Consorcio de Universidades en Políticas de Salud

Espacios de diálogo y consenso

ACTUALIZACIÓN EN NUEVO CONTEXTO "COLOQUIOS DE REFORMA DE SALUD ESPACIOS DE DIÁLOGO Y CONSENSO" INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO

MARZO DE 2023

Universidad Andrés Bello · Universidad Mayor · Universidad San Sebastian · Universidad de Concepcion · Universidad Católica de la Santísima Concepción · Universidad del Desarrollo · Universidad Diego Portales

Documento elaborado por el Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello y el Consorcio de Universidades en Políticas de Salud

Actualización y Edición

Profesores:
Manuel Inostroza, UNAB
Javier Labbé, UNAB
Benjamín Ahumada, UNAB
Héctor Sánchez, UNAB

Colaboradores:
Liliana Jadue, UDD
Sylvia Santander, UM
Daniela Sugg, UDP
Paula de Orúe, UDEC
Patricio Manzárraga, UCSC
Enrique Paris, USS
Carolina Velasco, USS

SOBRE EL CONSORCIO DE UNIVERSIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

El Consorcio de Universidades en Políticas de Salud fue fundado en 2018 como una instancia de trabajo académico en el área de la salud pública y del proceso de reforma que el sistema de salud chileno enfrenta desde hace varios años. Participan de este consorcio algunas de las instituciones de educación superior más importantes de Chile, que son representadas por sus facultades o institutos del área de salud, actuando como institución anfitriona el Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello.

Como primera actividad, a finales de 2018, el Consorcio se abocó a la escucha y entendimiento de las principales posturas y/o propuestas de reforma al sistema de salud de Chile. El objetivo fue desarrollar un profundo conocimiento de los proyectos de ley o estudios presentados por las autoridades o centros de estudios, identificando aquellos temas que pueden favorecer los acuerdos o aquellos nodos críticos que pueden, por el contrario, obstaculizar su perfeccionamiento.

Durante los años 2020 y 2021, la discusión respecto de los cambios que necesitaba el sistema se vio interrumpida producto de que las autoridades de la época y los demás actores relevantes (Sistema público de salud, Red de prestadores privados de salud, las instituciones académicas y la ciudadanía) se encontraban enfocados en resolver las necesidades de transformación extraordinaria que requirió el sistema para enfrentar la pandemia: articulación y complejización de la red integrada público privada, instauración de la red remota de atención ambulatoria, entre otros, que permitieron un manejo inédito de la pandemia y con un muy buen nivel de respuesta y control de la misma. Junto con otros avances que permitieron fortalecer el sistema sanitario, tales como el mejoramiento de la cobertura de medicamentos oncológicos de alto costo, promulgación de la Ley del Cáncer, instalación de mecanismos de riesgo compartido entre aseguradores y prestadores (GRD) y también en la adquisición de tecnologías de alto costo, entre otras.

Tampoco podemos olvidar que, entre 2021 y 2022, se discutió una propuesta de cambio constitucional para el país que resultó en general rechazada por la ciudadanía. Para el año 2022, el consorcio ha retomado los esfuerzos necesarios para mantener vigente el análisis desarrollado en 2018, incorporando las nuevas propuestas que se discuten con la información disponible y procurando aportar al desarrollo de nuestro sistema de salud.

Las Universidades y miembros representantes del consorcio son:

Universidad Andrés Bello	**Sr. Héctor Sánchez**, Director del Instituto de Salud Pública Andrés Bello (ISPAB). **Sr. Rony Lenz**, Director del MBA con especialización en Salud
Universidad del Desarrollo	**Dra. Liliana Jadue**, Vicedecana de Carreras de Salud.
Universidad Diego Portales	**Dra. Patricia Muñoz**, Decana de la Facultad de Medicina.
Universidad Mayor	**Dra. Sylvia Santander**, Decana de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.
Universidad Católica de la Santísima Concepción	**Dr. Patricio Manzárraga**, Decano de la Facultad de Medicina.
Universidad de Concepción	**Paula de Orúe**, Directora del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina.
Universidad San Sebastián	**Dr. Enrique Paris**, Presidente del Instituto de Políticas Públicas en Salud de la Universidad San Sebastián (USS)
Universidad Andrés Bello	**Dr. Manuel Inostroza,** Profesor Asociado Adjunto, Facultad de Medicina e ISPAB. Secretario Ejecutivo del Consorcio

Agradecimiento a presentadores Invitados y entrevistados:

Dr. Jaime Mañalich, Exministro de Salud de Chile

Dr. Emilio Santelices, Exministro de Salud de Chile

Dra. Francisca Rodríguez, Ex Encargada del Plan Universal, MINSAL

Sr. Gonzalo Arenas, Exasesor Legislativo MINSAL

Dra. Izkia Siches, Expresidente del Colegio Médico

Dr. Roberto Estay, Escuela de Salud Pública U. de Chile

Dr. Oscar Arteaga, Escuela de Salud Pública U de Chile

Sra. María Alejandra Benítez, Centro de Estudios Públicos.

Sr. Gonzalo Simón, Presidente Asociación de Isapres (Instituciones de Salud Previsional).

ÍNDICE

Sobre el Consorcio de Universidades en Políticas de Salud		3
Agradecimiento a presentadores Invitados y entrevistados:		4
Índice		5
Presentación		6
I.	**Introducción**	**8**
II.	**Análisis de Posturas**	**10**
II.I	Marcos Teóricos de Análisis	10
II. II	Análisis de Propuestas Según Funciones OMS	13
II.III	Resumen de Propuestas y/o Posturas Según tipologías de Wendt	19
II.IV	Consensos Según función	19
III.	**Recomendaciones Técnicas**	**23**
III.I	Recomendación en Términos del Tipo de Reforma	23
III.II	Recomendación en Términos de Regulación	24
III.III	Recomendación en Términos del Plan de Salud	24
III.IV	Recomendación en Términos del Compensación de Riesgos	25
III.V	Recomendación en Términos de Precios	25
III.VI	Recomendación en Términos de Selección al Ingreso y Movilidad	26
III.VII	Recomendación en Términos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias	27
III.VIII	Recomendación en Términos de Subsidio por Incapacidad Laboral	27
III.IX	Recomendación para los Temas en los que NO Existe Consenso	28
IV.	**Comentarios Finales**	**29**
VI.	**Bibliografía**	**30**
Anexo N°1 Análisis de propuestas de cambios al sistema de salud y Coloquios para la Reforma		31
I	Propuesta de Gobierno, presidente Gabriel Boric F.	32
II	Propuesta de Salud, Partido Republicano.	36
III	Propuesta de Gobierno, Exministro de Salud Jaime Mañalich	39
IV	Propuesta exministro de Salud Dr. Emilio Santelices	41
V	Propuesta del Colegio Médico	48
VI	Propuesta del Centro de Estudios Públicos	56
VII	Propuesta Instituto de Salud Pública UNAB	64
VIII	Visión de la Asociación de Isapres, respecto a la reforma.	70
Anexo N°2 Aspectos específicos sobre temas seleccionados		73

PRESENTACIÓN

LA NECESIDAD DE ESPACIOS DE CONVERGENCIA EN LA DISCUSIÓN DE LA REFORMA DE SALUD.

Es innegable que el sistema de salud de Chile requiere una nueva reforma, principalmente por el hecho de que no está siendo capaz de responder a las demandas de las personas a las que sirve actualmente y menos será capaz de hacer frente a los desafíos que deberá afrontar en los próximos años producto de su dinámica natural, como por los efectos de la pandemia y lo que se ha llamado la segunda "pandemia de enfermedades crónicas".

Entendiendo que el diseño o rediseño de un sistema de salud es un tema de Estado, independiente del Gobierno al que le toque administrarlo, una reforma exitosa sólo será posible mediante la aplicación de políticas que conciten un amplio consenso nacional. Las tentaciones por hacer una reforma de carácter refundacional, con bajo apoyo público, es poco posible que se sostenga en el tiempo. Por el contrario, cuando se realizan políticas de Estado en acuerdo con la mayor amplitud de actores, estas sobreviven a los gobiernos y se potencian. Ejemplos de esto son la reforma de 1952 que crea el Sistema Nacional de Salud (SNS), la que duró 30 años. También la reforma de 2005 que crea el GES, que aún está vigente y es asumida por los sucesivos gobiernos.

Estos procesos de reforma son complejos, requieren de la participación de amplios sectores y grupos de interés, que a menudo tienen visiones muy contrapuestas, por lo que es necesaria la búsqueda de espacios de consenso que se traduzcan en el punto de partida para iniciar el proceso de reforma. Desde el punto de vista del diagnóstico, hoy existe una amplia convergencia en que nuestro sistema de salud es: un sistema fragmentado, con falta de eficiencia, falta de legitimidad de su institucionalidad, falta de satisfacción usuaria, desajustado de las necesidades sanitarias nacionales, con problemas de acceso (listas de espera), problemas de protección financiera y problemas en la integración y coordinación de las redes, entre otros. Sin embargo, no existe acuerdo respecto de las estrategias de solución a esta problemática y menos aún en cuanto al tipo de sistema de salud que queremos para Chile. Por el contrario, hoy persisten visiones antagónicas como aquellos que piensan que Chile necesita un nuevo Sistema Nacional de Salud y otros que piensan que la estrategia a seguir es un Sistema de Seguridad Social con alternativas entre un Seguro Único o de Multiseguros. Asimismo, tampoco existe conformidad en relación con los plazos que se deben considerar, las etapas que se deben plantear y menos sobre los instrumentos que deben utilizarse.

El Consorcio de Universidades ha definido como uno de sus objetivos ser un aporte al proceso de transformación a través de una discusión amplia sobre temas de reforma. En este consorcio, participan un grupo de las principales universidades privadas del país. Es así como están representadas: la Universidad del Desarrollo, la Universidad Mayor, la Universidad San Sebastián, la Universidad Diego Portales, la Universidad de Concepción, la Universidad Católica de la Santísima Concepción y la Universidad Andrés Bello, que hace las veces de anfitrión.

En una primera etapa, el Consorcio se abocó a la realización de una serie de coloquios, en los cuales se invitó a ministros, centros de estudio y grupos de interés a presentar sus propuestas, con el

objetivo final de escuchar y entender todas las posturas y, con posterioridad, tratar de identificar elementos en común que permitan facilitar el proceso de reforma.

En estos coloquios tuvimos la oportunidad de escuchar la propuesta del Colegio Médico, la propuesta del Centro de Estudios Públicos y la propuesta del Instituto de Salud Pública UNAB, los Proyectos de Ley del Gobierno del Presidente Piñera (2018-2022) y la postura de la Asociación de Isapres. En forma complementaria, con el objetivo de profundizar aún más en las propuestas, analizamos los documentos de propuestas, a la luz del Marco Teórico de Objetivos y Funciones de los Sistemas de Salud de la Organización Mundial de la Salud.

En esta actualización, hemos incorporado nuevos elementos que han sido planteados tanto por el programa de gobierno del Presidente Gabriel Boric para el periodo 2022-2026, como por el de otros partidos que fueron parte del equipo del candidato a presidente de Chile Vamos y que hoy están representados en el Congreso Nacional, permitiendo identificar nuevos espacios de políticas en las que es posible avanzar para la transformación o mejoramiento del sistema de salud actual.

Cabe destacar que la misión de este Consorcio es aportar elementos que permitan facilitar una reforma, cualquiera sea el camino que se desee seguir y, en ningún caso, generar una nueva propuesta de reforma.

Esperamos ser un aporte a la reforma que necesita el sistema de salud de Chile

Héctor Sánchez R.
Director
Instituto de Salud Pública
Universidad Andrés Bello

I. INTRODUCCIÓN

Chile, durante las últimas décadas del siglo pasado y estas primeras dos décadas del siglo 21, ha tenido cambios socioeconómicos, culturales y tecnológicos de gran magnitud. La salud de la población es un claro reflejo de esto. Nuestro país presenta una situación absolutamente contrastante con la situación que enfrentaba a mediados del siglo 20, cuya respuesta social, e institucional supuso un sistema de salud y organización de la atención orientada a ampliar acceso y cobertura a intervenciones de salud muy efectivas, como la profesionalización del parto y del cuidado del recién nacido, las campañas de inmunizaciones, la atención de enfermedades infecciosas, la reducción de déficits nutricionales, entre otras.

Gracias, en gran parte a los éxitos sanitarios, el perfil epidemiológico se transformó radical y rápidamente. Hoy en día, nuestra población tiene una gran incidencia de enfermedades no transmisibles, enfermedades crónicas y problemas de salud mental, que se han agudizado por efecto de la pandemia, junto a una exposición de un conjunto de factores de riesgo, y que son inherentes a una población que envejece rápidamente. Asimismo, Chile ha vivido una drástica reducción de la pobreza, pero persiste un alto grado de desigualdad.

Los cambios epidemiológicos, demográficos y sociales requieren de un ajuste continuo y dinámico de la institucionalidad. La historia chilena de cambios en el sistema de salud muestra ciclos de alrededor de 30 años. En 1952 hubo una gran reforma, luego a inicios de la década del '80 otros cambios relevantes con la creación de Isapres. Posteriormente, iniciando el siglo 21, en 2005, se inició un proceso de reforma sanitaria con cambios en la estructura y organización de la autoridad sanitaria y creación del régimen de garantías explícitas en salud (GES), que define de manera explícita el acceso a tratamiento de patologías relevantes y que afectan a la población, incorporando elementos de oportunidad, financiamiento y calidad, de modo de acortar la segmentación entre Fonasa e Isapres

Actualmente, se está a la espera de la normativa que permitirá la aplicación del fallo de la Corte Suprema que obliga a las Isapres a hacer uso de la tabla de factores de riesgo elaborada por la Superintendencia de Salud (SS) el 2019. Y, junto a lo anterior, el Ministerio de Salud ha presentado los ejes de un proyecto de Ley corta que incluiría para Fonasa una nueva modalidad de atención llamada "Modalidad de Cobertura Adicional (MCA)" y el fortalecimiento su institucionalidad, permitiendo, entre otras cosas, licitar seguros complementarios de copagos que toman de base la "Modalidad de Libre Elección (MLE)" y aumentando la protección financiera a los usuarios.

Sin embargo, la discusión de fondo que mantienen las autoridades en la agenda legislativa sigue inclinando esfuerzos hacia cambios refundacionales, que se centran en el financiamiento y que derivan de lo que fueron las propuestas del reciente proceso constitucional, careciendo de iniciativas concretas que permitan avanzar en aquellos en que existen condiciones favorables para abordar y solucionar los problemas (planes de salud, compensación de riesgo, mecanismos de compra y productividad del sistema de salud, acuerdos de riesgo compartido para la adquisición de medicamentos y dispositivos de alto costo, subsidio de incapacidad laboral SIL, entre otros). Mantener la discusión en torno al destino del 7% de la cotización de salud, profundiza la incertidumbre en el sistema, agravada por un complejo escenario de eventual inviabilidad financiera en las Isapres y prestadores privados.

.

En cuanto a las expectativas de la población, de actuar en el marco de un sistema de aseguramiento social de la salud, se encuentran la necesidad de resolver elementos de discriminación por sexo y edad, problemas en el acceso y la cobertura financiera de salud. Además de una creciente judicialización, que se da tanto en el sector privado como público y que no logra resolverse mediante la normativa que define e implementa la autoridad sanitaria ni de la autorregulación del mercado, tales como las alzas de los precios base de los planes de las Isapres, las primas GES o la tarificación por tablas de factores de riesgo, la afiliación libre y las decisiones de uso de tecnologías especialmente costosas.

Con todo, hemos avanzado de manera significativa en el fortalecimiento del sistema de salud, aumentando de manera considerable el financiamiento que se destina al gasto público. Sin embargo, se aprecia una situación crónica de sobregasto hospitalario e ineficiencia de dichas instalaciones (por ejemplo, bajo uso de pabellones, estadías prolongadas en pacientes hospitalizados, ausentismo por licencias médicas), enormes listas y tiempos de espera, una atención primaria con dificultades para mejorar las condiciones sanitarias basales de la población y problemas resolutivos dados, entre otras causas, por la escasa accesibilidad al nivel secundario en exámenes y tratamientos, con una tendencia a la urgencialización de la atención, que no responde al modelo de atención necesario para patologías crónicas de una población que, mayormente, cuenta con peores condiciones de vida.

En este camino se hace urgente avanzar con las estrategias y políticas que permitan en el corto plazo generar cambios que sean perceptibles por la población y que reduzcan la incertidumbre en el sistema de salud. Existen espacios de consenso que están orientados a fomentar la resolución de la actual demanda por salud (que adicionalmente ha sido agravada por la pandemia), aumentar la competencia en el sector privado e integrarlo al sistema público en pos de mejorar las condiciones de acceso y protección financiera hacia los usuarios. Aun cuando suene repetitivo, la atención primaria debe ser la prioridad, y esta requiere de mayor financiamiento, pero también de una mayor rendición de cuentas, supervigilancia, control, transparencia y resolutividad, apoyados por tecnologías de información que logren generar un punto de inflexión en los resultados sanitarios de la población.

II. ANÁLISIS DE POSTURAS

II.I Marcos Teóricos de Análisis

Para efectos de ser objetivos y sistemáticos en el análisis de las distintas propuestas y/o posturas, se utilizaron los siguientes marcos teóricos: marco teórico de la Organización Mundial de la Salud, que establece los objetivos y las funciones de los sistemas de salud y de las Tipologías de Wendt, que entrega una denominación a los distintos sistemas de salud posibles.

II.I.I Marco teórico de la Organización Mundial de la Salud (WHO 2000):

La Organización Mundial de la Salud, en su reporte anual del año 2000 "The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance" (WHO, 2000), identifica los objetivos que deberían tener los sistemas de salud y un conjunto de funciones que estos deben ejercer para el cumplimiento de dichos objetivos.

Objetivos de un sistema de salud:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) asigna tres objetivos principales que debe tener cualquier sistema de salud. En primer lugar, resulta de obviedad que el principal objetivo y razón de ser del sistema, es el **mejoramiento de las condiciones sanitarias de la población** (necesidades médicas), que consiste en que el estatus de salud de la población sea el mejor posible a lo largo del ciclo de vida de la persona.

El segundo objetivo es la **capacidad de respuesta a las necesidades** no médicas de las personas, que consiste en cómo el sistema de salud es capaz de aumentar la dignidad y autonomía de las personas, disminuyendo la incertidumbre en aquellas situaciones que no pueden controlar.

Y el tercer objetivo es generar un **financiamiento justo**, lo que implica que los riesgos financieros enfrentados por las familias, derivados de los costos del sistema de salud, se distribuyan de acuerdo a la capacidad de pago y no de acuerdo al riesgo de enfermedad. En otras palabras, "que el financiamiento siga a la necesidad y no a la capacidad de pago".

Funciones de un sistema de salud:

Para poder cumplir con estos objetivos, la OMS plantea que los sistemas de salud deben ejercer las siguientes funciones:

Primero, la **Gestión** de la salud y los recursos que son destinados para ella considera la supervisión de todas las actividades del sistema (mejor conocida en la actualidad como Rectoría). Como componentes de esta área se encuentran el diseño global del sistema de salud, evaluación de desempeño, fijación de prioridades, reglamentación y protección del consumidor.

Segundo, la **Creación de Recursos**, que consiste en cómo se generan los recursos físicos y humanos para la provisión de servicios. Sus componentes se pueden separar en 3 áreas: recursos humanos, recursos físicos y conocimiento.

Tercero, el **Financiamiento**, da cuenta de la forma a través de la cual se obtienen los recursos financieros y se ponen a disposición del sistema de salud. La función de financiamiento está compuesta por: recaudación de fondos, mancomunión y compra.

Cuarto, la **Provisión**, que contempla el cómo se entregan los servicios de salud. La provisión de servicios se puede separar en servicios institucionales y servicios personales o individuales.

Relación entre funciones y objetivos de un sistema de salud

(WHO 2000)

II.I. II Marco teórico de Tipologías de Wendt (Wendt 2009)

- La **dimensión de regulación** considera la relación entre las agencias financiadoras, las proveedoras y los beneficiarios. Y la pregunta clave es: ¿quién está al mando de estas relaciones (estado, sociedad o mercado)?

  - Relaciones entre los beneficiarios y las agencias de financiamiento. 1) Cobertura: la inclusión de la población en salud privada o pública. 2) Financiamiento del sistema, ya sea a través de fuentes públicas o privadas

  - Relaciones entre las agencias financiadoras y los proveedores de servicios. 1) Remuneración de los proveedores de servicios: sistema de compensación de prestadores. 2) Acceso de proveedores a los mercados de salud: acceso a las entidades de financiamiento.

  - Relaciones entre proveedores y beneficiarios. 1) Acceso de pacientes a los prestadores: la entrega de atenciones a los pacientes. 2) Paquete de beneficios: el contenido y magnitud de los servicios entregados a los pacientes.

  Y responde a las preguntas: ¿Quién estructura y coordina la relación entre las agencias de financiamiento, proveedores y beneficiarios? Es el Estado (a través de un modelo jerárquico), la Sociedad (a través de negociaciones colectivas), o el Mercado (a través de las fuerzas del mercado).

- La **dimensión de financiamiento:** El Estado a través de la recaudación fiscal (no necesariamente se traduce en derecho a atenciones de salud) o la Sociedad a través de cotizaciones independientes de la recaudación que realiza el Estado (se traducen en derecho a atenciones de salud) o Mercado a través de aseguradoras privadas y gasto de bolsillo.

- La **dimensión de provisión de servicios**, que la mayor parte de las veces considera sólo público, pero se enriquece con la incorporación de proveedores privados con y sin fines de lucro. El Estado a través de prestadores estatales o el Mercado a través de prestadores privados o la Sociedad a través de instituciones sin fines de lucro.

Categorías de Wendt

Nº	Healthcare system type	Regulation	Financing	Provision
1	*Ideal type: State Heathcare System*	*State*	*State*	*State*
2	State-based mixed-type	State	State	Societal
3	State-based mixed-type	State	State	Private
4	State-based mixed-type	State	Societal	State
5	State-based mixed-type	State	Private	State
6	State-based mixed-type	Societal	State	Statel
7	State-based mixed-type	Private	State	State
8	Societal-based mixed-type	State	Societal	Societal
9	Societal-based mixed-type	Societal	State	Societal
10	State-based mixed-type	Societal	Societal	State
11	*Ideal type: State Heathcare System*	*Societal*	*Societal*	*Societal*
12	Societal-based mixed-type	Societal	Societal	State
13	Societal-based mixed-type	Societal	State	Societal
14	Societal-based mixed-type	Private	Societal	Societal
15	Private-based mixed-type	State	Private	Private
16	Private-based mixed-type	Private	State	Private
17	Private-based mixed-type	Private	Private	State
18	Private-based mixed-type	Societal	Private	Private
19	Private-based mixed-type	Private	Societal	Private
20	Private-based mixed-type	Private	Private	Societal
21	*Ideal type: State Heathcare System*	*Private*	*Private*	*Private*
22	Completely mixed-type	State	Private	Societal
23	Completely mixed-type	State	Societal	Private
24	Completely mixed-type	Private	State	Societal
25	Completely mixed-type	Private	Societal	State
26	Completely mixed-type	Societal	State	Private
27	Completely mixed-type	Societal	Private	State

Fuente: Wendt 2009

II. II ANÁLISIS DE PROPUESTAS SEGÚN FUNCIONES OMS

Función de Gestión de la Salud y de los Recursos Destinados a la Salud, función del sistema de salud, según OMS, que sirve directamente al objetivo de **Capacidad de Respuesta** e indirectamente al objetivo de **Salud de la Población**.

Cuadro 4.2.1: Función Gestión de Salud

Sub-función		Propuestas y/o Posturas
Gobierno Boric 2022	Diseño del sistema global	Creación de un Sistema de Salud Universal mediante el aseguramiento del **Fondo Universal de Salud (FUS**) el cual contendrá aporte de las cotizaciones de salud de todos los trabajadores y el aporte fiscal que se determine por el gobierno. **Creación de seguros complementarios adicionales como espacio de transformación de las actuales Isapres.**
	Evaluación de desempeño	
	Fijación de prioridades	**Régimen general de prestaciones,** universaliza la atención primaria de salud y con actualizaciones del Plan de Salud Familiar, GES y otros programas vigentes. La actualización y fijación de prestaciones estarán evaluadas mediante la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA). Institucionalización de ETESA.
	Promoción intersectorial	Iniciativas de política sobre algunos factores de riesgo poblacional como el tabaco, consumo de sal, bebidas azucaradas y alimentos ricos en grasas saturadas
	Reglamentación	La protección financiera estará ligada al plan de beneficios que se denominará "Régimen General de Coberturas en Salud" asegurando "copago cero" en prestaciones y medicamentos en la red pública, junto con un tope máximo de gasto anual en salud para la población. En términos de la institucionalidad del FUS, este será dotado de una administración y estructura organizacional con alta capacidad técnica. Incorporando una Agencia Autónoma para la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA) que permita definir la cobertura del régimen con base en la costo-efectividad y criterios sociales
	Protección del consumidor	Los beneficios cubiertos estarían exentos de copagos en la red pública de salud y con la definición de deducibles anuales para otras modalidades.

Sub-función		Propuestas y/o Posturas
Gobierno Piñera 2019	Diseño del sistema global	Creación de un **Plan de Salud Universal (PSU)**, con las mismas prestaciones, las que deben ser otorgadas por todas las ISAPRES. Lo no incluido en dicho plan, puede ser ofrecido como beneficios complementarios (no siendo parte del esquema de compensación).
	Evaluación de desempeño	
	Fijación de prioridades	El **Plan de Salud Universal** incluirá: servicios ambulatorios, servicios hospitalarios, servicios de urgencia, maternidad y cuidados al recién nacido, servicios de salud mental, servicios y dispositivos de rehabilitación, medicamentos e insumos hospitalarios, servicios de laboratorio y rayos, servicios para enfermedades crónicas, servicios pediátricos y servicios preventivos de salud. Crea **Consejo Técnico de Plan**, cuyas funciones son: proponer el conjunto de prestaciones que conforman el Plan de Salud Universal (PSU), definir los tramos y montos a pagar por concepto de deducibles del PSU, plantear el monto de la contribución solidaria, estudiar la valoración de los costos de las prestaciones y servicios del arancel de prestaciones del PSU. Crea un seguro de **salud para enfermedades catastróficas** (control del monto máximo de gasto de salud en que va a tener que incurrir el asegurado o beneficiario durante un año)
	Promoción intersectorial	
	Reglamentación	
	Protección del consumidor	Reforzamiento de la **fiscalización financiera** de las Isapres. Plan con un **copago fijo** del 20%. **Libre afiliación**: elimina la declaración de salud, elimina las preexistencias en ISAPRES. **Iguala los precios** de los planes de salud de ISAPRES entre hombres y mujeres.
CEP	Diseño del sistema global	Obligatoriedad para las personas de contratar **Plan Universal de Salud**, de contenido (beneficios incluidos) definido, pero que puede variar en cuanto al nivel de los servicios (prestadores) y deducibles. **Libre afiliación en aseguradores** (prohibición de usar la declaración de salud para restringir cobertura y rechazar potenciales afiliados). Incorporando un Fondo de Compensación por riesgo para plan base.
	Evaluación de desempeño	
	Fijación de prioridades	**Plan Universal de Salud**, debe definir los beneficios cubiertos y el estándar mínimo de éstos (como protocolos, calidad hotelera) y eventualmente, otras dimensiones del plan, como las condiciones de acceso y tiempos de espera. Los beneficios cubiertos están **exentos de copagos**, proponiendo como alternativa el uso de deducibles.
	Promoción intersectorial	
	Reglamentación	Cantidad de planes. Se propone que cada aseguradora pueda contar con un número determinado de planes, que se diferenciarán por el nivel de los servicios (prestadores asociados). **Marco regulatorio** apropiado que permita a los actores utilizar todo el rango de herramientas disponibles para mejorar calidad y eficiencia (incluye asegurador público y los privados) y, principalmente, de un esquema de financiamiento que desincentive comportamientos inadecuados por parte de los aseguradores, usuarios y prestadores de salud (fondo de compensación de riesgos).
	Protección del consumidor	Desarrollar funciones: (i) defensa de la libre competencia, (ii) aseguramiento de la calidad y seguridad (en relación con medicamentos, servicios médicos, etc.), (iii) generación de información, y (iv) regulación/validación/revisión de precios. Se plantea un ETESA autónomo en línea con las propuestas desarrolladas en Chile.

Sub-función		Propuestas y/o Posturas
Colegio Médico	Diseño del sistema global	**Plan de Salud Universal:** toda persona en territorio nacional podrá acceder a los beneficios que ofrece este plan, sin exclusiones o discriminaciones de ningún tipo. Transitar hacia un **Seguro Nacional de Salud**, incorporando a aquellos actualmente afiliados a ISAPRE, sistemas de las Fuerzas Armadas y de Orden (FFAA), o no afiliados a un sistema previsional de salud. Seguros privados se transformarán en **seguros de segundo piso** con un rol complementario o suplementario de carácter voluntario.
	Evaluación de desempeño	
	Fijación de prioridades	**Plan de Salud Universal** de carácter integral con acciones vinculadas a la promoción de salud, prevención primaria, detección precoz, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Debe considerar las actuales coberturas que el sistema ha definido para la población de manera incremental. Incluye promoción de la salud en el trabajo, prevención de riesgos ocupacionales, así como el tratamiento y rehabilitación de enfermedades ocupacionales y con ocasión del trabajo
	Promoción intersectorial	
	Reglamentación	
	Protección del consumidor	Expandir la protección financiera actual del Seguro Público avanzando en la disminución del copago, en particular, el gasto en medicamentos. Mejorar la oportunidad de atención, particularmente en el amplio conjunto de prestaciones y problemas de salud no incorporados al régimen GES. Garantizar estándares de calidad de las prestaciones entregadas a la población exigible a los prestadores para poder establecer contratos con el seguro. Mecanismos que permitan empoderar a los ciudadanos en relación con el derecho a la salud: Se propone la creación, entre otros, de un defensor del pueblo (ombudsman) y de fortalecer los mecanismos de supervisión y control social sobre el seguro.
ISPAB	Diseño del sistema global	Definición de la institucionalidad del **Plan Garantizado Universal.** Definición de la institucionalidad del **Fondo de Compensación.**Reforma del rol del **Asegurador Público**, como responsable del cumplimiento de las garantías del plan y comprador eficiente de soluciones. Definición de la **Cobertura Adicional y/o Complementaria:** los beneficiarios de seguros privados que así lo deseen, podrán adquirir en forma voluntaria una Cobertura Adicional y/o Complementaria a la cobertura del plan garantizado, de cargo del remanente de su cotización legal obligatoria y/o de una cotización adicional. Constituyen un contrato separado respecto del Plan Universal de Salud Universal, sin perjuicio que su precio o prima puedan ser recaudados y cobrados junto a la cotización obligatoria de salud.
	Evaluación de desempeño	
	Fijación de prioridades	El **Plan Garantizado Universal** define el modelo de atención del sistema de salud del país en su conjunto, define el marco de incentivos para que las instituciones aseguradoras, prestadoras y todos los actores que intervienen en el sector salud desde el ámbito público y privado. Características del Plan Garantizado Universal: transparente, costo-efectivo, universal, con prima comunitaria, integral, priorizado, garantista y autónomo.
	Promoción intersectorial	
	Reglamentación	
	Protección del consumidos	**Superintendencia de Salud:** Fortalecer la Superintendencia de Salud para otorgarle plena autonomía para ejercer su rol fiscalizador de aseguradores y prestadores, públicos y privados. La institucionalidad para la **Evaluación de Tecnologías** Sanitarias debe ser técnicamente sólida, contar con financiamiento público, ser absolutamente independiente del MINSAL, con una generación de sus autoridades y gobierno corporativo propio.

Fuente, elaboración propia a partir de: Instituto de salud Pública UNAB. (2017); Paolucci y Velasco (2017); ESPS-COLMED. (2018); Dirección de Prensa de la Moneda. (2019); Ministerio Secretaría General de la República. (2019). Plan de Gobierno 2022.

Función de Financiamiento, función del sistema de salud, según OMS, que sirve directamente al objetivo de **Contribución Justa** e indirectamente al objetivo de **Salud de la Población** (a través del financiamiento de las atenciones).

Cuadro: Función Financiamiento, Propuestas

Sub-función		Propuestas y/o Posturas	Responsable según Wendt
Gobierno 2022	Recaudación	Gasto adicional de las familias que deseen mantener acceso a acciones de salud fuera de la red pública	**Estado**
	Mancomunión	**Consolidación del 7% de salud** en la nueva institucionalidad del Fondo Universal de Salud (FUS).	
	Compra	No existen propuestas.	
Gobierno 2019	Recaudación		**Societario** (con aporte del Estado para menores ingresos)
	Mancomunión	**Sistema de compensación de riesgos** entre las distintas Isapres, para "disminuir" significativamente las posibles discriminaciones por sexo, edad o estado de salud.	
	Compra	Uso de herramientas de incorporación de riesgo compartido entre los Hospitales Públicos y Fonasa en la compra de prestaciones mediante GRD.	
Colegio Médico	Recaudación	Aumento del gasto público en salud a un 6% del Producto Interno Bruto, a través del aumento del aporte fiscal, proveniente de impuestos generales. Agregación de los recursos existentes provenientes de cotizaciones legales obligatorias de salud tanto de trabajadores, como las cotizaciones de empleadores para el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.	**Estado**
	Mancomunión	Seguro Público Único	
	Compra	El Seguro Nacional podrá considerar dentro de sus prestadores a instituciones privadas. Se implementarán mecanismos de pago más eficientes a los actuales. En particular, la nueva organización del sistema se orientará a fomentar la organización de los prestadores en redes que respondan a criterios de calidad.	

Centro de Estudios Públicos	Recaudación	Financiamiento compuesto por: (i) contribuciones salariales (de trabajadores y pensionados), (ii) gasto de bolsillo (para deducibles y diferencia entre el valor de la prima y los subsidios ajustados por riesgo) y, (iii) aporte fiscal (impuestos generales) que cubra a quienes contribuyen poco o no lo hacen. Primas de los planes: son definidas por cada aseguradora, según el nivel de los servicios incluidos (asociado a diferentes redes de prestadores), el monto del deducible y el riesgo de cada persona.	**Societario** (con aporte del estado para menores ingresos)
		Compensación por riesgo: se asignarán subsidios ajustados por el riesgo de salud de cada persona, es decir, por el gasto esperado de cada persona considerando el plan universal de salud básico. Estos subsidios constituyen un "abono" para que cada individuo pueda comprar un plan de salud. Se financia con fondos que provienen del Estado (subsidios) y de las contribuciones salariales. Toda institución aseguradora que acepte participar deberá ofrecer el plan de salud mencionado y tendrá libertad para determinar las primas. • Seguros públicos y privados, con reglas similares (en competencia). • Se plantean subsidios ajustados por riesgo. • Existe un Fondo de Compensación y a cada persona se le entrega un subsidio de acuerdo a su riesgo y a la prima que debe pagar (como otra opción, puede ir directo a la aseguradora). • Un sistema de compensación de riesgo a través de regresiones, donde en el tiempo se van agregando variables que sean mejores predictores a nivel grupal.	
		Libertad de contratación entre aseguradores y prestadores. En Fonasa se deben liberar aspectos como los límites de compras a proveedores privados y la fijación de métodos de pago por ley. En las ISAPRES, se debe terminar la restricción de compra de servicios a hospitales y centros de salud estatales.	
Instituto de Salud Pública Andrés Bello	Recaudación	Reforma al financiamiento del Seguro Público, que será financiado a través de la prima del Plan Garantizado de sus beneficiarios (cotizantes e indigentes). Necesidad de aumento en el presupuesto público para cubrir el mayor costo derivado de un plan del Seguro Público que mejora sistemáticamente a lo largo de los primeros 5 años. Reforma al sistema de financiamiento del seguro privado (fondo de compensación con prima comunitaria).	**Societario** (con aporte del estado para menores ingresos)
	Mancomunión	Fondo de Compensación de riesgos tiene como objetivo compensar las diferencias en el nivel de riesgo de las carteras de cada aseguradora, a través del traspaso de recursos financieros desde los aseguradores con cartera menos riesgosa, hacia los aseguradores con carteras más riesgosas	
	Compra	Reforma al financiamiento de los Prestadores Públicos, hacia el financiamiento principalmente relacionado con su producción (PPV, GRDs). Reforma al sistema de financiamiento de los prestadores privados (sistemas de financiamiento destinados a la contención de costos).	

Fuente, elaboración propia a partir de: Instituto de salud Pública UNAB. (2017); Paolucci y Velasco (2017); ESPS-COLMED. (2018); Dirección de Prensa de la Moneda. (2019); Ministerio Secretaría General de la República. (2019). Plan de Gobierno 2022.

Función de Prestación de Servicios, función del sistema de salud, según OMS, que sirve directamente al objetivo de Salud de la Población.

Cuadro: Función Prestación de Servicios, Propuestas

Propuestas y/o posturas			Responsable según Wendt
Gobierno 2022	Personales		**Mixto** (público privado)
	Institucionales	Universalización de la Atención Primaria de Salud, Piloto 2023 a lo menos 2 comunas (Ley de Presupuestos 2023)	
Gobierno 2019	Personales		**Mixto** (público privado)
	Institucionales		
Colegio Médico	Personales		**Mixto** (público privado)
	Institucionales		
Gobierno 2019	Personales		**Mixto** (público privado)
	Institucionales		
Centro de Estudios Públicos	Personales		**Mixto** (público privado)
	Institucionales	Separar del Ministerio de Salud la prestación de servicios de salud, fortaleciendo las capacidades de gestión y gobernanza de los establecimientos de salud estatales. Asimismo, fortalecer el rol de Fonasa como entidad autónoma independiente del gobierno.	
Instituto de Salud Pública UNAB	Personales		**Mixto** (público privado)
	Institucionales	Fortalecimiento de los prestadores públicos en su capacidad prestadora, en términos de mejorar los sistemas de autogestión y/o avanzar en la autonomía hospitalaria, avanzar en la utilización e integración de sistemas de gestión hospitalaria.	

Fuente, elaboración propia a partir de: Instituto de salud Pública UNAB. (2017); Paolucci y Velasco (2017); ESPS-COLMED. (2018); Dirección de Prensa de la Moneda. (2019); Ministerio Secretaría General de la República. (2019). Plan de Gobierno 2022.

Creación de Recursos, función del sistema de salud, según OMS, que sirve indirectamente al objetivo de Salud de la Población (a través de la función de prestación de servicios).

Cuadro: Función Creación de Recursos, Propuestas

Propuestas y/o posturas			
Gobierno 2022	Recursos Humanos		
	Recursos Físicos		
	Conocimiento		
Gobierno 2019	Recursos Humanos		
	Recursos Físicos		
	Conocimiento		
Colegio Médico	Recursos Humanos		
	Recursos Físicos		
	Conocimiento		
Centro de Estudios Públicos	Recursos Humanos		
	Recursos Físicos		
	Conocimiento	Se requiere contar con capacidades avanzadas de evaluación de tecnologías sanitarias (ETESA), en orden a incorporar al plan los tratamientos, medicinas, exámenes y cuidados, que sean más costo-efectivos.	

Sub-función		Propuestas y/o Posturas	Responsable según Wendt
Instituto de Salud Pública Andrés Bello	Recursos Humanos		
	Recursos Físicos	Terminar la construcción de las inversiones de los principales hospitales y fortalecer la infraestructura pública.	
	Conocimiento		

Fuente, elaboración propia a partir de: Instituto de salud Pública UNAB. (2017); Paolucci y Velasco (2017); ESPS-COLMED. (2018); Dirección de Prensa de la Moneda. (2019); Ministerio Secretaría General de la República. (2019). Plan de Gobierno 2022.

II.III RESUMEN DE PROPUESTAS Y/O POSTURAS SEGÚN TIPOLOGÍAS DE WENDT

En resumen, aun cuando todas las propuestas tienen características diferenciadoras, según las categorías de Wendt, existen tres tipos de sistemas propuestos. El gobierno del Presidente Boric plantea un Sistema Estatal, el Colegio Médico propone un Sistema Mixto Basado en el Estado, tanto el CEP y como el ISPAB presentan un Sistema Totalmente Mixto, y la proposición del Gobierno 2019 y de las Isapres mantienen la segmentación por riesgo e ingreso..

Tabla n° 4.1: Resumen Responsables de las Funciones

	Rectoría	Financiamiento	Prestación	Tipo de Sistema de Salud
Gobierno 2022	Estado	Social (Social y Estado)	Mixto (estado – Privado complementario)	Sistema Estatal con seguros complementarios
Gobierno 2019	Estado	Social (con aporte del estado para menores ingresos)	Mixto (estado- privado, segmentado)	Sistema Totalmente Mixto, (segmentado por riesgo e ingreso).
Escuela de salud Pública-Colegio Médico 2018	Estado	Social (Social y Estado)	Mixto (estado- privado)	Sistema mixto basado en el Estado "Seguro Nacional de Salud"
Centro de Estudios Públicos 2017	Estado	Social (con aporte del estado para menores ingresos)	Mixto (estado- privado)	Sistema Totalmente Mixto (sin segmentación) "Seguro Social de Salud"
Instituto de Salud Pública Andrés Bello 2017	Estado	Social (con aporte del Estado para menores ingresos)	Mixto (estado- privado)	Sistema Totalmente Mixto (Integrado, sin segmentación) "Seguro Social de Salud"
Isapres	Estado	Social (con aporte del estado para menores ingresos)	Mixto (estado- privado)	Sistema Totalmente Mixto, (segmentado por riesgo e ingreso). Sin judicialización

Fuente: elaboración propia.

II.IV CONSENSOS SEGÚN FUNCIÓN

Al contrario de lo esperado, existen muchos espacios de encuentro entre las posturas de los diversos actores. En algunos casos, los consensos son absolutos y, en otros, parciales. Sin embargo, cualquier punto de acuerdo representa un punto de partida para cualquier tipo de reforma que se desee realizar.

Regulación:
En el área de regulación, la opinión es unánime: el funcionamiento del sistema de salud debería ser en red, con una mayor integración de los sistemas y protección de los usuarios, ya sea entregando más atribuciones a la Superintendencia de Salud u otras instancias. En la Tabla n°4.2 se presenta el detalle de las posturas de los actores.

Tabla n°4.2: Consensos en términos de Regulación

	Diseño y Prioridades	Protección del Consumidor
Gobierno 2022	**Actualización** y **Universalización** de la Atención Primaria. Renovación de la institucionalidad de rectoría o Autoridad Sanitaria.	Disminución del **Gasto de Bolsillo.** Garantizar de manera explícita la **oportunidad y calidad** de las atenciones de salud.
Gobierno 2019	Funcionamiento en **red y Ley del Cáncer.**	Más atribuciones a la **Superintendencia**, y más transparencia.
Escuela de Salud Pública - Colegio Médico 2018	Funcionamiento en **red.**	Facultades reales a la **Superintendencia** para que garantice que el seguro responda oportunamente.
Centro de Estudios Públicos 2017	Funcionamiento en **red.**	Defensa de la libre competencia, aseguramiento de la calidad y seguridad, información, y regulación/validación/ rev. precios.
Instituto de Salud Pública Andrés Bello 2017	Funcionamiento en **red.**	Fortalecer la **Superintendencia** con plena autonomía para ejercer su rol fiscalizador de seguros y prestadores, públicos y privados.
Isapres	Funcionamiento en **red.**	

Financiamiento:

En el área del financiamiento el consenso es de tipo parcial:

En cuanto a las **Fuentes de Financiamiento**, todos concuerdan en que debe realizarse a través de cotizaciones y aporte fiscal, disminuyendo el gasto de bolsillo.

Por otra parte, en consideración a la **Mancomunión** de los fondos, la opinión es dividida. El Gobierno del expresidente Piñera y la Asociación de Isapres proponen un fondo de compensación inter Isapres. El Centro de Estudios Públicos y el Instituto de Salud Pública Andrés Bello plantean un fondo de compensación entre todos los aseguradores públicos y privados. Y la postura del Gobierno del Presidente Boric y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile con el Colegio Médico exponen un asegurador público único.

Acerca de la **Administración del Riesgo**, todas las definiciones concuerdan en la necesidad de un Plan de Salud con los mismos beneficios para todos. En la Tabla A1.1 del anexo, se presentan en detalle las características establecidas para el Plan de Salud por los distintos actores.

En relación con la **Compra de Prestaciones**, las propuestas concuerdan en la necesidad de mecanismos más eficientes de compra (GRD, PAD), en una red de prestadores Público-Privada. En la Tabla n°4.3 se presenta el detalle de las posturas de los actores.

Tabla n°4.3: Consensos en términos de Financiamiento

	Fuentes-Mancomunión	Administración de riesgo	Compra
Gobierno 2022	Aporte fiscal y cotizaciones (7%)	Definición de un Plan de Salud Universal o Régimen General de Cobertura. **Actualización** Seguro Catastrófico MLE	Pago por **GRD** e incorporación de mecanismos de eficiencia y riesgo compartido con prestadores y en medicamentos de alto costo
Gobierno 2019	Aporte fiscal y cotizaciones Sistema de **Compensación** de Riesgos Isapres abiertas.	Plan Universal de salud. Seguro Catastrófico Fonasa	Pago por acto médico, **GRD y PAD** **Redes, públicos y privados.**
Escuela de Salud Pública - Colegio Médico 2018	Aporte fiscal y cotizaciones mancomunados. Un asegurador único público sucesor del FONASA, Isapres como seguros complementarios.	**Plan** de Salud Universal	**Mecanismos de pago más eficientes** que pago por acto médico. **En redes, públicos y privados.**
Centro de Estudios Públicos 2017	Aporte fiscal y cotizaciones. **Compensación** por Riesgo (modelo multi- seguros, incluye Fonasa e Isapres).	**Plan** Universal de salud	Mecanismos de compra que logren el cumplimiento de las exigencias y sostenibilidad financiera **GRD** y **PAD** **En redes, públicos y privados.**
Instituto de Salud Pública Andrés Bello 2017	Aporte fiscal y cotizaciones. Fondo de **Compensación** por riesgo, etapa 1 Inter-Isapres, etapa 2 integrado FONASA-Isapres.	**Plan** Garantizado Universal	Financiamiento de prestadores relacionado con su producción **(PPV, GRD).** **En redes, públicos y privados.**
Isapres	**Compensación** por riesgo Isapres.	**Plan** de Salud	

Generación de Recursos:

Sólo dos propuestas abordaron el área de Generación de Recursos, ambas estableciendo la necesidad de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias, como una herramienta indispensable para la toma de decisiones, en relación con la incorporación de nuevas tecnologías y fármacos. En la Tabla n°4.4 se presenta el detalle de las posturas de los actores.

Tabla n°4.4: Consensos en términos de Generación de Recursos

	Generación de Recursos
Gobierno 2019	**Evaluación de Tecnologías Sanitarias** (ETESA) en Proyecto de Ley Fonasa
Escuela de Salud Pública - Colegio Médico 2018	
Centro de Estudios Públicos 2017	
Instituto de Salud Pública Andrés Bello 2017	**Evaluación de tecnologías Sanitarias** (ETESA)
Isapres	**Evaluación de Tecnologías Sanitarias** técnicamente sólida

III. RECOMENDACIONES TÉCNICAS

Tal como se verificó en los apartados anteriores, existen importantes espacios de consenso entre las posturas analizadas. Y la mayor parte de ellos, ya sean totales o parciales, no encuentran oposición en aquellas posturas que no participan de él. A continuación, se presenta un conjunto de recomendaciones técnicas para poder avanzar en la reforma.

III.I RECOMENDACIÓN EN TÉRMINOS DEL TIPO DE REFORMA

a) Opinión de las personas

Entre 2020 y 2021, el ISPAB ha encargado encuestas nacionales de salud en las que se ha consultado respecto de los tipos de reforma. Los encuestados señalaron, en ambos años, la postura de que el sistema requiere cambios profundos, con un 79% y 67% respectivamente. Sin embargo, respecto de los principios sobre el sistema de salud, aquel que tiene mayor preferencia por parte de los encuestados corresponde a que el sistema debe sostener "derechos garantizados para todas las personas independiente de su situación económica".

En la encuesta realizada en 2022 por el ISPAB, al consultar respecto del sistema universal y el destino de la cotización a un fondo común, existe un amplio desacuerdo de la población, tanto de Fonasa como de Isapres, con que no se pueda escoger la institución que administra la cotización obligatoria (69% en desacuerdo). Respecto de la administración del financiamiento del sistema, el 67% de los encuestados señala que debiese ser un organismo descentralizado, no dependiente del gobierno y con participación de los trabajadores, empleadores y el Estado. Otro tema relevante respecto del tipo de reforma guarda relación con la calidad de los prestadores de salud. Al ser consultados, los encuestados señalan que la red de prestadores más adecuada para el sistema de salud recae en un sistema de provisión mixta, manteniendo la posibilidad de atenderse en el sistema privado de manera oportuna (68%) y que los cambios se realicen de manera paulatina para que los usuarios no tengan que pagar el costo de la transición (73%).

b) Estrategias de Reforma

Lo señalado por las personas no se resuelve con la dicotomía entre las visiones de seguro único versus multi-seguro. Se debe avanzar en estrategias que permitan en el futuro confluir hacia un sólo sistema de salud con una lógica de Seguridad Social público y privado. Se debe avanzar por etapas. El camino es el mismo para ambas visiones de largo plazo. Para el logro de lo anterior, la clave es la transición de las reformas, en términos del diseño del Plan de Salud, temas de selección al ingreso, temas de libre movilidad, tema de prima plana, temas de regulación y precios.

c) Propuesta

Reformar las Isapres para cambiar su lógica y transformarlas en **Administradores Privados** de la Seguridad Social en Salud. Reestructurar FONASA en base a su ley del año 2000 y darle la potestad de **Administrador Público de la Seguridad Social en Salud**. Fonasa debe tener autonomía en relación con el gobierno de turno y una gobernanza sólida, junto con la capacidad de utilizar sus recursos financieros en las acciones de salud hacia sus beneficiarios y no hacia el financiamiento del sistema público de salud.

d) Viabilidad Política

Haciendo un poco de historia:
Entre 1990-2000, el sector de salud se dividió por las visiones de asegurador único o multi-seguros. En la reforma de 2005, el principal escollo para un acuerdo integral fue la mancomunión de los recursos. En la propuesta de 2013, el avance logrado sólo se produjo al asumir un cambio en el subsistema de Isapres. El diseñar una transformación por etapas, cuyo objetivo final sea eliminar el funcionamiento de un sistema de salud con 2 lógicas distintas, permitiría el logro de los acuerdos necesarios para avanzar

III.II RECOMENDACIÓN EN TÉRMINOS DE REGULACIÓN

a) Opinión de las personas

Hoy existe gran disconformidad con ambos sistemas debido a fallas que se deben, en parte, a un deficiente y desequilibrado marco regulatorio entre el sistema público y privado de salud.

b) Estrategias de Reforma

Generar un solo marco regulatorio para FONASA e Isapres, y otro para los prestadores públicos que incluyan a la atención primaria y prestadores privados, que incluyan a la atención primaria. Dicha regulación debe atender ámbitos de seguimiento y control del gasto, prestaciones, precios, mecanismos de pago, resultados y normativas para la homologación e interoperabilidad de los sistemas de información.

c) Propuesta

Entregar mayor autonomía a la Superintendencia de Salud que permita la regulación de FONASA, Isapres y Seguros complementarios de salud. Generar mayores espacios de reglamentación para los prestadores públicos y privados.

d) Viabilidad Política

Hoy existe consenso respecto a la necesidad de mejor y mayor regulación en aseguradores y prestadores, públicos y privados, que permitan mejorar la colaboración, competencia y transparencia en las acciones de salud.

III.III RECOMENDACIÓN EN TÉRMINOS DEL PLAN DE SALUD

a) Opinión de las personas

Según la encuesta del ISPAB (2019), 77% de los encuestados manifiesta estar de acuerdo con que FONASA tenga un plan de salud universal similar al de las ISAPRE. Según la encuesta de 2021, 15% de los usuarios del sistema debió abandonar el tratamiento basado en medicamentos. Ese abandono guarda relación principalmente con el alto costo de los medicamentos y coincide con ser asociados a diagnósticos de salud mental como antidepresivos y otros.

b) Estrategias de Reforma

En el corto plazo se debe avanzar en la homologación de la actual cartera de Planes de Salud que mantienen vigentes las Isapres, junto con la organización de los beneficios de Fonasa en torno a un Plan FONASA que contemple la mayoría de las prestaciones que se realizan hoy en el sistema de salud, incluyendo acciones de prevención y mecanismos de riesgo compartido entre los prestadores y el asegurador.

En el mediano a largo plazo, en 5 años, ambos planes deben confluir progresivamente en un solo plan de salud.

c) Propuesta

El Plan de Isapres y Fonasa deben contener todos los beneficios (GES-CAEC-Complementario, Ley Ricarte Soto). Ambos planes deben contener incentivos para generar un cambio en el modelo de atención, tanto en el sistema público, como en el sistema privado mediante la incorporación de mecanismos de pago asociados a resultados y que aumenten la protección y transparencia al usuario.

d) Viabilidad Política

El Plan de salud se transforma en el eje del cambio de los modelos de atención, tanto en Isapres como en Fonasa y viabiliza la reforma en su conjunto.

III.IV RECOMENDACIÓN EN TÉRMINOS DEL COMPENSACIÓN DE RIESGOS

a) Opinión de las personas

Según ISPAB (2019), 62% de los encuestados manifiesta que está dispuesto a que parte de la cotización de su grupo familiar vaya a una "contribución solidaria".

b) Estrategias de Reforma

Ambos sistemas, Isapres y Fonasa, funcionan sin discriminar por edad sexo y condición de salud.

c) Propuesta

En el corto plazo, se debe establecer una prima plana para todos los afiliados a las Isapres, sin discriminar por edad –sexo y condición de salud que esté asociado al plan de salud universal/único/estándar. Esto implica que se debe crear un fondo compensatorio por riesgo inter-Isapres y definir un mecanismo de transición para que el stock de cartera Isapres se mueva de sus planes actuales y participe del fondo.

d) Viabilidad Política

Generar un proceso de transición hace posible eliminar totalmente la discriminación por edad, sexo y condición de salud. El escenario de hoy es más favorable dada la condición de incertidumbre judicial respecto de la inmovilidad de los precios de los planes que hacen insostenible la situación de las Isapres.

III.V RECOMENDACIÓN EN TÉRMINOS DE PRECIOS

Transición a un plan de salud universal que contemple un conjunto prestaciones definidas y sus correspondientes mecanismos de pago

a) Opinión de las personas

Para las personas la mayor preocupación es la evolución de los precios en las atenciones de salud y junto a lo anterior el precio de los planes de salud, debido a la baja posibilidad competencia que existe en el sistema. Junto a lo anterior, el gasto al que se exponen producto de la cobertura efectiva en las atenciones de salud.

b) Estrategias de Reforma

Establecer un sistema de transición para la creación del plan universal de salud basado en una estructura de prestaciones lo más amplia posible que incorpore atenciones de nivel primario asociadas a resultados y mecanismos de pago transparentes que garanticen protección a los usuarios.

c) Propuesta

Se debe partir por la definición de un número de planes acotado que permita mejorar la competencia en el sector Isapres y homogenizar la codificación de prestaciones que, por no estar en el arancel de Fonasa, quedan por fuera de los esquemas de protección, acorde con los cambios que se realicen en la institucionalidad asociada a ETESA.

Se debe diseñar un instrumento que sensibilice los orígenes de las alzas de frecuencia y castigar ineficiencias en la relación asegurador-prestador.

No se debe aceptar un índice de gasto en salud (precio por cantidad), debido a que legitima ineficiencias.

d) Viabilidad Política

Da respuesta a la principal inquietud y origen de la insatisfacción de afiliados con sistema Isapres. Genera un índice de aumentos de costo que sensibiliza los incrementos legítimos. Se termina con la avalancha de litigios legales por alzas de precios.

III.VI RECOMENDACIÓN EN TÉRMINOS DE SELECCIÓN AL INGRESO Y MOVILIDAD

a) Opinión de las personas

Según ISPAB (2019) un 41% de los encuestados del Fonasa manifiesta que "A igual precio estaría dispuesto a cambiarse a una Isapre". Asimismo, la encuesta del año 2022 señala que el 83% de la población encuestada se encuentra muy preocupada de "tener que pagar más para mantener los actuales niveles de cobertura y la posibilidad de donde atenderse".

b) Estrategias de Reforma

Que en las estrategias de corto plazo se termine con los afiliados cautivos y se asegure la libre movilidad: de Fonasa a Isapres, de Isapres a Fonasa y de una Isapre a otra Isapre.

c) Propuesta

Otorgar libre movilidad a los afiliados actuales en Isapres. Terminar con las preexistencias progresivamente en un plazo establecido por Ley. Por ejemplo: durante los 2 primeros años otorgar un 25% de cobertura en el caso de preexistencias, durante los 2 años siguientes otorgar un 50% de cobertura en el caso de preexistencias, finalmente otorgar un 100% cobertura a partir del año 5.

En el caso de que se cree un fondo de compensación de riesgo inter-Isapres o en conjunto con Fonasa esto se podría viabilizar al momento de la aplicación de dicho fondo.

d) Viabilidad Política

Permite resolver la diferencia de eliminación de barreras al ingreso con racionalidad técnica y protección de las finanzas de Fonasa. (Mínimo pérdida neta Fonasa MM$500.000 estudio ISP-UNAB (2016) si no hay regulación al inicio).

III.VII RECOMENDACIÓN EN TÉRMINOS DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS

a) Estrategias de Reforma

Controlar con evidencia el ingreso de nuevas tecnologías no costo efectivas, que hoy dan sustento para la judicialización de Fonasa e Isapres por beneficios no cubiertos.

b) Propuesta

Proponer la creación de un sistema ETESA, independiente MINSAL.

c) Viabilidad Política

Inicia un sistema de control de ingreso de nuevas tecnologías sanitarias al país.

III.VIII RECOMENDACIÓN EN TÉRMINOS DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL

a) Estrategias de Reforma

Generar un proyecto de ley aparte, que unifique la administración del Subsidio por Incapacidad Laboral, de manera de evitar la existencia de 2 criterios y 2 niveles de eficiencia para el tratamiento de los SIL.

b) Propuesta

Crear un sólo sistema de calificación de licencias médicas para el país, que se encargue de administrar los Subsidios por Incapacidad Laboral para todos los afiliados de Isapres y de Fonasa.

Mejorar la identificación de las causas que dan origen al reposo entre lo laboral y lo curativo.

Eliminar la carencia, instauración de guías de descanso y la implementación de una protección financiera decreciente en el tiempo que empalme con la pensión de invalidez.

c) Viabilidad Política

Hay consenso técnico y político en que no es sostenible la existencia de dos criterios de aprobación para un mismo derecho y dos niveles de eficiencia para la administración de los recursos del SIL.

III.IX RECOMENDACIÓN PARA LOS TEMAS EN LOS QUE NO EXISTE CONSENSO

En los puntos en que no hay consensos, la clave es la transición.

Declaración de salud al ingreso (por ejemplo, se elimina a los 5 años de vigencia de la ley).

Diferenciación de precios por edad (el problema es la cartera vigente, a la cual se le debe definir transición, para pasar de un corto plazo con discriminación por edad a un modelo sin discriminación por edad).

Plan de Salud para Fonasa (por ejemplo, partir con una ordenación de los beneficios actuales más Seguro Catastrófico por 5 años, con posterioridad Plan Único para todo el país –seguro catastrófico Fonasa lo más parecido al CAEC).

Acordar un proyecto de Ley complementario para un administrador único de SIL (por ejemplo, se crea comisión presidencial).

Transformar al Fonasa en Administrador Público de la Seguridad Social en Salud, seguro público con gobernanza, independencia y facultades para gestionar cartera y comprar. Redefinir las Isapres como Administradores Privados de la Seguridad Social en Salud (APSSS).

IV. COMENTARIOS FINALES

En primer lugar, el Consorcio estima que es necesario y posible reformar el sistema de salud, ya que, según lo evidenciado en el presente trabajo, la discusión técnica, concienzuda, franca y abierta, con una firme intención de entender la visión de las distintas propuestas, ha sido fructífera y ha permitido el encuentro de espacios de acuerdo que inicialmente parecían muy difíciles de encontrar. Algunos de estos consensos se detallan a continuación:

- Definición de un nuevo modelo de atención intersectorial y descentralizado basado en la atención primaria
- Definición de un Plan de Salud Universal o Régimen General de Cobertura de Salud equitativo en el acceso y que se adapte al nuevo modelo de atención.
- Renovar la Institucionalidad de Rectoría o Autoridad Sanitaria
- Aplicación de estrategias y políticas de mejor gasto que resulten en la modificación de la estructura del Financiamiento del sistema, disminuyendo progresivamente la participación del gasto de bolsillo.

Segundo, los cambios que se desarrollen deben realizarse procurando una transición paulatina, que no signifique que las instituciones, tanto de previsión como prestadores, caigan en riesgo de default financiero debido a que finalmente estas situaciones terminan repercutiendo de manera directa en los usuarios del sistema. Las medidas y gestiones que se puedan realizar a corto plazo deben estar orientadas a un mejor control de la actividad y accountability (responsabilidad) por las acciones que desarrollan prestadores (públicos y privados) al igual que las aseguradoras, incluyendo a Fonasa. Además, deben procurar que los usuarios perciban los cambios de buena manera como ganancias y no como sacrificios o pérdidas del estado de bienestar.

Tercero, el espacio académico ha resultado ser una plaza ideal para este tipo de discusiones técnicas. La academia "Consorcio de Universidades" se ha transformado en un espacio de confianza, donde los ponentes, con distintas visiones, se sienten con la comodidad necesaria para expresarse clara y honestamente, con el objetivo de explicar, aclarar dudas y hasta alimentarse de la sana discusión que el coloquio es capaz de generar. De hecho, nos atrevemos a afirmar que esta instancia fue un espacio de crecimiento intelectual para todos los miembros del consorcio e invitados.

Cuarto, se pudo verificar que existe un consenso en términos de los objetivos deseables para una reforma y la necesidad de transformación del sistema de salud en un ecosistema que responda a los principios de la seguridad social. Esto se evidencia a pesar de que, en algunos casos, la visión sobre los instrumentos y herramientas planteadas para el logro de estos objetivos son de características distintas.

Quinto y último: como Consorcio de Universidades estamos orgullosos de la labor realizada. Tenemos la firme convicción que este documento será un aporte técnico a la discusión. Y debido a lo mismo seguiremos trabajando y profundizando en el tema de una Reforma de Salud que permita enfrentar los desafíos que nos plantea el siglo XXI.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Clínicas de Chile AG. (2016). Dimensionamiento del Sistema de Salud Privado en Chile.
- World Health Organization. (2000). The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. World Health Organization.
- Wendt, C., Frisina, L., & Rothgang, H. (2009). Healthcare System Types: A Conceptual Framework For Comparison. Social Policy & Administration, 43(1), 70-90.
- Instituto De Salud Pública Unab. (2017). Construcción Política Del Sistema De Salud Chileno, La Importancia De La Estrategia Y La Transición. Instituto De Salud Pública Andrés Bello.
- F. Paolucci Y C. Velasco (2017). Reformando El Sistema De Seguros De Salud Chileno, Debates De Política Pública. Centro De Estudios Públicos.
- Comisión Esp-Colmed. (2018). Propuestas Para Una Reforma Integral Al Financiamiento De La Salud En Chile, Escuela De Salud Pública, Universidad De Chile, Colegio Médico De Chile A.G.
- Dirección De Prensa De La Moneda. (2019). Mensaje Presidencial, Proyecto De Ley De Reforma Integral A Sistema De Salud.
- Ministerio Secretaría General De La República. (2019). Indicación Sustitutiva Al Proyecto De Ley Que Modifica El Sistema Privado De Salud, Incorporando Un Plan Garantizado. (Mensaje N°038-367)
- Gobierno de Chile. (2013). Indicación Que Formula Indicaciones Al Proyecto De Ley Que Modifica El Sistema Privado De Salud, Incorporando Un Plan Garantizado (Boletín N° 8.105-11). (Mensaje N° 013-361)
- Gobierno de Chile. (2011). Proyecto De Ley Que Modifica El Sistema Privado De Salud, Incorporando Un Plan Garantizado. (Mensaje N° 416-359)

ANEXO Nº1 ANÁLISIS DE PROPUESTAS DE CAMBIOS AL SISTEMA DE SALUD Y COLOQUIOS PARA LA REFORMA

El objetivo del presente estudio consiste en la revisión y análisis de las propuestas de cambio al sistema de salud que han existido y se han debatido en los últimos 15 años.

Para esto, se han revisado las propuestas programáticas de los programas de gobierno, boletines de proyectos de ley e, incluso, las distintas actualizaciones que se han comunicado en instancias legislativas y en la prensa.

Adicionalmente, entre noviembre de 2018 y julio de 2019, se realizaron 6 coloquios, en los que se presentaron sus propuestas y/o posiciones el Colegio Médico, el Centro de Estudios Públicos, la Asociación de Isapre, el Instituto de Salud Pública UNAB y el Gobierno.

A continuación, se presenta un resumen de los temas tratados en cada uno de los coloquios

Tabla nº2.1: Coloquios Según Fecha

Fecha	Institución	Invitados
8-11-2018	Colegio Médico	Dra. Izkia Siches, Dr. Roberto Estay Dr. Oscar Arteaga
15-11-2018	Centro de Estudios Públicos	Sra. María Alejandra Benítez
24-01-2019	Instituto de Salud Pública UNAB	Sr. Héctor Sánchez Dr. Manuel Inostroza Sr. Rony Lenz
24-05-2019	Ministerio de Salud de Chile	Dr. Emilio Santelices Sr. Pablo Pizarro Dra. Francisca Rodríguez
20-06-2019	Entrevista con Presidente de la Asociación de Isapres	Sr. Gonzalo Simón
30-07-2019	Ministerio de Salud de Chile	Dr. Jaime Mañalich

I PROPUESTA DE GOBIERNO, PRESIDENTE GABRIEL BORIC F.

El presidente Gabriel Boric F. ha presentado una propuesta de cambios al sistema de salud que, tal como se señala en el documento "Plan de Gobierno Apruebo Dignidad", pretende alcanzar los siguientes cambios concretos:

Cambio concreto N°11: "Generaremos un sistema único de salud a través de un Fondo Universal de Salud, pasando las Isapres a ser seguros complementarios voluntarios regulados por la Superintendencia de Salud ".

Cambio concreto N°12: "Presentaremos una Ley de salud mental integral, duplicaremos el presupuesto destinado a la materia y crearemos al menos 15 nuevos Centros Regionales de Salud Mental y centros diurnos para personas con demencia".

Cambio concreto N°13: "Reduciremos las listas de espera, sin letra chica, y aumentaremos en un 30% la productividad de los pabellones de cirugía públicos".

Cambio concreto N°51: "Implementaremos la entrega de medicamentos a domicilio para enfermedades crónicas, comenzando por las personas mayores para gradualmente extender este servicio a todos los usuarios de la red de Atención Primaria"

Para conocer más en detalle la propuesta de modificaciones al sistema de salud, es posible encontrar en el Capítulo 02 "Avanzar a una sociedad que ponga en el centro la sostenibilidad de la vida y el cuidado de las personas y comunidades", Punto 2: "Consagración de un Estado Social de Derecho" las definiciones que permitirán, junto a mejoras de la gestión, comenzar el proceso de cambio en miras de la creación de un Sistema Universal de Salud en el mediano plazo. Si bien el plan cuenta con 10 líneas de acción, nos centraremos en aquellas que avanzan hacia la reforma del sistema de salud:

Fondo Universal de Salud (FUS): Protección Financiera y acceso según necesidad. La creación del FUS contempla la protección financiera a todas las personas que residan en el país mediante la recaudación de la totalidad de las cotizaciones para salud (7% de la renta) de los trabajadores junto a los aportes del Estado. La protección financiera estará ligada al plan de beneficios que se denominará "Régimen General de Garantías de Salud" asegurando "copago cero" en prestaciones y medicamentos en la red pública, junto con un tope máximo de gasto anual en salud para la población. En términos de la institucionalidad del FUS, este será dotado de una administración y estructura organizacional con alta capacidad técnica. Incorporando una Agencia Autónoma para la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA) que permita definir la cobertura del régimen en base a la costo-efectividad y criterios sociales.

Servicio Nacional de Salud: atención oportuna y de calidad. Es posible clasificar las propuestas en 3 ámbitos:

1. Atención Primaria

Las estrategias para avanzar hacia la conformación de un Servicio Nacional de Salud contemplan la Universalización de la Atención Primaria (APS) dando cobertura al 100% de la población, transformándola en la base de la acción sanitaria.
Modificación del Plan de Salud Familiar ampliando el acceso a medicamentos y exámenes. Facilitando la entrega a domicilio de medicamentos para enfermedades crónicas. Mejoramiento de los mecanismos de asignación de los recursos propendiendo a una mayor equidad a nivel de los territorios.

2. Tecnología de Información

Desarrollo de un sistema de agendamiento virtual y acceso a atenciones de salud de manera remota en la APS. Creación de un Repositorio Nacional de Datos, que permita el acceso a información de los usuarios a lo largo de toda la red asistencial.

3. Creación del Servicio Nacional de Salud

Modificación legal para la creación de una nueva institucionalidad pública autónoma que integre a los prestadores en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

4. Acceso Gratuito a Medicamentos

Se ampliará la cobertura de los arsenales a distribuir en los establecimientos de salud de la red pública garantizando gratuidad para la totalidad de fármacos cubiertos por el Seguro Universal. Creación de mecanismos de regulación de precios en toda la cadena de suministro farmacéutico, fijando precios en farmacias y prohibiendo la integración vertical. Regulación de las farmacias como centros de salud con lógica sanitaria estratégica y fortalecimiento de las farmacias populares.

La correcta implementación de estas medidas requiere de definiciones técnicas que no es posible encontrarlas en el documento y que deben materializarse en proyectos de ley específicos o en la propuesta del Proyecto de Ley de Presupuestos para el año 2023 que revisaremos a continuación:

Agenda de Proyectos de Ley en curso en materia de salud.

El Ministerio de Salud ha dado a conocer la agenda legislativa a la Comisión de Salud del Senado, mediante la presentación de la Ministra Ximena Aguilera y en compañía de los Subsecretarios de Salud Pública y Redes Asistenciales y del Director de Fonasa. Ha informado la priorización de 3 ejes principales para la gestión para los próximos 4 años: Resolución de Listas de Espera, Salud Mental y la Creación de un Sistema Único de Salud.

Abordaremos principalmente la priorización de la agenda legislativa que ha expuesto MINSAL asociadas al "Avance hacia la reforma de Salud". Dicha priorización contempla 7 medidas:

- **Seguro clase media protegida** (Boletín N° 12662-11): Se refiere al proyecto conocido como seguro catastrófico Fonasa que se encuentra en Comisión Mixta. Se está a la espera de un nuevo informe financiero porque el anterior data del 2020. En este caso, el proyecto está en Mixta porque el Senado rechazó la idea de legislar.
- **Regulación de precios de los exámenes** (Boletín N° 13892-11): Está para ser votado por la Sala luego que la Comisión de Salud revisara las indicaciones presentadas a la norma en primer trámite.

- **Creación del Servicio Salud Digital:** Se refiere a una iniciativa que presentará el MINSAL. Vendría a consolidar esfuerzos como el del Hospital Digital y el de las prestaciones de telemedicina.
- **Creación de la Intendencia de Prestadores:** A raíz del proyecto único de salud y la necesidad de contar con una red única de prestadores, el Gobierno sinceró que presentará esta propuesta. La idea es fiscalizar las acciones de estos organismos
- **Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA)** (Boletín N° 13863-11): Se trata del proyecto más conocido como reforma a Fonasa, el que está en la Comisión de Salud a la espera de la votación de indicaciones.
- **Mancomunación de fondos y asignación según riesgo para el Fondo Universal de Salud (FUS):** Ingresará este proyecto en el marco de la reforma a la salud, es decir, la creación de un sistema único de salud. Preliminarmente se indicó que se buscará unificar en un organismo la gestión del 7% de la cotización de salud.
- **Modificaciones al Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL):** Dado los numerosos problemas en la gestión de licencias médicas, el Ministerio de Salud presentará un proyecto en conjunto con el Ministerio del Trabajo en una fecha por confirmar.
  (fuente: senado.cl)

PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE PRESUPUESTOS 2023

El proyecto de presupuestos del Ministerio de Salud para el año 2023 presenta un crecimiento del gasto en estado de operaciones de M$48.099.201 equivalentes a un 0,4% respecto de la Ley de Presupuestos Ajustada del año 2022. Sin embargo, es importante señalar que esa Ley considera recursos para el manejo extraordinario de la pandemia por M$785.998.825 que han sido incorporados a la base de gasto del MINSAL como gasto permanente según las siguientes líneas programáticas:

ACCIONES EN EL NIVEL PRIMARIA DE SALUD.

Contempla un crecimiento de M$146.481.09 equivalente a un 5,1% enfocadas principalmente hacia el financiamiento de la Atención Primaria Municipal y el desarrollo de Inversiones. Sin embargo, muchas de las acciones de salud corresponden a estrategias de continuidad o arrastre tales como, aumento de la población beneficiaria del Fonasa, proyectos de inversión de arrastre de años anteriores. Sin embargo, es posible identificar las siguientes estrategias nuevas vinculadas a la reforma de salud. MM$8.906 de aumento para financiamiento de Programas Ministeriales de Gestión Centralizada enfocados principalmente para financiar el aumento de la demanda de medicamentos GES y no GES. MM$7.354 para el financiamiento de un piloto de atención primaria universal a desarrollar en, a lo menos, 2 comunas del país. MM$1.599 para la actualización del Indexador de pobreza comunal. MM$7.574 para el inicio de 18 nuevos proyectos de infraestructura APS (CESFAM).

ACCIONES EN EL NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO

Contempla un crecimiento de M$626.665.807 equivalentes a un 8,03% respecto del año 2022. La principal utilización de estos recursos se encuentra en el crecimiento del financiamiento al programa de financiamiento de Fonasa para establecimientos de alta y mediana complejidad mediante GRD con un crecimiento de MM$616.124 y la compra de prestaciones a privados por parte de Fonasa por MM$156.469.

Dentro de las medidas a desarrollar en el nivel secundario y terciario no se logra evidenciar cambios significativos en la gestión hacia un sistema único de salud. Más bien corresponde a la regularización de obligaciones financieras de continuidad.

PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL.

En esta línea programática, el presupuesto contempla los recursos asociados al financiamiento de los Subsidios de Incapacidad laboral y de la Modalidad de Libre Elección, donde no se presenta ninguna modificación ni propuesta.

AUTORIDAD SANITARIA

Contempla el crecimiento de MM$4.760 equivalente a un 2,68% principalmente para el financiamiento de las cuotas vigentes que mantiene la Subsecretaría de Salud Pública (MM$1.766) y el fortalecimiento de la capacidad fiscalizadora de la COMPIN (MM$265).

FISCALIZACIÓN Y REGULACIÓN DE PRESTADORES Y PRESTACIONES

Contempla el crecimiento de MM28.661 equivalentes a un 22,6% que afectan principalmente al Fonasa (MM$24.137, equivalentes a una expansión de un 34,9% respecto de 2022) para el pago de medicamentos de alto costo producto de resoluciones ejecutoriadas de la corte suprema.

CENABAST

Contempla una expansión de MM$994 equivalentes a un 7,49% principalmente para el financiamiento de acciones asociadas a la Ley N°21.198 que permite a CENABAST la intermediación de medicamentos para farmacias independientes.

COMENTARIOS

En relación con lo expuesto como fundamentos de la reforma hacia la instalación de un Sistema Universal de Salud, pero con lógica de un sistema único de salud público en el financiamiento, los avances tanto en materia legislativa en estos primeros meses de gobierno como en la presentación del proyecto de Ley de Presupuestos para el año 2023 son poco ambiciosos como para entender su viabilidad y las etapas de implementación. Lo más probable es que el ajuste de expectativas que el propio gobierno ha debido hacer después de la derrota del apruebo en el plebiscito del 4 de septiembre y la prioridad política que hoy tienen la reforma tributaria y la reforma de pensiones han hecho reacomodar las pretensiones originales de la reforma de salud.

Los proyectos de ley que la Ministra contempla como avance en los principios del sistema de salud corresponden, en su mayoría a proyectos de ley presentados por la administración anterior y que se están reactivando con algunas modificaciones. Pero aún quedan muchos vacíos en lo referente a materias que a la fecha ya deberían estar resueltas como para iniciar el proceso de discusión legislativa.

Tal como lo ha señalado la Ministra del ramo, a principios de 2023 se debería realizar la presentación del proyecto de ley que permitirá la creación del Fondo Universal de Salud, el cual en términos formales sólo se hace cargo de la recaudación de la cotización del 7% de la cotización para la salud de los trabajadores. Pero que deja pendiente la definición del régimen de salud, de la transición necesaria para garantizar el acceso a prestaciones de salud de pacientes con preexistencias y tratamientos que actualmente se están entregando en los prestadores privados, de los cambios necesarios en la relación contractual que sostienen las redes de Servicios de Salud y la expectativa de control de la oferta que Fonasa espera desarrollar para la compra eficiente de las prestaciones que su población necesita.

El proyecto de presupuestos para el año 2023 presentaba una importante oportunidad para el desarrollo de estrategias y políticas que podían ser incluidas para avanzar en esta línea, como la actualización de los mecanismos de asignación de recursos a la Atención Primaria, Gestión de la Lista de Espera por parte de Fonasa mediante mecanismos de compra que integrasen la red de prestadores públicos y privados, cambios en la modalidad de libre elección mejorando coberturas e incorporando nuevos mecanismos de pago alejando el pago por prestación prestada o Fee For Service que hoy impera en esa modalidad o al menos en materia de transformación organizacional (RR.HH. y TICs), para absorber los requerimientos de operación necesarios para la universalidad en la cobertura por parte del FUS. La discusión del presupuesto del MINSAL y en específico de Fonasa y de los Servicios de Salud es la herramienta de política pública que permitirá viabilizar los cambios necesarios para el mejoramiento del sistema de salud. No obstante, será para la presentación del proyecto de presupuesto del año 2024 donde se avizoran la articulación de las herramientas que permitirán o no el avance hacia las propuestas y cambios concretos que se propusieron inicialmente.

II PROPUESTA DE SALUD, PARTIDO REPUBLICANO.

En mayo del año 2020, el partido Republicano presentó la Minuta N° 4 de Salud donde expresa las principales motivaciones que sugiere dicho partido en materia cambios y acciones a desarrollar en el Sistema de Salud.

Es importante mencionar que el Partido Republicano, creado en junio de 2019, reunió a sectores independientes y ex militantes de la Unión Demócrata Independiente (UDI). Para las elecciones del año 2021, el Partido Republicano se unió al Partido Conservador Cristiano creando el pacto Frente Social Cristiano (FSC) logrando 15 representantes en la Cámara de Diputados y Diputadas y a Rojo Edwards como senador por la Región Metropolitana (*fuente Wikipedia).

En términos generales, la propuesta de salud del Partido Republicano se resume en 7 ideas rectoras a saber:

1. La protección de la salud es un derecho inalienable.
2. El titular del derecho a la protección de la salud es la persona.
3. Las personas tienen el derecho a elegir el sistema de salud, sea este estatal o privado.
4. El Estado debe coordinar y controlar, pero no necesariamente ejecutar, las acciones de medicina preventiva de forma permanente. Asimismo, tendrá el poder de limitar severamente los derechos constitucionales en situaciones de pandemia o catástrofe sanitaria.
5. El Estado deberá fortalecer las herramientas de regulación y acción de las instituciones autónomas como Fonasa, Instituto de Salud Pública, CENABAST, Superintendencia de Salud y Fiscalía Nacional Económica.
6. El Estado debe abogar por perfeccionar la competencia del sector.
7. El acceso a medicamentos debe producirse al menor costo posible.

Para esto, contempla un informe diagnóstico donde se señala de manera expresa que:

"...La Salud Pública chilena se encuentra en una crisis terminal. Pese a los ingentes recursos invertidos por las distintas administraciones..."

Dando especial énfasis a que "...la base del problema de la salud pública no reside necesariamente en los recursos económicos invertidos, sino en un sistema estatal profundamente ineficiente..."

Como principales acciones a desarrollar en materia de transformaciones el Partido Republicano señala que existen medidas de carácter constitucional destinadas a que el Estado debe estar al servicio de la persona humana, permitiendo a esta la posibilidad de elegir a qué sistema acogerse, y fortaleciendo a las instituciones que permitan dotar de regulación hacia el aumento de la competencia en todas las áreas de salud, el control y regulación de las licencias médicas y la posibilidad de concesionar la construcción y operación de hospitales públicos. En materia de proyectos de ley que afectan al sistema de salud, se propone la creación de una nueva estructura organizacional de la red estatal, independizándola políticamente del Ministerio de Salud para conformarse como una entidad autónoma, descentralizada y técnica de la siguiente manera:

DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

- Separar la función rectora del Ministerio de Salud con la función gestora de la red asistencial.
- Creación de entidades autónomas regionales que administren las redes estatales de salud y coordinen las APS. Esas entidades podrán generar instancias de colaboración público privadas, asociarse, concesionar hospitales, licitar prestaciones o servicios. Debiendo estar la red asistencial abierta a los usuarios de seguros privados para cumplir con el principio de no discriminación.
- Concesionar la población por áreas geográficas para la entrega de servicios integrales de salud a la población adscrita (atención primaria)
- Ampliar las facultades de la Superintendencia de Salud en términos de publicación de precios y resultados clínicos de la industria para aumentar la competitividad.

- Alcanzar las 4,7 camas por cada 1.000 habitantes mediante la concesión de infraestructura.
- Creación de una corporación para la administración de las Licencias Médicas autónoma de Isapres, Fonasa y Mutuales.

DEL ASEGURAMIENTO

- Fonasa será un seguro estatal, destinado a subvencionar los servicios médicos que requiera su población beneficiaria manteniendo el esquema actual de financiamiento
- Ampliar las facultades de Fonasa para permitirle licitar o concesionar población por áreas geográficas (similar al sistema inglés de GP)
- La incorporación de nuevas prestaciones se deberá realizar mediante una organización no gubernamental ETESA.
- Los seguros privados de salud deberán reformular sus actuales planes a 5 líneas de planes de salud siendo estos competitivos incluyendo a Fonasa.
- Se propondrán niveles de cobertura mínimos para los seguros y una utilidad máxima de 5% sobre ingresos. Si existiesen excedentes estos deberán ser devueltos a los afiliados.
- Creación de un Fondo de Compensación de Riesgo (FCR) entre seguros. El cual será normado por la Superintendencia de Salud con el objeto de materializar la capacidad de elección.

DE LOS MEDICAMENTOS

- Fortalecimiento del ISP para ANAMED de manera de agilizar los procesos de registros y certificación de bioequivalentes.
- Fijación de un monto fijo por dispensación que permita la competencia de las farmacias de manera más eficiente.
- Permitir la venta directa de medicamentos en otros establecimientos comerciales que no sean farmacias.
- Regular la acción de compra de medicamentos en el sector público contemplando, programas ministeriales, confección de arsenales de salud, hospitales u otro ente público.

DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

- Creación de un programa "Gran Salud" enfocado en generar políticas de integración de datos médicos, que oriente y regule la captura de datos desde todos los prestadores (públicos y privados) junto a la modernización del DEIS. Focalizando los esfuerzos en la creación de una "Ficha Clínica online".
- Creación de un programa Hospital Digital.
- Creación de Plan de Salud Años Dorados.
- Creación de un Servicio Odontológico

COMENTARIOS

La propuesta de salud del Partido Republicano, que data de 2019, contempla una serie de propuestas que, en resumen, apuntan a la mantención del sistema mixto de salud que posee el país junto a la incorporación de cambios legales y administrativos que disminuyan en parte los nudos que actualmente presenta el problema de cara a los usuarios. Sin embargo, es importante señalar que la información provista por los documentos no contiene evaluaciones de impacto, aplicabilidad y viabilidad de estas.

Dado que muchas de las medidas propuestas son aplicables desde la priorización de los esfuerzos en la ejecución del gasto fiscal, dependerá de las proyecciones de crecimiento económico y contingencias varias que se deberán enfrentar y de la planificación con que las medidas logren entrar en operación.

Aquellas que contemplan Proyectos de Ley, tales como el fortalecimiento de Fonasa, CENABAST o Superintendencia de Salud requerirán de la correcta articulación de los proyectos y el acompañamiento de instituciones académicas que en conjunto logren dar respaldo a la viabilidad de los cambios propuestos con una mirada técnica y neutral políticamente.

III PROPUESTA DE GOBIERNO, EXMINISTRO DE SALUD JAIME MAÑALICH

En esta oportunidad el Sr ex ministro no hizo una presentación formal de la propuesta, sino que tuvo una conversación abierta con los miembros del consorcio.

En primer lugar, el Sr. Javier Labbé hace una descripción del trabajo realizado por el Consorcio de Universidades.

En segundo lugar, el Sr. Héctor Sánchez presenta los principales resultados del trabajo realizado por el Consorcio de Universidades.

A continuación, el Sr. ex ministro Mañalich reacciona ante lo presentado y describe los temas que se están planteando en la reforma..

Exministro Mañalich

La reforma de las Isapres y su necesidad surge de tener una población afiliada cautiva, que corresponden a aproximadamente un millón de personas que tienen preexistencias y que por lo tanto no pueden moverse de Isapre. La Superintendencia de Salud tuvo el cometido de analizar esta situación y se creó una propuesta concreta que se canalizó al parlamento. El congreso de la época -2010- declara que es inconstitucional. En el primer gobierno de Piñera, se constituye equipo de trabajo, se operó en base a la propuesta anterior y con una comisión de expertos. A principios del 2011 se generó una propuesta de reforma a las Isapres que crea el Plan Garantizado de Salud, con precio único, que terminaría con las preexistencias y generaría libre movilidad dentro del sistema de Isapre. Ese proyecto se tramitó en la Cámara, pero hubo un retraso de un año en la Comisión de Hacienda de la Cámara, sin razón aparente. El proyecto generado por la Comisión de Hacienda de la Cámara de Diputados fue aprobado en general por la Comisión de Salud, pero varios aspectos específicos del plan fueron rechazados y en definitiva, el proyecto que recibió el Senado tenía muy pocos elementos del original.

A principios del 2013, se llegó a un buen acuerdo político en el Senado, con la Comisión de Salud y se estuvo a dos párrafos de terminar el proceso en la Comisión de Salud. Sin embargo, en ese momento había la convicción fuerte de que la próxima presidenta sería la Dra. Bachelet y se pensó que podría generarse un escenario de una reforma más radical. Al inicio del segundo gobierno

del presidente Piñera se usó un tiempo importante en diseñar una reforma al sistema privado de salud. Desde la perspectiva del ejecutivo se debe hacer un juicio de realidad y con pragmatismo se dispone de sólo un año más para trabajar en este tema. Y por lo tanto, el Ministro Mañalich recalca que "hay que dejar de soñar y tratar de sacar lo razonable".

En la actualidad, el exministro plantea que se ha presentado una nueva indicación, que crea un Plan de Salud Universal en las Isapres, que produce libre movilidad y que inicialmente mantiene la declaración de salud, con 3 tramos de precios (para compensar un poco el riesgo debido a la edad). Este plan considera una transición para las personas que se incorporan a las Isapre abiertas, en el sentido que durante 18 meses se contemplen las preexistencias. Se ha llegado a acuerdo con el Senado en avanzar en una indicación adicional, no sustitutiva, en el sentido que lo votado hasta noviembre de 2013 se da por bueno y agregamos algunas indicaciones que tocan mínimamente algunos aspectos resueltos, pero mantiene la misma matriz de lo aprobado el 2013.

Dicha indicación encarga al INE el cálculo de un IPC referencial de la salud, estará listo en diciembre, crea la comisión de expertos para el plan y crea el Plan de Salud universal que hasta hoy incluye: licencias médicas, Auge y otros, con tres redes de prestadores para la entrega de beneficios, donde la compensación se hace sobre los costos en la red basal. Se llama Plan Universal de Salud porque se cambia el Fonasa, creando un Plan de Salud Universal para el Fonasa, un espejo del plan de salud de las Isapres. En la práctica significa modelar en forma de Plan de Salud Universal, muchos beneficios que hoy en día entrega el Fonasa y fortalecer al Fonasa para transformarlo en un real gestor de seguros.

Respecto del Fonasa, el ministro señaló que se está discutiendo el tema de un seguro catastrófico en Fonasa, que avanza bien y se espera que en un plazo de 4 años se tenga el Plan de Salud Universal del Fonasa, de manera tal que ambos planes tiendan a ser similares. **Respecto del SIL**, se proyecta la creación de una institución fuera del Ministerio de Salud, realmente mancomunado, Fonasa, Isapres y Salud Laboral, en un solo paquete manejado por una instancia del ministerio del trabajo. Se estaría a aproximadamente 3 meses de tener este proyecto y que va a quedar presentado como proyecto a final de 2019.

Respecto de los seguros complementarios de salud, que no están sujetos a ninguna regulación, el ministro plantea que no es interés del ejecutivo regular y supervisar a través de la Superintendencia de Salud. Estos seguros tienen un lado virtuoso, sirviendo como seguro catastrófico y que muchas veces cuentan con aporte del empleador. Uno de los aspectos oscuros de estos seguros es que producen una distorsión del valor del copago y por ello incentivan el gasto. Por esto plantea que es importante avanzar en el pago a través de paquetes como GRD. En la propuesta de ley de presupuesto del próximo año, se le está dando un vuelco al privilegiar el **pago por prestaciones valoradas, alcanzado aproximadamente un 65% corresponde a prestaciones valoradas**.

Coloquio:

Plan de Salud Universal: prestaciones versus resultados de salud.
Un punto discutido fue si este plan se orienta en una lógica de conjunto de prestaciones que ha predominado hasta ahora y que es funcional a mecanismo de pago como fee for service o tendrá

elementos que consideren de mejor manera el tipo de problemática epidemiológica y de atención actual.

El ministro Mañalich planteó que el PSU será entregado por una red determinada y es el asegurador el que está encargado de estructurarla. Las prestaciones que efectivamente son preventivas son derechos exigibles y las personas se las deberán hacer, incluirá lo ya asegurado a través del GES y su expansión. La cobertura de tratamiento y patologías NO GES debe estructurarse como pagos asociados a soluciones de salud, sin embargo, en la actualidad estaríamos muy lejos de medir satisfacción usuaria y resultados finales, pero si existen elementos iniciales para incorporar pago por resultados, pero lo restante continuará con pago mediante prestación.

También en este plan estarán incluidas coberturas asociadas a leyes como Ricarte Soto y asociados al Plan Nacional de Cáncer. El 85% de la carga de cáncer ya está en el GES por lo que avanzar en lo restante sería factible, en tanto, que la Ley Ricarte Soto permite incorporar cobertura que dada la naturaleza del régimen GES, no estarían consideradas.

Un elemento destacado por miembros del Consorcio es la necesidad de otorgar mayor legitimidad sanitaria, económica e institucional a las decisiones de coberturas y garantías de medicamentos y otras intervenciones, siendo uno de los mecanismos usados por países desarrollados el de evaluación de tecnologías sanitarias, como es el caso del NICE en Inglaterra, organismo que se ha mantenido ajeno a capturas políticas.

El fortalecimiento y continuar con el despliegue del sistema de calidad de prestadores permitiría mejorar la calidad y la gestión en red destacó el ministro Mañalich, frente a una de las consultas con respecto a la discusión acerca del control de calidad de la gestión en red en el sector público y también privado. El ministro señala que en la práctica hoy existe un sistema confiable de acreditación de calidad, dado que las prestaciones GES se hacen en varios lugares, se ha ido progresivamente aumentando las exigencias para los prestadores de menor complejidad. Esto implicará que los centros abiertos de baja complejidad van a tener que acreditarse.

IV PROPUESTA EXMINISTRO DE SALUD DR. EMILIO SANTELICES

Introducción

El exministro Santelices señala que, dado el tiempo destinado a discusiones y comisiones, en la actualidad, el país requiere avanzar. Por esto, destaca y valora la invitación realizada por el ejecutivo, a través de unos proyectos de Ley. También destaca que el espíritu es que nada está escrito en piedra. Por el contrario, la propuesta que se le hace al país se verá muy determinada por los centros de estudio, universidades, dada la complejidad del tema y que requiere de madurez y de saber cómo es posible avanzar. En este escenario van a surgir preguntas y elementos que van a poder modificarse con otras miradas que pueden ser enriquecedoras y desde ahí se han planteado los proyectos de Ley. Por lo que poder contar con grupos como el Consorcio de Universidades representa un camino virtuoso, que debería llevar a mejores resultados, que es lo que la gente espera.

El exministro señaló la necesidad de contextualizar elementos claves de donde está el sistema de salud. Un elemento destacado es el rol que ha tenido FONASA como principal agente asegurador de Chile durante 40 años. Por lo tanto, es necesario revisar su rol, debido al cambio poblacional, el perfil demográfico y epidemiológico. La esperanza de vida alcanza alrededor de los 80 años y predominan patologías como el cáncer, que va a ser la primera causa de muerte en Chile. Por otra parte, la obesidad, la nefropatía diabética, el pie diabético siguen ascendiendo a pesar de GES, que es una tremenda política pública que permitió generar acceso y cobertura. El exministro Santelices señala que "nuestro modelo de atención no lo está haciendo bien y que el tema de fondo es que el modelo actual no se soporta". En ese escenario, el exministro señala que vale la pena discutir la reforma, ya que la manera en que se asignen por los recursos va a determinar también el modelo de atención, siendo uno de los temas, el crecimiento del gasto público en salud que se ha ido igualando con el gasto privado, así como el gasto de bolsillo que es del 30% y que afecta en especial a los más vulnerables.

Con respecto al **diagnóstico de las Isapres**, el exministro Santelices destacó su nulo rol de prevención, existiendo incentivos contrapuestos, el seguro desea que no se gaste nada y, en el otro lado un prestador que puede estar induciendo demanda. El ex ministro señala que aparece el consumismo en salud, ejemplificando con la cirugía robótica que se puede utilizar en situaciones muy acotadas, sin embargo, tiene un peso decir: "me operaron con robot".[1] Las consecuencias serían la desconfianza, por esto, el exministro declara que esta reforma requerirá de mucha conversación, porque si hay rabia y desconfianza se puede dar pie para cualquier tipo de populismo.[2]

Los objetivos de esta reforma serían la eficiencia, el uso de tecnologías, el cuidado de la población con un cambio de paradigma desde el hospital al cuidado, que implica cambiar la lógica de la atención en silos y cambiar la relación entre el asegurador y el prestador, lo que es de especial importancia en el sector privado, y accesibilidad.

Propuesta:

- Dentro de las propuestas del ejecutivo, el exministro Santelices señala un **Plan Universal** con una protección financiera transparente, con deducible voluntario, con copago único, con monto máximo de gasto por beneficiario, sustentado en seguros sociales con esquema de compensación solidario sin discriminación por sexo, sin preexistencia ni cautividad y articulado con redes de prestadores. El Plan tendría un Consejo Técnico y sería de amplia cobertura. Esto despeja temores en torno a que el plan sería muy acotado, permitiendo más posibilidades a coberturas complementarias libres. La idea es que el Consejo Técnico desarrolle un Plan donde la base sea MLE[3], más un 15% que es lo que hoy está cubriendo y que se desarrolla sobre el GES[4], así continuando con esta política pública. Las características del plan serían la libre movilidad, contar con un precio uniformado debido a que el Consejo Técnico tendrá un valor de referencia va a transformarse en los costos. Esto va a orientar los precios de los planes y sus incrementos, ya sea por cambio de precios de los insumos o porque se agregaron prestaciones.

---

1 En el PPT presentado aparecen también como parte del diagnóstico: cautividad, discriminación y muchos Planes.

2 En el PPT presentado aparecen como consecuencias también: insatisfacción, judicialización, precios y menos control de enfermedades.

3 Modalidad de Libre Elección de Fonasa.

4 GES: Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

Actualmente, no se cuenta con todos. Hoy los insumos para calcular los costos, por lo que es un tema de proyección

- Se agrega una sola ventana anual para el cambio de afiliados de 6 semanas definida por la Ley. Todos se van a estar cambiando en el mismo momento, así que aquella Isapre cuya alza se dispara del precio de referencia del Consejo, va a quedar en evidencia, permitiendo a los afiliados elegir otra más conveniente.

Principio de Seguridad Social:

- Introducir solidaridad mediante la independencia de la función de ajuste de riesgo de los asegurados de las aseguradoras, que así discriminan. De esta manera, la función de ajuste de riesgo es realizada por un ente técnico externo. Así el asegurador es indiferente al riesgo y el riesgo se solidariza entre todos a través de transferencias entre las distintas Isapres. Técnicamente, en la medida que el modelo va madurando en el tiempo, los costos esperados del individuo se empiezan a conocer y eso permite tener un mayor ajuste de las carteras, lo que no se puede conocer desde el primer año. Este elemento contribuye a la discusión acerca de la alternativa de tarifa plana, que mantendría los vicios actuales. Esperamos que se disminuyan las diferencias de precios entre mayores y jóvenes. También se promueve la eficiencia porque el asegurador va a tener que establecer una relación nueva con el prestador, ¿cómo cuido a mis enfermos?, de lo contrario una siniestralidad alta se traduce en una prima alta y los beneficiarios se van a querer cambiar a la del lado, que son más eficientes.

- El Consejo Técnico define la compensación de riesgos y el ajuste entre los usuarios. Esto es dinámico y evolutivo. El primer año se va a producir un ajuste; el segundo año, ese ajuste va a ser más preciso. Precios iguales entre hombre y mujeres. Los usuarios optan entre redes de prestadores. Todos compran el mismo plan y el precio va a estar diferenciado por la hotelería y la eficiencia.

- Deben existir indicadores de calidad conocidos y comparables, indicadores de segunda generación orientados a "resultados", que sean representativos, que estén a la vista, aplicables y que tengan sentido sanitario.

Principio de protección financiera:

- Precio del Plan.
- Copago o gasto máximo.
- Copago único, con relación al valor de referencia que entrega el consejo técnico, el resto lo paga la Isapre.
- Deducible opcional y un máximo de gasto de bolsillo.

Propuesta sobre Isapres

Lo central de los proyectos de ley serían indicaciones que se traducen en: precio libre del Plan, copago del 20% para todas las prestaciones, opción de deducible, gasto máximo de 40% del ingreso familiar dividido por el número de miembros de la familia. Las bases están en la secretaría ejecutiva, un equipo robusto con dos funciones: una actuarial que se hará cargo del ajuste de riesgo (especialistas en esa materia) y el otro es el Plan universal que corresponden a la "rama sanitaria". Son dos ramas que conversan.

En esta propuesta el SIL no se integra en el plan, se mantiene el 2% actual y lo que se señala

mayor transparencia ya que las Isapres lo deberán informar de manera separada. Dada la alta valoración del GES, se mantuvo la prima GES por separado. De este modo, se entiende el GES como un plan universal acotado, por lo que sobre el GES se sitúa una campana grande, y para efectos políticos es mucho mejor mantener la visibilidad del GES. Según estudios realizados por el ejecutivo, en el GES existe sub utilización y un margen que se puede calcular para el Plan universal muy potente.

Fortalecimiento del Fonasa

El Fonasa tiene la misma problemática que el subsistema privado. Por lo tanto, aun cuando difiere en cuanto a lo financiero, las soluciones van convergiendo. Hoy tenemos una atención en silos discreta, tenemos una ley que habla de redes, una subsecretaría de redes, pero en la práctica no funciona.

Estamos trabajando en lo siguiente:
Se acaban los Planes especiales (hipertensión, diabetes) y estamos avanzando a un programa único de multimorbilidad, porque la mayor parte no tiene sólo una enfermedad. Hoy se está avanzando para mayores de 60. El puerto de llegada, si pudiésemos mirar todo: ¿cómo avanzamos en el cuidado preventivo agudo y crónico? ¿Cómo incorporamos los factores de riesgo? ¿Cómo dividimos a los crónicos y a los crónicos críticos? Ponemos las determinantes sociales, porque si o si tienen que estar presente.

No hay que dejar de mirar nuestro modelo de llegada y los invito a ustedes a pensar en esa lógica, porque si no la discusión se va a volver muy instrumental, contaminada políticamente, más aún. Si no miramos el puerto final, podemos cambiar de herramienta A a B y nos quedamos igual, porque los actores se van a seguir comportando de la misma manera para objeto de atender la población (llegando tarde, reactivo, curativo, etc.). Por eso es muy importante el recurso humano del siglo 21, estamos ad-portas de una discusión, que la sacamos de la Contraloría, y Plantea que los campos clínicos son campos clínicos referenciados, para que converse en un mismo sentido, que las universidades no se desangren por los hospitales. Va a ser campo clínico SAPU, SAR, CESFAM, porque va a ser una señal para los educadores. Estamos trabajando en el libro quinto, que tenía sólo 3 especialidades y el resto de las especialidades no existían y los especialistas en salud pululaban en el congreso pidiendo que los reconocieran.

La idea es “Pasar de Curar a Cuidar” poblaciones.

Cuatros ejes:

Agregación de datos, el “Departamento de Estadísticas” del Ministerio va a cambiar al “Departamento de Inteligencia Sanitaria”, o sea cientistas de datos. Estratificación de riesgos, que es un tema en el cual estamos avanzando. Gestión de los prestadores, para que se genere el equipo médico que tiene enfermeras de práctica avanzada, hoy estamos formando enfermeras de práctica avanzada en oncología, pero van a tener que aparecer enfermeras de práctica avanzada, porque son ellas las que van a resolver el tema de los diabéticos, jamás un diabetólogo y el médico general va a estar dando la pastilla.
El tema del auto cuidado y participación de los pacientes forma parte de la estrategia sanitaria. El supuesto que el médico da la receta y el paciente la entiende, se da en menos de un tercio,

por lo tanto, dos tercios de la atención de salud no se está dando, y esto explica los dializados y los amputados. Hay un problema en la base, en la atención primaria sigue un capitado de $6.300 pesos más otros ajustadores, pero no da cuenta de la variabilidad de la población por carga de enfermedad. Vamos a utilizar ACG[5] y un modelo hecho en la Universidad Católica, para que compitan, son modelos intercambiables y es más barato. Vamos a crear un modelo para poder ajustar, recogiendo la identificación de los pacientes, los CIE10[6] y los fármacos ATC[7] (modelo noruego que la OMS asumió) y sólo con esa información podemos clasificar el riesgo de la población de cada CESFAM. La idea es avanzar en el capitado, el diferencial de capitado. Y al mismo tiempo ir avanzando en el GRD del sector público para ajustar los pagos al riesgo.

La idea es que Fonasa se convierta en un seguro público, con un modelo en que existan Planes de beneficios en salud, por ejemplo, en el "Seguro Clase Media Protegida" anunciado por el presidente Piñera. Las compras de los servicios van a ser por soluciones, no por prestaciones, estamos induciendo y cambiando la lógica de los prestadores. Cambia la relación con los Servicios de Salud porque el ajuste de riesgo va a tensionar sanamente al Servicio, que hoy día es juez y parte.

Indicaciones:
Le entrega a Fonasa la atribución de poder derivar al enfermo que está esperando a otro hospital que tenga disponibilidad. Seguro clase media protegida. Protección especial para intervenciones quirúrgicas de alto costo. No es materia de ley, pero estamos avanzando en la intercambiabilidad universal de los medicamentos, hoy existen alrededor de 190 moléculas aprobadas y hay una resolución del ISP de 198 moléculas más. Ya no se va a hablar de genéricos bioequivalentes, sino que de intercambiables. La idea es que se va a licitar con las cadenas farmacéuticas y las farmacias, de manera que un gran comprador pueda obtener descuentos aproximados de un 30%. Se está analizando el diseño porque es muy peligroso que una cadena se lleve todo. En el proyecto de ley estamos pidiendo atribuciones para entregar más cobertura a un conjunto de prestaciones que son muy sensibles (por ejemplo, preventivas).

Coloquio:

Pregunta:
¿Este es un tiempo de acomodo, un periodo de transición, mientras se pueda llegar a un valor realmente referencial?

Respuesta:
Lo que estamos haciendo es, remedando la institucionalidad porque después va a haber una institucionalidad por ley. El equipo que está liderando Francisca Rodríguez, con el apoyo de la OMS y el BID están trabajando en el Plan universal, pero el Plan universal por ley lo deberán desarrollar los equipos técnicos establecidos. Pero no podemos decir "se promulga la ley y tiene un año para entrar en vigor", porque puede ser poco. Estamos trabajando desde ahora en los temas, los equipos técnicos y las competencias deberían estar instaladas.

5 Grupos Clínicos Ajustados: una herramienta Software, la cual nos brinda una metodología para analizar/asignar de forma más eficaz y eficiente los recursos para la atención de salud.

6 Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición.

7 Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química.

Pregunta:
Me cuesta imaginar cómo va a funcionar. ¿El tema de las Isapre que cuiden a su población? Hasta ahora no lo han hecho, no tienen condiciones, conocimiento. ¿Qué tiene que cambiar para que la Isapre asuma el rol de cuidar a la población? En la misma lógica para el tema de Fonasa, ¿cómo transformamos al Fonasa en este ente que supervigila las soluciones? Y ¿cómo se va a hacer la transición desde el conjunto fragmentado (Ricarte Soto, Ges, Ley del Cáncer, etc.) y unirlo en un solo Plan. ¿Por qué se sigue con estos temas fragmentados, en vez de aprovechar la oportunidad de unificar?

Respuesta:
En todos los Planes universales las enfermedades de alto costo quedan fuera, porque se escapan de cualquier cálculo estadístico, que es el caso de la Ley Ricarte Soto. En el caso del GES, perfectamente podría incorporarse en el Plan universal. La Ley de Cáncer establece la estructura institucional para que la provisión de servicios se dé adecuadamente, porque en el GES y está el cáncer, pero no existe ni el diagnóstico, ni el seguimiento. Lo que hace la Ley del Cáncer es dar la institucionalidad de la estructura que se requiere para atender el cáncer. La Ley dice: hay unidades, hay registro único de cáncer (enfermedad de notificación obligatoria), hay inversión (definida para la primera etapa), va a haber un directorio que va a monitorear que el Plan nacional de cáncer se vaya actualizando. En ninguna parte la Ley de cáncer habla de prestaciones, va en otro sentido.

Pregunta:
¿Cuál es el aporte de esta Ley del Cáncer por sobre el GES?

Respuesta:
La tecnología necesaria para sustentar un programa de cáncer va cambiando y requiere irse actualizando.

Pregunta:
¿Por qué se necesita tener un arancel solo para Isapre?

Respuesta:
Hoy estamos partiendo de dos lógicas muy distintas, como se sostiene hacer una unificación en un solo momento. La MAI es un Plan de Salud universal con precio. Estamos avanzando a un Plan de Salud universal, que termina con los más de 60.000 planes activos, que tiene un valor de carátula distinto del real. Por otro lado, Fonasa empieza a avanzar en su rol y tratar de generar mayor cantidad de cobertura e incorporar mecanismos de compra de soluciones. Por qué no hacer todo de inmediato, por la complejidad que hemos hablado.

Comentario:
Desde el punto de vista financiero, todas las operaciones que se realizan se hacen en función del arancel del Fonasa. La viga maestra sobre la que se estructura toda la arquitectura financiera del sistema de salud. Además, es el que mayor institucionalidad tiene en el país. Y sirve de plan mínimo para las Isapres. Fonasa tiene una larga tradición de poder trabajar y arancelar, lo que no es fácil. Si uno mueve esa viga, está ad portas de un colapso financiero del sistema de salud por falta de denominador común. Es la unidad de cuenta, la unidad de valor del sistema. Uno puede estar

en desacuerdo con el valor absoluto del arancel, pero fija todo el sistema de precios relativos del sistema de salud. El arancel es una estructuración y un ordenamiento de todas las actividades médicas del sistema, incluye codificación, glosa, norma técnica y uno de los elementos es el precio.

Comentario:
Puede ser mucho más conveniente generar un fortalecimiento del arancel Fonasa, como nomenclador, que se base en soluciones y no prestaciones. Porque el gran problema va a ser el desarrollo de soluciones a problemas. Y el mayor problema del sector privado prestador va a ser como se va a adaptar a esta nueva modalidad de compra. La principal transición la debería hacer Fonasa, generando los cambios en el sector salud privado. Nunca el sector privado ha generado este tipo de cambios. Por ejemplo, los PADs nacieron en el Fonasa. Todos los cambios nacen desde el mundo público. El seguro privado está anclado en la lógica de seguro de corto plazo y de reembolso y en el caso del prestador, en el negocio de la venta de servicios, porque es extremadamente rentable. Hay que separar el nomenclador, que es el listado de prestaciones y soluciones, es el que va a componer el Plan de Salud universal, uno está a un paso de componer el Plan universal del Fonasa.

Comentario del Sr. Exministro:
Cuando estamos hablando del arancel del Plan, en ningún momento se está pensando en generar un nuevo arancel.

V PROPUESTA DEL COLEGIO MÉDICO

Dr. Roberto Estay

En la propuesta del Colegio Médico participaron: Dra. Frenz, Dra. Siches, Dra. Aguilera, Dr. Arteaga, Sr. Camilo Cid, Dra. Silvia Galleguillos, Ricardo Oyarzún, Prof. Mario Parada, Andreas Utoff, Dra. Vega.

Diagnóstico:

- Chile comparte con el mundo de los países desarrollados fenómenos como el envejecimiento de la población, el aumento del sedentarismo, aumento de enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes. Con excepción del tabaquismo, donde se verifica algún grado de control a lo largo del tiempo.
- La existencia de grupos de interés que, con mucha fuerza, se oponen a las reformas porque tienen intereses económicos.
- Composición del gasto en salud, organizado en tres tercios: cotizaciones, gasto público y gasto de bolsillo. El gasto de bolsillo de los chilenos es más alto que el de los países con los que en general nos comparamos, siendo el gasto de medicamentos el componente de mayor cuantía.
- Problemas de sustentabilidad financiera, los jóvenes y sanos aportan a Isapre y a medida que envejecen y se enferman se cambian a Fonasa, sin que exista algún sistema de solidaridad de los ingresos.
- Problemas de legitimidad del sistema de Isapre.
- Las inequidades de acceso son el resultado de los desbalances entre los dos sistemas en términos de recursos humanos. Ejemplo: hoy menos del 50% de las horas clínicas del país están en el sistema público, siendo que el sistema público se hace cargo del 75% de las personas. Diferencias en el gasto per-cápita Fonasa Isapre. Sub-financiamiento permanente de los hospitales públicos.

Aspectos más relevantes de la propuesta:

Esta propuesta considera los principios básicos de la seguridad social: cubrir a toda la población, mirada integral en como los financistas se relacionan con los prestadores, pilar de solidaridad y tener horizonte de largo plazo. Una orientación relevante para un cambio en el financiamiento de Chile es la estrategia general de salud universal, donde los objetivos deberían ser disminuir el gasto de bolsillo (que es una barrera de acceso), aumentar el gasto público a un 6% PIB, mancomunamiento solidario de los recursos para la solidaridad a través de subsidios cruzados, aumentar la eficiencia del sistema y racionalidad al incorporar gastos en tecnología.

a) Fortalecer el seguro público:

Institucionalidad acorde a los desafíos actuales y estructura de gobernanza que no esté al arbitrio del gobierno de turno. Mejor gestión clínica, a través de una ficha única o registro nacional electrónico. Fortalecer la función de compra del Fonasa, concentrar estos procesos y la relación con el CENABAST. Incorporar mecanismos de pagos basados en problemas, más que en prestaciones.

b) Gasto Público:

Necesidad de un acuerdo país para incrementar el gasto público, idealmente de impuestos progresivos. No solo se necesita mejor gestión, sino que también más recursos.

c) Universalización del seguro público:

Debe haber un seguro de primer piso, único y público, que pueda interactuar con prestadores públicos y privados. La salud laboral debería ser parte de este seguro único. Y que existan seguros de segundo piso, complementarios. El tema de licencias no se abordó en esta propuesta debido a las complejidades propias de este tema.

Las razones de mancomunión de las cotizaciones en una sola entidad son:

- Fortalecer el sector público es prioritario.
- Contar con una entidad pública como eje del sistema, que tenga inteligencia sanitaria y que no se compartimentalice la gestión de los riesgos.
- Uno de los puntos clave por el cual el sector público debe ser la base del sistema es tener una base establecida de APS (control de demanda).
- Hoy día es un riesgo reformar solo Isapre y dejar de lado Fonasa, porque las instancias de reforma se agotan y se estaría dejando postergado una proporción importante de la población. Permitiría ahorrar los costos y la complejidad del ajuste de riesgo de las aseguradoras múltiples.

d) Plan de Salud universal:

El Colegio Médico no ha desarrollado acuerdos en todos los elementos del plan, pero sí en señalar que sea lo más amplio posible, con énfasis en la protección financiera en medicamentos, y de transitar desde patologías específicas a grupos de enfermedades, por ejemplo, a través de la "Ley Cáncer".

Impacto de la reforma:

En esta reforma las Isapres pasarían a ser seguros de segundo piso, con un rol complementario. Al mejorar el sector público como base, mejora calidad y oportunidad. Con un Plan garantizado se otorga protección

Dr. Arteaga, comentarios finales de la presentación:

La comisión que trabajó en la propuesta enfrentó distintas opiniones.

- Esta comisión reconoció que los problemas no son solo de financiamiento y aseguramiento, sino también de incorporar los cambios que se requieren a nivel de la provisión. ¿Cómo se fortalece el sistema prestador de salud, que es esencialmente público?
- Plantea que el sistema prestador es esencialmente público y los prestadores privados complementan el sistema. Pensar que se puede fortalecer el sector privado para solucionar el aparato prestador en el país, parece no tener fundamentos serios.
- El sistema prestador público tiene un problema no menor de recursos humanos. Ejemplo existe un déficit de más de 6.000 médicos en atención primaria.
- El tema de los recursos humanos es un tema difícil de resolver, debido a que se requieren acuerdos de largo plazo con los centros formadores.

Dra. Siches, comentarios finales de la presentación.

Se han tenido continuamente seminarios relacionados con desafíos sanitarios futuros. En este entorno la elección entre Multiseguros o un seguro público se refiere a cómo se entiende salud, se sigue siendo individual donde la libre elección es el valor supremo, o es algo colectivo donde nadie se puede hacer cargo de manera independiente. Los desafíos sanitarios van a llevar a que

los presupuestos y las respuestas sean cada vez más organizadas, porque los recursos no alcanzan y hay que usarlos de forma más inteligente y eficiente. La lógica, al menos en lo que se refiere al sistema sanitario, es que se abandone esta apología al libre mercado y entendamos una nueva forma de organización, mucho más racional e inteligente de utilizar. Cuando la salud es un área de negocio, como se ha visto con las Isapre y los prestadores, se distorsiona y esto que pasa también con nuestros propios médicos.

Existe una ventana de oportunidad y se espera que en 20 años más se analice la reforma hecha el 2020, diga que había gente que estaba pensando en los desafíos sanitarios del 2030 y no cómo se resolvía la contingencia de los problemas que actualmente están reventando en la Corte Suprema. Tenemos medicamentos de alto costo, envejecimiento, una serie desafíos que requiere pensar otra forma de abordaje y creemos que una propuesta como esta es transformadora y que, en chile con el gobierno actual, va a tener espacios limitados, pero estamos convencidos en que es una propuesta que apunta hacia donde van a ir apuntando las tendencias.

Discusión:

Pregunta:
¿Cómo se puede hacer la transición, ya que parece complejo el pasar a cotizantes de Isapre que cotizan un 7% o más?

Respuesta:
No se profundizó en la propuesta, se requeriría mucho más tiempo de trabajo. Se planteó que existen distintas vías de transición, problemas jurídicos por la inconstitucionalidad de traspasar a las personas. Se plantea que, en cierto momento del tiempo, los nuevos participantes entren al nuevo modelo. Esto puede generar un auge en el mercado de los seguros complementarios, lo que podría incentivar a personas para pasarse al seguro público. La transición es muy compleja, se hace la analogía con la creación de las AFP8 y en la creación del INP9.
La transición es compleja, tanto si se va hacia el seguro único, como al multi-seguros, debido a la necesidad de cambio en la naturaleza de las Isapres.

Pregunta:
¿Qué justificación tiene el aumento del gasto en salud? En el contexto que durante los últimos 10 años nos vamos acercando al promedio de gasto de la OCDE. Chile es el país de la OCDE donde más crece el gasto en salud. Chile se va a parecer pronto a los países desarrollados y se llegó al tope de gasto. Parece importante ver ¿en qué se gasta este gasto? Y la brecha entre el gasto público y privado se ha disminuido sistemáticamente.

Respuesta:
Da la impresión desde la perspectiva del clínico, que se está dejando de cubrir muchas prestaciones que son fundamentales para lograr mejores resultados en salud. Por ejemplo, en oncología, la insuficiencia de cobertura para una serie de patologías que tienen posibilidades curativas en

8 AFP: Administradoras de Fondos de Pensiones.

9 INP: Instituto de Normalización Previsional, un nuevo sistema de pensiones para aquellos que no quisieron cambiarse a las AFPs.

cáncer. Otros temas serían camas, falta de recursos humanos. Y esto justificaría un mayor gasto, en una tasa similar a la actual. Cuando comparamos el gasto per cápita entre Isapre y Fonasa, debemos considerar que existe el factor de riesgo de enfermar, por lo tanto, la comparación a secas no es la relevante, el valor debería ser ajustado al riesgo de enfermar, lo que daría como resultado que la diferencia en el gasto sería mucho mayor. Además, del rol de APS10 en la contención de costos. En la medida que existe atención primaria en el sector público da la posibilidad de contención de costo, lo que no se verifica en el sector privado. Hay que reconocer el esfuerzo del país en término del gasto público, sin embargo, aún este representa una baja participación en comparación con el promedio de los países de la OCDE. Y probado que el gasto sanitariamente efectivo es el gasto público. Es reconocer el esfuerzo que ha venido haciendo el país y se requiere seguir haciendo un esfuerzo en ese sentido. Lo que pasa actualmente con el gasto privado es importante, dado que a veces se malentiende que la exigencia de eficiencia es sólo para el gasto público, pero el problema de eficiencia es generalizado, público y privado.

Pregunta:
Entendiendo que la propuesta del colegio médico involucra un aumento de recursos públicos, que se entrega al fondo mancomunado, por lo tanto, el tope de gasto ya no es ni público ni privado (dado que los aportes privados también pasarían al fondo mancomunado) es el gasto del país, por lo tanto: cuando se quiere generar un acuerdo nacional para aumentar el gasto tiene que convencer a los empresarios, al gobierno y a las personas, para que se metan la mano al bolsillo. Convencer al gobierno implica una reforma tributaria y convencer a las personas implica un aumento de cotizaciones. No se puede discutir el hecho que hay demandas no satisfechas, al igual que en otros países, el problema es cómo administramos lo que la sociedad pone a disposición del sistema de salud. En el fondo, ¿se está planteando otra reforma tributaria?, habiendo ya hecho una serie de reformas tributarias. Parece que políticamente no es factible. O, si no puede hacer una reforma tributaria, ¿va a aumentar la cotización de un 7% a un 9% o un 10%?

Respuesta:
Esa lógica hace pensar que existen partidas de gasto que serían inmodificables. Por ejemplo; ¿vamos a seguir teniendo como país un gasto de bolsillo de la envergadura actual? Gasto que hacen las personas. Estas son situaciones que se deben corregir. Hay que plantear un acuerdo país que signifique mantener lo que se ha venido haciendo, que es incrementar el gasto público.

Comentario:
El gasto debe aumentar en función de un modelo de atención ¿de qué sirve aumentar el gasto si no se tiene definido un modelo que diga cómo voy a tratar y donde voy a poner el dinero? Por lo tanto, no es sólo una discusión tributaria, también es una discusión técnica que no puede ser independiente del modelo de atención. Falta completar el análisis del modelo, si vamos a continuar con el modelo de los últimos 40 años, cada vez más ineficiente y menos resolutivo, luego ¿cómo se relaciona el financiamiento de esta propuesta, con el mecanismo de atención?

Pregunta:
Hoy, uno de los temas en el cual parece haber acuerdo, es el tema de un Plan garantizado. Al parecer la propuesta da muy poca importancia a ¿cómo se estructura el Plan Garantizado? Porque

10 APS: Atención Primaria de Salud.

el Plan Garantizado podría ser una oportunidad para introducir todos los incentivos que uno requiere, de forma de cambiar el modelo de atención tanto en el mundo público como en el mundo privado. Por ejemplo, en el sistema de salud actual, con todos sus problemas existe un modelo de atención. En el sector privado hay instaurado un modelo de atención "libre elección de especialistas con pago por acto médico". En el sector público modelo institucional, aparentemente hay un sistema estructurado (aparente por que no existe relación entre los distintos niveles), en el de libre elección se tiene el mismo modelo de las Isapre.

Desde el punto de vista de la propuesta del Colegio Médico, ¿Han pensado en que el Plan Garantizado es el eje de la reforma? Porque, si el Plan garantizado contempla los siguientes mecanismos de financiamiento: per cápita, GRD, concepto de Value Based Health Care[11], se puede introducir la forma de solución de los problemas de salud. De hecho, puede solucionar el tema mencionado del cáncer, el tema es que el GES hoy creó canastas, no soluciones a problemas. El Plan debería incorporar un conjunto de soluciones costo efectivas a problemas. ¿Se está mirando el Plan garantizado como un agente de cambio respecto del modelo de atención? Cuando se liga la forma de pago a los resultados, se genera una transformación en el modelo de atención. El Plan garantizado parece ser un elemento que une a todo el mundo, si el Colegio Médico está detrás de un cambio en el modelo de atención, se genera un problema político en el mismo gremio, porque van a haber médicos que no van a querer salir del pago por acto médico y la libre elección de especialistas.

Respuesta:
Estamos de acuerdo en que el modelo de atención requiere una revisión profunda. Sin embargo, la propuesta del Colegio Médico sólo se refiere al tema de financiamiento, debido a lo acotado de los tiempos y por simplicidad (separando los temas). Se requiere una revisión exhaustiva del modelo de atención y el sistema de financiamiento debe estar al servicio del modelo. El Plan garantizado o Plan de beneficios es el corazón de estas transformaciones y uno puede explicitar lo que incluye o lo que no incluye.

Los cuatro pilares que debiéramos tener: financiamiento, integración del aparato prestador, recursos humanos y prevención y promoción. El sistema no tiene mayor resolutividad por falta de mecanismos de comunicación entre los niveles y que el financiamiento de la atención primaria y la red hospitalaria debería estar en la misma billetera, que vea la red como un total y que asigne los recursos en función de cómo se desempeña la red. Los problemas de atención primaria son muchos más complejos que sólo los recursos, se debe hacer una transformación que tiene que ver con la capacidad de respuesta. Si existe consenso en que la lógica de modalidad de libre elección no tiene mucho sentido, lo que requiere pensar en una atención primaria, pública o privada.

Pregunta:
¿Cómo el CM va a pedir un Plan Garantizado de salud, cuando los primeros que se van a oponer son los propios médicos?

11 Value Based Health Care: Un modelo de atención donde a los prestadores de salud se les paga según sus resultados en términos de salud.

Respuesta:
Tenemos confianza en que los médicos quieren volver a incorporarse en las soluciones en salud y que utilicen mejor los recursos. Sin embargo, no se incorporarán si la reforma sólo afecta a los médicos y nada más se resuelve o ninguna otra industria se toca. En relación con los estímulos financieros, como buscar estímulos que no distorsionen la labor médica obligando a los médicos a hacer cosas que no están centradas en el paciente. Por ejemplo, las metas de APS y el Auge. En el fondo se plantea la duda que el financiamiento sea la forma de cambiar el modelo de atención.

Comentario:
Entendiendo que es imperativo pasar a un fondo mancomunado, sin embargo, existen personas que se sienten más seguras en los seguros y los prestadores privados. ¿Cómo se les dice a estas personas que deben tratarse en prestadores públicos?

Pregunta:
Si se acepta el fondo mancomunado, bajar gasto de bolsillo, aumento del gasto en salud e introducir un modelo más predictivo e introducir un modelo de atención para que las personas no acumulen daño epidemiológico. Esto se desdibuja cuando se plantea en la propuesta un Servicio Nacional de Salud, porque va a haber un seguro que va a querer hacer todas las modificaciones, que debe conversar con un director de SNS que le va a decir No y con esto terminó el Plan. Por lo tanto, se tiene un seguro o se tiene un SNS, pero no las dos figuras. Si hay un SNS este se hace responsable de las garantías desde el punto de vista de la oferta, ya no desde el punto de vista del financiamiento, ni del cómo modela su sistema de atención.

Respuesta:
Hoy en día estamos en una etapa de recambio profesional, donde los que se están haciendo cargo de los servicios de subespecialidad son profesionales jóvenes, lo que representa una posibilidad de cambio. Y deben enfrentar la pregunta ¿cómo vamos a lograr nivelar hacia arriba los problemas de salud de Chile? En el campo del financiamiento, no parece razonable el seguir haciendo regulaciones a las Isapre (que no quieren ni van a cambiar su naturaleza), el camino que tenga como centro el fortalecimiento del sector público, con las transformaciones que se deben hacer, aun cuando sean difíciles. En el caso alternativo, de un fondo único con múltiples prestadores, ¿cómo se hace el proceso de compra? Es fácil comprar las soluciones posteriores al diagnóstico, cuando ya está establecido el problema de salud que se debe resolver. Pero existe todo un primer piso, los GP[12] o APS, la contra pregunta es ¿cómo se estructura esta primera fase en el caso de prestadores diversos, no solo público?

Comentario:
El ejemplo de Vida Íntegra, que nació como Managed Care[13] y se llegó a tener un 87% de resolución en atención primaria. Se crearon centros de atención primaria, que formaban parte de una red privada, tenía 2do nivel y nivel de mayor complejidad. El primer nivel se financiaba con Per-Cápita[14] y tenía indicadores de resultados. El segundo y tercer nivel se financiaba con pago por prestación y pagos por soluciones a problemas específicos. La herramienta de cambio en el caso

12 GP: General Practitioner, mal traducido como médico de familia.

13 Managed Care: Salud Administrada

14 Per- cápita: Un pago por población asegurada, independiente del nivel de gasto de los mismos.

del sector privado es el cambio de los incentivos económico, bajo los cuales opera, si no cambian los incentivos no va a cambiar la lógica del funcionamiento del mercado y no cambiará la lógica del funcionamiento de los médicos (quienes tienen una dualidad, trabajando en el sector público en la mañana y trabajando en el sector privado en la tarde). Es necesario, pero no suficiente, hay otras transformaciones necesarias, sin embargo, se puede hacer. Hay otras experiencias internacionales, ejemplo el caso de los ingleses.

Comentario:
Si a las personas se les dice que todos los recursos se juntan en un fondo único y que las personas van a tener libertad de elección de prestadores, se sortea el tema del conjunto de personas que tiene temor de hacer la fila en un hospital público (debido a la percepción que tienen de los hospitales públicos en la actualidad). El problema es que el estado es un mal comprador y se debe analizar cómo el estado debe lidiar con esta compra. Lo otro es que las personas puedan retornar al sistema público para las cosas más costosas (laboratorio, imágenes y fármacos), que se pueden centralizar lo que abarataría los costos. Probablemente prestadores privados ya no estarán interesados en participar, cuando se les quite estos espacios que son los que les generan las utilidades.

Comentario:
Hoy en día la atención de salud es un buen negocio por el pago por acto médico. Sin embargo, al comprar traspasando riesgo o en función de sus resultados, los prestadores privados van a tener renta relacionado con el valor que agrega y estos son incentivos adecuados. Hoy en día es muy bueno estar en el mercado privado prestador, porque mientras más ofrezco más vendo, mientras más vendo más gano y si suben los costos, subo los precios y si suben mucho los precios, creo y vendo seguros. Pero si se le traspasa el riesgo al prestador, éste cambiará su comportamiento. Incluso se pueden comprar prevención en función de indicadores de cumplimiento.

Comentario:
El Plan del gobierno es la reforma de las Isapre y si no hay reforma de Isapre, no hay reforma. ¿Cómo se han planteado la reforma de las Isapre? ¿Cómo subsistirán las Isapres?

Comentario:
Hay que calcular el costo del Plan. Para eso, hay que tomar la información disponible, por lo tanto, el gran riesgo es expresarlo en términos de prestaciones que es la forma en que está la información está estructurada. Probablemente, en esta etapa no se podrá costear todo en términos de soluciones, porque no hay información para hacerlo, pero sí se pueden tomar porciones del Plan para expresarla en soluciones, ejemplos: diabetes, cáncer de mamas, hipertensión. Con esto se puede cambiar la forma de la discusión. ¿Cómo se compra esto? No hay respuesta única: ingleses a los GP Fund Holders[15], americanos a las HMO[16] hace 10 años y hoy el Obama Care a Accountable Care Organization[17], en España modelo capitado (en el momento que te pagan capitado, al prestador le cambia la vida).

15 GP Fund Holders: prácticas médicas a las que se les asignaban fondos para la atención de sus beneficiarios

16 Health Maintenance Organizations (HMO): Una organización que provee atenciones de salud a cambio de un pago fijo.

17 Accountable Care Organization: un seguro de salud que vincula los pagos a métricas de calidad y de costos de las atenciones brindadas.

Pregunta:
En la propuesta, por un lado, hay un seguro mancomunado único y por el otro lado un servicio Nacional de Salud, es decir un Monopsonio[18] de compra y un monopolio[19] de oferta. ¿Cómo se soluciona este problema? Dado que los recursos están atrapados en la oferta, lo que se va a tener es un Servicio Nacional de Salud, por lo tanto, porque no sincerar en la propuesta que es un SNS, donde el servicio es una partida presupuestaria.

Respuesta:
No abordada

18 Monopsonio: un único comprador de un determinado bien o servicio.

19 Monopolio: un único oferente de un determinado bien o servicio.

VI PROPUESTA DEL CENTRO DE ESTUDIOS PÚBLICOS

María Alejandra Benítez

En esta presentación hablará sobre la propuesta y no sobre el diagnóstico.

La propuesta se basa en 5 principios:

1- Construir sobre lo existente: hoy en día existen varios aseguradores (estatal y privados), fuente de financiamiento está el gasto de bolsillo, el aporte del estado y cotizaciones. Y la idea es mantener ese esquema, que hoy en día tiene cosas buenas y problemas que debemos corregir.
2. Integración de los dos subsistemas de seguros de salud: tanto Fonasa como las Isapre, estén en una misma línea y tengan las mismas atribuciones.
3. Sustentabilidad y asequibilidad: que toda la población pueda acceder al Plan de Salud y que el financiamiento permita que este Plan se entregue a toda la **población y que esto permita que el Plan de Salud se entregue a toda la población** y que exista cobertura universal.
4. Gradualidad en la implementación.
5. Libertad de elección de asegurador y de prestador, con respeto a las preferencias de los beneficiarios.

La propuesta tiene 5 objetivos:

1. Asequibilidad, que todos puedan pagar el Plan
2. Disociar la capacidad de pago del estado de salud,
3. Regulación adecuada
4. No discriminación para todos los actores: que todos los aseguradores (público o privados) tengan la misma capacidad de acción, capacidad de comprar prestaciones en forma inteligente para la población a su cargo. Transparencia y calidad de la información.
5. Competencia por calidad y eficiencia y no como se da hoy en día en las Isapre por selección del grupo menos riesgoso.

Para el buen funcionamiento de un sistema de seguros sociales, que es lo que está planteando el CEP, existe literatura que enuncia requisitos previos que deben existir para cumplir con los objetivos planteados:

1. Número de Planes existentes sea acotado, para que exista mejor información, las personas sepan cuáles son los contenidos del Plan, qué cubre, cuánto voy a tener que pagar cuando tenga un problema de salud, y no exista la desinformación e incertidumbre actual.
2. Medidas que aseguren que la cobertura efectivamente sea universal y que todos puedan acceder al Plan y cuál es la cobertura que se va a entregar.
3. Financiamiento adecuado: que sustente la entrega de este Plan para toda la población.
4. Un buen esquema de compensación por riesgo: que para los aseguradores no existan grupos más rentables que otros. En el fondo que desincentive la selección por riesgo.
5. Reglas que eviten comportamiento anti-competitivo y por otro lado herramientas que exista transparencia en precio, en resultados de prestadores y en desempeño, que exista mejor información desde los aseguradores y desde los beneficiarios.

El Plan tiene 4 componentes:

1. Un **Plan Universal de Salud** que tiene ciertas prestaciones cubiertas, con cierto nivel de cobertura. Contenido igual para todos. Los seguros pueden variar el Plan en términos de donde se entrega, en prestadores de mejor nivel o prestadores básicos (que igual deben cumplir un estándar mínimo) y monto del deducible (el monto máximo que la persona va a pagar de su bolsillo y el seguro cubre los siguientes las siguientes prestaciones y/o tratamientos). Puede haber distintos niveles de deducibles, los autores plantean que existan 4 niveles de deducibles, el que tenga un deducible mayor paga una prima un poco menor por el mismo Plan. Cada asegurador define una prima que varía según el nivel de prestador, el deducible y el nivel de riesgo de la persona.

2. El segundo componente es la **libre elección** por parte de los beneficiarios de asegurador y libre afiliación, no puede haber declaración de salud, no puede haber rechazo de un beneficiario por parte de una aseguradora. Para que exista libre afiliación y los aseguradores cobren según el riesgo de las personas, se plantean subsidios ajustados por riesgo. Existe un Fondo compensatorio y a cada persona se le entrega un subsidio de acuerdo con su riesgo y a la prima que debe pagar.

3. **Subsidios ajustados** por Riesgo [20]..

Pregunta:
¿El fondo compensatorio va a ser sobre la base de un Plan único?

Respuesta:
En efecto, un subsidio para cierto deducible, que debe estar definido y para el prestador más básico. Si alguien quiere un prestador de mayor nivel u otro deducible deberá pagar la diferencia de su bolsillo.

Pregunta:
¿Cómo se define el mayor nivel de prestador?

Respuesta:
Por ejemplo, que tenga pieza individual, estar en una clínica versus otra más cara. En esencia es sólo hotelería. Es el mismo conjunto de prestaciones, pero con diferente hotelería.

Pregunta:
¿La libre afiliación, incluye también al FONASA?

Respuesta:
Es libre afiliación con Fonasa, pero se requiere un período en que funcione primero en Isapre y después integrar los dos subsistemas.

Pregunta:
¿No es un Fondo de compensación de riesgo para tarifa Plana? ¿Se plantea un fondo de compensación de riesgo sobre la base de cálculos de riesgo individual?

Respuesta:
No es una prima comunitaria.

Comentario:
Según el informe se está pensando en cambiar el modelo de compensación actuarial, por un sistema de compensación de riesgo a través de regresiones. Donde se van agregando variables que son predictores a nivel grupal. Es mejor que compensación por sexo y edad, aun cuando es más complicado.

Pregunta:
Si se desea sacar el tema del pago relacionado con el estado de salud, el subsidio debe funcionar muy bien. ¿Técnicamente, quien lo ha hecho bien o donde ha funcionado?

Respuesta:
Existen dos opciones: primero que exista un subsidio a cada persona y existen métodos de compensación expost, si el seguro no recibió los ingresos suficientes (debido al mayor riesgo de su población a cargo) en el siguiente periodo se entregan recursos adicionales, tomando en cuenta que estos no deben incentivar al mayor gasto por parte del prestador, segundo es entregar un monto directamente al asegurador que es donde se juega mejor por los promedios.

Pregunta:
¿No tendría alguna lógica el tener los datos reales de salud de las personas para hacer las compensaciones, no para determinar la prima que cobrará el seguro?

Respuesta:
Si, pero el seguro no se puede rechazar debido a esta información.

Comentario:
los mejores predictores del gasto son sexo, edad y la historia de gasto anterior.

Pregunta:
Si se tiene un Plan único de beneficios y puede haber variabilidad de precios en virtud del nivel de prestadores y los deducibles y esto está asociado al riesgo individual. ¿Cómo se ve el manejo del tarifado? ¿van a haber distintos precios?

Respuesta:
Es la tarifa unitaria, el valor de entregar este Plan y después se multiplica por los factores de sexo, edad, gasto anterior.

Pregunta:
Entiendo que la prima para el fondo compensatorio por riesgo es una sola, ¿todos pagan al fondo lo mismo?

Respuesta:
Todos pagan su 7%, o el valor que se estime necesario y fondos fiscales. Cada uno aporta según sus ingresos, más recursos del estado.

Comentario:
Si deseo asegurarme en las Isapre, debo pasar por el fondo de compensación de riesgo. Yo aporto mi 7% por mi todo mi grupo familiar y el Fondo devuelve los subsidios (estimación de cuánto debería costar este Plan para cada persona), independiente del Plan que finalmente elija.

Comentario:
El equipo técnico utilizó los egresos hospitalarios, preexistencias.

Comentario:
Se pasó del seguro social al seguro de autos y en términos de política pública se hicieron los subsidios portables. Cuando una persona se pasa desde el Fonasa, puede entrar a Isapre por que el estado pone la diferencia.

Pregunta:
El listado de este Plan no tiene manera de controlar el gasto.

Respuesta:
Por eso hay que hacer un buen ajuste por riesgo. Una vez que una persona adquiere una preexistencia el subsidio va a cambiar y por edad también. Alemania utiliza fondos de compensación de este tipo.

Pregunta:
¿Cómo se financia el fondo de compensación?

Respuesta:
Dos partes: primero las cotizaciones de los beneficiarios y segundo por el estado como lo hace hoy en el Fonasa A.

Comentario:
Defino un Plan que se financia con las cotizaciones y el aporte estatal que se requiera. A continuación, ese Plan (listado, cobertura, deducible y copago) es la base de la compensación. Si la persona elige un Plan con adicionales, los paga de su bolsillo. El Plan básico va a tener un diferente precio (no por tu riesgo, sino por tu ingreso y el tamaño de tu grupo familiar). Cuando te vas a una Isapre, tú eliges el Plan que tu quieres y defines el precio que vas a pagar y el fondo te va a compensar por tu riesgo para el Plan garantizado que puede ser un parte de este Plan.

Pregunta:
Mi interpretación es como si el 7% actual se transforma en un impuesto general, se traspasa al Estado, y existe un subsidio a la demanda por seguros en base a las características de las personas. ¿Correcto?

Respuesta:
La evidencia de la literatura es que la forma más equitativa de hacerlo es a través de impuestos generales y no de cotizaciones individuales y esta propuesta va en este camino. Hacer una reforma tributaria en estos tiempos es prácticamente imposible.

Pregunta:
A nivel individual el cambio sustancial está en tener un Plan único y segundo, voy a un seguro con una mochila de subsidio entregado por el estado. ¿Por qué los prestadores y los aseguradores no se verían incentivados a subir los planes?

Respuesta:
El sistema de salud es más que un sistema de financiamiento, para hacer una reforma debe haber un cambio en la estructura del Fonasa y de las Isapre y los prestadores estatales (medios de pago).

Regulación adecuada:
Que exista en la Fiscalía Nacional Económica o en el Tribunal de la Libre Competencia, una entidad que esté totalmente enfocada a velar por la competencia entre aseguradores de salud, a través una fiscalización sistemática de los aseguradores. Con aseguramiento de calidad ex-ante, con certificación y acreditación, y con aseguramiento de calidad ex post, por desempeño y resultados. Regulación y validación de precios, por alguna entidad o por Superintendencia de Salud, que esté evaluado cuánto deberían subir las primas y verificar que los seguros no puedan subir más que los costos de los Planes de salud.

Pregunta:
Y el costo de los planes. ¿Han trabajado en cómo se regularán los precios?

Respuesta:
Este tema no se ha tratado.

Comentario:
El índice de precios que está en el proyecto de ley que está en el Parlamento genera incentivos errados, porque el aumento del costo es la combinación de los efectos, la variación de los precios, más las variaciones de las cantidades. Pero los precios dependen en cierta forma de la gestión que haga el asegurador, por lo tanto, si ajustas por variaciones en precio y cantidad, se podría estar premiando a los ineficientes, y estimulando malas prácticas. Este es un tema complicado cuando se habla de regulación de precios. Según un estudio realizado por la Superintendencia de Salud, alrededor del 60% de la frecuencia se explicaba por el modelo de compra de las Isapre y el 40% por el cambio en el riesgo de las personas. Por lo tanto, se podría regular el precio si también se controla el modelo de compra.

Comentario:
La innovación de la propuesta es hacer un financiamiento con una lógica de impuesto, en conjunto con una lógica de aseguramiento individual. Si este es el diseño los mecanismos de contención de costo, deberían ser mucho más potentes para regular los riesgos planteados (aumento de costos de los Planes).

Pregunta:
¿Pensaron en la propuesta el mecanismo de fijar la rentabilidad, en vez de los precios[1]?

Respuesta:
En la propuesta no se entra en el tema de cómo se va a regular la competencia. Si existe competencia donde los aseguradores no puedan rechazar personas, donde exista competencia entre aseguradores y no exista colusión seguro - prestador, entonces las empresas tenderían a competir en entregar mejores servicios, cuidar su población a cargo y disminuir los costos a través de la forma de pago.

Comentario:
En esencia este tipo de financiamiento es igual al del Fonasa actual, (donde se aporta un 7% independiente de la edad, número de cargas, etc.). A continuación, existe el fondo de compensación de riesgos y un Plan Universal que define cobertura, deducible, red de prestadores. En base a esto se calculará un costo promedio, con posterioridad se entregará un subsidio por riesgo que se suma a este precio promedio y con este monto la persona va a elegir entre los distintos seguros posibles (incluido Fonasa). Además, si existiese un asegurador estatal que funciona bien, este se convierte en un competidor que presiona por mayor competencia.

Comentario:
Uno de los atractivos de la propuesta es el tema de los subsidios portables, donde aquellos que reciben subsidios del estado dejan de ser cautivos del seguro público y pueden elegir seguros privados, dependiendo de sus preferencias.

Comentario:
Sin embargo, lo anterior deja el problema: Qué se va a hacer con los prestadores públicos, donde aproximadamente el 80% del gasto público se va a los prestadores públicos. Por lo tanto, estos subsidios portables generarían un aumento en el gasto público, porque se debería seguir financiado los prestadores públicos y además los subsidios que se aportaría al subsector privado.

---

1 El comentario se refiere a la prima del seguro, el total del monto pagado por un seguro.

Pregunta:
En la propuesta se le quita la función de compensación de riesgo implícita del Fonasa y esta queda radicada en el fondo de compensación. ¿El Fonasa se transforma en un seguro más?

Respuesta:
Esto implica reformar al Fonasa, ya no se haría cargo de la infraestructura pública, se le permitiría al comprar en prestadores a privados y a los seguros privados comprar en prestadores públicos.

Pregunta:
¿En la propuesta, se continúan comprando Planes que financian sólo prestaciones?

Respuesta:
Se propone que existan contenidos comunes. Hay que evaluar en cuál será el contenido, cuáles son paquetes de prestaciones.

Pregunta:
¿En esta propuesta qué rol les asigna a los entes reguladores?

Respuesta:
La propuesta no es específica en estos temas, sólo da luces sobre algunos aspectos, pero no se compromete con algo específico.

Comentario:
¿Y qué pasa con las actividades de salud pública? En este modelo no responde a las necesidades de salud pública[2]. ¿Se debería generar en un sistema distinto?

Comentario:
¿Cómo se incluyen las enfermedades nuevas o raras? Porque actualmente la Corte Suprema es quien decide esto y generalmente lo hace a favor del demandante.

Comentario:
Para el caso anterior debería incluirse el tema de la Evaluación Económica de Tecnologías Sanitarias, lo que permite una objetividad en la decisión respecto de lo qué entra en el Plan y lo que no entra en el Plan. Esta debería ser una institucionalidad independiente dado que existe una falta de legitimidad en el sistema de salud en su totalidad (nadie cree válidas las posturas del Ministerio de Salud, de la Superintendencia de Salud, de las Isapre y de los prestadores, por lo tanto, se recurre a los tribunales de Justicia).

Comentario:
Se debería crear un sistema del control de los 7%, porque el modelo genera todos los incentivos para evitar pagar este impuesto. Existen incentivos para declarar la menor renta posible. ¿cómo afecta esto el mercado laboral? ¿Qué pasa en el caso de los trabajadores independientes y por cuenta propia?

Pregunta:
La entrega del 7% al Fondo Solidario es como un impuesto más. Y con el tiempo se tenderá a mezclar con el resto de los impuestos. ¿Han pensado en un financiamiento sólo vía impuestos generales?

Respuesta:
La entrega del 7% al Fondo Solidario es un primer paso y se plantea que en el futuro sea todo financiado con impuestos generales y no cotizaciones. Hoy no se puede partir inmediatamente con impuestos generales, debido a que implicaría una nueva reforma tributaria

---

2 Inmunización, prevención, promoción, etc..

TRANSICIÓN

Se requiere de una transición.

Primera etapa:

Antes que se implemente el Fondo de Compensación, ya se debería estar ofreciendo el Plan Universal por parte de las aseguradoras, incluyendo el Fonasa, como proceso de marcha blanca. Con lo anterior se podrá evaluar el costo de la entrega de este Plan. Se considera una marcha blanca de 2 años, pero lo importante es que se le ponga fecha límite para la integración del sistema.

Avanzar a que los seguros privados y público estén en las mismas condiciones. Que Fonasa sea efectivamente un asegurador y no financiador de prestadores estatales, etc. Que se especifique la forma en que se regulará, que exista competencia, que exista transparencia (en precios, en costos, en uso de prestaciones)

Segunda etapa:

Empieza a funcionar el sistema y se propone la existencia de bandas para las primas a lo menos en un principio.

Tercera etapa:

Seguir evaluando los contenidos del Plan y perfeccionar el modelo de ajuste de riesgo. Definir si se financiará por cotización o por impuestos generales.

Temas pendientes de evaluar:

¿Qué prestaciones incluir en el Plan? Ver qué queremos y qué podemos incluir en el Plan y en el fondo de compensación. ¿Se incluye a los empleadores en el financiamiento del Plan? Habría que analizar los efectos sobre el mercado del trabajo. ¿Cuáles serían los mecanismos de compensación ex post? ¿cómo y cuánto?, considerando los incentivos que puede generar a las aseguradoras. ¿Tema de la integración vertical?, que tiene potenciales efectos negativos (pueden inflar los precios) y positivos (¿puede servir para contener costos, dependiendo de la existencia de competencia y el modelo de compra?).

Cierre de la Presentación

Pregunta:

¿Qué pasa con el sistema de seguridad laboral?

Respuesta:

Se plantea la posibilidad de mantener separado el sistema.

Esta propuesta responde a:

- La falta de solidaridad que hay en el sistema de salud.
- Incertidumbre respecto de la cobertura efectiva de los seguros.
- Soluciona problemas de accesibilidad, porque todos podrían pagar por el Plan Universal.
- Entrega la posibilidad de que se pueda elegir el seguro.
- Fomenta la competencia por calidad y precios.
- Minimiza los incentivos a la selección de personas, porque le entrega a cada asegurador un monto que está relacionado con el gasto esperado de la persona.

Pregunta:

¿Se debería acotar la cantidad de Planes?

Respuesta:

En efecto, la propuesta define 4 niveles de deducibles y 4 niveles de prestadores (en total 16 planes). Cualquier cosa adicional debe ser contratada como seguro complementario. El Plan Universal no puede ir empaquetado con los seguros complementarios.

Pregunta:

Dado que el Costo del Plan es crítico para este diseño. ¿Se ha estimado el costo del Plan?

Respuesta:

Esto no se ha estudiado. Primero hay que determinar qué incluye el Plan.

Comentario:

No se ha analizado la transición financiera. Dado que si se abre el mercado y las personas se pasan al sector privado, porque el seguro público no ha sido capaz de transformar a la misma velocidad que el cambio de la lógica, se genera una brecha de financiamiento grande.

VII PROPUESTA INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA UNAB

Rony Lenz, ¿Por qué se propone lo que se propone y porque no se puede hacer una propuesta parcial?

El primer paso fue revisar las propuestas que existen actualmente. En este proceso se decidió tener una mirada más metodológica y para esto nos dedicamos a analizar los modelos teóricos para analizar las propuestas. De manera de poder hacer una evaluación de la consistencia interna que tenían las distintas propuestas revisadas.

Los modelos estudiados fueron: los principios de la seguridad social, las taxonomías de los sistemas de salud de Wendt. Con esto se generó una matriz que permitía identificar, en qué partes daba respuesta y en qué partes no.

Como resultados, la mayoría de las propuestas, no generaban miradas que abarcaban todas las áreas respecto de las cuales se requerían respuestas del sistema de salud. Por ejemplo, particularmente, una de las áreas donde prácticamente ninguna propuesta se manifestaba es la regulación de la actividad privada, muchas de las propuestas estaban muy centradas en el tema financiero y las funciones regulatorias no eran muy explotadas. Esto sirvió para establecer que, si uno quiere hacer una propuesta de salud, por lo menos debe tener las áreas identificadas cubiertas. Porque, independientemente del modelo de salud que se desee, lo que no puede pasar es que existan áreas no abordadas o que existan inconsistencias en el abordaje de las áreas.

La reflexión fue que las reformas han tenido como eje el tema financiero. Y, a continuación, las propuestas no parten o están divorciadas de la problemática en salud y las estrategias que habría que acometer. ¿Cómo hacer una estrategia sanitaria para el sistema de salud? Se proponen 6 objetivos. Pág. 28 del libro ISPAB 2018, temas desde la reducción de la morbilidad y mortalidad asociada a las enfermedades crónicas (cardiovascular, cáncer, salud mental y áreas específicas como diabetes, hipertensión), hasta elementos más novedosos como, mejorar la capacidad de respuesta del país frente a las catástrofes.

Centrar la discusión de reforma en los componentes sanitarios, tal como se hizo en la reforma del Servicio Nacional de Salud, cuando define que la estrategia de salud debería estar centrada en la reducción de la enfermedad materno infantil y por lo tanto acomoda los componentes del sistema de salud a estos objetivos. En la reforma actual, deberíamos hacer algo similar y no poner la carreta delante de los bueyes. La reflexión que sale del documento es que no agota la discusión, sino que abre una futura discusión que debería integrar más actores para elaborar una estrategia.

Cuando analizamos las distintas propuestas nos dimos cuenta que la gente de Salud Pública es muy buena para los diagnósticos, pero mala para las soluciones. En el sentido que, cuando deben pensar en el qué hacemos, se empieza a mirar a otros países y las experiencias en estos países aún están en etapa de maduración.

Reflexión de cierre. Debemos ver el Plan universal de salud, como instrumento de transformación, no sólo de financiamiento, sino del modelo de atención de salud del país. Si volvemos a

expresar el Plan de Salud en los términos que se expresan hoy, que es cobertura de prestaciones, obtendremos un modelo basado en fee for service, medicalizado, tendiendo a la especialización curativa, que poco contribuye a los problemas actuales. Lo que deberíamos hacer es utilizar la oportunidad que está dando el ministerio de abrir la discusión para incluir dotar de más contenido al Plan universal. En este sentido tratando de meter temas nuevos en el Plan universal, por ejemplo, financiamiento de fármacos, componentes ligados a la generación de resultados (ejemplo Value Based Health Care) y recoger experiencias de países europeos de sistemas de salud centrados en el paciente, que más que un slogan pase a ser una realidad y que tenga un marco de incentivos adecuado para eso. Otros temas: sistemas de evaluación de tecnologías sanitarias, mayor coordinación en la función de generación de recursos y tecnologías y sistemas de información que nos ayuden a medir resultados.

Héctor Sánchez, Construcción política de una reforma de la salud.

El libro no apunta a política contingente. El libro aborda una estrategia política. Esta estrategia política aborda 3 dimensiones: Primero, definir los marcos conceptuales sobre los cuales se deberían construir las propuestas, independiente de la visión ideológica de cada grupo de pensamiento. Segunda, si uno quiere avanzar a una propuesta, no puedes tener una mirada de adonde quiero llegar al final. Dada la dinámica de los procesos sociales, y una reforma es un proceso social, es imposible imaginar lo que va a suceder en 20 años. Por lo tanto, no tiene sentido discutir el modelo futuro de una reforma. Sin embargo, si se pueden discutir las etapas intermedias. Tercero, se ha hecho un análisis del contexto político sectorial y contexto político del país. Para poder ver cuál es la viabilidad de una reforma. Mi presentación se centra en este último punto.

Contexto sectorial:

El primer problema del sector de salud público es que está en crisis para poder satisfacer la demanda. Y el síntoma es que el sector no tiene la capacidad para satisfacer las listas de espera. El origen tiene que ver con la estrategia sanitaria, tiene que ver con el modelo de gestión (no hay estrategia de atención de pacientes desde el punto de vista clínico), con los modelos de compra (basados en el pago por el promedio, lo que hace es generar una mayor demanda y escasez de especialistas). El segundo problema del sistema de salud público es el aumento de los costos. No es un problema que tenga que ver con el incremento del costo unitario de las prestaciones. Sino que el aumento del costo tiene que ver más con el aumento de la frecuencia de uso (salvo en el tema de medicamentos). En el sector público la cantidad de prestaciones supera las 10 por persona, entre consulta médica, exámenes, etc. El tercer problema del sistema público es el déficit de recursos humanos y especialistas, que se ha tratado de resolver por la vía de la contratación de recursos humanos y especialistas. Pero esta no es la solución. Nuestra tesis es que se pueden formar especialistas, pero en el modelo actual el sector privado hace las veces de bomba de succión de especialistas, y por lo tanto el sector público seguirá en déficit de especialistas. Y cuarto, el modelo de gestión y de funcionamiento del sector público está agotado. El sistema de gestión hospitalaria, atención primaria, el funcionamiento de las redes, es un sistema que está totalmente agotado y esto no se resuelve con soluciones parche, porque tiene un origen mucho más profundo.

En el sector público todos estos problemas se ajustan por cola.

En el sector privado el problema es el mismo y se ajusta por precio. Y el modelo de negocios de las Isapre está totalmente agotado. Si sigue de la misma forma va a terminar extinguiéndose o va a ser irrelevante (cubriendo un porcentaje de personas muy pequeño). No se puede sostener un sistema de seguros de salud donde, los seguros no hacen el trabajo más importante que es la gestión de riesgo, donde el modelo de atención está basado en atención de especialista y con el pago por acto médico. El segundo gran problema es que, dado que la población está insatisfecha, el sistema ha perdido legitimidad en la población y en los actores políticos. Es difícil el encontrar un actor político que defienda a las Isapre y cada vez más difícil el encontrar uno que defienda a los prestadores privados, porque el aumento de los precios es "escandalosa". En definitiva, hay un problema de legitimidad en el sistema isapre, pero en poco tiempo esto también va a afectar a los prestadores privados. Los síntomas son que hay que reformarlo. Segundo, judicialización (que no se va a resolver si no se resuelve el modelo de negocios del sector privado) y tercero el aumento de costos.

Comentario

Según datos de OECD, Chile es el país que más crece en términos de gasto en salud como porcentaje del PIB. La tasa de crecimiento se estima en un 10% y el del sector público es un 12% (30% por sobre el sector privado). Y esto, en un escenario donde se ocupa gran parte de los recursos públicos, deja de ser sostenible en el tiempo. Uno de los indicadores son los indicadores de productividad y se nota que la productividad está a la baja.

Contexto político:

Dado que las propuestas están centradas en lo instrumental, más que estrategia. Hemos llegado a la conclusión es que es muy factible llegar a una estrategia país, debido a que no hay grandes discrepancias respecto de las estrategias sanitarias.

En esta la discusión instrumental es: "yo quiero un fondo mancomunado", "yo quiero un fondo solidario sólo en las Isapre", hay dos mundos. El análisis político nos dice:

Uno, el gobierno controla la iniciativa legal y el veto.

Dos, hay dos bloques en la alianza con distintas visiones.

Tres, las fortalezas del Minsal y Fonasa a lo menos están cuestionadas. Y la experiencia en reforma nos dice que la fortaleza del Ministerio de Salud, del Fonasa y Superintendencia de Salud, está muy debilitada.

En el caso de la oposición, que tiene la mayoría en las cámaras y la presidencia en las comisiones, ya existen tres bloques donde va a ser muy difícil lograr acuerdos.

Finalmente, los grupos de interés: las Isapre, el Colegio Médico, los funcionarios del sistema de salud.
¿Qué pasaría si el gobierno quiere imponer su visión de largo plazo?, debería tener gran capacidad técnica y política, y no la tiene. Tampoco tiene el poder político para imponer su visión.

¿Qué pasa si la oposición quiere imponer su visión?, No tiene el poder político (le va a pasar lo mismo que con las acusaciones constitucionales, donde al final tiene que pagar un costo político gigantesco). ¿Qué pasa si ambos se enfrascan en una discusión, cada uno tratando de imponer su visión? El resultado va a ser sólo maquillaje, donde ambos salgan razonablemente bien parados. Este es escenario en el que está la reforma del ex-ministro Mañalich, que va a terminar en algo que los deja bien parado, pero que no soluciona ningunos de los problemas importantes. En la práctica van a tratar de postergar la reforma o mandar un par de indicaciones.

El cuarto escenario es generar un espacio para acuerdos sin sacrificar posiciones. Y esto implica que: hay que terminar con las Isapre, hay que reformar el sistema de salud (modificar la estrategia del sistema de salud), hay que montar un sistema donde el sector público y el sector privado puedan ser actores de la seguridad social.

Manuel Inostroza, Propuesta ISPAB.

Antes de comenzar deseo hacer dos comentarios. Los problemas epidemiológicos de los 50 hacían necesario tener un SNS (no tenía sentido una lógica de seguros con riesgo individual). Hoy no existe un correlato entre la problemática que se enfrenta actualmente y el modelo de salud que queremos. La complejidad de nuestra propuesta radica en que es difícil de ser clasificada, porque es propuesta y estrategia al mismo tiempo. Así, los que critican nuestra propuesta instrumental, en el fondo están criticando nuestra estrategia. Frases ejemplo: “esto es muy largo”, “no hay garantías de que se logre lo que yo deseo”. Los que cuestionan nuestra estrategia, parten de la base que la primera parte de nuestra propuesta instrumental es de muy corto aliento, porque están pensando en una propuesta que automáticamente los lleve desde el principio a un eventual fin de seguro único.

Planteamiento.

Reforma por etapas (propuesta y estrategia a la vez), reforzar la estrategia sanitaria como primer colchón de acuerdo y luego visualizando contexto político. Se hace necesario buscar estrategias que permitan acuerdos respecto a transformaciones que sean viables. Se hace factible, porque cada etapa requiere que se den condiciones previas de consolidación de ciertos instrumentos para poder pensar en avanzar.

La propuesta se compone de 3 etapas:

- Normalización de ambos subsistemas, por separado.
- Articulación, los sistemas empiezan a relacionarse.
- Integración de ambos subsistemas.

La primera etapa, en términos instrumentales, es la que le correspondería al gobierno de Piñera. Que consistiría en hacer una reforma instrumental del Sistema de Salud, porque tiene un componente de reforma del subsistema privado y un componente de reforma del subsistema público. En el privado está lo que las Isapres están dispuestas a aceptar ahora, que años atrás no estaban dispuestas a aceptar: Plan Garantizado Único en el sistema Isapre, tarifa Plana o prima comunitaria, con fondo de compensación de riesgo, con libre movilidad entre el sistema Isapre (no tocar la barrera Fonasa – Isapre), eliminación de las preexistencias en el sistema Isapre, se achica mucho el Plan complementario individual y crece el Plan garantizado. Creemos que se debería incorporar un marco regulatorio que incentive la compra a través de GRD, PAD o otros paquetes y que desincentive que el 90% de las prestaciones del subsector privado se compren vía pago por prestación.

Comentario:

En ese punto hemos llegado a la conclusión que si la discusión se concentra fundamentalmente en cómo se estructura el Plan Garantizado, se puede dar un gran paso en la definición de la estrategia sanitaria, un nuevo modelo de atención y un nuevo modelo de compra. Creemos que en este punto se deben concentrar los esfuerzos, porque el Plan Garantizado no es un tema que divida las distintas posturas, existe espacio técnico, nadie se va a oponer, un Plan bien construido puede dar espacio a la incorporación de diferentes visiones.

Comentario:

Este punto de partida es adecuado. El GES debe cambiar, no puede seguir como está porque, tuvo su espacio, pero hoy ya está obsoleto, genera todo el problema de los NO GES y protocolos desactualizados que no reconocen nada de los problemas de individualización del paciente. Volver al problema que la gente se enferma, no se enferma de un problema GES o un problema no GES.

En el Plan Universal se pueden hacer cosas como una mejora al Plan de Salud Familiar, que no existe en el sector privado. El Plan universal debería incorporar APS, en públicos y privados en la misma lógica.

En esta etapa no hay integración, pero se preparan lógicas para la posterior integración del sistema. Hoy nadie se está haciendo cargo de los desafíos de la transición. Si se integran ambos subsistemas, va a haber movilidad de beneficiarios entre Fonasa e Isapre puede generar desequilibrios financieros, desequilibrios fiscales.

La segunda etapa, si se cumplen los requisitos de que ciertas cosas funcionen, se puede para al tema que ya nadie cuestiona, libre movilidad Fonasa Isapre. Con un Plan garantizado común, con prima Plana, un fondo de compensación que permite la movilidad Fonasa e Isapre. Se considera otro tipo de reformas fundamentalmente en el ámbito prestador privado, para intentar desarrollar modelos de compra y articulación que permitan atenuar el incremento de costos. La reforma es mucho más compleja a nivel de los hospitales públicos, los gobiernos corporativos de los hospitales y reformas más estructurales y el tema de red y cambio del modelo de atención. Esta etapa es para un segundo gobierno.

En la tercera etapa, que quedaría para un tercer gobierno, hay que evaluar el impacto de las dos etapas anteriores. El gobierno en esa etapa debe decidir si se queda en el modelo actual de seguros sociales o se pasa a un seguro nacional de salud. Esta es una etapa final que sólo es posible si las etapas anteriores se desarrollan con éxito. Etapa que depende de los resultados de las etapas anteriores.

Qué pasó con recursos humanos. Respuesta: lo que cambie en los gremios médicos dependerá del modelo de atención y pago.
Ejemplo de la reforma del 2005.

Comentario:

Es necesario hablar de salud y de estrategia. Hay que mostrar que se pueden transformar prestaciones en soluciones, ejemplo salud bucal sólo hay indicadores de actividad y no de resultados. Mostrar que se puede organizar el sistema en términos de resultados a los problemas y no como prestaciones. El lado positivo de las Isapres es que hay acceso cuando quieras. Se ha entendido mal que salud es atención de especialistas, un error de mensaje. Cómo se transita a un problema que genere soluciones, en cáncer la medida es sobre vida. Y esto reacomoda el modelo de atención. En diabetes, están empezando a pagar por paciente compensado. Ejemplo: sonrisa de mujer no vendió prótesis, sino soluciones.

VIII VISIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE ISAPRES, RESPECTO A LA REFORMA.

En este coloquio se realizó una entrevista personalizada al Sr. Gonzalo Simón, Jefe del Departamento de Estudios de la Asociación de Isapres, hoy su Presidente. A continuación, se presentan las principales temáticas y posiciones abordadas en la entrevista.

Sr. Gonzalo Simón:

Primero:

Las Isapres están muriendo y la causa de todo eso es el Estado, los tres poderes del Estado y bajo cualquier Gobierno. Los tribunales están judicializado el tema de alzas de precios, no tanto en el tema de los beneficios. Esto es contrario a lo que pasa en el mundo, donde la judicialización se da en los temas de beneficios, por parte de aquellas personas que quedan sin tratamiento debido a que no están considerados en los sistemas previsionales de salud. En el caso de Chile la judicialización por beneficios es menor. La judicialización de precios ha seguido creciendo y está llegando a un punto en que está empezando a bloquear la capacidad de ajustar ingreso con gasto. Hay que entender que en el caso del sector privado hay un contrato que define las obligaciones para las partes y desde el punto de vista de la Isapre es dar la cobertura que el contrato indica. Si tú quieres ir a un médico yo no te puedo prohibir ir a ese doctor. Si este médico te dice que para tu diagnóstico se necesita el examen A, B, C o F, no tengo nada que hacer, debo aceptarlo. El contrato tiene estas características, porque sabía que podía ir ajustando todas las variables para ajustar ingreso y costos. Este espacio de acción se fue reduciendo, hasta que quedó solo un variable, la variable precio, y este mecanismo es el que se venía ajustando. Pensar en que puedo modificar el comportamiento de las personas o de los prestadores bajo las reglas actuales es absurdo. Hay que considerar que la persona compró un contrato y puede no querer cambiarlo. Por cada contrato judicializado la Isapre debe pagar en promedio $130.00. Un contrato en promedio tiene como cotización mensual un 160.000 y el alza promedio actual es un 5% (el alza de un mes es de $8.000 y de un año es de $96.000). Dado que las costas de un contrato judicializado son $130.000 y que el contrato judicializado no paga sus propias costas, estas deben ser cubiertas por el resto de los contratos. Así en el momento en que se llegue al 20% o 30% de la cartera judicializada, se está parando aproximadamente la mitad del alza monetaria y por lo tanto debería aumentar más los precios y se van a ver alzas de magnitudes más grandes 12%, 15% 17%. Lo que alimentará más la judicialización.

Esto es una confabulación inconsciente, donde los tribunales frenan las alzas de prima, y cuando las Isapres anuncian el alza, a pesar de que la Superintendencia y el Ministerio cuentan con toda la información, salen atacando el alza, informando que es algo que no tiene justificación. El Ministro de Salud dice que esto es una caja negra y no lo entiende, después sale el Superintendente, quien posee los balances auditados, diciendo que no se justifican las alzas. Supongo que, como juez, viendo que la autoridad técnica, la Superintendencia, afirma que esto no se justifica, la medida de parar las alzas parece totalmente correcta.

Segundo:

Por presiones públicas y mediáticas, desde el 2010 en adelante quedó congelada la tabla de factores. Antes cada año, el periodo de la adecuación si alguien envejecía debía pagar más, con

excepción de un grupo que al envejecer pagaba menos (niños entre 2 y 3 años y las mujeres después de los 40 años). Al final se congeló la tabla completa, ni para arriba ni para abajo. El Superintendente anterior, sin haber estudiado el tema, sacó una circular que decía "Cuando es en beneficio del individuo debe aplicar la tabla" y no calculó que son miles de millones de pesos. Las Isapres pidieron al Superintendente que pusiera números a esta medida, y se verificó que esto era un desastre y postergó la aplicación de la circular para 2 años más, para salvar la situación, y esto le costó la salida de la Superintendencia. Como resultado: la judicialización está disparada y a contar de octubre de 2019 se deberán bajar los precios en el caso de los niños y las mujeres (es decir aplicar la tabla de factores). Esto abre la puerta a una nueva judicialización en términos de la aplicación de la medida, donde el efecto monetario de la medida son muchos millones de pesos.

Tercero:
Cada tres años, el GES puede tener cambio de enfermedades, pero la ley es clara y expresa en que cumplidos los 3 años las Isapres pueden cambiar el precio y por lo tanto dentro las planificaciones del equilibrio ingreso gasto, las Isapre tenían contemplado que en julio 2019 se cumplían los 3 años y se debía hacer una modificación a la prima GES. Sin embargo, se planteó la modificación y el Superintendente congeló el precio del GES. El efecto anual de eso son 150 mil millones de pesos.

Estos 3 efectos están llevando a las Isapres a su fin. Se suma a las otras amenazas de proyectos chicos que están dando vuelta. Un proyecto que elimina el artículo 199, eliminando la tabla de factores y no la reemplaza por nada.

Hoy en día no es un problema de si les gusta o no la reforma, sin una reforma las Isapres mueren. Se necesita una reforma. Creo que se necesita una reforma global, pero es poco probable que se dé debido a la discusión de seguro único o multi-seguro.

El sistema de salud de Chile está obsoleto, lo hizo muy bien el siglo pasado, donde los indicadores de salud de Chile fueron mejorando sistemáticamente en comparación con los países desarrollados. Durante el siglo pasado los indicadores de Chile se han ido acercando a los indicadores de los países desarrollados, pero en este siglo los países desarrollados han aumentado la brecha y los países desarrollados han seguido avanzando y Chile no ha sido capaz de hacerlo. Y la razón de esto es el sistema de salud. La crítica al sistema de salud es que, es el único sector económico donde el estado es mayoritario. Existe un Ministerio capturado por la red pública de salud (hospitales y consultorios) y no tiene capacidad de hacerlo bien, porque cada vez que trata de hacerlo bien se topa con que se puede disparar un balazo en los pies, por algo que mi propia red no es capaz de asumir. Los hospitales no tienen libertad de gestión. El sistema de salud está centrado en lo curativo y lo curativo es lo que vende.

Las Isapres necesitan un proyecto de ley, en caso contrario el problema se va a solucionar solo con la quiebra de las Isapre.

La lógica general del proyecto de reforma es interesante. Es interesante un Plan Universal con copagos fijos, 3 deducibles y 3 redes. Desde el punto de vista de la persona es de transparencia y facilidad de comparar, sin tener que forzar una sola cobertura dura. El mercado tendría la posibilidad de cubrir distintas necesidades. Y permite la segmentación por la vía de la red y los deduci-

bles. El fondo de compensación es una necesidad, permite aplanar los precios y las personas se pueden mover libremente.

Temas que parecen problemáticos

El Proyecto cambia la lógica. El proyecto genera una libre afiliación y antes era libre contratación. Cuando hay libre contratación, nos ponemos de acuerdo en un contrato y en el momento que se firma ese contrato (Isapre y persona) empieza a funcionar el beneficio, sin embargo, con libre afiliación implica que fuerzan a que las Isapre estén obligadas a firmarlo y no puede decir que no. Por lo tanto, las personas quedan abiertas a traspasarse al sistema Isapre y, cuando se dieron cuenta de ese problema, se generó el plan nuevo asegurado. Así, la libre afiliación no debería hacerse ahora y dejarse para cuando el sistema público y privado sean más parecidos o para cuando el estado participe del fondo de compensación.

El plan nuevo asegurado, no es malo porque en Chile es obligatorio el GES y las enfermedades GES están muy bien cubiertas y establece el copago del 40% del arancel de la libre elección, que al final se traducirá en un 80% de cobertura o más. Pero es complejo el hecho que la tarificación se haga en función de los grupos de riesgo, que pueden ser muchos, y una de las variables que considera es la enfermedad. Así dos personas que son iguales excepto que una tiene enfermedad o la otra no, van a generar tarifas extremadamente diferentes.

El precio del plan universal va a ser un problema. El tema del fondo de compensación por ley obliga a cobrar lo mismo, pero este se basa en un supuesto heroico y es que el fondo de compensación es certero y en la práctica eso no existe. Se requiere que por ley se le obligue a las Isapre a cobrar lo mismo para los distintos tipos de afiliados y dejar que la Isapre determine este precio único.

El Consejo Técnico define la compensación propiamente tal, define lo que debe ser incluido en el plan, por lo tanto, las decisiones que debe tomar son muy duras para un ente político. El Consejo Técnico debería ser autónomo como el Banco Central, para proteger que todo el armado funcione correctamente. Y segundo, que el proyecto no demanda recursos para la operación del Consejo Técnico y esta actividad requiere recursos.

ANEXO Nº2 ASPECTOS ESPECÍFICOS SOBRE TEMAS SELECCIONADOS

En este anexo se presentan aspectos específicos de los componentes analizados.

Tabla A2.1: Aspectos Específicos del Plan de Salud

	Plan de salud
Gobierno 2019:	Sólo para **Isapres.** **Copago** máximo del 20% hospitalario, de 50% ambulatorio. Incluye GES, No GES CAEC, no incluye SIL. Lo no incluido en el Plan, puede ofrecerse como Beneficios complementarios.
Esc. de Salud Pública, Col. Médico 2018:	**De carácter integral**: promoción de salud, prevención primaria. detección precoz, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Debe considerar las actuales coberturas. Incluye salud Laboral (Mutualidades).
Centro de Estudios Públicos 2017	Define beneficios y el estándar mínimo, acceso y tiempos de espera. Los beneficios cubiertos están **exentos de copagos**, uso de deducibles.
Instituto de Salud Pública Andrés Bello 2017	Para **Isapres y Fonasa** (primera etapa solo Isapre). Define **modelo de atención**. Separa SIL. Define **marco de incentivos** para que las instituciones aseguradoras, prestadoras, públicos y privados, cambien modelo de atención y compra. Características: transparente, costo-efectivo, Universal, integral, priorizado, garantista y autónomo.
Isapres	Plan único para **Isapres** y planes complementarios.

Tabla A2.2: Aspectos Específicos de Selección al Ingreso y Movilidad

	Selección al Ingreso y Movilidad
Gobierno 2019:	**Sin cautivos**. **Libre afiliación**: sin declaración de salud y elimina las preexistencia para afiliados. Mantiene declaración de salud para Fonasa y nuevos cotizantes.
Esc. de Salud Pública, Col. Médico 2018:	**Sin exclusiones** para afiliados al Sistema único de seguro.
Centro de Estudios Públicos 2017	**Libre afiliación** en seguros sin selección al ingreso.
Instituto de Salud Pública Andrés Bello 2017	Libre movilidad entre seguros privados en el corto plazo. Libre movilidad entre todos los seguros en el mediano plazo (5 años).
Isapres	Movilidad entre Isapres.

Tabla A2.3: Aspectos Específicos de Primas

	Precios y/o Primas
Gobierno 2019:	3 tramos de primas (0-24, 25-50, 50 y más) sin diferencia por sexo. Monitoreo de Precios (índices).
Esc. de Salud Pública, Col. Médico 2018:	Prima Comunitaria.
Centro de Estudios Públicos 2017	Puede variar en cuanto al nivel de los servicios (prestadores) y deducibles (total 16 planes).
Instituto de Salud Pública Andrés Bello 2017	Prima comunitaria plana afiliados Isapre en primera etapa. Prima comunitaria global plana para segunda etapa.
Isapres	Prima Plana en relación al Plan.

Tabla A2.4: Aspectos Específicos de Mancomunión

Precios y/o Primas	
Gobierno 2019:	Fondo de compensación, sólo en Isapre. Entre las ISAPRES abiertas, en relación al Plan. Considera sexo, condición de salud. Tres tramos para "disminuir significativamente las posibles discriminaciones por edad.
Esc. de Salud Pública, Col. Médico 2018:	Seguro Público Único (sucesor del Fonasa).
Centro de Estudios Públicos 2017	Fondo de Compensación por riesgo, (Isapres y Fonasa, con multi-seguros). Se asignarán subsidios ajustados por el riesgo de salud de cada persona.
Instituto de Salud Pública Andrés Bello 2017	Fondo de Compensación de riesgos, Isapres y Fonasa. Compensa las diferencias en el nivel de riesgo de las carteras de cada aseguradora. Primera etapa: sólo entre seguros privados (3 a 5 años), con posterioridad todos.
Isapres	Fondo de compensación, sólo en Isapre. Sexo, edad y condición de Salud.

Tabla A2.5: Aspectos Específicos de Financiamiento

Financiamiento	
Gobierno 2019:	Cotizaciones. Aportes públicos para los menores ingresos. Separación del SIL.
Esc. de Salud Pública, Col. Médico 2018:	Cotizaciones. Aportes Públicos.
Centro de Estudios Públicos 2017	Cotizaciones. Aportes Públicos. Separación del SIL.
Instituto de Salud Pública Andrés Bello 2017	Cotizaciones. Aportes públicos para los menores ingresos. Separación del SIL.
Isapres	Cotizaciones más adicionales.

Tabla A1 Análisis de propuestas de cambios al sistema de salud y Coloquios para la Reforma 2.6: Aspectos Específicos de Prestación de Atenciones

Prestación	
Gobierno 2019:	Prestadores públicos y privados. **Redes**, máximo 3 por asegurador.
Esc. de Salud Pública, Col. Médico 2018:	Prestadores públicos y privados. Funcionamiento en **Red**.
Centro de Estudios Públicos 2017	Prestadores públicos y privados. Funcionamiento en **Red**.
Instituto de Salud Pública Andrés Bello 2017	Prestadores públicos y privados. Funcionamiento en **Red**.
Isapres	Prestadores públicos y privados Funcionamiento en **Red** Hay disponibilidad para cambiar modelos de compra.