

Puntos de Referencia

EDICIÓN ONLINE
N° 482, junio 2018

Contribuciones para una reforma a los seguros de salud

Una propuesta y tres comentarios

Carolina Velasco / Andrea Butelmann / Claudio Lucarelli / Héctor Sánchez

Resumen

En septiembre de 2017 el Centro de Estudios Públicos organizó el seminario “Reformando el sistema de seguros de salud chileno: Elección, competencia regulada y subsidios por riesgo”, en el que fue presentada la propuesta del mismo nombre elaborada por Francesco Paolucci y Carolina Velasco (Paolucci y Velasco 2017). Tres académicos y expertos en las materias que toca dicho trabajo fueron invitados a comentarlo: Andrea Butelmann, Claudio Lucarelli y Héctor Sánchez. Considerando que la reforma de los seguros de salud ha cobrado relevancia nuevamente en la discusión pública, y que la necesidad de introducirle mejoras sigue vigente, en este documento se presenta un resumen de la propuesta de Paolucci y Velasco (2017), junto a los comentarios de los tres académicos invitados. Al final, se encuentran las referencias y un anexo que resume algunas de las principales propuestas a la fecha.

Paolucci y Velasco (2017) plantean en su propuesta integrar los componentes actuales del esquema de seguros (Fonasa e isapres) para crear uno de seguros sociales con las siguientes características: i) cada persona elige su asegurador y plan de salud (libre afiliación); ii) los planes son iguales en cuanto a los beneficios cubiertos, pero difieren según el nivel de los servicios (red de prestadores) y deducible; iii) las primas son determinadas por cada aseguradora; iv) se entregan subsidios a las personas ajustados por su riesgo de salud para pagar las primas (financiados con contribuciones salariales y aportes del Estado en base a rentas generales); y v) se potencian las funciones de información, defensa de la libre competencia, y fomento de la calidad y seguridad en salud, para así velar por un adecuado funcionamiento del nuevo esquema.

La combinación entre libertad de elección y subsidios ajustados por riesgo, junto a un plan de contenido común: (i) empoderan a las personas, quienes pueden elegir y financiar su plan de salud, incluso aquellos de alto riesgo/gasto esperado, (ii) fomentan la competencia por calidad y precio, así como la contención de costos, (iii) igualan el acceso a prestaciones para los diferentes grupos de beneficiarios, (iv) desincentivan la selección de personas según su riesgo en salud y terminan con la cautividad y, iv) simplifican el trabajo desde la perspectiva de la libre competencia, puesto que se establecen los incentivos adecuados.

Los comentaristas abordan los diferentes aspectos de la propuesta destacando, en general, su carácter integral en el ámbito de los seguros, su calidad técnica y el constituir un aporte a un debate que lleva varios años en Chile. También hacen algunas observaciones críticas, en orden a mejorar la propuesta. Por ejemplo, apuntan la conveniencia de hacer ciertas adecuaciones tanto en el sector estatal como en el sector privado, antes de integrar a los aseguradores privados con el estatal. Además, señalan la necesidad de diseñar detalladamente la transición, considerando tanto los requisitos mencionados previamente, como la economía política de un proceso de esta envergadura.

Editado por Carolina Velasco, Ingeniero comercial con mención en Economía y Magíster en Economía mención Políticas Públicas (PUC). Máster en Políticas Sociales (LSE). Investigadora del CEP.

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

Monseñor Sótero Sanz 162, Providencia, Santiago de Chile. Fono 2 2328 2400 - Fax 2 2328 2440.

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

Carolina Velasco

1.1. Introducción

Si bien en Chile 92,4% de la población cuenta con algún seguro de salud (y 2,9% pertenece al esquema previsional en salud de las Fuerzas Armadas y de Orden), la población no parece del todo satisfecha con ellos. Los usuarios de instituciones de salud previsional (isapres) señalan como desventaja principal el alza de (las primas de) los planes de salud y luego la baja cobertura de enfermedades pre-existentes y de medicamentos. En el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) se menciona la ausencia de especialistas, las esperas para la atención en oficinas de Fonasa y el que no sea posible comprar bonos (reembolso previo a la atención) en todos los centros de salud (Superintendencia de Salud 2018). Se concluye entonces, que la obligatoriedad de contratar un seguro de salud no garantiza cobertura universal, entendiendo por ésta, acceso universal, oportuno y efectivo a los servicios de salud y que ello no exponga a los usuarios a dificultades financieras, según lo define a la Organización Mundial de la Salud (OMS). Actualmente, un seguro con dichas características tiene un costo que una proporción importante de la población no puede asumir. Se requiere entonces generar las condiciones para avanzar en estos ámbitos.

La realidad descrita ha motivado el desarrollo de diferentes propuestas por parte de centros de estudios, académicos y el Gobierno. Si bien en su mayoría promueven avanzar en el corto y mediano plazo a la conversión de las isapres en seguros sociales —obligatoriedad legal de contar con seguro

de salud de un tercero pagador (asegurador) regulado por ley, mediante contribuciones o primas no relacionadas con el riesgo de la persona (Normand y Busse (2002)— no se hacen cargo de todos los problemas. Por ejemplo, no permiten la libre afiliación para todos, no terminan con la dualidad de esquemas de seguros actual, no logran promover el control de costos y competencia por calidad y precio, ni desincentivan el descreme o la selección por riesgo (preferencia por parte de las aseguradoras de las personas menos riesgosas, es decir, más jóvenes, más sanas).

En este documento se desarrolla una propuesta que busca abordar los déficits mencionados y que se complementa con lo realizado previamente por los autores (Velasco 2016, Paolucci 2016, Henríquez et al. 2016). El planteamiento se basa en la idea de competencia regulada de seguros de salud (Enthoven 1993), como ocurre en los Países Bajos, Bélgica, Alemania, Suiza, Israel, Colombia, entre otros. Busca promover la competencia por precio y calidad (y así la eficiencia), la posibilidad de elección de los usuarios, una mejor protección financiera y la asequibilidad.

A continuación, se presenta un resumen de los principales desafíos que supone la mejora del esquema de seguros de salud chileno, luego los principales planteamientos de la propuesta y, al término algunas observaciones.

1.2. Desafíos que plantea la mejora del esquema de seguros de salud en Chile

El esquema de seguros obligatorios de salud para enfermedades comunes tiene dos componentes, uno liderado por el asegurador estatal, Fonasa, y otro integrado por aseguradoras privadas, isapres (que cubren a 77,3 y 15,1% de la población, respectivamente). Las lógicas que subyacen a cada uno son diferentes y responden a la regulación

actual. Fonasa ofrece un seguro solidario en cuanto a ingresos y riesgos, puesto que, ya sea que se esté contribuyendo con el 7% del salario (cotización obligatoria a salud) o no, sus beneficiarios (y cargas) acceden a un plan de beneficios común. Fonasa no puede rechazar afiliados y recibe un aporte estatal que financia casi dos tercios de sus gastos (64% en el presupuesto de 2017). Sus usuarios pueden acceder a prestadores de salud (hospitales, consultorios) estatales en la llamada Modalidad de Atención Institucional (MAI) —con copago cero o muy bajo según sea el nivel socioeconómico¹— y a proveedores privados en la Modalidad de Libre Elección (con la excepción de los carentes de recursos —grupo A de Fonasa— que sólo pueden acceder a prestadores estatales). En este caso los copagos son más altos, llegando a veces a más de la mitad del precio del servicio.

Las isapres ofrecen seguros individuales y pueden rechazar a las personas según su estado de salud. Una vez aceptados, los contratos por un plan de salud entre la persona y las isapres son indefinidos, pero la prima del plan puede variar (anualmente). Esta última corresponde a la suma de dos partes: (i) la prima del plan complementario, que depende del contenido de dicho plan (como cobertura financiera y prestadores) y a la edad y sexo de la persona que lo adquiere (más caro para mujeres, personas mayores); y (ii) la prima de los servicios con Garantías Explícitas en Salud (GES) —asociados a un grupo de 80 enfermedades que deben ser ofrecidos por todas las aseguradoras con garantías asociadas a la oportunidad, financiamiento, acceso y calidad y se otorgan en una red cerrada de prestadores. Esta

prima es igual para todos los beneficiarios de una misma isapre (prima plana o comunitaria). En estos seguros, el 7% de contribución salarial obligatorio se usa como abono y se suplementa con contribuciones voluntarias que, en promedio representan un 3% de los salarios y no hay aporte estatal. La atención se otorga en prestadores privados y los copagos dependen del plan contratado.

Existe un componente solidario entre isapres (abiertas) asociado a las prestaciones con GES. Dado que la prima por los servicios con GES es igual para todos los usuarios de una misma aseguradora, existen subsidios desde los sanos a los enfermos y desde los jóvenes a los mayores. A su vez, las primas planas de los servicios con GES incentivan la selección por riesgo, es decir, la preferencia por beneficiarios que generan menor gasto (hombres, sanos y jóvenes). Ello ocurre porque las aseguradoras no pueden fijar las primas acorde con el riesgo de cada persona (como en otros mercados de seguros), lo que genera ganancias (y pérdidas) predecibles, según el tipo de beneficiario. Por ello se crea un fondo de compensación por riesgo (virtual)², que redistribuye recursos a las aseguradoras que cuentan con personas de mayor riesgo en salud (calculado según el sexo y edad de los beneficiarios de cada isapre). Los recursos del fondo provienen de las mismas isapres, quienes aportan un monto fijo por persona³.

La literatura y evidencia señalan que los mercados de seguros en salud no funcionan bien (Barr 2003, Akerlof 1970, Arrow 1963, Pauly 1974, Rothschild

¹ Fonasa clasifica a sus afiliados en 4 grupos (A, B, C y D) según sea su nivel socioeconómico. A reúne a los carentes de recursos y D a aquellos de mayores ingresos. Quienes pertenecen a los grupos A y B no tienen copagos asociados y los que pertenecen a los grupos C y D tienen copagos de 10 y 20%. La atención primaria en MAI no tiene copagos. La atención de servicios con Garantías Explícitas en Salud (en prestadores asociados) tiene también copagos, pero con un límite máximo sobre el cual el usuario deja de pagar.

² Virtual se refiere a que los recursos del fondo no son recolectados por ninguna institución, sino que, las diferencias entre lo que debe aportar y recibir cada isapre son transferidas entre isapres, según lo instruye la Superintendencia de Salud, entidad a cargo de la supervisión de dicho fondo.

³ El monto que cada isapre entrega al fondo se calcula como el costo esperado promedio de otorgar las prestaciones con GES. El monto que se entrega de vuelta a las isapres, se refiere al costo esperado promedio de cada persona, considerando su riesgo en salud (basado en su edad y sexo).

y Stiglitz 1976). Primero, existen problemas de información (complejidad de la misma; asimetrías entre pacientes y doctores, entre pacientes y aseguradores y entre doctores y aseguradores) que tienen efectos en el comportamiento de los diferentes participantes, como riesgo moral⁴, selección adversa⁵ y selección por riesgo. Segundo, no todos los cuidados requeridos en salud son asegurables. En efecto, la teoría predice que los seguros no cubren gastos “ciertos”, como las preexistencias, el embarazo y la vejez, puesto que los seguros surgen cuando hay incertidumbre. Lo anterior lleva a exclusiones y vacíos en la cobertura de dichos gastos (cautividad, rechazo, periodos de carencia). Tercero, las primas (precio del seguro) pueden ser muy altas para algunos grupos (los más enfermos, o aquellos de menores recursos).

Las dos alternativas más comunes para abordar estos problemas son: (i) eliminar los mercados de seguros (quedándose con una entidad única que financia la salud) o (ii) generar las condiciones para que los mercados de seguros funcionen (competencia regulada). Chile tomó un camino intermedio, estableciendo un sistema de seguros con dos componentes, cuyas lógicas de funcionamiento, financiamiento y entrega de servicios difieren. Por una parte está Fonasa, homologando lo que ocurre en países donde existe sólo un asegurador. Y, por otra parte, las isapres, que funcionan como seguros privados regulados, pero cuya regulación no ha logrado los objetivos buscados, tanto porque no es eficiente, como porque coexiste con el componente asegurador estatal (Fonasa). Dado lo anterior, actualmente el país enfrenta la mayoría de los problemas esperables en cada componente,

⁴ Se refiere al sobre-uso del sistema de salud o a la falta de prevención y cuidado de las personas, cuando existe un tercero (por ejemplo, el seguro) que paga todo o parte del precio de los servicios de salud.

⁵ Las personas conocen su estado de salud mejor que los aseguradores, dado que éste no se puede evaluar fácilmente. Por tanto, pueden esconder información respecto de su salud, fenómeno conocido como selección adversa.

así como otros asociados a la coexistencia de los mismos (Tabla 1).

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

1.3. Propuesta de un esquema de seguros sociales de salud para Chile: eficiencia, equidad y asequibilidad⁶

La realidad descrita ha motivado el desarrollo de diferentes propuestas por parte de centros de estudios, académicos y el Gobierno (ver anexo). En su mayoría, dichas proposiciones promueven avanzar en el corto y mediano plazo a la conversión en seguros sociales de al menos las isapres, esto es, un esquema donde es obligatorio contar con seguro de salud (generalmente con contenido y estándar definido) de un asegurador (o similar) regulado, mediante contribuciones o primas no relacionadas con el riesgo de la persona (Normand y Busse 2002, Barr 2003).

⁶ Para un mayor detalle de esta propuesta ver Paolucci y Velasco (2017).

TABLA 1: Problemas esperables de los componentes estatal y privado del esquema de seguros, así como de la regulación general e interacción de ambos

	Problemas
Componente estatal	<p>Ineficiencias asociadas a la burocracia estatal, a la vulnerabilidad ante cambios políticos, a la captura por parte de grupos de interés, a las limitaciones en las atribuciones de Fonasa (como obligación de financiar y utilizar los hospitales estatales, fijación por ley de los métodos de pago, restricciones de compra a privados).</p> <p>Falta de incentivos a la contención del gasto (por métodos de pago a prestadores, legislación asociada).</p> <p>Listas de espera como respuesta ante déficit de recursos (por alza de gasto, ineficiencias).</p> <p>Subdeclaración de ingresos, dado financiamiento (7% otorga acceso a lo mismo) y copagos más altos a los de mayores ingresos.</p> <p>Diferencias en acceso para grupos de mayor vulnerabilidad (adultos mayores y menores ingresos).</p> <p>Menor transparencia en el contenido del plan de salud, de los procesos, del gasto por persona y de la información sobre resultados (como desempeño de hospitales).</p>
Componente privado	<p>Selección por riesgo (descrime y exclusión), cautividad e ineficiencias, dado que se compite menos por precio y calidad y más por las personas (más baratas), a que la información es compleja (7.000 planes de salud), las isapres pueden rechazar a las personas, la regulación es inadecuada (primas planas o reguladas, compensación por riesgo insuficiente, renovación garantizada de contratos).</p> <p>Pocos incentivos a la contención del gasto y altos precios, debido a los métodos de pago a prestadores (fee for service), seguros complementarios que cubren (parte de) los copagos (la persona termina pagando menos), la existencia de Fonasa como asegurador de última instancia (no rechaza beneficiarios).</p> <p>Regulación incierta y judicialización, debido a que los tribunales han fallado en contra de la ley o han derogado parte de ésta, dejando un vacío que aún no ha sido corregido, y a la percepción de altos precios.</p>
Interacción de ambos	<p>Esquema de dos niveles, en la calidad de la atención, oportunidad en el acceso a prestadores, trato.</p> <p>Desigualdades de acceso a los seguros, por precios inabordables para algunos grupos e inexistencia de ayuda estatal.</p> <p>Fonasa actúa como asegurador de última instancia, recibiendo a todos los beneficiarios, lo que desincentiva la contención de costos y autorregulación en las isapres.</p>

Fuente: Elaboración propia en base a Bossert y Leisewitz (2016), Centro de Estudios Públicos y Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile (2017), Ellis et al. (2008), Henríquez et al. (2016), Henríquez y Velasco (2015a y b), Ibáñez (2016), Pardo y Shott (2013), Sánchez e Inostroza (2011), Santelices et al. (2013), Velasco (2014) y Vergara (2014).

CUADRO 1: Requisitos para el buen funcionamiento de un esquema de seguros sociales

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

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

La literatura y evidencia señalan los requisitos necesarios para el buen funcionamiento de un sistema basado en seguros sociales, los que presentan resumidos en el Cuadro 1. A la luz de dichos requerimientos, es posible concluir que ninguna propuesta se hace cargo de todos los problemas que aquejan a los seguros en Chile. Entre otros, algunos no permiten la libre afiliación para todos, o no terminan con la dualidad actual, o no logran promover el control de costos y competencia por calidad y precio, ni desincentivan el descrime o la selección por riesgo (preferencia por parte de las aseguradoras de las personas menos riesgosas, es decir, más jóvenes, más sanos), al establecer por ejemplo, primas comunitarias y esquemas de compensación por riesgo pobres.

Dado lo anterior, la propuesta desarrollada en el trabajo de Paolucci y Velasco (2017), que acá se resume, plantea avanzar a un esquema de seguros

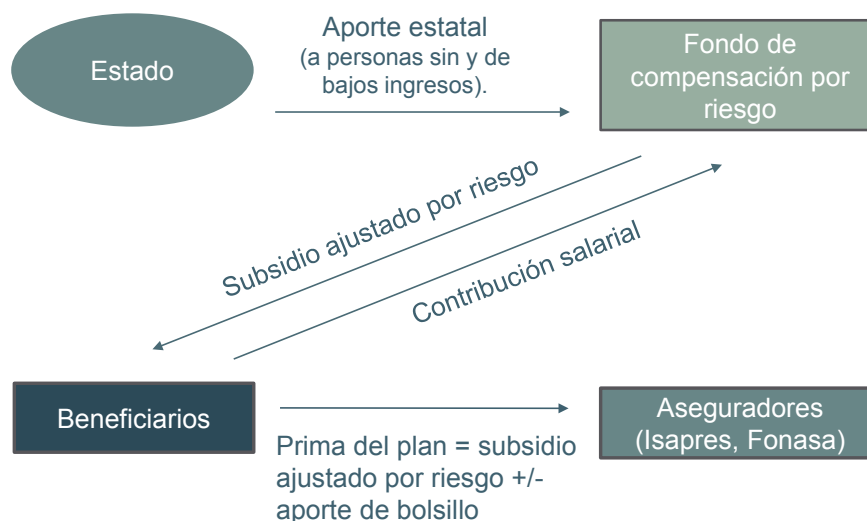
sociales que integre en un mismo marco regulatorio a todos los aseguradores y prestadores actuales, haciéndose cargo de las debilidades detectadas en los planteamientos previos. La propuesta busca ser sustentable, y por tanto, sugiere construir sobre lo existente e implementar los cambios gradualmente.

Los principales objetivos son otorgar asequibilidad y libertad de elección a las personas respecto de su plan de salud y entidad oferente del mismo, disociar en gran medida el pago de las personas con su estado de salud y fomentar la competencia por calidad y eficiencia en el nivel asegurador y prestador (atención oportuna y de la mayor calidad, y competencia en precios), con altos niveles de transparencia y calidad de la información y reglas que eviten comportamientos inadecuados (como selección por riesgo). Los principios más relevantes que inspiran estas ideas se refieren a la no discriminación, igualdad de condiciones de participación para todos los actores en cada nivel (asegurador, prestador, usuarios) y respeto por la preferencias de los usuarios.

En la Figura 1 se describe cómo funcionaría el esquema propuesto, una vez en régimen:

- 1) **Cada persona elige su asegurador y plan de salud**, sin que pueda ser rechazada (libre afiliación).
- 2) **Los planes ofrecidos deberán ser iguales en cuanto a los beneficios cubiertos y el nivel mínimo de éstos** (como protocolos, calidad hotelera y, eventualmente, tiempos de espera u otros), **pero podrán variar en cuanto al deducible asociado** (que deberá, a su vez, estar relacionado con los ingresos de las personas,

FIGURA 1: Esquema de organización del financiamiento





Fuente: Elaboración propia.

para evitar incobrables que socaven la sustentabilidad del sistema). Se eliminan los copagos para evitar la incertidumbre y así desincentivar la adquisición de seguros complementarios que los cubran. Se permite la existencia de unos pocos tipos más de planes de salud que variarán respecto del plan mínimo en cuanto al nivel de los servicios (Tabla 2).

- 3) **Las primas serán determinadas por cada aseguradora, así como las redes de prestadores asociadas a cada tipo de plan** (Tabla 2). Ello requiere libertad de contratación entre prestadores y aseguradores, de manera que puedan establecer las condiciones (métodos de pago, metas) que permitan promover la calidad, eficiencia, innovación y prevención. Las primas entonces dependen del nivel del plan, deducible y riesgo de las personas (este último aspecto puede regularse en una primera etapa, por ejemplo, estableciéndose bandas).
- 4) **Cada persona recibirá un subsidio ajustado por su riesgo de salud, para ser usado como abono para financiar las primas del plan con**

TABLA 2: Primas de los planes según nivel de los servicios (prestadores) y del deducible

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

Nota: Se asume como ejemplo que existirían cuatro tipos de planes asociados al nivel de los servicios y para cada tipo de plan, cuatro niveles de deducible. Así, para una misma persona, un plan con el estándar mínimo de servicios (tipo 1) y con el deducible alto, tendría la prima más barata (primas 1.4). Por el contrario, uno con el estándar máximo de servicios (tipo 4) y sin deducible tendría la mayor prima (prima 4.1).

Fuente: Elaboración propia.

el nivel mínimo de servicios, y así garantizar asequibilidad (que todos puedan comprar el plan de salud con el estándar mínimo de servicios). Esto último se logra porque los subsidios ajustados por riesgo serían similares a las primas por persona (que también serán determinadas según su riesgo en salud). Por tanto, aquellos de mayor riesgo (que enfrentarán una mayor prima), recibirán un mayor subsidio⁷. Los subsidios serán calculados en base al costo esperado de otorgar el plan de salud con el nivel mínimo de servicios a cada beneficiario. Quienes quieran adquirir un plan de mayor nivel, deberán poner de su bolsillo una diferencia mayor. En el Cuadro 2 se presenta un ejemplo de cómo serían los flujos de recursos en este nuevo esquema.

- 5) **Los subsidios provendrían de un fondo de compensación por riesgo, compuesto por contribuciones salariales e impuestos generales** (para sustituir los aportes de quienes no trabajan y de aquellos de bajos ingresos),

mismas fuentes actuales de financiamiento de los seguros, para así favorecer su viabilidad⁸.

- 6) **Se desarrollarán las funciones “esenciales” para asegurar un adecuado funcionamiento del esquema planteado:** (i) mejora de la información (actualmente escasa y de baja calidad en el sector salud), rol que debe ser encargado por el Ministerio de Salud, dado las ventajas e interés de la autoridad en recopilar y sistematizar la información⁹. Puede ser ejercido por el ministerio en la medida que se desprende de la función prestadora en salud y se enfoque en su rol rector, como ya ha sido planteado (Arredondo et al. 2017, Butelman et al. 2014, Centro de Estudios Públicos y Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile 2017); (ii) defensa de la libre competencia, ya sea desarrollando capacidades especializadas en una nueva entidad o al

⁷ Se sugiere evaluar, al menos para las primeras etapas, la necesidad de otorgar ayudas financieras para ciertos grupos, en caso de que la brecha entre la prima y el subsidio ajustado por riesgo les genere dificultades financieras.

⁸ Dado que en Chile la informalidad aún es importante en el mercado laboral se propone evaluar el uso de incentivos que favorezcan la declaración de ingresos a quienes tienen ocupaciones de este tipo.

⁹ Un ejemplo a considerar es la información que proporciona el Ministerio de Educación en la página www.mifuturo.cl, que presenta datos sobre ingresos y empleabilidad de las diferentes carreras, pero también respecto de mecanismos de financiamiento de los estudios, tipos de instituciones de educación superior y educación superior en general.

CUADRO 2: Ejemplo práctico de los flujos de recursos

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

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

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

Fuente: Elaboración propia.

menos mediante una unidad diferente dentro de la institucionalidad actual¹⁰; (iii) fomento de la calidad y seguridad en salud, avanzando en revisiones o acreditaciones relativas a los resultados (actualmente sólo se realizan ex ante), separando en diferentes entidades aquellas que puedan entrar en conflicto (actualmente tanto el Ministerio como la Superintendencia de Salud, tienen funciones que entran en conflicto), y (iv) monitoreo de precios constante, generando información relevante para contextualizar los cambios. Ello podría ser ejercido por la Superintendencia, siempre que se desprenda de

funciones incompatibles (como aseguramiento de la calidad)¹¹.

Dado que la propuesta plantea cambios importantes que requieren tiempo, se propone una transición que permita llevarlos a cabo de manera gradual y sustentable, en tres etapas (Paolucci y Velasco 2017): (i) etapa sombra o marcha blanca, donde se establecen las bases y condiciones necesarias para el adecuado funcionamiento de un sistema de salud basado en seguros sociales, (ii) puesta en marcha del nuevo esquema y (iii) evaluación, ajustes y perfeccionamientos. El detalle de cada etapa se puede observar en la Figura 2.

¹⁰ En Chile existe la Fiscalía Nacional Económica, que es la agencia nacional encargada de velar por la libre competencia, y quien debe defenderla y promoverla en todos los sectores. También está el Tribunal de Defensa de la Libre Competencia (TDLC), encargado de resolver, sancionar, dictar instrucciones generales y proponer cambios en las normas que se estimen contrarias a la libre competencia. <http://www.fne.gob.cl/>

¹¹ La *Independent Hospital Pricing Authority* en Australia es un caso que podría ser estudiado. Dicha entidad es una agencia gubernamental independiente que, entre otras funciones, genera modelos de precios que buscan determinar cuánto se paga para tratar a un paciente promedio, así como los factores que incrementan los costos. <https://www.ihpa.gov.au/>.

Además de ello, entre otros, es importante determinar los recursos que se destinarán a este plan de salud con estándar mínimo de servicios (por ejemplo, estableciendo una meta de gasto por persona), lo que también puede realizarse en etapas, aumentando su monto sucesivamente.

1.4. Observaciones finales

Los problemas del esquema de seguros de salud actual son varios y fueron enunciados previamente. En la Tabla 3 se explicitan los instrumentos que abordan cada problema y cómo los solucionarían.

En conclusión, en esta propuesta se plantea que la libertad de elección y libre afiliación combinadas con subsidios ajustados por riesgo, con un plan de contenido y nivel de servicio común e instituciones apropiadas: (i) empoderan a las personas, quienes pueden elegir su plan de salud y aseguradora, incluso aquellos de alto riesgo (gasto esperado), (ii) fomentan la competencia por calidad y precio, así como la reducción de costos, (iii) equiparan el acceso a prestaciones para los diferentes grupos de beneficiarios (iii) inhiben los incentivos a la selección de personas según su riesgo en salud y terminan con la cautividad y (iv) simplifican el trabajo desde la perspectiva de la libre competencia, puesto que se establecen los incentivos adecuados.

FIGURA 2: Etapas consideradas en la implementación del nuevo esquema



Fuente: Elaboración propia.

TABLA 3: Componentes del seguro de salud común

Problemas	Instrumentos	Mecanismos de solución
<ul style="list-style-type: none"> • Proliferación de planes de salud de contenido complejo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de salud de contenido común con estándar mínimo de servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Producto homogéneo, fácil de comprender y por tanto permite comparar precios (primas).
<ul style="list-style-type: none"> • Ineficiencias producidas por la compra de seguros complementarios, como respuesta a la incertidumbre generada por los copagos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deducibles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se elimina la incertidumbre, cada persona sabe cuánto será lo máximo a pagar de su bolsillo y decide monto según sus necesidades y posibilidades.
<ul style="list-style-type: none"> • Baja asequibilidad (posibilidad de pago) para ciertos grupos. • Selección por riesgo y cautividad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Subsidios ajustados por riesgo. • Libre afiliación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Otorga recursos según el riesgo de cada persona para pagar el plan de salud, quienes no pueden ser rechazados.
<ul style="list-style-type: none"> • Pocas estrategias de contención de costos (aseguradores y prestadores). • Problemas de acceso a ciertos grupos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Competencia entre aseguradores dado: plan de contenido común, libertad para fijar primas (ajustadas por riesgo) y libre afiliación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Competencia por atraer a todo tipo de personas, mediante menores costos y mejores productos (vía estrategias de compra, de atención, de prevención y de innovación).
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de información respecto de resultados y precios. • Toma de decisiones incompleta (asimetrías de información, incertidumbre). 	<ul style="list-style-type: none"> • Separar y potenciar funciones esenciales en diferentes entidades (promoción competencia, monitoreo precios, aseguramiento calidad y seguridad e información). 	<ul style="list-style-type: none"> • Elimina conflictos de intereses en entidades que combinan funciones que entran en pugna y promueve mejor desempeño. • Empodera a beneficiarios con mayor información y herramientas.

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

2. Resumen de las presentaciones de los comentaristas

Andrea Butelmann

Claudio Lucarelli

Héctor Sánchez

2.1. Comentarios de Andrea Butelmann¹²

La propuesta presentada es un muy interesante aporte a la discusión de cómo integrar los sistemas públicos y privados de salud en Chile, considerando que es un debate que no se ha desarrollado lo suficiente, especialmente en cuanto a la implementación de estas medidas. Sin embargo, hay otras urgencias que debieran priorizarse por sobre la integración del sistema de seguros de salud, lo que no significa que no se deban hacer reformas urgentemente, sobre todo aquellas que concitan consenso, que mejoran el sistema en el corto y mediano plazo y nos ponen en el camino de lograr un sistema integrado en el largo plazo. Se deben enfrentar primero las carencias del sistema privado de seguros y las debilidades en la provisión pública por separado, y cuando ambos estén funcionando en forma razonable se podría pensar en una integración. Hay propuestas para mejorar cada uno de estos subsistemas hace tiempo y postergarlas acumulará insatisfacciones que pueden alejarnos de reformas racionales y destruir lo que existe, que es sobre lo que esta propuesta pretende construir.

Respecto de la salud pública, se necesita una nueva institucionalidad, más fuerte y flexible, que apunte a mejorar los incentivos y a aumentar la productividad en el sector. Sin estos cambios, que no son fáciles ni de corto aliento, los proveedores públicos no podrían competir en el esquema propuesto en

el trabajo, lo que resultaría en una privatización total del sistema y en un conflicto político de proporciones. En el ámbito de los seguros privados o instituciones de salud previsional (isapres), el trabajo entrega propuestas largamente consensuadas, como reducir el número de planes de seguros existentes, lo que disminuiría la selección por riesgo que ejercen las aseguradoras, dada la incapacidad actual de las personas para compararlos por la multiplicidad de precios, cobertura, prestadores preferenciales, etcétera.

En cuanto al “fondo de compensaciones por riesgo” propuesto –que busca terminar con las “preexistencias” y la consecuente cautividad de los afiliados a su isapre y mejorar la competencia entre isapres–, el desafío está en definir un modelo que efectivamente prediga riesgos de los individuos. Por tanto, es mejor comenzar por el sistema de aseguramiento privado para perfeccionar el modelo de predicción antes de que se integren ambos sistemas que, sin duda, tienen perfiles de riesgos muy distintos.

En relación con el financiamiento, el subsidiar con impuestos generales a las personas de bajos recursos, niños y adultos mayores, puede ser regresivo comparando con la situación actual donde los cotizantes de isapre subsidian a sus cargas. Por otra parte, una redistribución basada en impuestos generales es más deseable en países como Chile con distribución del ingreso más desigual que países más desarrollados, en relación con el uso de cotizaciones salariales.

Respecto del fomento y resguardo de la competencia, es suficiente con que las fusiones vayan al Tribunal de la Libre Competencia y con que la superintendencia del ramo sea efectiva, más que crear una institucionalidad separada para salud. En la misma línea, la regulación inicial de primas puede ser onerosa y se debe tener cuidado con la integración vertical entre aseguradores y proveedores de salud.

¹² Directora del Magíster en Economía Aplicada a Políticas Públicas de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad Alberto Hurtado y ex Ministra Titular del Tribunal de Defensa de la Libre Competencia.

Finalmente, si bien los deducibles reducen la incertidumbre (en comparación con los copagos), no la eliminan totalmente porque hay prestaciones que no son reembolsadas y, por tanto, debe existir un mercado de seguros complementarios que refleje diferencias por ingreso y riesgo.

2.2. Comentarios de Claudio Lucarelli¹³

La propuesta presentada es interesante, y se hace cargo de la realidad política y la factibilidad de implementar cambios al sistema. Consiste en una reforma gradual cuyos elementos van en la dirección de mejorar el funcionamiento del mercado de salud chileno. Asimismo, tiene muchas similitudes con modelos implementados en países europeos, donde las preferencias de la sociedad se orientan hacia un sistema solidario, y con una regulación que limita la capacidad de los aseguradores para adaptar las primas al riesgo de los asegurados, principalmente por considerar este tipo de ajustes como discriminatorios. En dichos escenarios, la compensación por riesgos surge como una de las principales propuestas de política pública para mitigar los efectos de la selección adversa y del riesgo de reclasificación. Sin embargo, si bien esos contextos son atractivos en las circunstancias políticas actuales que enfrenta Chile, no lo son desde el punto de vista del funcionamiento eficiente de los mercados.

Existen alternativas más simples y directas para atacar estos problemas, pero que, probablemente, encuentren mayor resistencia política, principalmente, debido a dos malentendidos que están muy instalados en la opinión pública y, también, en algunos segmentos de la profesión. El primero tiene que ver con el propósito y funcionamiento de un seguro, que es proteger a los beneficiarios

de cambios abruptos en su ingreso por eventos inciertos y para ello se *agrupan* personas de riesgos *similares*, y las primas cobradas están asociadas a dicho riesgo. Sin embargo, es frecuente escuchar que el objetivo del seguro es lograr esa protección a través de la *transferencia* de riesgo desde aquellos más riesgosos a los de menor riesgo; en el caso de la salud, desde los de mayor edad y enfermos hacia los más jóvenes y sanos. El segundo malentendido, tiene que ver con el precio del seguro, que en general se asocia con la prima, sin embargo, la mayor parte de la prima corresponde al gasto esperado que los beneficiarios reciben cuando el evento incierto se realiza. El precio del seguro corresponde a un porcentaje, en general bastante pequeño que se destina a cubrir los gastos de administración y ventas de la compañía aseguradora.

Teniendo en cuenta estos dos malentendidos, no es sorprendente ver en la actualidad el gran apoyo que alcanzan las propuestas regulatorias como el uso de primas comunitarias (iguales para todos), para evitar la “discriminación” y lograr de esta forma un sistema solidario (a través de la transferencia de riesgo desde los de mayor edad y más enfermos hacia los más jóvenes y sanos, y la transferencia de ingreso en sentido contrario). Sin embargo, es importante destacar que éste es un impuesto a los de menor riesgo que está muy mal focalizado, pues los de mayor riesgo no son necesariamente pobres. Desde un punto de vista de eficiencia, un mercado de seguros que funcione ajustando las primas por riesgo y que implemente solidaridad a base de transferencias financiadas por impuestos generales sería superior. El componente restante para un funcionamiento eficiente es hacerse cargo del riesgo de reclasificación, que corresponde al aumento de primas debido a cambios en el riesgo de las personas en el tiempo.

Respecto a los esquemas de compensación por riesgo se debe considerar que éstos tienen otras

¹³ Decano de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de los Andes y profesor en The Wharton School, University of Pennsylvania.

limitantes más allá de lograr un buen modelo estadístico, puesto que las aseguradoras pueden seleccionar riesgos más favorables considerando variables que no entren en el modelo usado para la compensación.

Finalmente, algunas prevenciones respecto de diferentes aspectos de la propuesta. En cuanto a la reducción del número de planes, según estudios basados en la elección de seguros para medicamentos realizados en Estados Unidos (Ketcham et al. 2012 y 2015), el que existan múltiples planes diferentes no limitaría la capacidad de comparación y de toma de buenas decisiones de las personas. Respecto del uso de los análisis de costo-efectividad como mecanismo para determinar los beneficios cubiertos por los planes, se debe tener cuidado porque las valoraciones y criterios pueden diferir tanto entre países como entre el regulador y los usuarios. En relación con el pago por servicio (fee for service), éste no debiera ser un problema si lo que se busca es maximizar utilidades y, en caso de que la cantidad producida sea mayor a la óptima, disminuir el pago debería ser suficiente. Finalmente, la creación de una entidad nueva para la salud en el ámbito de libre competencia puede no ser necesaria.

2.3. Comentarios de Héctor Sánchez¹⁴

La propuesta presentada entrega un muy buen análisis del contexto del mercado de salud chileno, hace sugerencias para reformarlo y un esquema de transición que, en su conjunto, representan un aporte que reinicia un debate que ha estado en silencio.

Respecto del contexto, se deben considerar también otros aspectos. Las encuestas muestran un alto grado de insatisfacción por parte de las per-

sonas en relación con el sistema de salud, lo que tiene diversos impactos en el mercado y que deben tomarse en cuenta a la hora de reformarlo. La pérdida de capital político por parte de las instituciones de salud se refleja en la opinión pública en cuanto éstas no estarían cumpliendo con las expectativas de la población, a pesar de que sí logran resolver sus necesidades. Por lo tanto, no es fácil enfrentar una reforma que deje que las instituciones se ajusten como subsectores, si es que no se desarrolla un cambio más profundo que aborde todo el sistema de salud.

La satisfacción es mayor en las clínicas y centros de salud privados en relación con el sector público donde, si bien hay un alto nivel de calidad técnica, también presenta grandes dificultades para atender oportunamente a las personas y largas listas de espera. Esto incide directamente en que parte de los recursos destinados a la atención de las personas en el sistema público, puede terminar siendo derivada hacia el sector privado en una reforma como la propuesta, ante la negativa de la población por atenderse en el aparato público o por la necesidad de tener que recibir una prestación en forma más oportuna. Ello responde en parte a que Fonasa no funciona como un seguro, entre otros, porque debe financiar la infraestructura pública. Por lo que, de realizarse una propuesta como la planteada por los autores, se debe diseñar una transición que aborde las necesidades financieras de mantener la infraestructura pública en este proceso, desafío difícil para cualquier gobierno.

Sumado a lo anterior, se agrega el aumento sostenido que han enfrentado los costos, tanto en el sistema público como en el privado. En ello influye el modelo de negocio, basado en la libre elección de especialistas y en el pago por servicio. Este efecto se agudiza con la baja en eficiencia que han presentado ambos sectores, como por ejemplo, bajas significativas en la productividad del sistema público prestador.

¹⁴ Director Ejecutivo del Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello y ex Superintendente de Isapres.

Un último aspecto a considerar se refiere a las diferencias en las visiones respecto de cómo se debe reformar el sistema, donde existen dos visiones que no han podido ponerse de acuerdo en el tiempo, a pesar de que en la propuesta se plantean acuerdos para el corto plazo.

Respecto de la propuesta, ésta entrega una visión completa del panorama chileno y un esquema que soluciona algunas de las falencias de éste, a lo que agrego sugerencias en dos ámbitos. Por una parte, se debe complementar la propuesta con cambios en los mecanismos de pago de los aseguradores apuntando hacia la costo-efectividad y diseñando un plan de salud que promueva un modelo de atención adecuado al perfil demográfico y epidemiológico, que funcione en redes de prestadores organizados en base a la atención por complejidad creciente y que esté orientado a producir soluciones. Por otra parte, se debe profundizar más en una sólida definición del mecanismo de transición hacia el nuevo sistema, elemento del cual han carecido otras propuestas y que implica abordar la economía política de una reforma de este tipo. Esta transición debe enfocarse en una primera etapa en la normalización y homogenización entre los servicios públicos y privados, trabajando en cada uno por separado. El objetivo es que los prestadores públicos y privados operen con las mismas orientaciones (costo-efectividad y resolución de problemas de salud), para que, al hacerlos competir no ocurra que uno colapse ante el otro. Ello implica modificar el Fonasa, reducir la libre elección de especialistas, reformar y aumentar la eficiencia del aparato público prestador y cambiar los modelos de compra de los aseguradores. Esta etapa se requiere independiente del modelo final al que se quiera llegar con la reforma al sistema de salud, sin embargo, se aprecian dificultades para que el cambio requerido en el sector público se realice en un horizonte cercano, debido a razones políticas y de captura por parte de los gremios.

En una segunda etapa se debe avanzar en reformas más profundas que impliquen integrar ambos subsistemas, por ejemplo, fortaleciendo el desarrollo como “seguros” de Fonasa y las isapres por separado, cambiando los modelos de gestión de grupos de riesgo y los modelos de negocio. En una tercera etapa, se debe definir el modelo de financiamiento definitivo del sistema de salud chileno, integrando ambos sectores. De todas maneras, una iniciativa como ésta, debe estimar con precisión el plan de salud y su valor, los efectos financieros de la movilidad de las carteras, y el impacto fiscal bajo diferentes escenarios.

3. Bibliografía y referencias

- Akerlof, G., 1970, 'The Market for "Lemons": Quality uncertainty and the market mechanism', *The Quarterly Journal of Economics* 84(3).
- Arredondo, A., Bertoglia, M. P., Inostroza, M., Labbé, J., Lenz, R. y Sánchez, H., 2017, *Construcción política del sistema de salud chileno: La importancia de la estrategia y la transición*, M. Inostroza y H. Sánchez (eds.), Santiago: Instituto de Salud Pública, Universidad Nacional Andrés Bello.
- Arrow, K., 1963, 'Uncertainty and the welfare economics of medical care', *The American Economic Review* 56(5).
- Barr, N., 2003, *The welfare state as piggy bank*, Oxford: Oxford University Press.
- Beck, K., Spycher, S., Holly, A. y Gardiol, L., 2003, 'Risk adjustment in Switzerland', *Health Policy*, 63-74.
- Boletín N° 8105-11, *Modifica el Sistema Privado de Salud, incorporando un plan garantizado*, obtenido de https://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=8504
- Bossert, T. & Leisewitz, T., 2016, 'Innovation and change in the Chilean health system', *The New England Journal of Medicine*.
- Butelmann, A., Duarte, F., Nehme, N., Paraje, G. y Vergara, M., 2014, 'Tratamiento para un enfermo crítico. Propuestas para el sistema de salud chileno', *Informe de políticas públicas* N°4, Espacio Público.

- Centro de Estudios Públicos y Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, 2017, 'Propuesta de modernización de los prestadores de servicios de salud estatales'.
- Cid, C., Torche, A., Bastías, G., Herrera, C. y Barrios, X., 2013, 'Bases para una reforma necesaria al seguro social de salud chileno', en *Propuestas para Chile*, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuestas de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado, 2014, 'Informe Final', Gobierno de Chile.
- Ellis, R., Ibern, P., Wasem, J. y Vargas, V., 2008, 'Panel de expertos para la evaluación del fondo de compensación solidario entre Isapres', Superintendencia de Salud.
- Enthoven, A., 1993, 'The history and principles of managed competition', *Health Affairs*, 12 (1), 24-48.
- Henríquez, J. y Velasco, C., 2015a, 'Las desigualdades en la atención médica en los últimos 20 años', *Propuestas de Política Pública* 13, Centro de Estudios Públicos.
- Henríquez, J. y Velasco, C., 2015b, 'Radiografía del uso del sistema de salud en Chile (1992-2000-2013)', *Puntos de Referencia* 407, Centro de Estudios Públicos.
- Henríquez, J., Velasco, C., Mentzakis, E. y Paolucci, F., 2016, 'Más equidad y eficiencia en Isapres: Evaluación y propuestas al mecanismo de compensación de riesgos', *Debates de Política Pública* 18, Centro de Estudios Públicos.
- Ibáñez, C., 2016, 'Demanda por seguros complementarios de salud e hipótesis de selección adversa y riesgo moral en base a CASEN 2015', Superintendencia de Salud.
- Illanes, J. P., 2010, 'Informe comisión presidencial de salud diciembre 2010'.
- Ketcham, J., Lucarelli, C., Miravete, E., Roebuck, C., 2012, 'Sinking, Swimming or Learning to Swim in Medicare Part D', *American Economic Review*, 102(6): 2639-73.
- Ketcham, J., Lucarelli, C., Powers, C., 2015, 'Paying Attention or Paying Too Much in Medicare Part D', *American Economic Review*, 105(1): 204-33.
- Normand, C. y Busse, R., 2002, 'Social health insurance financing', En E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras y J. Kutzin (eds), *Funding health care: Options for Europe*, Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Oliver, A. 1999. *Risk adjusting health care resource allocations*. London: Office of Health Economics.
- Paolucci, F., 2011, 'Health care financing and insurance. Options for design', en H. E. Frech III y P. Zweifel (eds), *Developments in health economics and public policy*, vol. 10, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.
- Paolucci, F., 2016, 'Designing efficient & affordable national health insurance for Chile', presentación en el Seminario "Seguros sociales en salud: una propuesta para Chile", Centro de Estudios Públicos, 15 de junio.
- Paolucci, F., Den Exter, A. y Van de Ven, W.P., 2006, 'Solidarity in competitive health insurance markets: analysing the relevant EC legal framework', *Health Econ Policy Law*, 1(Pt 2), 107-26.
- Paolucci, F. & Velasco, C., 2017, 'Reformando el Sistema de seguros de salud chileno: Elección, competencia regulada y subsidios por riesgo', *Debates de Política Pública*, 25, Centro de Estudios Públicos.
- Pardo, C. y Schott, W., 2013, 'Health insurance selection in Chile: a cross-sectional and panel analysis', *Health Policy Plan*, 9 (3), 302-312.
- Pauly, C., 1974, 'Overinsurance and public provision of insurance: the roles of moral hazard and adverse selection', *The Quarterly Journal of Economics*, 88(1).
- Rice, N. y Smith, P., 2001, 'Ethics and geographical equity in health care', *Journal of Medical Ethics*, 27(4), 256-61.
- Rothschild. M. & Stiglitz, J., 1976, 'Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information', *The Quarterly Journal of Economics* 90(4).
- Santelices, E., Ormeño, H., Delgado, M., Lui, Christopher., Valdés, R. y Durán, L., 2013, 'Análisis de la eficiencia técnica hospitalaria 2011', *Revista Médica de Chile*, 141(3), 332-337.
- Sánchez, H. & Inostroza, M., 2011, *La salud del bicentenario, Chile 2011-2020: desafíos y propuestas*, Instituto de Políticas Públicas y Gestión, Salud y Futuro-Universidad Nacional Andrés Bello.
- Superintendencia de Salud, 2018, 'Estudio de opinión sobre el Sistema de Salud 2017. Beneficiarios del

Fonasa y de Isapres abiertas'. Elaborado por Universidad de Concepción.

Thomson, S., Busse, R., Crivelli, L., van de Ven, W. y Van de Voorde, C., 2013, 'Statutory health insurance competition in Europe: A four-country comparison', *Health Policy*, 109, 209-225.

van de Ven, W., y Schut, F., 2011, 'Guaranteed access to affordable coverage in individual health insurance markets', en S. Glied y P. C. Smith (eds), *The Oxford Handbook of Health Economics*, Oxford University Press, Nueva York, Estados Unidos.

van de Ven, W., Beck, K., Buchner, F., Schokkaert, E., Schut, E. Shmueli, E. y Wasem, J., 2013, 'Precondi-

tions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: Are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland?', *Health Policy* 109, 226-245.

Velasco, C., 2014, 'Desafíos y algunos lineamientos para el sistema de seguros de salud en Chile', *Debates de Política Pública* 3, Centro de Estudios Públicos.

Velasco, C., 2016, '¿Hacia dónde vamos en salud? Cómo avanzar hacia un sistema de seguros sociales', *Puntos de Referencia* 436, Centro de Estudios Públicos.

Vergara, M., 2014, 'Propuesta de reformas a los prestadores públicos de servicios médicos en Chile', *Documento de Referencia* 12, Espacio Público.

Anexo

CUADRO 8: Propuestas de reforma del esquema de seguro de salud obligatorio en la última década

Propuestas	Ámbito cubierto	Planes de salud	Financiamiento	Libre afiliación	Compensación por riesgo
Comisión Presidencial 2010*	Isapres y Fonasa (y eventualmente FFAA).	Plan único obligatorio, con dos modalidades. Excluye SIL. Seguros adicionales.	2 propuestas: (i) Cotización obligatoria, aporte fiscal y copagos. Prima comunitaria. (ii) Prima libre, subsidios estatales.	2 propuestas: (i) Sí, gradual. (ii) No (sólo para algunos).	Sí (sexo, edad e ingreso). Incluye arreglos ex post.
Proyecto de ley 2011**	Isapres.	Plan único. Excluye SIL. Seguros adicionales.	Prima comunitaria y copagos.	No (sólo entre isapres).	Sí (sexo, edad y luego, morbilidad y otros).
Cid et al. 2013	Isapres y Fonasa.	Plan único. Stop loss.	Cotización obligatoria y aportes y copagos. Prima comunitaria (isapres).	No (sólo para algunos).	Sí (socio-demográficas, morbilidad), con arreglos ex post.
Butelmann et al. 2014	Isapres y Fonasa.	Plan único. Stop loss. Seguros adicionales regulados.	Cotización obligatoria, subsidios estatales y copagos.	No (sólo para algunos).	Sí, pero para un grupo (socio-demográficas, morbilidad) con arreglos ex post.
Comisión Presidencial 2014***	2 propuestas: (i) primero isapres, luego seguro único y (ii) primero isapres, luego multi-seguros.	Plan único. Stop loss. Excluye SIL. Seguros y planes adicionales regulados.	2 propuestas (corto plazo): (i) Cotización obligatoria y aporte fiscal y copagos. Prima comunitaria (ii) Cotización obligatoria, copagos. Prima comunitaria.	No (sólo para algunos).	Sí (socio-demográficas, morbilidad). Con arreglos ex post.
Velasco 2014, 2016	Isapres y Fonasa.	Número de planes acotado. Stop loss. Excluye SIL (2014).	2 opciones: (i) Primas libres y subsidios estatales según ingreso y riesgo. Copagos. (ii) Cotización obligatoria, primas libres y subsidios según ingreso.	Sí.	Sí (socio-demográficas y de morbilidad).
Paolucci 2016	Isapres y Fonasa.	Plan único. Con deducibles.	Cotización obligatoria. Prima libre. Aportes de las personas.	Sí.	Sí (socio-demográficas y de morbilidad). Con arreglos ex post.
Arredondo et al. 2017	Isapres y Fonasa.	Plan único. Seguros y planes adicionales regulados. Excluye SIL.	Aporte estatal, cotización obligatoria. Prima comunitaria universal.	No (sólo para alguno).	Sí. Con arreglos ex post.

Nota: * Illanes (2010), **Boletín N° 8105-11, ***Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuestas de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado (2014). SIL= subsidio por incapacidad laboral. Stop loss = tope de copagos.

Fuente: Elaboración propia.

Nota:

* Illanes (2010),

**Boletín N° 8105-11,

***Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuestas de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado (2014).

SIL= subsidio por incapacidad laboral. Stop loss = tope de copagos.

Fuente: Elaboración propia.