

Propuestas de Política Pública

Carolina Velasco O.

Desafíos y algunos lineamientos para el sistema de seguros de salud en Chile

Propuestas de Política Pública

N° 3 / octubre 2014

La serie *Propuestas de Política Pública* es editada en formato digital por el Centro de Estudios Públicos (CEP). El director y representante legal del CEP es Harald Beyer Burgos. Dirección: Monseñor Sótero Sanz 162, Providencia, Santiago de Chile. Fono: 2 2328 2400. Fax: 2 2328 2440. Sitio web: www.cepchile.cl. Email: escribanos@cepchile.cl

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

Edición gráfica: David Parra Arias.

Desafíos y algunos lineamientos para el sistema de seguros de salud en Chile*

Carolina Velasco O.

Ingeniero Comercial con mención en Economía (PUC). Máster en Políticas Sociales (LSE). Investigadora del CEP.

* Agradezco la colaboración de Gabriel Ugarte en la elaboración del anexo 2, así como los comentarios de Harald Beyer.

Índice

Síntesis	5
1. Introducción	6
2. Organización de los sistemas de salud en el mundo.....	8
2.1 Tipologías de organización y financiamiento de los sistemas de salud	9
2.2 Algunas tendencias	13
3. Descripción general del sistema chileno	15
3.1 Historia del sistema de salud chileno	15
3.2 Mandato y cobertura del sistema.....	18
3.3 Financiamiento de aseguradores y prestadores.....	19
3.4 Cobertura de los planes de salud.....	21
3.5 Prestadores	23
3.6 Métodos de pago a prestadores.....	24
4. Algunos comentarios a la organización del sistema de salud chileno	27
4.1 Incentivos en los sistemas de salud basados en seguros.....	28
4.2 Incentivos de la convivencia de dos subsistemas de seguros.....	35
4.3 Incentivos y efectos de la normativa que rige al sector en el nivel de seguros.....	37
4.4 Coherencia de los incentivos y objetivos en el sistema de salud chileno.....	44
5. Comentarios finales, desafíos y algunos lineamientos	52
5.1 Garantizar que todos tengan acceso a las acciones de salud en igualdad de condiciones	55
5.2 Garantizar un financiamiento adecuado de cada subsistema de seguros.....	57
5.3 Fomentar atención de calidad para todos.....	58
5.4 Establecer mecanismos que permitan contener los costos en salud	59
5.5 Generar políticas y estrategias integrales y permanentes de prevención.....	60
6. Referencias.....	63
Anexo 1 Cobertura planes de Fonasa	68
Anexo 2 Cambios y reformas de los sistemas de salud en el mundo. Estudio de casos	69

Síntesis

Mejorar los modelos de salud es un desafío que enfrentan todas las naciones. Si bien existen diversas formas de organizar los sistemas de salud en el mundo, cada una con sus ventajas y desventajas, la OMS recomienda que la evaluación de cada uno se realice verificando si existe coherencia entre los incentivos que enfrenta la forma organizacional elegida y los objetivos que cada país se ha establecido para sí. Esa es la mirada aplicada en este documento.

Dado que el sistema de salud en Chile se basa en un esquema de seguros en el cual conviven dos subsistemas cuyas lógicas difieren (Fonasa y las isapres), la revisión realizada en este trabajo analiza los incentivos en cada subsistema, luego los que surgen de la convivencia de éstos y, posteriormente, los efectos que tienen la normativa y regulación en el sistema como un todo. Se concluye que la organización del sistema de salud no es del todo coherente con el cumplimiento de sus objetivos, que son: libre e igualitario acceso a las acciones de salud, derecho a elegir el subsistema de salud, rol garante del Estado de las acciones de salud y objetivos sanitarios de la década.

Por tanto, se plantean desafíos y propuestas en cinco áreas:

- (i) Garantizar que todos tengan acceso a las acciones de salud en igualdad de condiciones: se propone mejorar la movilidad y elección del seguro con la obligación a todas las aseguradoras de ofrecer un plan equivalente, subsidiando a quienes no pueden pagarlo y eliminar las barreras a la afiliación a las isapres (con mecanismos que compensen financieramente a aquellas que albergan a personas de mayor riesgo). Asimismo, se plantea mejorar los mecanismos que establecen las prestaciones que contarán con Garantías Explícitas en Salud (GES) en orden a que sean realistas y, por tanto, exigibles por los usuarios. A esto último también ayudaría el establecer reglas y consecuencias iguales para el Fonasa y las isapres. También se sugiere posibilitar que todos los beneficiarios del Fonasa puedan elegir su prestador y asegurar la oportunidad de la atención mediante mayor interacción entre el sector estatal y privado, entre otros.
- (ii) Garantizar un financiamiento adecuado de cada subsistema de seguros: se plantea principalmente cambiar el mandato de cotizar un 7% de los salarios por el de adquirir un seguro cuyo contenido sea equivalente en todas las aseguradoras, subsidiando a quienes no tengan recursos suficientes para costearlo y para los copagos, así como también mecanismos de compensación de riesgo adecuados al costo de los beneficiarios de cada isapre.
- (iii) Fomentar una atención de calidad para todos: se requiere principalmente modernizar al sector estatal para que pueda competir con el sector privado, otorgando más autonomía a sus prestadores en la gestión. Asimismo, es necesario mejorar la capacidad resolutoria del nivel primario de atención mediante mecanismos de pago que no incentiven a la derivación de pacientes. En los hospitales se debe avanzar a mecanismos de retribución asociados a los resultados y a los diagnósticos. Asimismo, es importante establecer incentivos y consecuencias para que los prestadores se acrediten, entre otros.
- (iv) Establecer mecanismos que permitan contener los costos en salud: en Chile los altos costos se explican, en parte, por el déficit de oferta (de doctores y de hospitales y otros centros de salud), por lo que se requiere fomentar el aumento de ésta. Asimismo, se deben estimular métodos de pago a prestadores diferentes al pago por servicio dado su incentivo a inducir la demanda por más prestaciones.
- (v) Generar políticas y estrategias integrales y permanentes de prevención: este objetivo se puede lograr mediante la implementación definitiva del modelo de salud familiar en la atención primaria y fomentando las prestaciones preventivas, por ejemplo, reembolsando a los seguros por ellas. Asimismo, se requiere de estrategias que busquen cambiar las conductas y estilo de vida de las personas, fomentando una vida saludable.

1. Introducción

La salud ha sido definida de diversas maneras, algunas más ambiciosas que otras¹; sin embargo, hay acuerdo en que es deseable invertir en el estado de salud de la población dados los beneficios que genera, tanto para cada individuo como para quienes lo rodean. En efecto, el estado de salud impacta el bienestar físico y mental de cada persona, el desarrollo del país y la recaudación de impuestos —los que a su vez permiten mejorar el sistema de salud—, y el bienestar general mediante ahorros al Estado y la prevención de contagio². Así lo han entendido los países, estableciendo derechos, garantías y acciones que procuren mejorar y cuidar el estado de salud de su población. Chile no es la excepción, dado que la Constitución de la República asegura a todas las personas el derecho a la protección de la salud.

La salud de una persona depende de muchos factores, dentro de los cuales se incluyen, principalmente, la genética, el estilo de vida, diversos factores socioeconómicos —como la educación y el ingreso— y el medio ambiente. Algunos de ellos pueden ser influidos mediante estrategias de prevención y de promoción de un mejor estado de salud, como las conductas riesgosas, el estilo de vida y alimentación y la educación. Empero, hay determinadas enfermedades (cáncer) o situaciones, como los accidentes (cuando no se tiene responsabilidad), que no se pueden prever y, por tanto, se traducen en que en cualquier momento una persona puede requerir de atención en salud cuyo costo puede ser alto. En estos casos, si bien no se tiene control sobre la causa del deterioro de la salud, sí se puede afectar la recuperación de ésta y la rehabilitación de la persona. Los sistemas de salud, entendidos como todas las organizaciones, instituciones y recursos que se destinan a la producción de acciones de salud —aquellas cuyo propósito primario es promover, restaurar o mantener la salud (OMS 2000)—, son fundamentales. De la calidad y eficiencia en el uso de los recursos de dichos sistemas depende en gran parte la condición de vida de las personas, así como el desarrollo del país.

Si bien existen diversas formas de organizar los sistemas de salud en el mundo en relación con las funciones que se requieren para el funcionamiento de éstos (generación y recolección de los recursos, administración de los mismos, financiamiento de acciones de salud, provisión de servicios y regulación), existen ciertas características comunes. Una de ellas es el uso de esquemas de prepagó, que permiten hacer frente a los gastos importantes de salud sin que ello impacte

¹ Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o debilidad” (*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*); sin embargo, esta definición ha recibido diversas críticas por su falta de operatividad.

² Dentro de los argumentos se señala que la salud afecta directamente el bienestar de la persona porque ésta se siente bien, porque mejora sus probabilidades de encontrar trabajo, aumenta la cantidad de días trabajados, mejora su productividad y por ende su salario, así como también puede alargar su vida y sus años productivos. Asimismo, influye indirectamente en la salud de las demás personas, puesto que, en caso de enfermedades contagiosas, impide que quienes lo rodean la contraigan. Asimismo, estar sanos genera un ahorro de costos para la persona, su familia y para el Estado, al no tener que tratar la recuperación o rehabilitación del estado de salud.

sustancialmente las finanzas (personales y de los hogares), como esquemas basados en seguros, en cuentas de ahorro en salud y los sistemas nacionales de salud.

El sistema de salud en Chile se basa en un esquema de seguros en el cual conviven dos subsistemas, y las personas que reciben ingresos están obligadas a destinar un porcentaje de los mismos a alguno de los dos. Por una parte, está el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), donde existe un único asegurador que es estatal y los proveedores principales son centros de salud estatales, con la alternativa de atención por prestadores privados en convenio con el Fonasa. Por otra parte, existe el subsistema de seguros privados, donde tanto los prestadores como los aseguradores son privados, siendo estos últimos denominados instituciones de salud previsual (isapres). Esta coexistencia de dos subsistemas está establecida en la Carta Fundamental en el precepto que define el derecho a la protección de la salud, al señalar que “cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado” (artículo 19, numeral 9). La revisión de las normas y reglas que rigen a ambos sectores da cuenta de que estos fueron diseñados para operar con lógicas diferentes, convivencia que en varios aspectos se contradice con los objetivos del sistema de salud. Este marco normativo ha sido cuestionado en los últimos años, incluso por el Poder Judicial, el que derogó parte de la ley, lo que ha llevado a la constitución de varias comisiones de expertos u otras instancias con el objetivo de estudiar los problemas y proponer soluciones (la última presentó su informe final el 8 de octubre de 2014).

La recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), luego de un exhaustivo trabajo de revisión del desempeño de los sistemas de salud en el mundo el año 2000 (OMS 2000), parece oportuna a la realidad que nuestro país está enfrentando. En dicho trabajo se señala que “mucho debate se ha centrado en ver qué forma de organización del sistema de salud es mejor que otra, pero lo que importa de la estructura de un sistema es cuán bien facilita el desempeño de sus principales funciones”³. Para ello es fundamental revisar la coherencia de los incentivos que enfrenta el sistema de salud en cada una de sus funciones, en cuanto a su alineación con los objetivos generales del país. La relevancia de este tipo de revisión es que permite identificar los espacios de mejora en base a los objetivos propios de cada país, ajustándose así a la realidad de cada uno. Este documento intenta trabajar en base a esa mirada. En la sección siguiente se presenta una descripción muy sucinta de los diferentes modelos utilizados en el mundo para organizar sus sistemas de salud, así como también algunas tendencias respecto de las reformas a dichos sistemas durante las últimas décadas. Luego de ello, se realiza una descripción del sistema de salud chileno, para posteriormente desarrollar un análisis que contempla la revisión de los incentivos de éste, particularmente en el nivel de seguros (funciones de recolección y administración de recursos) y la alineación de estos incentivos respecto de los objetivos que el país ha impuesto a su sistema de salud. Finalmente, se presentan algunas conclusiones, comentarios y desafíos, que apuntan hacia una mejora de la coherencia entre los incentivos generados por la forma organizacional del sistema de salud, sus regulaciones (a nivel de recaudación y financiamiento) y sus objetivos, a la luz de la historia, la cultura y las bases que sientan la institucionalidad chilena.

³ Traducción propia (OMS 2000, 13).

2. Organización de los sistemas de salud en el mundo

Existe una multiplicidad de alternativas para organizar los sistemas de salud, que resultan de la combinación de las diversas formas de organizar cada una de las funciones requeridas en dichos sistemas. De esta manera, es difícil establecer tipologías, puesto que cada país ajusta sus modelos de salud a las necesidades de sus habitantes, sus prioridades, cultura e historia. En ese sentido, cada esquema presenta sus propias ventajas y desventajas, por lo que no existe una forma de organización de los sistemas de salud que sea superior en todos los aspectos a las demás. No obstante, concurren ciertas características deseables de los sistemas de salud en la medida en que contribuyen al logro de objetivos compartidos por todos los países. Considerando lo anterior, a continuación se intenta describir algunas categorías generales respecto de la organización de los sistemas de salud en el mundo, considerando para ello principalmente las funciones de generación y recolección de recursos y de administración de los mismos en los países cuyos sistemas de salud están más consolidados o desarrollados⁴. Posteriormente se señalan algunas características comunes a éstos, así como las tendencias que han seguido un grupo de países estudiados.

Como se mencionara, los países organizan sus sistemas de salud eligiendo para cada una de sus funciones el método a utilizar, las entidades o personas que realizarán la labor y las exigencias para las mismas, así como varias otras características. En relación con la función de **generación de los recursos**, las principales alternativas se refieren a impuestos (a los ingresos, a los bienes, etc.), de contribuciones asociadas a ingresos o salarios (pagadas por empleadores, por trabajadores o por ambos), del ahorro, de aportes voluntarios y del gasto de bolsillo⁵. La **recaudación y la administración de los recursos**, a su vez, pueden ser realizadas o no por una misma institución. En este último caso, quien recolecta los recursos transfiere, mediante algún mecanismo, los recursos a las entidades administradoras. En estos dos casos, la(s) entidad(es) a cargo puede(n) ser órganos y servicios del Estado, aseguradoras o “fondos de enfermedad” (organizados como sociedades comerciales, entidades sin fines de lucro, mutuales), que a su vez pueden ser estatales, privadas o mixtas y por los propios individuos, entre otros. Respecto del **financiamiento de las acciones de salud**, existen diversos métodos de retribución, entre los que se encuentran el pago por servicio y sus derivados (por acto, por caso, diagnóstico), los presupuestos, salarios, pago por persona o per cápita (parejo o ajustado por determinadas variables) y el pago por resultados, los que en varios casos pueden ser hechos de manera prospectiva o retrospectiva. Finalmente, la **provisión de los servicios** puede ser realizada por individuos particulares, entidades privadas y entidades públicas. Finalmente, si bien la función de **regulación** es en general asumida por el Estado, existen sistemas donde buena parte de ésta es asumida por los fondos que administran los recursos, como es el caso alemán que tiene una larga tradición de autorregulación por parte de dichas entidades (Saltman 2004).

⁴ Esta categorización no pretende ser exhaustiva, sino que busca otorgar una idea al lector respecto de la diversidad y características principales de los sistemas de salud en el mundo.

⁵ La diferencia entre los aportes voluntarios y gastos de bolsillo es que los primeros en general se refieren al pago *ante* (para mejorar el plan con que se cuenta) y el gasto de bolsillo se refiere al pago *ex post* (copago por cada prestación).

2.1 Tipologías de organización y financiamiento de los sistemas de salud

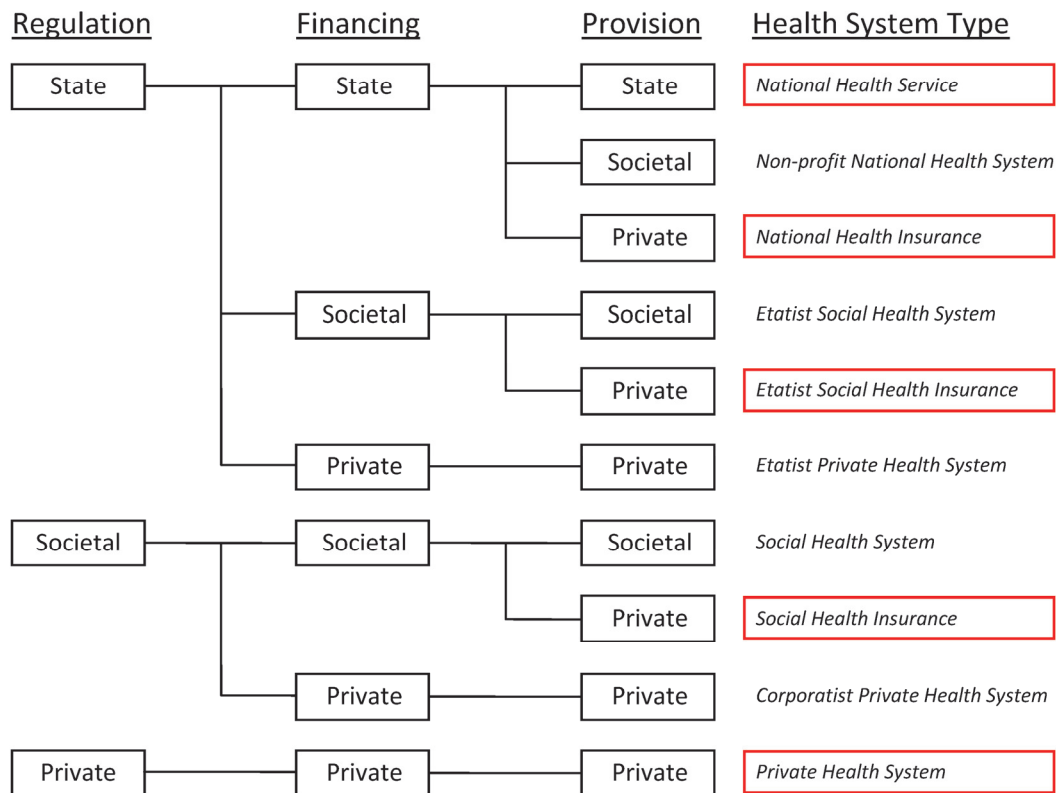
Considerando que es complejo establecer tipologías para los sistemas de salud, la clasificación realizada en esta sección se basa en gran medida en las categorías que resultan del trabajo deductivo de Böhm et al. 2012. Dicho trabajo ordena los modelos de salud de 30 países de la OCDE en base a 3 dimensiones de los mismos (regulación, financiamiento y provisión) y a 3 tipos de actores en cada dimensión (Estado, organizaciones de la sociedad y privados), de lo cual resultan 10 tipos de sistemas de salud posibles (ver figura 1). Para clasificar a los países en alguno se determina, para cada dimensión, la forma de participación dominante (Estado, sociedad o privados), los que se agrupan en 5 categorías⁶: National Health Service, National Health Insurance, Estatist Social Health Insurance, Social Health Insurance y Private Health System⁷.

Basados en las categorías descritas, a continuación se establecen 4 grandes tipologías, con la restricción de que se excluyen aquellos sistemas donde no existe un componente de prepago, ya que se asume que ésta es una característica deseable mínima de los modelos de salud. Para ello se agrupan las categorías de Böhm et al. 2012 en 3 grandes grupos: a) seguros sociales, b) servicio y seguro nacional de salud y c) seguros privados; agregándose una cuarta categoría, d) las cuentas de ahorro, las que son descritas brevemente. Es importante señalar que la categorización de un país en un sistema “dominante” no implica que dicha forma organizacional no conviva con otras categorías con menor presencia.

⁶ Eslovenia queda clasificado en una categoría que, según los autores, no sería posible, dada la jerarquía asumida por los mismos (la jerarquía supone que primero está la regulación, luego el financiamiento y finalmente la provisión, y en relación con los actores, está el Estado, luego la sociedad y finalmente los privados; por tanto, si el Estado domina la regulación, se puede encontrar que el resto de las dimensiones está dominada por cualquiera de los 3 estamentos; sin embargo, si la regulación está dominada por la sociedad, el Estado no podría ejercer funciones “inferiores” y así sucesivamente). En dicho país la regulación y el financiamiento están en manos de la sociedad y la provisión, a cargo del Estado.

⁷ Cabe mencionar que Chile, Turquía, México y Grecia no pudieron ser clasificados por falta de información y por la fragmentación de los sistemas. En el caso de Chile, se menciona que cuenta con dos sistemas de salud diferentes, uno público y uno privado, siendo este último altamente regulado por el Estado (por lo que la dimensión de regulación estaría dominada por el Estado). Respecto del financiamiento, se señala que un porcentaje alto corresponde a recursos de bolsillo de las personas y que en la provisión no existe claridad, salvo para la venta de medicamentos, que estaría dominada por el sector privado.

Figura 1: Tipos de sistemas de salud



Fuente: Adaptado de Böhm et al. 2012, 12.

a) Seguro Social de Salud

Esta forma de organizar el sistema de salud fue la primera en consolidarse. Su origen se remonta al año 1883, cuando Alemania estableció la obligatoriedad para los empleadores de contribuir a los “fondos de enfermedad” (*sickness funds*), instituciones sin fines de lucro que cumplen el rol de aseguradoras. No existe una definición consensuada respecto de lo que es un seguro social, pero diversos autores establecen sus características principales. Dentro de estos, Follan et al. (2014), mencionan tres: i) la elegibilidad y la fijación de primas no se realiza en base a las prácticas comunes de los contratos privados, ii) las primas son subsidiadas y iii) existe redistribución desde ciertos segmentos de la población a otros. Según Barr (2002), los sistemas de seguro social se caracterizan porque la participación es obligatoria (evitando que los de bajo riesgo no tomen el seguro) y porque el contrato es menos específico en cuanto a su cobertura. Finalmente, Normand & Busse (2002) utilizan una definición amplia, señalando que “el financiamiento de un seguro social de salud ocurre cuando es legalmente obligatorio obtener seguro de salud con un tercero que actúa como pagador designado (regulado), mediante contribuciones o primas que no están

relacionadas con el riesgo, las que se mantienen separadas de otras contribuciones o impuestos legalmente obligatorios”⁸⁻⁹. Esta definición es complementada por los autores con algunas características que son frecuentemente encontradas en los sistemas basados en seguros sociales de salud, como (i) si bien la obligatoriedad es para la mayoría o toda la población, algunos países excluyen voluntaria u obligatoriamente a aquellos de mayores recursos, (ii) existen diversos fondos, con o sin posibilidad de elección para los beneficiarios y con o sin redistribución del riesgo (*risk pooling*), (iii) las contribuciones realizadas por el gobierno u otros fondos especiales en nombre de las personas desempleadas son canalizadas generalmente mediante los fondos de enfermedad y, (iv) empleadores y trabajadores pagan contribuciones y comparten la responsabilidad por el manejo de los fondos de enfermedad. Según Böhm et al., los países que adoptaron este modelo se pueden dividir en 2: por una parte, aquéllos en los cuales la regulación está en manos del Estado (Etatist Social Health Insurance), como Bélgica, Estonia, Francia, República Checa, Hungría, Holanda, Polonia, Eslovaquia, Israel, Japón y Corea. Y, por otra parte, están aquéllos en que dicha función está en manos de la sociedad (Social Health Insurance), como Austria, Alemania, Luxemburgo y Suiza (ver descripción de los sistemas de salud de Alemania, Holanda y Colombia en anexo 2).

b) Servicio y Seguro Nacional de Salud

En el siglo XX se consolidó el segundo gran modelo en Europa, cuya principal característica es la centralización por parte del Estado de la planificación, recaudación y financiamiento, siendo este último realizado principalmente vía impuestos. Respecto de la provisión, existen dos alternativas principales: (i) que ésta sea realizada mayoritariamente por el Estado, en cuyo caso el esquema es clasificado como National Health Service (Böhm et al. 2012), tal es el caso de Dinamarca Inglaterra, Finlandia, Islandia, Noruega, Suecia, Portugal y España, y (ii) que sea realizada por privados (Seguro Nacional de Salud), como en Australia, Canadá, Irlanda, Nueva Zelandia e Italia (ver descripción del sistema de Inglaterra y Canadá en anexo 2).

c) Seguros o Sistemas Privados de Salud

Böhm et al. 2012 no realizan una distinción en la forma de provisión, llamando Sistema Privado de Salud a los países donde las tres dimensiones son dominadas por privados, donde sólo clasifica Estados Unidos. En lo que sigue se describirán aquellos sistemas de salud privados organizados

⁸ Traducción propia.

⁹ Saltman (2004) distingue siete características de los sistemas de seguro social en los países de Europa oriental: (i) el financiamiento proviene de contribuciones asociadas a los salarios/ingresos de las personas, (ii) los recursos son administrados por fondos de enfermedad, que son entidades sin fines de lucro reconocidas y con una determinada regulación, (iii) existe redistribución de recursos para igualar el financiamiento, cobertura y el paquete de beneficios, (iv) hay diversidad en los actores y estructura organizacional, tanto en los fondos de enfermedad como en los prestadores, (v) existe un modelo de negociación corporativista (organizaciones representantes de los diferentes subsectores de la salud negocian), (vi) existe participación en las decisiones respecto de las “formas de gobierno” (*governance*) y, (vii) existe elección respecto de los prestadores y parcialmente de los fondos de enfermedad.

con seguros de salud, descartando aquéllos donde no existe un componente de prepago. Los seguros privados se caracterizan por lo siguiente: las entidades que otorgan los seguros son privadas (con o sin fines de lucro¹⁰), la cobertura (en cuanto al tipo de prestaciones cubiertas y el porcentaje) depende del plan o contrato de cada individuo, el cobro es por persona y en general está asociado al riesgo en salud (determinado por el sexo, edad, preexistencias, etc.) del asegurado o de un grupo de asegurados (en el caso de seguros grupales, como una empresa), la cobertura cubre un periodo determinado (puede ser renovable). Las aseguradoras reúnen los recursos de varias personas, lo que les permite hacer frente a los costos que van teniendo quienes requieren de alguna prestación. Estos seguros pueden ser el sistema principal, pero también pueden ser un sustituto de otro sistema (Alemania y Holanda permiten a las personas de mayores recursos tomar seguros privados). Asimismo, los seguros privados pueden ser un complemento de otro mecanismo; por ejemplo, cubriendo las prestaciones o el porcentaje no cubierto en los otros métodos, y finalmente pueden ser un régimen suplementario, que permite a las personas aumentar la posibilidad de elección o mejorar el acceso (Mossialos & Dixon 2002). En algunos casos los sistemas privados han sido regulados mediante el establecimiento de un paquete mínimo de prestaciones a ser otorgadas, la obligación de aceptar a todas las personas, la duración indefinida de los contratos, la prohibición de considerar las preexistencias, exenciones tributarias para promover la compra de seguros y mecanismos de compensación de riesgo para evitar el descreme. La descripción del sistema de salud de Estados Unidos se puede ver en el anexo 2.

d) Cuentas de Ahorro en Salud

Las cuentas de ahorro en salud (Maynard & Dixon 2002) se basan en la obligatoriedad de los individuos de destinar periódicamente recursos a una cuenta de ahorro, dinero que puede ser usado exclusivamente para gastos asociados a la salud. Dichos fondos provienen de los recursos (salarios o ingresos) de los trabajadores y como contribuciones de los empleadores. Generalmente, los individuos pueden elegir al prestador. Las cuentas de ahorro en salud son el método principal para financiar el sistema de salud en Singapur (cuya descripción se encuentra en el anexo 2), país que complementa este modelo con un esquema de seguros para las enfermedades catastróficas y otros fondos que cubre a las personas de menores recursos y discapacitadas. Otros países que también han utilizado el mecanismo de cuentas de ahorro en salud son Estados Unidos, China y Sudáfrica (aunque no como metodología principal).

¹⁰ En este sentido difiere levemente de la categorización de Böhm et al. 2012, que sólo incluye proveedores privados con fines de lucro.

2.2 Algunas tendencias¹¹

Según la Organización Mundial de la salud (OMS 2000), durante el siglo XX hubo tres generaciones de reformas a los sistemas de salud en el mundo, las dos primeras se habrían enfocado en la oferta, estableciendo inicialmente modelos de salud a nivel nacional, los que no habrían logrado altos niveles de cobertura ni contener costos, llevándolos a una segunda reforma, basada en la atención primaria y prevención y en los aspectos curativos, de la mano de mejoras en las condiciones sanitarias, la alimentación y la educación, modelo que no logró instalarse adecuadamente en todos los países, manteniendo algunos de los problemas anteriores y cuya principal falencia era que no consideraba las necesidades de las personas, sino que se basaba más en la oferta. Así, una tercera ola de reformas se enfocó en la demanda, incorporando a los privados (enfaticando el rol estatal en el financiamiento más que en la provisión), cambiando el financiamiento hacia las personas (más que a la oferta), focalizando el acceso en los más pobres, estableciendo paquetes de prestaciones priorizadas en base a criterios de costo-efectividad y a la atención integral de los problemas de salud. Con ello se ha avanzado en mayor responsabilidad y rendición de cuentas (en los resultados de salud y uso de los recursos).

En el anexo 2 se presenta un cuadro que resume las últimas reformas o modificaciones realizadas a los sistemas de salud de un grupo de países¹², cuya revisión tiene como objetivo identificar hacia dónde apuntaban dichas reformas en cuanto al método de financiamiento y su agrupación, la entidad a cargo, los prestadores y su forma de pago y la regulación general, y con ello orientar las respuestas a los desafíos que Chile enfrenta.

Las conclusiones apuntan en la misma línea de lo encontrado por la OMS el año 2000 en su evaluación a los sistemas de salud de diferentes países. Por ejemplo, se observa que en aquellos basados en seguros se ha tendido a hacer obligatorio la contratación de uno, así como también a establecer un plan de salud mínimo, permitiendo a las personas elegir el asegurador. En la mayoría de los países la participación de los seguros privados es permitida, en alguna o varias de sus modalidades; es decir, como sustitutos, complemento y suplemento al mecanismo principal de organización del sistema de salud.

Respecto del financiamiento y la forma de agrupación de los recursos, la revisión de los países indica que, dentro de los que han realizado reformas en estas dimensiones, la mayoría ha buscado aumentar la proporción del costo de las prestaciones que es prepagada —con la excepción de Singapur, el que aumentó el aporte individual— y han establecido mecanismos de compensación de las personas de menores recursos y de mayor riesgo o costo en salud (con fondos de compensación y subsidios directos).

¹¹ La revisión de países no busca ser exhaustiva ni representativa, sino que dar una pista respecto de hacia dónde van las naciones que han establecido reformas en sus sistemas de salud.

¹² La selección de los mismos tuvo como objetivo que al menos hubiese un país de cada “tipología” y, además, se incorporó uno de Sudamérica, Asia y de África que hubiese sido reformado en el último tiempo.

En varios países las reformas consideraron para el sector estatal tanto la descentralización en la administración de los recursos, como la separación del rol comprador del de provisión en entidades diferentes (Inglaterra, Sudáfrica, China, Holanda, Singapur¹³). En las naciones con sistemas de seguros se ha buscado ampliar la oferta de aseguradoras (Holanda, Colombia), ya sea permitiendo la participación de otras aseguradoras, como también las que tienen fines de lucro.

Las formas de pago a los prestadores han ido cambiando a estrategias más eficientes. En el caso de hospitales, han ido dejando el pago basado en presupuestos históricos para utilizar mecanismos que se hagan cargo de los problemas de manera más integral a un menor costo, como el pago basado en actividades y en diagnósticos (Inglaterra, Canadá, Holanda, en parte Singapur, Sudáfrica, Alemania, Estados Unidos). En relación con los doctores, se ha buscado integrar en la forma de pago estrategias que traspasen parte del riesgo financiero al prestador, como la entrega de un monto por persona registrada (pago capitado o per cápita), pago por desempeño, pago en base a determinadas actividades y a diagnósticos. Destaca en Holanda la estrategia de pago a los médicos generales, a quienes se les incentiva su capacidad resolutive, financiando aquellas prestaciones que mejoren la eficiencia o sean sustitutas de la atención secundaria. China también masificó en 2007 los *Community Health Centres* (piloteados dos años antes), que son estructuras a nivel de vecindario, con médicos generales y enfermeras que, además de otorgar tratamiento médico, se preocupan de la prevención. Sudáfrica también quiere establecer un modelo con fuerte enfoque en la atención primaria, mediante equipos de salud familiar y especialistas distritales.

En cuanto a los prestadores, se puede apreciar que quienes han realizado reformas que afecten a los oferentes han buscado otorgar a los pacientes mayores posibilidades de elección del prestador¹⁴; entre otros, incorporando al sector privado con y sin fines de lucro (sector que participa ofreciendo atención en salud en todos los países estudiados), destacando el caso de Inglaterra, donde su participación, si bien es todavía relativamente baja, en términos monetarios se multiplicó por seis en 10 años. En algunos casos la oferta estatal también fue descentralizada (para determinados servicios) a entidades con mayor autonomía, como en Holanda y Colombia.

Finalmente, algunos países han ido incorporando ciertas regulaciones y estándares, tanto para los administradores de los recursos (aseguradoras u otros) como para los proveedores. Destaca el caso de Inglaterra, donde se monitorea tanto el trabajo de las administradoras de recursos como de los proveedores, en cuanto a calidad y eficiencia financiera. Junto con ello existe un sistema de licencias para los proveedores. Holanda también cuenta con instituciones que verifican que se cumpla la regulación y supervisan la calidad, al igual que en Alemania. En Colombia, la norma que estableció la reforma de dicho país también consideró un sistema para garantizar y acreditar la calidad, siendo este último voluntario. En Singapur, destaca el alto nivel de transparencia en los precios que permite a las personas tener claridad de sus gastos.

¹³ En este caso, la administración de los hospitales se privatizó.

¹⁴ En algunos casos ello se ve limitado por las aseguradoras que cuentan con proveedores en convenio o de su propia red.

3. Descripción general del sistema chileno¹⁵

3.1 Historia del sistema de salud chileno

3.1.1 Orígenes del sistema de salud

El sistema de salud chileno actual, basado en un esquema de seguros, se consolidó a fines de la década de los setenta, cuando comienza un proceso de reorganización del sector. Sin embargo, su origen se remonta a principios del siglo XX, cuando se crea el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y se promulga la Ley N° 4.054 de Seguro Obrero Obligatorio en 1924. Este seguro, además de otorgar cobertura en salud, incorporaba los riesgos de invalidez, vejez y muerte. Posteriormente, en 1942 se crea el Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena), el que fusiona las cajas de previsión de los empleados públicos y particulares, incorporando así a este segmento a la previsión (Giacconi & Concha 2005). En 1952 se establece el Servicio Nacional de Salud (SNS), que administraba y operaba todo el sistema público (dividido en 13 zonas) y atendía a obreros e indigentes. Así, a mediados de los años 70, el sistema de salud estaba organizado de la siguiente forma: El Ministerio de Salud Pública junto con el SNS ejercían las funciones normativas y contraloras. El SNS, además, administraba y operaba el sector público de salud, que entregaba cobertura a obreros e indigentes, quienes no podían elegir a su prestador¹⁶ y en caso de atenderse en el sector privado debían asumir el costo total de la prestación. El Sermena —definido como una institución semifiscal que dependía del Ministerio de Salud Pública¹⁷— financiaba las prestaciones de salud de los empleados, quienes podían elegir su prestador de un registro inscrito para esos efectos, debiendo pagar un porcentaje en el lugar de atención (copago). La legislación establecía que todos los trabajadores debían cotizar obligatoriamente parte de sus salarios, en el caso de los obreros al SNS, el que además recibía aportes patronales y fiscales, y en el caso de los empleados al Sermena, el que también recibía aportes de los empleadores (Aedo 2001 y Quesney 1995)¹⁸.

3.1.2 Reforma de la década de los ochenta

La reorganización mencionada (que se extendió durante gran parte de la década de los 80) incluyó la redefinición del rol del Ministerio de Salud y la descentralización de la provisión de la salud estatal. En el caso de la atención primaria, se traspasó la administración de los centros de atención

¹⁵ La descripción que se desarrolla en esta sección no pretende ser exhaustiva. Su foco está más bien en la recaudación y financiamiento del sistema de salud, así como en la organización institucional. Entre otros, se excluye todo lo relacionado con accidentes laborales, lo que tiene un tratamiento (en cuanto a financiamiento y en algunos casos en relación con los prestadores) diferente, y el régimen de salud de las Fuerzas Armadas. Dentro de las materias que sí forman parte del sistema de seguros de salud, se excluye el análisis relativo al subsidio de incapacidad laboral, que forma parte del contenido obligatorio de los planes de salud.

¹⁶ En 1979 tuvieron acceso a la medicina de libre elección.

¹⁷ Ver DFL N° 232 de 1953.

¹⁸ Además de ello, existían las mutuales de seguridad y otros esquemas asociados a universidades, a las Fuerzas Armadas y servicios médicos de colonias residentes?? y empresas del Estado.

de dicho nivel desde el Servicio Nacional de Salud a los municipios. Los establecimientos de nivel secundario y terciario quedaron en manos de alguno de los 27 nuevos servicios de salud que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Cada uno de ellos se constituyó como una entidad autónoma¹⁹, cuya jurisdicción está asociada a determinadas zonas²⁰, en las cuales tienen a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de su respectiva red. En relación con la recaudación y administración de los recursos destinados a la previsión en salud, se fusionaron los antiguos aseguradores dependientes del Estado (SNS y Sermena), dando origen al Fondo Nacional de Salud (Fonasa), que se constituyó como un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio. Es supervigilado por el Ministerio de Salud (Minsal) y debe someterse a sus políticas, normas y planes²¹. Asimismo, se permitió la participación de aseguradoras privadas (instituciones de salud previsional, o isapres), las que deben constituirse como personas jurídicas y registrarse en la Superintendencia respectiva. Las personas pudieron optar por quedarse en Fonasa o afiliarse a una isapre, poniendo fin a la segmentación entre obreros y empleados. Las cotizaciones legales pasaron a ser de cargo exclusivo de los trabajadores (primero 4% y luego 7% de su ingreso bruto con tope²²). Finalmente, a fines de la década de los ochenta se creó la Superintendencia de Isapres.

3.1.3 Reforma de la primera mitad de la década del 2000

Entre 2003 y 2005 se realizaron nuevos cambios al sistema de salud —cuya descripción e implicancias se desarrollan en la sección siguiente—, entre los cuales destaca el reemplazo del Régimen de Prestaciones de Salud por el Régimen General de Garantías en Salud, compuesto por un conjunto de prestaciones garantizadas para todos los beneficiarios del sistema (lo anterior es también conocido como sistema AUGE: Acceso Universal con Garantías Explícitas). Este paquete incluye un listado de patologías cuyo diagnóstico y tratamiento (estandarizado) cuenta con Garantías Explícitas en Salud (GES), referidas al acceso, calidad, oportunidad y protección financiera.

En el subsistema de seguros privado se aprobó, primero, la llamada “Ley Corta de Isapres” (Ley 19.895), que buscó resguardar la solvencia de las aseguradoras y la protección de sus beneficiarios en caso de cancelación del registro de la isapre²³. Posteriormente se promulgó la “Ley Larga de

¹⁹ Los servicios de salud son entidades estatales, funcionalmente descentralizadas, dotadas de personalidad jurídica y patrimonio propio y dependen del Minsal.

²⁰ La cantidad y ubicación de los servicios de salud están definidos en el artículo 16° del DFL N° 1 de 2005.

²¹ Artículo 49, DFL N° 1 de 2005.

²² Sesenta unidades de fomento reajustadas, considerando la variación del índice de remuneraciones reales determinadas por el Instituto Nacional de Estadísticas entre noviembre del año anteprecedente y noviembre del precedente, respecto del año en que comenzará a aplicarse (artículo 16 del DL N° 3.500 de 1980).

²³ Mediante normas relativas al capital mínimo, a la liquidez, a las garantías, al pago a prestadores, a la creación de un régimen especial de supervigilancia y control, 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. Asimismo, se agregaron algunas facultades a la superintendencia en línea con lo anterior (administración de isapres en casos especiales, desarrollo de información, atribuciones en cuanto a auditores externos de isapres).

Isapres” (Ley 20.015), que buscó proteger a los usuarios y mejorar los problemas de información y de cautividad, y se creó el Fondo de Compensación entre Isapres asociado a las prestaciones con GES, medidas que se detallan más adelante. Dicha norma también estableció la prohibición para las aseguradoras de ejecutar las acciones de salud y de participar en la administración de prestadores, señalando que su objetivo exclusivo sería el financiamiento de dichas acciones y la prohibición de celebrar convenios con el sector público para otorgar las acciones de salud (con excepción de casos específicos). Junto con ello, la reforma incluyó mayores atribuciones a la Superintendencia de Salud en cuanto a las isapres (respecto de contratos, requerimientos de información a prestadores y fiscalización de agentes de ventas).

La autoridad sanitaria también sufrió modificaciones que buscaron tanto desconcentrar algunas atribuciones del nivel central como separar el rol rector del rol ejecutor del Minsal para evitar que este fuese juez y parte. Para ello se reorganizó 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, tanto las referidas al Minsal, como las traspasadas tanto del Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente como de los Servicios de Salud. De esta manera, 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 (que incluye a los establecimientos estatales y a los privados en convenio con el Fonasa). El director de cada servicio pasó a ser elegido mediante el Sistema de Alta Dirección Pública (ADP)²⁴. Además, se reemplazó la Superintendencia de Isapres por la de Salud, organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, que se relaciona con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud y está afecto al Sistema de ADP²⁵. Asimismo, se ampliaron sus atribuciones para fiscalizar también en algunos aspectos al Fonasa y a los prestadores públicos que se detallan más adelante.

Finalmente, se intentó avanzar en la gestión de la salud pública mediante la entrega de más autonomía a los hospitales, para lo cual se distinguieron dos categorías: (i) los establecimientos de “Autogestión en Red”, que son aquellos más complejos y de mayor producción, a cuyos directores se les otorgaron atribuciones para la administración superior y control del establecimiento (siempre que cumplan con determinados requisitos), y son evaluados por el Subsecretario de Redes Asistenciales, y (ii) las instituciones de “menor complejidad”, a cuyos directores se les permitió programar, dirigir, coordinar, supervisar y controlar las actividades (también en la medida en que cumplan con ciertos requisitos). A ello se suman algunos cambios asociados a los recursos humanos, destacando la incorporación de incentivos al desempeño (Giacconi & Concha 2005)²⁶.

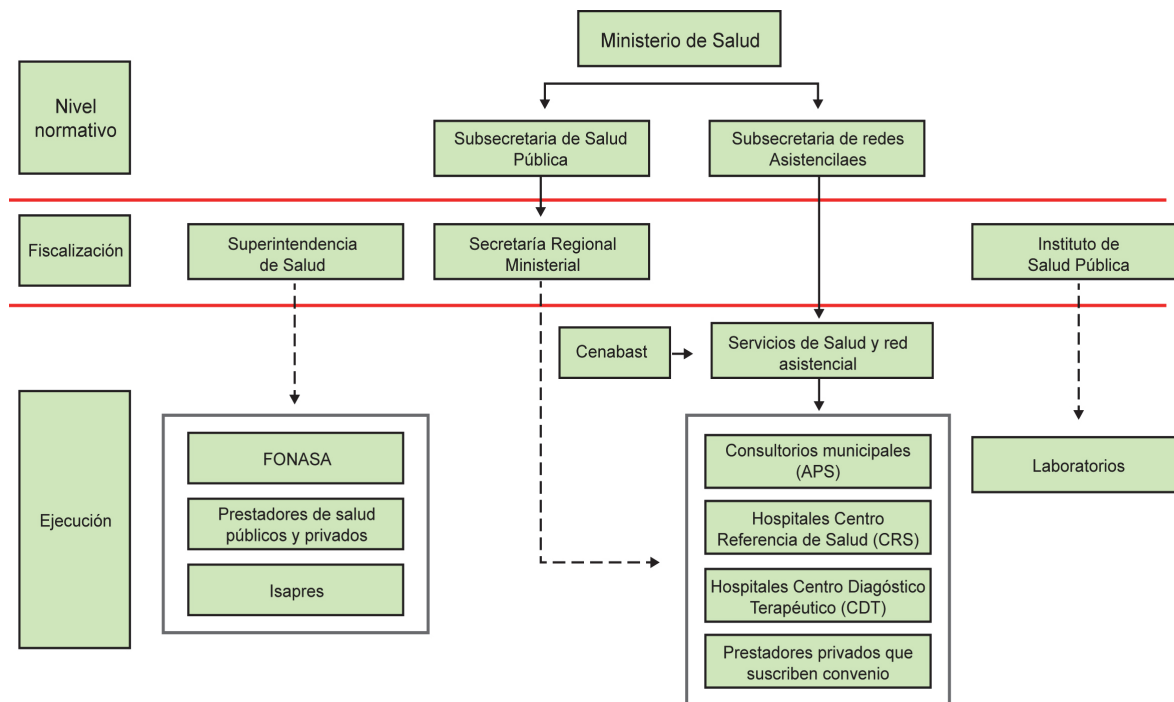
²⁴ Además, se crearon los Consejos de Integración de la Red Asistencial de cada SS (asesores y consultivos), integrados por representantes de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención de cada servicio.

²⁵ Artículo 106, DFL N° 1 de 2005.

²⁶ Se flexibilizan algunas normas respecto del acceso a los diversos grados de la planta de profesionales, se aumenta el porcentaje de diversas asignaciones asociadas al desempeño y se introducen nuevos criterios (cumplimiento de metas a anuales).

La figura 2 resume de manera esquemática la institucionalidad del sistema de salud en Chile en la actualidad.

Figura 2: Institucionalidad que compone el sistema de salud y sus roles



Fuente: Benavides et al. 2013.

3.2 Mandato y cobertura del sistema

La legislación establece que los trabajadores dependientes y quienes reciben alguna pensión previsional²⁷ (o subsidio de incapacidad laboral o de cesantía) tienen la obligación de destinar el 7% de sus salarios y pensiones mensuales brutos (antes de impuesto) a alguno de los aseguradores (ya sea el estatal o algún privado)²⁸. Los trabajadores independientes pueden optar voluntariamente por adscribirse o no en algún asegurador; sin embargo, desde 2018 será obligatorio también para ellos cotizar. Las isapres pueden optar por no afiliar a las personas, no así el Fonasa, el que además debe incorporar a quienes no tienen trabajo, a los indigentes y a otros grupos vulnerables de la población. Para el año 2012²⁹, según las estadísticas del Fonasa³⁰, 76,5%

²⁷ Con la excepción establecida en la Ley N° 20.531 de 2011 para los pensionados, detallada más adelante.

²⁸ Los trabajadores (y sus cargas) de instituciones pertenecientes a las fuerzas armadas cuentan con sistemas de previsión y de salud propios, por tanto están excluidos de esta obligación.

²⁹ Se utilizan los datos para ese año puesto que, si bien se tienen registros para el subsistema privado de seguros, a la fecha el Fonasa no ha publicado datos para el año 2013 ni 2014.

³⁰ Estadísticas institucionales del Fonasa en

http://www.fonasa.cl/portal_fonasa/site/artic/20140607/pags/20140607230746.html (acceso el 14 de octubre de 2014)

de la población era beneficiaria de dicha institución, 17,5% de alguna isapre y 5,9% pertenecía a las Fuerzas Armadas o no estaba afiliado a algún esquema. Por su parte, la Encuesta de Caracterización Socioeconómica para el año 2011 indica que quienes no cuentan con algún tipo de previsión para salud son menos del 3% de la población³¹.

Actualmente, existen 14 isapres, 8 de ellas son abiertas (cuya afiliación es abierta a cualquier persona) y concentran al 97% de los beneficiarios del subsistema privado de seguros. Las otras 6 son cerradas (cuyos beneficiarios son preferentemente familiares de trabajadores, trabajadores o ex trabajadores de una determinada empresa o institución³²) y reúnen al restante 3%³³.

3.3 Financiamiento de aseguradores y prestadores

3.3.1 Aseguradores

Las fuentes de financiamiento del Fonasa y de las isapres difieren. La aseguradora estatal se financia con la cotización de 7% de los trabajadores y pensionados adscritos a ella y con un aporte fiscal, que para 2014 representa casi tres quintos de su presupuesto (57%). En el caso de las isapres el financiamiento contempla el aporte de 7% de los afiliados, más los recursos adicionales que cada afiliado voluntariamente aporta para cubrir el costo del plan elegido, que en promedio bordean el 3%³⁴. Algunas isapres cerradas reciben financiamiento por parte del empleador. El valor total del plan se constituye por la suma de la prima para las prestaciones con GES (que es igual para todos los beneficiarios de una misma isapre y se puede reajustar cada vez que cambie el decreto que regula las GES³⁵) y del plan complementario. El costo de este último para cada

³¹ La cifra exacta es de 2,6%, cálculo excluye de la base la categoría no sabe/no responde (<http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/casen-documentos.php?c=88&a=2011>, acceso el 14 de octubre de 2014).

³² La Superintendencia de Salud utiliza diversas definiciones para las isapres cerradas. Por ejemplo: “están ligadas por propiedad y finalidad a una empresa en particular o a un grupo de empresas... y tienen como único mercado a la población de trabajadores y sus familias de la empresa que les da origen. Normalmente, el financiamiento de estas isapres contempla no sólo la cotización de los trabajadores, sino también aportes directos del empleador y distintas formas de subsidio por parte de las empresas matrices” (Superintendencia de Salud 2011, 5).

El Compendio de normas administrativas en materia de información señala que son “aquellas cuya cartera esté mayoritariamente conformada por trabajadores y ex trabajadores de la empresa o institución que constituyó la isapre” (página 418, http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articles-6675_recurso_1.pdf, acceso el 14 de octubre de 2014).

³³ Datos descargados de la página web de la Superintendencia de Salud (<http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-article-9052.html>, acceso el 14 de octubre de 2014).

³⁴ Cifra calculada considerando el porcentaje que representan los aportes adicionales respecto del total de los aportes obligatorios, que a su vez representan el 7% del ingreso promedio. Datos descargados de la página web de la Superintendencia de Salud (<http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-article-9052.html>, acceso el 14 de octubre de 2014).

³⁵ Artículo 206, DFL N° 1 de 2005.

beneficiario se determina por la multiplicación del valor del plan base (que es el mismo para todos los afiliados que optan por dicho plan complementario), por el factor correspondiente de cada persona. Este último está establecido en la tabla de factores asociada al plan complementario. La ley³⁶ establece que dicha tabla sólo puede considerar la edad, sexo y condición de cotizante o carga del beneficiario. Asimismo, la norma señala que el precio base de cada plan complementario se puede reajustar de manera anual.

3.3.2 Prestadores

Los prestadores estatales reciben financiamiento principalmente del Fonasa, del Minsal y, en el caso de la atención primaria, también del propio municipio³⁷. Tanto este nivel como los de mayor complejidad reciben además recursos directos de los usuarios por concepto de copago (porcentaje del costo de la prestación que no es cubierto por los seguros). En el caso del Fonasa, el copago está determinado por el nivel de ingreso de sus beneficiarios, los que son clasificados en 4 grupos (ver cuadro 1), siendo mayor el porcentaje del copago (menor la cobertura del seguro) para quienes cotizan por montos mayores (ver Anexo 1). Los beneficiarios de isapres, en caso de atenderse con prestadores estatales (en las excepciones permitidas), tienen un copago que depende del plan contratado por cada individuo.

Cuadro 1: Clasificación beneficiarios FONASA

Grupo	Beneficiarios
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.
B	Afiliados cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad.
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.
D	Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior en 1,46 veces al ingreso mínimo mensual 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.

Fuente: DFL N°1 de 2005.

³⁶ DFL N° 1 de 2005.

³⁷ Según el Sistema Nacional de Información Municipal (http://www.sinim.cl/indicadores/busq_serie_var.php, acceso el 14 de octubre de 2014), en 2013 del total de ingresos que recibió la salud municipal, 11,4% en promedio fue aportado por los municipios. Asimismo, los datos indican que este aporte ha venido disminuyendo en el tiempo (en 2001 esta proporción era de 25,1%), lo que podría explicarse por el aumento que ha tenido el aporte estatal a la salud por cada persona inscrita (per cápita), el que se ha duplicado entre 2006 y 2014.

En el caso de los oferentes privados, las fuentes de financiamiento son las aseguradoras (isapres o Fonasa, en la modalidad de libre elección y en aquellos casos de emergencia, de compra de servicios a privados o por el bono AUGE), las que financian un porcentaje del costo de la prestación que depende de cada plan y los usuarios, quienes pagan el porcentaje no cubierto por los seguros (copago) o la totalidad de la prestación cuando ésta no es cubierta por el seguro.

En ambos casos, las personas que no cuentan con seguro deben pagar el costo total de la atención.

3.4 Cobertura de los planes de salud

Respecto de la cobertura de las atenciones, desde 2004³⁸ 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 trabajadoras³⁹ y (vii) las garantías explícitas en salud (GES) para un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud.

3.4.1 Fonasa

El Fonasa tiene dos alternativas para la atención de sus beneficiarios, la modalidad institucional y la de libre elección, que difieren en cuanto al tipo de prestador (estatal o privado) y al nivel de cobertura financiera (ver Anexo 1). A su vez, dentro de cada modalidad, la cobertura financiera varía según sea la clasificación del beneficiario (A, B, C y D), siendo menor para los de mayores ingresos, quienes deben realizar copagos más grandes. La modalidad institucional considera la atención exclusiva por proveedores estatales, cuyo costo es cero para los beneficiarios clasificados en los tramos A y B⁴⁰ y considera un porcentaje de copago para los pertenecientes a los tramos C y D. Por su parte, los clasificados en los tramos B, C y D, cada vez que necesitan atención en salud, pueden optar, además, por la modalidad de libre elección, que considera la posibilidad de elegir a un prestador privado de una lista de aquellos que tienen convenio con el Fonasa. El costo de cada prestación en este caso varía según el nivel de complejidad de la atención (siendo el primero el más barato y el tercero el más costoso). El porcentaje del costo de la atención cubierto por el Fonasa es menor que en la modalidad institucional (es decir, el copago es mayor).

³⁸ Ley N° 19.966 de 2004.

³⁹ Establecidos en el artículo 150 del DFL N° 1 de 2005.

⁴⁰ Con la excepción de la atención odontológica, que tiene costo para los del tramo B.

Las GES sólo 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 pueden hacerlo mediante la modalidad de libre elección, salvo los pertenecientes al grupo A, quienes, al estar impedidos por ley de atenderse por dicha modalidad, deben pagar la totalidad del costo de la(s) prestación(es).

Finalmente, el Fonasa cuenta con un Seguro Catastráfico que cubre determinados tratamientos⁴¹ gratuitamente. Dicho seguro solo opera si la persona se atiende por la modalidad institucional (red de prestadores estatales) y acceda a través de un consultorio de atención primaria.

En cualquier caso, la atención de un beneficiario del Fonasa que es realizada por un prestador privado sin convenio con el Fonasa no es reembolsada (con la excepción de determinados casos de urgencia o emergencia).

3.4.2 Isapres

Las isapres ofrecen contratos indefinidos que deben incluir 2 partes: las prestaciones con GES y el plan complementario. Las prestaciones con GES sólo son efectivas cuando la atención es realizada con determinados prestadores con los que cada isapre tenga convenio. A quienes quieran atenderse con otros prestadores se les aplican las coberturas del plan complementario que cada isapre otorga. El costo de esta parte del plan (prima GES) es igual para todos los afiliados de una misma institución. Sin embargo, existe también un Fondo de Compensación “virtual” entre isapres abiertas, mediante el cual aquellas que manejan carteras de menor riesgo compensan a las que tienen las carteras más riesgosas (su funcionamiento se explica más adelante).

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. Este plan puede contener una o más de las siguientes modalidades: Libre elección⁴², con prestadores preferentes⁴³, cerrado⁴⁴. El plan complementario tiene un costo por persona que depende de su contenido (prestaciones y porcentajes del costo de éstas que es cubierto) y del riesgo del beneficiario (determinado por la edad, sexo y su condición de afiliado o carga). El precio final de cada plan complementario se determina multiplicando el precio base del

⁴¹ Las patologías cubiertas por dicho seguro son: hemodiálisis y peritoneodiálisis; 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.

⁴² “Aquel en que la elección del prestador de salud es resuelta discrecionalmente por el afiliado o beneficiario, sin intervención de la Institución de Salud Previsional” (artículo 189 del DFL N° 1 de 2005).

⁴³ “Aquel cuya estructura combina la atención bajo la modalidad de libre elección y el financiamiento de beneficios a través de determinados prestadores previamente individualizados en el plan” (artículo 189 del DFL N° 1 de 2005).

⁴⁴ “Aquel cuya estructura sólo contempla el financiamiento de todas las atenciones de salud a través de determinados prestadores individualizados en el plan, no previéndose el acceso a las prestaciones bajo la modalidad de libre elección” (artículo 189 del DFL N° 1 de 2005).

plan por el factor de riesgo de cada persona (que depende de la edad, sexo y condición de afiliado o carga)⁴⁵. Los planes pueden restringir por un periodo de hasta dieciocho meses la cobertura respecto de las preexistencias contenidas en la “declaración de salud” (periodo de carencia), formando esta última parte del contrato para las isapres que la piden.

Finalmente, la mayoría de las isapres cuenta con la denominada Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC). Este beneficio adicional al plan de salud, que surge en el año 2000 por iniciativa de la Asociación de Isapres, “permite financiar, cumplidos ciertos requisitos, hasta el 100% de los gastos derivados de atenciones de alto costo, tanto hospitalarias como algunas ambulatorias, realizadas en el país⁴⁶”. Este beneficio se aplica solamente con determinados prestadores, los que dependen de cada isapre. Según los datos de la Superintendencia de Salud⁴⁷, el 97,5% de los beneficiarios de isapres cuenta con CAEC (99,7% en las isapres abiertas y 11,5% en las cerradas).

3.5 Prestadores

Los prestadores en Chile pueden ser estatales o privados. Dentro de los primeros (ver cuadro 2) existen centros de atención primaria y secundaria (consultorios, postas, vacunatorios, centros de referencia), dependientes en su mayoría de los municipios. Entre las instituciones de atención terciaria, los centros de atención dependientes del SS respectivo (que son la mayoría) se dividen en dos categorías: “Establecimientos de Autogestión en Red” (62) y aquellos de menor complejidad (130), ambos tipos dependientes del servicio de salud respectivo. Existen 3 “Establecimientos de Salud de Carácter Experimental”, que dependen de la Subsecretaría de Redes Asistenciales (2 en el nivel de atención secundaria y 1 en el nivel terciario).

Cuadro 2: Establecimientos estatales según nivel de atención y dependencia, 2014

Dependencia	Primaria	Secundaria	Terciaria	No aplica
Municipal	2.014	48		
Autoridad sanitaria	3			3
otra institución	14	6	8	
Servicio de Salud	118	42	192	59
Experimental		2	1	
TOTAL: 2.510	2.149	98	201	62

Fuente: Ministerio de Salud (<http://www.deis.cl/?p=37>)

⁴⁵ En las isapres cerradas la lógica difiere levemente, puesto que los planes deben cubrir el riesgo promedio de la cartera mediante el 7% de los trabajadores y en algunos casos de los aportes de los empleadores.

⁴⁶ Definición obtenida de la página web de la Superintendencia de Salud. Disponible en <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-propertyvalue-3129.html>. Acceso el día 11-8-2014.

⁴⁷ Descargable en <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-article-9052.html> (acceso 12-8-2014).

Los oferentes privados (ver cuadro 3), por su parte, otorgan prestaciones de atención primaria y de mayor complejidad, a través de consultorios, consultas médicas, centros médicos, clínicas, hospitales, etc. Como se mencionara, aquellos que tienen convenio con el Fonasa integran la red asistencial del SS respectivo.

Cuadro 3: Establecimientos privados por tipo, 2014

Tipo	Cantidad
Centro de salud	124
Clínica	80
Hospital	10
Laboratorio clínico o dental	20
Vacunatorio	2
TOTAL	236

Fuente: Ministerio de Salud (<http://www.deis.cl/?p=37>)

3.6 Métodos de pago a prestadores

El financiamiento de los prestadores en salud difiere según quién sea la entidad pagadora, la naturaleza estatal o privada del prestador (en cuanto a su propiedad) y el tipo y nivel de atención provista. Si bien cada método de pago tiene sus ventajas y desventajas, en este documento no se profundizará en el análisis de cada mecanismo, sino en aquellos más usados en Chile en la medida en que ello ayuda a la comprensión del funcionamiento del sistema en cuanto a las implicancias del uso de cada uno.

3.6.1 Prestadores estatales

Los centros de atención primaria (y secundaria), en su mayoría municipales, reciben financiamiento desde el municipio, que principalmente se compone de recursos provenientes del servicio de salud respectivo y de recursos propios de cada municipio. Cada servicio de salud (que a su vez recibe financiamiento desde el Fonasa) transfiere a los municipios un monto por cada persona inscrita en sus respectivos establecimientos, llamado per cápita o capitado, cuyo valor se calcula en base a un plan de salud familiar⁴⁸. Dicho monto base es ajustado a partir de indexadores relacionados con las características de las personas y de la comuna (edad, nivel socioeconómico, conjunto de prestaciones de cada comuna, ruralidad, dificultad para prestar atenciones y para acceder a las acciones de salud y cantidad de prestaciones efectivas⁴⁹). La ley de presupuestos del

⁴⁸ Minsal 2012b.

⁴⁹ Las comunas cuya población es menor a los 3.500 habitantes reciben un monto fijo mínimo para proveer el servicio de atención primaria.

sector público (Ley 20.713 de 2013) establece que deben suscribirse convenios entre los establecimientos y los servicios de salud que deben enmarcarse en un programa aprobado por el Minsal e incluir los objetivos, metas, prestaciones y establecimientos involucrados, actividades a realizar, indicadores y medios de verificación.

Las instituciones estatales de nivel de atención terciario reciben financiamiento del SS respectivo, que a su vez obtiene financiamiento desde el Fonasa (los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental reciben recursos directamente desde el Fonasa). Estos recursos son transferidos principalmente mediante dos mecanismos: uno prospectivo, llamado Programa de Prestaciones Valoradas (PPV), y otro retrospectivo, llamado Programa de Prestaciones Institucionales (PPI). El PPV establece un valor a pagar por determinadas prestaciones (programas de prestaciones frecuentes, GES, de prestaciones complejas o seguro catastrófico, de urgencias, camas críticas y atención hospitalaria, de salud mental y otras prestaciones valoradas y convenios celebrados por servicios de salud con terceros). El PPI realiza transferencias en base al presupuesto histórico de cada institución para atender las necesidades no cubiertas por el PPV⁵⁰. El año 2014, la proporción de recursos que representan el PPV y el PPI (de la suma de los dos) son 55% y 45%, respectivamente. Sin embargo, estas proporciones pueden diferir en cada hospital, en base a su nivel de complejidad y otros factores. La ley de presupuestos del sector público (Ley 20.713 de 2013) establece que en ambos mecanismos de financiamiento los que reciben los recursos (servicios de salud o Establecimientos de Carácter Experimental) deben suscribir convenios con el Fonasa y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, los cuales deben incluir al menos los objetivos y metas sanitarias, las prestaciones a otorgar, su valoración, el marco presupuestario asignado, los procedimientos de control y evaluación, y demás condiciones a que se someterán las entidades según el respectivo convenio.

3.6.2 Prestadores privados

En el caso de los prestadores privados, existen diversos métodos de pago; sin embargo, la mayoría son derivados del concepto de pago por servicio. Es decir, quien otorga el servicio recibe un pago (precio) por cada prestación. En el caso de que el asegurador sea el Fonasa (modalidad de libre elección), el valor de cada prestación lo fija dicha entidad (directamente o mediante licitaciones) y los oferentes privados que firman convenio deben ceñirse a dicho precio. Para el resto de las prestaciones, los montos son fijados por mecanismos de mercado.

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, existen tanto en el Fonasa como en el subsistema de seguros privados experiencias de pago por servicio prospectivo; es decir, el valor es fijado anticipadamente, ya sea por la prestación o por un conjunto de prestaciones que permiten dar solución a un problema de salud (Banco Interamericano del Desarrollo (BID) 2014). Uno de ellos es el pago asociado a diagnóstico, que es utilizado por el Fonasa para costear el tratamiento

⁵⁰ Los hospitales también se financian mediante la recuperación de préstamos, cobros por prestaciones, ventas, etc.

de determinadas patologías. Las isapres utilizan el pago por paquete de prestaciones para las GES. Asimismo, algunas aseguradoras emplean el pago en base a Grupos Asociados a Diagnóstico, 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, montos que pueden ser ajustados al nivel de complejidad del diagnóstico.

3.7 Institucionalidad normativa y regulatoria

El Ministerio de Salud es el órgano rector del sistema de salud para lo cual debe: (i) elaborar las políticas sectoriales (diseñar, controlar y evaluar los programas —como el AUGE—, elaborar las metas sanitarias nacionales y el plan nacional de salud, orientar y dirigir las acciones del Estado en salud, elaborar el presupuesto, entre otros); (ii) coordinar el sector salud y a éste con los demás sectores, y (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 (ver figura 2), 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 asistenciales⁵¹. Finalmente, deben evaluar el cumplimiento de las metas fijadas a la atención primaria municipal. Cada seremi puede tener también algunas oficinas provinciales.

La Superintendencia de Salud 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

⁵¹ Dentro de estas funciones está lo relacionado con las materias que anteriormente estaban en manos de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (constatar, evaluar, declarar o certificar el estado de salud de las personas, su capacidad de trabajo y recuperabilidad de su estado patológico, permitiendo el acceso a beneficios estatutarios, laborales, asistenciales y previsionales).

incumplimiento, puede aplicar sanciones. Además de ello, dictar normas, recopila y publica información relevante, entre otros.

El Instituto de Salud Pública de Chile 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 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 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 (FF.AA., universidades, etc.)”. (Giaconi & Concha 2005, 39).

4. Algunos comentarios a la organización del sistema de salud chileno⁵²

Siguiendo el esquema de análisis propuesto por la OMS, en esta sección se revisa en qué medida los incentivos que enfrenta el sistema de salud chileno a nivel de seguros logran alinear a las diversas entidades que participan de éste hacia el cumplimiento de los objetivos propuestos por el país para el sistema de salud. La relevancia de este tipo de revisión es que otorga un criterio “objetivo” bajo el cual analizar el funcionamiento del sistema de salud, que permite determinar cuáles son los espacios donde se puede mejorar y, por tanto, los desafíos pendientes.

Los objetivos “permanentes” para el sistema de salud vienen dados por la Constitución de la República de Chile, que establece en su artículo 19, numeral 9, **el derecho a la protección de la salud**:

“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 único de las acciones relacionadas con la salud.

⁵² Es necesario señalar que en Chile también existen los llamados seguros complementarios, que ofrecen cobertura para lo no cubierto por el Fonasa o las isapres, cuya regulación no es abordada en este documento. En ese sentido, el presente trabajo excluye los efectos de la interacción que dichos seguros puedan tener con los dos subsistemas mencionados.

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 éste estatal o privado;”

Asimismo, el Minsal cuenta con la facultad de “formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas”⁵³, metas que varían cada década. Por tanto, su análisis en este documento más bien se refiere a la importancia de que estas metas puedan ser cumplidas por el sistema de salud y de su coherencia con los objetivos permanentes.

Considerando que los incentivos que se enfrentan en salud dependen de la forma organizacional elegida, así como también de la normativa que rige al sector, en lo que sigue de esta sección se revisa el sistema chileno con estas miradas.

4.1 Incentivos en los sistemas de salud basados en seguros

A muy grandes rasgos, el funcionamiento de un seguro consiste en que cada persona paga una “prima” mensual (anual o en otra frecuencia) a un asegurador, a cambio de cierta cobertura (prestaciones o recursos) para el tratamiento de determinados “siniestros” (accidentes, enfermedades, etc.) durante el periodo de cobertura del seguro. El asegurador reúne y administra en conjunto los recursos que aportan todos los asegurados y, cuando alguno de estos últimos padece alguna de las condiciones señaladas en el contrato, el seguro debe otorgar la cobertura (en prestaciones y financiera) acordada para su tratamiento. De esta manera se elimina el riesgo financiero de cada persona al redistribuirlo entre los integrantes del seguro. De este concepto general de los seguros se pueden derivar sistemas de seguros privados (individuales y colectivos) y sistemas de seguro social, como fuera descrito en la sección 2. A continuación se describen los principales incentivos y consecuencias que surgen en los sistemas de seguros.

4.1.1 Condiciones para el buen funcionamiento de un seguro

En relación con los sistemas de seguros privados, es importante tener presente que éstos funcionan de manera adecuada cuando (Barr 2004), por una parte, existe riesgo: cuando la probabilidad de solicitar determinada prestación médica no es cierta (sólo algunos la requerirán, sin embargo no se sabe quién), y, por otra parte, el riesgo o dicha probabilidad —y los costos asociados— puede ser estimada para un individuo promedio⁵⁴ (por ejemplo, 5% de la población femenina requerirá de una prótesis para la cadera entre los 70 y 80 años). Asimismo, la probabilidad debe ser independiente para cada persona; de lo contrario, un contagio generalizado

⁵³ Artículo N° 4, numeral 8, DFL N° 1 de 2005.

⁵⁴ Ver Follan et al. 2014 y Barr 2002.

a una parte importante de la población puede desfinanciar a dichas entidades y quebrar al sistema.

De lo anterior se desprende que aquellos eventos que no cumplen con las condiciones mencionadas en el párrafo anterior, como aquellos que son ciertos o casi ciertos para un grupo o para toda la población, así como las enfermedades contagiosas requieren de un tratamiento diferente si es que se quiere incentivar su cobertura por parte de los seguros. En el caso de los **eventos de ocurrencia casi cierta**, como los partos, el problema es que los costos de tomar un seguro (como los costos de administración) pueden superar a los costos de no tomarlo, dado que el evento se deberá pagar igualmente por el propio asegurado. En Chile es obligación que los seguros cubran esta prestación.

En el caso de las **preexistencias (condición de salud)**, al momento de adquirirse su tratamiento se convierte en un evento cierto), por lo tanto, un seguro privado actuarial (es decir, con renovación anual o en algún otro plazo) no es adecuado, ya que cada vez que alguna persona adquiere una preexistencia, el contrato no le es renovado o la prima sube fuertemente. En Chile se ha buscado que los seguros cubran las preexistencias con variados instrumentos. Así, desde 1995 los seguros pasaron a ser contratos indefinidos⁵⁵. Luego, en 2005 se estableció que las isapres no podrán negar la afiliación a las personas que pasan de ser beneficiarios a cotizantes (y que no les será requerido realizar una nueva declaración de salud ni aplicárseles nuevas restricciones). Junto con ello, se señala que en casos calificados quienes tengan preexistencias podrán solicitar al nuevo asegurador que les otorgue la cobertura del Fonasa en la modalidad de libre elección para ese problema de salud, por 18 meses más (que corresponde al periodo de carencia). Sin embargo, la normativa permite a las aseguradoras no afiliar a las personas o excluir hasta por dieciocho meses la cobertura de las preexistencias (periodo de carencia). Por tanto, ante las condiciones actuales el seguro funciona sólo para quienes se mantienen en la institución en la que se encontraban afiliadas cuando adquirieron una preexistencia, quedando cautivas en esa isapre⁵⁶. Así, tanto para dichas personas como para quienes provienen de otro asegurador —estatal o privado—, el tratamiento de sus preexistencias se convierte en un evento cierto para la nueva aseguradora y, por tanto, no asegurable (al menos por un periodo). Se estima que entre 1,2 y 1,3 millones de beneficiarios estarían cautivos en el subsistema de isapres⁵⁷.

Respecto de las **enfermedades de fácil contagio o epidemias**, éstas requieren de apoyo estatal; las primeras porque tienen un alto grado de externalidad (lo que sugiere financiamiento público) y las segundas porque pasan a ser un problema sanitario mayor que demanda una estrategia a nivel nacional (o regional) coordinada a nivel del Estado con su respectivo financiamiento.

⁵⁵ Ley N° 19.381 de 1995.

⁵⁶ En dichos casos, las aseguradoras no tienen incentivos para retener a los enfermos con preexistencias.

⁵⁷ *La Tercera*. 2014. "Propuesta por preexistencias: 60% de afiliados cautivos podrían cambiar de isapre". 30 de mayo. *El Mercurio*. 2014. "Super de Salud estudiará impacto: Idea de isapres para terminar con usuarios cautivos castiga a quienes no usan AUGE". 30 de mayo.

4.1.2 Problemas de información: riesgo moral, selección adversa y nivel de información de los usuarios

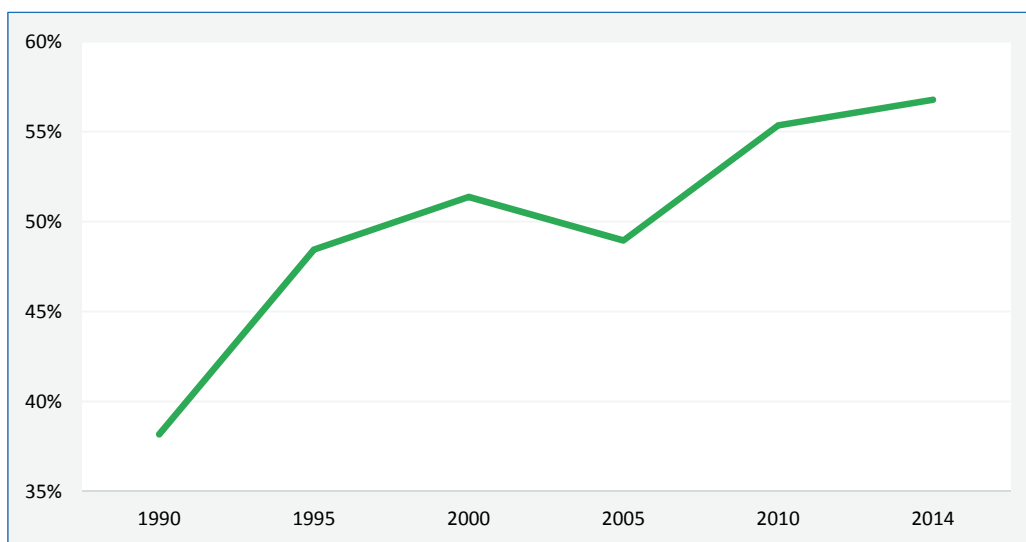
Un segundo aspecto es que los seguros (privados o sociales) generan efectos en el comportamiento de las personas e instituciones, siendo dos de los más relevantes el riesgo moral y la selección adversa, que se producen por asimetrías de información entre los participantes.

4.1.2-a Riesgo moral

El riesgo moral se refiere al aumento en la demanda por atenciones en salud dado el bajo —y a veces nulo— “precio” que se enfrenta por cada servicio, ya que la aseguradora paga un porcentaje del costo (Follan et al. 2014). Alternativamente, este problema se puede manifestar mediante la disminución de la prevención o del cuidado de la salud (dado que se cuenta con un seguro). Este aumento de la demanda no estaba contemplado cuando se fijó la prima por parte del asegurador, quien luego de este cambio no puede identificar si el mayor número de prestaciones se debe a eventos inesperados o al comportamiento del usuario. En el caso de Chile el riesgo moral se acrecienta, ya que el mandato de cotizar una proporción del salario (siete por ciento) se traduce en que algunas personas se ven obligadas a tomar un seguro mayor que el óptimo para ellos. Por otra parte, el riesgo moral también se presenta a nivel del prestador, dado que quien paga es “un tercero” (el asegurador). En Chile, este incentivo se acentúa, particularmente en el sector prestador privado de salud, dado que el esquema de pago utilizado mayoritariamente es “por servicio”; es decir, cada vez que se atiende a una persona se recibe un pago⁵⁸.

El efecto de este comportamiento por parte de asegurados y prestadores es un aumento de costos, lo que, en el caso de los seguros privados (isapres en Chile), implica un aumento de las primas (lo que estimula nuevamente la demanda, con su consecuente efecto en los costos). En el subsistema estatal de seguros (Fonasa) se traduce en listas de espera, mayor duración de las mismas y déficit (o su incremento). Estos últimos deben ser cubiertos mediante un aporte estatal, que ha ido creciendo en mayor proporción que los ingresos por concepto de cotizaciones (ver gráfico 1), situación que le significa hoy al Fonasa depender en mayor medida de dichos aportes que de las cotizaciones de sus afiliados (57% de sus ingresos provienen de asignaciones estatales para el presupuesto de 2014).

⁵⁸ Este problema se da con mayor frecuencia en las prestaciones que son menos necesarias (mayor elasticidad del precio en la demanda), como las consultas médicas, y no tanto en los tratamientos que generan mayor dependencia para la salud (por ejemplo, la demanda por insulina para un diabético).

Gráfico 1: Porcentaje del presupuesto total del FONASA que representa el aporte estatal

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de la Dirección de Presupuesto.

La solución que Chile ha adoptado para contener la demanda en estos casos es el uso de copagos por parte del usuario, disminuyendo el incentivo al beneficiario (no lo elimina por completo, porque la persona no internaliza el costo total de la prestación). Sin embargo, no cambia los incentivos al prestador. Como se mencionara, algunas aseguradoras así como el Fonasa utilizan mecanismos de pago diferentes, donde parte del riesgo es traspasado al prestador (incentivando en parte la contención de costos), pero ello no es una práctica generalizada. Asimismo, el uso de prestadores preferentes (por ejemplo para el tratamiento de las GES) también aporta en contener costos, pero, al igual que los mecanismos de pago mencionados, no se hace cargo totalmente del problema, dado que sólo controlan el precio y no la cantidad (Barr 2002).

4.1.2-b Selección adversa

La selección adversa, por su parte, hace alusión a que los individuos pueden querer esconder información respecto de su estado de salud para impedir que los aseguradores distingan su nivel de riesgo y, por tanto, les cobren en base a ello (Barr 2002). Sin intervención de ningún tipo esta situación puede generar dos casos. El primero de ellos es que las aseguradoras cobren primas asociadas al riesgo de cada persona, lo que se traduce (como se viera en el punto anterior) en la exclusión de tratamientos de preexistencias (o precios muy altos para tratarlas) y en subaseguramiento o exclusión de quienes no pueden costear la prima dado su riesgo⁵⁹. Si no se logra cobrar primas ajustadas al riesgo en salud de cada persona —ya sea porque no se pueden identificar adecuadamente o porque existen regulaciones que lo impiden— se generan los efectos de la selección adversa: descreme (atracción por parte de las aseguradoras de los menos

⁵⁹ También podría darse que no fuera posible distinguir a los más riesgosos de los menos riesgosos o que la estrategia utilizada por las aseguradoras para que ellos mismos se autoseleccionen tampoco funcione.

riesgosos), lo que resulta en exclusión, menor cobertura o menor calidad de la atención para las personas que presuponen mayor riesgo —adultos mayores, recién nacidos, mujeres en edad fértil— y quienes tienen preexistencias, e ineficiencia en el uso de los recursos si es que la competencia entre aseguradores se enfoca en la disminución de costos sólo mediante la reducción del riesgo de la cartera (descreme), descuidando la calidad del servicio (mayor calidad al mismo costo o igual calidad a un menor costo).

El segundo caso es que las aseguradoras cobren la misma prima a todos; sin embargo, ello resulta rápidamente en ineficiencia e inestabilidad, puesto que (i) los menos riesgosos no tomarán el seguro dado su alto precio, y los más riesgosos se sobreasegurarán dado que para ellos es barato; (ii) si los menos riesgosos se excluyen, el riesgo promedio de la cartera de las aseguradoras aumentaría y, por tanto, también la prima, generando que nuevas personas dejen el sistema y así sucesivamente; (iii) y asimismo, las aseguradoras tienen el incentivo a descremar generando los resultados ya expuestos anteriormente.

En Chile es obligatorio para los trabajadores y pensionados tomar algún seguro. El Fonasa se asemeja más a un seguro social con un solo asegurador cuya prima es plana (en cuanto a porcentaje del sueldo). Por tanto, los efectos de la selección adversa son la autoexclusión de los menos riesgosos (quienes pueden optar por los seguros privados).

En el caso de los seguros privados —isapres— se permite cobrar primas sólo en base a sexo y edad, limitando a cada seguro a un máximo de dos tablas de factores; sin embargo, la literatura señala que para poder estimar o predecir adecuadamente el riesgo de cada persona se deben considerar también al menos variables que reflejen el nivel socioeconómico y la morbilidad (condiciones de salud) de cada persona. Por lo tanto, ello hace suponer que las primas no están ajustadas adecuadamente al riesgo de salud de cada persona (con el riesgo financiero que ello conlleva para las isapres⁶⁰), lo que incentiva a las aseguradoras a descremar (Superintendencia de Salud 2009), por ejemplo, mediante la declaración de salud⁶¹. La reforma de mediados de la década del 2000 incluyó algunas medidas que, entre otros, buscaban evitar este comportamiento por parte de los aseguradores mediante el manejo de contenidos y precios de los planes (Nancuante & Romero 2008), que son descritas posteriormente.

⁶⁰ Dado que su financiamiento proviene exclusivamente de las cotizaciones de los afiliados y no recibe aportes estatales.

⁶¹ Existen diversas estrategias de descreme, como el rechazo de personas, limitación de cobertura, planes especialmente diseñados para determinado tipo de personas (en cuanto a copagos, prestadores, tratamientos cubiertos), uso de seguros suplementarios para atraer a ciertas personas, mala calidad de la atención a determinados individuos, publicidad selectiva, etc.

Cuadro 4: Porcentaje de mujeres beneficiarias según tramo de edad y subsistema de seguro, 2012

Rangos edad	ISAPREs (I)	FONASA (F)	Diferencia (F-I)
< 20	48,5%	49,0%	0,5%
20 - 29	41,6%	52,7%	11,1%
30 - 39	43,6%	54,4%	10,8%
40 - 49	46,2%	53,3%	7,1%
50 - 59	50,1%	52,8%	2,6%
60 - 69	49,3%	54,0%	4,6%
70 - 79	53,2%	56,4%	3,2%
> 80	58,2%	63,9%	5,7%
TOTAL	46,3%	52,6%	6,3%

Nota: incluye todas las ISAPREs.

Fuente: Superintendencia de Salud, FONASA.

La evidencia indica que existe segmentación entre los dos subsistemas de seguros (estatal y privado); sin embargo, no es claro en qué proporción ello responde al comportamiento de los aseguradores o al de las personas, dado que, como se verá más adelante, a los individuos que saben que gastarán más en salud puede serles más conveniente tomar el seguro estatal y, por tanto, “optan” por aquél (Sapelli & Torche 2001). El cuadro 4 muestra que el porcentaje de mujeres que concentra el Fonasa es mayor que el de las isapres, especialmente en los tramos de mayor fertilidad, donde se espera que generen mayores costos para el seguro (entre los 20 y 40 años). Por su parte, la encuesta MORI 2014, que cuenta con información desde el año 2008 a 2013, indica que sistemáticamente quienes están afiliados a isapres autorreportan mejor estado de salud (personas de menor riesgo) que los afiliados al Fonasa. En efecto, el 70% de quienes cuentan con seguros privados dice tener “buena salud”, cifra que baja a 53% para los usuarios del Fonasa, y en el caso de quienes reportan que su salud es “mala”, estos guarismos son de 4,5% y 11,3%, respectivamente⁶². Esta diferencia entre el riesgo en salud promedio de las personas que pertenecen a isapres y al Fonasa se puede apreciar en el gráfico 2 en la sección siguiente.

Finalmente, respecto de la ineficiencia en el uso de los recursos, en la práctica no se cuenta con evidencia que permita concluir algo al respecto⁶³. Por ejemplo, según el trabajo encargado por la

⁶² Dentro del subsector privado también es posible verificar que existe segmentación, puesto que algunas isapres (abiertas) concentran a cierto tipo de personas (en cuanto a sexo y edad). Por ejemplo, mediante las transferencias que deben realizar entre éstas en el Fondo de Compensación es posible ver que Vida Tres concentra la población de mayor riesgo y, por el contrario, Ferrosalud, la de menor riesgo (<http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-channel.html>, acceso el 14 de octubre de 2014).

⁶³ En relación con este punto, algunos señalan que las isapres traspasan los aumentos de costos a sus afiliados en lugar de buscar formas más eficientes de proveer los servicios (Sánchez, Héctor. 2014. “Superintendencia y congelamiento de planes”. *Blog Voces La Tercera*, 3 de julio, <http://voces.latercera.com/2014/07/03/hector-sanchez/superintendencia-y-congelamiento-de-planes/>). Sin embargo, por una parte, la evidencia da cuenta de que el aumento real del gasto a nivel

Superintendencia de Salud (2009), al analizar los cautivos en cada isapre aparece la concentración de personas que sufren determinados problema de salud en ciertas isapres, con una baja participación en otras. Ello podría darse porque exista cierta especialización en el tratamiento de determinadas patologías o porque las aseguradoras compensan sus costos (concentrando a personas que padecen determinadas enfermedades costosas y excluyendo a otras). Se menciona especialmente el caso de una aseguradora que debiera ser estudiado, en cuanto concentraría niveles importantes de cautivos de todos los tipos de enfermedades, lo que al parecer no le genera problemas para subsistir financieramente. Por tanto, no es claro qué ocurre a nivel de eficiencia y calidad dada la competencia entre isapres.

4.1.2-c Nivel de información de los usuarios

La elección de un seguro de salud involucra el manejo de una alta complejidad y cantidad de información. Según Barr (2002), los mercados funcionan mejor cuando, entre otros, la información es buena, es barato mejorarla y es fácil comprenderla y cuando los costos de una mala decisión son bajos. En el caso de los seguros de salud cada plan difiere en cuanto al tipo de prestaciones, sus costos, cobertura financiera, calidad y efectividad (las que además pueden variar según el prestador). La combinación de estos factores junto con la enorme variabilidad en la disponibilidad de recursos por parte de los cotizantes generan una gran cantidad de alternativas que son difíciles de comparar. Ello hace más costosa la toma de decisiones para los usuarios, disminuye su poder de negociación (Covarrubias, 2000), debilita los beneficios de la competencia basada en la elección de aseguradora y de plan, y eleva los costos de administración de las isapres. Lo anterior es posible de subsanar en parte mediante seguros colectivos o grupales, como ocurre en las isapres cerradas (y en el caso de los seguros complementarios) y mediante la regulación. Este último enfoque se adoptó en la reforma de la década del 2000, principalmente con la llamada “Ley Larga” (Ley N° 20.015). Dicha norma buscó mejorar la información de los afiliados y su capacidad de negociación —así como disminuir el descreme— (Nancuante & Romero 2008), estableciendo (i) que la modificación de precios anual de las isapres sólo podrá afectar el precio base de los planes —que es el mismo para todos los beneficiarios de dicho plan— y no su contenido, fijando límites inferiores y superiores para dichas variaciones; (ii) que no puede haber más de una tabla de factores asociada a cada plan (y un máximo de dos tablas por cada isapre), la que no podrá sufrir modificaciones⁶⁴, siendo la Superintendencia de Salud la que determine la estructura de dichas tablas (estableciendo los tipos de beneficiarios, según sexo y condición de cotizante o carga, y los rangos de edad que se deban utilizar), y (iii) que en la misma ocasión en que se avise la modificación del precio base del plan deberán ofrecerse planes alternativos de igual precio a los beneficiarios, salvo que se tratara del plan base (el de menor precio) y que los planes ofrecidos

individual es más alto en el Fonasa que en las isapres (índice elaborado por Bitrán & Asociados incluido en la presentación realizada en la Comisión Asesora Presidencial el 14 de junio de 2014) y, por otra, este incremento se ve influido por factores que las aseguradoras no pueden controlar, como las licencias médicas y otros en los que quizás su influencia es más cuestionable, como el incremento en la demanda por prestaciones que, a su vez, afecta a ambos subsectores. A ello se debe agregar que el incremento en los costos es un fenómeno mundial.

⁶⁴ Esta medida es para quienes tomaron el plan con la respectiva tabla, puesto que la norma señala que cada 5 años se pueden cambiar las dos tablas, las que regirían para los nuevos beneficiarios.

deben tener al menos un año de comercialización. Si bien dichas medidas apuntaban a mejorar la información de los usuarios, en la actualidad existen más de 11.500 planes en comercialización (de un total de más de 55.000), siendo muy difícil todavía su comparación (Superintendencia de Salud 2014).

4.1.3 Carencia de incentivos a la prevención

En un sistema de seguros las instituciones que los ofrecen tienen bajos incentivos a la prevención, puesto que no pueden apropiarse de los beneficios de dicha inversión (menor gasto futuro en prestaciones), dado que las personas pueden cambiarse de aseguradora. Por otra parte, la prevención, al igual que un buen estado de salud, tiene externalidades; es decir, beneficia no sólo a la persona, sino que también al resto (disminuyen los costos en recursos y tiempo para todos y se evita el contagio en caso de ser una enfermedad propagable), por lo que la cantidad de prevención siempre será menor a la óptima. Asimismo, ciertas estrategias de prevención, como campañas masivas de publicidad, funcionan como bien público al no poder excluir a nadie de “beneficiarse” de ellas; por lo tanto, tampoco existe incentivo a que alguna aseguradora lo haga por su cuenta.

4.2 Incentivos de la convivencia de dos subsistemas de seguros

De la descripción del sistema de salud chileno se desprende que en el país conviven dos subsistemas de seguros: uno con características que se acercan más a un seguro social (y quizás incluso a un sistema nacional de salud), cuya lógica es redistributiva en cuanto a ingresos, cargas y riesgos de salud, y uno de seguros privados cuya lógica es individual y actuarial (cobrando primas ajustadas al riesgo). El siguiente cuadro resume sus principales características.

Cuadro 5: Características de los subsistemas de seguros estatal y privado

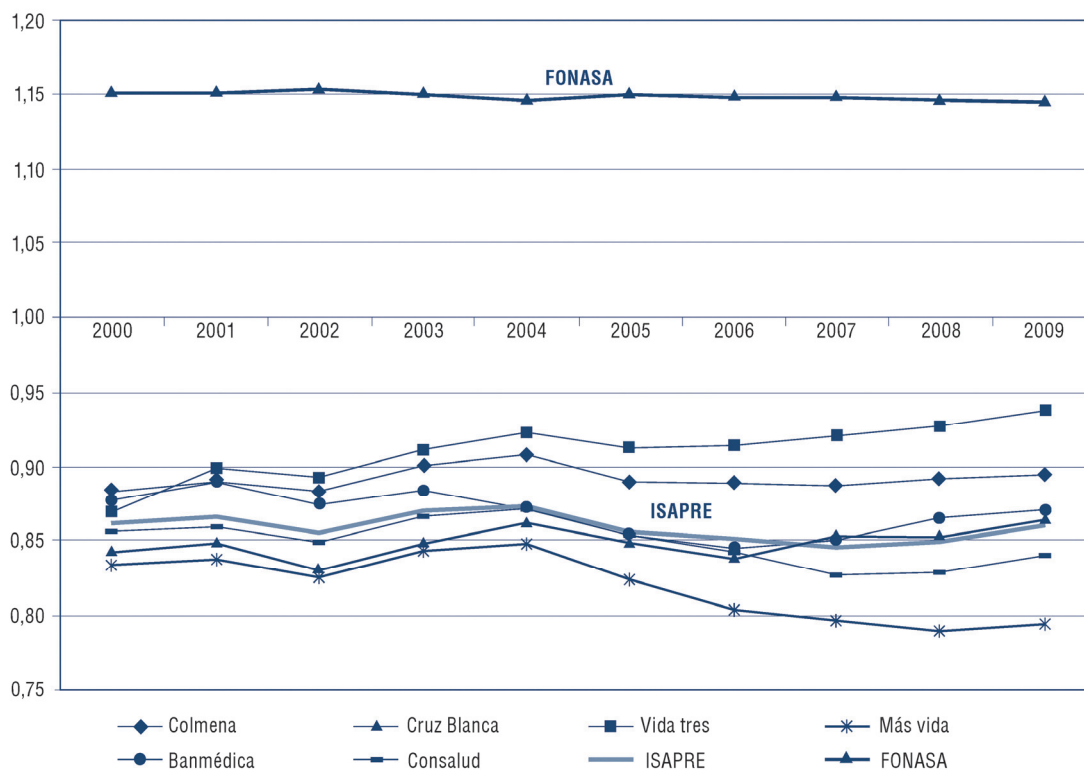
	Subsistema Estatal (seguro social)	Subsistema Privado (seguro privado)
Aseguradores	Uno (FONASA).	Varios (ISAPREs).
Financiamiento	7% obligatorio, aporte estatal, copagos.	7% obligatorio, aportes suplementarios afiliados, copagos.
Determinantes prima	Nivel de ingresos.	Contenido del plan, sexo, edad, número de cargas.
Planes	Único en cuanto a prestaciones y variedad en cobertura financiera (disminuye conforme aumenta el ingreso) y prestadores (salvo para FONASA A).	Variedad en cuanto a prestaciones, cobertura financiera y prestadores.
Prestadores	Estatales y privados.	Privados (estatales en casos excepcionales).
Costo prestaciones	Determinados por el Estado.	Determinados por el mercado.
Pago a prestadores	Presupuestos históricos, por servicio retrospectivos y prospectivo), per cápita.	Por servicio retrospectivo y prospectivo.

Fuente: Elaboración propia.

4.2.1 Segmentación de los beneficiarios

El que paralelamente convivan los dos subsistemas de seguros con lógicas diferentes (con sus respectivos incentivos en el comportamiento de las personas) genera una dinámica que resulta en segmentación de los afiliados y cargas (Baeza & Copetta 1999), tal como se aprecia en el gráfico 2⁶⁵. Así, para los más ricos y menos riesgosos es más conveniente el subsistema de seguros privado, dejando al FONASA con las personas de menores recursos y los más riesgosos (Sapelli 2004) y, por tanto, con un mayor costo por individuo.

Gráfico 2: Evolución del índice de riesgo en cada seguro en Chile 2000-2009



Fuente: Cid 2011.

La segmentación se produce tanto porque las aseguradoras privadas pueden descremar como porque cada individuo decide qué subsistema de seguros le es más conveniente, considerando el mandato de cotizar el 7% y las condiciones de los seguros en cada uno. Ante igual riesgo de salud, la probabilidad de cambiarse o de optar por un seguro privado es más alta a medida que el ingreso de las personas aumenta (Duarte 2011), puesto que, a diferencia del Fonasa, podrán acceder a

⁶⁵ Este índice sólo utiliza costos esperados promedio a nivel hospitalario, ajustados por sexo y edad, en base a estimaciones que usan aranceles públicos.

mejores planes a medida que su 7% crece. Por el contrario, en el Fonasa su situación empeora, ya que un mayor ingreso implica cambiar de tramo (A, B, C y D) y, por tanto, costear un mayor copago por igual prestación. Por su parte, quienes ven empeorada su salud (ya sea por la edad, porque adquieren una preexistencia u otra situación que afecte su salud) y cuyo número de cargas aumenta (dado un mismo nivel de ingresos) les será más conveniente quedarse en el Fonasa, puesto que por el mismo 7% reciben una mayor cantidad de prestaciones. Por el contrario, para los menos riesgosos y aquellos de mayores recursos, el subsistema de isapres es más atractivo, puesto que pueden acceder a mejores planes (mayor calidad percibida⁶⁶, más tecnología, mayores alternativas —en cuanto a cobertura y prestadores—, atención oportuna) e incluso a veces a un costo menor que en Fonasa (en aquellos casos en que el valor del plan es menor al 7% y, por tanto, la diferencia se puede usar para cubrir los copagos). La evidencia para Chile (Sapelli & Torche 2001) avala que parte del fraccionamiento del sistema se explica por el comportamiento de las propias personas, quienes eligen lo que les es más conveniente.

4.2.2 Implicancias de la existencia de un asegurador de última instancia

El Fonasa, al estar obligado a afiliar a todos los cotizantes que lo requieran y a quienes no cuentan con ingresos, actúa como un “asegurador de última instancia”, afectando también el comportamiento del subsistema de seguros privado. Una forma de determinar su impacto es pensar qué ocurriría si no existiera. En ese caso, es probable que las aseguradoras privadas tuvieran un rol más activo en cuanto a autorregulación (planes, precios, formatos, preexistencias, etc.), en abordar la prevención y la contención del gasto. También es esperable que el Estado hubiera tomado un rol más activo y que hubieran surgido soluciones para garantizar la adquisición de seguros para las personas impedidas de hacerlo, ya sea por falta de recursos, o preexistencias, como por ejemplo, planes más baratos, subsidios estatales u otras medidas.

4.3 Incentivos y efectos de la normativa que rige al sector en el nivel de seguros

Los efectos señalados en las dos secciones precedentes pueden ser influenciados por la normativa que rige al sector. En efecto, durante la existencia del actual sistema se han realizado distintas modificaciones a la legislación, las que se desarrollan en lo que sigue de esta sección. Dentro de éstas destaca la ocurrida en la primera mitad de la década del 2000 (el AUGE).

4.3.1 Efectos del “mandato” en salud

La obligación de cotizar el 7% del salario (o pensión) en alguna aseguradora se traduce, en primer lugar, en que algunas personas terminarán contratando un seguro mayor que el que necesitan (con el consiguiente sobreuso del sistema). En segundo lugar, en el sector privado el mandato

⁶⁶ Las encuestas señalan que los usuarios perciben una mayor calidad y satisfacción en el sector isapre (Mori 2014, encuestas Superintendencia de Salud, Cadem 2014b y CEP 2011).

genera que las isapres ofrezcan una gran multiplicidad de planes, ajustándose a la diversidad en la disponibilidad de recursos —que surge de aplicar el 7% a un sinfín de salarios—, complejizando la elección por parte de las personas. Asimismo, quienes no tienen ingresos y a quienes su 7% no les alcanza para comprar un plan en una isapre no tienen otra alternativa que el Fonasa. En tercer lugar, en el caso de los afiliados al Fonasa el mandato genera estímulos a subdeclarar la renta, puesto que, a medida que el ingreso aumenta y por tanto también las cotizaciones, las prestaciones cubiertas son las mismas y los copagos se incrementan. Además, y debido a la coexistencia de los dos subsistemas de seguros, lo anterior incentiva a las personas de mayores ingresos a salirse del Fonasa (donde subsidian a los de menos recursos) y buscar en las isapres planes de mejor cobertura o calidad. Lo mismo ocurre con las personas de menor riesgo en salud, quienes pueden optar en las isapres por planes más baratos y de mayor cobertura que en el Fonasa (donde subsidian a los de mayor riesgo en salud). Por tanto, esta segmentación plantea la inquietud respecto de la eficiencia de establecer un sistema redistributivo al interior del seguro estatal con las cotizaciones provenientes de los salarios (a través de los mencionados subsidios cruzados), puesto que su efecto es la emigración de los contribuyentes más sanos y de mayores recursos, excluyéndolos de la redistribución. En ese sentido, la redistribución mediante impuestos generales (aportes estatales) genera menos distorsiones (Aedo 1994), su base es más amplia (incluye salarios y los demás ingresos de las personas) y, por tanto, es más progresivo.

4.3.2 Incentivos de los paquetes garantizados: priorización de la atención de determinadas patologías

El incentivo más relevante de la obligación de otorgar un paquete de prestaciones definido con determinadas características (GES) es la priorización explícita del tratamiento de las patologías contenidas en el plan. **Las principales ventajas** de ello son la concretización del derecho a la salud y potencial mayor calidad de la atención de los problemas incluidos (que depende de la exigibilidad de dichas garantías); la mejora de la rendición de cuentas e involucramiento de la población; la transparencia en la priorización del gasto; la potencial solución de problemas de manera integral, y la focalización en el tratamiento de problemas que cumplan con determinados criterios deseables —por ejemplo, su impacto sanitario y financiero— (BID 2014). Asimismo, permite mejorar la estimación de los costos del tratamiento de los problemas incluidos y controlar el gasto mediante la atención por determinados prestadores (con quienes se acuerda un precio previo).

La evidencia indica que algunas de estas ventajas se han manifestado en el caso de Chile como el mejor acceso y la oportunidad de algunos tratamientos, que han sido evaluados (BID 2014). Sin embargo, hay algunas otras que no han sido aprovechadas, como establecer canastas de tratamiento completas de los problemas ya incorporados que permitan resolver de manera integral la patología o problema tratado (por ejemplo, incluir los medicamentos) (Inostroza 2013 y Beaumont 2009). Asimismo, según el estudio de Vargas y Poblete (2008), hay dos criterios que predominaron en la elección de los problemas incorporados en el paquete, la carga financiera y las preferencias sociales, siendo menos relevante el criterio de costo-efectividad.

Respecto de las desventajas, lo principal es que se relega el tratamiento de las prestaciones NO-GES, para las cuales se aplican mecanismos de ajuste implícitos, generándose listas de espera o mayores tiempos de espera y caída o mantención de la calidad de los tratamientos. En la práctica, en Chile ello ha afectado en mayor medida a los usuarios del Fonasa, que enfrenta más limitaciones (en cuanto a presupuesto y gestión) dada la existencia⁶⁷—y probable aumento— de listas de espera para los tratamientos que no cuentan con GES (Infante & Paraje 2010 y BID 2014). La encuesta de la Superintendencia de Salud⁶⁸ muestra que en 2009 (primer año del que se tiene registros de cumplimiento de plazos) el 24% de los usuarios del Fonasa indicó que los plazos no se cumplieron, cifra que creció a 34% para el año 2014. Dichos guarismos son de 10% y 9%, respectivamente, en el caso de las isapres.

Influido por lo anterior, otra consecuencia negativa es que se generan fuertes presiones por introducir nuevas patologías (o beneficios) al paquete garantizado, no siempre considerando los criterios fijados inicialmente o los “deseables”, con sus consecuentes efectos en los costos de todo el sistema y en la pérdida de focalización. Ello es más probable cuando los criterios para elegir las prestaciones y beneficios incluidos en el plan garantizado no son suficientemente claros, explícitos y transparentes, como ocurre en Chile (BID 2014, Infante & Paraje 2010). Cabe recordar que las 56 patologías iniciales se incrementaron en 2010 a 69 y en 2013, a 80, cuando la recomendación apuntaba a mejorar las canastas de las patologías existentes antes de integrar nuevas (Inostroza 2013 y Beaumont 2009). Por lo demás, no es claro que este aumento haya generado mejoras en la cobertura de la carga de enfermedad de los problemas incorporados en el paquete garantizado⁶⁹. A ello se debe agregar que, tanto en 2010 como en 2013, la garantía de oportunidad aún no estaba plenamente operativa para las patologías ya incluidas (aún existían listas de espera) y tampoco había comenzado a funcionar la de calidad (hasta la fecha aún no se inicia). Otra desventaja es la limitación a las posibilidades de elección de las personas debido al uso de prestadores cerrados para la atención de las patologías con GES, lo que podría limitar también la competencia (pudiendo disminuir la eficiencia) y el acceso a tecnologías más costosas y no incorporadas en los protocolos o guías clínicas. Por su parte, el establecimiento de estos últimos limita la libertad clínica y la innovación y aumenta los procesos administrativos y la burocracia (Superintendencia de Salud 2009).

⁶⁷ Según el informe preparado por el Minsal (2014), en mayo de 2011 existían 135.809 personas esperando por más de un año para una cirugía. De esos casos, en diciembre de 2013 quedaban 2.766 sin resolver. Sin embargo, no existen datos respecto de los nuevos casos en lista de espera.

⁶⁸ Descargable en <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-propertyvalue-3732.html>, acceso el 14 de octubre de 2014.

⁶⁹ Según Infante & Paraje (2010), las primeras 56 patologías abordaban alrededor del 65% de la carga de enfermedad. Posteriormente, el Minsal informó en 2010 que los 80 problemas de salud cubiertos comprendían el 60% de la misma (<http://web.minsal.cl/portal/url/item/d4e86b032132d66de0400101650175dd.pdf>, descargado el 18 de agosto de 2014). Lo anterior puede estar reflejando tanto cambios en el perfil epidemiológico como la falta de información adecuada y precisa.

4.3.3 Incentivos del cobro de primas planas

La obligación de cobrar la misma prima a todos los usuarios de una isapre por las GES genera efectos derivados de la selección adversa. Por una parte, la autoexclusión de los menos riesgosos, quienes subsidian al resto, y por otra parte, desceme. La reforma se hace cargo del segundo punto mediante la creación de un fondo de compensación “virtual” entre isapres abiertas que compensa a aquellas que tienen afiliados de mayor riesgo. Para ello, la Superintendencia calcula una prima común para todas las isapres (abiertas) y una prima ajustada por riesgo (sexo y edad). Según sea la composición de la cartera de cada isapre (en cuanto a edad y sexo de sus beneficiarios), éstas deberán recibir recursos o compensar a otras isapres por la diferencia entre la prima común y la prima ajustada. Así, para efectos de las GES, las isapres reciben una prima por cada beneficiario que está ajustada en base a su riesgo, la que, de estar bien calculada, evitaría el incentivo a excluir a los más riesgosos. Sin embargo, la literatura muestra: (i) un buen ajuste requiere, además del sexo y la edad, al menos variables asociadas a la morbilidad y socioeconómicas, y (ii) los mecanismos de ajustes de riesgo son costosos en la práctica (Rice & Smith 2001, Busse et al. 2004 y Thomson et al. 2013)⁷⁰. De todas maneras, el monto cobrado por las GES es bajo en relación con el precio total de los planes, por lo que puede que sus efectos no sean importantes, pero en la medida en que el paquete se vaya engrosando (ya sea porque incluye más problemas de salud o porque mejoran las canastas de tratamiento de las actuales patologías) los efectos de un ajuste de riesgo pobre podrían tener mayores implicancias.

4.3.4 Prohibición de integración vertical

Como se mencionara, la “Ley larga de isapres” estableció la prohibición para las aseguradoras de ejecutar las acciones de salud y de participar en la administración de prestadores, con el objetivo era evitar los efectos negativos que puede tener la integración vertical al limitar la competencia. Sin embargo, por una parte, esta disposición no evitó la integración vertical (dado que permite otras formas de integración) y, en segundo lugar, los efectos de su existencia no son claros, ya que dependen de la organización e institucionalidad del sistema, de la regulación, etc. En efecto, no existe consenso en la literatura respecto de su efecto anticompetitivo, puesto que, por una parte, esta estrategia se usa justamente para controlar costos mediante la atención cerrada (o preferente) con determinados prestadores —mejora la capacidad negociadora, controla el riesgo moral en el prestador, fomenta la inversión, disminuye los costos (Pontificia Universidad Católica de Valparaíso (PUCV) 2012, Galetovic & Sanhueza 2013). Por otra parte, también puede darse el escenario opuesto, en el cual los precios cobrados sean artificialmente altos cuando esta integración significa alto poder de mercado, que la integración vertical se convierta en una barrera al ingreso de otros aseguradores, que los incentivos a competir por calidad disminuyan y que se incentive el sobreuso (PUCV 2012, Galetovic & Sanhueza 2013). En Chile existen prestadores que a su vez forman parte del “*holding*” de alguna aseguradora y otros que no. En relación a ello, si bien

⁷⁰ De todas maneras, como lo señala Oliver (1999), un mecanismo adecuado de ajuste de riesgo no requiere predecir exactamente la probabilidad de requerir atención médica (con sus respectivos costos) de cada individuo, sino que debe hacerlo mejor que las aseguradoras.

algunos sugieren que hay un grado de concentración alto (Superintendencia de Salud 2013), que la integración vertical podría estar limitando la entrada de nuevas aseguradoras y que la legislación no ha contrarrestado los incentivos negativos de ésta (PUCV 2012), otros establecen que la evidencia no avala la existencia de ineficiencia debida a la integración vertical (Galetovic & Sanhueza 2013), por lo que en Chile no se cuenta con evidencia concreta de sus efectos.

4.3.5 Efectos de las determinaciones de los tribunales

Las normas asociadas al alza de precios base y a la estructura de la tabla de factores que estableció la reforma a la ley de isapres (Ley 20.015 de 2005) fueron posteriormente modificadas por los tribunales, tanto mediante sus decisiones en diferentes casos, como directamente a través de la derogación de parte de la normativa. En cuanto a sus decisiones, el Poder Judicial ha acogido y fallado a favor de quienes han apelado en contra del alza del precio base de su plan, justificando su decisión en que estos aumentos constituyen actos arbitrarios y unilaterales que afectan, entre otros, el derecho de propiedad⁷¹. En cuanto a la normativa, el Tribunal Constitucional determinó inconstitucional en 2010 la existencia de “grandes diferencias” entre los factores de edad y sexo de las tablas de factores. Ello implicó la derogación de parte del artículo que regula la estructura de la tabla de factores, dejando al subsistema de seguros privado con un vacío legal, que en la práctica congeló los ajustes del valor de las primas conforme sus afiliados cambian de tramos de edad, ya sea al alza o a la baja, no siendo claro el efecto final que ello provoca a las isapres (dado que algunos miembros tendrán precios más bajos que los que les correspondería de aplicárseles el factor de la tabla y otros más altos, como es el caso de los lactantes que son “caros” y cuando van creciendo son más “baratos”). Todo lo anterior se traduce en inestabilidad e incertidumbre en el subsistema de isapres, situación que no parece sustentable en el mediano y largo plazo. Si bien el número de recursos de protección aún es bajo en relación con la totalidad de los beneficiarios del subsistema de isapres, éstos han crecido fuertemente, pasando de 737 en 2007 a más de 145.000 en 2013⁷². De hacerse extensiva esta práctica⁷³, que se traduce en el congelamiento de los precios base y del contenido de cada plan, la situación se podría tornar inviable desde el punto de vista financiero en el mediano plazo. A ello se deben sumar los costos, tanto para el sistema de salud (pago de las costas de los abogados por parte de las isapres, tiempo y otros recursos que deben

⁷¹ En un intento por frenar estos fallos, se creó el año 2012 el IPC de la salud (calculado por la Superintendencia de Salud) como indicador referencial de los incrementos de precios en el sector privado; sin embargo, el Poder Judicial lo desestimó, al igual que el Gobierno actual.

⁷² De esta cifra, casi 54.000 causas se referían a reclamos por modificaciones del precio base del plan, cifra que en lo que va corrido del año 2014 alcanza a casi 45.000 (La Tercera. 2014. “Recursos contra alzas de precio en planes de isapres llegan a 16 de las 17 cortes del país”, 30 de agosto).

⁷³ Este año (2014), la Superintendencia de Salud ha decidido adoptar igual determinación ante los reclamos que reciben por parte de los afiliados por alzas de precios de planes. Asimismo, el 16 de junio de 2014 se presentó una acción colectiva por parte de la Corporación Nacional de Consumidores y Usuarios (Conadecus) en contra de 5 isapres por alzas de precios que atentarían contra la ley del consumidor, que, de prosperar, podría acelerar el problema.

destinarse a estos procesos) como para el Poder Judicial (que destina parte importante de su tiempo a resolver estas causas en desmedro de otras)⁷⁴.

Sobre este punto cabe mencionar que, en diciembre del año 2011, en base al trabajo desarrollado por dos comisiones de expertos convocadas en 2010 y 2011 por el Presidente de la República, el Ejecutivo envió al Congreso un proyecto de ley (Boletín N° 8105-11) que buscaba hacerse cargo de los efectos de la judicialización del sistema de salud. Entre otros, creaba un plan garantizado de salud para el sector privado, que debía ser ofrecido a todos sus usuarios al mismo precio, para lo cual consideraba un fondo solidario entre isapres que compensaría a las que tienen carteras más riesgosas. Asimismo, establecía que el INE (Instituto Nacional de Estadísticas) calcularía anualmente un índice respecto de los costos en el sector privado, que permitiría guiar y transparentar las alzas de precio del plan garantizado en cada isapre. Si bien dicho proyecto avanzó en su tramitación en una primera etapa, posteriormente ésta quedó paralizada. El nuevo gobierno convocó en abril de 2014 a una nueva comisión con el mismo mandato⁷⁵.

4.3.6 Efectos de la reforma a la autoridad sanitaria

La reforma de mediados de la primera década del 2000 también abordó la autoridad sanitaria. En lo que respecta a los subsistemas de seguros, se reemplaza la Superintendencia de Isapres por la de Salud, la que ahora debe supervisar también al Fonasa (y certificar y acreditar a los prestadores). Sin embargo, las atribuciones que le otorga la normativa en el caso del Fonasa son más restringidas que en el de las aseguradoras privadas (a las que puede fiscalizar en relación con toda la normativa que las afecta), puesto que se reducen a las GES y a los derechos de sus beneficiarios⁷⁶. Lo anterior y la falta de independencia de la Superintendencia de Salud respecto de la autoridad en salud (Sánchez & Inostroza 2011) se han traducido, en la práctica, en que su trabajo se ha focalizado en el subsistema privado de seguros, teniendo como consecuencias, entre otros, un mayor nivel de incumplimiento de las GES en el Fonasa (Infante & Paraje 2010 y BID 2014).

⁷⁴ La Corte de Apelaciones de Santiago decidió desde 2014 destinar un día completo de la semana a causas relacionadas con las isapres.

⁷⁵ El decreto que crea dicha comisión (Decreto N° 71 de 2014) establece en su artículo primero que su objetivo será “asesorar a la Presidenta de la República 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 sus 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”.

⁷⁶ Además de ello, se agregan atribuciones al Instituto de Salud Pública, a la Central Nacional de Abastecimientos del Sistema Nacional de Salud y al FONASA, desatacando en este último caso las de fiscalizar la recaudación de cotizaciones y resolver los reclamos de sus beneficiarios, así como también de tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud o para determinar y otorgar beneficios en el FONASA.

4.3.7 Efectos de otras disposiciones

En 2011 se aprobó la Ley N° 20.531, que establece la **eliminación de la obligación de cotizar** el 7% del ingreso a la salud a quienes pertenezcan al 60% más pobre⁷⁷. Junto con ello se rebajó dicha cotización a 5% para los pensionados pertenecientes a los cuatro primeros quintiles⁷⁸. En ambos casos, el Estado es el que se hace cargo de enterar ya sea al Fonasa o a la isapre, respectivamente, el monto correspondiente a la rebaja o exención, aumentando en el primer caso la proporción del aporte estatal recibido por el Fonasa e incorporando recursos estatales a las isapres.

También en 2011 se implementó el **Bono AUGE**, “instrumento para que el asegurado de Fonasa, a quien no le han respetado los plazos de atención para un problema de salud AUGE, acceda a la prestación incumplida y reclamada para su resolución en otro establecimiento asistencial, público o privado, designado por Fonasa”⁷⁹, que ha permitido a la aseguradora estatal mejorar el cumplimiento de la garantía de oportunidad (BID 2014) e indirectamente habría incidido en la mejora de la productividad los servicios de salud (Bonilla 2013).

En 2012 se promulgó una norma que establece **derechos y deberes de los pacientes**⁸⁰, que rige para todas las acciones vinculadas con la salud otorgadas por prestadores estatales y privados, institucionales e individuales. Dicha norma aborda los derechos relativos a la seguridad, al trato digno, la compañía y asistencia espiritual, la información, la reserva del contenido de la ficha clínica y la autonomía de los pacientes en la atención de salud. Asimismo, aborda otros aspectos relativos a los participantes de investigaciones científicas, a las personas con discapacidades y a la participación de los usuarios. La ley también dedica un párrafo a los deberes de los usuarios, en cuanto a informarse, al cuidado de las instalaciones y al trato y colaboración con el personal.

⁷⁷ Beneficiarios de la pensión básica solidaria de vejez: (i) quienes se encuentren afectos a alguno de los regímenes previsionales administrados por el Instituto de Normalización Previsional (INP) y no tengan derecho a pensión en algún sistema previsional; (ii) quienes perciban hoy o en el futuro pensión de vejez o jubilación, pensión de invalidez o pensión de sobrevivencia de cualquiera de los regímenes previsionales administrados por el INP, cuando la pensión base sea de un monto inferior al valor de la pensión máxima con aporte solidario que señala el artículo 13 de la Ley N° 20.255, y (iii) las personas inválidas que se encuentren afectas a alguno de los regímenes previsionales administrados por el INP que tengan derecho a una pensión de invalidez otorgada de acuerdo con dichos regímenes, siempre que la suma del monto de dicha pensión más cualquier otra que perciba de cualquier régimen previsional sea inferior a la pensión básica solidaria de invalidez y las personas inválidas que sólo tengan derecho a una pensión de sobrevivencia otorgada de acuerdo con alguno de los regímenes previsionales administrados por el INP, siempre que el monto de dicha pensión sea inferior a la pensión básica solidaria de invalidez.

⁷⁸ Las personas que perciban pensión de vejez o jubilación, pensión de invalidez o pensión de sobrevivencia, de cualquiera de los regímenes previsionales administrados por el Instituto de Previsión Social tendrán derecho a la rebaja de la cotización legal destinada a financiar las prestaciones de salud, en las mismas condiciones establecidas en el artículo 2º de esta ley.

⁷⁹ Página 35, Fonasa, “Fonasa en 100 preguntas. Guía práctica para los asegurados”. Extraído de <http://www.fonasa.cl/wps/wcm/connect/Internet/SA-General/Asegurados/Fonasa+100+Preguntas/> (acceso el 8 de julio de 2014).

⁸⁰ Ley N° 20.584 de 2012.

4.4 Coherencia de los incentivos y objetivos en el sistema de salud chileno

Como se mencionara, la Constitución de la República de Chile establece los objetivos permanentes para el sistema de salud, señalados en el artículo que menciona el derecho a la protección de la salud, así como también existen metas para el sistema de salud, que son revisadas cada 10 años. En base al análisis realizado en las secciones precedentes, a continuación se examina en qué medida los objetivos se cumplen, con énfasis en aquellos permanentes.

4.4.1 Libre e igualitario acceso a las acciones de salud⁸¹

La primera parte del derecho a la protección de la salud se refiere al deber del Estado de proteger el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Dada la existencia de un paquete de prestaciones priorizadas explícitamente, este derecho está garantizado para aquellas personas que padecen las enfermedades o condiciones incorporadas en el plan⁸², dejando en desventaja en cuanto al acceso a quienes padecen condiciones que no están incorporadas, y en mayor medida a los beneficiarios del seguro estatal (Infante & Paraje 2010).

Para las prestaciones garantizadas, teóricamente el libre e igualitario acceso debiera cumplirse, con la salvedad de que las GES sólo se hacen efectivas en determinados prestadores (tanto en el Fonasa como en las isapres). La escasa evidencia avala la existencia de mejoras⁸³, aunque las encuestas de la Superintendencia de Salud muestran que la población no mejora su evaluación para esta política —GES— (le ponen nota entre 5,5 y 5,3 de un máximo de 7,0⁸⁴), siendo superior la proporción de personas que lo “reprueba” (nota inferior a 4) en el Fonasa (16% en 2010 y 21% en 2014) que en las isapres (estable en 16%), lo que es coherente con el mayor nivel de incumplimiento de las GES por parte del sector estatal (BID 2014).

⁸¹ Una dimensión de este objetivo de proteger el libre e igualitario acceso a las acciones de salud se relaciona con la posibilidad de elegir el subsistema de salud (e incluso el prestador) temáticas que serán abordadas en conjunto en el punto siguiente.

⁸² Desde el punto de vista normativo, la priorización genera un debate respecto de la constitucionalidad de estos sistemas. Como lo señalan Valdivieso & Montero (2010: 1.045) ello “constituye un racionamiento de un derecho y por tanto se contrapone con una norma constitucional”. Es decir, se mejora el acceso, cobertura y equidad en el tratamiento de determinados problemas de salud (favoreciendo a un determinado grupo de personas), a costa de menor acceso, cobertura y equidad de otras enfermedades (y por tanto de otras personas), afectando el derecho a salud integral de la población (Missoni & Solimano 2010).

⁸³ Si bien la información no es completa, habría mejoras en el acceso de algunos procedimientos incluidos en el paquete, y según los usuarios, en la carga financiera (Infante & Paraje 2010) y avances cualitativos en los resultados de la atención de determinadas enfermedades que han podido ser evaluadas (BID 2014).

⁸⁴ Cuando se analiza a quienes han usado el AUGE (personalmente o algún familiar), la evaluación tiene mayor variabilidad entre los años, pero en promedio bordea el 5,6.

Respecto de las prestaciones No-GES la ley⁸⁵ establece explícitamente que éstas se otorgan en la medida en que los recursos (financieros, humanos, físicos, etc.) lo permitan. Dado los déficits de recursos (humanos, físicos y monetarios) y de gestión que enfrenta el Fonasa, los problemas No-GES tienen niveles de protección financiera menores que los garantizados, existen listas de espera y la calidad global de su atención es inferior (falta de especialistas, de insumos, de infraestructura). Quienes pertenecen al grupo A del Fonasa son los más perjudicados, dada la restricción legal para atenderse en la modalidad de libre elección, lo que se refleja, por ejemplo, en que el porcentaje que señala que los largos tiempos de espera son la principal razón de la sensación de desprotección es 10 puntos porcentuales más alto para los pertenecientes a dicho grupo (47% versus 37% para el resto⁸⁶). Algunos se ven forzados a pagar completamente de su bolsillo la atención en el sector privado⁸⁷.

En el caso del subsistema privado de seguros, la cobertura de los problemas No-GES depende del plan de cada persona. Sin embargo, al menos la oportunidad no parece ser un problema muy importante según los usuarios, puesto que sólo 8% señala que los tiempos de espera son la principal razón para sentirse desprotegido. La cautividad de quienes adquieren una preexistencia en la aseguradora en la que se encuentran (Fonasa o isapre) sí representa un problema, puesto que, de cambiarse, éstas no son cubiertas por un determinado periodo.

Así, el acceso a las acciones de salud, particularmente en lo que se refiere a las prestaciones no garantizadas, depende del estado de salud de cada persona, del nivel socioeconómico y de la disposición y posibilidad de pagar de cada individuo⁸⁸, siendo un desafío pendiente el cumplimiento cabal de este derecho.

4.4.2 Derecho a elegir el sistema de salud, sea éste estatal o privado⁸⁹

Las reflexiones de las secciones anteriores apuntan a las dificultades existentes para el cumplimiento de este objetivo. En primer lugar, existe un grupo de personas impedidas de tomar un seguro privado por no contar con recursos suficientes (dados su edad, sexo, número de cargas, nivel de ingreso), para quienes la única alternativa es el Fonasa⁹⁰ (aunque en principio podrían

⁸⁵ La Ley 19.966, en su artículo 3°, establece que se dictarán normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para dichas prestaciones, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios disponibles. Asimismo, señala que dichas normas no podrán sufrir menoscabo por el establecimiento y modificaciones de las GES.

⁸⁶ Superintendencia de Salud 2014.

⁸⁷ La encuesta del Instituto de Salud Pública de la UAB indica que 15% de las prestaciones recibidas por este grupo son realizadas por privados (4% habría pagado la totalidad del costo y 11% declara haber comprado bonos). *El Mercurio*, 2014. "15% de beneficiarios A de Fonasa usa libre elección, pese a no tener derecho", 3 de septiembre, *Nacional*, 5.

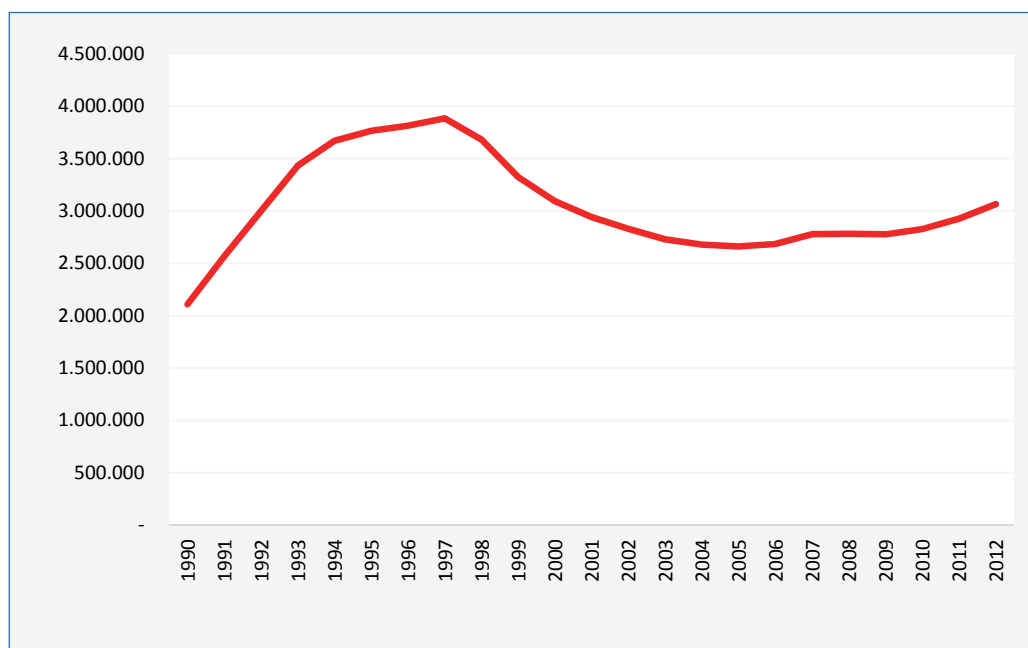
⁸⁸ Missoni & Solimano (2010) señalan, además, que los inmigrantes y las personas sin documentos no pueden acceder a los servicios disponibles para el resto de la población.

⁸⁹ El derecho a elegir el sistema de salud se interpreta en esta sección como la posibilidad de elegir el subsistema de seguros.

⁹⁰ Dicho beneficio tributario permitía a los empleadores descontar de impuestos el aporte que realizaban a sus trabajadores de 2% de sus salarios, permitiendo a estos últimos acceder a una aseguradora privada o mejorar su plan dentro de las mismas.

elegir un prestador privado, con la excepción de quienes integran el grupo A). En ese sentido, si bien algunas medidas han intentado mejorar la movilidad (como los cambios introducidos a las isapres con la reforma de la primera mitad de la década del 2000), otras han ido en la dirección opuesta, como lo fue la eliminación del subsidio estatal de 2% de los ingresos a fines de los noventa. Ello generó la emigración de un grupo de personas que ya no pudieron acceder a un seguro privado (ver gráfico 3), así como también un deterioro del plan de salud para quienes siguieron en alguna isapre y no pudieron cubrir de su bolsillo el aporte anulado.

Gráfico 3: Número de personas afiliadas a una ISAPRE



Fuente: FONASA.

En segundo lugar, tampoco existe libertad de elección para quienes adquirieron preexistencias y quieren tomar un seguro privado (o cambiarse de aseguradora), ya que las isapres pueden no afiliarlos o limitar la cobertura de dichos problemas de salud. En efecto, según la encuesta de la Superintendencia de Salud publicada en 2014, 34% de quienes estaban en 2013 en el Fonasa deseaban cambiarse al subsistema privado de seguros⁹¹, lo que refleja las limitaciones de elegir para las personas.

⁹¹ La pregunta que se realizó fue: "Si estar en Fonasa o en isapre tuviera exactamente el mismo costo, ¿en cuál de los dos sistemas preferiría estar?". En el caso de quienes contaban con seguros privados, 17% contestó que desearía cambiarse al Fonasa.

4.4.3 Deber preferente del Estado de garantizar la ejecución de las acciones de salud

Uno de los principales requisitos para poder garantizar la ejecución de las acciones de salud es **contar con mecanismos de información** sobre el desempeño de las diversas instituciones involucradas en la prestación de servicios en salud. Los estudios del BID (2014) y de Bonilla (2013) señalan que existen problemas de monitoreo y evaluación de los casos atendidos y de las listas de espera en el sector estatal, debido a deficiencias del sistema de registro (SIG-GES), que no es oportuno, completo ni homogéneo. Para el BID, ello responde a que no existen incentivos para contar con datos adecuados (particularmente del sector estatal), a que tampoco existe una entidad a cargo de realizar esta labor y a que las fiscalizaciones de la Superintendencia se enfocan en el sector privado (dada su falta de atribuciones y de independencia de la autoridad de salud).

Respecto del **cumplimiento de las prestaciones garantizadas**, el Estado debe velar porque el proceso de determinación de las prestaciones con GES sea transparente y objetivo, en orden a no ceder a las presiones por incrementar prestaciones en base a factores diferentes de los óptimos o deseables, lo cual es sin duda un aspecto a mejorar en Chile (Missoni & Solimano 2010 y Castillo et al. 2012). Asimismo, se requiere de incentivos y consecuencias para estimular el cumplimiento de las mismas⁹², con su contraparte en atribuciones adecuadas para la Superintendencia de Salud para fiscalizar y sancionar los incumplimientos en ambos subsistemas de seguros, situación que también es deficitaria. Ello se refleja también en la postergación en tres oportunidades de la puesta en marcha de la garantía de calidad, debido a la falta de acreditación de los establecimientos de alta complejidad⁹³.

El Estado tiene también un rol directo en la **provisión de los servicios** de sus propios establecimientos. En relación con ello, la OMS (2010) señala que cuando existe una sola entidad a cargo los incentivos apuntan a enfocarse más en las preocupaciones políticas que en las de sus

⁹² La ley que establece el nuevo régimen de garantías en salud (Ley N° 19.966 de 2004) señala que en caso de incumplimiento de las garantías se podrá reclamar ante la Superintendencia de Salud, “la que podrá sancionar a los prestadores con amonestación o, en caso de falta reiterada, con suspensión de hasta ciento ochenta días para otorgar las Garantías Explícitas en Salud, sea a través del Fondo Nacional de Salud o de una Institución de Salud Previsional, así como para otorgar prestaciones en la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud” (artículo 24). El artículo 42 de la misma norma establece que:

“El Fondo Nacional de Salud será responsable por falta de servicio y las Instituciones de Salud Previsional por incumplimiento negligente, de su obligación de asegurar el otorgamiento de las garantías explícitas de salud contempladas en esta ley, siempre que tal incumplimiento sea consecuencia directa de su actuar.

Responderán del incumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud los prestadores inscritos ante la Superintendencia de Salud, y no las instituciones mencionadas en el inciso anterior, en caso de que el referido incumplimiento sea consecuencia de la acción u omisión de dichos prestadores”.

⁹³ En junio de 2014 se anunció la postergación, por tercera vez, del plazo para la acreditación de hospitales y clínicas, requerida para poder echar a andar la garantía de calidad de las prestaciones que componen la lista de patologías cubiertas con GES otorgadas por establecimientos de alta complejidad, desde el 30 de junio de 2014 al 30 de junio de 2016 (Decreto N° 105 de 2014).

beneficiarios, lo que las hace vulnerables a la captura de grupos de interés. En Chile, la evidencia indica que los hospitales no son eficientes, apuntando a la falta de incentivos de los mecanismos de pago a dichos centros, así como a restricciones para la adecuada administración de sus recursos humanos y financieros (Santelices et al. 2013 y Castro 2006). En la atención primaria el diagnóstico también alude a un financiamiento inapropiado: recursos desajustados a las necesidades reales de la población, que no financian la canasta para la cual están pensados y excluyen prestaciones propias de este nivel de atención, como la prevención (Montero et al. 2011). Asimismo, el pago capitado, si bien promueve la atracción o inscripción de un alto número de personas, no incita a un adecuado tratamiento de éstas, sino que más bien a derivarlas a otros niveles de atención (Minsal 2012b). Tampoco promueve el esfuerzo y mejora del desempeño. Ello ha influido en que no se ha logrado fortalecer la atención primaria en cuanto a su rol de puerta de entrada y filtro a los demás niveles ni su capacidad resolutoria (Orrego et al. 2014).

En parte por lo anterior, tampoco se ha logrado una **adecuada coordinación de los diferentes niveles de atención**, no sólo dentro del sector estatal, sino que también en el sector privado, optimizando así el uso de todos los recursos disponibles, públicos y privados, lo cual no se promueve debido a la regulación⁹⁴ y a la falta de recursos.

Finalmente, **el Estado debe financiar y promover las acciones relativas a la prevención**, dadas las características de ésta (efectos en las demás personas) y la falta de incentivos para proveerla de los seguros. La evidencia indica que en Chile las medidas tomadas son insuficientes (Sánchez & Inostroza 2011, Montero et al. 2011), como se puede apreciar en los cambios en el perfil epidemiológico, con un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, las que pueden ser prevenidas mediante cambios en el estilo de vida. El cuadro 6 muestra la prevalencia de diabetes, de sobrepeso, de obesidad y el aumento en el consumo de alcohol, el que, al igual que las conclusiones de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 (Minsal 2012a), indica que el nivel de morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo en Chile son altos⁹⁵.

En la práctica, más allá de los exámenes y controles preventivos comprendidos en el régimen de prestaciones, de los planes de vacunación estatales y de estrategias de prevención aisladas de cada aseguradora privada, las políticas públicas que abordan la prevención de manera articulada son pocas. Uno de ellos es el programa Elige Vivir Sano⁹⁶, iniciativa que ha sido evaluada

⁹⁴ La Ley N° 20.015 de 2005 establece tanto la prohibición para las aseguradoras de celebrar convenios con el sector público para otorgar las acciones de salud, como restricciones en el máximo de recursos que puede destinar el Fonasa a la compra de servicios al sector privado en la modalidad de atención institucional (10% del presupuesto total de dicha modalidad).

⁹⁵ En efecto, entre 2003 y 2010, la prevalencia del sobrepeso pasó de 37,8% a 39,3%, la de la obesidad de 23,2% a 25,1%, la de la diabetes mellitus de 6,3% a 9,4% y la tasa de tabaquismo disminuyó de 42% a 40,6% en igual periodo.

⁹⁶ La Ley N° 20.670 de 2013, que institucionalizó el Programa Elige Vivir Sano, señala en su artículo N°1 que su objetivo es “promover hábitos y estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas”, abordando para ello los factores y conductas de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles por parte de las instituciones y órganos que conforman la administración del Estado, cuyas acciones deberán perseguir los siguientes objetivos: fomento de la alimentación saludable; promoción de prácticas deportivas; difusión de las actividades al aire

positivamente en cuanto a cambios en las conductas según sus usuarios (Cadem 2014a); sin embargo, éste no ha tenido continuidad dado que se encuentra en revisión desde marzo de 2014. De todas maneras, a pesar de ser una estrategia que involucra a varios sectores (educación, municipios, entidades privadas), el programa no incorpora estrategias preventivas en el sistema de salud, considerando que la atención primaria podría jugar un rol relevante en este sentido. Finalmente, en este déficit de prevención ha influido la dificultad de implementación del modelo de salud familiar, que justamente aborda la prevención de mejor manera.

Cuadro 6: Indicadores de salud para Chile y la OCDE para el año 2012, 2011 o año más cercano

Indicador	Chile	OCDE
Prevalencia estimada de la diabetes* (adultos de entre 20 y 79 años)	9,8	6,9
Consumo de alcohol entre adultos (litros por persona de 15 o más años)	8,6	9,4
Cambio porcentual en el consumo de alcohol en adultos entre 1990 y 2011	9%	-4%
Obesidad en adultos (porcentaje obesa de la población sobre 15 años)	25,1%	15,4%
Sobrepeso en niños (hombres y mujeres) (porcentaje del total)	23% y 21%	26% y 27%
Consumo de tabaco en adultos (% de fumadores diarios)	29,8%	20,7%

* La prevalencia corresponde al número de personas que padece determinada condición dividido por el total de la población.

Fuente: OCDE 2013, OCDE 2014a y OECD 2014b.

4.4.4 Objetivos sanitarios de la década

El sistema de salud chileno desde el año 2000 se fija metas para ser cumplidas en cada década. El plan nacional de salud estableció para la década 2000-2010 cuatro grandes categorías⁹⁷, las que para el periodo 2011-2020 sufrieron algunas variaciones, quedando los siguientes cuatro grandes “Objetivos Sanitarios”: 1) mejorar la salud de la población, 2) disminuir las desigualdades en salud,

libre; actividades de desarrollo familiar, recreación y manejo del tiempo libre; acciones de autocuidado; medidas de información, educación y comunicación, y contribuir a disminuir obstáculos que dificultan el acceso a hábitos y estilos de vida saludables de las personas más vulnerables.

⁹⁷ (i) Mejorar los logros sanitarios alcanzados (en cuanto a salud infantil, salud de la mujer y enfermedades infecciosas); (ii) enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad (agrupados en determinantes asociados a cambios culturales y de estilo de vida y otros asociados a las condiciones de trabajo, condicionantes ambientales y reducción de las muertes y discapacidad); (iii) disminuir las desigualdades en salud (en mortalidad infantil, esperanza de vida y años de vida potencial perdidos), y (iv) proveer servicios acordes con la expectativa de la población (en relación con el financiamiento del sector y con la satisfacción de las expectativas legítimas de la población (Minsal 2010a).

3) aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud y 4) asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias. A su vez, para alcanzar dichos objetivos se dispuso de 9 “Objetivos Estratégicos”⁹⁸, con sus respectivas metas e indicadores.

Dado que estos objetivos van variando en el tiempo, es relevante que se ajusten a los objetivos permanentes, así como también a la realidad que el país enfrentará en el futuro. Considerando el análisis anterior, a continuación se presentan algunos comentarios respecto de estas metas.

4.4.4.a Mejorar la salud de la población

Los incentivos del sistema de salud actual fomentan una mejora en los tratamientos de las prestaciones con GES, sin embargo, no existen sistemas de monitoreo sistemáticos que permitan confirmar estos avances. Lo que ocurre con el tratamiento de los problemas no contemplados en el paquete garantizado por el sistema AUGE no es claro y, aunque éstos en principio representan menos de la mitad de la carga de enfermedad de la población, es necesario contar con información para evaluar el impacto de la priorización sobre el tratamiento de estos problemas de salud. Los indicadores relativos a la percepción del estado de salud (MORI 2014) muestran que el porcentaje de personas que considera que su salud es buena (tomando en cuenta los últimos 12 meses) ha crecido levemente en promedio en el país en los últimos 5 años.

De todas maneras, el nuevo perfil epidemiológico de la población —que está transitando desde “un predominio de enfermedades infecciosas, traumatismos, enfermedades agudas y problemas de salud materno-infantiles a un predominio de enfermedades crónicas y de salud mental” (Orrego 2014, 10)— no parece estar siendo abordado apropiadamente, situación que juega en contra del objetivo de mejorar la salud de la población.

4.4.4.b Disminuir las desigualdades en salud

Las desigualdades debieran tender a disminuir en el caso de las personas que padecen enfermedades cubiertas por el paquete con GES⁹⁹; sin embargo, para el resto las diferencias

⁹⁸ (i) Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico; (ii) prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismo; (iii) desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo, asociados a la carga de enfermedad de la población; (iv) reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital; (v) reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos de la salud; (vi) proteger la salud de la población a través del mejoramiento de las condiciones ambientales y de seguridad e inocuidad de alimentos; (vii) fortalecer la institucionalidad del sector salud; (viii) mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto a los derechos de las personas, y (ix) fortalecer la respuesta adecuada del sector salud ante emergencias, desastres y epidemias (Minsal 2010b).

⁹⁹ De todas maneras, podrían realizarse cambios, dentro del esquema actual, que apunten al cumplimiento de este objetivo. Al respecto, Vargas & Poblete (2008) señalan que en la determinación de las prestaciones incluidas en el

podrían agravarse, dado que la cobertura de dichos problemas depende en gran medida de las posibilidades de pago de las personas. Lo anterior se refleja en las respuestas de los usuarios, en las que los beneficiarios de seguros privados sistemáticamente manifiestan que se sienten más protegidos que los del Fonasa (encuestas de la Superintendencia de Salud 2007 a 2014¹⁰⁰), diferencia que presenta una leve tendencia al aumento en el tiempo. Lo anterior es respaldado por la evolución de la brecha en la respuesta a la pregunta referida a la satisfacción con “su sistema de salud”, que también se va agrandando, a favor de las isapres. Ello contrasta con la disminución de esta misma brecha dentro de cada subsistema de seguros, al considerar el nivel socioeconómico de sus beneficiarios, donde se ve que las diferencias van cayendo (levemente).

Las desigualdades también aparecen en otras dimensiones de la atención en salud, como las abordadas en la ley de derechos y deberes de 2012 referidas al trato e información del paciente, norma que presenta diferentes grados de conocimiento según subsistema de seguros (63% en las isapres y 52% en el Fonasa, según la encuesta de la Superintendencia).

4.4.4.c Aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud

La baja satisfacción con el sistema de salud fue una de las motivaciones para realizar la reforma de la década del 2000, dado que diversas encuestas mostraban al sector salud sistemáticamente dentro de los aspectos o esferas de mayor insatisfacción de los chilenos (BID 2014). Las encuestas de la Superintendencia de Salud no evidencian mejoras en este aspecto desde 2007 a la fecha. Por su parte, los resultados de MORI (2014), que sólo evalúan usuarios de isapres y del Fonasa, encuentran una disminución en la satisfacción promedio de dichos beneficiarios.

No obstante lo anterior, la Superintendencia de Salud muestra en sus encuestas una leve mejora en la proporción de chilenos que se sienten protegidos o muy protegidos frente a un problema importante de salud (con un crecimiento mayor en las isapres); sin embargo, la proporción que se siente desprotegida o muy desprotegida también se incrementa en igual periodo en promedio, debido al efecto de las respuestas de los usuarios del Fonasa (esta proporción disminuye en el caso de las isapres). Las razones para sentirse desprotegido varían: los usuarios del Fonasa aluden principalmente a los tiempos de espera y los de las isapres a los precios y la cobertura, lo que concuerda con MORI (2014), que señala que el aspecto de mayor insatisfacción entre los usuarios de isapres es la cobertura de enfermedades catastróficas (ello coincide también con el análisis del sistema de salud chileno realizado en este documento).

4.4.4.d Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias

Respecto de los aspectos que afectan positivamente la calidad, destaca el desarrollo de protocolos (guías clínicas) para el tratamiento de cada problema incluido en las GES, en la medida en que sean considerados como estándares mínimos (dado el efecto limitante que podrían tener), aunque

paquete garantizado no se incorporan criterios que permitan reducir la desigualdad; por ejemplo, considerando aquellas patologías que afectan más a los grupos más vulnerables.

¹⁰⁰ Descargables en <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-propertyvalue-3732.html>.

no existen mecanismos de verificación de sus efectos aún. En relación con los aspectos en contra, está el retraso en la implementación de la garantía de calidad, dada la demora en la acreditación de los prestadores de mayor complejidad y la débil fiscalización de parte de la Superintendencia de Salud al asegurador estatal. A lo anterior se suma el que las prestaciones no incluidas en el paquete garantizado están siendo relegadas.

5. Comentarios finales, desafíos y algunos lineamientos

El sistema de salud chileno actual, cuyas bases se remontan a principios de la década de los ochenta, lleva desarrollándose 30 años y ha alcanzado en la actualidad prácticamente cobertura total (97,4% según la encuesta Casen 2011). En el cuadro 7 se puede apreciar que los indicadores de esperanza de vida y algunos de mortalidad nos sitúan cerca del promedio de los países desarrollados, a pesar de nuestro menor nivel de ingresos y desarrollo (distancia que sí se manifiesta en otros indicadores). Además, en términos generales, la mayoría de las personas está relativamente satisfecha con el sistema de salud, lo que no obsta a que los usuarios señalen ciertos reparos con el sistema en general, así como también con su subsistema de seguros (Fonasa o isapres). Según la encuesta del Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello¹⁰¹, el 57% de las personas aprueba el sistema de salud (nota sobre 4,0) y 25% lo califica con nota 6 y 7 (en base a su experiencia), similar a lo encontrado por la Superintendencia de Salud (2014), donde sólo 34% reprueba su sistema de salud y 31% lo califica con nota 6 y 7.

Cuadro 7: Indicadores de salud para Chile y la OCDE para el año 2012, 2011 o año más cercano

Indicador	Chile	OCDE
Esperanza de vida al nacer (años)	78,9	80,2
Mortalidad por enfermedades cardiovasculares (tasas estandarizadas según edad por cada 100.000 habitantes)	236,6	296,4
Mortalidad por cáncer (tasas estandarizadas según edad por cada 100.000 habitantes)	210,2	213,1
Mortalidad infantil (muertes por cada 1.000 nacidos vivos)	7,7	3,7
Mortalidad maternal (muertes por cada 100.000 nacidos vivos)	18,5	6,8
Mortalidad por accidentes de tránsito (tasas estandarizadas según edad por cada 100.000 habitantes)	14,4	7,3

Fuente: OCDE 2013, OCDE 2014a y OECD 2014b.

¹⁰¹ Estudio Nacional de Salud 2014 descargable en <http://www.ispandresbello.cl/encuesta-salud-unab-aspectos-criticos-del-sistema-son-acceso-especialistas-hospitalizarse-y-optar-operarse/> (acceso el 3 de septiembre de 2014).

Considerando que en Chile conviven dos subsistemas de salud con lógicas diferentes, es esperable que las mejoras y ajustes que cada uno requiere sean diferentes, si lo que se busca es que funcionen de manera articulada, lo que es avalado por el análisis teórico desarrollado a lo largo de este documento, por la evidencia práctica presentada y por la opinión de los usuarios. Por ejemplo, según las encuestas de la Superintendencia de Salud¹⁰², si bien sistemáticamente existe una mayor satisfacción por parte de los beneficiarios de isapres con el sistema de salud, quienes se sienten desprotegidos en dicho subsistema de seguros señalan como primera y segunda causal, respectivamente, los altos precios que deben pagar y la baja cobertura. Respecto de las desventajas de las isapres, sus usuarios señalan, principalmente, el no aviso de las alzas en planes y el precio de los remedios no genéricos y, en segundo lugar, la baja cobertura, especialmente en el caso de enfermedades preexistentes. Por su parte, los beneficiarios del Fonasa que indican sentirse desprotegidos señalan que ello se debe, en primer lugar —y muy por sobre otras razones—, a los largos tiempos de espera. En segundo lugar, aparece la mala atención por parte de los funcionarios. En tercer lugar, quienes pertenecen al grupo A mencionan la poca disponibilidad de especialistas y el resto menciona que los bonos/precios son caros y que hay poca disponibilidad de horas médicas. Lo anterior coincide con las desventajas que los usuarios del Fonasa consideran son las más relevantes: (i) la mala atención del prestador y los largos tiempos de espera y (ii) la carencia de especialistas y que el seguro no cubre todos los exámenes.

Cuadro 8: Indicadores de recursos del sector salud en Chile y OCDE, año 2012 o año más cercano

Indicadores	Chile	OCDE	Posición relativa a 34 países de la OCDE (de mayor a menor)
Gasto en salud como % del PIB	7,3%	9,3%	29
Gasto en salud per cápita (En dólares estadounidenses a paridad de poder de compra - PPP)	1.577	3.484	30
Número de médicos (*) (Por cada 1.000 habitantes)	1,7	3,2	33
Médicos graduados (Por cada 100.000 habitantes)	6,2	10,6	30 (de 33 países)
Número de enfermeros (*) (Por cada 1.000 habitantes)	4,2	8,8	31
Enfermeros graduados (Por cada 100.000 habitantes)	39,4	42,9	13 (de 31 países)
Camas de hospital (Por cada 1.000 habitantes)	2,2	4,8	33

Notas: (*) En el caso de Chile considera a todos los doctores y enfermeros que ejercen en el sector salud (incluye aquellos en áreas de administración, investigación, educación, etc.).

Fuente: OCDE 2014a y OCDE 2013.

¹⁰² Descargables en <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-propertyvalue-3732.html> (acceso el 14 de octubre de 2014).

Como se mencionó, la opinión de los usuarios no hace más que reflejar los resultados de los diferentes mecanismos de ajuste de cada subsector, ante los constantes aumentos en la demanda por prestaciones de salud y los déficits en la oferta de prestadores que Chile presenta. El cuadro 8 muestra diferentes indicadores de recursos del sector salud para Chile en relación con la OCDE. En él se evidencia que el gasto en salud es el indicador más cercano al promedio de los países que integran la OCDE y no es tan diferente cuando se considera el nivel de producto per cápita de países similares y del promedio de la OCDE¹⁰³ (ver cuadro 9).

Cuadro 9: Indicadores de recursos del sector salud en Chile y países de similar PIB per cápita 2011 o año más cercano

Indicadores	Chile	México	Turquía	Polonia	Hungría
PIB per cápita (En dólares estadounidenses a PPP)	20.216	17.125	17.781	21.753	22.413
Gasto en salud como % del PIB ⁽¹⁾	7,5%	6,2%	6,1%	6,9%	7,9%
Gasto en salud per cápita ⁽²⁾ (En dólares estadounidenses a PPP)	1.568	977	906	1.452	1.689
Número de médicos ⁽³⁾ (Por cada 1.000 habitantes)	1,7	2,2	1,7	3,1	2,2
Número de enfermeros ⁽³⁾ (Por cada 1.000 habitantes)	4,2	2,7	1,7	5,2	6,2
Camas de hospital (Por cada 1.000 habitantes)	2,2	1,7	2,5	6,6	7,2

Notas: ⁽¹⁾ ⁽²⁾ El dato para México es de 2010 y Turquía de 2008. ⁽³⁾ El dato para Turquía incluye también a médicos/enfermeros desempeñándose en otros sectores de la salud como gerentes, educadores, investigadores, entre otros. En el caso de Chile se consideran todos los enfermeros/médicos graduados.

Fuente: OCDE 2013 y base de datos OCDE (<http://www.oecd.org/statistics/>).

Sin embargo, los indicadores relativos al número de médicos y de camas están muy por debajo de los que presentan en promedio los demás países de la OCDE, y en relación con países de similar PIB per cápita, tampoco se encuentran en una buena posición. El indicador de número de enfermeros, si bien en cuanto al promedio de la OCDE no aparece muy bien, existen indicios de mejora al observar el número de graduados —indicador que aparece cercano al promedio de la

¹⁰³ Dado que se sabe que existe una relación positiva entre el gasto en salud y la riqueza de un país, para contextualizar el indicador de gasto relativo al PIB de Chile en 2012, se compara también dicho indicador con el que tenía en promedio la OCDE cuando el ingreso per cápita promedio de los países integrantes era equivalente (en términos reales) al que Chile tenía en 2012, lo que ocurrió en 1986. Dicho indicador era entonces de 7,16%. (Los datos respecto del porcentaje de gasto en relación con el PIB se obtuvieron de Schieber & Poullier 1988, quienes a su vez los obtienen de la OCDE. Los datos referidos al PIB real de cada país integrante de la OCDE se obtuvieron de la base de datos “Total Economy Database” de The Conference Board, descargables en <https://www.conference-board.org/data/economydatabase/>. Los cálculos referidos al PIB per cápita así como del porcentaje del gasto en salud en relación con el PIB se realizaron incluyendo a los países que en cada año eran miembros de la OCDE).

OCDE—. Ello no ocurre en el caso de los médicos, donde el número de graduados es también bajo (cuadro 8).

Parece también probable que estos déficits estén relacionados, ya que son complementos; es decir, de nada sirve un hospital o un consultorio si no se cuenta con los recursos humanos adecuados para que atiendan a los pacientes. Así, esta carencia de prestadores (hospitales, doctores, enfermeros) se refleja en mayores precios en el sector privado y en listas de espera en el sector estatal, coincidiendo con el análisis realizado en este documento y con las opiniones de los usuarios. Por tanto, considerando el estudio efectuado respecto del sistema de salud chileno en este documento, así como los ajustes y medidas que han ido adoptando los países para sus sistemas de salud, sobre todo en aquellos que cuentan con sistemas de seguros, a continuación se señalan los desafíos pendientes para Chile y algunos lineamientos que permitirían abordarlos.

5.1 Garantizar que todos tengan acceso a las acciones de salud en igualdad de condiciones

Se requiere cumplir con la garantía constitucional que permite a las personas elegir su seguro de salud, facilitando la movilidad de los usuarios y la comprensión de la información en salud. Para ello se propone:

- i. Establecer la obligación tanto al Fonasa como a las isapres de ofrecer un plan equivalente (en cuanto a prestaciones, aranceles¹⁰⁴ de prestaciones y eventualmente copagos) que permita a las personas comparar fácilmente y a las aseguradoras competir por los prestadores, calidad de la atención y eventualmente copagos. Éste debe ofrecerse por separado del plan complementario de salud. La mayoría de las propuestas desarrolladas en el último tiempo tienen como elemento común la idea de un plan con beneficios universales¹⁰⁵, medida que han adoptado varios países en los últimos años.
- ii. Subsidiar directamente a las personas que no cuentan con recursos suficientes para costear el plan de salud. Lo anterior aplica tanto en el caso de que se mantenga la posibilidad de establecer precios diferentes por sexo y edad como en el que se obligue a las aseguradoras a cobrar un mismo precio (tarifa plana) a todos sus usuarios por el mismo plan (lo que requiere de un buen mecanismo de compensación a los aseguradores para evitar los problemas de la selección adversa). Se requiere establecer topes a los subsidios en relación con los ingresos de las personas y con el valor del plan.
- iii. La afiliación a un plan de salud debe ser abierta, lo cual demanda la existencia de mecanismos de compensación para las personas que se cambian de seguro (fondos que

¹⁰⁴ Como por ejemplo, que todos usen el arancel del Fonasa u otro acordado.

¹⁰⁵ Entre otros, está la propuesta respaldada por la Asociación de Isapres (“Bases de una propuesta de reforma al sistema privado de salud”) presentada ante la Comisión Asesora Presidencial por Ricardo Bitrán el 14 de junio de 2014; el proyecto de ley presentado en 2011 que creaba un plan garantizado (Boletín N° 8105-11); y los trabajos de Cid (2011), Butelman et al. (2014) y Sánchez e Inostroza (2011).

pueden provenir en alguna proporción de la aseguradora de donde procede quien se está cambiando, así como también de un fondo de compensación general que busque facilitar la movilidad).

- iv. En el corto plazo y mientras no se establezca una solución definitiva y completa que integre los dos subsistemas, es urgente abordar el vacío legal que rige al subsistema privado de seguros (estableciendo una estructura para la tabla de factores y las fórmulas que se aceptarán para el reajuste anual de precios), para permitir la subsistencia de las isapres. De lo contrario, se termina con la posibilidad de elegir. El proyecto de ley que establecía un plan garantizado de salud presentado el año 2011 (Boletín 8105-11), entre otras cosas, creaba una nueva estructura para la tabla de factores —con una variación bastante menor a la que contenía la norma derogada—, así como un método de reajuste de precios, que podrían ser un punto de partida para abordar este problema.
- v. Una medida que está siendo utilizada por los países que cuentan con sistemas de seguros sociales es estimular el ingreso de más aseguradores, con el fin de crear una mayor competencia. Ello requiere eliminar las barreras que hoy impiden la entrada de éstos, como podría ser los precios que enfrentan de parte de los prestadores, en la medida en que estos últimos ofrecen precios diferentes a las isapres.

El Fonasa debe ser una alternativa competitiva a los seguros privados. Se requiere mejorar el funcionamiento y competitividad de esta institución, lo que implica:

- i. Que el Fonasa funcione como una entidad autónoma de la autoridad en salud, con atribuciones para establecer convenios con entidades públicas y privadas y determinar sus propios métodos de pago, que le permitan ofrecer la mejor calidad al menor costo. Ello demanda establecer claramente qué será financiado y regulado por el Minsal y qué prestaciones son parte del plan que financia el asegurador.

Se deben eliminar las barreras que impiden la total implementación de las GES y procurar que con ello no se perjudique a las personas que requieren atención para los tratamientos no garantizados. Lo anterior implica:

- i. Avanzar en la exigibilidad de las GES, haciendo que su contenido sea realista y ajustado a los recursos financieros existentes y que las canastas de prestaciones asociadas a cada problema permitan resolverlo integralmente. Lo anterior implica cambios en el procedimiento de priorización, que apunten a una mayor transparencia y claridad de los criterios en que se basa la selección del contenido.
- ii. Implementar un sistema de información adecuado (oportuno, integrado y preciso), que permita monitorear las prestaciones y su calidad para la totalidad del sector salud y así identificar los aspectos a mejorar y fortalecer, particularmente en lo que ocurre con las prestaciones que no cuentan con GES (ello también ayudaría a mejorar las estimaciones de la carga de enfermedad de la canasta de prestaciones con GES, así como su costo, entre otros). Dicha responsabilidad debe estar en manos de una entidad que no tenga

“conflictos de interés”, como ocurre con el Minsal, ya que tiene pocos incentivos para fiscalizar la gestión de sus propios prestadores, o alternativamente se deben buscar mecanismos que minimicen dichos incentivos.

- iii. Establecer consecuencias y reglas análogas en ambos subsistemas de seguros (Fonasa e isapres) para que los beneficiarios se sientan igualmente protegidos en cuanto a sus derechos (en relación con todas las prestaciones). Ello requiere ampliar las atribuciones de la Superintendencia de Salud en relación con el Fonasa y otorgarle mayor independencia de la autoridad en salud.

Favorecer el acceso oportuno a las prestaciones para todos. Ello requiere:

- i. Eliminar la restricción a las personas del grupo A del Fonasa de atenderse con prestadores privados (ellos son los que se ven más afectados por las listas de espera).
- ii. Establecer mecanismos de subsidio como el bono AUGE u otros similares cuando los plazos estipulados no se cumplan (se debe recordar que los tratamientos que no cuentan con GES también tienen plazos).
- iii. Eliminar las restricciones para el seguro estatal de comprar prestaciones al sector privado¹⁰⁶, en la medida en que ello permita dar acceso a la salud a toda la población con costos sustentables; por ejemplo, mediante convenios que establecen precios de manera previa.

5.2 Garantizar un financiamiento adecuado de cada subsistema de seguros

Mejorar los incentivos del método de financiamiento para costear adecuadamente los planes de salud ofrecidos. Para evitar las distorsiones del actual sistema se propone:

- i. Cambiar el mandato en salud asimilándolo al que han adoptado otros países, estableciendo la obligación de comprar un seguro de salud de determinadas características (plan universal). Como se mencionó, el Estado podría subsidiar a quienes no cuentan con recursos suficientes para costear dichos seguros, de manera que la redistribución sea realizada en base a impuestos generales (que gravan todos los ingresos), dadas las ventajas que tiene en relación con aquella realizada sólo en base a

¹⁰⁶ El DFL N°1 de 2005 establece en el artículo 50, letra b que: “La Ley de Presupuestos contemplará, en el presupuesto del Fondo Nacional de Salud, los recursos que éste podrá destinar al financiamiento de los convenios que celebre con organismos, entidades y personas que no pertenezcan al Sistema Nacional de Servicios de Salud, privados y/o públicos, para proveer determinadas prestaciones en la Modalidad de Atención Institucional a que se refiere el Libro II de esta Ley. Los convenios deberán celebrarse a precios no superiores a los contenidos en el arancel y normas señaladas en el Libro II de esta Ley. Sólo en casos excepcionales, por resolución fundada del Ministro de Salud y por el plazo máximo de un año, se podrán celebrar convenios a precios superiores a los indicados en el arancel de dicho Libro. En todo caso, el monto de los recursos que el Fondo podrá destinar al financiamiento de dichos convenios no podrá exceder el equivalente al 10% del presupuesto total de la Modalidad de Atención Institucional”.

salarios. Ello también ayudaría a transparentar el costo del seguro estatal y la contribución que el Estado realiza por cada persona.

- ii. Mecanismos de compensación a las aseguradoras adecuados al riesgo de los beneficiarios. Tanto para favorecer la movilidad de las personas con condiciones de salud adquiridas, como en el caso de que se establezcan tarifas planas. Ello requiere utilizar al menos variables demográficas (sexo, edad, localización geográfica), como socioeconómicas (educación, ingresos) y de morbilidad (diagnósticos, otras medidas del estado de salud y discapacidades).
- iii. Se plantea que las diferencias en los copagos de cada prestación se asocien con el tipo de problema atendido y no con el nivel de ingresos de las personas.
- iv. Ello no obsta a que se establezcan límites a los copagos que anualmente (o en otra periodicidad) superen determinados montos, los que sí podrían estar asociados al nivel socioeconómico de las personas (considerando sus ingresos totales, no sólo los provenientes del trabajo).

5.3 Fomentar atención de calidad para todos

Se debe fomentar una mayor eficiencia y calidad de la atención. Para ello se propone:

- i. Que el sector estatal compita en igualdad de condiciones con el privado. La revisión de los casos estudiados a nivel internacional apuntan a separar el rol comprador (en manos del Fonasa) del de proveedor (en manos de los servicios de salud y municipios). Para ello la OMS (2000) sugiere avanzar en la descentralización y delegación a los proveedores locales de la toma de decisiones. Por ejemplo, mediante la transformación de los hospitales en entidades semi-autónomas, la conversión de los médicos generales desde funcionarios públicos a trabajadores semi-autónomos, cambios que por cierto requieren de mecanismos de rendición de cuentas ad-hoc. El resultado encontrado por Bonilla (2013) en su evaluación del Bono AUGE es interesante de considerar. Según el autor, la existencia de una alternativa en caso de incumplimiento del subsector de seguros estatal habría motivado una mejora en la productividad de sus prestadores. Lo anterior avala el fomento de una mayor exposición de los proveedores a mecanismos de incentivos y rendición de cuentas, mediante mayor autonomía y traspaso de parte del riesgo financiero.
- ii. Para mejorar la capacidad resolutoria de la atención primaria y así hacer más eficiente el sistema y descongestionar los hospitales, además de lo mencionado en el punto anterior, se requiere cambiar el sistema de financiamiento. Los recursos deben financiar todos los servicios que se espera sean provistos por este nivel de atención e incentivar la resolución de los problemas y no la derivación a los hospitales como ocurre actualmente. El esquema de pago a los médicos generales usado en Holanda es un caso que Chile podría considerar para financiar este nivel de atención en salud. Éste consta de tres partes: un pago per cápita (ajustado), otra por consulta y otra en base a determinadas actividades que se quiere promover (en este caso podría ser la prevención).

- iii. Lo anterior se relaciona con la responsabilidad en el uso de herramientas de compra estratégica que tiene el Fonasa, dada la cantidad de los servicios que contrata. La OMS (2010) enfatiza dos elementos: que los métodos de retribución incentiven adecuadamente a los prestadores (por ejemplo, traspasando parte del riesgo financiero a éstos) y que eviten la fragmentación del financiamiento para un mismo fin (como ocurre con el pago per cápita en la atención primaria). En el caso del pago a hospitales, los cambios apuntan a dejar atrás los presupuestos y avanzar a métodos que estimulen una mayor eficiencia y el tratamiento integral de los problemas (pago por resultados y pago asociado a diagnósticos ajustados).
- iv. Establecer incentivos para la acreditación de los prestadores que no lo han hecho y consecuencias para quienes no lo hagan, respetando los plazos que se han fijado para el cumplimiento de este requisito por parte de los prestadores.
- v. Flexibilizar los protocolos o guías clínicas asociadas a los tratamientos que cuentan con GES, en orden a que no desincentiven la innovación y adopción de tecnología costo-efectiva.
- vi. Establecer mecanismos que incentiven la competencia por calidad y no por descreme, como el mencionado fondo de compensación (sea para enfermedades preexistentes o si se adopta la idea de una tarifa plana por persona), evitando variables que son fácilmente manipulables por los aseguradores o prestadores.

5.4 Establecer mecanismos que permitan contener los costos en salud

Se deben abordar las causales del aumento de costos. Para ello se propone:

- i. Para abordar los problemas de riesgo moral, a nivel de usuarios se debe verificar que los copagos se apliquen a las prestaciones que no se quieren incentivar y, por el contrario, que éstos sean bajos o inexistentes en el caso de las intervenciones que se quieren fomentar, como pueden ser las preventivas. A nivel de prestadores, la integración vertical (en un ambiente adecuado) es un incentivo para que éstos no sobre-prescriban prestaciones (consultas, exámenes, operaciones) no necesarias o poco efectivas.
- ii. Se debe promover que los mecanismos de retribución a los prestadores no incentiven a estos últimos a inducir la demanda, como es el pago por servicio. El fomento a la atención de las personas mediante redes de prestadores puede estimular mecanismos de pago donde el riesgo financiero es compartido, reduciendo el mencionado incentivo.
- iii. En relación a la integración vertical, si bien no hay claridad de sus efectos, sí es posible desincentivar las consecuencias negativas de dicha integración (como la colusión en cuanto a precios y las barreras a la entrada). Por ejemplo, la exigencia a los prestadores de transparentar sus precios y que éstos sean fácilmente comparables, junto con el requerimiento de que cada prestador cobre el mismo valor por igual servicio a todos los seguros (Fonasa e isapres) apuntan en esa dirección. Sin embargo, ello podría no ser suficiente si es que existiera alto poder de mercado de los prestadores, por lo que, junto

con lo anterior, se requieren políticas que fomenten la entrada de más prestadores, impulsando la formación de una mayor cantidad de doctores (enfermeros y otro tipo de personal de la salud) y la inversión en nuevos centros de salud. Los datos referentes a salarios de los doctores indicarían que es una carrera atractiva¹⁰⁷, por lo que se deben abordar las demás variables que limitan el ingreso de jóvenes a estudiar esta carrera. En términos generales, la OMS (2000) señala que en los niveles de mayor complejidad (insumos de capital específicos, formación de doctores o especialistas e investigación y desarrollo) hay mayor espacio para el involucramiento del Estado. Así, por ejemplo, se podrían establecer incentivos financieros (como subsidios), regulación (en el uso de campos clínicos) y eliminación de barreras que obstaculizan la oferta (impedimentos legales y financieros y de grupos de interés, etcétera). En relación con la inversión, la OMS (2000) señala, además, que la tendencia en este caso es a realizar alianzas con privados para el financiamiento.

- iv. Finalmente, una medida que aporta en la dirección de la contención de costos es contar con información precisa, de calidad, actualizada y de público acceso respecto del costo-efectividad de las nuevas tecnologías.

5.5 Generar políticas y estrategias integrales y permanentes de prevención

El Estado debe fomentar la existencia una estrategia de prevención integral. Para ello se propone:

- i. Implementar definitivamente el modelo de salud familiar en el sector prestador estatal; por ejemplo, mediante un aumento relevante de los salarios a dichos médicos (lo que debe complementarse con las propuestas de ajuste al método de financiamiento y de mayor autonomía en la toma de decisiones en el nivel de atención primaria).
- ii. Establecer un mecanismo de reembolso o de subsidios por parte del Estado a las aseguradoras por las prestaciones preventivas (como vacunas, visitas a nutricionistas, etcétera).

¹⁰⁷ Un antecedente a considerar tiene que ver con los salarios de los profesionales de la salud en Chile. Si bien los datos no son comparables y la OCDE no reporta datos para todos sus países, los indicadores para 2011 aportan respecto de las magnitudes (OCDE 2013). En el caso de los doctores, en los países de la OCDE que reportan datos, la razón de los salarios brutos de los doctores en relación a los salarios brutos promedio del país va entre 1,95 (para doctores especialistas asalariados) y 4,72 (para doctores especialistas auto empleados). En el caso de los enfermeros (de hospital), para los países que reportan datos a la OCDE este indicador es de 1,09. Los datos de la encuesta CASEN para 2011 permiten realizar algunas estimaciones similares, con la diferencia de que en este caso sólo se cuenta con los salarios líquidos. En el caso de los doctores en Chile este indicador (que estaría subestimado porque los más ricos pagan más impuestos) va entre 4,3 (médicos y dentistas asalariados) y 11,79 (médicos y dentistas que trabajan por cuenta propia o son empleadores). En el caso de los enfermeros este indicador es de 1,1 (incluyendo enfermeros de nivel superior y nivel medio, ya sea que están empleados o trabajan por cuenta propia).

- iii. Generar consecuencias para las personas e instituciones de salud que no hagan efectivas las prestaciones preventivas. Por ejemplo, Alemania establece incentivos para la prevención tanto a los usuarios como a los prestadores, reduciendo el monto del copago a quienes hayan asistido previamente a controles anuales durante una determinada cantidad de años. Asimismo, los doctores que no hayan entregado información completa o no hayan realizado los exámenes preventivos a sus pacientes también tienen sanciones.
- iv. Ampliar las atenciones preventivas obligatorias del régimen de prestaciones que rige al sistema de salud chileno, en base a la revisión de las que son más costo-efectivas, considerando el nuevo perfil epidemiológico del país.
- v. Abordar los determinantes sociales de la salud (consumo de tabaco, alcohol, obesidad, sedentarismo, etcétera) mediante estrategias integrales cuyo objetivo sea cambiar las conductas y estilo de vida de las personas, lo que requiere involucrar también a otras áreas (educación, deporte, entre otros), dando continuidad y mejorando en lo que se requiera el programa Elige Vivir Sano, cuyos resultados han sido evaluados de manera positiva.

En conclusión, existen diversos aspectos que están actuando como barreras para el logro de los objetivos que el sistema de salud chileno se ha impuesto. Si bien las reformas y cambios que se han ido introduciendo a lo largo del tiempo han apuntado a mejorar algunos aspectos, hay otros que aún requieren ser abordados. El nivel de cobertura del sistema de salud chileno así como el desarrollo de los dos subsistemas de seguros tienen bases sólidas sobre las que se debe trabajar. Las personas se sienten relativamente satisfechas con su sistema de salud y quienes se sienten más desprotegidos señalan claramente las causales, que coinciden con la revisión realizada en este documento. En el corto plazo, se requiere de una solución que dé viabilidad al subsistema privado de seguros y que establezca las bases que permitan transitar a un sistema de salud que aborde los problemas mencionados. El Estado conformó una comisión asesora presidencial para abordar el problema de los seguros privados que ya entregó su informe final y, por su parte, diversos actores del sector privado han presentado sus propias propuestas¹⁰⁸, por lo que pareciera que la coyuntura ofrece un momento propicio para realizar las mejoras necesarias.

El logro de los objetivos que hemos impuesto a nuestro sistema de salud en relación con la libertad de elección del subsistema de seguros, con el libre e igualitario acceso a las acciones de salud, con el rol del Estado como garante de dichas acciones y de las metas relativas a mejorar la salud de la población, disminuir las desigualdades, aumentar la satisfacción de la población y asegurar la calidad en salud requiere de cambios importantes en ambos subsistemas, así como en su interacción. En efecto, la relación entre los dos subsistemas de seguros (el Fonasa y las isapres) es uno de los grandes desafíos. Hacer realidad la movilidad entre los dos esquemas de seguros para todos requiere de cambios en las lógicas de funcionamiento de ambos subsistemas. En el

¹⁰⁸ Tanto la Asociación de Isapres, como otras aseguradoras que no integran dicha asociación (como es el caso de Isapre Masvida), así como centros de estudios e investigadores, han presentado propuestas para mejorar los problemas de los seguros.

sector privado se deben subsanar los problemas que aquejan a los seguros, con esquemas de financiamiento, compensación y regulaciones que fomenten la movilidad de los usuarios, al mismo tiempo que motiven a las isapres a competir por calidad y a permanecer en el sistema.

Considerando que el sector privado es más flexible, el reto para el sector estatal está en poder realizar los ajustes necesarios oportunamente para interactuar adecuadamente y en igualdad de condiciones con el sector privado. Ello requiere ajustes en la institucionalidad, particularmente en las relaciones que rigen al Minsal, al Fonasa y la Superintendencia de Salud. La interdependencia de estas entidades complejiza la misión fiscalizadora de la Superintendencia del ramo a las entidades estatales (atención primaria, hospitales y Fonasa), lo que explica los mayores incumplimientos en dicho sector, así como también obstaculiza la misión rectora y evaluadora del Minsal sobre sus propios prestadores, lo que se traduce en la falta de sistemas de información y monitoreo adecuados y de políticas que generen sinergias entre ambos subsectores (como podría ser la prevención). Finalmente, está la relación entre el Minsal, los prestadores y el Fonasa (integración vertical del sector estatal), que impide tanto al Fonasa como a los prestadores competir en igualdad de condiciones con los seguros privados. Como señalara la OMS (2000), la efectividad de los servicios estatales es una herramienta de regulación muy eficaz, cuando compite con el sector privado en calidad y capacidad de respuesta a los usuarios. Por una parte, el Fonasa no cuenta con suficiente autonomía, por ejemplo, para aplicar métodos de pago adecuados, dado que debe regirse por los lineamientos del Minsal, las restricciones legales y lo que dicte la Ley de Presupuestos (ver letra b) artículo 50 del DFL N° 1 de 2005). Por otra parte, los prestadores estatales tampoco cuentan con autonomía para gestionar sus establecimientos, a lo que se suman los incentivos de la forma de financiamiento y la falta de personal de la salud (como ha sido analizado), lo que se refleja en sus niveles de ineficiencia.

El último desafío está en cambiar el mandato en salud, dados los efectos negativos que genera el sistema actual. Ello conlleva al reto de reemplazar la parte “solidaria” del actual sistema de cotizaciones por el uso de impuestos generales, para subsidiar a quienes no cuentan con ingresos suficientes para comprar un plan de salud universal y a quienes tienen condiciones de salud que generan mayores gastos, puesto que dichos recursos presentan ventajas en relación con el uso de recursos provenientes sólo del trabajo.

Finalmente, es importante notar que la revisión realizada en este documento da cuenta de una serie de aspectos que requieren ser estudiados en mayor profundidad y que podrían ser abordados en trabajos futuros, como, por ejemplo, el funcionamiento y los efectos de la integración vertical, la posible existencia de ineficiencias en el subsistema privado, las causas de la escasez de recursos humanos y físicos y de los déficit de gestión en el sector estatal, el impacto de la introducción del paquete de prestaciones con GES y su efecto sobre el tratamiento de los problemas no incluidos, la existencia y la magnitud del riesgo moral (por parte de prestadores y usuarios) y el impacto del fondo de compensación de riesgo, entre varios otros.

6. Referencias

- Aedo, Cristián. 1994. "Sector salud en Chile: un gran desafío". En *Chile hacia el 2000. Ideas para el desarrollo*, editado por Felipe Larraín. Santiago. Centro de Estudios Públicos.
- . 2001. "Las reformas en la salud en Chile". En *La transformación económica de Chile*, editado por Felipe Larraín y Rodrigo Vergara. Santiago. Centro de Estudios Públicos.
- Baeza Cristián & Claudia Copetta. 1999. "Análisis conceptual de la necesidad y factibilidad de introducir mecanismos de ajuste de riesgo y portabilidad de los subsidios públicos en el sistema de seguros de salud en Chile". Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud (CLAISS) y Fondo de Promoción de Políticas Públicas de la Universidad de Chile.
- Banco Interamericano del Desarrollo (BID). 2014. *Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación regional*. Editado por Úrsula Giedion, Ricargo Bitrán e Iñez Tristao.
http://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6484/Planes_de_beneficios_en_salud_de_America_Latina.pdf?sequence=4 (acceso el 14 de octubre de 2014).
- Barr, Nicholas. 2002. *The welfare state as piggy bank*. Oxford: Oxford University Press.
- . 2004. *The Economics of the Welfare State*. Cuarta edición. Oxford: Oxford University Press.
- Beaumont, Victoria. 2009. "Incumplimientos del AUGE: una mirada la oportunidad de la atención". En *Recetas para el sector salud*, editado por Rodrigo Castro. Santiago: Libertad y Desarrollo.
- Benavides, Paula, Rubén Castro & Ingrid Jones. 2013. "Sistema público de salud, situación actual y proyecciones fiscales 2013-2050". Dipres. Ministerio de Hacienda. Diciembre.
- Böhm, Katharina, Achim Schmid, Ralf Götze, Claudia Landwehr & Heinz Rothgang. 2012. "Classifying OECD Healthcare Systems: A Deductive Approach". *TranState Working Papers* 165.
- Boletín N° 8105-11 del 7 de diciembre de 2011, "Modifica el Sistema Privado de Salud, incorporando un plan garantizado".
- Bonilla, Claudio. 2013. "Informe final. Evaluación del Bono AUGE de Fonasa". DCS Consulting y Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile. Mayo.
- Busse, Reinhard, Hans Dubois & Richard Saltman. 2004. "Organization and Financing of Social Health Insurance Systems: Current Status and Recent Policy Developments". En *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Editado por Richard Saltman, Reinhard Busse & Josep Figueras. Buckingham: Open University Press.
- Butelman, Andrea, Fabián Duarte, Nicole Nehme, Guillermo Paraje & Marcos Vergara. 2014. "Tratamiento para un enfermo crítico. Propuestas para el sistema de salud chileno". *Informe de políticas públicas* 04. Espacio Público. Agosto.
- Cadem. 2014a. "Principales resultados encuesta de opinión pública calidad de vida y vida sana 2013". Enero.
- . 2014b. "Especial la salud en Chile". *Estudio* 33. Agosto.
- Castillo, Carla, Mónica Aravena, Berenice Freile, Marianela Castillo, Sergio Loayza & Valentina Strappa. 2012. "Informe revisión del proceso de priorización de las Garantías Explícitas en Salud (GES)". Ministerio de Salud. Junio.

Castro, Rodrigo. 2006. "Midiendo la eficiencia de la salud municipal". *Serie informe social* 97. Libertad y Desarrollo.

———. 2009. "Cuentas de ahorro en salud". En *Recetas para el sector salud*, editado por Rodrigo Castro. Santiago: Libertad y Desarrollo.

Centro de Estudios Públicos (CEP). 2011. "Estudio Nacional de Opinión Pública N° 65, noviembre-diciembre 2011. Incluye tema especial sobre Salud ISSP 2011". Centro de Estudios Públicos.

Cid, Camilo. 2011. "Problemas y desafíos del seguro de salud y su financiamiento en Chile: el cuestionamiento a las ISAPRE y la solución funcional". *Temas de la agenda pública* 49. Centro de Políticas Públicas UC. Diciembre.

Covarrubias, Álvaro. 2000. "El sistema de salud chileno en cifras", *Revista Perspectivas* 4 (1): 141-151.

Decreto N°71 de 2014, "Crea comisión asesora presidencial para el estudio y propuesta de un nuevo régimen jurídico para el sistema privado de salud", Ministerio de Salud, República de Chile.

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 N° 105 de 2014, "Modifica decreto N° 4, de 2013", de los ministerios de Salud y Hacienda", Ministerio de Salud, 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 con Fuerza de Ley N°232 de 1953, "Ordena tener como texto definitivo el DFL que señala, Orgánico del Servicio Médico Nacional de Empleados", Ministerio de Hacienda, 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.

Duarte, Fabián. 2011. "Switching Behavior in a Health System with Public Option", working paper, presentado en la Latin American and Caribbean Economic Association (LACEA) & Latin American Meeting of the Econometric Society (LAMES). 10 de noviembre. Santiago. Chile

Folland, Sherman, Allen Goodman & Miron Stano. 2014. *Economics of Health and Health Care*. Séptima edición. Pearson.

Galetovic, Alexander & Ricardo Sanhueza. 2013. "Un análisis de la integración vertical entre isapres y prestadores". Estudio solicitado por Inversiones La Construcción. 25 de junio.

Giaconi, Juan & Marisol Concha. 2005. *El sistema de salud chileno reformado*. Santiago: Ediciones Universidad Mayor.

Infante, Antonio & Guillermo Paraje. 2010. "Reforma de la salud: garantías exigibles como derecho ciudadano". En *Las nuevas políticas de protección social en Chile*, editado por Osvaldo Larrañaga & Dante Contreras. Santiago: PNUD (Uqbar).

Inostroza, Manuel. 2013. "Malas noticias para el AUGÉ", *Revista Chilena de Cirugía* 4: 297-298.

Ley N° 4.054 del 26 de septiembre de 1924 del Ministerio del Interior, 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° 20.255 del 17 de marzo de 2008, “Establece reforma previsional”, Ministerio del Trabajo y Previsión Social, 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 N° 20.584 del 24 de abril de 2012, “Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”, Ministerio de Salud, República de Chile.

Ley N° 20.670 del 31 de mayo de 2013, “Crea el sistema elige vivir sano”, Ministerio de Desarrollo Social, República de Chile.

Ley N° 20.713 del 18 de diciembre de 2013, “Ley de presupuestos del sector público año 2014”, Ministerio de Hacienda, República de Chile.

Maynard, Alan & Anna Dixon. 2002. “Private Health Insurance and Medical Savings Accounts: Theory and Experience”. En *Funding Health Care: Options for Europe*. Editado por Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras y Joe Kutzin. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

Ministerio de Salud (Minsal). 2010a. “Objetivos sanitarios de la década 2000-2010. Evaluación final de periodo”. Santiago.

———. 2010b. “Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020”.

———. 2012a. “Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010”, Ministerio de Salud, Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile & Observatorio Social Universidad Alberto Hurtado.

———. 2012b. “Revisión de literatura y sistematización de información disponible sobre la asignación de recursos a nivel comunal”.

———. 2014. “Glosa 6. Garantías incumplidas no reclamadas, retrasos GES. Lista de espera no GES”. <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/InformetrimestralEneroDiciembre2013.pdf> (acceso el 14 de octubre de 2014).

Missoni, Eduardo & Giorgio Solimano. 2010. “Towards Universal Health Coverage: the Chilean Experience”. World Health Report 2010 background paper 4. <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/4Chile.pdf>.

Montero, Joaquín, Nicolás Majluf, Javiera Corbalán, Cristián Herrera, Cristián Mansilla, Blanca Peñaloza y Verónica Rojas. 2011. "Elementos claves para la implementación de un modelo de gestión en la salud municipal". En *Propuestas para Chile. Concurso de políticas públicas*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.

MORI. 2014. "Informe de prensa Barómetro de la salud, 10 años de monitoreo 2004-2013".

Mossialos, Elias & A. Dixon. 2002. "Funding Health Care: an Introduction". En *Funding Health Care: Options for Europe*. Editado por Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras y Joe Kutzin. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

Nancuante, Ulises & A. Romero. 2008. *La reforma de la salud*. Santiago: Instituto de Políticas Públicas y gestión, Salud y Futuro-Universidad Nacional Andrés Bello. Santiago: Editorial Biblioteca Americana.

Normand, C. & R. Busse. 2002. "Social Health Insurance Financing". En *Funding Health Care: Options for Europe*. Editado por Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras y Joe Kutzin. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

Oliver, Adam. 1999. *Risk adjusting health care resource allocations*. London: Office of Health Economics.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2000. "The World Health Report 2000. Health systems: Improving Performance". Organización Mundial de la Salud.

———. 2010. "The World Health Report 2000. Health Systems Financing: The path to universal coverage". Organización Mundial de la Salud.

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). 2013. "Health at a Glance 2013: OECD Indicators". OECD Publishing. En http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en.

———. 2014a. "Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014. Chile en Comparación".

———, 2014b. "Health Statistics, 2014". Descargable en <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.

Orrego, Claudio, Estrella Arancibia, José Luis Contreras, Ricardo Fábrega, Antonio Infante, Ignacio Irrazábal, Manuel Inostroza, Sibila Íñiguez, Joaquín Montero, Klaus Puschel, Emilio Santelices, Isabel Segovia, Álvaro Téllez, Cristóbal Tello & Patricia Villaseca. 2014. "Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno". *Temas de la agenda pública* 67. Centro de Políticas Públicas UC. Abril.

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso (PUCV). 2012. "Mercado de la salud privada en Chile". Estudio solicitado por la Fiscalía Nacional Económica. Octubre.

Quesney, Francisco. 1995. "El sector privado en salud". En *La salud en el siglo XXI, Cambios necesarios*. Editado por Juan Giaconi. Santiago: Centro de Estudios Públicos.

Rice, Nigel & Peter Smith. 2001. "Capitation and Risk Adjustment in Health Care Financing: an International Progress Report". *The Milbank Quarterly* 79, 1: 81-113.

Saltman R. 2004. "Social Health Insurance in Perspective: the Challenge of Sustaining Stability". En *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Editado por Richard Saltman, Reinhard Busse & Josep Figueras. European Observatory on Health Systems and Policies Series.

Sánchez, Héctor & Manuel Inostroza. 2011. "La salud del bicentenario, Chile 2011-2020: desafíos y propuestas". En *La salud del bicentenario, Chile 2011-2020: Desafíos y propuestas*. Editado por Héctor Sánchez. Instituto de Políticas Públicas y gestión, Salud y Futuro-Universidad Nacional Andrés Bello.

Santelices, Emilio, Héctor Ormeño, Magdalena Delgado, Christopher Lui, Raúl Valdés & Lorena Durán. 2013. "Análisis de la eficiencia técnica hospitalaria 2011". *Revista Médica de Chile* 141: 332-337.

Sapelli, Claudio. 2004. "Risk Segmentation and Equity in the Chilean Mandatory Health Insurance System". *Social Science & Medicine* 58: 259-265.

Sapelli Claudio & Aristides Torche. 2001. "Explaining the Choice Between Public and Private Insurance". *International Journal of Health Care Finance and Economics* 1: 97-110.

Schieber George & Jean-Pierre Poullier. 1988. "International health spending and utilization trends". *Health Affairs* 7, No. 4: 105-112.

Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM). <http://www.sinim.cl/>.

Suhrcke, Marc, Martin McKee, Regina Sauto Arce, Svetla Tsoleva & Jørgen Mortensen. 2005. "The Contribution of Health to the Economy in the European Union". European Commission.
http://ec.europa.eu/health/archive/ph_overview/documents/health_economy_en.pdf.

Superintendencia de Salud. 2009. "Propuestas de regulación al problema de los precios, planes y cautivos en isapres y su relación con el Fondo de Compensación Solidario". Documento preparado por Sanigest Solutinos. Departamento de Estudios y Desarrollo. http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-5711_recurso_1.pdf.

———. 2011. "Análisis de los planes de salud del sistema isapre". Departamento de Estudios y Desarrollo. 14 de junio. http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7126_recurso_1.pdf.

———. 2013. "Prestadores de salud, isapres y holdings: ¿Relación estrecha?". Departamento de Estudios. Diciembre.

———. 2014. "Análisis de los planes de salud del sistema isapre".
http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-9758_recurso_1.pdf, descargado el 16 de agosto de 2014.

Thomson, Sarah, Reinhard Busse, Luca Crivelli, Wynand van de Vend & Carine Van de Voorde. 2013. "Statutory Health Insurance Competition in Europe: A Four-Country Comparison". *Health Policy* 109: 209-225.

Valdivieso, Vicente & Joaquín Montero. 2010. "El plan AUGE: 2005 al 2009". *Revista Médica de Chile* 138: 1.040-1.046.

Vargas, Verónica & Sergio Poblete. 2008. "Health Prioritization: The Case of Chile". *Health Affairs*. 27(3): 782-792.

Anexo 1

Cobertura planes de Fonasa

	Prestaciones	Red Pública Atención Institucional Acceso para todos los asegurados, independiente de su tramo				Red Privada Prestadores Libre Elección Acceso para asegurados FONASA tramos B, C o D
		Tramo A	Tramo B	Tramo C	Tramo D	
Atención Primaria	Consulta Médica					hasta 60% bonificación
	Exámenes de Laboratorio Básicos ¹					hasta 40% bonificación
	Imagenología de Torax y Gineco-Obstétricas					
	Salud Oral prevención, educación y atenciones básicas ²	100% Bonificación	70% Bonificación	50% Bonificación	20% Bonificación	
Atención de Especialidad y Hospitalaria	Consulta Médica Especialidad y hospitalaria					hasta 60% de bonificación
	Día cama ³					50% de bonificación (nivel único)
	Derecho Pabellón ³					
	Exámenes de Laboratorio					hasta 50% de bonificación
	Imagenología					
	Kinesiología					
	Honorarios Quirúrgicos					
	Psiquiatría y Psicología Clínica					
	Radioterapia	100% Cobertura				
	Atenciones Dentales	100% de Bonificación	70% de Bonificación	50% de Bonificación	20% de Bonificación	
Pago Asociado a Diagnóstico (PAD)					Hasta 75% de bonificación (nivel único)	
AUGE	1.- Insuficiencia Renal Crónica Terminal 2.- Cardiopatías Congénitas Operables en menores de 15 años 3.- Cáncer Cervicouterino 4.- Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos 5.- Infarto Agudo del Miocardio	100% de Bonificación				Los asegurados de los tramos C y D tienen un tope máximo a pagar, dentro de un periodo de acumulación de 12 meses. De exceder dicho tope o deducible, Fonasa se hace cargo del 100% de los copagos del grupo familiar hasta completar el periodo anual de acumulación.



¹ Considera exámenes tales como Hemograma; Glucosa; Orina; Test embarazo; Colesterol, entre otros.

² Atenciones básicas referidas a obturaciones; exodoncia y urgencias dentales.

³ En el caso de las prestaciones Día cama y Derecho de Pabellón en la Red Privada o Libre Elección, los prestadores están autorizados a cobrar un diferencial directamente al asegurado, con excepción del Programa PAD donde se incluyen dichas prestaciones en el valor a pagar.

Anexo 2

Cambios y reformas de los sistemas de salud en el mundo. Estudio de casos¹⁰⁹

1. Inglaterra
2. Canadá
3. Holanda
4. China
5. Singapur
6. Colombia
7. Sudáfrica
8. Alemania
9. Estados Unidos

¹⁰⁹ Este anexo fue elaborado en colaboración con Gabriel Ugarte.

Función /País	Inglaterra
Introducción	Gran Bretaña estableció el <i>National Health Service</i> (NHS) en 1946, que provee cuidado a la mayoría de sus residentes, principalmente mediante la red de prestadores públicos, la que es financiada por impuestos generales. Desde entonces ha experimentado continuos cambios y adaptaciones. Destacan la incorporación de mayor competencia en el sistema con la separación entre el ente comprador y el proveedor, y el marcado aumento en la participación de privados en la provisión de los servicios de salud.
Método de financiamiento	<p>No ha habido cambios relevantes en el método de financiamiento del NHS. Hacia el año 2008, el 76,2% del financiamiento provenía de impuestos generales, 18,4% del Seguro de Salud Nacional (contribución obligatoria pagada por empleados, empleadores e independientes) y el resto por cargos a los usuarios y otros ingresos.</p> <p>El sistema de seguros privados (<i>Private Medical Insurance</i>, PMI) puede ofrecer coberturas sustitutivas a las del Seguro de Salud Nacional, así como complementarias (servicios que no son prestados completamente por el NHS) o suplementarias (mejorar el servicio prestado por NHS), dominando esta última forma. Este sistema es comprado usualmente por empleadores como parte de sus beneficios para sus empleados, aunque puede ser adquirido individualmente. El año 2008 representó cerca del 3% del total de gasto en salud del Reino Unido, con una cobertura de 13% para Inglaterra (esta última cifra es del año 2006).</p>
Forma de pooling de los recursos	<p>No ha habido cambios relevantes en los últimos años. Los impuestos y la contribución para el Seguro de Salud Nacional son recolectados por el Estado, y luego son distribuidos en su mayoría (80%) por el Departamento de Salud en base a un mecanismo llamado "<i>weighted capitation</i>" a los <i>Primary Care Trust</i> (PCT), que son los responsables de la compra y puesta en marcha de los servicios de salud para la población que atienden. Este mecanismo toma en cuenta las necesidades de la población atendida.</p> <p>Los ingresos del PMI son capturados por compañías de seguros y no se juntan con el sistema NHS, por lo que el <i>pooling</i> es a nivel de cada aseguradora.</p>
Entidad que administra los recursos	<p>En 1991 se reemplazó la organización centralizada y jerárquica del NHS con un mecanismo de cuasi mercado, donde se separaron las entidades compradoras (autoridades de salud del distrito y <i>General Practitioners Fundholders</i>) de los proveedores. El objetivo fue generar incentivos para tener un sistema más eficiente y sensible, mediante la competencia por contratos con los compradores. El Partido Laborista (1997) mantuvo la separación, pero enfatizó acuerdos más colaborativos que competitivos.</p> <p>En 1999 se crean los <i>Primary Care Trust</i> (PCT), brazos locales (en regiones geográficas definidas) del NHS, que son los encargados de comprar todos los servicios de la salud para su población.</p> <p>Por su parte, las aseguradoras privadas administran los fondos de sus afiliados.</p>
Método de pago a prestadores	<p>Antes de 2003 los hospitales se financiaban principalmente utilizando un sistema de contratos anuales en bloque, con una suma acordada de dinero fija independientemente de la labor llevada a cabo realmente, por lo que no había relación directa entre la actividad y el pago. Desde 2003 ha habido un cambio en la forma en que el comprador estatal paga por los servicios de salud, particularmente en el sector de los hospitales, con la introducción del financiamiento en base a actividades y servicios realizados, llamados <i>Diagnosis Related Groups</i> (DRG; pago en base al diagnóstico del paciente independiente del proveedor).</p> <p>Respecto del pago a los médicos, las remuneraciones se negocian centralmente, aunque desde el 2004 se creó una agencia que se encarga de eso.</p>

Tipos de prestadores	El NHS siempre ha usado proveedores del sector privado para complementar su propia provisión, siendo esta última mayoritaria. Con la introducción del <i>Patient Choice Programme</i> , en la década pasada, el sector privado aumentó su participación, ya que se autorizó que “cualquier proveedor privado que tenga el estándar de servicio de NHS, así como su misma tarifa, puede pedir ser incluido en la lista de opciones para los pacientes”. El uso de este sector en términos monetarios aumentó en 6 veces entre 1998 y 2008.
Regulación	El departamento de Salud a través de las <i>Strategic Health Authorities</i> (SHA) desarrolla un plan de salud en su área, monitorea y apoya el trabajo de las PCT y asegura que las prioridades nacionales se integren al sistema de salud local. Asimismo, en 2009 se crea la <i>Care Quality Commission</i> (antes de ella estaba la <i>Health Care Commission</i>), encargada de inspeccionar, monitorear y medir el desempeño en términos de calidad y eficiencia financiera de todos los compradores y proveedores de salud (públicos y privados). A partir de 2010 se conceden licencias a todos los proveedores de asistencia sanitaria y social para asegurarse de que cumplan con determinados estándares. El mercado de los seguros privados (PMI) en Reino Unido difiere del resto de Europa en que no hay regulación del producto ni de su precio. En parte debido a presiones de la Unión Europea, desde 2005 se han introducido algunas regulaciones sobre la provisión de información, consejo en el punto de venta, entre otras.
Referencias	Folland, Sherman, Allen Goodman & Miron Stano. 2014. <i>Economics of Health and Health Care</i> . Séptima edición. Pearson. Health systems in transition (HiT) profile for United Kingdom - England. Actualizado a 2014. De www.hspm.org (acceso el 14 de octubre de 2014).

Función /País	Canadá
Introducción	En Canadá, federación integrada por 10 provincias y 3 territorios, existe un seguro nacional de salud financiado públicamente. Cada una de las provincias y territorios administra su sistema, con apoyo financiero del gobierno federal. La cobertura es universal, comprehensiva y portable, con lo que los individuos pueden transferir su cobertura de una provincia a otra, y elegir el proveedor de su gusto. Si bien la última gran reforma del sistema canadiense data del año 1984 (<i>Canada Health Act</i>), que vino a confirmar y asegurar la cobertura universal, ha habido algunos cambios en la reorganización de los sistemas regionales de salud (Autoridades Regionales de Salud, ARS), con una tendencia a la centralización de la administración (dados los resultados de la integración vertical del sector estatal en cada provincia), así como otros cambios vinculados a la mejora de la calidad de la atención primaria y otros que buscaron mejorar la calidad, oportunidad y capacidad de respuesta. En este mismo contexto, el año 2004 se firmó un acuerdo-plan a 10 años plazo entre todos los ministros de salud de las provincias y territorios, en que el gobierno federal aumentaba los recursos a cambio de que las provincias y territorios estuvieran de acuerdo con el plan, que incluía disminuir listas de esperas y políticas de aumento de cobertura para servicios de cuidado en casa y cobertura y precios para los fármacos. El progreso de este acuerdo ha sido limitado.
Método de financiamiento	No ha habido mayores cambios en el último tiempo respecto del método de financiamiento. Para el año 2011 el sector público en Canadá era responsable del 70% del gasto total en salud, cuyos ingresos provienen de impuestos federales, pero principalmente de las provincias y territorios. Estos ingresos se utilizan para proveer la cobertura universal gratuita (hospitales y servicios médicos) y para subsidiar otros tipos de servicios, como los de cuidado de largo plazo y fármacos prescritos. El sector privado (30% del gasto total en salud) está compuesto por servicios pagados de bolsillo (<i>out of pocket</i>) y por seguros de salud privados, donde estos últimos no compiten con el sistema público y en muchos casos son adquiridos a través del empleador de forma obligatoria. El seguro de salud privado en general se utiliza para costear lo que no financia completamente el sistema público (e.g. fármacos, servicios dentales y oftalmológicos).

Forma de pooling de los recursos	<p>No hay mayores cambios respecto de la forma de <i>pooling</i> de los recursos en el último tiempo. En los niveles nacional (o federal) y provincial, las asignaciones presupuestarias se deciden en el gabinete y luego son revisadas y aprobadas en las respectivas cámaras legislativas.</p> <p>En el nivel regional, las autoridades regionales de salud (ARS) reciben su financiamiento desde las provincias y asignan los fondos de acuerdo con las necesidades de salud que perciben. Las ARS están encargadas de administrar, coordinar y financiar los servicios provistos por ellas mismas así como los que contratan a otras organizaciones (las ARS actúan tanto como comprador como proveedor).</p> <p>Los ingresos de los seguros privados son capturados por compañías de seguros y no se juntan con el sistema público.</p>
Entidad que administra los recursos	<p>Cada provincia y territorio tiene la legislación que rige la administración de un sistema pagador único para los servicios hospitalarios y médicos. Además de cancelar por la atención hospitalaria, ya sea directamente o por medio de la ARS, las provincias también establecen las tasas de remuneración para los médicos que se negocian con las asociaciones médicas provinciales.</p> <p>La creación de las RHA se realizó en el contexto de la regionalización, cuyo objetivo principal fue la integración vertical mediante la gestión en conjunto de una región, proveyendo una mejor coordinación, economías de escala y una reducción de costos de infraestructura. También se buscaba tener una mejor coordinación entre los servicios curativos y preventivos para los individuos y la población. En los últimos años la tendencia ha sido a disminuir la cantidad de autoridades regionales, promoviendo mayor centralización y mejor coordinación (e.g. dos provincias ahora tienen una sola autoridad regional cada una).</p>
Método de pago a prestadores	<p>El proveedor de servicios médicos puede ser público o privado, incluyendo en este último grupo tanto los hospitales privados como los médicos. El método común de pago a los hospitales se basa en el presupuesto del año anterior más la inflación. Desde hace un tiempo algunas provincias (e.g. British Columbia) han empezado a utilizar el financiamiento basado en actividad para costear los hospitales.</p> <p>Para los médicos, las provincias (ministerios) establecen las tasas de remuneración. La mayoría de ellos están en régimen de pago por servicio; sin embargo, existen métodos alternativos, y algunos de ellos se han hecho populares en el último tiempo (e.g. pago por desempeño).</p>
Tipos de prestadores	<p>Los hospitales son en su mayoría privados sin fines de lucro, aunque sus presupuestos son aprobados y largamente financiados por las provincias (ministerios). También existen hospitales con fines de lucro y públicos.</p> <p>En relación con los médicos, la mayoría de ellos tienen consultorios privados.</p>
Regulación	<p>Las instituciones que proveen servicios de salud de todo tipo, incluyendo las RHA, están reguladas por los gobiernos provinciales. Estas se pueden acreditar voluntariamente.</p> <p>La insatisfacción de los pacientes con los largos tiempos de espera en hospitales ha desencadenado los esfuerzos en todas las provincias para mejorar la gestión y reducir dichos tiempos. Respondiendo a esto y otros factores, la mayor parte de los ministerios han implementado mediciones de desempeño de algunos aspectos en orden a mejorar los resultados y procesos.</p> <p>En algunas provincias (6) los gobiernos han establecido Consejos de la Calidad de la Salud, con el objetivo de mejorar los estándares y resultados de calidad de los proveedores (seguridad, temporalidad, entre otros), así como reportarlos al público general. En ningún caso es un proceso obligatorio.</p>

Referencias	Folland, Sherman, Allen Goodman & Miron Stano. 2014. <i>Economics of Health and Health Care</i> . Séptima edición. Pearson. Health systems in transition (HiT) profile for Canada. Actualizado a 2014. De www.hspsm.org (acceso el 14 de octubre de 2014).
--------------------	---

Función /País	Holanda
Introducción	<p>Desde 1941 y después de varios perfeccionamientos se introdujo el seguro obligatorio para empleados con remuneraciones en cierto rango, financiado mediante contribuciones del empleado y empleador, y que era provisto por <i>sickness funds</i>. El paquete de beneficios era uniforme e incluía cuidado ambulatorio y hospitalario. Los que no estaban empleados podían entrar a este mismo esquema a través de un “seguro voluntario” u optar por asegurarse privadamente, lo que generó segmentación y problemas de financiamiento de los seguros. En 1967 se crea el <i>Exceptional Medical Expenses Act</i>, un esquema de seguro social obligatorio para riesgos médicos severos.</p> <p>En 2006 se implementó una reforma que introdujo un único esquema de seguro de salud obligatorio, en que múltiples aseguradoras privadas compiten por los pacientes (que pueden elegir su aseguradora) mediante precio y calidad. Se introducen mecanismos de mercado en orden a crear incentivos para una mejor organización del sistema de salud y para disminuir el gasto en este ítem. El mercado creado fue sujeto a la competencia administrada (<i>managed competition</i>) y se crearon instituciones independientes que revisan que se cumplan las regulaciones (oferta de paquete básico de seguros, tarifas planas, libre acceso a seguros). El rol del gobierno pasó de directamente controlar la capacidad, volumen y precios a definir las “reglas del juego” y revisar que los mercados se comporten apropiadamente.</p>
Método de financiamiento	<p>Desde 2006 todos los holandeses deben comprar un seguro (de contenido mínimo) cuya prima es plana y determinada por cada aseguradora. Para los grupos de menores ingresos hay una asignación especial para que el costo de la prima no sea excesivo. Adicionalmente, el empleador contribuye de acuerdo al ingreso del empleado (7,75% el año 2013) a un fondo que posteriormente se distribuye a las distintas aseguradoras de acuerdo con un sistema de ajuste de riesgos. Desde el año 2008, varios de los servicios tienen un deducible, para prevenir el riesgo moral.</p> <p>Existe el seguro voluntario complementario para servicios excluidos o no totalmente cubiertos por el paquete básico del seguro obligatorio. Este seguro se financia privadamente.</p> <p>Adicionalmente, existe el <i>Exceptional Medical Expense Act</i> (EMEA), que obliga a tener un seguro para aquellas enfermedades excepcionales y crónicas que requieren cuidado permanente. El pago es a través de un impuesto para los que están contratados (12,15% el año 2008). Los individuos que usan este tipo de seguros deben realizar copagos.</p>
Forma de pooling de los recursos	<p>Desde 2006 los recursos de la prima del seguro de salud obligatorio se van directamente a la aseguradora, mientras que aquellos recolectados de parte de los empleadores van a un fondo que se reparte entre las aseguradoras según el riesgo de sus pacientes.</p> <p>Las aseguradoras también pueden ofrecer un seguro médico complementario voluntario, lo que no ha cambiado mucho en el tiempo. Para este caso, están autorizadas a rechazar solicitantes en base al riesgo médico, a diferencia de lo que sucede con el paquete básico.</p> <p>Los recursos de las enfermedades excepcionales y crónicas (EMEA) se van a un fondo común que es administrado por un <i>board</i>, que luego paga a los proveedores.</p>

Entidad que administra los recursos	<p>Desde 2006, todas las aseguradoras operan bajo la ley privada (antes existían los <i>sickness funds</i> y las aseguradoras privadas) y se les permiten las ganancias y el pago de dividendos a sus accionistas. Aun así, el mercado es dominado por instituciones sin fines de lucro. Para hacer frente a los proveedores y para alcanzar economías de escala han venido decreciendo en número en el tiempo. Las 4 mayores instituciones tienen el 88% del mercado.</p> <p>Para la atención a largo plazo y enfermedades excepcionales y crónicas, el fondo es administrado por un <i>board</i>. Parte de este cuidado ha sido delegado a las municipalidades.</p>
Método de pago a prestadores	<p>Desde 2006 se ha venido introduciendo competencia administrada (<i>managed competition</i>) en el mercado de la compra de servicios, promoviendo que las aseguradoras negocien con los proveedores el precio, volumen y calidad.</p> <p>A los médicos generales (MG) se les paga una tarifa de capitación (se mantiene parte de este pago del sistema antiguo de un monto por paciente registrado), una cuota por consulta y una contribución por las actividades que mejoren la eficiencia o sustituto de la atención secundaria. Se están modificando los mecanismos de costear la salud desde el pago por servicio al financiamiento de procesos de cuidado, lo que ha acompañado al cambio en las políticas hacia un cuidado más integral. Los contratos con los MG se hacen de forma colectiva con comités que los representan.</p> <p>El pago de la atención hospitalaria es generalmente por servicio; sin embargo, desde 2005 varios hospitales son remunerados según <i>Diagnosis Treatment Combinations</i> (DBC) (según el tratamiento del diagnóstico); un sistema que busca mejorar la competencia y que apunta a financiar el costo total de cada tratamiento desde la primera consulta hasta el último seguimiento después del tratamiento. El pago a los médicos especialistas también se realiza mediante DBC.</p> <p>Para la atención a largo plazo y enfermedades excepcionales y crónicas, desde 2009 el pago se realiza según intensidad y complejidad del cuidado (previamente se basaba en la capacidad disponible de la institución).</p>
Tipos de prestadores	<p>Las personas pueden elegir a sus proveedores, aunque las aseguradoras pueden poner restricciones a esta libertad (según el tipo de póliza). En el caso de la atención ambulatoria, están principalmente los médicos que funcionan como puerta de entrada a especialistas y servicios hospitalarios. Los médicos pueden atender de forma independiente o asociarse entre ellos. La atención secundaria es provista por hospitales, los que pueden organizarse de diferentes formas. La mayoría lo hace como corporaciones sin fines de lucro, aunque a partir del 2008 se han realizado pilotos que permiten a los inversionistas lucrar con parte de las ganancias (este tema no termina de debatirse).</p> <p>Desde 2007 los municipios son responsables de ejecutar el <i>Social Support Act (SSA)</i>, que incluye la provisión de una gama de servicios de atención domiciliaria a los ciudadanos que tienen limitaciones debido a problemas de salud (crónicos), el envejecimiento o discapacidades. Los municipios tienen amplia libertad para implementar estos servicios. La lógica para esta decisión fue que las municipalidades están más cerca de la gente y por tanto conocen mejor lo que necesitan, aunque otro factor determinante fue la contención de los costos. El SSA es financiado por la municipalidad a través del <i>Municipality Fund</i>.</p>

Regulación	<p>El mercado creado el año 2006 fue sujeto a regulación (<i>managed competition</i>) y se crearon instituciones independientes que revisan que se cumplan las reglas del juego. Algunas de las instituciones supervisoras son:</p> <p><i>Dutch Health Care Authority</i>: Supervisa y sanciona a los tres mercados creados con la reforma de salud. Reemplaza a órganos anteriores.</p> <p><i>Health Care Inspectorate</i>: Supervisa la calidad y accesibilidad del <i>health care</i>.</p>
Referencias	<p>Daley, Claire & James Gubb. 2013. "Healthcare Systems: The Netherlands". Updated by Emily Clarke (December 2011) and Elliot Bidgood (January 2013). Civitas.</p> <p>Health systems in transition (HiT) profile for Netherlands. Actualizado a 2014. De www.hspm.org (acceso el 14 de octubre de 2014)</p> <p>Ministry of Health, Welfare and Sports. 2011. "Health Insurance in The Netherlands".</p> <p>Superintendencia de Salud. 2009. "Propuestas de regulación al problema de los precios, planes y cautivos en isapres y su relación con el Fondo de Compensación Solidario". Documento preparado por Sanigest Solutinos. Departamento de Estudios y Desarrollo. http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-5711_recurso_1.pdf, acceso el 14 de octubre de 2014.</p>

Función /País	China
Introducción	<p>Previo a los años ochenta la población China, en su mayoría rural, tenía acceso a un seguro público, organizado mediante un esquema de cooperativas comunales, cuya cobertura era de 90% a fines de la década de los 70. En las áreas urbanas, los empleados del gobierno y de empresas estatales tenían acceso a servicios de salud con fondos públicos.</p> <p>Desde la década de los 80, China ha venido incorporando procesos orientados al mercado en su sistema económico (apertura al exterior, emprendimiento, privatización de servicios, eliminación de restricciones, descentralización), que en el caso del sector salud significaron la eliminación de las cooperativas y la conversión de los proveedores a entidades con fines de lucro. Junto con ello, el gasto del gobierno en salud disminuyó a la mitad, colapsando el seguro de salud que existía hasta entonces y aumentando el gasto de bolsillo de los ciudadanos, reduciendo drásticamente la cobertura del seguro entre 1980 y 2000.</p> <p>Desde fines de los 90 y principios de la década del 2000 se generaron cambios en varios aspectos que conformaron parte de un plan de salud hasta el año 2020, cuando se espera alcanzar la cobertura universal. Se comenzó a incrementar el gasto público, principalmente a través de subsidios a las personas (en áreas urbanas y rurales) para tomar un seguro de salud voluntario, lo que se ha traducido en un creciente aumento de la cobertura, aunque <i>poco profunda</i>, por lo que estaría procediendo a aumentar los beneficios.</p> <p>El sistema de salud se organizó mediante tres esquemas principales de seguros: (i) Cooperativas de cuidado médico voluntario (NCMS, <i>New Rural Cooperative Medica Scheme</i>) en los sectores rurales (83% de cobertura el año 2007). (ii) Seguro de salud obligatorio para empleados UEBMI (<i>Urban Employee Basic Medica Insurance</i>), en sectores urbanos (cobertura de 64% de los empleados de China urbana en 2006). (iii) URBMI (<i>Urban Residents Basic Medica Insurance</i>), un sistema voluntario que partió como piloto en 2007 para no empleados del sector urbano (estudiantes, jubilados y otros dependientes).</p> <p>Empresas comerciales participan principalmente entregando cobertura suplementaria para los más ricos o para enfermedades particulares o proveyendo servicios de administración para el seguro de salud social. Es un mercado pequeño.</p> <p>Destaca que China realiza pilotos antes de expandir sus políticas a nivel nacional.</p>

Método de financiamiento	<p>El financiamiento público para los esquemas rurales y urbanos antes mencionados es altamente descentralizado, lo que genera diferencias en los montos de gasto por personas en las diferentes áreas, tanto rurales como urbanas.</p> <p>El NCMS (en sectores rurales) junta aportes del individuo y del gobierno (central y local). Existe un complemento al NCMS para familias vulnerables (<i>Medical Finance Assistance, MFA</i>), que funciona como un reembolso al gasto médico financiado por el gobierno local y central.</p> <p>El UEBMI se financia con una contribución del 8% del sueldo (los empleadores aportan el 6% y el empleado el 2%). Las primas se dividen en dos: el 2% del empleado más 30% de la parte del empleador van a cuentas de ahorro individuales, y el restante 70% va a un fondo común. Estos porcentajes así como los usos de estos recursos varían de ciudad en ciudad. En general, los fondos de las cuentas de ahorro individual se usan como primera fuente de pago para cualquier servicio de salud o para pagar solo prestaciones ambulatorias, mientras que el fondo común se puede utilizar para pagos sobre cierto deducible o para hospitalizaciones y enfermedades crónicas.</p> <p>El URBMI tiene primas y beneficios menores que el UEBMI. Incluye un subsidio del gobierno (central y local).</p>
Forma de pooling de los recursos	<p>Los recursos se juntan a nivel de <i>county</i> para el NCMS y a nivel municipal para los dos esquemas urbanos. En el caso del esquema UEBMI, parte de los recursos recolectados se van a una cuenta de ahorro individual.</p> <p>Los seguros privados de empresas comerciales se juntan de manera aparte.</p>
Entidad que administra los recursos	<p>El sistema es administrado por el gobierno local.</p> <p>Con el comienzo de subsidios a la demanda se produjo una separación entre el comprador y proveedor, especialmente en las áreas urbanas donde el gobierno ahora actúa como comprador. En las áreas rurales, tanto el asegurador como el proveedor son gestionados por el gobierno.</p>
Método de pago a prestadores	<p>El tipo de pago es por servicio. Los proveedores reciben cancelación de tres fuentes: Cerca del 36% viene de pagos de bolsillo (el año 2010) basados en un aporte del paciente que está regulado. El resto es provisto por las aseguradoras y subsidios del gobierno central y local.</p> <p>Desde hace un tiempo (el 2011 se ha vuelto a insistir) se pidió a los gobiernos seguir experimentando con el sistema de pago por caso, el que ha tenido varias dificultades, debidas a los efectos que ha generado en algunos casos, como selección de ciertos pacientes o readmisiones repetidas en los hospitales.</p> <p>A partir de los años 80 los subsidios a los proveedores constituyen cada vez más un menor porcentaje del total del presupuesto del proveedor.</p>
Tipos de prestadores	<p>El sistema <i>three tier</i> de prestadores (e.g. en las zonas urbanas están las clínicas del barrio, los hospitales del distrito y los hospitales de ciudad) se ha mantenido en el tiempo, pero a partir de los años 80 el gobierno ha permitido a los proveedores generar, retener y administrar sus ganancias. Lo anterior se suplementa por un vasto grupo de médicos de villas.</p> <p>La mayoría de los hospitales y los <i>grassroot providers</i> (servicios primarios) son de propiedad del gobierno y operados por él. Hasta 2011 los hospitales privados otorgaban 6,1% de las altas y 8,2% de las visitas ambulatorias; mientras que en el nivel de los <i>grassroot providers</i>, los privados tienen 18,6% de las visitas. En este último caso destacan las clínicas de barrio, que son privadas en un alto porcentaje y la mayoría tiene fines de lucro.</p> <p>Los <i>Community Health Centres</i> (CHC) se pilotearon el año 2005 y en 2007 se masificaron, produciendo cambios sustanciales en los sectores urbanos, donde muchos hospitales se convirtieron a esta modalidad, ofreciendo una alternativa sustituta más barata al servicio</p>

	<p>hospitalario. Son estructuras a nivel de vecindario y se componen de médicos generales y enfermeras, y, además de otorgar tratamiento médico, se preocupan de la prevención. A diferencia de los hospitales, el gobierno les da un pago fijo, que está completamente desconectado de los servicios realizados y de los precios que cobran a los pacientes, que van directamente al gobierno.</p> <p>China nunca ha impuesto restricciones para la elección del proveedor. Los pacientes pueden elegir cualquier proveedor, aunque los seguros de salud limitan la cobertura para proveedores fuera de la región.</p>
Regulación	<p>Para la mayoría de los servicios, los hospitales tienen un precio regulado por el gobierno, que muchas veces están por debajo del costo de operación. Sin embargo, los hospitales pueden obtener ganancias de las ventas de fármacos, a los que pueden agregar márgenes, lo que ha producido varias distorsiones. Se ha introducido un sistema para reducir estos incentivos, lo que ha generado algunos problemas en los proveedores, como deudas.</p>
Referencias	<p>Barber, Sarah & Lan Yao. 2010. "Health insurance system in China: a briefing note". World Health Report background paper 37.</p> <p>Brown, Ruth, Dionisio García, Yuanyuan Liu & Jonathan Moore. 2012. "Reforming healthcare in China. Historical, economic and comparative perspectives". <i>Pubpol</i> 716. April.</p> <p>Eggleston, Karen. 2012. "Health Care for 1.3 Billion: An overview of China's health system". <i>Working paper series on health and demographic change in the Asia-Pacific</i> 28. Stanford University.</p> <p>Ling, R. E., F. Liu, X. F. Lu & Wei Wang. 2011. "Emerging issues in public health: A perspective on China's healthcare system". <i>Public Health</i> 125 (1): 9-14. Enero.</p> <p>Liu, S. & Griffiths, S.M. 2011. "From economic development to public health improvement: China faces equity challenges". <i>Public Health</i> 125: 669-674.</p> <p>Thomson, Sarah & Elias Mossialos. 2008. "Medical savings accounts: can they improve health system performance in Europe". <i>Euro Observer</i> 10 (4).</p>

Función /País	Singapur
Introducción	<p>Hasta 1984, en Singapur la salud se basaba en un sistema de hospitales públicos gratuitos y clínicas subvencionadas por el gobierno. En 1983 se anunciaron dos grandes cambios a este sistema: por un lado, el financiamiento de la salud dejaría de ser obligación del gobierno y pasaría a los individuos y empleadores mediante el sistema de Cuentas de Ahorro en Salud (<i>Medical Saving Accounts, MSA</i>). La característica principal de este sistema es transferir la responsabilidad de tomar decisiones con respecto de un uso eficiente de los recursos disponibles al individuo, lo que ha ayudado a mantener los costos por debajo de varios otros países.</p> <p>El gobierno garantiza acceso a un nivel básico subvencionando gran parte de su costo, pero asegurándose de que el paciente también contribuya, pudiendo este último elegir pagar más por un servicio más allá del básico. Por otro lado, la administración de los hospitales públicos tendría la misma autonomía y flexibilidad que el sector privado, aunque el gobierno seguiría siendo el dueño de los establecimientos, asegurando algunos servicios a través de subsidios.</p> <p>El programa de salud es conocido como 3M y está compuesto por:</p> <p><i>Medisave</i> (1984): es un programa de ahorro obligatorio en el que cada empleado contribuye con una fracción de su salario mensual, dependiendo de la edad del sujeto, a una cuenta de ahorro individual, a la que también contribuye el empleador (la cobertura era de 84% en 2001). Los recursos recolectados en las cuentas son invertidos por el gobierno en el mercado de capitales y generan intereses. Los costos de hospitalización y algunos gastos ambulatorios pueden ser financiados por las MSA (para el asegurado y su familia) con topes, debiendo lo demás ser costado mediante gasto de bolsillo. Lo anterior, con el fin de evitar gastos innecesarios y que la gente pueda ahorrar lo suficiente para la vejez.</p> <p><i>Medishield</i> (1990): es un seguro opcional para las enfermedades catastróficas cuyo objetivo es financiar tratamientos hospitalarios caros y enfermedades crónicas. Este sistema funciona como un seguro con altos deducibles y copagos, y con restricciones a los tipos de hospitales que cubre (públicos de categoría baja). Las primas aumentan con la edad y pueden financiarse con las MSA. En 1994 el gobierno introdujo el programa <i>Medishield Plus</i>, que ofrece reembolso para atenciones en hospitales privados y en hospitales públicos de mejor nivel.</p> <p><i>Medifund</i> (1993): es un fondo financiado y administrado por el gobierno, que cubre a los que cumplan ciertos requisitos, principalmente económicos, y tiene restricciones en cuanto a los centros hospitalarios en los cuales el seguro cubre. Busca atender a los más pobres, puesto que sus contribuciones a los programas anteriores son inadecuadas),</p> <p>Existen también dos programas enfocados en el cuidado de largo plazo. <i>Eldershield</i>: es un programa voluntario de seguro financiado privadamente y que proporciona cuidado de largo plazo por 5 años, en el cual los integrantes del seguro se asignan aleatoriamente a una de las tres compañías de seguros que lo ofrecen. <i>Eldercare Fund</i>: subsidia el cuidado de los adultos mayores en organizaciones filantrópicas para ancianos de bajos ingresos.</p> <p>Finalmente, se cuenta con seguros privados, los que en algunos casos pueden pagarse con recursos de las MSA. Los seguros privados pueden actuar como sustitutos de los programas no obligatorios. Hay cinco compañías privadas que ofrecen planes, que muchas veces son otorgados por los empleadores como beneficio.</p>

Método de financiamiento	<p>A partir de 1983 la salud en Singapur es financiada principalmente por tres canales: los pagos de bolsillo que realizan las personas, los subsidios del gobierno a la salud y el programa 3M.</p> <p>El gobierno destina recursos para construir y mantener el sistema de provisión de salud público y subsidiar una alta porción del costo de los servicios de la salud, dependiendo de la clasificación del proveedor (ver “Método de pago a prestadores”). El gasto público en salud corresponde a 35% del total (2012).</p>
Forma de pooling de los recursos	<p>En <i>Medisave</i> no existe un <i>pooling</i> de fondos, ya que es un programa de ahorro individual.</p> <p>En el caso de <i>Medifund</i>, <i>Medishield</i> y <i>Eldercare Fund</i>, los recursos se juntan y son administrados por el Estado, mientras que <i>Eldersshield</i> y los seguros privados son fondos administrados por privados y, por lo tanto, se agrupan a nivel de esas instituciones.</p>
Entidad que administra los recursos	<p>La cuenta <i>Medisave</i> de ahorro personal es propia de cada sujeto y se garantiza una tasa de interés por el fondo (dado que los fondos son invertidos por el Estado).</p> <p><i>Medifund</i>, <i>Medishield</i> y <i>Eldercare Fund</i> son fondos administrados por el gobierno, mientras que <i>Eldersshield</i> y los seguros privados son fondos administrados por privados. <i>Eldersshield</i> es provisto por tres compañías.</p>
Método de pago a prestadores	<p>Los hospitales estatales reciben una parte del pago por medio de un sistema de subsidios estatales cuyo monto depende de su clasificación. Aquellos pertenecientes a la Clase-A no reciben subsidio y los categorizados en Clase-B1, B2 y C reciben aportes crecientes, llegando a 80%. Las categorías dependen de las condiciones de éstos; por ejemplo, los que pertenecen a la Clase-B1 tienen 4 camas por pieza, en los de la Clase-B2 no hay libertad de elección del médico y en Clase C pueden ser 9 camas en una pieza sin aire acondicionado y con baño compartido. En principio, cualquiera puede decidir el tipo de servicio; sin embargo, para optar a los subsidios de tipo B2 y C se revisa la situación de la persona para ver si es admitida, ya que, de otra manera, los subsidios serán menores. Los hospitales privados no reciben aportes estatales.</p> <p>La estructura de financiamiento de este subsidio a los hospitales es a través de un sistema híbrido: parte del presupuesto anual es un monto fijo establecido y otra parte se entrega de acuerdo con la prevalencia de ciertas enfermedades, utilizando el método de grupos de diagnóstico relacionados (DRG por su sigla en inglés).</p> <p>Además del aporte estatal para los hospitales públicos, los prestadores se financian con recursos de las cuentas individuales <i>Medisave</i>, de algunos de los seguros como <i>Medishield</i> y del gasto de bolsillo de los usuarios.</p> <p>La atención ambulatoria prestada por médicos privados es pagada por el paciente, mientras que aquella que es prestada por instituciones públicas (policlínicos) es financiada por subsidios a la oferta por parte del estado y co-pagos del usuario.</p>
Tipos de prestadores	<p>El sector de cuidados primarios es provisto en un 80% por médicos privados, mientras el 20% restante por policlínicos, que son instituciones públicas altamente subsidiadas, utilizadas principalmente por ciudadanos que no tienen los recursos para pagar atención privada. Por el contrario, el sector hospitalario es dominado por el sector público (80% de la atención), donde el sector privado puede perseguir lucro, y los singapurenses pueden elegir la institución que quieran.</p> <p>En 1990 todos los hospitales públicos se reestructuraron, los que adquirieron mayor autonomía para funcionar de forma similar a los hospitales privados, aunque el dueño continuó siendo el Estado. Con esto se perseguía una mayor eficiencia y flexibilidad para adaptarse a las necesidades de los pacientes.</p> <p>Existe un alto grado de transparencia en relación con los servicios y sus precios por parte de los proveedores de salud, los que son accesibles por Internet o están disponibles a petición para que el riesgo de facturas excesivas por los servicios prestados se reduzca.</p>
Regulación	<p>El gobierno puede fijar los precios de los prestadores públicos y controlar el número de camas en hospitales públicos, incidiendo</p>

	<p>directamente en el mercado de la salud, ya que se influye en la oferta y precios del sector privado. Con esto se busca cuidar el gasto del sector.</p> <p>En relación con la calidad, desde el año 2000 el Ministerio de Salud obliga a todos los hospitales (públicos y privados) a participar del proyecto de Indicadores de Calidad de Maryland, lo que involucra el monitoreo de ciertos indicadores de calidad. Asimismo, a través del Marco para el Aseguramiento de la Calidad, el Ministerio monitorea la calidad de los profesionales, como los doctores, ya que es responsabilidad de ellos asegurar un cuidado de alta calidad.</p> <p>En relación con la información, el sistema público está obligado a reportarla, mientras que para el privado es voluntario.</p>
Referencias	<p>Haseltine, William. 2013. <i>Affordable excellence. The Singapore healthcare story</i>. Singapur: Ridge Books.</p> <p>Meng-Kin, Lim. 1998. "Health care systems in transition II. Singapore part I. An overview of health care in Singapore". <i>Journal of Public Health Medicine</i>. Vol 20, N°1: 16-22.</p> <p>Schreyögg, Jonas & Lim Meng. 2004. "Health-care reforms in Singapore. Twenty years of medical saving accounts". CESifo DICE Report 3.</p>

Función /País	Colombia
Introducción	<p>Hasta antes de 1993, el Sistema Nacional de salud comprendía el sector público (instalaciones estatales), el sector de empleados con seguros de salud y el sector privado (seguros y pagos de bolsillo), de forma completamente separada. Sólo un cuarto de los colombianos tenía seguro médico, los cuales estaban atomizados, y más de la mitad del gasto en salud era de bolsillo. A pesar de que los hospitales públicos eran gratis, existía una alta inequidad en el acceso y en el pago por los servicios.</p> <p>En 1993, Colombia inició una reforma del sistema de salud que introdujo un seguro obligatorio, subsidios a la demanda y la introducción de competencia tanto en el aseguramiento como en la provisión de la salud. Ello aumentó la cobertura del seguro de salud a 85% en el año 2008.</p> <p>Existen dos regímenes en este nuevo sistema de salud: i) el de contribución, para asalariados con un ingreso mínimo (21,5 millones de individuos el año 2007), y ii) el subsidiado para las personas de menores recursos (18,2 millones de individuos el año 2007). Los primeros tienen acceso al Plan Obligatorio de Salud (paquete explícito de beneficios de salud), mientras que los miembros del régimen subsidiado tienen acceso a un plan más restringido, que se complementa con servicios provistos por hospitales públicos. Se busca que en el futuro ambos planes tengan los mismos beneficios.</p> <p>En los dos regímenes los beneficiarios eligen la aseguradora y los proveedores de salud dentro de la red de cada entidad.</p> <p>Los precios y beneficios son determinados por el gobierno, por lo que la competencia es en base a calidad.</p> <p>Si bien el objetivo es alcanzar cobertura universal, durante el periodo de transición la población no asegurada (personas de bajos recursos) tiene el derecho de atenderse en establecimientos públicos o privados con convenio.</p> <p>Junto con la lista oficial de beneficios de los planes, el sistema también reembolsa más de 700 tecnologías y fármacos no incluidos que son reclamados por los pacientes mediante mecanismos excepcionales (acciones judiciales), lo que tiene en riesgo financiero al sistema.</p>

Método de financiamiento	<p>Hasta antes de la reforma, la salud en Colombia se financiaba mediante impuestos generales, descuentos de los salarios y gasto de bolsillo, sin hacer <i>pooling</i> de estas fuentes de gasto.</p> <p>Con la creación del seguro universal de salud, el financiamiento pasa a ser mediante una combinación entre contribuciones de salarios e impuestos generales. En el caso del régimen de contribución el aporte consiste en 11% del sueldo para quienes su ingreso supera determinado monto (aprox. US\$ 170 al mes para el año 2007). En el caso del régimen subsidiado, éste es financiado por impuestos nacionales y locales y por el 1,5% del sueldo de los que están en el régimen de contribución.</p> <p>Existen seguros complementarios voluntarios que ofrecen cobertura adicional al plan básico y se financian privadamente.</p>
Forma de pooling de los recursos	<p>Con la creación del seguro nacional de salud, las aseguradoras reciben las contribuciones de los empleados y descuentan la prima estipulada para el trabajador y transfieren la diferencia a un fondo de compensación llamado Fosyga (Fondo de Solidaridad y Garantía). Cuando la diferencia es negativa, el fondo compensa a la aseguradora con el valor correspondiente.</p> <p>Asimismo, existen planes de salud para poblaciones especiales, como militares y empresas nacionales de petróleo, cuyos beneficios son diferentes y no juntan sus recursos con el sistema general.</p> <p>Por último, los seguros privados complementarios se financian privadamente y no se juntan con los seguros obligatorios.</p>
Entidad que administra los recursos	<p>Previo a la reformas, las personas empleadas contribuían con un porcentaje de su sueldo a instituciones aseguradoras verticalmente integradas con los proveedores de los servicios de salud. Posteriormente, se crean las Entidades Promotoras de Salud en el caso del régimen contributivo y Administradoras del Régimen Subsidiado en el caso del régimen subsidiado, las que pueden ser públicas o privadas, con o sin fines de lucro. Son ellas las que a su vez contratan los servicios de salud de proveedores públicos, privados o propios.</p>
Método de pago a prestadores	<p>El pago a las instalaciones públicas hasta antes de la reforma era en base a sus presupuestos históricos, sin relación con los niveles y cantidad de servicios prestados, caracterizados por costos salariales muy altos debido a una fuerza de trabajo muy sindicalizada. Las reformas de Colombia hacia una mayor descentralización a nivel nacional (anteriores a la reforma de salud del 93) transfirieron las instalaciones públicas y los presupuestos a los gobiernos locales; sin embargo, esto por su cuenta no tenía incentivos a la eficiencia ni a mejorar la calidad.</p> <p>A partir de la reforma el pago es por servicio, en base a las contrataciones del asegurador. Existe una restricción a las aseguradoras del régimen subsidiado de destinar a compras al sector público al menos 40% de las primas recolectadas.</p> <p>Los establecimientos públicos o privados con convenio (para personas sin seguro) se costean mediante subsidios a la oferta. Algo similar sucede con los servicios que no están incluidos en el plan de salud del régimen subsidiado, los que son provistos por hospitales públicos financiados por pagos directos a proveedores y una pequeña parte por el paciente.</p>
Tipos de prestadores	<p>Antes y después de la reforma existen prestadores públicos y privados.</p> <p>Los hospitales públicos pasaron a ser empresas del Estado con estructuras de gobierno autónomas. Los proveedores de salud privados compiten con los proveedores públicos para la prestación del plan de beneficios obligatorios sobre la base de la calidad y negociando contratos con las aseguradoras.</p>
Regulación	<p>La reforma de 1993 establece la creación de un Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud. En 1996, el Ministerio de Salud reglamentó por primera vez un sistema obligatorio de garantía de calidad para las aseguradoras y prestadores y se definió la acreditación como un proceso sistemático, voluntario y periódico, para demostrar estándares superiores a los mínimos obligatorios (lo que fue posteriormente reglamentado el año 2002; http://www.acreditacionensalud.org.co/, acceso el 14 de octubre de 2014).</p>

Referencias	<p>Escobar, María-Luisa, Úrsula Giedion, Antonio Giuffrida & Amanda Glassman. 2008. "Colombia: After a decade of Health System Reform". En <i>From Few to Many</i>. Editado por Amanda Glassman, Antonio Giuffrida, María-Luisa Escobar & Úrsula Giedion. Brookings Institution Press (http://www.brookings.edu/~media/press/books/2010/fromfewtomany/fromfewtomany_chapter.pdf, acceso el 14 de octubre de 2014).</p> <p>Gavira, Alejandro, Carlos Medina & Carolina Mejía. 2006. "Evaluating the impact of healthcare reform in Colombia: from theory to practice". Documento CEDE 2006-06. https://ideas.repec.org/p/col/000089/002647.html (acceso el 14 de octubre de 2014).</p> <p>Giedion, Úrsula & Manuela Villar. 2009. "Colombia's Universal Health Insurance System". <i>Health Affairs</i>. Vol. 28, 3.</p> <p>Vargas-Zea, Nicolás, Héctor Castro, Fredy Rodríguez-Paez, Diana Téllez & Ricardo Salazar-Arias. 2012. "Colombian Health System on its Way to Improve Allocation Efficiency-Transition from a Health Sector Reform to the Settlement of an HTA Agency". <i>Value in Health Regional Issues</i> 1: 218-222</p> <p>Yepes, Francisco José. 2012. "Colombia: A Healthcare System in Crisis". Essay Series: Healthcare Systems-Colombia. Siemens.</p>
--------------------	--

Función /País	Sudáfrica
Introducción	<p>En 1994, el sistema público de salud se reestructuró en base al fin del <i>apartheid</i>, integrando a un sistema de provisión que estaba fuertemente fragmentado (que atiende al 83% de la población). Asimismo, existe un sector privado bien desarrollado y altamente especializado. Dicho sector cubre al 16% de la población, aunque hay 21% adicional que accede sólo a salud primaria privada. Cerca del 60% del gasto total en salud es privado.</p> <p>Existen cuentas de ahorro en salud (CAS) privadas y seguros privados que cubren principalmente a personas empleadas de mayores ingresos, cuya afiliación es voluntaria, aunque en muchos casos es requisito para emplearse. Ambos esquemas son administrados por entidades privadas, donde las cuentas de ahorro son utilizadas para pagar copagos o beneficios no cubiertos por el seguro.</p> <p>En 2007 el Congreso Nacional Africano resolvió implementar un Sistema Nacional de Salud (SNS), donde existiría un ente que administraría los recursos, separado de los proveedores. Asimismo, los seguros privados serían por coberturas suplementarias y existiría un plan comprehensivo de salud al que accederían las personas. El objetivo es asegurar que toda la población tenga acceso a servicios de salud de calidad y oportunos y protección financiera para enfermedades catastróficas. Para implementar el nuevo SNS se desarrolló un plan a 14 años, cuya primera fase comenzó en 2011, con lo que se ha venido preparando el diseño de la política y ajustando al sistema de salud actual para su introducción. También se incluye un piloto del programa que se implementará en algunos distritos con el objetivo de evaluar, entre otras cosas, la incorporación de los privados al sistema, la separación entre comprador y proveedor y los costos asociados, con el fin de prepararse para la implementación a nivel nacional.</p>
Método de financiamiento	<p>El sector privado de seguros es financiado principalmente a través del pago de bolsillo y de las contribuciones, las que no deben considerar factores de riesgo individuales, como edad y estado de salud. En muchos casos las primas son subsidiadas por los empleadores y parte de la prima se puede deducir de los impuestos. Los planes deben proveer unos beneficios mínimos. Un alto porcentaje de los asegurados lo hace a través de cuentas de ahorro individual.</p> <p>El sector público es financiado por impuestos generales. No existen cobros a los pacientes en la atención primaria, pero hay cobros contingentes al ingreso en hospitales públicos.</p> <p>El sistema nacional de salud que se quiere implementar se pretende financiar mediante impuestos generales, contribuciones salariales de los empleados y otras fuentes. Se espera que la proporción pública del gasto total en salud aumente.</p>

Forma de pooling de los recursos	<p>Actualmente no existe <i>pooling</i> de recursos más allá del que realizan las aseguradoras privadas, que son voluntarias.</p> <p>El SNS que se pretende crear reuniría todos los recursos en un fondo, que utilizará un mecanismo de subsidios cruzados, donde la contribución esté relacionada con la posibilidad de pago de la persona, y los beneficios estén relacionados con las necesidades individuales del paciente.</p>
Entidad que administra los recursos	<p>Las aseguradoras privadas son entidades sin fines de lucro; sin embargo, están rodeadas de entidades con fines de lucro que les prestan servicios.</p> <p>Con la reforma se creará un ente administrador de los recursos separado de los proveedores, que financiará todos los servicios cubiertos por el SNS.</p>
Método de pago a prestadores	<p>El pago a los hospitales públicos en la actualidad es en base a presupuestos globales.</p> <p>Con la reforma madura se espera que el pago a los hospitales sea en base a los modelos basados en casos y en grupos relacionados de diagnóstico.</p>
Tipos de prestadores	<p>Los hospitales y centros de atención primaria son públicos y privados y pueden tener o no fines de lucro. El crecimiento de los hospitales privados ha sido sostenido desde los años 80, generando que gran cantidad de los doctores generales y especialistas emigren a dicho sector por las mayores remuneraciones y mejores condiciones de trabajo y de acceso a nuevas tecnologías.</p> <p>Adicionalmente, están los curanderos tradicionales (<i>traditional healers</i>), quienes ocupan medicinas alternativas y convencionales, que son ampliamente usadas por la población de color.</p> <p>Con la reforma, el plan de beneficios podrá ser provisto por instituciones privadas o públicas acreditadas. Se espera hacer una reingeniería de los centros de atención primaria, con la creación de equipos de salud familiar y de especialistas distritales, entre otras iniciativas.</p>
Regulación	<p>Los hospitales privados están regulados principalmente en términos de las condiciones para su licenciamiento, la que requiere del cumplimiento de estándares de calidad definidos por el Ministerio de Salud.</p> <p>Con el objetivo de avanzar en el aseguramiento de la calidad, el año 2011 se desarrollaron los Estándares Fundamentales Nacionales para Establecimientos de Salud, para utilizarse en instituciones tanto públicas como privadas. Para asegurar el cumplimiento, se propuso la creación de una entidad encargada de ello (<i>Office of Health Standards Compliance</i>).</p> <p>Para el caso de los médicos, no hay mecanismo para controlar la calidad del servicio de salud provisto por ellos.</p>
Referencias	<p>Blecher, Mark, Aparna Kollipara, Pieter DeJager & Nomkhosi Zulu. 2011. "Health financing". En <i>The South African Health Review 2011</i>. Editado por Ashnie Padarath y René. English. Durban: Health Systems Trust.</p> <p>Coovada, Hoosen, Rachel Jewkes, Peter Barron, David Sanders & Diane McIntyre. 2009. "The health and health system in South Africa". <i>The Lancet</i>, Vol. 374.</p> <p>McIntyre, Di. 2009. "National Health Insurance: Providing a vocabulary for public engagement". En <i>The South African Health Review 2010</i>. Editado por Sharon Fonn y Ashnie Padarath. Durban: Health Systems Ttrust.</p> <p>Matsoso, Malebona & Robert Fryatt. 2012. "National Health Insurance. The first 18 months". En <i>South Africa Health Review 2012/13</i>. Editado por Ashnie Padarath & René English. Durban: Health Systems Trust.</p>

Función /País	Alemania
Introducción	<p>El sistema de salud de Alemania se basa en un esquema de seguro social de salud (SSS) que se remonta a fines del siglo XIX. En la actualidad, dicho sistema de seguros (ofrecidos por los <i>sickness funds</i>) es obligatorio para empleados con ingresos que no excedan de cierto umbral, para los estudiantes, desempleados y pensionados. Los trabajadores que exceden el umbral pueden ingresar voluntariamente al seguro social o tomar un seguro privado. Los independientes pueden entrar bajo ciertas condiciones. La cobertura del seguro social alcanzaba al 85% de la población en 2012 (53% son miembros cotizantes junto a sus dependientes, 23% son pensionados y sus dependientes, y 9% son miembros voluntarios con sus dependientes).</p> <p>Los seguros sociales (<i>sickness funds</i>), sus asociaciones y las asociaciones de médicos asumen el estatus de corporaciones cuasi públicas, encargadas de regular el sistema y son los que gestionan el financiamiento y provisión de los beneficios cubiertos por el seguro. El principal tomador de decisión es el <i>Federal Joint Comitee</i>, compuesto por miembros representantes de todos los sectores, además de miembros neutrales. Tiene las más amplias facultades para aprobar regulaciones en casi todos los temas.</p> <p>Los seguros privados de salud son sustitutos del seguro social para una proporción de la población (11% está cubierta por éste) y también ofrecen cobertura complementaria. El esquema sustitutivo es obligatorio para ciertos grupos de profesionales (e.g. servidores públicos, a quienes el gobierno les reembolsa al menos el 50% de sus gastos de salud, debiendo comprar un seguro privado por el remanente), mientras que para otros es una alternativa.</p> <p>En las últimas décadas el gobierno alemán ha tratado de incrementar la competencia en el sistema mediante varias regulaciones (e.g. facilitar la libre elección, negociación de los precios por parte del comprador), con el fin de mejorar en servicio y calidad. Las personas pueden elegir libremente el <i>sickness fund</i> (aunque deben dejar pasar al menos 18 meses) y la aseguradora privada, así como también al médico. Desde 2007, el cambio dentro del sistema privado se ha facilitado. Asimismo, se ha permitido a las personas en el esquema de SSS tomar libremente seguros suplementarios o complementarios en compañías privadas.</p> <p>Desde 2009, (con la ley que buscó promover la competencia) se obligó a todos los residentes a obtener un seguro de salud, para lo cual las aseguradoras privadas deben ofrecer un plan equivalente y a un precio que no exceda la máxima contribución de la del seguro social de salud (junto con lo cual se creó un fondo de compensación), cuya afiliación es abierta. La selección en base a riesgo se permite en los otros planes.</p> <p>Por otra parte, desde 1994 se hace obligatorio el seguro de enfermedades de cuidado de largo plazo.</p>

<p>Método de financiamiento</p>	<p>En el año 2012, Alemania gastaba 11,4% de su PIB en salud, donde 73% proviene de impuestos generales y contribuciones de los trabajadores y empleadores (8,2% y 7,3%, respectivamente, excepto si el salario es muy bajo, en que todo es aportado por el empleador). El 27% restante son recursos privados (13,5% es pago del bolsillo).</p> <p>Hasta el año 2011, los <i>sickness funds</i> podían definir sus propias tasas de contribución, lo que cambia a una tasa fijada a nivel federal. Si el gasto excede los recursos disponibles, los fondos deben cobrar primas suplementarias a sus miembros. De la misma forma, si hay utilidades, los fondos pueden devolverla a sus inscritos.</p> <p>Las aseguradoras privadas se financian mediante primas que se ajustan por riesgo. Para el caso del plan sustitutivo al SSS las aseguradoras deben guardar para el futuro parte de las primas de los más jóvenes.</p> <p>El pago de bolsillo se usa para copagos del seguro, como para pagos por servicios no cubiertos por el seguro. Su objetivo es aumentar los ingresos del sistema y promover un comportamiento responsable. En 2004 fue rediseñado, aumentando su magnitud.</p> <p>El seguro de enfermedades de cuidado de largo plazo se financia con 1,95% del sueldo, pagado en partes iguales por el empleador y empleado.</p>
<p>Forma de pooling de los recursos</p>	<p>Los <i>sickness funds</i> deben recolectar las contribuciones del SSS. A partir de 2009, con el fin de generar mayor competencia y transparencia en el sistema, las contribuciones son transferidas al <i>Central Reallocation Pool</i>, administrado a nivel federal, que redistribuye las contribuciones entre los fondos de forma prospectiva ajustando por riesgo (edad, sexo, discapacidad) y nivel de ingresos. Antes de 2008 los seguros sociales (cada uno) administraban las contribuciones que recolectaban por su cuenta, aunque existían esquemas de ajustes de riesgos. Sin embargo, dichos esquemas eran menos sofisticados, excluyendo, entre otros, medidas de morbilidad.</p> <p>Los seguros privados agrupan cada uno sus fondos separadamente. En el caso de los seguros sustitutivos, las aseguradoras deben guardar para el futuro parte de las primas de los más jóvenes y desde 2009 existe también para éstos un fondo de redistribución por riesgo.</p> <p>De forma parecida, existe un sector público y uno privado para los seguros de cuidado de salud de largo plazo.</p>
<p>Entidad que administra los recursos</p>	<p>En el caso del SSS, son los <i>sickness funds</i> y las asociaciones de ellos los que administran los recursos. Los primeros son corporaciones cuasi públicas (privadas en términos legales pero públicas en términos de sus responsabilidades y obligaciones), sin fines de lucro. En 2014 hay 132 de estos fondos, los que se agrupan en varios tipos (general, mineros, agricultores, etc.). Los representa la Asociación Federal de <i>Sickness Funds</i>, la que designa los miembros representantes en el <i>Federal Joint Comitee</i>.</p> <p>Quienes proveen los seguros privados son compañías de seguros privadas.</p> <p>El fondo para cuidados de salud de largo plazo también funciona a través de una corporación cuasi pública, que administra el esquema obligatorio para el sector público. El sector privado lo hace por su cuenta.</p>

<p>Método de pago a prestadores</p>	<p>En el SSS se realizan contratos con los doctores (atención ambulatoria) y hospitales, los que pueden ser colectivos o selectivos, donde predominan los primeros. El contrato colectivo se realiza a nivel regional, entre los representantes de los <i>sickness funds</i> y las asociaciones regionales de médicos, dentistas y hospitales (generalmente no hay una relación contractual directa entre el proveedor y el asegurador). En este caso el pago es igual para todos los proveedores de la región. En el caso de convenios selectivos, el seguro social trata directamente con el proveedor.</p> <p>Los hospitales se financian de dos fuentes principales: la inversión a través del gobierno (Land) y los costos operacionales a través de los seguros sociales, seguros privados y pagos de bolsillo. Para el pago de los costos operacionales, desde 2005 los <i>sickness funds</i> utilizan principalmente el método de grupos de diagnóstico relacionados (antes era en base a presupuesto histórico, con tasas de crecimiento limitadas por ley).</p> <p>El pago al sector ambulatorio en el esquema de SSS se realiza mediante los <i>sickness funds</i>, los que pagan los servicios a la asociación regional de médicos, la que a su vez retribuye a cada médico de acuerdo con una escala. Para el esquema privado, el pago es por servicio con tarifas reguladas por al Ministerio de Salud Federal.</p>
<p>Tipos de prestadores</p>	<p>Existe una estricta separación entre el sector de atención ambulatorio, dominado por proveedores con fines de lucro (principalmente médicos, individuales o en asociaciones) y el sector hospitalario. Tanto las personas cubiertas por el SSS como por el seguro privado utilizan prácticamente la misma red de prestadores. Hay otro sector, considerado el tercer pilar, que es el de la salud pública, distinto de la atención ambulatoria y hospitalaria, que realiza actividades de promoción de la salud, alguna supervisión y provisión de salud para grupos especiales.</p> <p>Los médicos acreditados para tratar pacientes cubiertos por el SSS se organizan en asociaciones regionales, las cuales tienen afiliación obligatoria y representación elegida democráticamente (desde 1999 incluye a ciertos psicólogos). Los dentistas tienen una asociación similar.</p> <p>Los cerca de 2.000 hospitales se agrupan en organizaciones de derecho privado. Estos pueden ser públicos y privados (estos últimos con y sin fines de lucro), existiendo una tendencia al alza en el número de hospitales privados (y privatizaciones de los públicos). Sólo unos pocos hospitales con fines de lucro están fuera de la red de SSS, los que están exentos de las regulaciones generales.</p> <p>Los pacientes con seguro privado tienen acceso a todos los médicos licenciados, excepto cuando se impida según las limitaciones del contrato. Para el caso del SSS, pueden elegir entre aquéllos acreditados por los <i>sickness funds</i> (98% del total). También pueden elegir libremente el hospital, los que deben estar en contrato con los <i>sickness funds</i> (99% del total de camas).</p>

Regulación	<p>Respecto del aseguramiento de la calidad, hasta antes de la ley de 1989 se monitoreaban temas generales y se verificaban los requerimientos básicos de calidad, tal como lo indica el marco regulatorio para el sistema de salud alemán en el sistema hospitalario. A partir de 1989, las medidas de calidad pasaron a ser una obligación legal, medidas que se han revisado en leyes posteriores. El 2000, se establece la Oficina Federal de Aseguramiento de la Calidad con varias tareas, entre las que destacan la generación de indicadores, recolección de información y su puesta a disposición al público. Desde el año 2007, los hospitales deben publicar una serie de indicadores para permitir la comparación entre ellos. También ha existido un proceso de formalización del aseguramiento de la calidad en el sector de atención ambulatoria.</p> <p>Las cámaras de profesionales de la salud son las encargadas de acreditar a sus profesionales.</p>
Referencias	<p>Busse, Reinhard & Miriam Blümel. 2014. "Germany: Health Systems Review". <i>Health Systems in Transition</i>. Vol. 16, 2: 1-296.</p> <p>Green, David & Benedict Irvine. 2013. "Healthcare Systems: Germany". Updated by Emily Clarke (2012) and Elliot Bidgood (January 2013). Civitas.</p>

Función /País	Estados Unidos
Introducción	<p>El sector de la salud en Estados Unidos se caracteriza por un financiamiento y provisión en los que participan tanto entes públicos como privados, donde estos últimos han tenido gran importancia. Actualmente coexisten subsistemas de salud: <i>Medicare</i>, <i>Medicaid</i>, seguros para empleados, seguros de veteranos, mercado de seguros independientes y cuentas de ahorro en salud.</p> <p>Los dos grandes programas de seguro de salud públicos (ambos creados en 1965) son: <i>Medicare</i> (federal), orientado a las personas mayores y discapacitados, y <i>Medicaid</i> (federal-estatal), que cubre los servicios de atención de salud para personas de bajos recursos.</p> <p>En marzo de 2010, se aprobó una reforma legal llamada <i>Accountable Care Act</i> (ACA), la más grande desde <i>Medicare</i>. La ACA amplía la cobertura a la mayoría de los estadounidenses que no tienen seguro a través de: (1) subsidios a los más pobres para la compra; (2) la obligación de que la mayoría obtenga cobertura de salud; (3) la exigencia de que las empresas con más de 50 empleados ofrezcan cobertura de salud (antes sólo había beneficios tributarios); (4) una importante expansión de <i>Medicaid</i>, y (5) la regulación de las aseguradoras de salud al exigir que mantengan la cobertura a todos los solicitantes, no cobrar más por antecedentes de la enfermedad, entre otras cosas. También han existido algunas reformas que buscan controlar el gasto en salud, dado que el de dicho país es el mayor del mundo, y aumentar la calidad.</p>
Método de financiamiento	<p>No ha habido grandes cambios en el último tiempo respecto del método de financiamiento del sistema de salud desde <i>Medicare</i>. Del total del gasto en salud de Estados Unidos, el 48% es público, 40% de entidades pagadoras y 12% de privados de bolsillo. En términos de cobertura, el 30% de la población es financiada por el sistema público (principalmente <i>Medicare</i> y <i>Medicaid</i>), 54% tiene cobertura por parte de aseguradoras privadas, principalmente a través del empleador, y el 16% restante no tiene seguro (año 2012).</p> <p>El gasto público en salud proviene de impuestos generales a las empresas e individuos. Asimismo, tanto los empleadores como empleados deben aportar 1,45% del sueldo cada uno para financiar parte de <i>Medicare</i>.</p> <p>En el caso de los empleados, varias empresas ofrecen voluntariamente seguros de salud, donde tanto el empleador como el empleado contribuyen a financiar la prima. Los individuos también pueden comprar cobertura adicional por su cuenta.</p> <p>Por último está el mercado del aseguramiento individual, a través de empresas privadas.</p>

<p>Forma de pooling de los recursos</p>	<p>No ha habido grandes cambios en el último tiempo respecto del método de <i>pooling</i> de los recursos. Los diversos subsistemas tienen su propia forma de hacer <i>pooling</i>. Tanto en <i>Medicare</i> como <i>Medicaid</i> los fondos van desde las agencias recolectoras a las agencias recaudadoras. <i>Medicare</i> funciona a nivel federal, por lo que es administrado a ese nivel, cobrando una prima plana y los riesgos se comparten. En el caso de <i>Medicaid</i>, los fondos se juntan a nivel estatal. Para esto, existe una fórmula para repartir los fondos entre el estado y el sistema federal, que asigna más recursos a los estados con ingreso per cápita menor.</p> <p>Los seguros independientes hacen muy poco <i>risk pooling</i>, dado que la persona paga de acuerdo a su riesgo en salud.</p> <p>Desde 1997 existe la posibilidad de tener cuentas de ahorro de salud con beneficios tributarios. Estas cuentas son de cada individuo y no se juntan con los seguros anteriormente mencionados.</p>
<p>Entidad que administra los recursos</p>	<p>No ha habido grandes cambios en el último tiempo respecto de las entidades administradoras. Las que administran los seguros públicos son instituciones públicas, donde destaca el Centro para los Servicios de <i>Medicaid</i> y <i>Medicare</i>, que es la agencia dentro del Departamento de Salud encargada de administrar estos dos programas.</p> <p>En el caso del sector privado, la mayoría de quienes tienen este tipo de seguro cuenta con alguno de tipo grupal contratado mediante el empleador, aunque también existen seguros individuales. La administración de los primeros la realizan las <i>Health Maintenance Organizations</i> (HMO), asociaciones que contratan los servicios a través de una red de proveedores, y las <i>Preferred Provider Organization</i> (PPO), que tienen un contrato con una red de proveedores preferentes, pero en general pagan a los médicos por servicio, permitiendo la elección de prestadores fuera de la red. Esta mayor flexibilidad las ha hecho más preferidas que las HMO (56% y 25% de los empleados asegurados, respectivamente), las que, por lo mismo, han venido abriéndose al uso de otros prestadores. Algunas empresas grandes, públicas o privadas, aseguran por su cuenta a sus empleados, en vez de comprar el seguro a una empresa aseguradora.</p> <p>Los seguros individuales son ofrecidos por empresas comerciales privadas.</p>
<p>Método de pago a prestadores</p>	<p>Las compras a prestadores (tanto para las aseguradoras públicas como privadas) están sujetas a regulaciones impuestas por los gobiernos federal, estatales y locales, así como por las organizaciones reguladoras privadas. Los compradores públicos (el más grande es <i>Medicare</i>) incluyen agencias federales y estatales.</p> <p>El pago de <i>Medicare</i> y <i>Medicaid</i> puede ser directo al proveedor o a través de una aseguradora. <i>Medicare</i> utiliza el pago por servicio para cancelaciones a doctores o especialistas en el nivel primario. En los hospitales, a partir de 1983 se realiza mediante grupos de diagnóstico relacionados (DRG), modificando el antiguo método basado en los costos. <i>Medicaid</i> utiliza varios mecanismos, como el pago por servicio, DRG, reembolsos, entre otros.</p> <p>El pago de las aseguradoras privadas típicamente es a través de negociaciones anuales con los hospitales, los que pueden ser pago por servicio o DRG. El pago a los médicos normalmente sigue un esquema similar al que usa <i>Medicare</i>, que descompone el pago en tres factores (el trabajo médico, los costos de la oficina y personal y una factor de negligencia), además de un ajuste regional.</p> <p>Las personas no aseguradas pueden pedir servicios de salud en hospitales en convenio con <i>Medicaid</i> y <i>Medicare</i>. Estos hospitales reciben recursos de un fondo para compensar sus gastos.</p>

Tipos de prestadores	<p>Los hospitales son en su mayoría privados, pudiendo ser con y sin fines de lucro, los que se complementan con los públicos.</p> <p>Existen los Centros de Salud Comunitarios, que son instituciones privadas sin fines de lucro que proveen atención primaria y preventiva a las personas no aseguradas o que no tienen acceso a atención médica de calidad. La reforma ACA plantea aumentar el alcance de estos centros por su eficiencia y bajo costo. También existen las clínicas privadas de médicos que ofrecen atención primaria a pacientes asegurados o que pueden pagar directamente.</p>
Regulación	<p>La regulación del sistema de salud puede ser impuesta por el sector público y privado, a nivel federal o estatal. Gran parte de la regulación a nivel federal viene bajo el HHS (Departamento de Salud y Servicios Humanos), encargada del financiamiento, planificación, coordinación, monitoreo, administración, regulación y provisión y compra de servicios de salud. Aquí reside, por ejemplo, <i>Medicare</i> y <i>Medicaid</i>.</p> <p>La regulación y gobernanza de las aseguradoras privadas es compartida por las agencias federales y estatales. Destaca en especial la ley ERISA, que regula y crea estándares mínimos para seguros que proveen los empleadores, y la ley McCarran-Ferguson que otorga a cada estado la potestad de regulación de las aseguradoras. Los proveedores, doctores y hospitales, están regulados por agencias públicas a nivel federal y estatal y por organizaciones no estatales. Los doctores y profesionales de la salud se acreditan por Consejos del estado en el cual trabajan, lo que coexiste con otros requisitos que puedan imponer las aseguradoras u hospitales. La regulación de los hospitales ocurre principalmente a través de los requisitos de certificación por parte de la organización no gubernamental <i>Joint Commission</i>.</p> <p>Los seguros están altamente regulados. En algunos casos se especifican los beneficios que deben ofrecer, a quién contratar y los precios que deben cobrar (limitan las diferencias de primas entre individuos).</p>
Referencias	<p>Health systems in transition (HiT) profile for United States. Actualizado a 2014. De www.hspm.org (acceso el 14 de octubre de 2014).</p> <p>Irvine, Ben. 2013. "Healthcare systems: The USA". Updated by Emily Clarke (2011) and Elliot Bidgood (January 2013). Civitas.</p>

CENTRO DE ESTUDIOS PÚBLICOS

www.cepchile.cl