



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

| IPSUSS



INSTITUTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD
UNIVERSIDAD SAN SEBASTIÁN

Proyecto de ley que reforma las Isapres: desafíos para avanzar en seguridad social

Autores

Carolina Velasco, IPSUSS, Universidad San Sebastián
Josefa Henríquez, Universidad de Newcastle, Australia
Jorge Acosta, IPSUSS, Universidad San Sebastián

Diciembre 2024

1. Introducción

El sistema privado de salud en Chile, representado por las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), ha enfrentado persistentes problemas estructurales que han motivado comisiones presidenciales, propuestas de expertos, así como cambios regulatorios impulsados por los distintos poderes del Estado de forma poco coordinada (proyectos de ley del Ejecutivo y fallos del judicial), que han agudizado una situación crítica del sistema. Entre las deficiencias más críticas destacan la discriminación por riesgo en el acceso y precio de los planes según edad, y preexistencias (que a su vez limitan la movilidad entre Isapres); alzas de precios; la fragmentación y complejidad de los planes que dificultan la comparación y elección informada; la falta de solidaridad en el financiamiento al no existir subsidios cruzados efectivos entre personas de distintos niveles de riesgo e ingresos. Estas problemáticas han resultado en un sistema que tiende a seleccionar a la población de menor riesgo y mayores ingresos, dejando a las personas más vulnerables y con mayores necesidades de salud en el sistema público, lo que contradice los principios de la seguridad social en salud.

Para entender mejor la situación actual del sector privado asegurador, los procesos en curso y el proyecto de reforma a las Isapres, es necesario hacer una revisión de los principales antecedentes en torno a este tema en las últimas décadas (cuadro 1).

En la Constitución Política de la República se consagra el derecho a elegir el sistema de salud, sea estatal o privado, el que se regula en el DFL N°1 del Ministerio de Salud del año 2005 (que además refunde textos anteriores), donde se establece el funcionamiento de dicha repartición, sus organismos relacionados y las Isapres. A estas últimas se les permitió ofrecer planes de salud a las personas, quienes podrían pagarlos en su totalidad o en parte con cotizaciones previsionales de salud (7%). Los precios (primas) de los planes de salud, se conforman por un precio base (PB), el que se multiplica por un factor de riesgo acorde con la edad de la persona (previamente también el sexo), el que se establecía según una tabla de factores (TF). El precio base podía ajustarse anualmente.

En 2004 (Ley N° 19.966) se creó el régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), que establece la obligación a Fonasa y las Isapres, de cubrir una canasta de prestaciones asociadas a un grupo de patologías (que se incrementaría en el tiempo). Su cobertura cuenta con garantías de acceso (todos deben ser atendidos), oportunidad (tiempos de atención), calidad (acreditación de prestadores) y protección financiera (monto máximo de pago de bolsillo). A su vez, las Isapres quedaron facultadas para cobrar una prima GES adicional por cada beneficiario, para cubrir las prestaciones *ad hoc*. A diferencia de la prima del plan complementario, esta es la misma para todos los afiliados y se reajusta cada 3 años o con cada actualización de las prestaciones GES (decreto).

En 2010, el Tribunal Constitucional (TC) sentenció que la estructura adoptada por las Isapres, para la elaboración de sus propias TF, era contraria a lo establecido en la Carta Magna. Por esto hizo un llamado a los poderes ejecutivo y legislativo a legislar sobre los límites de tramos de edad, con el objetivo de hacerlos proporcionados y razonables y que estos tuvieran estatus legal. Además, dictaminó como arbitraria la discriminación por sexo, basándose en el principio de igualdad ante la ley.

En la argumentación del fallo del TC, se atribuye a las Isapres una naturaleza de seguridad social, es decir, considera a la salud como un derecho fundamental exigible bajo el ordenamiento jurídico.

Luego de ello, aumentaron los recursos de protección presentados ante las Cortes de Apelaciones (CA), y las apelaciones de sentencias ante la Corte Suprema (CS). En los últimos años, más de 90% de los recursos de protección revisados por las cortes corresponden a Isapres, alcanzando en 2022 casi 670 mil acciones judiciales en las CA y 143 mil en la CS.

Posteriormente, en 2019 la Superintendencia de Salud estableció que, desde abril de 2020, los nuevos planes de Isapres debían usar una tabla única de factores (TUF). Luego, la ley N° 21.350 de 2021 mandató a la Superintendencia a crear el Índice de Costos de la Salud y usarlo para establecer un porcentaje máximo de ajuste del PB, que comenzó a regir en 2022. En dicha ocasión las Isapres subieron el PB al máximo posible (UF 7,6).

En 2022, la CS dictó una serie de sentencias con efectos para todo el sistema y no sólo para las partes involucradas. Primero, anuló las alzas de los PB arguyendo falta de fundamentación de estas, ordenó la restitución de los cobros ya implementados y mandató a la Superintendencia a supervisar un nuevo proceso, que redujo el alza en promedio a cerca de un tercio (UF 2,6). Luego, estableció que las Isapres debían usar la TUF también en todos los planes vigentes a abril de 2020, no solo los nuevos, generando una deuda retroactiva y unilateral, dado que solo habría pagos desde Isapres a afiliados por cobros mayores a los que se hubieran requerido de haberse utilizado la TUF. En caso de que la persona hubiera pagado menos que lo correspondiente, no tendría deuda con la Isapre. Además, modificó la TUF eliminando el pago de los menores de 2 años, y mandató a la SIS a ejecutar este proceso.

Por último, a mediados de 2023, la CS revierte la modificación de la prima GES informada por las Isapres, que respondía al aumento a 89 condiciones de salud con GES en 2022, mandando a dichas aseguradoras a calcular nuevamente el valor de esta prima, con base en el estudio de verificación de costos de la U. de Chile de 2021, que no incluía las nuevas coberturas y fijaba en un máximo anual de UF 7,2.

Cuadro 1. Cronología de hechos relevantes sobre la normativa de planes de salud de Isapres

1980. Constitución Política de la República. Artículo 19 n°9: derecho a elegir el sistema de salud, sea estatal o privado.

2005. Ministerio de Salud. DFL N°1: regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud, el Minsal, FONASA, Superintendencia de Salud (SIS), Isapres y crea régimen de prestaciones GES. Autoriza a Isapres a ajustar anualmente el precio base (PB) de sus planes, reconociendo que aumento de costos de prestaciones suele superar variación de la UF. El precio deberá corresponder al precio base, modificado por tablas de factores de riesgo (TF) según edad y sexo.

2010. Tribunal Constitucional. Sentencia Rol 1710-10: establece que la estructura de la TF era contraria a la Constitución. Requiere de límites proporcionados y razonables para determinar los tramos de edad, compatibles con principios de igualdad ante la ley y no discriminación, y derechos a la salud y la seguridad social. Mandato a los órganos colegisladores: la regulación de la TF debía elevarse a rango legal, incluyendo tanto su estructura como los factores.

2019. Superintendencia de Salud. Circular 343: crea Tabla Única de Factores que elimina la discriminación de precio basada en el sexo y restringe aquella fundada en la edad, estableciendo sólo 7 tramos etarios. Aplicable sólo a los planes nuevos, comercializados desde el 1 de abril de 2020.

2021. Ley 21.350. Regula procedimiento para modificar el PB de planes de salud: se crea el Índice de Costos de la Salud (ICSA), establecido por la SIS, que fija el límite máximo de reajuste anual del PB, con la finalidad de evitar la alta judicialización. Además, se congelaron los PB durante los años de la pandemia (2020-2021).

2022. Corte Suprema (CS). Serie de fallos anulando alzas anuales de PB: en marzo, todas las Isapres establecen alza anual de PB en 7,6%, el máximo del ICSA. En agosto, la CS establece sentencias de carácter general, con efectos sobre la totalidad del sistema y no sólo relativos a las partes involucradas. Se adujo falta de justificación, no era suficiente la mención general del aumento de costos. Se ordenó reembolsar las alzas ya aplicadas, iniciar un nuevo proceso de reajuste, bajo supervisión de la SIS. El reajuste de los PB fue un 2,6% en promedio efectivo.

2022. Corte Suprema. Serie de fallos anulando las TF de las Isapres: en noviembre, la CS establece que: i) debe existir un único PB por contrato de salud y no por beneficiario, ii) desde abril de 2020, sólo la TUF instaurada por la SIS podría ser utilizada por las Isapres, por lo que se deben ajustar todos los planes a ella y reembolsar en caso de diferencias favorables a los beneficiarios, sin alzas en caso de ser perjudiciales, iii) la TUF sólo puede ser aplicada al ingreso a una Isapre y no es modificable en el tiempo, salvo que sea beneficiario para el cotizante, y iv) a los niños menores de 2 años no se les puede aplicar la TUF por cobertura GES existente.

2023. Corte Suprema. Serie de fallos anulando alzas de la prima GES: nuevamente, con una sentencia de alcance general, la CS deja sin efecto el aumento que, según la normativa vigente, cada ISAPRE podía definir libremente luego de la actualización trianual del decreto GES del Minsal, donde se establecen nuevas patologías y canastas de prestaciones. Se fija tope de UF 7,2 anual, según estudio de Verificación del Costo de la U. de Chile (Minsal 2021), que no incluye ampliación del decreto de 2022.

2024. Ley 21.674. "Ley corta de Isapres": entrega facultades a la SIS para operativizar fallos de la CS. Elimina planes con excedentes. Establece plazos, criterios y forma de devolución de cobros a beneficiarios, por ajuste de planes a la TUF. Permite cobro de prima extraordinaria de hasta 10%, para solventar costo de devoluciones. Impide entrega de utilidades a Isapres que mantengan devoluciones pendientes. Crea la Modalidad de Cobertura Complementaria de FONASA.

Para dar cumplimiento a los fallos relativos a tabla de factores, el poder ejecutivo estimó necesario enviar un proyecto de ley, que fue aprobado en 2024 (Ley N° 21.674), conocido como "Ley Corta de Isapres". Este faculta a la SIS para operativizar fallos de la CS; elimina los planes con excedentes; establece plazos, criterios y forma de devolución de los recursos a los beneficiarios; permite el cobro de una prima extraordinaria de hasta 10% para solventar los nuevos costos en Isapres; prohíbe el retiro de utilidades a sus dueños hasta total pago; y crea la Modalidad de Cobertura Complementaria en el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), que es un seguro complementario

voluntario ofrecido por compañías de seguros privadas, pagado por los afiliados e intermediado (licitado) por Fonasa.

Durante la discusión de esta normativa en el Congreso se introdujeron compromisos que quedaron plasmados como parte de la ley. El artículo décimo transitorio establece que:

“Dentro del período legislativo del Congreso Nacional correspondiente al año 2024, el Presidente de la República deberá enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley destinados a reformar el sistema de salud en su conjunto, a fin de profundizar los principios de seguridad social en salud y fortalecer las competencias del Fondo Nacional de Salud y de la Superintendencia de Salud.

Sin perjuicio de lo anterior, antes del 1 de octubre de 2024, el Presidente de la República deberá enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley destinados a eliminar las preexistencias de que trata el artículo 190 del decreto con fuerza de ley N°1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud; así como a eliminar las discriminaciones por edad y sexo, y los mecanismos que permitan su viabilidad, tanto para la afiliación a las Instituciones de Salud Previsional como para restricciones o exclusiones de beneficios dentro de los planes complementarios de salud.”

Por ello, en la fecha requerida ingresó a la Cámara de Diputados el proyecto de ley (Mensaje Presidencial Boletín N°17.147-11), que aborda el compromiso relativo a las aseguradoras privadas. En este documento se revisa dicha iniciativa, a la luz de los requisitos que la literatura y evidencia práctica indican deben cumplirse para hacerse cargo de los problemas que surgen en esquemas de aseguramiento en salud. Este marco considera las medidas necesarias para avanzar a un sistema donde participan varias aseguradoras, como es el caso de Chile, que toma como base la seguridad social en salud, se centra en las personas y sus necesidades. Según ello, se recomiendan los ajustes necesarios. En la siguiente sección se describe el proyecto de ley, posteriormente se describe el marco de análisis que se usará para evaluarlo y, luego, considerando dicho marco se examina su contenido. Finalmente, se presentan las conclusiones y recomendaciones.

2. Descripción proyecto de ley

El 1 de octubre ingresó a la Cámara de Diputados el proyecto de ley “con el que da cumplimiento al inciso segundo del artículo décimo transitorio de la ley N°21.674, modifica el decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del ministerio de salud, en las materias que indica, pone fin a las enfermedades o condiciones preexistentes, elimina las discriminaciones por edad y sexo en los planes de salud, y crea el plan común de salud de las instituciones de salud previsional”. En particular, el proyecto plantea:

i. **Creación de un plan común obligatorio y único.**

- Establece que beneficiarios de Isapres solo podrán acceder al plan común, contado 6 meses de definido el plan en el decreto correspondiente.
- Su contenido está definido en el proyecto, considerando lo ya existente, que incluye la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), que ahora pasa a tener estatus legal.
- Su cobertura financiera será la misma para todos los afiliados, siendo mayor en los prestadores que formen parte de la red preferente.

- Los copagos de los afiliados que se atiendan en la red preferente serán fijados, definidos con base en un arancel de referencia.
- Los copagos de los afiliados que se atiendan fuera de la red no serán fijos y dependerán del precio de los prestadores, ya que las Isapres pagarán un monto fijo asociado a un arancel de referencia.
- Tendrán copago cero: el examen de medicina preventiva, la protección de la mujer durante el embarazo y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo, y del niño hasta los seis años. La cobertura de emergencia o urgencia será 90%.

ii. Definición del plan común y el rol del Consejo Consultivo.

- Un decreto suscrito por los ministerios de Salud y Hacienda definirá el contenido (prestaciones y beneficios) y cobertura, así como el arancel de referencia para una o un grupo de prestaciones.
- Un Consejo Consultivo convocado por el Ministerio de Salud y que funcionará por 3 meses, propondrá las coberturas financieras en la red preferente y fuera de ellas, previa consulta pública de asociaciones y participación ciudadana (ley N° 20.500). Estará integrado por 2 representantes de las facultades de medicina, 2 de economía o administración elegidos por estas y 3 designados por el Pdte. de la República, con representación regional. El proyecto también les define inhabilidades e incompatibilidades, que se les aplican las normas sobre probidad administrativa, define los quórum para sesionar y tomar acuerdos y la dieta (15 UF por cada sesión con tope 195 UF al año). Deben elegir a su presidente, subrogante y contará con una secretaría ejecutiva con funcionarios del Ministerio de Salud. Los consejeros cesarán en su cargo una vez cumplido su cometido.
- La vigencia del plan es de 3 años. No obstante, este se modificará cada vez que se modifiquen las GES, las prestaciones de la Modalidad de Atención Institucional (MAI), las prestaciones de la Modalidad de Libre Elección (MLE) o cuando el Pdte. de la República lo solicite por razones fundadas.

iii. Condiciones del plan común: prima única, red preferente y cobertura.

- El plan debe tener una prima única definida por cada Isapre. La prima total está compuesta por la prima GES más la prima del resto de los beneficios. Esta prima podrá ser modificada en junio de cada año, siempre que hayan cumplido con las metas de salud preventivas, o cuando cambien las GES.
- El plan debe tener una única red de prestadores preferente (que incluye las prestaciones GES), la que podrá modificarse una vez al año (junio).
- El cambio de prima y prestadores debe ser informado a la Superintendencia de Salud y a los beneficiarios en marzo del mismo año.
- La atención fuera de red es voluntaria, la cobertura debe ser la pactada, aunque sea reembolso.
- Las personas deben contribuir como mínimo con el 7% de su salario para pagar el plan, si este es insuficiente, deberán pagar la diferencia.
- El plan es indefinido, salvo por incumplimientos o mutuo acuerdo.
- Luego de cumplido un año, el afiliado puede cambiarse sin causal (previo a ello, puede ser por cesantía o cambio en grupo familiar).
- Las personas podrán atenderse en la Modalidad de Atención Institucional (MAI) de Fonasa, según lo establece la ley (pagar arancel de no beneficiarios, y cuando sea una urgencia o haya escasez, calificado por el Seremi correspondiente, sin menoscabar a los beneficiarios de Fonasa).

- Aseguradoras pueden decidir sobre si procede o no cubrir los beneficios asociados a una prestación.

iv. Reglas para instituciones de salud previsional

- Solo podrán comercializar el plan común.
- Podrán convenir con otras compañías de seguros (previo proceso público) acceso voluntario de sus beneficiarios a los seguros de dichas compañías externas.
- No pueden denegar acceso o establecer exclusiones o periodos de carencia no incluidos en el decreto que define el contenido del plan común de salud, ni requerir antecedentes de salud a las personas.
- En junio de cada año, todas las personas de Isapres y de Fonasa podrán contratar un plan de salud.
- Los planes antiguos se mantienen sin cambios de manera indefinida.

v. Obligación para las Isapres de reasegurarse.

- Las Isapres deberán contratar con compañías de seguro, una póliza para cubrir riesgos de mayor gasto en el plan común, reaseguro, según las condiciones que determinará la Superintendencia de Salud. El plazo para contratar este mecanismo es de 12 meses luego de definirse el plan común en un decreto.

3. Análisis: la necesidad de un marco regulatorio adecuado para abordar los problemas de los seguros en salud

3.1. Problemas de los seguros en salud

A diferencia de otros sectores como la educación y pensiones, donde el gasto es cierto y se acota a ciertas edades y circunstancias (educación preescolar y escolar obligatorias, pensión luego de cumplir 60 o 65 años), en salud, existe incertidumbre (sobre cuándo, cuánto y cómo se necesitará atención médica) y riesgo de pérdidas financieras significativas por enfermedad.

Por ello, los países organizan sus sistemas de salud en torno a mecanismos de pre-pago, donde se reúne el financiamiento de manera previa y, con los recursos de todos (su agrupación) se afronta el gasto que afectará a algunos, lo que no es conocido de antemano. Esto no es más que el concepto detrás de los seguros. La teoría detrás de los seguros señala que, para que estos funcionen adecuadamente, sin regulación o intervención, se deben cumplir al menos 5 requisitos (Bar 2004): (i) uso del seguro es **probable**, no cierto, (ii) se **conoce** solo el riesgo promedio de la población (no quiénes serán afectados), (iii) el asegurador logra **equilibrio financiero** en cada contrato, (iv) las partes (asegurado y asegurador) están igualmente **informadas** y (v) el riesgo es **individual** y no se expande al resto.

No obstante, como se aprecia en la tabla 1, estos supuestos no se cumplen en salud debido a diversas “fallas de mercado”, y son razón suficiente para argumentar que los mercados por sí solos no producirán un resultado que maximice la eficiencia o equidad, y ha justificado una amplia intervención o regulación del sector salud.

Tabla 1. Supuestos para el funcionamiento de los seguros y qué ocurre en salud

Requisito	Análisis en salud	Resultado
Uso del seguro es probable, no cierto	El uso del seguro es cierto para aquellos con enfermedades crónicas y preexistencias.	Exclusión de personas, reducción o no cobertura de preexistencias.
Se conoce solo el riesgo promedio de la población	Se conoce que el riesgo de usar el seguro es mayor en ciertos grupos, como adultos mayores, mujeres y aquellos con preexistencias.	Exclusión de personas, reducción o no cobertura de preexistencias o grupos de personas.
Se logra equilibrio financiero en cada contrato	Incluso con declaración de salud, es complejo saber el riesgo de cada persona, lo que lleva a aseguradores a tratar de detectar y aceptar solo a los más sanos.	Selección de los más sanos (descreme) e ineficiencia
Las partes están igualmente informadas	El asegurado tiene más información que el asegurador sobre su estado de salud, por lo que el asegurador intentará conocer su riesgo.	Comportamiento estratégico por parte de las personas y descreme o reducción de cobertura en aseguradores
Riesgo es individual	En general, este supuesto se cumple, salvo en casos de epidemias o pandemias y enfermedades muy contagiosas	No cubre epidemias, pandemias y enfermedades de alto contagio
<i>Fuente: Barr (2004).</i>		

3.2. Los seguros sociales como respuesta

La literatura, evidencia y la experiencia de diversos países dan cuenta de que es posible corregir los problemas de los seguros mediante herramientas regulatorias o intervenciones que sí fomenten la competencia por precio y calidad, siguiendo los principios de la seguridad social, como universalidad y solidaridad, que son típicamente implementados en sistemas de salud con múltiples aseguradoras, introduciendo los siguientes cambios (van de Ven et al. 2013, Thomson et al. 2013, Velasco 2016, McGuire & van Kleef 2018):

1. Libre afiliación. Las personas deben poder elegir el asegurador y plan de su preferencia sin que les sea denegado el acceso por su estado de salud, edad, sexo o cualquier característica.
2. Plan de salud comparable, obligatorio y realista.
 - Cada persona debe estar obligada a contar con un plan de salud.
 - Para posibilitar la elección del plan de salud, debe existir un número reducido de estos, lo que permite a las personas compararlos según sus atributos, como red de prestadores (ubicación y tipo) o cobertura (proporción cubierta, deducibles), según se defina.
 - Este plan debe ser definido acorde con los recursos que el país puede aportar, según los criterios que el país quiere perseguir -como la costo-efectividad, la participación ciudadana-, lo que requiere de una adecuada institucionalidad que lo defina.
3. Asequibilidad.

- Todas las personas deben poder acceder al plan de salud obligatorio. Para ello, el aporte que realizan las personas para financiar el plan de salud no debe estar relacionado con su riesgo, puesto que ello haría muy caro el plan para los más enfermos y para los más pobres. Por lo tanto, se pueden usar mecanismos como proporción del sueldo o pagos fijos.
 - Asimismo, es necesario para asegurar el acceso, buscar mecanismos para subsidiar a quienes no pueden aportar (por ejemplo, niños, personas en situación de discapacidad, de bajos recursos o carentes de ellos).
4. Financiamiento justo, según necesidades, eficiente y que no incentive comportamientos estratégicos negativos.
- El financiamiento del plan debe estar ajustado al riesgo, dado que el gasto en salud de las personas depende principalmente de su estado de salud, edad y sexo.
 - Que cada aseguradora reciba un monto ajustado al riesgo de su cartera también evita la selección por riesgo, o descreme (preferencia por personas más sanas que son más baratas) dado que se cuenta con recursos para financiar a cada persona según su estado de salud o necesidades. De lo contrario, además, se corre el riesgo de hacer inviable el sistema, porque las aseguradoras que no reciban recursos acordes a las necesidades de salud de su cartera no podrían financiarlos.
 - A su vez, el financiamiento debe evitar conductas oportunistas por parte de las personas. Esto implica que no deben existir incentivos a las personas para hacer un mal uso del sistema. Un ejemplo de ellos sería un sistema donde a las personas les convenga no contribuir, o puedan contribuir solo cuando necesitan usar el sistema de salud, entre otros.
5. Atribuciones para convenir entre prestadores y aseguradores. Para que funcione la competencia por calidad y precio, las partes -aseguradores y prestadores- deben poder organizarse y convenir para establecer las redes, mecanismos de pago y otras condiciones, en orden a buscar la eficiencia e innovación.
6. Supervisión de calidad. Un aspecto fundamental para que funcione la competencia por precio y calidad, abordando las necesidades de las personas es que se conozca la calidad de las instituciones, aseguradores y prestadores. Para ello, es el Estado quien tiene la función inherente de generar dicha información, generando indicadores de calidad, así como estableciendo y monitoreando estándares mínimos según sea definido.

4. Aspectos pendientes y las alternativas

La revisión de los contenidos del proyecto de ley, a la luz de los requisitos para que un sistema de salud de múltiples aseguradores funcione adecuadamente (empoderando a las personas en el cuidado de su salud y en la elección para que el sistema los ponga en el centro), da cuenta de que no todos estos requerimientos están incorporados o desarrollados adecuadamente en la propuesta del poder ejecutivo. En efecto, como se aprecia en la tabla 2, son dos los que están desarrollados completamente o casi, pero la mayoría de los elementos se cumple de forma parcial y hay otros aspectos no abordados.

Tabla 2. Cómo se cumplen los requisitos en el proyecto de ley

Requisitos	Cumple	¿Por qué?
Libre afiliación	Sí	Nadie puede ser rechazado por su estado de salud, edad o sexo.
Plan obligatorio y comparable	Parcial	Sí entre afiliados a aseguradoras privadas, pero no con los de Fonasa.
Plan de salud realista	No	El plan se define por ley y se modifica cuando cambian los aranceles de Fonasa o las condiciones de salud con GES. No hay una entidad que evalúe las prestaciones a cubrir, su costo efectividad, su costo total y que este se condiga con los recursos del país. Solo un consejo no vinculante que propone coberturas y que considera una consulta pública.
Separar aporte del riesgo	Sí	El aporte de las personas es 7% o una prima única (igual para todos), según la aseguradora que elijan.
Asegurar acceso	No	No existen mecanismos para financiar a quienes no tienen los recursos para acceder al plan de salud.
Financiamiento justo (según necesidad) y eficiente	Parcial	Mantiene redistribución de riesgo actual solo para GES, que es insuficiente. No incorpora el estado de salud para asignar recursos, ni amplía el esquema para que considere la totalidad de las prestaciones del plan de salud. El reaseguro cubre riesgos de mayor costo, pero: (i) posterior al gasto, por lo que no contiene costos, (ii) involucra a otra industria, aumentando costos y (iii) condiciones de póliza son inciertas.
Financiamiento evita selección por riesgo	Parcial	Financiar el plan con primas planas, sin redistribuir recursos a aquellos de más necesidades, incentiva a las aseguradoras a ahuyentar a los de mayor riesgo (descremar), mediante medios indirectos (no pueden rechazar), como, atención de baja calidad en enfermedades costosas. La redistribución actual de las GES y el reaseguro mitigan este incentivo parcialmente.
Financiamiento evita conductas oportunistas	Parcial	Primas planas con libre afiliación hacen atractivo para afiliados de Fonasa el cambiarse temporalmente a una aseguradora privada, para atenderse rápido, y luego volver a Fonasa., que es más barato –dado que recibe subsidios y raciona mediante listas de espera, entre otros-. Ello aumenta los costos, primas, incertidumbre en el gasto e ineficiencia en las Isapres.
Atribuciones para convenir entre participantes	Parcial	Mantiene limitaciones para las aseguradoras privadas de contratar con prestadores estatales (salvo excepciones) y para Fonasa con prestadores privados (debe financiar la red estatal, tiene límites en pagos a privados, no puede definir cómo pagarles).
Supervisión de calidad	No	No innova en indicadores de calidad de aseguradores o prestadores. Los actuales son insuficientes, solo hay acreditación para prestadores (cuyos estándares no han sido actualizados) y tasas de reclamos. No hay monitoreo de resultados y desempeño, limitando la comparación entre aseguradores y prestadores, y con ello, la competencia, contención de costos e innovación.
<i>Fuente:</i> elaboración propia.		

Por lo tanto, a continuación, se detallan los aspectos que deben ser incorporados o modificados, así como algunas propuestas, considerando los múltiples trabajos realizados en Chile y la evidencia internacional, sobre las condiciones de funcionamiento, así como respecto a la gradualidad con que deben realizarse los cambios. En efecto, tal como se señala en Journard et al (2010), dado que no existe una sola forma de organizar mejor el sistema de salud, cuyo desempeño sea superior que otra en todos los ámbitos, no se recomiendan las reformas tipo *big bang* o drásticas. Por el contrario,

se aconseja ir adoptando las buenas prácticas de otros sistemas de salud que se organizan de manera similar, considerando la realidad de cada uno.

4.1 Plan de salud obligatorio, comparable y realista

Primero, si bien se aprecia que los planes entre Isapres, y entre Isapres y Fonasa, serían similares en sus contenidos, el proyecto no menciona como objetivo de mediano o largo plazo el acceso de todos los chilenos a un mismo plan de salud, que sea integral y considere iguales coberturas.

Segundo, no se genera un mecanismo que cumpla los estándares de transparencia, independencia, participación y nivel técnico, para definir el contenido del plan de salud, ni tampoco se plasman los criterios o estándares que se deberán cumplir para incorporar prestaciones. El contenido variaría cuando lo haga el arancel Fonasa (es decir, cuando el M. de Hacienda las apruebe), sin un contrapeso en cuanto a su efectividad clínica, su costo o impacto social; y con las GES. Este último proceso tiene mayor formalidad, pero adolece de transparencia y correlato con los recursos asociados (Castillo et al. 2012). Las disposiciones del proyecto no aseguran que los aranceles del plan reflejarán los costos reales de los servicios de salud. Entre otros, si los precios no cubren el costo del plan, esto podría causar que las Isapres y los prestadores se ajusten contratando menos servicios o más económicos, generando escasez de servicios o de planes o planes diseñados para atraer/ahuyentar a determinados grupos.

Tercero, mantener las modalidades actuales implica seguir con ineficiencias y mayores costos asociados a duplicaciones de cobertura (como los beneficios con GES que se otorgan en la red preferente -MAI en el caso de Fonasa- y fuera de red con otra cobertura -MLE en el caso de Fonasa-) y seguir excluyendo prestaciones esenciales de los tratamientos, como son los medicamentos ambulatorios.

Recomendaciones

Tal como lo han planteado múltiples trabajos, que se robustezca la institucionalidad que define el plan de salud en Chile (Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias 2013, Espinoza et al. 2014, Arredondo et al. 2017, Paolucci & Velasco 2017, Comisión de Expertos para las reformas de las Isapre y del Fonasa 2020, Comité Técnico de Reforma del Sector Salud 2023, Comité de Expertos para la Reforma a la salud 2024). Estas coinciden, en primer lugar, en que el contenido del plan debe definirse según los criterios considerados en evaluaciones de tecnología sanitaria (costo-efectividad, transparencia, participación, entre otros), por personas calificadas. Ello requiere una institucionalidad más sólida que la actual (alojada en el Minsal), independiente del Ministerio de Salud, en la que la elección de sus integrantes asegure esta independencia, así como las capacidades necesarias para realizar la labor encomendada.

En segundo lugar, existe acuerdo en que sea la autoridad sanitaria quien tenga la última palabra respecto de los contenidos, siguiendo las recomendaciones de la ETESA y los criterios de priorización (que pueden considerar otros aspectos como preferencias sociales o costos de espera), proceso que debe cumplir con los mismos criterios de transparencia.

En tercer lugar, se plantea necesario que el trabajo de definición de contenidos considere los verdaderos costos del plan de salud, para que ello permita luego generar un esquema de financiación suficiente.

Si bien el proyecto de ley en análisis no considera una institucionalidad que cumpla con las características mencionadas, existen dos iniciativas actualmente en el Congreso (Boletines N°8.105-11 de 2011 y N°13.863-11 de 2019) que crean un plan de salud, con sus respectivas institucionalidades, los que pueden tomarse como base.

Finalmente, es relevante considerar que el mal diseño del plan de salud, de sus contenidos y cobertura, se traduce en la proliferación de seguros complementarios, los que generan ineficiencias importantes, tanto porque duplican la cobertura (generando un doble pago por los mismos contenidos) y fomentan el uso de redes no preferentes, como porque cubren copagos, lo que incrementa el riesgo moral, es decir, se incentiva el mayor uso del seguro, debido a que el costo que paga la persona al momento de la atención es menor. La existencia de múltiples planes socava también la transparencia y equidad en el sistema, dado que las personas más vulnerables y de menores ingresos no pueden acceder. Por lo tanto, el esquema completo debe pensarse incluyendo la revisión y normas de los seguros complementarios, por ejemplo, estudiando la necesidad de que estos solo puedan ofrecer beneficios no cubiertos por el plan básico, una vez que el plan universal sea lo suficientemente generoso.

4.2 Asegurar acceso

El proyecto de ley no considera mecanismos que permitan a todas las personas acceder al nuevo plan de salud. Si bien ya no estará la limitante de las preexistencias, se mantiene la barrera relativa al costo de las primas. Las diferencias asociadas a la capacidad de pago también ocurren en Fonasa. En efecto, las personas carentes de recursos no tienen cobertura de parte de Fonasa en prestadores privados, obligándolas a esperar por atención en prestadores públicos, a veces por años, o a acudir a dichos prestadores pagando la totalidad del valor de la atención (sin reembolso). Más aún, la recientemente creada modalidad de cobertura complementaria permitirá acceder a mejores coberturas en prestadores privados sólo a quienes puedan pagar una prima y, nuevamente, excluye a quienes integran el grupo A de Fonasa.

Recomendaciones

El o los proyectos de ley que deben ingresar a más tardar en enero para reformar el sistema de salud deben abordar el problema en su conjunto, poniendo a las personas al centro; mediante (i) la eliminación de restricciones a aquellos pertenecientes al grupo A en Fonasa; y (ii) una mejor cobertura de Fonasa, a través de la generación de una red integrada de prestadores públicos y privados, cuyos convenios consideren lógicas de pago que fomenten la continuidad entre niveles de atención y prestadores, así como el seguimiento y resolución de los problemas de salud de las personas. Estos contratos deben incluir condiciones de entrega de los servicios, como exigencias de interoperabilidad, alcance de estándares de calidad y tiempos de espera, etcétera, cuyo incumplimiento se asocie a consecuencias.

Asimismo, como ocurre en otros países, se puede subsidiar a las personas de bajos ingresos y carentes de estos, como los menores de edad, aquellos en situación de discapacidad e indigentes, para empoderarlos y que así puedan elegir y exigir sus derechos en salud. Como contraparte, se requiere una entidad fiscalizadora que vele por las personas.

4.3 Financiamiento justo, según necesidades, que no incentive comportamientos estratégicos negativos

Un financiamiento adecuado requiere que cada aseguradora cuente con los recursos para costear el plan común para cada uno de sus afiliados. Esto no se consigue mediante una prima única (prima plana), dado que, por una parte, las necesidades en salud de las personas varían (por ejemplo, los adultos mayores o mujeres en edad fértil promedian gastos más altos que los jóvenes y que los hombres en ese tramo etario). Por otra parte, tiene incentivos negativos y lleva a la ineficiencia. Esto, porque crea ganancias para las aseguradoras en el caso de que sus afiliados tengan gastos menores a la prima, es decir, sean personas de mejor estado de salud (y pérdidas con aquellos que gastan más que la prima), promoviendo que las aseguradoras busquen atraer solo a los que generan ganancias, comportamiento llamado “selección por riesgos” o “descreme”. Dado que no se puede rechazar por estado de salud (preexistencias), las aseguradoras usan para ello métodos indirectos, como publicidad dirigida o estrategias relacionadas con la red de servicios del plan común, desviando los recursos a este fin, lo que no es eficiente para mejorar la salud.

Por esta razón, tanto en la teoría como en la práctica, los países con sistemas de salud con múltiples aseguradores -europeos, Estados Unidos y Australia (entre otros)-, utilizan mecanismos de redistribución de recursos entre aseguradoras, transfiriendo financiamiento desde las que tienen gastos por debajo de la media hacia aquellas donde ocurre lo contrario. Esto conlleva a un sistema de financiamiento más justo, según necesidades y eficiente, que no incentiva comportamientos tales como la selección por riesgos.

En particular, existen dos principales modalidades: ajuste de riesgo y riesgo compartido (tabla 3). El primero es prospectivo, es decir, redistribuye los recursos previamente a que el gasto ocurra, incentivando la contención de costos, aunque requiere de buena información sobre el riesgo de las personas. El riesgo compartido, redistribuye una vez que los gastos ya fueron realizados, por lo que no contiene costos, pero es más simple en cuanto a datos. Dado que el diseño óptimo del mecanismo de redistribución debe ser factible, eficiente y equitativo (Ellis et al. 2018), algunos son más simples –por ejemplo, con método de celdas y pocas variables-, como en Australia, Chile, Israel y Colombia; otros se han ido sofisticando, como Suiza que recientemente introdujo indicadores de estado de salud para predecir mejor el gasto, y algunos ya están consolidados, como en los Países Bajos, Alemania y en una parte del programa *Medicare* en Estados Unidos.

Tabla 3. Definiciones de mecanismos de redistribución del financiamiento y sus ventajas y desventajas.

Mecanismo	Ajuste de riesgo	Riesgo compartido
Definición	Redistribución del financiamiento previo al gasto (prospectivo), mediante el uso de indicadores de gasto <i>esperado</i> de cada persona (por ejemplo: edad, diagnósticos previos).	Redistribución del financiamiento posterior al gasto (retrospectivo), según los costos <i>realizados</i> de salud de cada persona. Puede tomar diversas formas: reaseguro, riesgo compartido proporcional, o corredores de riesgo.
Ventajas	Fomenta contención del gasto.	Al usar gastos ya efectuados es de fácil implementación.
Desventajas	Puede ser intensivo en requerimiento de datos.	Reduce los incentivos a contener costos.

Fuente: elaboración propia.

Nota: ver McGuire & van Kleef (2018) para más información respecto a las formas de riesgo compartido.

Cuadro 2. Características óptimas de mecanismos de redistribución

Factible: debe poder funcionar considerando las restricciones de datos e institucionales para su implementación.

Eficiente: debe fomentar la contención de costos sin comprometer la calidad de la atención.

Equitativo: debe cubrir adecuadamente los gastos para minimizar discriminaciones existentes en el sistema (por ejemplo, entre hombres y mujeres).

Fuente: elaboración propia con base en Ellis et al. (2018)

La permanente mejora de estos instrumentos en los últimos 10 años ha generado investigación sustancial convergiendo en que la combinación entre ajuste de riesgo y riesgo compartido es una forma atractiva de redistribuir los recursos para financiar el plan de salud (McGuire & van Kleef 2018) porque: (i) permite equilibrar la factibilidad con los incentivos a contener costos y con un financiamiento justo, por tanto cubre las necesidades de cada persona y contrarresta los incentivos a la selección por riesgo; (ii) logra predecir adecuadamente el gasto de las personas, disminuyendo las sub-compensaciones (financiamiento menor al gasto) de grupos vulnerables de la población, y, por tanto, contrarresta el incentivo a la selección por riesgo indirecta y; (iii) fomenta la competencia mediante la sostenibilidad de seguros pequeños que pueden ser más vulnerables a variaciones repentinas en el riesgo de sus afiliados, sin comprometer de manera importante la contención de costos (Withagen-Koster et al. 2024, Henríquez et al 2023a y b, McGuire et al. 2020, Schmid & Beck 2016, Schillo et al. 2016).

El proyecto de ley combina ambos mecanismos (uno prospectivo y otro retrospectivo), pero no busca optimizarlos. En efecto, la redistribución de recursos asociada a las condiciones con GES, primero, se mantiene intacta, aun cuando la evidencia -nacional e internacional- hace años recomienda cambiarla, señalando que es factible de realizar con la información actual (Henríquez et al. 2016, Ellis et al. 2008, van de Ven & Ellis 2000, Cid et al. 2008); y segundo, tampoco amplía su alcance a la totalidad del plan de salud. Además, el proyecto obliga a las aseguradoras a contratar un reaseguramiento con compañías de seguros nacionales, no obstante, no se detalla su funcionamiento, salvo que tendrán una duración de 5 años y que la Superintendencia definirá mediante instrucciones las condiciones mínimas de este mecanismo.

Recomendaciones

- Mantener, pero mejorar sustancialmente los dos componentes de redistribución.
- En cuanto al mecanismo de ajuste de riesgo previo al gasto se sugiere: (i) incorporar los gastos asociados a todos los beneficios del plan común, no solo los que cuentan con GES; (ii) agregar al menos un indicador básico del estado de salud de las personas, y así perfeccionar sustancialmente la asignación de recursos, contrarrestando incentivos inadecuados y fomentando la eficiencia (Henríquez et al 2016). En la actualidad, la Superintendencia tiene esta información disponible. (iii) Que la institucionalidad a cargo sea técnica y sólida. La Superintendencia cuenta con las capacidades y conocimiento previo, y podría incorporar la experiencia en el ámbito financiero de la CMF (Comité Técnico de Reforma del Sector Salud 2023, Comité de expertos para la Reforma a la salud 2024), así como una mirada de expertos externos que acompañe este proceso, por ejemplo, un panel de expertos o consejo consultivo.

- Respecto al reaseguro o redistribución posterior al gasto, (i) el proyecto debe contener los criterios para evitar que sea inflacionario, dado que el pago retrospectivo no contiene costos. Por ejemplo, reasegurando solo gastos por sobre un tope, y no en su totalidad, y en un cierto porcentaje. Por ejemplo, en algunos casos en Estados Unidos se comparte el riesgo sobre el gasto anual por persona de USD \$25,000 (Layton et al., 2018) y en Australia sobre AUD \$50,000 (Paolucci et al., 2018).
- Dado que el proyecto no detalla múltiples aspectos de este nuevo reaseguro, lo que podría permitir la proliferación de múltiples productos de seguro, como ya ocurre en las Isapres, elevando los costos, generando descreme y dificultando la comparación y elección de pólizas, se plantea: licitar una póliza de reaseguro a una sola compañía, para disminuir los costos mencionados, la que, además, debe reembolsar solo parcialmente los costos y solo si se cumplen las condiciones pactadas, como uso de prestadores de la red preferente, metas asociadas a la prevención y la calidad, entre otros.
- Por último, se deben abordar los problemas asociados al estímulo que tendrán los beneficiarios de Fonasa que esperan por atención en salud, de cambiarse temporalmente a una Isapre para resolver un problema particular de salud y luego volver a Fonasa. (i) Una alternativa es el uso de normas que prohíban o restrinjan el traspaso y la elección. (ii) Otra es que el financiamiento de quienes se cambien cuente con un aporte de la aseguradora de origen, en casos de riesgos mayores al promedio. Aquello, a la vez incentiva la mejora en la oportunidad de la atención de la primera, al estar expuesta a tener que pagar por quienes se cambian. Esto ya ocurre en las Isapres, en el caso de las embarazadas que se cambian de Isapre, casos donde se comparten proporcionalmente los gastos entre la aseguradora de origen y la receptora de la afiliada. (iii) Y una tercera opción, que no agota en absoluto las alternativas, es permitir el cambio progresivo de personas por grupos de condiciones de salud.

4.4 Atribuciones para convenir

Un ámbito fundamental para promover la eficiencia es que las aseguradoras y prestadores puedan convenir libremente las condiciones de sus contratos, es decir, la forma en que se entregará la atención en salud, cumpliendo con las reglas generales. Esto permite que cada entidad sea responsable luego por sus resultados, ya que cuenta con las atribuciones para aplicar el contrato. En Chile existen restricciones tanto para aseguradores como para prestadores. En el caso de las Isapres, estas no pueden comprar servicios a los prestadores estatales, sino que solo en excepciones. Como contraparte, los hospitales y centros de salud del Estado no disponen de sus recursos libremente, por lo que tampoco pueden generar convenios con otros compradores de manera autónoma. Ello es más grave al analizar el caso del asegurador estatal, Fonasa, que no administra los recursos asociados a la APS, a las licencias médicas, ni puede definir los mecanismos de pago y contenidos de los convenios, entre otros (Benítez & Velasco 2020).

Recomendaciones

Se propone que el proyecto de ley considere la posibilidad de compra cruzada, es decir, desde aseguradores privados a prestadores estatales de capacidad ociosa (los estudios indican que existe capacidad ociosa), lo que puede condicionarse a aquellos prestadores que cumplan con ciertos estándares de eficiencia o de holgura. Esto ayudaría también a mejorar la eficiencia de dichos prestadores, en la medida que con ello pueden allegar más recursos para sus recintos. Se espera

que la serie de proyectos de ley que el gobierno debe enviar al Congreso prontamente considere mejorar la gobernanza y atribuciones de los prestadores estatales, como se ha propuesto sistemáticamente durante décadas (Vergara 2014, Centro de Estudios Públicos y Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile 2017, Comisión de Expertos para las reformas de las Isapre y del Fonasa 2020, Comité Técnico de Reforma del Sector Salud 2023, Comité de expertos para la Reforma a la salud 2024).

4.5 Supervisión de calidad

El proyecto de ley busca empoderar a las personas para que puedan elegir su mejor alternativa libremente en cuanto a preexistencias y con un precio igual para todos, pero no considera generar información que permita a los usuarios comparar. En este escenario las personas deberán considerar sus propias experiencias o referencias de terceros para evaluar qué prestadores son mejores.

Recomendaciones

Se propone que la Superintendencia de Salud o el Minsal genere un portal de acceso público con indicadores de prestadores y aseguradores estatales y privados, que permite a las personas evaluar la calidad de dichas entidades. Este debe incluir información de desempeño de los prestadores, calidad percibida, trato, resultados sanitarios, entre otros. En cuanto a la información sobre las aseguradoras de salud, debe reunir toda la información sobre reclamos, incumplimientos, retrasos, entre otros. Esto se condice con las múltiples recomendaciones de avanzar a la generación y revisión de resultados de desempeño, que vayan más allá de la acreditación, la que considera aspectos de proceso.

5. Comentarios finales

La estructura y organización del sistema de salud, así como su regulación, no son las adecuadas para alcanzar la cobertura universal en salud. En efecto, diversos actores relacionados con la salud, tanto nacionales como internacionales han advertido esta situación, muchos de ellos abordando además la solución de estos problemas mediante sendas propuestas. Más aún, el poder judicial, mediante diversos fallos, ha modificado la regulación, relevando la necesidad de realizar mejoras.

En el contexto de uno de los últimos fallos, el poder ejecutivo envió al congreso un proyecto de ley para implementarlo, en el cual se incorporó, a petición de los propios parlamentarios, ex-autoridades, expertos y otros actores del sistema de salud, el compromiso de modificar el sistema de salud, mediante proyectos de ley.

En octubre ingresó el primer proyecto de ley (Boletín N°17.147-11), que aborda el compromiso legal de eliminar las preexistencias y discriminaciones asociadas a sexo y edad, en línea con los principios de la seguridad social, estableciendo para los nuevos afiliados (y quienes se cambien): (i) la obligación de las Isapres de ofrecer un único plan de salud, con una red preferente con mejor cobertura que la libre elección, (ii) cuyo contenido inicial es igual al actual y se modifica por decreto de los ministerios de Salud y Hacienda, cuando se modifiquen las GES o el arancel Fonasa. La

cobertura sería propuesta por un consejo consultivo. (iii) El precio del plan es el mismo para todas las personas de una aseguradora. (iv) Cualquier persona podrá afiliarse a una Isapre, y cambiarse una vez al año. (vi) Las aseguradoras, primero, deberán contratar un reaseguro con compañías de seguro privadas, para cubrir riesgos de mayor gasto del plan, según condiciones determinadas por la Superintendencia de Salud. Segundo, no podrán ofrecer otros beneficios, pero sí intermediar seguros privados para sus afiliados con compañías de seguros privadas.

Dado que los esquemas con base en seguros corrientes de salud (no regulados) tienen problemas documentados extensamente por la literatura y evidencia, se requiere contar con una normativa adecuada que aborde estos déficits, tal como ocurre en países que se organizan con múltiples aseguradoras, al igual que en el caso de Chile.

El proyecto de ley incluye en alguna medida la regulación necesaria y acoge la recomendación de no realizar cambios radicales, sino que reformas graduales, sin embargo, el análisis presentado identifica que no todos estos requerimientos están incorporados, y se presentan sugerencias de aspectos que deben ser considerados o modificados, y otras recomendaciones.

En este ámbito, destaca la necesidad de mejorar la institucionalidad para definir el contenido del plan de salud, lo que debe incluir criterios de realidad, tanto en lo relativo a los beneficios (considerando su costo-efectividad), como al proceso de determinación (que debe ser transparente y participativo) y a sus costos, ya que el plan debe ser financiable para que las aseguradoras puedan garantizar su entrega a las personas. Se recomienda tomar como base el desarrollo de los proyectos de ley en el Congreso que abordaron este ámbito y los trabajos de diversas comisiones de expertos que sugieren fortalecer la autonomía de este proceso.

En cuanto al acceso, se debe contar con mecanismos que empoderen a todas las personas y no solo a quienes pueden pagar, lo que requiere traspasos de recursos entre aseguradoras (estatales y privadas), subsidios a quienes no cuentan con ingresos y eliminar restricciones a las personas de Fonasa A para acceder a prestadores privados con cobertura.

Aunque el proyecto contiene algunos elementos que avanzan a un mejor esquema de financiamiento al desconectar la contribución de las personas de su riesgo en salud, no logran alcanzar estándares altos de justicia, en cuanto no cubren adecuadamente las necesidades en salud de cada persona, ni tampoco de eficiencia, ya que no evitan comportamientos inadecuados por parte de los diferentes actores ni contienen costos. Esto, porque no se mantiene el esquema de redistribución de las GES y se crea un reaseguro inflacionario, que deja abierta la puerta a ineficiencias mayores. Por lo tanto, las dos fórmulas de redistribución de recursos consideradas deben optimizarse, ampliando el mecanismo prospectivo a todo el plan de salud y considerando el estado de salud de las personas para predecir su gasto y estableciendo reglas unificadas para el reaseguro, además de medidas de contención de costos (no reembolso de la totalidad, deducibles, entre otros).

Otro ámbito para mejorar es la urgencia de que los aseguradores y prestadores cuenten con herramientas para introducir y hacer cumplir condiciones en su relación contractual que apunten a mejorar la atención, necesidades y satisfacción de las personas. Entre otros, las aseguradoras deben poder contratar con todos los prestadores, es decir, liberar las restricciones de compra de las aseguradoras privadas y la estatal (eliminar límites, permitir el uso de mecanismos de pago que contiene costos e incentiva la resolución del problema de salud). Como contraparte, los hospitales y centros de salud estatales deben tener atribuciones para convenir con los mandantes.

Finalmente, un ámbito fundamental para empoderar a las personas es la información sobre calidad y desempeño de aseguradores y prestadores. Ello no se desarrolla en el proyecto de ley, pero urge

que alguna entidad rectora (Superintendencia de Salud o Minsal) cumpla este rol, disponibilizando de manera fácil y comprensible estos datos a la población.

El análisis y las recomendaciones presentadas no solo buscan fortalecer la propuesta actual, sino también sentar las bases para un sistema de salud más equitativo y centrado en las personas, alineado con los principios de la seguridad social.

6. Referencias

- Arredondo, A., Bertoglia, M. P., Inostroza, M., Labbé, J., Alcayaga, R. & H. Sánchez. 2017. “Construcción política del sistema de salud chileno: la importancia de la estrategia y la transición” Instituto de Salud Pública. Universidad Andrés Bello.
- Barr, N. 2004. *The Economics of the Welfare State*. Cuarta edición. Oxford: Oxford University Press.
- Benítez M. A. & C. Velasco. 2020. “Propuestas para una reforma integral del Fondo Nacional de Salud”. Comisión Integral para una reforma a Fonasa, Colección Centro de Estudios Públicos.
- Castillo, C., M. Aravena, B. Freile, M. Castillo, S., S. Loayza & V. Strappa. 2012. “Revisión del Proceso de Priorización de las Garantías Explícitas en Salud (GES)”. Departamento de Economía de la Salud, División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud de Chile.
- Centro de Estudios Públicos & Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, 2017, “Propuesta de modernización de los prestadores de servicios de salud estatales”.
- Cid, C., A. Muñoz & M. Pezoa. 2008. “Evaluación de la reforma de salud en el sistema ISAPREs y su impacto en los beneficiarios: informe final 2008”, Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud, Diciembre.
- Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. 2013. “Propuesta de un modelo de implementación e institucionalización de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Chile”. Ministerio de Salud.
- Comisión de expertos para las reformas de las Isapre y del Fonasa. 2020. “Informe final de acuerdos”. Ministerio de Salud.
- Comité técnico de reforma del sector salud (convocado por la Comisión de Salud del Senado). 2023. “Informe del Comité Técnico de Reforma del Sector Salud (Convocado por la Comisión de Salud del Senado). Recomendaciones para reformas urgentes en el sistema de salud de Chile.
- Comité de expertos para la Reforma a la salud. 2024. “Informe del Comité”. Senado de Chile
- Ellis, R., Martins, B., & Rose, S. 2018. “Risk Adjustment for Health Plan Payment”. In T. McGuire, & R. van Kleef, *Risk Adjustment, Risk Sharing and Premium Regulations in Health Insurance Markets: Theory and Practice* (pp. 55-104). Academic Press.
- Ellis, R., P. Ibern, J. Wasem & V. Vargas. 2008. “Panel de expertos para la evaluación del fondo de compensación solidario entre Isapres”. *Superintendencia de Salud*.
- Espinoza, M., G. Candia & R. Madrid. 2014. “Evaluación de tecnologías sanitarias en Chile: propuesta de institucionalización de un nuevo proceso de toma de decisiones sobre cobertura en salud”. *Propuestas para Chile 2014*. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Henríquez, J., E. Mentzakis, F. Paolucci & C. Velasco. 2016. “Más equidad y eficiencia en isapres: evaluación y propuestas al mecanismo de compensación de riesgos. *Debates de Política Pública* 18. Centro de Estudios Públicos.

- Henríquez, J., M. Iommi, T. McGuire, E. Mentzakis & F. Paolucci. 2023a. "Designing feasible and effective health plan payments in countries with data availability constraints". *Journal of Risk and Insurance* 90(1), 33-57.
- Henríquez, J., T. McGuire, R. van Kleef, F. Paolucci & A. Matthews. 2023b. "Combining Risk Adjustment with Risk Sharing in Health Plan Payment Systems: Private Health Insurance in Australia". *NBER Working Paper* No. 31052.
- Journard, I., C. André & C. Nicq. 2010. "Health care systems: efficiency and institutions". *Economic Department Working Papers* N° 769. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos.
- Layton, T. J., E. Montz & M. Shepard. 2018. "Health plan payment in US marketplaces: regulated competition with a weak mandate". In *Risk adjustment, risk sharing and premium regulation in health insurance markets* (pp. 491-522). Academic Press.
- McGuire, T. G., S. Schillo & R. C. Van Kleef. 2020. "Reinsurance, repayments, and risk adjustment in individual health insurance: Germany, the Netherlands, and the US marketplaces". *American Journal of Health Economics* 6(1), 139-168.
- McGuire, T., & van Kleef, R. (2018). *Risk Adjustment, Risk Sharing and Premium Regulation in Health Insurance Markets*. Academic Press.
- Paolucci, F. & C. Velasco. 2017. "Reformando el sistema de seguros de salud chileno: Elección, competencia regulada y subsidios por riesgo ". *Debates de Políticas Públicas* N°25. Centro de Estudios Públicos
- Paolucci, F., A. R. Sequeira, A. Fouda & A. Matthews. 2018. "Health plan payment in Australia." In *Risk adjustment, risk sharing and premium regulation in health insurance markets* (pp. 181-208). Academic Press.
- Schillo, S., G. Lux, J. Wasem & F. Buchner. 2016. "High cost pool or high cost groups-How to handle high(est) cost cases in a risk adjustment mechanism?". *Health Policy* 120(2), 141-147.
- Schmid, C. P., & K. Beck. 2016. "Re-insurance in the Swiss health insurance market: Fit, power, and balance". *Health Policy* 120(7), 848-855.
- Thomson, S., R. Busse, L. Crivelli, W. van de Ven & C. Van de Voorde. 2013. "Statutory Health Insurance Competition in Europe: A Four-Country Comparison". *Health Policy* 109: 209-225.
- Van de Ven, W., & R. Ellis. 2000. "Risk adjustment in competitive health plan markets". En A. Culyer, & J. Newhouse, *Handbook of Health Economics* (págs. 757-845). Elsevier Science.
- van de Ven, W., K. Beck, F. Buchner, E. Schokkaert, F.T. (Erik) Schut, A. Shmueli & J. Wasem. 2013. "Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: Are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland?". *Health Policy* 109: 226-245.
- Velasco, C., 2016, "¿Hacia dónde vamos en salud? ¿Cómo avanzar hacia un sistema de seguros sociales", *Puntos de Referencia* N° 436, Centro De Estudios Públicos.
- Vergara, M. 2014. "Propuesta de reformas a los prestadores públicos de servicios médicos en Chile". *Documento de Referencia* 12. Espacio Público.
- Withagen-Koster, A. A., R. C. van Kleef, & F. Eijkenaar. 2024. "High-risk pooling for mitigating risk selection incentives in health insurance markets with sophisticated risk equalization: an application based on health survey information". *BMC Health Services Research* 24(1).