creó un Fondo de Compensación entre las Isapres abiertas²⁶. Este Fondo compensa a las Isapres entre sí, por la diferencia entre la prima comunitaria que se determine para el GES y la prima ajustada por riesgo que le corresponda (sólo sexo y edad). La Superintendencia determina los montos que deben traspasarse entre Instituciones²⁷.

Garantía Universal Tratamientos Alto Costo (Ley N° 20.850 de 2015 o Ley Ricarte Soto)

La Ley N° 20.850, llamada Ricarte Soto, se promulgó a mediados de 2015 y buscó garantizar universalmente el derecho de acceso a diagnósticos y tratamientos de alto costo a todos los beneficiarios de los sistemas de salud previsionales en Chile. El 4 de diciembre de 2005 entró en vigencia la ley Ricarte Soto y cubrirá en una primera etapa 11 patologías de alto costo, lo que beneficiará a unas 400 personas.

Síntesis Marco Regulatorio y Perspectivas de Cambios Regulatorios

Ya han pasado 34 años desde la reforma que creó un sistema dual de salud en nuestro país, el cual cuenta por una parte con contratos individuales en el aseguramiento privado (Isapre) y una contribución solidaria (aportes estatales financiados con impuestos) en el sector público (Fonasa). Los últimos cambios importantes al sistema se introdujeron en la década del 2000, cuando se fijaron nuevos objetivos sanitarios para el país, estableciéndose un modelo de Atención Primaria y trabajo en Redes Asistenciales y un sistema de priorización exigible (GES).

En tanto, los problemas que han debido enfrentar las Isapres en materia de ajuste de precio, así como otros problemas como la segmentación por ingresos y la selección de riesgos, ha llevado a que en tres oportunidades el Presidente de la República de turno convoque a Comisiones de Expertos (2010, 2011 y 2014) con el fin de reformar el sistema de salud (básicamente, el privado). En el año 2011 el Ejecutivo envió al Congreso un

²⁶ Con tarifas planas hay grupos de personas que pagan por sobre su costo esperado y otras por debajo, por lo que El fondo redistribuye los ingresos y gastos de cada grupo y permite el correcto funcionamiento de la tarifa plana.

²⁷ Las Isapres aportan a un fondo virtual el costo GES por beneficiario determinado por la Superintendencia de Salud y retiran según le corresponda (y determine la Superintendencia) por la composición de su cartera por sexo y edad.

proyecto de Ley (Boletín N° 8.105-11) que entre otros aspectos, creaba un plan garantizado de salud para el sector privado, el cual debía ser ofrecido a un mismo precio para todos los beneficiarios, para lo cual se consideraba un fondo solidario entre Isapres que compensaría a las que tengan carteras más riesgosas. Este proyecto de ley avanzó en su tramitación en una primera etapa, pero posteriormente quedó paralizada.

En la actualidad, se intenta nuevamente reformar al sector, específicamente al privado, de manera que la salud pueda ejercerse como un derecho de la seguridad social. Sin embargo, a la fecha aún no se ingresa ningún proyecto de Ley al Congreso.

En el Cuadro N° 1 se presenta en forma sintetizada los sistemas de aseguramiento vigentes en Chile.

Cuadro N° 1: Sistemas de Aseguramiento de Salud en Chile

Sistema	Administración	Financiamiento	Prestadores	Tipo	Características Generales
Fonasa (SNSS)	Estatal	Individuos (7% cotización obligatoria salud) Estado (aportes fiscales)	Estado Privado (MLE)	Sistema Estatista de Seguro Social (Bismark)	Solidario Cobertura: 76% población
Isapre	Privadas con fines de lucro (Abiertas y Cerradas)	Individuos (7% cotización obligatoria salud más aportes adicionales)	Privado	Seguros Privados de Salud	No Solidario (Riesgos) (*) Cobertura : 18% población
Fuerzas Armadas	Estatal	Individuos y Estatal	Estatal	Seguro Social de Salud	Solidario Cobertura: 3% población

(*) El componente solidario de todo sistema de seguridad social son los subsidios estatales, los cuales en Chile se canalizan exclusivamente hacia la oferta estatal de prestadores de salud, es decir, hacia la cobertura que brinda Fonasa. El sistema privado, en ausencia de subsidios, esta obligado a autofinanciarse y para ello las Isapres cobran primas basadas en el riesgo individual de la población cubierta por cada plan.

Fuente: Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Modelo y Marco Jurídico para El Sistema Privado de Salud (2014).

Nota: Las prestaciones por accidentes laborales y enfermedades profesionales son administrados por organismos sin fines de lucro: las mutuales (privado) y el ISL (estatal).

II.2 Institucionalidad Regulatoria Actual del Sistema de Salud Chileno²⁸

El Ministerio de Salud (Minsal) es el órgano que rige al sistema de salud chileno. Entre sus funciones se encuentra:

(i) Elaborar las políticas sectoriales: elaborar las metas sanitarias nacionales y el plan nacional de salud, orientar y dirigir las acciones del Estado en salud y elaborar el presupuesto, entre otros. Asimismo, el Ministerio de Salud debe diseñar, controlar y evaluar los programas sanitarios (como el AUGE).

(ii) Coordinar el sector salud y a éste con los demás sectores.

(iii) Dictar normas generales y velar por su cumplimiento, establecer los estándares y el sistema de acreditación de los mismos para los prestadores institucionales, y el sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales y establecer protocolos de atención en salud. Se organiza en dos subsecretarías: la de Salud Pública y la de Redes Asistenciales. La primera tiene a su cargo la administración y servicio interno del ministerio, así como las materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas (artículo 9°, DFL N° 1 de 2005). La segunda está a cargo de las materias relativas a la articulación y desarrollo de la red asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud y la regulación de la prestación de acciones de salud, tales como las normas para definir niveles de complejidad de las prestaciones y los estándares de calidad exigibles (artículo 8°, DFL N° 1 de 2005).

Las Secretarías Regionales Ministeriales (Seremis) cumplen roles delegados, tanto desde la Subsecretaría de Salud Pública como de la de Redes Asistenciales. Les corresponde elaborar medidas, otorgar autorizaciones y acreditaciones y velar por el cumplimiento de toda la normativa sanitaria y por la debida ejecución de las acciones de salud pública por parte de los prestadores que integran las redes asistenciales. Finalmente, deben evaluar el cumplimiento de las metas fijadas a la atención primaria municipal.

La Superintendencia de Salud (SIS) es un organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio que se relaciona con el Presidente de la República mediante el Minsal. Debe supervigilar y controlar a las Isapres en relación con toda la normativa que las afecta (contratos, normas de solvencia, GES, registros, etc.) y al Fonasa en cuanto a los derechos de sus beneficiarios y las GES. Asimismo, debe fiscalizar a los prestadores de salud respecto de su acreditación y certificación, y registrar a las Isapres y agentes de ventas. En caso de incumplimiento, puede aplicar sanciones. Además de ello, dicta normas y recopila y publica información relevante, entre otros.

El Instituto de Salud Pública (ISP) es un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio. Debe servir de laboratorio nacional y de referencia, normalizador, supervisor, fiscalizador (de normas de

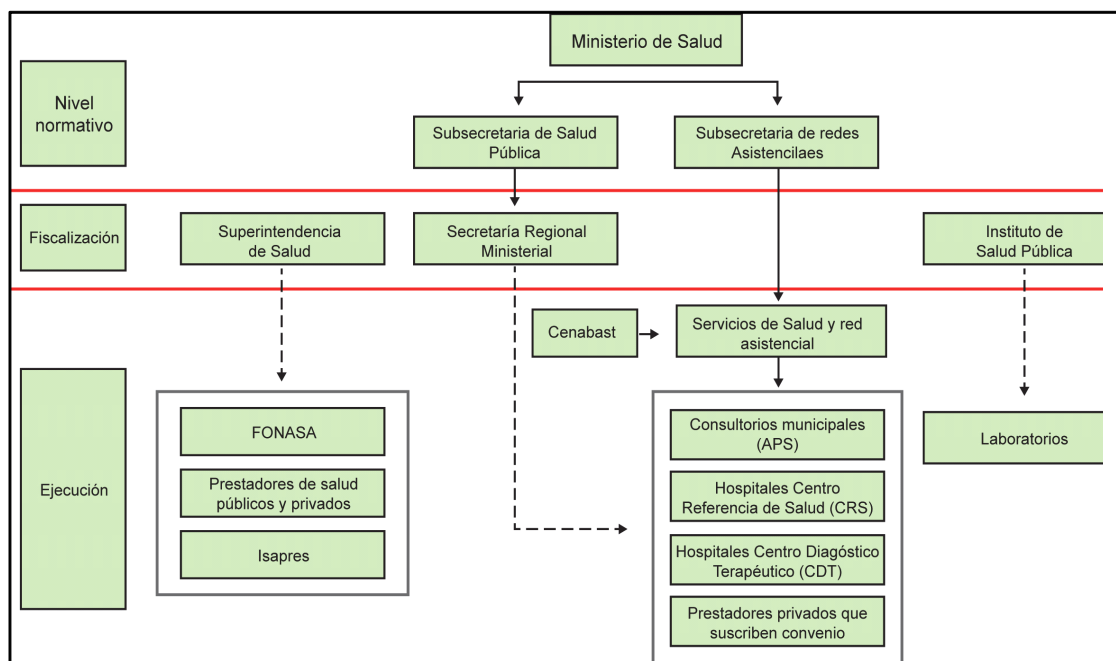
²⁸ Tomado de Informe CEP “Desafíos y Algunos Lineamientos para el Sistema de Seguros de Salud en Chile (Velasco, 2014).

calidad y de acreditación) de los laboratorios de salud pública. Asimismo, es el organismo productor oficial de productos biológicos y tiene a su cargo el control de calidad de los medicamentos (y otros alimentos y productos sujetos a control sanitario). También recopila y entrega información para la vigilancia de la salud pública y fomenta la transferencia tecnológica.

La Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (Cenabast) es un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio. Ejerce la función compradora del Estado, cuya misión es “abastecer de fármacos e insumos clínicos a los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, de la salud municipalizada y otros adscritos al sector público (como las FF.AA. o universidades).

En el Cuadro N° 2 se resume esquemáticamente la institucionalidad del sistema de salud chileno en la actualidad.

Cuadro N° 2: Institucionalidad del Sistema de Salud Chileno



Fuente: Velasco 2014 (CEP)

II.3 Operación de los Sistemas de Salud en Chile

II.3.1 Cobertura y Atención según Sistema de Aseguramiento

(i) Cobertura de las Atenciones en ambos Sistemas de Aseguramiento

En relación a la **cobertura de las atenciones**, tanto el asegurador estatal como los aseguradores privados deben ofrecer en sus planes como mínimo las prestaciones (médicas y pecuniarias) asociadas al Régimen General de Garantías en Salud, que incluyen: (i) examen de medicina preventiva (gratuito), (ii) asistencia médica curativa para un listado de enfermedades o condiciones establecidas por el Minsal, (iii) atención odontológica para determinadas personas, (iv) control del embarazo y puerperio y control de salud para el recién nacido hasta los 6 años de edad (gratuito), (v) subsidio por incapacidad laboral, (vi) descanso y subsidio de maternidad y otros beneficios del Código del Trabajo para las trabajadoras²⁹ y (vii) las garantías explícitas en salud (GES) para un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud.

(ii) Cobertura y Atención para Beneficiarios de Fonasa

Respecto a las alternativas para **la atención de sus beneficiarios**, Fonasa tiene dos opciones: la modalidad institucional (MAI) y la modalidad de libre elección (MLE), las que difieren en cuanto al tipo de prestados (público o privado) y al nivel de cobertura financiera.

En la **modalidad institucional (MAI)** los beneficiarios de Fonasa se atienden en la red pública de atención, dicha atención es gratuita en los centros de salud, mientras que en los hospitales públicos copagan de acuerdo a su tramo de ingreso (ver Cuadro N° 3): las personas en el grupo A y B, así como los asegurados que tienen 60 y más años, no copagan por su atención, y quienes están en los tramos C y D tienen un copago del 10% y del 20%, respectivamente. En el caso de atenciones dentales, el copago es de un 30% para el tramo B, 50% para el tramo C y de un 80% para el D. También hay copagos diferentes para quienes reciben medicamentos en el hospital

En síntesis, la atención primaria en redes institucionales públicas es gratuita para todos los beneficiarios de Fonasa y en el caso de hospitalización y de atenciones de especialidad la atención es gratuita en los tramos A y B y considera un copago para los beneficiarios en el tramo C (10%) y D (20%)

Por su parte, los beneficiarios clasificados en los tramos B, C y D, pueden optar además, por la **modalidad de libre elección (MLE)**, que considera la posibilidad de elegir a un prestador privado de entre una lista de aquellos que tienen convenio con el Fonasa. Las

²⁹ Artículo 150 del DFL N° 1 de 2005.

personas hacen un copago en función del nivel de inscripción del prestador en convenio con Fonasa (niveles 1,2 o 3) para consultas médicas generales (generales y de especialidad), exámenes de laboratorio e imagenología, salud oral, cirugías (con días cama, derecho a pabellón y honorarios médicos), radioterapia, psiquiatría. El porcentaje del costo de la atención cubierto por el Fonasa en modalidad libre elección es menor que en la modalidad institucional (es decir, mayor copago) y dentro de la MLE el porcentaje del costo cubierto por Fonasa es considerablemente mayor para atenciones ambulatorias que hospitalarias. En efecto, en atenciones ambulatorias se bonifica entre un 50% y 60%, mientras que las atenciones hospitalarias se bonifican entre un 20% y 10%.

En tanto, las prestaciones GES son efectivas para los beneficiarios del Fonasa cuando la atención es realizada por determinados prestadores pertenecientes a la red asistencial. Quienes deseen optar por otros prestadores pueden hacerlo mediante la modalidad de libre elección, salvo las personas del grupo A, que por ley están impedidos de atenderse por dicha modalidad, por lo que de hacerlo deben pagar la totalidad del costo de la atención.

Por último, el Fonasa cuenta con un Seguro Catastrófico que cubre gratuitamente determinadas patologías y/o tratamientos³⁰. Este seguro sólo cubre y opera si la persona se atiende en la modalidad institucional (red de prestadores estatales) y si se accede a través de un consultorio de atención primaria.

La atención de un beneficiario del Fonasa que es realizada por un prestador privado sin convenio con el Fonasa no es reembolsada, salvo, en caso de que se trate de una urgencia o emergencia (Ley de Urgencia).

³⁰ Homodiálisis y peritoneodialisis; prestaciones cardioquirúrgicas; prestaciones neuroquirúrgicas; escoliosis; trasplante renal; trasplante hepático; atención integral al paciente fisurado; atención de urgencia al paciente quemado; atención de urgencia al paciente con trauma complejo; prestaciones del grupo quimioterapia; prestaciones del grupo radioterapia; tratamiento farmacológico del VIH.

Cuadro N° 3: Clasificación Beneficiarios de Fonasa por Tramos de Ingresos

Grupo	Beneficiarios	% Copago
A	Personas indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales a que se refiere el Decreto Ley N° 869, de 1975, y causantes del subsidio familiar establecido en la Ley N° 18.020.	0%
B	Afiliados cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual (\$241.000) aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad.	0%
C	Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad y no exceda de 1,46 veces dicho monto, salvo que los beneficiarios que de ellos dependan sean tres o más, caso en el cual serán considerados en el Grupo B. Es decir, en la actualidad en este tramo están las personas que perciben un ingreso imponible mensual mayor a \$241.000 y menor o igual a \$351.860. Si tienen 3 o más cargas familiares pasan al Tramo B.	10%
D	Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior en 1,46 veces al ingreso mínimo mensual (mayor a \$351.860) aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad, siempre que los beneficiarios que de ellos dependan no sean más de dos. Si los beneficiarios que de ellos dependan son tres o más, serán considerados en el Grupo C.	20%

Fuente: DFL N° 1 de 2005

(iii) Cobertura y Atención para Beneficiarios de Isapre

Las Isapres ofrecen múltiples planes, los cuales son contratos de carácter indefinido, los que deben incluir las prestaciones GES y el plan complementario. Las prestaciones GES son realizadas con determinados prestadores con que la Isapre tenga convenio o si el paciente lo prefiere, con el prestador de su preferencia, dependiendo de su elección varían los copagos.

Por su parte, el plan complementario debe incorporar al menos las prestaciones y cobertura financiera que se fije como mínimo en la modalidad de libre elección del Fonasa respecto del régimen general de garantías en salud. Los planes contratados por los usuarios de Isapres pueden contener una o más de las siguientes modalidades: libre elección, prestadores preferentes o plan cerrado.

La cobertura, en el caso de las Isapres depende del plan contratado³¹, por lo que el porcentaje del costo por prestación que es cubierto varía según el plan contratado y según la modalidad de atención escogida (prestador preferente, libre elección o cerrado). En todo caso, la cobertura entregada por las Isapres alcanza un 55% en promedio para prestaciones ambulatorias y alcanza un 70% en promedio en las prestaciones hospitalarias.

³¹ El plan complementario tiene un costo por persona que depende de su contenido (prestaciones y porcentaje del costo de éstas que son cubiertas).

Adicionalmente, todas las Isapres abiertas cuenta con la denominada Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), la que permite financiar hasta el 100% de los gastos derivados de atenciones (hospitalarias y ambulatorias) de alto costo, realizadas en el país. Estos beneficios se aplican solamente si la persona es atendida con los prestadores en convenio, los que dependen de cada Isapre.

II.4 Financiamiento del Sistema de Salud Chileno³²

La salud en Chile se ha organizado en un sistema de protección social formado por un sistema estatal (Fonasa) y otro privado (Isapres), que en conjunto dan cobertura al 94% de la población del país³³. Del resto de la población, cerca de un 3% está adscrita al sistema de salud de las Fuerzas Armadas y del Orden (Carabineros) y el remanente dispone de seguros privados no Isapre o no cuenta con aseguramiento.

El sistema de salud adopta la forma de un seguro de salud que es financiado a través de un beneficio mandatado que obliga a destinar el 7% del ingreso mensual³⁴ que perciba una persona (sueldo o pensión³⁵) para efectos de salud (atención y pago de licencias médicas curativas), monto que puede destinarse ya sea al seguro estatal (Fonasa) o algún privado (Isapres)³⁶. Los trabajadores independientes pueden optar voluntariamente por adscribirse o no a algún sistema o asegurador; sin embargo, a partir del 2018 será obligatorio también para ellos cotizar.

Las Isapres pueden optar por no afiliar a una persona, sí a ésta no le alcanza su salario para cubrir un determinado plan de salud o si esta presenta alguna preexistencia. Las Isapres, ofrecen un seguro de salud cuya prima considera, las características del plan (nivel de bonificaciones, expresados en topes y copagos, y la mayor o menor libertad para elegir prestadores), así como también el riesgo o probabilidad actuarial de incurrir en prestaciones cubiertas (sexo y edad). Con todo, en el sector privado, el contrato de salud es libre de ser firmado entre las partes involucradas. Fonasa, en tanto, debe incorporar a quienes no tienen trabajo, a los indigentes y a otros grupos vulnerables de la población. Lo anterior, debido a que las lógicas de financiamiento en cada sistema son diferentes. En efecto, en el sistema privado el 100% del financiamiento requerido para otorgar cobertura y beneficios proviene de la cotización de sus afiliados. Por su parte, el sistema público (Fonasa) se financia en mayor medida con aportes estatales proveniente de impuestos.

³² Basado en Ferreiro A. (2009), Velasco C. (2014) y DFL N° 1 de 2005.

³³ 76% de la población se atiende en Fonasa y un 18% en Isapres.

³⁴ Con un tope imponible salarial por trabajador, el que varía anualmente (73,2 UF es el vigente al año 2015).

³⁵ Pensionados de menores ingresos están exentos. La Ley N° 20.53 de 2011, eliminó la cotización en salud de 7% para los jubilados mayores de 65 años con pensiones inferiores a \$255.000. En tanto, esta misma Ley redujo el porcentaje de cotización del 7% al 5% a los pensionados mayores de 65 años que reciban una renta entre \$255.000 y \$286.000.

³⁶ Los trabajadores (y sus cargas) de instituciones pertenecientes a las fuerzas armadas cuentan con sistemas de previsión y de salud propios, por lo que están excluidos de esta obligación.

II.4.1 Principales Diferencias en el Financiamiento del Plan de Salud o Prestaciones

Existen tres características distintivas en el financiamiento entre Fonasa e Isapre las cuales son: la definición de la prima o precio, la fuente misma del financiamiento y las formas de ajuste de dicho precio o prima. En el Cuadro N° 4 se presenta de forma esquemática las principales características esenciales comparadas del Sistema Isapre y Fonasa.

(i) Definición de la Prima:

En el caso de Fonasa, el precio corresponde al monto que resulte de la aplicación de la contribución legal para salud (7%) sobre la remuneración imponible (hasta 74,3 UF en el 2016). Por tanto, se trata de una prima colectiva calculada en proporción a la capacidad de pago de las personas, aunque sólo financia una fracción de los costos en que incurren los afiliados. En el caso de Fonasa, la cotización o prima no está relacionada con el riesgo del cotizante y sus beneficiarios. Tampoco cambia el plan, salvo las excepciones de ciertos copagos (tramos C y D de ingresos).

Por su parte, en el caso de las Isapres, el precio de cada plan depende esencialmente de dos factores: de la cobertura del plan contratado (y la mayor o menor libertad para elegir prestadores) y del riesgo de los beneficiarios (sexo y edad). Como las combinaciones de número y riesgo de beneficiarios por plan son múltiples, así como el tipo de planes, son también múltiples los precios de los planes que los afiliados a Isapre pagan. En un contexto en donde el precio y el riesgo tiene correlación positiva, hace que en el sistema Isapre tiendan a afiliarse las personas de bajo riesgo relativo y/o rentas sobre la media, puesto que sólo ellas pueden destinar un porcentaje adecuado (que alcance a financiar) de sus ingresos a financiar un plan de salud en el sector privado.

Con todo, dado que en el sistema chileno conviven dos subsistemas, uno cuya prima depende del riesgo (Isapres) y otro que no depende del riesgo de sus afiliados y que sólo se calcula como porcentaje de la renta imponible (Fonasa), ello se traduce en una concentración de las personas de mayor riesgo y menores ingresos en el sistema estatal. Como consecuencia de este perfil de cartera (bajos ingresos y mayores riesgos), el Estado ha debido incrementar el aporte fiscal para brindar cobertura a una población que no es capaz de autofinanciar las prestaciones de salud que requiere mediante sus cotizaciones.

De esta forma, vemos que en estricto rigor la libertad constitucionalmente establecida de elegir entre aseguradores es efectiva solamente para la población que pueden autofinanciar su salud en el sector privado (que no cuenta con subsidios estatales), sector que además difiere con el sector público, en el acceso a una atención oportuna y de calidad³⁷. En vista de lo anterior, se puede concluir que la libertad de afiliación entre el

³⁷ Hay que mencionar que el gasto por beneficiario en Fonasa se ha duplicado en los últimos 10 años, sin embargo, en el sistema público no se observan grandes avances en lo que se refiere a la satisfacción con la atención que recibe cada una de esas personas. De este modo, queda al descubierto los serios problemas de gestión que tiene el sistema de salud pública, lo que se traduce en largas listas de espera, falta de especialistas, falta de hospitales y bajas coberturas para atenderse en el sector privado (MLE), entre otros, y redundando en una

sector público y privado que la Constitución garantiza, sólo sería verdaderamente libre si los afiliados de Fonasa pudieran trasladar sus subsidios públicos hacia la demanda en el sector privado.

(ii) Fuente de Financiamiento:

Como se señaló, los beneficios que reciben los afiliados a Isapres se financian exclusivamente con el aporte de los cotizantes, lo que en muchos casos implica un aporte adicional a la cotización voluntaria. En efecto, se estima que los cotizantes de Isapres pagan en promedio el 10% de su salario imponible.

Por su parte, Fonasa se financia con el 7% de la cotización legal más los aportes fiscales al sistema estatal. Hay que señalar, que de la mano de los costos crecientes en salud (y también problemas de gestión estatal), los aportes fiscales han crecido de manera importante en los últimos años. De acuerdo a la Ley de Presupuestos 2014, el 60% del presupuesto de Fonasa proviene del presupuesto de la nación, es decir de aportes fiscales.

De esta forma, vemos que en Chile la solidaridad redistributiva (dar cobertura en salud a los más pobres y personas de altos riesgos que no pueden cubrirse con recursos propios), se expresa a través del pago de impuestos de todos los chilenos. En todo caso, hay que señalar que cerca del 60% de la recaudación de impuestos en Chile, proviene de la población perteneciente a las Isapres.

(iii) Ajustes del Financiamiento:

Es sabido que los costos de salud crecen por sobre la inflación y el crecimiento de los países (y por tanto a los salarios reales). Este es un fenómeno universal, por lo que en Chile ni el sector público ni el sector privado esta ajeno a ello. A esto hay que sumar, que en el sistema de salud chileno el incremento de los costos de salud se ve especialmente afectado por el sistemático y progresivo aumento en el costo del Subsidio de Incapacidad Laboral que financian Isapres y Fonasa³⁸.

En este escenario, los cotizantes de Isapre son los que han debido enfrentar directamente los efectos del aumento de costos, ya sea aumentando el precio pagado por el plan o reduciendo sus beneficios (cambio de plan por una que mantenga el monto pagado, pero con beneficios menores al plan actual). En concreto, el financiamiento del sistema privado de salud se logra a través del cobro de primas, lo cual está estipulado por Ley³⁹. En particular, dicha Ley faculta a las Isapres a ajustar las tarifas (no su contenido) de sus planes base (mismo para todos los beneficiarios de dicho plan) una vez al año. En este

insatisfacción permanente por parte de los afiliados al Fonasa, ya que no encuentran soluciones oportunas y de calidad en las redes de atención públicas.

³⁸ En los últimos 10 años el costo en SIL que financia Fonasa y las Isapres ha aumentado en promedio 12% y 11% anual, respectivamente.

³⁹ Ley N° 20.015 de 2005.

escenario, y como se señaló anteriormente, la cotización efectivamente pagada en el sistema Isapre fue de 10% de la renta imponible, ya que la cotización legal del 7% correspondió sólo al 72% de lo recaudado por las Isapres en el 2014 (26% de lo recaudado por las Isapres fue a aporte voluntario adicional).

Sin embargo, hay que destacar, que en los últimos años la operación del sistema Isapre ha tenido que enfrentar diversos problemas en lo que respecta al ajuste de tarifas, básicamente, producto de modificaciones a lo establecido en la Ley de Isapres en lo referente al ajuste de los precios base de los planes. En concreto, en el año 2010 el Tribunal Constitucional del país declaró inconstitucional la existencia de “grandes diferencias” entre los factores de edad y sexo de las tablas de factores, es decir, congeló los ajustes del valor de las primas conforme los afiliados cambian de tramos de edad (en la medida que aumentamos en edad vamos siendo más caros). A lo anterior se suman, la creciente presentación de recursos de protección para frenar el alza de los reajustes de los precios de los planes y que el Poder Judicial ha acogido y fallado a favor de quienes han apelado en contra del alza del precio base, justificando su decisión en que estos aumentos constituyen actos arbitrarios y unilaterales por parte de las Isapres (no considera en su análisis la evolución al alza que están teniendo los costos en salud) y que afectan, entre otros, el derecho a la propiedad. En el año 2014, el pago por concepto de costas que tuvieron que afrontar las Isapres fue equivalente a un 25% de la utilidad registrada por el sistema Isapre en dicho año.

En un intento por frenar estos fallos, en el año 2012 se creó el IPC de la salud (calculado por la Superintendencia de Salud y el Instituto Nacional de Estadísticas) como indicadores referencial de los incrementos de precios en el sector privado; sin embargo, el Poder Judicial lo desestimó, al igual que el actual gobierno de Bachelet (en el poder desde marzo de 2014).

En síntesis, las Isapres hoy enfrentan un escenario financiero de inestabilidad e incertidumbre, lo que puede llevar en el mediano plazo a la inviabilidad del sistema, si es que no se permite que las Isapres puedan reajustar los precios de sus planes base de acuerdo al alza que experimentan los costos de salud (los que se están viendo presionados más por un aumento en la frecuencia de uso⁴⁰ que por un incremento en sus precios).

⁴⁰ La frecuencia de uso se relaciona positivamente con el sexo y edad de las personas. En efecto, en el sistema Isapres se observa que las mujeres en edad fértil consumen el doble de prestaciones que los hombres, lo que se traduce en que gastan el doble que los hombres en igual tramo de edad. En tanto, los adultos mayores (a partir de los 60 años) pueden gastar entre tres y seis veces más que los jóvenes, lo que va de la mano con que a medida que envejecemos tenemos una intensidad de uso de prestaciones que se mueve en la misma línea.

Cuadro N° 4: Características Comparadas del Sistema Fonasa e Isapre

	FONASA	ISAPRES
Afiliación	Automática, supletoria y por disposición de Ley.	Requiere suscripción de contrato. Isapre puede rechazar solicitud de afiliación.
Contribución o Precio o Prima	(a) Cotización legal del 7% de la renta imponible. (b) Este "precio" como porcentaje de la renta no varía en el tiempo.	(a) Precio del plan contratado comprende la aplicación de un precio base y de la tabla de factores relativos (sexo y edad). (b) El precio cambia mediante la adecuación anual de los contratos (puede mantenerse el precio también). Hoy puede variar sólo el precio base (antes del 2010 variaba también el factor de riesgo aplicable).
Plan	Único.	Multiplicidad de Planes.
Relación entre Precio y Plan	Casi inexistente, salvo por copagos. Cotización es proporcional a la remuneración.	Absoluta. La cobertura del plan es directamente proporcional a su precio base.
Relación entre Precio y Riesgo	Inexistente.	El precio considera el riesgo del beneficiario.
Preexistencias	No se considera para efectos de afiliación o prestaciones de beneficios.	Pueden dar lugar a rechazo de afiliación y/o a coberturas diferidas o parciales.
Financiamiento de Prestaciones	Cotización legal e impuestos generales.	Cotización legal más cotización adicional voluntaria

Fuente: Ferreiro A., 2009.

II.4.2 Efectos Financieros de una Eventual Fusión de Fonasa y las Isapres para la Creación de un Seguro Nacional Único de Salud

En la discusión de reforma al sistema de salud, se ha planteado por parte del gobierno avanzar hacia la integración de ambos subsistemas de salud. En concreto, se ha propuesto crear un “Asegurador Nacional Único de Salud” (un Gran Fonasa), el cual sea administrado por el Estado y fusione tanto la recaudación de las cotizaciones y aportes fiscales para la salud, como la entrega de prestaciones médicas, los pagos de licencias médicas y la compra de servicios médicos.

El crear un Fondo Único se sustenta en la idea en que con ello se administraría un sistema más igualitario y solidario, y se alcanzarían mayores niveles de eficiencia, calidad y oportunidad de atención, puesto que los recursos per cápita que disponen los afiliados de Isapres para prestaciones son considerablemente mayores a los de Fonasa, y se argumenta que es justamente esta brecha en recursos lo que explicaría las diferencias en acceso y oportunidad que hoy se observan entre el sector público y privado.

Sin embargo, al hacer el ejercicio de medir las brechas de ingresos existentes entre los beneficiarios de Fonasa e Isapre y calcular los ingresos adicionales que potencialmente podrían tener los beneficiarios de Fonasa, los resultados distan mucho de lo que algunas

autoridades creen. En efecto, la Asociación de Isapres⁴¹, usando datos del año 2014 llegó a las siguientes conclusiones: La primera, es que la real brecha entre los ingresos disponibles para un beneficiario de Fonasa y uno de Isapre es de 4,1 dólares mensuales por beneficiario⁴². En segundo lugar, se concluyó que si los ingresos del año 2014 se hubiesen mancomunado en un Fondo Único para otorgar prestaciones de salud a los afiliados al sistema público y privado, los afiliados de Fonasa habrían recibido apenas 0,8 dólares adicionales al mes con respecto a su situación actual (sin mancomunar). Lo anterior, debido a que si se llegaran a mancomunar las cotizaciones, no incluiría la cotización adicional voluntaria de los afiliados a Isapres, pero si descontaría el gasto en SIL de Isapres, el cual es sustancialmente mayor al de Fonasa debido a que depende de los ingresos de sus afiliados.

De este modo, la evidencia no sustenta la idea que un Fondo Único es más solidario, puesto que el que afiliados de Fonasa tengan que sustentar el pago de licencias de los usuarios de Isapre desde ningún punto de vista parece igualitario ni solidario, al contrario es regresivo y llevaría a que cada día más recursos para atenciones de salud se destinaran a pago en SIL. Por otra parte, la evidencia tampoco sustenta que el fusionar ambos sistemas generaría una mayor disponibilidad de recursos, los que se buscan para generar mayores niveles de eficiencia y calidad en el sistema público. En todo caso, aunque se contaran con mayores recursos, la gestión pública de nuestro país ha evidenciado a lo largo de su historia, que más recursos destinados al sector público no necesariamente implican mejoras en eficiencia, calidad y oportunidades.

⁴¹ Isapres de Chile, noviembre 2015. Newsletter “Efecto en el Presupuesto Estatal de la Fusión de Fonasa y las Isapres para la Creación de un Seguro Nacional Único en Salud”.

⁴² Neta de gasto SIL y sin considerar aporte voluntario de beneficiarios de Isapres.

III. El Sistema de Aseguramiento Privado en Salud en Chile

El sistema de Instituciones de Salud Previsional (Isapre), existe en nuestro país hace 34 años (desde 1981) y tienen como objeto exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud (servicios de salud y el financiamiento de las licencias médicas por enfermedad), así como las actividades que sean afines o complementarias de ese fin⁴³. Las prestaciones de salud se entregan a través del financiamiento de las mismas mediante la contratación de servicios médicos financiados por las Isapres. Para ello, las Isapres captan la cotización obligatoria de los trabajadores que libre e individualmente han optado por ellas.

Actualmente existen 13 Isapres, de las cuales 7 compiten de forma abierta (la afiliación y planes de salud son de oferta pública) y 6 cerradas (la afiliación y planes de salud son sólo para trabajadores de una determinada empresa o institución), y que en conjunto atienden a un 18% de la población de Chile (algo menos de 3,4 millones de beneficiarios).

III.1 ¿Cómo Optar al Sistema Isapre?

Los trabajadores individualmente puedes suscribir un contrato de salud con la Isapre que elijan. Al optar por una Isapre, los afiliados dejan de cotizar en el sistema público, para aportar sus cotizaciones a la Isapre elegida. El afiliado así, tiene derecho a obtener beneficios de salud para él y su familia, de acuerdo al monto de los aportes que realice.

En el contrato de salud las partes convienen libremente la forma, modalidad y condiciones para el otorgamiento de prestaciones, beneficios pactados y porcentajes de cobertura⁴⁴. Asimismo, en el contrato quedará establecida la forma en que se modificarán las cotizaciones y beneficios al incorporar o retirar una persona del grupo familiar. Se debe señalar que el precio del plan, podrá variar una vez cumplidos los respectivos períodos anuales y se expresará en U.F. (la unidad de fomento es una unidad de cuenta utilizada en Chile cuya finalidad es la revalorización de valores que están en pesos, de acuerdo con las variaciones de la inflación.). Debe indicar los montos máximos de los beneficios o de algunas prestaciones o ciertas restricciones a la cobertura.

Por otra parte, el contrato de salud es indefinido para la Isapre, salvo se de algunas de las causales señaladas en artículo 201 del DFL N° 1⁴⁵. En cambio, el afiliado puede

⁴³ Inciso 1 del artículo 173 del DFL N° 1 de 2005.

⁴⁴ Adicionalmente, en el contrato se establecen las condiciones para el otorgamiento del examen de medicina preventiva, protección de la mujer en el embarazo y del niño hasta los 6 años. Señala las Condiciones Generales del Beneficio Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile, que opera desde el año 2000. Entre los beneficios que otorga el contrato está el pago de las licencias médicas según correspondan (cotizantes insertos en la fuerza laboral). A partir del año 2005, se agregaron los beneficios contemplados en la Ley N° 19.966 (AUGE), la cual entrega a los afiliados del sistema público y privado, Garantías (en cuanto a su acceso, oportunidad de atención, protección financiera y calidad de la atención) respecto de problemas de salud con mayor morbilidad en Chile (80 problemas de salud se garantizaban al año 2015).

⁴⁵ En términos generales, estas causales se refieren a los siguientes incumplimientos contractuales por parte del cotizante: (i) Falsear o no entregar de manera fidedigna toda la información en la Declaración de Salud;

renunciar a su contrato una vez cumplido el año de afiliación. La Isapre, como contrapartida, una vez al año tiene la facultad de revisar el contrato y adecuar dicho plan por precio, a todos los integrantes de un mismo plan por igual. Pero debe ofrecer, por el mismo precio base del que en ese momento tiene el afiliado, un plan alternativo. El afiliado puede aceptar las nuevas condiciones del plan (mismo plan a mayor precio), puede tomar el plan alternativo o desafiliarse. Hasta antes de 2010, sólo se podían establecer diferencias de precios en los planes de acuerdo al sexo y edad de los afiliados, pero no por estado de salud de los mismos.

Por otra parte, las pre-existencias declaradas tienen un período de carencia de 18 meses y se estipularon expresamente las prestaciones que podían ser excluidas de cobertura. Por último, se estableció como mínimo de cobertura las prestaciones incorporadas en el arancel Modalidad Libre Elección (MLE) de Fonasa.

III.2 Vista Actual del Sistema Isapre

A continuación se presenta la evolución de los principales parámetros estadísticos públicos disponibles para el Sistema Isapre. Esta información fue preparada por la Asociación de Isapres en base a los datos publicados por la Superintendencia de Salud (SIS) y encuestas de opinión.

(i) Estadísticas de Cartera

Entre los años 1990 y 1997, el sistema Isapre presentó un crecimiento sostenido, luego, los efectos de la crisis asiática de 1998 unida a la eliminación del subsidio del 2% del sueldo de los trabajadores de menores ingresos que se adscribieran a planes colectivos de las Isapres, hizo que el sistema dejara de crecer. Sin embargo, a partir del 2006 y en adelante (excepción años 2008 y 2009 que el crecimiento fue nulo), el sistema volvió a mostrar un crecimiento sostenido, incrementándose en promedio 4% anual durante los últimos 5 años (Cuadro N° 5).

(ii) No pago de cotizaciones por parte de los cotizantes voluntarios e independientes; (iii) Impetrar formalmente u obtener indebidamente, para él o para alguno de sus beneficiarios, beneficios que no le correspondan. Igual sanción se aplicará cuando se beneficie a un tercero ajeno al contrato; (iv) Omitir del contrato a algún familiar beneficiario que perciba asignación familiar o que cumpla los requisitos que exige la ley para ser causante de asignación familiar de un trabajador dependiente, con el fin de perjudicar a la Isapre.

Cuadro N° 5: Evolución del Sistema Isapre⁴⁶ (número de personas)

Isapres	1990	1996	2000	2005	2010	2011	2012	2014
Cotizantes	863.262	1.686.530	1.359.726	1.244.859	1.446.308	1.525.299	1.629.196	1.816.276
Cargas	1.245.046	2.126.854	1.732.469	1.415.479	1.379.310	1.400.674	1.435.523	1.492.651
Beneficiarios	2.108.308	3.813.384	3.092.195	2.660.338	2.825.618	2.925.973	3.064.719	3.308.927

Fuente: Superintendencia de Isapres

Por su parte, al observar la participación de mercado de las Isapres en términos de beneficiarios (Cuadro N° 6), se concluye que ningún actor de la industria (Isapres abiertas) tiene una preponderancia muy por sobre a otro actor (con excepción a Vida Tres, pero que pertenece al mismo holding que Isapre Banmédica).

Cuadro N° 6: Participación de Mercado 2014 (número de beneficiarios)

Isapres	Beneficiarios	Participación
Isapres Abiertas	3.211.101	97%
Consalud S.A.	666.109	20%
Isapre Banmédica	664.814	20%
Cruz Blanca	670.068	20%
Mas Vida	540.697	16%
Colmena Golden Cross	511.370	15%
Vida Tres	139.046	4%
Óptima	18.997	1%
Isapres Cerradas	97.826	3%
Total Sistema	3.308.927	100%

Fuente: Elaboración Isapres de Chile en base información SIS

Por último, si analizamos la información de cartera de acuerdo al sexo y edad de los beneficiarios (Cuadro N° 7), se observa que la población que registra un mayor crecimiento es el de mayores de 60 años, mientras que el crecimiento de los niños se ha ralentizado. Lo anterior, da cuenta de que la cartera Isapre envejece, en línea con el envejecimiento de la población total del país. En efecto, en los últimos años los beneficiarios mayores de 60 años han crecido a una velocidad mayor que el total de la cartera. En particular, entre los años 2013 y 2014 el crecimiento total de los beneficiarios de Isapres fue de 3,2% anual, mientras que el grupo de mayores de 60 años creció a una tasa anual de 6,5% en igual período.

Estas cifras constatan también que las Isapres concentran un mayor número de beneficiarios menores de 60 años (92% en el 2014), lo cual es natural, dada la normativa que rige al sistema de Isapres, que permite un financiamiento exclusivo mediante recursos propios del cotizante y en donde este jubila a los 65 años en el caso de los hombres y 60

⁴⁶ Isapres Abiertas y Cerradas.

años en el caso de las mujeres, por lo que su permanencia en el sistema de Isapre dependerá del monto de su jubilación y ahorros (y no de subsidios). No obstante, en los últimos años el porcentaje de la cartera que pertenece al grupo etario de 60 y más años ha aumentado, pasando desde una participación de la cartera total del 4,6% (167 mil beneficiarios) en el 2000 a 8,1% (266 mil beneficiarios) en el 2014.

Cuadro N° 7: Composición Cartera Isapre (participación por tipo de beneficiario)

	1990	1996	2000	2006	2010	2012	2014
Niños (0-20)	40%	37%	36%	33%	30%	29%	28%
Mayores de 60	4%	3%	5%	6%	7%	8%	8%
Mujeres (20-40)	20%	19%	18%	16%	16%	16%	16%
Resto	36%	40%	41%	45%	47%	47%	48%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

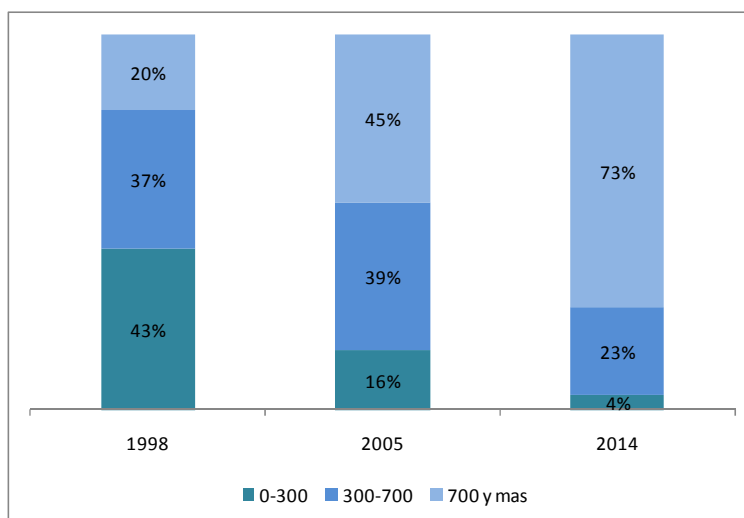
Fuente: Elaboración Isapres de Chile en base información SIS

Adicionalmente, las menores tasas de fecundidad y la mayor esperanza de vida, también se ve reflejada en las cifras de las Isapres a través de la tasa de menores de 20 años en relación a los mayores de 60 años. A principios de los 90 esta relación era cercana a 12 jóvenes por cada mayor de 60 años, mientras que hoy esta relación es de 3,5 jóvenes por cada adulto mayor.

En relación al género, de los beneficiarios de Isapres en el año 2014 un 54% correspondía a hombres y el 46% restante a mujeres. Sin embargo, en relación a los cotizantes, un 65% corresponde a hombres y apenas un 35% a mujeres, en línea con lo que se observa en la composición de la participación laboral. Por otra parte, de los beneficiarios por condición previsional del cotizante en el año 2014, un 85% correspondía a trabajadores dependientes, un 3% a trabajadores independientes, un 6% a pensionados y un 5% voluntario.

Por último, hay que destacar que en el año 1998 los cotizantes que registraban rentas entre \$0 y \$ 300.000 eran el 43% de los cotizantes totales, cayendo su participación a sólo el 4% en el 2014. Por el contrario, los cotizantes con rentas superiores a \$700.000 hoy son el 73% (Ver Gráfico N° 1). Esto pone en evidencia la segmentación que ha sufrido este mercado desde su creación, lo que en parte fue consecuencia de la eliminación del subsidio del 2% a trabajadores de menores ingresos en conjunto con una evolución de los prestadores privados hacia una medicina más especializada (mayores costos en salud).

Gráfico N° 1: Composición Cartera por Cotizantes según Renta Imponible



Fuente: Elaboración Isapres de Chile en base a información SIS

(ii) Estadísticas Financieras

Los costos de las Isapres están compuestos por los costos técnicos o costos operacionales y por los costos en administración y venta. Los costos técnicos corresponden a aquellos incurridos por concepto de reembolso de prestaciones médicas y licencia médicas (Subsidio por Incapacidad Laboral, SIL), es decir, los inherentes a temas de salud. Los costos de administración y ventas corresponden a los gastos necesarios para operar las Isapres y prestar servicios de atención a usuarios y venta de planes.

El financiamiento de estos gastos en el sistema de Isapres proviene en un 100% de la cotización de sus afiliados, lo que constituye el ingreso operacional de las Isapres. En el cuadro N° 8 se presenta la información financiera de las Isapres abiertas entre los años 1990 y 2014 como porcentaje de los ingresos operacionales. De él se desprende que durante los últimos 25 años los gastos técnicos se han elevado en 12 puntos porcentuales, mientras que los gastos de administración y venta se han reducido en 9 puntos porcentuales. En particular, se tiene que para el año 2014 de las cotizaciones recibidas por las Isapres, un 87% se destinó a financiar los costos técnicos o beneficios de sus usuarios, mientras que un 12% a financiar gastos en administración y venta. Hay que mencionar, que en los costos técnicos del 2014, la siniestralidad de las prestaciones médicas (70% de los ingresos) fue sustancialmente mayor que la del gasto en licencias médicas (17% de los ingresos), pero ambas se han incrementado en el tiempo.

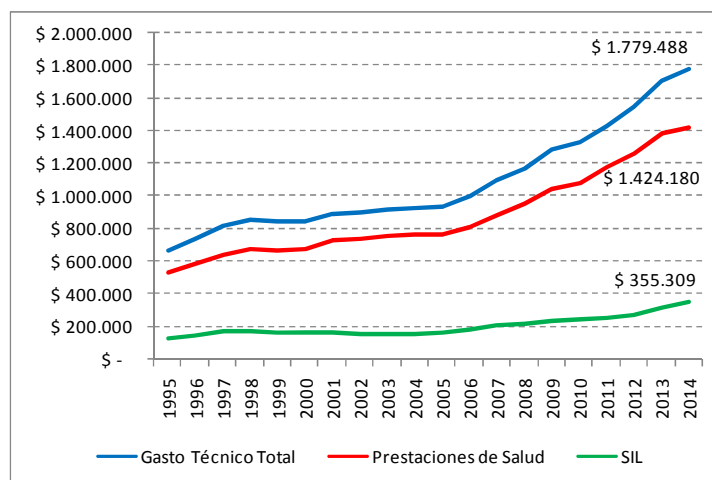
Cuadro N° 8: Estado de Resultados Isapres Abiertas (% Ingresos Operacionales)

	1990	1995	2000	2005	2010	2014
Ingreso Operacional	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Cto. Operacional (Gto. Técnico)	74,8%	76,4%	81,4%	78,6%	84,7%	86,9%
Prestaciones de Salud	58,1%	61,5%	65,6%	64,6%	69,1%	69,5%
Licencias Médicas	16,7%	14,9%	15,8%	14,0%	15,6%	17,3%
Margen de Explotación	25,2%	23,6%	18,6%	21,4%	15,3%	13,1%
Gastos Adm. y Vtas.	21,1%	20,0%	17,7%	14,5%	12,6%	11,8%
Resultado Operacional	4,1%	3,6%	0,9%	6,8%	2,7%	1,3%
Resultado No Operacional	4,3%	2,2%	1,2%	0,2%	1,6%	2,5%
Impuesto a la Renta	0,7%	1,0%	0,2%	1,2%	0,7%	0,9%
Resultado del Ejercicio	7,7%	4,8%	1,8%	5,8%	3,6%	2,9%

Fuente: Elaboración Isapres de Chile en base a FEFI presentadas por Isapres a la Superintendencia de Salud

Por su parte, los costos técnicos de las Isapres entre los años 1995 y 2014 se han triplicado, pasando de \$ 663.913 millones a \$ 1.779.488 millones (en moneda de 2014, Gráfico N° 2). Del costo técnico de 2014 un 80% correspondió a gasto en prestaciones médicas y el 20% restante a licencias médicas.

Gráfico N° 2: Evolución Costo Técnico (millones \$ 2014)



Fuente: Elaboración Isapres de Chile en base a Información de la SIS

(iii) Estadística de Prestaciones Médicas y Licencias Médicas

Prestaciones Médicas

El Sistema Isapre financió el año 2014 más de 78 millones de prestaciones, lo que significó que en promedio financio 24 prestaciones por beneficiario (en el año 1990 financiaba 9 prestaciones por beneficiario). De las 24 prestaciones utilizadas por beneficiario en el 2014, 9 correspondieron a exámenes de diagnóstico, seguidas por 5 en atenciones médicas, 5 en procedimientos de apoyo clínico y terapéutico y 4 en prestaciones adicionales (aproximadamente 3 en GES y 1 entre insumos y medicamentos).

Cuadro N° 9: Número de Prestaciones Otorgadas en el Sistema Isapre

N° Prestaciones Otorgadas en el Sistema Isapre									
N° de prestaciones (en miles)	1990	2000	2005	2008	2010	2011	2012	2013	2014
N° Atenciones médicas	6.891	13.228	10.584	11.572	11.922	12.678	13.465	14.428	14.772
N° Exámenes de diagnóstico	6.306	17.144	15.436	19.625	20.653	23.855	25.566	27.901	29.408
N° Procedimientos apoyo clínico/terapéuticos	3.153	8.962	7.549	11.120	12.157	13.715	14.444	16.004	17.244
N° Intervenciones quirúrgicas	157	368	269	356	355	425	446	432	445
N° Otras prestaciones	2.133	3.760	1.142	1.725	1.785	1.936	1.986	2.253	2.296
N° Prestaciones adicionales	-	-	4.432	5.294	6.416	8.798	10.526	12.187	13.874
Sin clasificar	-	-	1.658	0	0	0	0	0	4
Total prestaciones	18.640	43.462	41.070	49.691	53.289	61.406	66.434	73.206	78.043
N° de prestaciones por Beneficiarios									
N° de prestaciones por Beneficiarios	1990	2000	2005	2008	2010	2011	2012	2013	2014
N° Atenciones médicas	3	4	4	4	4	4	4	5	4
N° Exámenes de diagnóstico	3	6	6	7	7	8	8	9	9
N° Procedimientos apoyo clínico/terapéuticos	1	3	3	4	4	5	5	5	5
N° Intervenciones quirúrgicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N° Otras prestaciones	1	1	0	1	1	1	1	1	1
N° Prestaciones adicionales	-	-	0	0	0	0	0	0	0
Sin clasificar	-	-	0	0	0	0	0	0	0
Total prestaciones	9	14	15	18	19	21	22	23	24

Fuente: Elaboración Isapres de Chile en base información SIS

Licencias Médicas (SIL)⁴⁷

Según definiciones de la OIT, Chile cuenta con un sistema de subsidios por incapacidad laboral cuya cobertura es amplia en relación a otros países del mundo. En efecto, Chile cuenta con una tasa de reemplazo salarial del 100% (con un tope de 73,2 UF en 2015) y dentro del grupo de países que no tiene restricción en cuanto a la duración de las licencias. Sólo cuentan con un deducible de 3 días si la duración de la licencia es menor a 11 días.

⁴⁷ El gasto en SIL que es de cargo de las Isapres, es el proveniente de licencias médicas curativas (enfermedades comunes y patologías del embarazo).

Hoy los subsidios por incapacidad laboral (SIL) representan el 24% del gasto sobre la cotización legal de las Isapres en el año 2014, observándose en los últimos años un explosivo aumento de éste, lo que ha implicado una carga financiera cada vez más significativa para las Isapres (y también para Fonasa). Entre las causas de este aumento, se encuentra primordialmente el mayor uso de licencias médicas (efecto cantidad), pero también ha influido el incremento que los salarios y topes impositivos han experimentado en los últimos años (efecto precio).

En el sistema Isapre, en los últimos 10 años el gasto en SIL se ha triplicado, creciendo en promedio en torno a 10% anual (una tendencia similar se observa en Fonasa). En términos per cápita, el gasto en SIL por cotizante activo⁴⁸ en el Sistema Isapre fue cercano a \$250 mil (aproximadamente USD 400) en el 2014⁴⁹.

Cuadro N° 10: Licencias Médicas de Cargo Sistema Isapre

Licencias Médicas de Cargo Isapres	2001	2010	2011	2012	2013	2014
N° de licencias pagadas	908.180	1.155.784	1.168.320	1.265.494	1.335.213	1.565.075
N° de días pagados	6.890.577	8.932.797	8.831.870	9.922.444	10.102.596	12.033.526
Costo SIL (mill. \$ 2014)	\$ 171.335	\$ 270.375	\$ 269.391	\$ 304.650	\$ 349.104	\$ 398.654
Cotizantes (Activos)*	1.190.618	1.272.373	1.342.333	1.439.074	1.523.149	1.586.988
Costo SIL por Cotizante Año (\$ 2014)	\$ 143.904	\$ 212.496	\$ 200.689	\$ 211.698	\$ 229.199	\$ 251.202
TIL por Cotizante (Días SIL pagados por cotizante)	5,8	7,0	6,6	6,9	6,6	7,6

(*) Cotizantes Dependiente e Independientes

Fuente: Elaborado por Isapres de Chile en base a Información de la Superintendencia de Salud

(iv) Judicialización

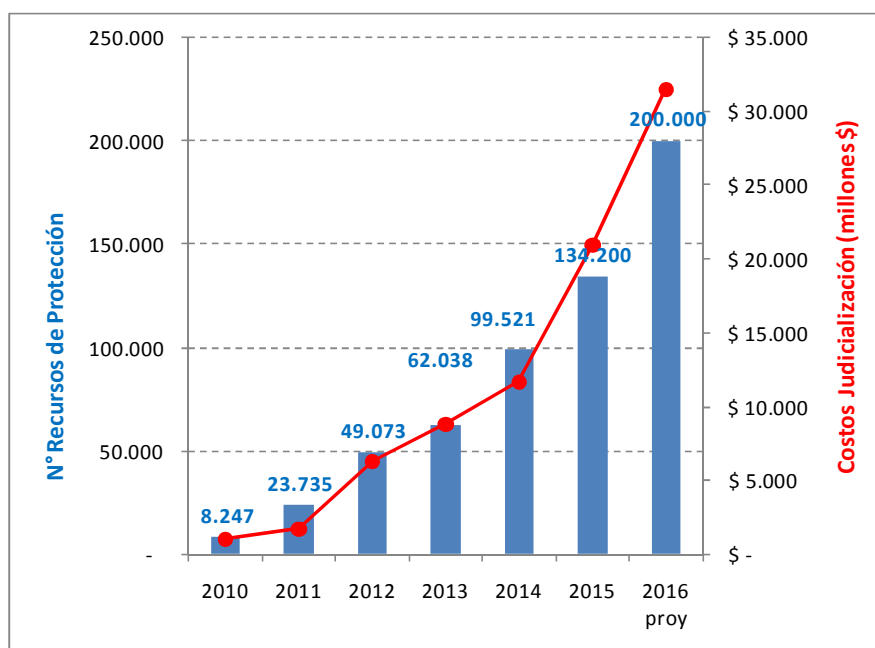
Desde el año 2007 la Corte de Apelación comenzó a aceptar recursos de protección interpuestos por los beneficiarios del sistema Isapre, con el fin de frenar las alzas de los precios base de sus planes. Esto, pese a que la adecuación de los precios base es un procedimiento que es permitido por la ley y regulado por la autoridad. Sin embargo, desde el año 2007, los jueces han resuelto en su mayoría a favor de los beneficiarios y con ello los recursos de protección han crecido exponencialmente. Esta situación ha generado una merma en los ingresos de las Isapres, tanto por la imposibilidad de reajustar los precios de sus planes de acuerdo al crecimiento en los costos de salud (congelación precio base), como por el pago de costas de los abogados.

⁴⁸ Para el cálculo del SIL por cotizante se consideran sólo los cotizantes activos, es decir, la población cotizante compuesta por trabajadores dependientes e independientes (excluye pensionados y en el caso de las Isapres excluye además a los cotizantes voluntarios). En otras palabras, los cotizantes activos contempla sólo a los trabajadores y que por tanto están sujetos a recibir SIL.

⁴⁹ El gasto en SIL por cotizante es casi el triple en el sistema Isapre respecto a Fonasa, esto debido a que en promedio la remuneración de los cotizantes de Isapre es mayor a la de los cotizantes de Fonasa, además, la población cotizante activa en Fonasa es sustancialmente mayor a la de Isapres (5,1 millones versus 1,5 millones, aproximadamente).

En el año 2015, los recursos de protección alcanzaron 133.233, lo que implicó un costo sólo por concepto de costas cercano a los 21 mil millones de pesos. Para el 2016, en tanto, se proyecta que los recursos de protección alcanzarán alrededor de 200.000 (más del 10% de los contratos de las Isapres tendrán congeladas sus tarifas), lo que implicará costos por concepto de costas que podrían superar los 30 mil millones de pesos, a lo que hay que sumar los costos por concepto de menores ingresos producto del congelamiento de la tarifa.

Gráfico N° 3: Recursos de Protección y Costas por Adecuación Planes Isapre



Fuente: Elaboración en base a Informe Altura Management e Informe Poder Judicial

La intromisión de tribunales en el ajuste de precios de las Isapres complica cada día más a las Isapres, y si no se pone atajo luego, el futuro financiero de algunas Isapres se ve complejo, incluso se podría llegar a la inviabilidad del sistema. En este contexto, estimamos que se requiere de una modificación en la legislación vigente para superar esta situación, para que finalmente los tribunales consideren la posibilidad de ajustar los precios utilizando parámetros objetivos, puesto que el crecimiento de los costos en salud, como se sabe, es un fenómeno mundial del que las Isapres no están libres.

(v) Opinión de los Usuarios

En Chile, existen diferencias importantes entre Fonasa e Isapres en lo que se refiere al acceso a una atención oportuna y de calidad, lo que se refleja en las encuestas de opinión

de los usuarios. A continuación se presentan los principales resultados de la Encuesta de Percepción del Sistema Isapre, realizada por la empresa Cadem en diciembre de 2014. Se expondrá en forma sintetizada sólo los resultados del sistema Isapre.

De acuerdo a esta encuesta, un 71% de los usuarios de Isapre consideraban que la calidad de su sistema es buena o muy buena, y ha mejorado respecto a la última medición. Asimismo, un 72% de los encuestados (que uso el sistema en el último año) está satisfecho (nota entre 7 y 5, en escala de 1 a 7) con su Isapre, siendo el precio de los planes la principal variable de insatisfacción de los usuarios y la calidad de la atención la principal variable de satisfacción. En todo caso, los usuarios perciben que gracias a que pertenecen a una Isapre es que pueden acceder a prestadores de salud de calidad y consideran que es importante estar en una Isapre porque si les pasa algo acceden a una atención oportuna y de calidad, lo que más que compensa lo que pagan por su plan.

III.3 Últimas Mejoras que se han Implementado en el Sistema Isapre

Huella Electrónica para Atenciones en Salud

Desde el año 2003, Chile cuenta con un sistema conocido como I-Med, mediante el cual a través de la huella digital los pacientes pueden adquirir bonos electrónicos, acceder a licencias médicas electrónica, al pago de la atención médica con distintos medios de pago, entre muchas otras acciones relacionadas con la salud. I-Med es un sistema que integra todos los procesos de los distintos actores que participan en las prestaciones de salud⁵⁰, lo que genera una atención más ágil, sencilla y centrada en el paciente.

La empresa I-Med nace en Chile en el año 2003 e introduce el bono electrónico en salud⁵¹, año a año se fueron introduciendo nuevos prestadores y redes de compañías de seguros, para poder aplicar los seguros complementarios que el paciente tenga. Luego, se incorporaron a esta plataforma las farmacias, las cajas de compensación y emisores de tarjetas de créditos comerciales, lo cual fue otorgando más facilidades de pago a los pacientes para cancelar el copago del bono en cuotas o con descuentos por planilla, por nombrar algunos. En el año 2007, implementaron la licencia médica electrónica (LME) para Isapres, con la cual se integró además a los médicos y a los empleadores, y en el 2012 se implementó la operación de LME para los afiliados de Fonasa. Como se observa, esta plataforma ha estado en permanente evolución en pro de entregar servicios de salud cada día más cómodo y eficientes para todos los actores del mundo de la salud.

⁵⁰ Clínicas, hospitales, consultorios, Isapres, Fonasa, farmacias, medios de pago, empleadores, médicos y pacientes.

⁵¹ El paciente llega al prestador, pone su huella digital en un lector y se hacen los descuentos de acuerdo a su seguro de salud y seguros complementarios que pueda tener, pagando al prestador sólo el copago que le corresponde luego de los distintos descuentos de sus seguros.

Reembolso Web Isapres

Las Isapres en Chile cuentan hace un par de años con servicios de reembolso web, de modo que cuando no pueden hacer el pago con los descuentos ya aplicados vía huella I-Med y deben pagar las atenciones en forma particular, dicho reembolso pueden solicitarlo sin ir a una sucursal de su Isapre sino de manera on-line. El modo es simple, se debe escanear o fotografiar los documentos del reembolso (boleta y orden médica), se ingresan en el menú que se indique en la página web de la Isapre y se elige la forma de pago (vale vista o depósito en cuenta corriente). El pago toma 2 días hábiles.

Pago a Prestadores: Lentamente van Ingresando Pagos Asociados a Diagnósticos⁵²

En el caso de los prestadores privados, el método más utilizado de pago es el pago por servicio (*fee for service*). Es decir, quien otorga el servicio recibe un pago por cada prestación⁵³. La mayoría de la atención ambulatoria se financia mediante el pago por servicio retrospectivo, donde el precio es fijado por el prestador y la aseguradora reembolsa y el usuario costea el copago. En el caso de la atención de mayor complejidad, en el caso de los seguros privados (y también en Fonasa cuando demandan prestaciones a los privados) se está comenzando con experiencias de pago por servicio retrospectivo; es decir, el valor es fijado anticipadamente, ya sea por prestación o por un conjunto de prestaciones que permiten dar solución a un problema de salud. Uno de ellos es el Pago Asociado a Diagnóstico (PAD), el cual es utilizado por Fonasa para costear el tratamiento de determinadas patologías y que las Isapres lentamente han comenzado a incorporarlo. En efecto, en el caso de las prestaciones GES las Isapres están utilizando el pago por paquete. Asimismo, algunas Isapres emplean el pago en base a Grupos de Diagnóstico (DRG, Diagnosis Related Groups), donde el monto reembolsado financia la solución de uno o varios problemas, independientemente de los métodos o recursos involucrados en el tratamiento de la condición (e independiente del proveedor), montos que pueden ser ajustados al nivel de complejidad del diagnóstico.

Este cambio en la metodología de pagos aún es incipiente en nuestro país, tanto en el asegurador estatal como en el privado, pero se debe (y busca) avanzar en el fomento de mecanismos de pago a prestadores por paquetes o diagnóstico, de modo que el riesgo financiero sea compartido y por esta vía los prestadores también tengan incentivos para contener costos.

⁵² Tomado de Informe CEP “Desafíos y Algunos Lineamientos para el Sistema de Seguros de Salud en Chile” (Velasco, 2014).

⁵³ En el caso de que el asegurador sea Fonasa (MLE), el valor de cada prestación lo fija dicha entidad (mediante licitaciones o directamente) y los oferentes privados que firman convenio deben ceñirse a dicho precio. Las aseguradoras privadas deben ceñirse a los montos fijados por el mercado.

IV. Perspectivas Futuras del Sistema Isapre

Proyecto de Ley de Reforma a las Isapres 2015 y Visión de la Industria

Durante este año se retomó la discusión a nivel gubernamental y parlamentario respecto a la necesidad de reformar al sistema privado de seguros (Isapres), donde las autoridades de gobierno – representadas a través de la Ministra de Salud, Sra. Carmen Castillo – han planteado la necesidad de que en el sector privado se avance hacia los principios de seguridad social y hacia una mayor integración de Isapres y Fonasa.

A la fecha no existe un proyecto de ley de circulación pública, de modo que los antecedentes disponibles sobre el proyecto de ley que modificará a las Isapres y que se expondrán a continuación se refiere a información verbal recibida por la Asociación de Isapres en reuniones con autoridades o publicadas en medios de comunicación. De esta información, se concluye que la propuesta consideraría los siguientes puntos donde existirían acuerdos: (i) Tres planes denominados “Conjunto de Beneficios de Salud” (CBS), donde todos los afiliados aportan el 7% de su salario imponible mas una “prima comunitaria”, sin diferencia por sexo, edad y condición de salud, por Isapre por cada beneficiario (diferente para cada CBS); (ii) El 7% del salario imponible se distribuye a las aseguradoras (Isapres) a través de un “Fondo de Compensación de Riesgo” (FCR) que ajusta según edad, sexo y condición de salud; (iii) Los CBS entregan coberturas, bonificando 80% a las prestaciones hospitalarias y 60% a las ambulatorias, más algún mecanismo de “stop loss”; (iv) Habría alguna opción de libre elección acotada a un arancel; (v) Libre movilidad de los cotizantes entre las diferentes Isapres, eliminando la cautividad por preexistencias y eventualmente un mecanismo de revisión de los precios.

Lo anterior, resolvería los problemas relevantes del sistema privado de salud como son la transparencia (hoy se repite la crítica a la dificultad para comparar las diversas coberturas de salud que cada Isapre ofrece debido a la multiplicidad de planes existentes), la discriminación de precios por edad y sexo, la existencia de cotizantes cautivos (se permitiría la movilidad entre Isapres) y la judicialización de adecuaciones de precios, por lo cual se entiende como una discusión perfectible pero justa y adecuada.

Sin embargo, el proyecto de reforma del MINSAL agrega propuestas que las Isapres no comparten, pues ponen en peligro la subsistencia del sistema privado: (i) Eliminaría la declaración de salud para los afiliados a Fonasa; (ii) Crearía un Fondo Mancomunado financiado con 0,4 puntos del 7% de cotización legal (equivalente a 5,7% de los ingresos recaudados a través de la cotización de salud de los beneficiarios de Isapre), fondo que a la fecha no tiene un fin definido y que en el futuro sería incremental; y (iii) Regularía el precio y los ajustes tri anuales de los nuevos planes.

Estas últimas tres propuestas establecen una obligación adicional a los cotizantes del sector privado, y pueden significar importantes costos para el erario público, en caso de que Fonasa deba hacerse cargo de población hoy atendida por las Isapres.

La eliminación de la declaración de salud y, por lo tanto, el libre ingreso de personas con preexistencias desde el Fonasa a las Isapres, en busca de una solución efectiva a sus problemas de salud (el sistema público tiene importantes problemas de acceso oportuno y de calidad), generará comportamientos oportunistas de beneficiarios de Fonasa con pre existencias, que no es posible de financiar por los cotizantes de las Isapres y las llevaría a la inviabilidad financiera en el corto plazo.

Por su parte, el Fondo Mancomunado -que tendría por propósito la cobertura de atenciones de salud, por ahora no definidas-, necesariamente demandará cada vez más recursos, al igual que cualquier aspecto de los servicios de salud, consumiendo cada vez una mayor proporción de la cotización legal, hasta eventualmente alcanzar su totalidad. Adicionalmente, el fondo mancomunado llevará al Estado a tener que asumir el riesgo de dar servicios médicos y pagar licencias médicas de cientos de miles de personas que se trasladen desde las Isapres a Fonasa como consecuencia de este “impuesto” directo a la afiliación a Isapre.

Por último, la fijación de precios de los planes CBS no parece correcto si se considera que existiría un plan de salud igual para todos (mismas coberturas definidas por la autoridad) y la posibilidad cierta de movilidad de las personas entre Isapres (fin cautividad), lo que garantizará niveles de competencia muchos más altos a los existentes en la actualidad en el mercado de seguros de salud privados. Además, el regulador ya estará definiendo la cobertura de los planes CBS (el producto) por lo que si además define su precio, podría llevar a la insostenibilidad del sistema si la tarificación no se realiza en forma adecuada.

En este contexto, en la actualidad existe una genuina inquietud tanto de las Isapres como de las clínicas y prestadores médicos privados, por cambios tan radicales y que nada aportan en beneficio de los afiliados al sistema privado.

Estrategia para Desarrollar un Nuevo Modelo de Aseguramiento

Las Isapres de Chile han expresado su voluntad de colaborar activamente en los cambios que se avizoran, siempre que se considere la mantención en Chile de un sistema mixto, esto es, con participación pública y privada, con seguros y prestadores en competencia. Por ello, las Isapres comparten la idea de avanzar en un sistema más fácil de comparar, donde se mejore la competencia entre los actores, las tarifas eviten discriminaciones por sexo y edad y las personas puedan moverse dentro del sistema con libertad; pero no comparten la idea de avanzar en propuestas que signifiquen menoscabo para sus usuarios y tienden a crear un seguro único de salud. Ello se aleja de las necesidades y costumbres de la población, amén de crear un poder único de compra que terminaría afectando a pacientes y médicos, disminuyendo la inversión privada en salud, sin perjuicio de eliminar la libertad de opción de las personas.

Las propuestas anteriores representan un importante cambio para el sector salud. Por ello, dicha transformación debe considerar una transición ordenada y la suficiente flexibilidad para adecuar precios y beneficios en procesos complejos y masivos, donde

cualquier error puede significar poner en riesgo la continuidad de los beneficios que las Isapres entregan a sus 3,4 millones de usuarios y desmejorar la situación de los beneficiarios del sector público.

En vista de lo anterior, las Isapres de Chile creen que el perfeccionamiento del sistema vigente, se puede fundamentar en aquellas ideas en las que se logró total consenso en la Comisión Asesora Presidencial de Salud del año 2014. Respecto de las modificaciones legales, es conveniente desarrollarlas por etapas, introduciendo modificaciones a corto plazo para provocar cambios inmediatos mediante una o varias leyes específicas referidas al proceso de ajuste de precios y movilidad. En una segunda etapa, se podrían realizar cambios estructurales y modificar los planes de las Isapres, siendo este último aspecto más complejo y el que demandaría un mayor plazo para su desarrollo y trámite legislativo. En este escenario se propone lo siguiente:

Etapa 1: Modificaciones inmediatas requeridas

- Se establecerá un mecanismo de adecuación de tarifas regulado por ley, con panel de expertos, para aquellos contratos del sistema actual.
- Se establecerán reglas para permitir la movilidad entre Isapres de los afiliados cautivos.
- Se creará un Fondo de Compensación de Riesgos entre Isapres, que compense por sexo, edad y estado de salud, la movilidad entre Isapres.
- Se creará un arancel común para referir coberturas.

Etapa 2: Modificaciones de mediano plazo. Un nuevo modelo de aseguramiento

- Se definirá una Cobertura de Beneficios de Salud (CBS) o Plan de Seguridad Social, para todos los beneficiarios de Isapres y normativa que regula transición al nuevo sistema.
- Se permitirá una transición ordenada que evite la pérdida de derechos adquiridos de las personas y minimice el efecto de “comportamiento oportunista” de los afiliados.
- Se ampliará el Fondo de Compensación de Riesgos entre Isapres, que compense por sexo, edad y estado de salud, del CBS.
- Lo anterior requiere ciertos cambios Institucionales:
- Se definirá una institucionalidad para la incorporación de nuevas tecnologías médicas (ETESA).
- Se fomentará el uso de mecanismos de compras entre aseguradores y prestadores que apunten a soluciones integradas, protocolizadas y/o paquetizadas, más transparentes y que promuevan una mayor eficiencia del sistema.
- Se separará tanto del Fonasa como de las Isapres, el financiamiento, gestión y control de las Licencias Médicas, en una nueva institucionalidad o seguro.

Etapa 3: Visión a largo plazo

Respecto de una mayor integración futura con el seguro de Fonasa, podría diseñarse en una tercera etapa, un Fondo Común de Riesgo entre Isapre y Fonasa, siempre que dicho

fondo: (a) se financie con cotizaciones para salud más aportes fiscales; (b) que las personas puedan elegir el plan garantizado en el seguro de su preferencia y, (c) que dicho fondo ajuste por riesgo, según las personas elijan, en un sistema Multi-Seguros público y privado, y en igualdad de condiciones para todos los aseguradores.

Ello permitiría la libre movilidad entre ambos sistemas e incrementaría la calidad y productividad del sector salud. No obstante, para llegar a ese punto, se requerirá que el sistema público acerque sus estándares de servicios, oportunidad y coberturas efectivas a los que ofrece el sector privado.

V. Conclusiones

La creación del sistema de Isapres, hace ya 34 años atrás, marcó el inicio del proceso de desarrollo y masificación del acceso oportuno a la salud privada en Chile, tanto a través del aseguramiento que entregan las Isapres, como a través de la expansión de la actividad médica privada. Las Isapres han facilitado desde su creación, una fuerte inversión en infraestructura hospitalaria y centros de diagnóstico de alta calidad, que no solo sirven a los beneficiarios de Isapres sino que están a disposición para toda la población. Si bien, las Isapres financian las prestaciones de salud y licencias médicas a cerca de 3,5 millones de personas en Chile, sin que al Estado, ello le signifique ningún esfuerzo económico, el sector de los prestadores privados entrega el 47% de las prestaciones médicas que demandan todos los chilenos, lo que constituye una irrefutable demostración de la colaboración público-privada en la entrega de salud a la población.

De esta forma, el modelo de salud permite a los chilenos acceder tanto a los seguros privados, Isapres, como a las prestaciones médicas privadas si son beneficiarios de Fonasa, a través de diferentes modelos de venta de servicios a beneficiarios del sistema estatal de salud. Pero esto no significa, que no existan aspectos del sistema que deban ser mejorados, tales como la discriminación que se produce entre los dos sistemas de salud, generada históricamente por la forma cómo se entregan los subsidios fiscales, es decir exclusivamente a quienes elijan al asegurador estatal.

Las Isapres deben avanzar rápida y decididamente en un Plan de Beneficios de Salud, estandarizado, para facilitar la comprensión del usuario de sus coberturas de salud, independiente de la Isapres que las ofrezca. Asimismo, se debe transitar de un modelo de tarificación individual a un sistema más solidario e igualitario, en el cual se igualen las tarifas y se ecualicen los riesgos mediante un Fondo de Compensación de Riesgos, de modo de poner fin a la diferenciación de tarifas por sexo y edad y de paso permitir la movilidad de las personas con pre existencias. Esto favorecería la competencia del sector y la calidad de los servicios otorgados.

Estos cambios conforman una propuesta que modificará el acceso, cambiará los beneficios y la forma de financiar el plan de salud; pero por sobre todo generará al país una oportunidad política inédita y gigantesca, para avanzar en la modernización del sistema de salud, dando paso, en el futuro, a un sistema multiseguro integrado, con compensaciones de riesgo universales, que permitan la libertad de elección de los usuarios, independientemente de sus niveles de renta.

Sin embargo, estos cambios son complejos, por lo que se requerirá de tiempo y prudencia para que su implementación se lleve a cabo de forma correcta.

En tanto, lo que apremia al sistema es una solución urgente a la judicialización de las adecuaciones de los precios de los planes base, las cuales han estado impulsadas por los beneficios en costas que obtienen los abogados, y que hoy supera al 10% de los contratos. Esto, no puede seguir siendo ignorado por las autoridades, pues mientras se corrige el modelo de aseguramiento, si no se actúa a tiempo, se pondrá en riesgo, más temprano que tarde, la estabilidad financiera de alguna Isapre.

En definitiva, es necesario mejorar el diseño institucional y tener una regulación más adecuada para el sistema, de modo de corregir las fallas existentes y así poder alcanzar en el futuro los beneficios de un sistema más inclusivo, competitivo y universal, en el que idealmente, los afiliados puedan elegir efectivamente entre seguros, públicos y privados, mediante modelos de subsidios y compensaciones de riesgos que respondan a las necesidades y decisiones de las personas, independientemente de su sexo, edad, estado de salud o ingresos.

VI. Referencias

Decreto N° 100 de 2005, “Fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Constitución Política de la República de Chile”, Ministerio Secretaría General de la Presidencia, República de Chile.

Decreto con Fuerza de Ley N° 32 del 10 de diciembre de 1942, “Refunde en el Servicio Médico Nacional de Empleados, los servicios médicos de las Instituciones de Previsión Social que se mencionan”, Ministerio de Salubridad; Previsión y Asistencia Social, República de Chile

Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, “Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469”, Ministerio de Salud, República de Chile.

Decreto Ley N° 2.763 del 3 de agosto de 1979, “Reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de salud, el Fondo Nacional de salud, e Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud”, Ministerio de Salud Pública, República de Chile.

Decreto Ley N° 3.500 del 13 de noviembre de 1980, “Establece nuevo sistema de pensiones”, Ministerio del Trabajo y Previsión Social, República de Chile.

Isapres de Chile. 2015. “Efecto en el Presupuesto Estatal de la Fusión de Fonasa y las Isapres para la Creación de un Seguro Nacional Único en Salud”. Newsletter noviembre.

Ley N° 4.054 del 26 de septiembre de 1924 del Ministerio del Interior, República de Chile.

Ley N° 10.383 del 8 de agosto de 1952, “Modifica la Ley N° 4.054 relacionada con el Seguro Obligatorio”, Ministerio de Salubridad; Previsión y Asistencia Social, República de Chile.

Ley N° 16.744 del 1 de febrero de 1968, “Establece normas sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales”, Ministerio del Trabajo y Previsión Social, República de Chile.

Ley N° 19.381 del 3 de mayo de 1995, “Modifica Ley N° 18.933, que creó Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, Ministerio de Salud, República de Chile.

Ley N° 19.650 del 24 de diciembre de 1999, “Perfecciona normas del área de la salud”, Ministerio de Salud, República de Chile.

Ley N° 19.895 del 28 de agosto de 2003, “Establece diversas normas de solvencia y protección de personas incorporadas a instituciones de salud previsional, administradoras de fondos de pensiones y compañías de seguros”, Ministerio de Salud, República de Chile.

Ley N° 19.966 del 3 de septiembre de 2004, “Establece un régimen de garantías en salud”. Ministerio de Salud, República de Chile.

Ley N° 20.015 del 17 de mayo de 2005, “Modifica Ley N° 18.933, sobre instituciones de salud previsional”, Ministerio de Salud, República de Chile.

Ley N° 20.317 del 24 de enero de 2009, “Da carácter de irrenunciable a los excedentes de cotizaciones de salud en Isapres”, Ministerio de Salud, República de Chile.

Ley N° 20.531 del 31 de agosto de 2011, “Exime, total o parcialmente, de la obligación de cotizar para salud a los pensionados que indica”, Ministerio de Hacienda, República de Chile.

Ley 20.850 del 6 de junio de 2015, “Crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos”, Ministerio de Salud, República de Chile.

Cadem. 2014. “Encuesta Percepciones sobre el Sistema Isapre”. Diciembre.

Ferreiro, Alejandro. 2009. “Efectos para los Afiliados de la Aplicación de una Tarifa Plana en Caso que se Declare Inconstitucional la Norma Legal que Regula la Tabla de Factores Relativos a Sexo y Edad”. Diciembre 2009.

PUCV. 2012. “Mercado de la Salud Privada en Chile”. Estudio solicitado por la Fiscalía Nacional Económica. Octubre.

Merino René, Simón Gonzalo, Salazar M. Eugenia, Cifuentes Mercedes, Gandolfo Magdalena, Quesney Francisco, Sánchez Héctor, Caviedes Rafael, Larraín Luis, Valdés Salvador, Pérez Eusebio, Soler Eduardo, Peri Gina. 2000. “Síntomas del Sistema de Salud Chileno, su Diagnóstico y Tratamiento”. Isapres de Chile, Agosto.

Superintendencia de Salud, 1990-2014. Estadísticas Sistema Isapres recopiladas por la Superintendencia de Salud.

Velasco, Carolina. 2014. “Desafíos y Algunos Lineamientos para el Sistema de Seguros de Salud en Chile”. Propuestas de Políticas Públicas N° 3, CEP, Octubre.

Comisión Asesora Presidencial, Octubre 2014. “Estudio y Propuesta de un Nuevo Modelo y Marco Jurídico para El Sistema Privado de Salud”. Palacio de la Moneda, República de Chile.