



**IDEAS PARA UNA REFORMA
AL SISTEMA DE ISAPRES**

ASOCIACIÓN DE ISAPRES AG

TABLA DE CONTENIDOS

I. Introducción y motivación	2
II. Objetivos de la reforma	3
III. Plan de Salud Universal	6
IV. Financiamiento y tarificación del PSU	7
V. Movilidad y Fondo de Compensación de Riesgo/Gasto	8
VI. Plan Preventivo y valor agregado sanitario	10
VII. Fortalecimiento institucional de la Superintendencia de Salud	11
VIII. Licencias médicas y SIL	13
IX. Transición	13
X. Conclusiones	14

REFORMA AL SISTEMA DE ISAPRES

Puntos centrales para una propuesta de consenso

I. Introducción y motivación

1. **La ciudadanía requiere se perfeccione el sistema de aseguramiento para aumentar su confiabilidad, su comprensión y entregue mayor certeza.** Una de las mayores necesidades de la ciudadanía es disponer de acceso oportuno y conocido a una atención de salud de calidad, con la mayor certeza posible respecto del alcance de sus coberturas, de manera de tener la seguridad de que cuentan con un sistema que responde con una protección efectiva, junto con un aseguramiento que limite su riesgo financiero. Esta propuesta contiene ideas que fortalecen la movilidad, la transparencia y la libertad de precios, lo que refuerza la competencia.
2. **El actual marco legal no garantiza un incentivo adecuado que maximice la eficiencia del gasto en salud, así como un adecuado acceso a información comparable.** Desde la perspectiva de la política pública, aumentar la competencia entre los participantes en el aseguramiento es positivo, incrementar la transparencia de los procesos y agregar valor al gasto en salud mediante herramientas que propendan a mejorar los resultados sanitarios, así como a incentivar por parte de los prestadores una adecuada contención de los costos. En suma, tanto los usuarios como el Estado buscan transparencia y eficiencia sanitaria del gasto en salud, razones que hacen que reformar el actual marco legislativo y normativo sea urgente e importante, pero al mismo tiempo factible.

Tanto los pilares públicos como privados del sistema de salud en Chile no satisfacen plenamente los requerimientos de sus usuarios. El sistema de salud chileno está compuesto por los pilares públicos y privado, tanto en materia de prestaciones como de aseguramiento y actualmente ambas están puestas en escrutinio por parte de la población. Como muestra de lo anterior, un 78%¹ de la población era crítica respecto de la gestión del Estado en salud.

3. **Al mismo tiempo, el sistema se ha visto en una inmovilidad regulatoria, difiriendo la necesaria reforma.** Hemos sido testigos de un juego de suma cero entre los participantes del sistema de salud durante demasiado tiempo y, por lo mismo, este documento quiere ser una invitación a construir un consenso lo más

¹ Plaza Pública CADEM 20 de marzo 2018 y Encuesta Nacional de opinión pública CEP septiembre-octubre 2017.

amplio posible respecto del sistema de seguridad social que queremos para Chile, tanto desde la perspectiva del regulador como de los distintos actores privados.

4. **No avanzar en una reforma es un costo para todos los participantes.** Creemos que es imprescindible comenzar con la discusión y posterior diseño de un nuevo sistema de seguridad social en salud para Chile, con una mirada de largo plazo que se haga cargo de las falencias que tiene tanto el sector privado como el sector público.
5. **Este documento propone una primera reforma en el sistema privado para incrementar la competencia y movilidad, la transparencia y comparabilidad, a partir del actual GES.** Entrega una visión de hacia dónde debiese transitar gradualmente la estructura del sistema de seguridad social en salud. Creemos que cualquier reforma debe ser global, pero cumpliendo etapas graduales tanto administrativas como legales. Al mismo tiempo, sugiere un punto de partida que hace que esta reforma sea realista y abordable, que son las garantías explícitas en salud (GES). Gran parte de los cambios que se proponen en este documento se construyen sobre los mecanismos, instituciones, procedimientos e historia que el GES ha acumulado durante sus más de 12 años de existencia, lo que entrega una plataforma y experiencia que permiten avanzar sobre lo construido. Estas experiencias se pueden traducir en planes con coberturas claras, comparables, competitivos, que funcionen en redes de prestadores acreditados, con protocolos definidos, con garantías de acceso, calidad, oportunidad y cobertura.

II. Objetivos de la reforma

6. **Mayor acceso a la atención, transparencia y comparabilidad, eficiencia en el gasto y solidaridad entre usuarios son la meta que alcanzar.** El principal objetivo de esta propuesta es fortalecer los derechos de los usuarios del sistema privado de salud,
 - i. garantizando un nivel mínimo y universal de coberturas,
 - ii. aumentando y fortaleciendo los mecanismos de transparencia en los precios,
 - iii. generando mecanismos de solidaridad entre usuarios e
 - iv. incrementando la competencia y competitividad del sector a través de la creación de mecanismos que agreguen valor al gasto privado de salud, de forma que la industria aseguradora estimule la contención de costos y apunte a mejorar los indicadores de salud.

7. **De manera más puntual, esta propuesta de reforma busca:**

- i. **Aumentar el derecho personal a elegir la Isapre de su preferencia.** Eliminado la falta de movilidad (o cautividad) entre Isapres que enfrentan actualmente los pacientes crónicos o con preexistencias. Lo anterior es producto de la falta de un mecanismo de compensación entre aseguradores y que ha generado que un afiliado no tenga la posibilidad efectiva de cambiarse a otro asegurador frente a un incremento en el precio².
- ii. **Generar nuevos mecanismos de solidaridad.** Creemos que se requiere aumentar la solidaridad al interior del sistema Isapres, actualmente basado en una evaluación individual de riesgos por edad y sexo, que permite una tarificación diferenciada. Más allá de cualquier racionalidad económica, desde un punto de vista sociopolítico es una situación que debe ser reformada, de manera que el sistema contenga un componente de solidaridad entre participantes, donde existan subsidios cruzados por edad, género, estado de salud, etc.
- iii. **Fortalecer la transparencia y competencia entre Isapres.** La existencia de diferentes planes de salud ha generado una evidente falta de comprensión de los beneficios, así como una severa dificultad para la comparabilidad de productos, y por lo mismo, de proveedores. Todo esto ha sido interpretado en general como falta de transparencia por parte de la industria, y por ello que se requiere aumentar la comprensión de sus beneficios, por ejemplo, a través de la creación de un plan de salud comparable para todos los afiliados, en el que las coberturas apuntarán a financiar soluciones médicas más que porcentajes de aranceles.
- iv. **Robustecer el rol de las Isapres en velar por la eficiencia del gasto sanitario.** El incremento del gasto en salud continuará afectando al sistema. Por ello, es necesario que la relación entre aseguradoras y prestadores se articulen en torno a soluciones médicas eficientes y costo efectivas de las enfermedades y su prevención y que agreguen valor a dicho gasto. Para ello, es necesaria la conformación de redes de prestadores, que contengan mecanismos de contención de costos y de mejoras de los resultados sanitarios. Todo lo anterior, reconociendo que dentro de los roles del sector se encuentra el de proveer mecanismos que incentiven la eficiencia en el gasto. Para lograr

² Manteniendo el concepto de movilidad sobre el contrato, es decir afiliado y beneficiario.

lo anterior se deberá permitir y fomentar el diseño de nuevos mecanismos de contratación de servicios médicos en red, diferentes al pago por prestación y establecer políticas que incentiven la agregación de valor al gasto en el manejo eficiente y preventivo de pacientes crónicos, y anticipatorio en las poblaciones sanas afiliadas a las diferentes Isapres.

- v. **Fortalecer la fiscalización de los derechos de las personas.** Se propone perfeccionar la estructura institucional de la Superintendencia de Salud y otras entidades complementarias como la Evaluación de Tecnologías Sanitarias ETESA, para garantizar y priorizar el ejercicio real de los derechos de la ciudadanía a través de mejores herramientas reguladoras y de control, agregando facultades relacionadas con los prestadores de salud, en especial el control y aplicación de las guías clínicas.
 - vi. **Fortalecer el derecho a la información.** Se propone establecer mecanismos de información pública obligatoria de los **resultados clínicos** de los diferentes prestadores institucionales, y estimular la interoperabilidad de las fichas clínicas, de forma de aumentar la competencia entre prestadores y facilitar que las personas puedan contar con sus antecedentes médicos en todo momento y en cualquier prestador, motivando esto mayor competencia y eficiencia del mercado.
8. **El corazón de la propuesta de reforma es la creación de un plan universal, junto con un mecanismo de movilidad efectiva entre Isapres.** Esta propuesta plantea la creación de un Plan de Salud Universal (PSU) que se articule desde el GES, con derechos y beneficios claros y una tarifa plana en cada Isapre. Así, cada persona podría contar con el mismo plan de salud desde el punto de vista de la cobertura y canasta de prestaciones, solucionando el problema de la comparabilidad y transparencia. Pero al mismo tiempo, el usuario haría su elección basado en el precio y la red que ofrezca cada Isapre.
9. **Establecer un fondo de compensación de gasto o riesgo es clave dentro del diseño.** Al mismo tiempo, cada asegurador ofrecerá una tarifa plana a sus usuarios³ independiente de su edad y sexo, generando solidaridad entre afiliados y el fin a la tarificación por riesgo. Adicionalmente y para eliminar el problema de las preexistencias y cautividad, es necesario la creación un fondo de compensación de riesgo o gasto, junto con otras herramientas complementarias. En definitiva,

³ Es decir, un único precio para todos los cotizantes dentro de cada Isapre, pero cada aseguradora puede definir el precio de su PSU, existiendo tantos precios como participantes en la industria.

creemos que hoy es factible ofrecer una solución a gran parte de los requerimientos de la ciudadanía, utilizando como punto de partida el GES. En cualquier caso se debe evaluar tarifas diferenciadas por edad, para no perjudicar a las familias con cargas familiares jóvenes o niños.

III. Plan de Salud Universal

10. **La creación de Plan de Salud Universal (PSU) constituye el elemento central de la reforma.**

- i. El nuevo PSU consistiría en un plan único e igual para todos los beneficiarios en términos de patologías, coberturas y protocolos, y por lo mismo totalmente comparable en estos aspectos entre los distintos aseguradores.
- ii. Cada Isapre definirá su red de prestadores y precio.
- iii. El PSU mejora la competencia

11. **Con la creación del PSU, se garantiza una cobertura igual y universal para todos los participantes del sistema privado de aseguramiento.** Uno de los aspectos fundamentales de esta reforma es que, a partir de ella, la seguridad social en salud provista por las aseguradoras privadas garantizará una cobertura universal mínima pero exigente, a ser el PSU. Específicamente, se propone que el PSU sea un plan compuesto por:

- i. La actual canasta de prestaciones del GES.
- ii. Para todas las prestaciones no GES codificadas por FONASA
- iii. Un nuevo seguro de *stop loss* hospitalario. (tope CAEC actual)
- iv. Prestaciones de la Ley de Urgencia.
- v. Acciones de Salud preventiva.

12. **El PSU garantiza por sí sólo un nivel mínimo exigente e interactúa en el tiempo con el GES.** Este plan debe entenderse como un sistema de garantías de prestaciones integral, y por lo mismo, está compuesto por el actual GES más estas prestaciones complementarias. El objetivo final es que el PSU por sí solo sea suficiente garantía de una buena cobertura para todos los beneficiarios. Desde una perspectiva inter temporal, debe permitirse que exista un mecanismo vaso comunicante entre los dos componentes del PSU (la canasta GES versus las no GES) para evitar que, en la medida que la canasta de prestaciones del GES aumente en el tiempo, se produzca un doble aseguramiento.

13. **Las ISAPRES podrán ofrecer otros beneficios de salud complementarios, en forma separada.** Todas las prestaciones por sobre el PSU (ya sea a nivel de cobertura, modalidades de libre elección de redes, uso de otro tipo de tecnología, etc.) se podrán asegurar libre e independientemente a través de beneficios adicionales. Las Isapres siempre podrán ofrecer beneficios de salud adicionales voluntarios, que serán en un contrato diferente e independiente al contrato del PSU, y no será parte del sistema de seguridad social en salud, y por lo mismo tendrá su propia regulación en términos de precios, ajuste de tarifa, etc.
14. **El diseño del PSU está pensando para que todas sus prestaciones se realicen en red.** Se sugiere utilizar la regulación que actualmente se utiliza para la elección de redes y convenios GES por parte de las aseguradoras, extendiéndola para todo el PSU. De esta manera, las Isapres dispondrán de una o más redes para su PSU e informarán a sus beneficiarios de éstas.
15. **La red del PSU será uno de los dos factores de diferenciación de la oferta.** Dado que el PSU está definido como una canasta de prestaciones estándar, las Isapres competirán entre ellas por precio y redes. Con este diseño, existen fuertes incentivos para que las aseguradoras negocien con los prestadores para minimizar los costos del gasto en salud, pero al mismo tiempo busquen ofrecer la mejor alternativa de redes de prestación a sus afiliados. Para evitar que las Isapres puedan ser capturadas por los prestadores, podrán cambiar las redes de su PSU en los períodos establecidos y en las mismas condiciones que la actual ley establece para las redes GES.

IV. **Financiamiento y tarificación del PSU**

16. **El PSU tendrá un precio único para todos los beneficiarios, fijado libremente por cada Isapre, para una determinada red.** Si bien existirá un plan único respecto del contenido de la canasta de beneficios, cada asegurador podrá tarificar según sus propios criterios, lo que hará más competitivo el sistema. Adicionalmente, y con el objetivo de generar un mecanismo de solidaridad entre todos los participantes del sistema, el precio del PSU sería único para todos los beneficiarios dentro de una Isapre. Es decir, implicaría el fin de las tablas de factores por sexo y edad, y por ende de la tarificación por estos riesgos en el PSU. En cambio, cada Isapre determinará libremente el precio del PSU, de tarifa plana para todos sus beneficiarios sin diferencias por edad y sexo. Para todo lo que sea beneficios

adicionales distintos del PSU, entendiendo que son beneficios de contratación libre y voluntaria, las Isapres podrán tarificar por riesgo. En cualquier caso, la existencia de una tabla de factores con dos o tres tramos por edad eliminaría las distorsiones por efectos de subsidios cruzados y minimizaría el efecto negativo sobre niños y las personas jóvenes.

17. **El financiamiento del PSU seguirá siendo la cotización obligatoria para salud y la posibilidad de aporte voluntario.** El precio que la Isapre determine para el PSU podrá ser financiado a través de cotización obligatoria para salud, a lo que se puede agregar una cotización complementaria para cubrir la diferencia que exista entre el precio del PSU del grupo familiar y la cotización legal que aporta el trabajador.
18. **El ajuste al precio del PSU se podrá hacer libremente una vez al año.** El PSU tendrá una tarifa plana por sexo, fijada por cada Isapre que podrá actualizar anualmente y el afiliado ejercer su derecho de aceptar dicho cambio o cambiarse de Isapre, pues en este esquema podrá hacerlo libremente y sin restricciones ni cautividad, como se detalla más adelante. Para que la libertad de las Isapres de fijar sus tarifas no mantenga el actual problema de la judicialización de las alzas, se deben establecer condiciones que minimicen el riesgo de judicialización.
19. **En caso de modificaciones de la canasta de prestaciones GES, la tarifa podrá ajustarse adicionalmente.** Tal como sucede actualmente con el GES, cuando el Estado modifique el mismo, agregando coberturas, modificando tecnologías, etc., la ley permitirá un ajuste sobre stock y flujo que refleje esa modificación técnica. Lo anterior, dado que implica una ampliación del perímetro del PSU, y de ahí la racionalidad de que pese a ser una modificación unilateral por parte del Estado, se pueda realizar sin más requerimientos.

V. Movilidad y Fondo de Compensación de Riesgo/Gasto

20. **En el PSU habrá plena movilidad entre Isapres y se dará fin al problema de la cautividad por preexistencias.** Anualmente, cualquier afiliado podrá hacer uso del mecanismo de movilidad, en un período inmediatamente posterior al que todas las Isapres hayan informado sobre eventuales modificaciones al precio del PSU. En el entendido que el PSU es estándar y que sólo varía el precio y la red clínica que ofrece cada Isapre, se entiende que las personas deberían poder hacer el cambio vía internet o en sucursal, y se deberían incentivar estas vías.

21. **Para que exista movilidad sin tarificación por riesgo, se requiere de un Fondo Compensación.** En el nuevo sistema, la declaración personal de salud (DPS) sólo tendrá como propósito el funcionamiento de un mecanismo de compensación entre Isapres. Éste puede compensar gastos o riesgo, y su financiamiento correspondería a un monto que se defina actuarialmente dependiendo de la metodología de compensación que se utilice, a ser aportado por cada Isapre. Por su parte, los pagos del fondo son transferencias a las Isapre, según los criterios actuariales para cada perfil de riesgo (sexo, edad, DPS, geografía de residencia, etc.).
22. **La modificación legislativa debe contener la institucionalidad y facultades que permitan un adecuado funcionamiento del mecanismo.** Las variables para considerar en el Fondo y los mecanismos de compensación y las facultades correspondientes deben describirse en la ley, para ser desarrollados posteriormente a través de reglamentos, del mismo modo como ocurre con el actual Fondo de Compensación que existe entre las Isapres para el régimen GES actual. Asimismo, es fundamental establecer en la Ley mecanismos que aseguren la plena certeza de que las aseguradoras van a hacer, efectivamente, las compensaciones que se determinen, de modo de evitar que se repita la situación de la ex Isapre Mas Vida⁴.
23. **La orgánica institucional es determinante para el buen funcionamiento del Fondo.** Estimamos fundamental la creación de un gobierno corporativo, ojalá a través de un cuerpo colegiado, que en coordinación con el fiscalizador tenga la responsabilidad de determinar los criterios actuariales que se utilicen para el cálculo de las compensaciones entre Isapres. De igual manera, esta estructura debe definir el respaldo de capital que se exigirá para manejar el caso de que un participante del fondo caiga en insolvencia.
24. **Pagos expost.** Además, debería existir un mecanismo especial de **ajustes gastos extremos ex post**, en especial durante los primeros años de funcionamiento del fondo, mientras se acumula información para una operatoria más precisa. Este ajuste ex post corregiría desviaciones o diferencias que el fondo no haya anticipado adecuadamente.

⁴ Por ejemplo, mecanismos de encaje o una garantía estatal por parte del organismo fiscalizador.

VI. Plan Preventivo y valor agregado sanitario

25. **El PSU mantendrá el componente de examen de medicina preventiva (EMP) incluido actualmente en el GES.** En forma adicional, para fomentar tanto las acciones preventivas consideradas en el PSU como cualquiera adicional que las Isapres quisieran ofrecer, las bases regulatorias deberán permitir que las aseguradoras apliquen premios o estímulos a sus afiliados (descuentos) al uso de dichas acciones preventivas. En este contexto, la legislación debiese permitir a las Isapres ofrecer el PSU a un precio menor si el grupo familiar se realiza, en los plazos estipulados, el EMP establecido en el PSU, descuento que podría ser mayor si además cumple con el programa preventivo establecido por la Isapre. Asimismo, se fomentará la posibilidad de ofrecer estímulo por programas de tabaquismo, alcoholismo, obesidad, sedentarismo, etc.
26. **El mecanismo de pago por prestación debe perfeccionarse y es necesario analizar alternativas.** Es necesario reconocer explícitamente el rol del sector asegurador en la provisión de mecanismos que incentiven la eficiencia en el gasto sanitario. Para lograr lo anterior se deberá permitir y fomentar el diseño de nuevos mecanismos de contratación de servicios médicos en red y por resultados, paquetes quirúrgicos o similares, diferentes al pago por prestación y establecer políticas que incentiven la agregación de valor al gasto en el manejo eficiente.
27. **Mejorar la gestión y control de gastos en la prestación es un tema ineludible.** Se debe fomentar las relaciones contractuales de largo plazo, en base a parámetros objetivos que eviten cambios unilaterales en las condiciones. Se debe avanzar en el diseño de mecanismos de pago más eficientes que contribuyan a agregar valor y al control de costos y que fomenten el uso de redes, paquetes quirúrgicos, DRG o similares. Adicionalmente se deben crear sistemas de información de resultados clínicos de prestadores públicos y privados, una codificación común de prestaciones para todo el sector salud y avanzar en la integración del uso de la infraestructura hospitalaria.
28. **Para ello, Fonasa deberá establecer un arancel por soluciones a los problemas de salud incluidos en el PSU.** Se deben fomentar las soluciones por problema de salud, de modo de desincentivar la solicitud de prestaciones innecesarias, de manera que el riesgo financiero de la atención de salud sea compartido entre Isapres y prestadores. Para que lo anterior funciones, se debe eliminar la posibilidad de pago por prestación para todas las prestaciones del PSU cuyos aranceles están “paquetizados” vía DRG u otro mecanismo de pago prospectivo. De esta forma, las aseguradoras, que tienen la obligación legal de bonificar como mínimo lo

establecido en el Arancel de Fonasa en la *Modalidad de Atención de Libre Elección*, deberán proceder a contratar con los prestadores “soluciones médicas o paquetes” y no prestaciones desagregadas.

29. **Robustecer el rol de ETESA para contener costos sin afectar la calidad de las prestaciones otorgadas es clave.** La demanda por salud es creciente y si bien sería ideal poder incorporar un mayor número de prestaciones en el PSU, lo cierto es que por un tema de restricciones presupuestarias lo más probable es que sea un proceso muy gradual. Dado lo anterior, el rol de ETESA debiese equilibrar costo-efectivamente la demanda creciente de salud con la disponibilidad de recursos. En otras palabras, ETESA debiese definir que prestaciones y sus protocolos son incluidas o no en el PSU, decisión que debiese ser respetada por otras instituciones, como el Poder Judicial, estableciendo certeza absoluta respecto de los bordes del PSU.
30. **Es necesario desarrollar un sistema de medición de la actividad, resultados clínicos y calidad de los prestadores.** Esto no existe en nuestro país y es fundamental que el desempeño de los prestadores se mida y que dichos resultados sean de conocimiento público, para que los pacientes y aseguradoras tomen decisiones de atención informadas, al mismo tiempo de poder exigir un mayor control a las autoridades a cargo de la fiscalización sanitaria⁵.

VII. Las normas jurídicas complementarias

31. **La remisión a los reglamentos.** Tal como ocurrió con la Ley GES del año 2004, la nueva regulación legal deberá establecer los pilares fundamentales de la reforma, dejando explícitamente el desarrollo del detalle a la dictación de uno o más reglamentos. De este modo, tales reglamentos regularán, entre otras cosas, el modo en que se ajustará o modificará el PSU, el diseño y operación del Fondo de Compensación, etc.

VIII. Fortalecimiento institucional de la Superintendencia de Salud

32. **El sistema necesita un organismo regulador fuerte, independiente y con roles bien definidos.** Se propone modificar la orgánica de la Superintendencia de Salud

⁵ Con la legislación vigente, la SIS sólo tiene un rol fiscalizador sobre los prestadores GES, pero no sobre el resto de los prestadores, elemento que debería modificarse para ampliar su perímetro regulatorio.

(SS) como un organismo público, de carácter técnico y con mayor independencia del Gobierno Central, la Comisión Nacional de Salud (CNS). De esta manera, se propone que la máxima jerarquía institucional debiese ser un gobierno corporativo colegiado compuesto por 5 miembros de reconocida idoneidad. Este Consejo será el encargo de la dirección y administración de este servicio público descentralizado y especializado, que tendrá personalidad jurídica y patrimonio propio.

33. **La forma institucional sería similar a la reciente reforma en el sector financiero.** Cuatro de los consejeros serán designados por el presidente de la República y aprobados por un 4/7 de los votos del Senado, y tendrán carácter inamovible (sólo con casuales expresas que defina la ley) y dedicación exclusiva. El período de cada consejero será de seis años, y se renovarán por parcialidades cada 3 años. En tanto, el presidente del Consejo será nombrado por presidente de la República y durará en su cargo por la extensión del mandato presidencial.
34. **La CNS tendrá facultades normativas y tendrá por función proponer al presidente de la República, a través del Ministerio de Salud, las normas que se requieran para garantizar el buen funcionamiento del sistema.** En forma adicional, la ley debe explicitar que la CNS deberá realizar un estudio de evaluación de impacto regulatorio de carácter público para mejorar la calidad normativa. Una de las atribuciones indispensables de la nueva CNS será la facultad para establecer incentivos a la contención de costos a nivel de los prestadores, privilegiando aquellos mecanismos de pago por evento u otros en redes de atención y con protocolos -tal como opera el GES- y no por prestación.
35. **También es necesario modificar el actual proceso sancionatorio.** En la CNS se deben incorporar criterios de objetividad e imparcialidad respecto de los fiscalizados, separando los roles investigativos (a cargo de la Fiscalía de la CNS) del rol sancionatorio, que recaerá en el Consejo.
36. **La nueva CNS deberá incluir el rol de ETESA.**
 - i. Finalmente, la CNS pasaría a ser el ente responsable de la evaluación de tecnologías de la salud, (Evaluación de tecnología sanitaria), cuyo objetivo sea garantizar el uso de tecnologías que sean seguras, tengan impacto y sean costo-efectivas.
 - ii. Un trabajo más intenso de los aseguradores en redes, requerirá de mejor información de resultados clínicos de los prestadores. Para ello, el CNS deberá tener facultades para obligar a los prestadores a transparentar sus resultados clínicos y para procesar información estadística y epidemiológica.

IX. Licencias médicas y SIL

37. **La regulación y control de subsidio por incapacidad laboral (SIL) también necesita ser reformado.** Creemos que es relevante mejorar su marco de regulación y control. Idealmente debieren pasar a ser parte de una legislación distinta y más comprensiva que incluya al resto de los actores de la industria, diferentes a las Isapres y Fonasa (Mutuales). Esa nueva institucionalidad definida como un seguro, establecerá cómo se reajusta su costo, el rol del empleador para contención de costos a través de un financiamiento compartido y la revisión de mecanismos de pagos, topes, deducibles y coberturas. En una primera etapa se financiaría con una cotización obligatoria con cargo del empleado equivalente a un valor aproximado al 1,5%⁶ del sueldo imponible. En cualquier caso, se requiere se le dé una nueva institucionalidad a los COMPINES, con una organización propia, centralizada, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que dependa de una jefatura de un Servicio de Salud ad-hoc a nivel nacional, en una institucionalidad que puede ser similar a la de los servicios de salud. En caso de que se decida no modificar el actual marco, creemos que en el caso del PSU sólo los médicos de las redes del mismo deben ser los autorizados a entregar el SIL. Una discusión más acabada se presenta en forma de anexo.

X. Transición

38. **Una transición gradual y con mecanismos que permitan manejarla con flexibilidad son esenciales para evitar costos no deseados.** La reforma deberá entrar en vigencia en un período no menor a un año después de su promulgación. Después de ello, las Isapres solo podrán ofrecer el PSU para las nuevas contrataciones.
39. **Los planes vigentes a la vigencia de la reforma.** Aquellas personas que se encuentren afiliadas al momento de la entrada en vigencia de la reforma podrán optar por permanecer en sus contratos antiguos o ajustar sus contratos al PSU. En caso de optar por mantener sus planes antiguos, las Isapres mantendrán su derecho de ajustar anualmente sus tarifas. Estas personas pasarán a gozar del PSU en las

⁶ Porcentaje meramente referencial, el gasto actual se encuentra por sobre este nivel y cercano a un 1,9%.

siguientes situaciones: (i) cuando rechacen la adecuación propuesta, pues la ley deberá establecer que la alternativa de plan será el PSU (ii) cuando se desistan de su opción de mantenerse en el plan antiguo y deseen el PSU (iii) cuando se desafilien de la Isapre para afiliarse a otra.

XI. Conclusiones

40. **Creemos que es posible mejorar el sistema de salud para todos los chilenos.** A lo largo de las últimas décadas se ha construido un sistema mixto que, pese a todos los ajustes necesarios, ha logrado ofrecer a millones de chilenos un sistema moderno y eficiente. Al mismo tiempo, desde el sector público se han ido constituyendo importantes hitos que permiten pensar en una interacción de ambos sistemas con el objetivo de la provisión de un sistema exigente de seguridad social en salud.
41. **El punto de partida sobre el cual creemos se debe trabajar es el GES.** El punto de llegada es un sistema de salud con mejores coberturas y más eficiente para todos los chilenos, que solucione los problemas de discriminación por género, edad o condición de salud, que permita la libre movilidad de las personas y que genere un sistema de aseguramiento y prestaciones más competitivo, transparente y eficiente en la contención de costos.
42. **El proceso debe ser gradual, sin perder de vista el largo plazo y libre de otras consideraciones.** Lo primero que debemos consensuar es este objetivo final, más allá de cualquier consideración ideológica o comercial. El proceso de transición sin duda será largo y no estará libre de costos y pérdidas tanto a nivel político como económico. Por lo mismo, enfatizamos la necesidad de empezar a construir lo antes posible y desde esta visión estratégica de largo plazo, el proyecto de reforma que le entregue a Chile de un nuevo sistema de seguridad social en salud.

