

RESUMEN EJECUTIVO

La situación actual del aseguramiento de la salud en Chile presenta grandes problemas que han derivado en efectos para los usuarios, principalmente por la discriminación existente. Este proceso, en varios sentidos, ha sido posible, también, por la existencia FONASA, dado que un asegurado ISAPRE que ya no puede costear su plan siempre podrá acceder al seguro público. De este modo, los problemas del sistema privado de salud en Chile se expresan principalmente en la movilidad de sus beneficiarios, el ajuste de sus primas, la transparencia y la aplicación de la tabla de factores.

Además, el Tribunal Constitucional (TC), y los tribunales de justicia en diversas instancias, han cuestionado las bases sobre las que funciona el sistema de tarificación del aseguramiento privado, debido al cálculo de primas diferenciadas que implican discriminación por sexo y edad en su cobro.

Todo ello ha llevado a la Presidenta Sra. Michelle Bachelet a nombrar una comisión encargada de asesorarla *“en el estudio de la normativa del sistema de salud, especialmente en lo relativo a los administradores privados (Instituciones de Salud Previsional, ISAPRE), los derechos de sus afiliados y beneficiarios y sus relaciones con el Sistema de Salud en su conjunto, y proponer adecuaciones y reformas al sector, de manera que la salud pueda ejercerse como un derecho de la seguridad social”* Los integrantes de la Comisión acordaron que la búsqueda de alternativas de solución debía orientarse hacia avanzar en la construcción de un sistema de seguridad social para el conjunto de la población. Sobre esta base, entre otros aspectos descritos más abajo, se valoró la solidaridad como un principio básico de seguridad social, en cualquier diseño del sistema.

Igualmente, y en el contexto descrito, los miembros de la Comisión valoraron los requisitos mínimos que debe cumplir el aseguramiento en salud y que pueden sistematizarse en los siguientes términos:

- Universalidad del sistema: todos y todas tienen los mismos derechos en materia de salud.
- Financiamiento solidario del sistema.
- Prestaciones amplias y universales, de carácter integral, incluida la atención primaria, como modelo de trabajo sanitario y no sólo como puerta de entrada al sistema.
- Mecanismos de compra que aseguren eficiencia y eficacia sanitaria.
- Afiliación abierta y no discriminatoria (libre elección de institución aseguradora).
- Seguro de largo plazo para todo el ciclo vital.
- Evaluación comunitaria de riesgos para la fijación de primas.

Con este marco general, la Comisión Asesora Presidencial se dio a la tarea de entregar una propuesta que reformase la legislación que regula el régimen de estas instituciones para corregir sus deficiencias. Para ello debía buscarse mecanismos que permitieran regular a estas instituciones para terminar con la discriminación por riesgo y selección de asegurados, controlar las alzas de precios y su variabilidad, regular planes en cuanto a beneficios y copagos y generar una propuesta que considerase una mirada global del financiamiento, del

aseguramiento y de los prestadores. Todo ello, en el marco señalado por el Decreto de creación de la Comisión donde se reconoce la salud como un derecho y la necesidad de revisar el conjunto del sistema de salud, dado que su diseño corresponde a otro momento histórico, con cambios evidentes en la demografía y epidemiología, además de la necesidad de introducir mayor equidad y solidaridad en el sistema de acuerdo a los principios de la seguridad social.

Los cambios requeridos para reformar el sistema ISAPRE, sin embargo, y desde una perspectiva sistémica, no pueden dejar de afectar al sistema de salud en su conjunto y, por tanto, al sistema público de salud. Desde esa perspectiva sistémica, cualquier esfuerzo en el ámbito del financiamiento-aseguramiento requiere también plantearse el desafío de la modernización y fortalecimiento del sistema prestador de salud, en particular del sistema público. Lo anterior, a su vez, requiere que nuestro país aborde con sentido nacional el desafío de dotar al sistema de salud de los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros que se necesitan para alcanzar los estándares de calidad que hoy la población demanda.

Para avanzar, entonces, en las reformas de corto plazo, la mayor parte de los comisionados consideró indispensable definir y proponer un horizonte de mediano-largo plazo como cambio estructural deseado, hacia el cual conducir el desarrollo del sistema de aseguramiento en salud, de modo que esa visión de futuro pudiera orientar los cambios requeridos en el corto plazo en el sistema privado.

La visión mayoritaria de futuro es la de un Fondo Único con Seguro Nacional de Salud y seguros privados complementarios voluntarios regulados, y la visión minoritaria planteó el establecimiento de un Fondo con multiseguros, que también es un arreglo de seguridad social.

En este contexto, la propuesta de reforma es entendida por la Comisión como un período de adaptación a un nuevo escenario futuro tanto de las ISAPREs como de FONASA y el sector privado y público prestador. Durante este período, se deben establecer condiciones que garanticen mayores niveles de solidaridad dentro de la población afiliada a estas entidades, equidad y eficiencia para el conjunto del sistema de aseguramiento en salud, mecanismos para terminar con pagos asociados a riesgos individuales de salud, incluyendo el mismo precio de primas con independencia del sexo y la edad. Además, se crean las bases para que en el futuro se tenga un sistema integrado, de acuerdo a alguno de los modelos de seguridad social discutidos en las respectivas propuestas.

Propuesta de reforma inmediata al sistema privado de salud

En lo inmediato se hace necesario abordar las transformaciones que requiere el sistema ISAPRE para superar las principales dificultades que alejan a este sistema de los principios de la seguridad social y que permitan ir adecuando ambos sistemas, el privado y el público, a las importantes modificaciones que se requieren. Para ello, los comisionados elaboraron una propuesta de mayoría y una propuesta alternativa de minoría, puesto que hubo una diferencia fundamental entre dos visiones de futuro. La propuesta de mayoría propone en el mediano plazo la existencia de un seguro público único y la existencia de seguros privados voluntarios, suplementarios y/o complementarios, y la propuesta alternativa propone un esquema de multiseguros de libre elección entre aseguradores.

El trabajo de la Comisión permitió arribar a muy importantes consensos en los diversos ámbitos temáticos analizados para cumplir con el mandato presidencial. Estos acuerdos son presentados en la **Tabla: Síntesis de los consensos alcanzados**, que se muestra más abajo. No obstante lo anterior, como una manera de reflejar en su integridad las visiones que fundamentan las diferencias entre los comisionados, se optó por incluir resúmenes de las propuestas de mayoría y de minoría. Estos resúmenes son desarrollados íntegramente en las secciones 3.6 y 3.7 del Capítulo 3 del presente documento.

A continuación se describe sintéticamente la propuesta de mayoría, la que incluye los siguientes elementos:

- Se establece un Plan de Seguridad Social (PSS) único y universal, es decir, al cual pueden acceder todos los habitantes del país.
 - El PSS contendrá los siguientes beneficios: el listado de beneficios de la Modalidad de Atención Institucional (MAI) del sistema Público de Salud, las Garantías Explícitas de Salud (GES), Modalidad Libre Elección de FONASA (MLE), Ley de Urgencias, cobertura de enfermedades catastróficas (CAEC) y Seguro de Incapacidad Laboral (SIL).
 - El PSS tendrá un sistema de copagos estandarizados, con gasto anual tope respecto de la renta de las familias.
 - El PSS se financiará con la cotización obligatoria de seguridad social fijada por ley. Adicionalmente, las ISAPREs podrán cobrar una Prima Comunitaria fijada por cada aseguradora. Las primas comunitarias estarán asociadas a redes de prestadores, pudiendo las ISAPREs ofrecer hasta un máximo de 3 redes con sus respectivas primas.
- Se crea un Fondo Mancomunado Universal entre FONASA y las ISAPREs para romper la segmentación, introducir solidaridad inter-sistemas y permitir el financiamiento de prestaciones universales.
- Se crea un Fondo Inter-ISAPREs de compensación de riesgos para permitir la movilidad, el fin de la cautividad y pre-existencias, junto con introducir mayor solidaridad al sistema ISAPRE.
- Se crea una institución que administre un Fondo Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL) de seguridad social con financiamiento tri-partito (Estado, empleadores y trabajadores) para terminar con los problemas para los trabajadores para obtener licencias médicas y su subsidio.

A. Plan de Seguridad Social de Salud, PSS

EL PSS es un conjunto de beneficios de salud que el país debe otorgar a sus habitantes para dar cuenta de su derecho a la salud. El PSS es único, universal y estandarizado. Este plan será definido por la autoridad sanitaria y estará compuesto de un catálogo de prestaciones y de bonificaciones máximas según arancel, dependiendo de la modalidad de atención en red y contará con la definición de gasto máximo anual por copago (*stop loss*). El PSS se compone de

los listados de prestaciones que hoy se encuentran en: Modalidad de Atención Institucional (MAI) y Modalidad de Libre Elección (MLE) de FONASA, Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), Plan Complementario actual de ISAPRE, Examen de Medicina Preventiva (EMP), Ley de Urgencia y listado de prestaciones conocido como Códigos Superintendencia.

El PSS se deberá otorgar sin considerar preexistencias, ni cautivos, al interior del sistema ISAPRE. Se deberán estudiar las condiciones y mecanismos que permitan viabilizar la movilidad plena de los cotizantes a futuro entre ISAPRE y FONASA. Podrían considerarse mecanismos y condiciones distintos a la declaración de salud, que impidan que personas de riesgos altos se pasen inmediatamente de un sistema a otro.

El financiamiento del PSS es la cotización obligatoria de seguridad social de salud. Además de dicha cotización para salud, para financiar el PSS, las ISAPREs podrán establecer una Prima Comunitaria Adicional per cápita (por beneficiario). Los seguros podrán competir por este valor.

B. Fondo Mancomunado Universal

El Fondo Mancomunado es aquel conformado con recursos provenientes de aportes de los afiliados a FONASA y de afiliados a ISAPRE (que provendrán desde el Fondo Inter-ISAPREs). Se contempla además un aporte directo, progresivo y gradual desde los recursos fiscales (proveniente de los impuestos generales). El FMU financiará prestaciones universales para toda la población, es decir, beneficiarios de ISAPRE y FONASA, como, por ejemplo, las asociadas al alto costo. En un principio financiará medicamentos de alto costo de manera universal.

C. Fondo Inter-ISAPREs

El Fondo Inter-ISAPREs se conformará con el porcentaje de cotización de los afiliados a ISAPRE. Descontados los recursos destinados al Fondo Mancomunado y al Fondo para Subsidio de Incapacidad Laboral, el Fondo Inter-ISAPRE redistribuirá a cada ISAPRE una cápita ajustada por el riesgo de sus cotizantes. El ajuste por riesgo considerará variables asociadas al costo esperado de la atención de salud de los afiliados (edad, sexo, condición de salud, zona geográfica, etc.). El Fondo también admite compensaciones *ex -post*, mediante una reserva para el caso de eventos de mayor costo y baja probabilidad de ocurrencia, no considerados en la fórmula capitada.

D. Plan Complementario

La supervisión de los seguros complementarios será realizada por la Superintendencia de Salud y su regulación establecida por ley. Estos seguros podrán ser entregados por la misma ISAPRE que le entrega al afiliado el PSS, pero en un breve plazo deberá ser completamente diferenciado de tal manera de efectuar una separación clara entre el PSS y plan complementario.

Deberá considerarse seguros complementarios de largo plazo, vitalicios, con renovaciones periódicas. Dado que existirá un PSS común, los planes complementarios se referirán fundamentalmente a mejores coberturas en redes o prestadores más apetecidos por

los afiliados y que cubran diferenciales de copagos. Se propone que los seguros complementarios no puedan ser ofrecidos directamente por los prestadores.

E. Transición de escenarios contractuales

A los actuales usuarios de ISAPRE se les ofrecerá la posibilidad de cambiarse voluntariamente al nuevo sistema. Los nuevos afiliados deberán entrar directamente al nuevo sistema.

Los incrementos de precios de los planes de las personas que opten por mantener su plan antiguo deberán entrar al sistema de regulación de precios de la Superintendencia de Salud, al igual que los nuevos planes complementarios.

F. Relación seguros y prestadores

Cada aseguradora comunicaría el conjunto de prestadores acreditados a los que sus usuarios pueden acceder. No se requiere exclusividad y un mismo prestador puede ofrecer servicios a varias aseguradoras. De esta forma se formalizaría el derecho a la elección de prestador, una vez elegida la aseguradora.

Los prestadores deben ser regulados de mejor manera, por lo que se propone entregar a la Superintendencia de Salud mayores facultades. No solo es importante la acreditación, para lo cual hoy día tiene atribuciones, sino también debe regular los contratos. Para mejorar la utilización de los prestadores disponibles, especialmente en regiones, se plantea que los usuarios de ISAPRE puedan acceder a prestadores públicos en condiciones similares a los usuarios de FONASA, es decir, a través de la atención primaria, asegurando que no existan mecanismos que permitan que los primeros desplacen a los segundos.

La visión de mayoría reafirma la prohibición de la integración vertical de aseguradores y prestadores que contempla la ley. Los argumentos de minoría se desarrollan al final de este resumen.

G. Regulación de precios y su reajustabilidad

El principio fundamental en este punto es la eliminación de la unilateralidad, actualmente vigente en la ley, con que cuentan las ISAPREs para readecuar planes y subir sus precios, más allá del IPC. Para ello, se contempla la definición de un mecanismo de evaluación de precios. La Superintendencia de Salud deberá contar con un equipo/consejo de análisis de los precios. Se propone que todos los precios sean monitoreados y regulados por la autoridad, de acuerdo a una normativa establecida en la ley.

H. Fondo Común de Incapacidad Laboral

Se propone la creación de una institucionalidad que administre y organice el Subsidio de Incapacidad Laboral. Esto implica agrupar el financiamiento definido para las licencias médicas en un fondo único que incluya los usuarios de FONASA, ISAPRE y también las licencias provenientes de accidentes y enfermedades profesionales, hoy día radicadas en los organismos administradores de la Ley N° 16.744. Este fondo deberá tener una evaluación actuarial periódica e independiente.

La entidad pagadora de los subsidios tanto de enfermedad común como de accidentes laborales y enfermedades profesionales, deberá estar separada de la entidad contralora y evaluadora de las licencias, asegurando una mayor transparencia del sistema.

Principales consensos y divergencias en el grupo de comisionados respecto de la reforma inmediata

Principales consensos alcanzados

Los consensos principales alcanzados por el grupo de consejeros respecto de la propuesta de reforma inmediata fueron los siguientes: Tabla: Síntesis de los consensos alcanzados

Componentes	Consensos
Plan de Seguridad Social en Salud (PSS)	Plan PSS incluye: Catálogo de prestaciones MLE/MAI, GES, Urgencias, Preventiva y CAEC/ Coberturas garantizadas (%) para atención ambulatoria y hospitalaria en red. Precio PSS: 7% más Prima Comunitaria (Pc). Ajustes de Pc: mecanismo definido por ley. Institucionalidad para la incorporación/revisión/protocolización de nuevas tecnologías médicas.
Planes complementarios y suplementarios	Complementarios: Es la cobertura ofrecida en redes adicionales al PSS. Podrá haber más de una red complementaria en cada ISAPRE. Suplementarios: Suplementa prestaciones, prestadores, beneficios y coberturas especiales, etc. Regulación Superintendencia de Salud.
Fondo compensación Inter-ISAPREs para atención de salud	Independiente de aquel destinado al fondo para SIL. Ajusta prima por riesgo de salud. Por ejemplo edad, sexo y condición de salud. ISAPREs recaudan prima comunitaria.
Fondo Mancomunado Universal/Fondo Especial para Medicamentos de Alto Costo ⁽¹⁾	Se administra en una nueva institucionalidad. Fondo puede comprar medicamentos directamente, así como financiar enfermedades de alto costo para toda la población (beneficiarios de FONASA e ISAPRE).(1)
Relación prestadores	Se debe fomentar las relaciones contractuales de largo plazo, en base a parámetros objetivos, que eviten cambios unilaterales en las condiciones, mecanismos de pago y control de costos con fomento del uso de redes, paquetes quirúrgicos, grupos relacionados de diagnóstico o similares, establecidos en la ley. Desarrollar sistemas de información con resultados clínicos de prestadores públicos y privados, para transparentar la efectividad sanitaria. Codificación común de prestaciones para todo el sector salud. Acceso de usuarios de ISAPREs al Sistema Público a través de la Atención Primaria de Salud (APS), en regiones.
SIL	Fondo con institucionalidad independiente y financiamiento aparte de la cotización para salud para el manejo del beneficio SIL de beneficiarios del FONASA y las ISAPREs. Aporte al fondo por parte del FONASA y las ISAPREs corresponderá al porcentaje de la renta que se determine de acuerdo a los gastos actuales. Concurren al financiamiento del SIL el empleador y el trabajador.
Régimen de aseguramiento actual y nuevo	Los beneficiarios de ISAPRE que así lo deseen podrán preservar su actual plan. Asimismo, quienes lo deseen, podrán cambiarse al nuevo régimen dentro de su ISAPRE o cambiar de ISAPRE. Todos los beneficiarios de ISAPRE que se cambien de plan dentro de su misma ISAPRE o que se cambien de ISAPREs, así como también los nuevos afiliados, ingresan al nuevo régimen de aseguramiento, donde opera el PSS. Ajustes de tarifas de los contratos del régimen actual se realizará con un procedimiento propuesto para el reajuste de la Pc.

Componentes	Consensos
Nuevas Tecnologías Médicas	Se propone crear una institucionalidad nacional para la Evaluación de Tecnologías de la Salud, cuyo objetivo sea garantizar el uso de tecnologías que sean seguras, tengan impacto y sean costo-efectivas.

- (1) Si bien hay consenso en la creación de un fondo para enfrentar enfermedades de alto costo y enfermedades huérfanas, no hay consenso respecto del nombre, alcance ni forma de operación del fondo. La propuesta de mayoría plantea un Fondo Mancomunado que vaya creciendo progresivamente. La postura de minoría es que sea un fondo exclusivo para este propósito.

Principales divergencias en el grupo de comisionados en la propuesta de reforma inmediata

Las diferencias más importantes producidas en el grupo de consejeros respecto de la propuesta de reforma inmediata fueron las siguientes:

1.- El destino del Fondo Mancomunado de Salud, para la posición de minoría, debe ser exclusivamente para los medicamentos de alto costo y que en su propuesta se traduce en la creación del “Fondo Especial para Medicamentos de Alto Costo”, FEMAC, aunque se mantiene la naturaleza de mancomunar recursos para beneficiarios de FONASA e ISAPRE. La principal divergencia se refiere a la definición del funcionamiento del fondo, el que recibe aportes de la cotización para salud y no redistribuye de vuelta ajustado por riesgo las primas a los aseguradores. Esto arriesga en el futuro la participación de múltiples aseguradores en la seguridad social y compromete la capacidad de las personas de elegir su sistema de salud (multiseguros).

2.- En la discriminación por ingresos que implica la existencia de prima comunitaria adicional a la cotización del siete por ciento para financiar el PSS en las ISAPREs. Respecto de este punto, un grupo de minoría plantea que para las ISAPREs debiera ser obligatorio el otorgar un plan solo por el siete por ciento, sin prima comunitaria, además de aquellos planes que tengan primas comunitarias asociadas a características de las redes de prestadores.

3.- El alcance de la extinción de la declaración de salud, que para un grupo debiera mantenerse en las personas que quieren cambiarse de FONASA a ISAPRE, como una manera de evitar comprometer la sustentabilidad del nuevo modelo debido al desfinanciamiento del sistema ISAPRE, que sería consecuencia de la selección adversa que se registraría desde la constitución del nuevo sistema. De acuerdo a esta visión, se produciría un desfinanciamiento entre la prima establecida para el ajuste de riesgo y la tarifa del PSS, debido a la migración hacia ISAPREs de personas usuarias de FONASA que tienen enfermedades serias y que se encuentran en listas de espera.

4. En relación con el tema de integración vertical, sobre la base argumental del respeto a la libre iniciativa privada y su derecho a organizarse libremente en el marco del ordenamiento jurídico vigente, una minoría aboga por no considerar el tema de la integración vertical en el marco de la propuesta de la Comisión. Adicionalmente, se plantea que, por no haberse analizado en suficiente detalle el tema en la Comisión, se recomienda hacer en el futuro nuevos estudios que permitan profundizar el análisis.