

TRABAJO Y JUSTICIA SOCIAL

FIN A LA CAUTIVIDAD Y DISCRIMINACIÓN EN LAS ISAPRES

Propuestas para la tramitación
del proyecto de ley

**Jaime Peña, Soledad Barría,
Álvaro Erazo, Danae Sinclair**
Octubre 2024



La cautividad y la discriminación por riesgo son problemas sanitarios con gran impacto en los afiliados a las Isapres y todo el sistema de salud.



El proyecto de ley presentado por el Gobierno busca resolver ambos problemas con propuestas serias, muchas en línea con la transición a un Sistema Universal de Salud. Sin embargo, algunas podrían perpetuar la discriminación por riesgos e ingresos; en particular, el reaseguro y los seguros complementarios en convenio con Isapres.



Este documento plantea propuestas para terminar con la cautividad y discriminación por edad y sexo, posibilitando una transición gradual y regulada al Fondo Universal de Salud.

Índice

1.	RECONOCIMIENTOS Y AGRADECIMIENTOS	5
2.	INTRODUCCIÓN	6
3.	ANÁLISIS DEL CONTEXTO GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD EN QUE SE PRESENTA EL PROYECTO DE LEY	7
4.	EL PROBLEMA DE LAS PREEXISTENCIAS Y LA DISCRIMINACIÓN POR SEXO Y EDAD EN EL ESQUEMA ISAPRE	10
5.	ESPECIFICIDAD DEL MANDATO LEGAL PARA PRESENTAR UN PROYECTO DE LEY QUE TERMINE CON PREEXISTENCIAS Y DISCRIMINACIÓN EN ISAPRES	14
6.	PROPUESTAS PREVIAS A LA PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE LEY QUE PUEDEN DETERMINAR LA TRAMITACIÓN EN EL CONGRESO	15
	Transformar el sistema de salud en uno basado en un modelo de multiseguro	15
	Terminar con la cautividad y preexistencias sin cambiar la estructura del esquema Isapre	17
7.	ANÁLISIS DEL PROYECTO DE LEY PRESENTADO POR EL EJECUTIVO EN EL MENSAJE PRESIDENCIAL 212-372	19
8.	PROPUESTAS PARA LA TRAMITACIÓN DEL PROYECTO DE LEY PARA QUE TERMINE CON LA CAUTIVIDAD EN LAS ISAPRES, DE MANERA COHERENTE CON EL TRÁNSITO HACIA EL FUS	23
	Medidas para la mayor eficiencia de las Isapres	23
	Ajuste del precio de los planes en base al riesgo de la cartera	24
	Indicar que las Isapres tengan que cofinanciar la estrategia de Atención Primaria (APS) Universal a medida que avanza su implementación en las comunas del país	24
	Incluir en el proyecto incentivos claros a las Isapres para transitar a seguros complementarios	24
9.	CONCLUSIÓN	25
	REFERENCIAS	27

COMISIÓN DE TRABAJO FES PARA LA REFORMA DE SALUD

Equipo Ejecutivo

Arlette Gay Schifferli FES Chile
Aurora Rozas Moreno

Comité Editorial

Jaime Peña Henríquez Coordinador
Soledad Barría Iroume
Álvaro Erazo Latorre
Danae Sinclair Tijero

Comisionados

Álvaro Erazo	Instituto Igualdad, ex Ministro de Salud
Claudio Cárcamo	ANCOSALUD
Christopher Moreno	FENASENF
Cristián Rodríguez	CONFUSAM
Danae Sinclair	Nodo XXI
Eduardo Muñoz	Fundación Salvador Allende
Fernanda Mora	FENASENF
Fernando Araos	ex Subsecretario de Redes Asistenciales
Gabriela Farías	FENPRUSS
Gabriela Flores	CONFUSAM
Gloria Flores	FENASSAP
Isabel de Ferrari	Instituto Igualdad
Jaime Peña	Rumbo Colectivo
José Luis Espinoza	FENASENF
Juan González	COTRASAM APS
Karen Palma	FENATS y CUT Chile
Laura San Martín	CONFUSAM
Margarita Araya	CONFEDPRUS
Mauricio González	ICAL
Pablo Monje	ICAL
Raúl Méndez	Nodo XXI
Rodrigo Rocha	FENPRUSS
Rosa Vergara	ANCOSALUD
Soledad Barría	Instituto Igualdad, ex Ministra de Salud
Valeska Pizarro	FENASSAP
Yamil Asenie	FENPRUSS

1.

RECONOCIMIENTOS Y AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la valiosa colaboración y aportes de numerosas personas durante el proceso de confección de este documento, que permitieron orientar su contenido para que se transformara en un insumo tanto técnico como político para el proceso de tramitación del proyecto de ley.

En particular, destacamos la participación del Senador Dr. Juan Luis Castro, miembro de la Comisión de Salud del Senado y uno de los parlamentarios que ha impulsado iniciativas parlamentarias para regular a las aseguradoras con el fin de terminar con la cautividad y la discriminación por edad y sexo. Y de la Diputada Ana María Gazmuri, miembro de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, quien ha participado activamente en los debates para mejorar el acceso y la calidad de la salud en Chile. De igual forma, agradecemos a las y los asesores legislativos de la H. Cámara de Diputadas y Diputados, Raúl Méndez, Camila Durán, Javiera González, Horacio Velásquez, Ana Paula Ramos y Consuelo Ramírez.

Agradecemos también el valioso aporte académico y de análisis técnico de la Dra. Lorena Rodríguez, Directora Escuela de Salud Pública U. de Chile, como de Diego Silva y Guadalupe Verdejo, de la Sociedad Chilena de Salubridad (SOCHISAL).

Finalmente, agradecemos la participación de Bernardo Martorell, Coordinador Ministerial de la Reforma Sector Salud, y a Vanessa Díaz y Marcela Aguilera, todos del Ministerio de Salud, quienes aceptaron la invitación para participar de algunas reuniones y compartir información sobre las orientaciones que guían este proceso de reforma.

2.

INTRODUCCIÓN

Este documento ha sido elaborado por una comisión de trabajo convocada por la Fundación Friedrich Ebert (FES Chile), con el propósito de fomentar el análisis y contribuir al desarrollo de propuestas para una reforma del sistema de salud en Chile. La comisión está conformada por exautoridades, expertos en salud pública, representantes de centros de pensamiento, así como por representantes de organizaciones de trabajadores de la salud pública y privada, y de usuarios de la salud.

El trabajo de *la Comisión* busca incidir en el debate público al que asistiremos con ocasión de los proyectos de ley para reformar al sistema de salud en su conjunto, que el presidente de la República, S.E. Gabriel Boric Font, está mandado a presentar, por la Ley 21.674, durante el periodo legislativo 2024. Junto a esto, *la Comisión* espera entregar un horizonte de transformación del sistema de salud de largo plazo, con propuestas técnicas basadas en la mejor evidencia disponible, que sean social y políticamente razonables, como también, financieramente responsables, que permitan orientar acciones ejecutivas y legislativas en periodos venideros, para alcanzar la cobertura universal de salud en el país.

Los integrantes de la *Comisión de Trabajo* se articulan en torno a la necesidad de avanzar hacia un Sistema Universal de Salud regido por los principios de la seguridad social,¹ que otorgue cuidados de salud de calidad, de forma oportuna y con adecuada protección financiera y que, al mismo tiempo, sea capaz de participar de la construcción de condiciones de vida digna que contribuyan a mantener la salud de la población.

En particular, en este primer documento de trabajo, *la Comisión se centrará* en el análisis del proyecto de ley que pretende eliminar las preexistencias y la discriminación por sexo y edad para la afiliación y beneficios dentro de los planes de salud en las Isapres, que fue presentado por el Presidente Gabriel Boric al Congreso Nacional el 30 de septiembre de

2024. Dicha iniciativa se ha vuelto una cuestión perentoria, dada la necesidad de terminar con los abusos existentes para los afiliados del sector privado, así como de mejorar la eficiencia en el uso de los recursos de la seguridad social en las aseguradoras.

Dado que dicho proyecto realizará cambios importantes en la estructura de las Isapres, que impactarán a nivel del financiamiento de todo el sistema y en su trayectoria, la Comisión considera indispensable que el análisis y tramitación del mensaje presidencial contenga una perspectiva sistémica y de largo plazo, coherente con la reforma buscada. En este sentido, para cumplir con los principios de seguridad social, *los comisionados* consideran fundamental tener como horizonte la creación de un Fondo Universal de Salud (FUS), que administre todos los recursos sanitarios, terminando con la segmentación en dos esquemas de seguros paralelos existentes, los cuales determinan la discriminación, inequidad e ineficiencia del sistema sanitario. Este planteamiento está en línea con el programa de gobierno del Presidente de la República, S.E. Gabriel Boric Font (*Programa de Gobierno Apruebo Dignidad*, 2021); como con las propuestas de la Comisión Asesora Presidencial conformada por la ex Presidenta de la República, S.E. Michelle Bachelet Jeria (Comisión Asesora Presidencial para el estudio y propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado, en adelante: CAP, 2014); del Colegio Médico de Chile junto a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile (en adelante: ESP-COLMED, 2018); del Banco Mundial para Chile (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento; Banco Mundial, 2021), y de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (Cerde y Godoy, 2024), que consideran esta alternativa como la más adecuada para los desafíos sanitarios que enfrenta el país. Lo anterior supone la necesidad de generar las condiciones para que las Isapres transiten de forma gradual a seguros complementarios, estableciendo un mercado sano y sostenible, donde puedan potenciar aspectos valorados por la ciudadanía, limitando el impacto negativo de su funcionamiento.

Con esta perspectiva, la Comisión ha procurado entregar propuestas técnicas que logren terminar con la cautividad y la discriminación por edad y sexo en las Isapres y que, al mismo tiempo, puedan generar condiciones que posibiliten, en el mediano plazo, concretar una reforma estructural del sistema sanitario chileno que le permita cumplir con los principios de seguridad social en salud.

¹ Los integrantes de la Comisión de Trabajo adhieren a la definición de los principios de la seguridad social realizada por la Comisión Asesora Presidencial para la reforma a las Isapres en 2014, la cual en base a una revisión de la literatura disponible y de resoluciones de organismos internacionales, estableció siete principios: universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, eficiencia, participación, sustentabilidad (CAP, 2014).

3.

ANÁLISIS DEL CONTEXTO GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD EN QUE SE PRESENTA EL PROYECTO DE LEY

La salud es considerada por la ciudadanía como uno de los principales problemas al que los distintos gobiernos deberían haber dedicado más esfuerzo en encontrar una solución (Centro de Estudios Públicos, 2024). Previamente a la crisis social de octubre de 2019, ya se advertía que la desigualdad en el acceso a la salud era el aspecto que más molestia provocaba en la ciudadanía, con una creciente sensación de injusticia y rechazo a que esta se vinculara con los ingresos de las personas, siendo patente la demanda por un Estado más presente y garante, que diera mayor seguridad y equidad en el acceso (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, 2017). En conformidad con esto, durante el estallido social, la inequidad en salud formó parte del núcleo de demandas que motivó las protestas ciudadanas, llamando a la clase política en su conjunto a reformar el sistema sanitario para terminar con ella (Arteaga, 2019; Bossert & Villalobos, 2020; Cabieses et al., 2022; Crispi et al., 2020). Cinco años tras la crisis y, a pesar de que existe una menor conflictividad social en el tema, el reciente Informe de Desarrollo Humano en Chile 2024 (PNUD, 2024), constata que la desigualdad en el acceso a una atención en salud calidad, y, particularmente, que esta dependa de los ingresos de las personas, sigue siendo una de las razones que genera uno de los malestares más intolerables para la sociedad chilena, a la vez que una de las áreas de la vida social donde las personas identifican mayor deseo y necesidad de cambio, esperando una reforma gradual pero que sea capaz de cambiar la estructura del sistema (PNUD, 2024).

Gran parte de la inequidad en el acceso a salud rechazado por la ciudadanía está determinado por la estructura del actual sistema de salud, que se caracteriza por la presencia de dos subsistemas de salud paralelos, uno público y otro privado (con múltiples interacciones y dependencias entre sí), originados en una serie de reformas de carácter neoliberal perpetradas durante la dictadura civil-militar en la década de 1980, las cuales introdujeron lógicas de mercado en los cuidados de salud, diferenciando finalmente el acceso a las prestaciones según la capacidad de pago de las personas (Rotarou & Sakellariou, 2017). Estas reformas alejaron al desarrollo del sistema de salud de los principios de la seguridad social, quebrando la trayectoria histórica del sector, lo que pudo ser parcialmente revertido durante el desarrollo de los gobiernos democráticos posteriores a la dictadura, princi-

palmente, gracias a las reformas llevadas a cabo durante la presidencia de S. E. Ricardo Lagos Escobar. A pesar de esto, siguen existiendo grandes desafíos en salud producto de la mantención de una estructura dual en el aseguramiento en salud, basada en la discriminación por riesgo y segmentación por ingresos, la necesidad de mejorar la gestión y eficiencia en ambos sectores, la falta de cobertura financiera expresada en un gran gasto de bolsillo y la inequidad en el acceso como en los resultados sanitarios (Martínez-Gutiérrez & Cuadrado, 2017; Pardo, 2019).

Durante el actual gobierno se ha intentado reorientar el sistema de salud hacia la seguridad social, mediante la puesta en marcha del “Copago Cero” en el sistema público de salud, beneficiando a millones de usuarios y disminuyendo el gasto de bolsillo de sus afiliados (Booth, 2022); la implementación progresiva de la Estrategia de Atención Primaria Universal, política pública fundamental para avanzar sustantivamente en el derecho a la salud de las poblaciones (Castillo, 2024); al igual que la implantación incremental de los Centros Regionales de Resolutividad (CRR), estrategia que ha dotado de mayor productividad a la red de salud pública (Canales, 2024a).

Aun así, es importante constatar que la segmentación, base de la inequidad descrita, se mantiene, y se debe en gran parte a la instauración, a nivel del financiamiento, en el sistema sanitario chileno de un *sistema sustituto de seguros de salud* (Roman-Urrestarazu et al., 2018), representado por un esquema de seguros privados de salud, las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), que actúan como alternativa y, en la práctica, compiten con el seguro público de salud, el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), por la administración de la cotización obligatoria de los afiliados con mayores rentas y de menor riesgo asociado, comparativamente, situación que ha fracturado la seguridad social en salud al evitar la mancomunación de las cotizaciones en un pool [fondo] único de riesgo.² Esta estructura permite a su vez, la discrimina-

² Al respecto, cabe destacar que las cotizaciones obligatorias (7% de la remuneración imponible), de los afiliados a Isapres representa cerca del 50% de los fondos de salud recaudados en el país por este concepto (CAP, 2014).

ción por riesgo de las Isapres a través del alza del precio de los planes, lo que en un contexto de *cautividad* de los beneficiarios, conduce al “descreme”³ de las personas de más riesgo y gasto hacia Fonasa (Pardo, 2019; Pardo & Schott, 2014; Roman-Urrestarazu et al., 2018). De esta forma, las Isapres compiten finalmente por tener la cartera de afiliados de menor riesgo y no por entregar mejores coberturas a menor precio. Con todo, es notable que tanto por las virtudes que Fonasa ha desarrollado, como por los abusos e ineficiencias de las Isapres, las personas hayan optado progresivamente por el primero durante los últimos años, el cual ha aumentado su cartera en más de un millón de personas desde abril de 2022 a la fecha.

En síntesis, actualmente las Isapres administran los recursos de aproximadamente sólo un 13% de la población (cerca de 2.6 millones de personas), grupo en el que históricamente se han concentrado las personas de más altos ingresos,⁴ las más jóvenes,⁵ con menor riesgo y carga de enfermedad y, por tanto, con menores gastos asociados a la atención de salud; mientras Fonasa da cobertura al 82% de la población (cerca de 16,3 millones de personas), en su mayoría personas de ingresos medios y bajos,⁶ justamente las de mayor edad,⁷ con más riesgo, carga de enfermedad⁸ y gasto en prestaciones de salud⁹ (Castillo et al., 2017; Cid, 2011). Al mismo tiempo, dada la segmentación por ingresos entre ambos esquemas de seguro, Fonasa debe enfrentar estos desafíos con un presupuesto per cápita mucho menor al disponible en las Isapres. Se estima que las aseguradoras privadas cuentan con un gasto per cápita en prestaciones 1,35 veces mayor que el de Fonasa (Castillo et al., 2017), lo que se ha mantenido constante al analizar datos de las últimas décadas (Cid, 2011).

- 3 Se entiende por “descreme” la práctica de los seguros privados de salud de seleccionar preferentemente a individuos de bajo riesgo (jóvenes y sanos), excluyendo o desincentivando la afiliación de personas de alto riesgo (mayores o con condiciones crónicas), con el objetivo de maximizar la rentabilidad y reducir costos. Esta selección adversa se realiza por medio del cobro de primas más altas o rechazos de afiliación para aquellos individuos que presentan mayores costos potenciales, lo cual genera inequidades en el acceso a servicios de salud (Newhouse, 1996).
- 4 Según la encuesta Casen 2022, sólo el 1,9% de las personas afiliadas a Isapres pertenece al quintil de menor ingreso, en tanto en el quintil de mayor ingreso esta proporción se incrementa a 58% (España et al., 2024).
- 5 Según la encuesta Casen 2022, sólo un 5,8% de las personas mayores de 60 años está afiliado a Isapres (España et al., 2024).
- 6 La encuesta Casen 2022 muestra que la proporción de personas afiliadas al sistema Fonasa supera el 90% en los quintiles de menores ingresos de la población, disminuyendo a 37,9% en el quintil de mayores ingresos (España et al., 2024).
- 7 Según la encuesta Casen 2022, el 86,4% % de las personas mayores de 60 años está afiliado a Fonasa (España et al., 2024).
- 8 Estimaciones de riesgo individual (por sexo, edad y diagnósticos clínicos) de 2011 revelan que existe una diferenciación de riesgos entre Fonasa y las Isapres cercana al 33% en promedio en 10 años (Cid, 2011).
- 9 Estimaciones de 2011 concluyen que una persona afiliada a Fonasa tendrá un gasto promedio entre un 30% a un 35% superior que una persona afiliada a alguna Isapre (Cid, 2011).

Cabe considerar que la cotización promedio en el caso de las Isapres es de un 10%, lo que viene a refrendar el incremento progresivo del gasto de las personas que cotizan en Isapres. Es importante destacar que el gasto total per cápita en cada esquema es mayor al pago efectuado por los seguros, ya que se debe considerar adicionalmente el gasto de bolsillo de los afiliados (copagos), lo que amplía la diferencia entre los dos subsistemas. En efecto, los planes de salud en las Isapres tuvieron una cobertura efectiva promedio de 62% del total gastado por cada afiliado en 2023, siendo financiado el 38% restante a través de gasto de bolsillo (Sánchez, 2024). Por ejemplo, mientras el gasto de bolsillo promedio mensual por hogar en las aseguradoras privadas fue de aproximadamente 236 dólares en 2012, en Fonasa varió entre 28 dólares para “Fonasa A” y 99 dólares en “Fonasa D” (Koch et al., 2017).¹⁰ Esto no sólo da cuenta de la gran diferencia en disponibilidad de recursos entre ambos subsistemas, sino que revela una protección financiera insuficiente del sistema en su conjunto, lo cual pone a los hogares, especialmente a los más vulnerables, en riesgo de dificultades financieras debido a los costos de atención de salud (Koch et al., 2017). En este sentido, cabe destacar que bajo la estructura actual, el gasto de bolsillo supera el 30% en Chile, mientras los países de la OCDE promedian un 18% (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2023), el tipo de gasto más ineficiente e inequitativo. La segmentación a nivel del aseguramiento da lugar a dos realidades: un sector público insuficientemente financiado y abrumado por la demanda asistencial, expresada en largas listas de espera, junto a un sector privado excluyente y con costos crecientes (Aguilera et al., 2014).

Como se hace evidente, las diferencias descritas entre Fonasa e Isapres en cuanto a riesgo sanitario de las carteras, disponibilidad de recursos y los copagos existentes, impactan en diferencias en el acceso a prestaciones de salud por parte de sus afiliados, las cuales son, finalmente, determinadas por los ingresos de las personas. Estimaciones recientes concluyen que los beneficiarios de las Isapres, en comparación con los de Fonasa, tienen más probabilidades de acceder a servicios médicos especializados (18,3% frente a 9,3%), odontológicos (11,2% frente a 5,9%), exámenes de laboratorio (18,1% frente a 4,8%) y quirúrgicos (7,8% vs. 5,9%) (Castillo et al., 2017), lo que, como hemos señalado, tiene una directa relación con los ingresos de las personas (Gallardo et al., 2017) y se ha mantenido vigente a pesar de las reformas de 2005 (Martínez-Gutiérrez & Cuadrado, 2017; Paraje & Vásquez, 2012), en especial, en patologías sin cobertura GES (Frenz et al., 2014).

Considerando el contexto general del sistema de salud en que se presenta el proyecto de ley por parte del Ejecutivo, la Comisión considera perentorio que durante la tramitación se logre aprobar un articulado que termine con la discriminación por riesgo y la cautividad dentro del esquema de las Isapres, avanzando a su vez en mayor protección financiera y transparencia para sus afiliados, teniendo siempre el

10 Para la estimación se consideró un tipo de cambio de un dólar = 486 pesos chilenos del año 2012.

cuidado de no impulsar medidas que perpetúen o potencien la segmentación según ingresos en dos subsistemas de salud paralelos, dadas las consecuencias negativas descritas previamente. En este sentido, la Comisión llama a los congresistas a aprobar un articulado que permita avanzar en el mediano plazo a una reforma estructural de la salud, que genere un sistema de salud regido por los principios de la seguridad social y de alcance universal dentro del país, aproximando a Chile a los estándares de los países desarrollados. A saber, para *la Comisión*, a nivel del aseguramiento, la regulación que se implemente a las Isapres debe permitir avanzar hacia un Fondo Universal de Salud que actúe con lógica de Seguro Nacional de Salud, con la participación de seguros privados complementarios.

4.

EL PROBLEMA DE LAS PREEXISTENCIAS Y LA DISCRIMINACIÓN POR SEXO Y EDAD EN EL ESQUEMA ISAPRE

El proyecto de ley responde a la necesidad de solucionar problemas sanitarios sentidos en el subsistema de salud privado, considerados abusos por la mayor parte de sus afiliados, interpelados por el Tribunal Constitucional y la Excm. Corte Suprema en sus fallos, y que además, provocan efectos en todo el sistema de salud:

a. Discriminación por edad y sexo en la cobertura de los planes: la ley permite a las Isapres definir el plan de salud y la prima (precio), en base al riesgo que presenta la persona, lo cual se realiza multiplicando el precio base por un factor derivado de la tabla de factores de riesgo (edad y sexo).¹¹ Esto incentivó una diferenciación extrema de los planes y precios, existiendo 53.148 planes de salud vigentes, con 1.250 en comercialización, un 30% de los cuales cuenta con sólo un afiliado (Sánchez, 2024). Lo anterior genera una gran asimetría de información entre las aseguradoras y los beneficiarios, impidiendo la elección racional de estos y la competencia entre las Isapres. Tal como fue descrito previamente, a través de este mecanismo las aseguradoras realizan la discriminación por riesgo, lo que en un contexto de cautividad en el esquema de seguros conduce al “descreme” hacia Fonasa y la segmentación por riesgo e ingresos entre los dos subsistemas (CAP, 2014; Pardo, 2019; Pardo & Schott, 2014).

La tabla de factores comenzó a ser cuestionada judicialmente en la década del 2000 debido a las grandes alzas de precios y discriminación que generaba, con cerca de 5000 recursos de protección en contra de las Isapres. El debate ante las Cortes de Apelaciones se traspasó en 2008 y 2009 al Tribunal Constitucional (TC), al ser presentados cuatro casos en los cuales se declaró la inaplicabilidad del artículo 38 ter de la Ley de Isapres, que regulaba el tema en esa época (lo que correspondería al Art. 199 del DFL 1). Con esto, el TC decidió de oficio pronunciarse sobre la inaplicabilidad, dictando el fallo Rol 1710-10-INC, que declaró inconstitucionales el

ajuste de los planes por rangos de edad y sexo, por ser incompatibles con el derecho a la igualdad ante la ley y atentar en contra del derecho a la protección de la salud y a la seguridad social. Al quedar derogadas dichas normativas, se produjo un vacío legal que el mismo TC llamó a los legisladores a llenar con la promulgación de una ley (Zárate, 2010). Dado que esto no ocurrió, las aseguradoras continuaron ajustando el precio de los planes por las tablas de factores de riesgo individual (edad y sexo), lo que originó una creciente judicialización ingresando, por ejemplo, 376.732 recursos de protección a las Cortes de Apelaciones en 2019.¹² En este contexto, la Superintendencia de Salud (SIS), emitió la Circular IF/N°343 a fines de 2019, estableciendo la tabla única de factores (TUF) para todos los planes nuevos a partir de abril de 2020, eliminando la ponderación por sexo y unificando y moderando la ponderación por edad para todos los planes. A pesar de que esta normativa tuvo un buen impacto inicial, disminuyendo el número de planes en comercialización en cerca de un 30% y aplacando las diferencias por género en los nuevos planes, condujo al aumento general de los precios base debido a que las Isapres procuraron compensar la pérdida de ajuste por riesgo de los precios (Sánchez, 2020).

Al corto andar, las Isapres continuaron utilizando tablas de factores distintas a la TUF, lo que incrementó aún más la judicialización. Si bien, entre los años 2013 a 2022 se registró un total de 2.293.423 acciones de protección en contra de las Isapres en las diferentes Cortes de Apelaciones a nivel país (65% de ellas, por concepto de alza de precio del plan base), 1.400.873 fueron presentadas entre 2019-2022, alcanzando un peak de 668.916 acciones en 2022, lo que representó el 85% de los casos vistos en el sistema judicial. En este contexto, la Excm. Corte Suprema (CS), dictó una serie de fallos en noviembre de 2022,¹³ determinando que no sería ilegal pon-

¹¹ La “tabla de factores” está normada en el DFL 1 para la determinación del precio del plan a contratar en el artículo 170 letra m) y n), artículo 199, artículo 203.

¹² Para más información, revisar cuentas públicas del poder judicial, disponibles en: <https://www.pjud.cl/transparencia/cuentas-publicas>

¹³ Sentencias roles nros. 16.630-2022, 25.570-2022, 14.513-2022 y 13.979-2022.

derar el precio base del plan por la TUF, sentenciando que el uso de una tabla de factores distinta sería arbitraria e iría en contra del fallo del TC de 2010, dejando sin efecto todas las tablas de factores utilizadas por las Isapres, mandatándolas a ajustar el precio final de todos los contratos a la TUF, tanto de forma prospectiva como retrospectiva, debiendo reintegrar a los afiliados los cobros excesivos desde la entrada en vigencia de la tabla (1 de abril de 2020). Esto proyectaba una caída de un 9% en los ingresos operacionales mensuales de las Isapres, con una deuda estimada de más de 1.186 millones de dólares por cobros excesivos e ilegales a sus afiliados (Comisión Técnica Asesora para la Comisión de Salud del Senado en el marco de la discusión del boletín 15896-11, en adelante: CTA, 2023), que debía ser pagada, poniendo en evidente riesgo financiero a dichas instituciones, cuestión que tuvo que ser compensada por la Ley corta de Isapres.

b) Preexistencias y cautividad: la ley actualmente¹⁴ permite limitar la afiliación a las Isapres y restringir las coberturas de los planes de beneficios por concepto de preexistencias y edad, causas conocidas en su conjunto como carencias¹⁵ y exclusiones.¹⁶ Ambas generan *cautividad* para los afiliados de las Isapres, toda vez que el mismo DFL 1 define explícitamente al *cotizante cautivo* como aquel:

cuya voluntad se ve seriamente afectada, por razones de edad, sexo o por la ocurrencia de antecedentes de salud, sea de él o de alguno de sus beneficiarios, y que le impida o restrinja, significativa o definitivamente, su posibilidad de contratar con otra Institución de Salud Previsional (art. 170, letra i).

Esta es, por tanto, una norma legal del todo cuestionable ya que, tal como señaló la Comisión Asesora Presidencial para el estudio y propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud: “esta es una de las particularidades del sistema chileno, pues la propia ley admite la potencial existencia de limitaciones a la elección y acceso, cuestión que debe ser modificada” (CAP, 2014, p. 75).

La cuestión supone un problema de gran importancia para los afiliados y para el funcionamiento de las Isapres

en su conjunto, ya que la movilidad de los usuarios entre los seguros —que podría ser indicador de una sana competencia—, ha sido escasa y el fenómeno de la cautividad, muy relevante (Cid et al., 2009). De acuerdo con la información proporcionada por la SIS a la Comisión de Salud del Senado de la República en septiembre de 2022, alrededor del 42,5% de los cotizantes de Isapres de ese año, esto es, unas 837 mil personas se encontraban cautivas por enfermedad, y un 11,3% de los beneficiarios, correspondiente a unas 361.414 personas, se encontraban cautivas por edad, cifras similares a las reportadas casi una década antes por la CAP (2014). Esta situación motiva que las personas cautivas deban hacer esfuerzos por permanecer en una Isapre que intenta desprenderse de ellas a través de alzas continua del precio de los planes, lo que las conduce progresivamente a contratar planes con menores coberturas, más altos copagos, y finalmente, al “descreme” hacia Fonasa.

Cabe destacar que la reforma de 2005 intentó terminar con la cautividad por preexistencias, permitiendo una sana competencia entre las aseguradoras, a través de la cobertura GES a las principales patologías que causaban cautividad, junto a la creación de un Fondo Compensación Solidario (FCS), entre las Isapres, para compensación de riesgo con transferencias por uso de prestaciones GES (Debrott et al., 2017), el cual fue diseñado explícitamente para “solidarizar los riesgos en salud entre los beneficiarios”.¹⁷ En este sentido, la SIS en 2009 diagnosticaba que la cautividad por enfermedad se debía a 15 patologías, un 74% concentradas en cuatro enfermedades, todas con cobertura GES (Cid et al., 2009), por lo que es posible plantear que si hubieran sido utilizadas las garantías y se hubieran realizado efectivamente las transferencias para compensación de riesgo, no nos encontraríamos en el escenario actual.

Lamentablemente, las Isapres diseñaron mecanismos institucionales e incentivos a sus afiliados para que ambas medidas no operasen de forma adecuada y, en la práctica, para utilizar los nuevos recursos de la prima GES para obtener utilidades. Por ejemplo, la propia Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) de las Isapres pretendía, vía incremento del precio de los planes, sustituir “comercialmente” al GES, en términos de oferta en enfermedades catastróficas. Actualmente, un bajo porcentaje de personas con patologías con cobertura GES las utilizan en el sector privado. Según declaraciones del superintendente de Salud en 2016, sólo cerca del 25% de las personas con enfermedades GES utilizaron su cobertura, prefiriendo atender dichas patologías a través del plan complementario.¹⁸ Además, se ha comprobado que entre los afiliados que activan las garantías, existen incentivos para que utilicen la cobertura GES de forma parcial (combinando con el plan complementario), lo que además genera un importante

¹⁴ La normativa actual fue estipulada en la reforma del año 2005, pero ya previamente la Ley 18.933 de 1990 (modificada posteriormente en el año 1995 por la Ley 19.381) determinaba que sólo se podía establecer diferencias de precios en los planes de acuerdo al sexo y edad y no por estado de salud de los beneficiarios. Cabe destacar que en esta iniciativa de 1990 se regularon los períodos de carencia para embarazos y para las preexistencias declaradas, por un período de 18 meses (CAP, 2014).

¹⁵ El DFL 1 define “carencias” en la letra g) del artículo 189, como: “restricciones a la cobertura. Ellas solo podrán estar referidas a enfermedades preexistentes declaradas, por un plazo máximo de dieciocho meses, contado desde la suscripción del contrato, y tendrán la limitación establecida en el inciso primero del artículo 190”.

¹⁶ El DFL 1 define “exclusiones” en el numeral 6 del artículo 190, que determina las exclusiones de cobertura: “Enfermedades o condiciones de salud preexistentes no declaradas, salvo que se acredite justa causa de error”.

¹⁷ Artículo 19 del DFL 1.

¹⁸ Al respecto, el Superintendente de Salud de la época, Sebastián Pavlovic, informó que “sólo 1 de 4 cotizantes que tiene derecho a utilizar el GES lo hace efectivamente [N. del E.: En negritas, en el original].” (T13, 2016).

aumento en los copagos (Olivares-Tirado et al., 2008).¹⁹ Investigaciones recientes entregan algunas luces sobre dichos incentivos, ya que han descubierto que la desconfianza en el prestador (médico y/o establecimiento) entre los adultos con mayores ingresos económicos es la principal causa de la falta de uso de la cobertura GES (Alvear-Vega & Vargas-Garrido, 2023), lo que podría ser explicado como consecuencia de la diferenciación que las Isapres realizan de las redes de prestadores para las GES y el plan complementario. Así, existe una baja tasa de siniestralidad de la prima GES, la que, según datos de la Superintendencia, fue de 17 a un 37% en las distintas aseguradoras entre 2019-2022.²⁰ De hecho, estimaciones del Centro de Estudios Públicos (CEP), concluyeron que del total del gasto en prestaciones de las Isapres en 2013, sólo un 6,6% se debió a prestaciones con cobertura GES (Henríquez et al., 2016), llegando a un 11.8% en 2019, según datos de la SIS (Fernández et al., 2021). De esta forma, la mayor parte de los recursos provenientes de la prima GES, termina siendo desviado a utilidades en las Isapres²¹ (Cid, 2011). Al mismo tiempo, dado el bajo uso de las prestaciones con cobertura GES, y que las transferencias del FCS GES se realizan de forma retrospectiva semestralmente (una vez que se utilizaron las prestaciones), existe una baja compensación de riesgo entre las aseguradoras, alcanzando las transferencias desde el FCS, por ejemplo, sólo un 3.4% de los recursos potenciales en 2017 (Debrott et al., 2017),²² y un 1.08% en 2019 (Fernández et al., 2021), bloqueando la opción de terminar con la cautividad.

Con el fin de maximizar utilidades, tomando en cuenta que la ley permite la libre tarificación de la prima solidaria GES con cada nuevo decreto, las Isapres adquirieron la práctica de realizar un alza de la prima GES mucho mayor a la estimada en los Estudios de Verificación de Costos (EVC),²³ realizados por la SIS. Esta práctica ha sido impugnada por sus afiliados y también judicializada. De los más de dos millones de recursos de protección interpuestos en las Cortes de Apelaciones entre 2013 y

2022, un 23% se debió a aumentos de la prima GES. En este contexto, la CS dictó el fallo de agosto de 2023,²⁴ el cual dejó sin efecto el alza de las primas GES que las Isapres dispusieron por la entrada en vigencia del nuevo Decreto GES (DS 72 del 1 de octubre de 2022). La CS mandató a las aseguradoras a ajustar el precio de la prima a 7,22567 UF anuales, valor promedio del costo estimado individual por beneficiario en el EVC 2021, dándoles la alternativa de mantener la prima GES vigente para el trienio anterior, si esta era mayor. Con esto, se proyectó una caída de un 12% de los ingresos operacionales mensuales de las aseguradoras (CTA, 2023), cuestión que llevó al Ejecutivo a legislar en la ley de reajuste al sector público en 2023 (Ley 21.647), un alza extraordinaria, por sólo una vez, del precio final del plan por un valor en UF por cada persona beneficiaria entre dos y 65 años, con el fin de compensar la caída de ingresos de las aseguradoras, además de regular en la Ley Corta de Isapres el alza de la prima GES, entregando facultades a la SIS para su verificación en base a parámetros técnicos.

Considerando que los problemas detallados sobre cautividad por preexistencias y la discriminación por riesgo está amparada en la ley misma, siendo el poder judicial el que ha debido restringir el abuso que se ha cometido con dichas normativas, es importante insistir en que la consecuente alza de los precios de los planes, desproporcionada en la mayor parte de los casos, también evita que las Isapres busquen un uso eficiente de los recursos y la contención de gastos administrativos, ya que optan por transferir los mayores costos directamente a sus afiliados, asegurando siempre un margen de utilidad (CAP, 2014; Roman-Urrestarazu et al., 2018). De hecho, esta situación llega a tal nivel, que estudios encargados por la Fiscalía Nacional Económica revelaron que las aseguradoras se coludieron entre 2002 y 2003 para reducir la cobertura financiera en los planes, a pesar de las alzas (Agostini et al., 2010). De este modo, es posible constatar que el crecimiento desmedido en las primas ha permitido a las aseguradoras mantener altas ganancias, gozando de una tasa de rentabilidad media anual de 30% desde su creación hasta antes de la pandemia, una tasa claramente superior a las rentas normales de otras industrias en Chile²⁵ (Cid & Uthoff, 2018). De acuerdo con cifras de la SIS, desde 1990 hasta 2023 las Isapres obtuvieron utilidades acumuladas netas después de impuestos de 1,02 billones²⁶ de pesos, sufriendo pérdidas sólo los años 2016 (57 mil millones de pesos), 2021 (148 mil millones de pesos) y 2022 (138 mil millones de pesos), estos dos últimos periodos en contexto de pandemia.²⁷

- 19** Destacó en el estudio de la SIS de 2008 el aumento en los copagos al combinar las coberturas GES con el plan complementario frente a cáncer de mama (copago pasó de 10,1% con la cobertura GES pura a 23% al combinar), infarto agudo al miocardio (copago pasó de 5,1% con la cobertura GES pura a hasta alcanzar un 51,5% al combinar) y el tratamiento quirúrgico de cataratas (copago pasó de 17,5% con la cobertura GES pura a un 40,5% al combinar).
- 20** Tasa de siniestralidad GES en Isapres abiertas 2019-2022: Banmédica, 37,2%; Vida Tres, 36%; Consalud 35,3%; Cruz Blanca, 28,4%; Colmena 24% y Nueva Masvida 17%.
- 21** Al respecto, la Superintendencia de Salud declaró a medios de comunicación que sobre el 80% de las utilidades provenía de la prima GES en 2018 (Leiva, 2019).
- 22** A saber, se transfirieron 6.148 miles de millones de pesos, de un total estimado de 180.823 miles de millones de pesos potenciales del FCS. Se debe recordar que este es un fondo virtual, que opera sólo a través de transferencias desde las Isapres, por lo que no se acumulan montos de forma real que luego deban ser distribuidos.
- 23** El nombre completo de los EVC es “Estudio de Verificación del Costo Esperado Individual Promedio por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas”, y se realizan para actualizar las primas solidarias GES frente a cada nuevo decreto.

- 24** Para más información, acceder a los fallos en la página web del poder judicial en el siguiente link: <https://www.pjud.cl/prensa-y-comunicaciones/docs/download/64334>
- 25** La Fiscalía Nacional Económica estimó las utilidades de las Isapres en base al Rendimiento Sobre Capital (ROE), encontrando una rentabilidad de 35%, cifra superior a la de las compañías de seguros generales (7,4%), las compañías de seguros de vida (11,7%) y los bancos (17,5%) (Tobar et al., 2012).
- 26** Estimación corresponde a 1.020.644 millones de pesos.
- 27** Cabe destacar que es posible que esto esté relacionado con el congelamiento de las alzas de los precios de los planes de las Isapres durante la pandemia covid-19 en los periodos 2020-2021 y 2021-2022.

De lo expuesto, se hace evidente para los integrantes de la Comisión que las Isapres han actuado en contra de lo esperable para un seguro que debiese cumplir con los principios de la seguridad social, particularmente, porque se ha beneficiado desde sus orígenes de una fuente permanente de ingresos, como es la cotización obligatoria, evadiendo los mecanismos regulatorios que pretendían terminar con la discriminación por riesgo y la cautividad; han priorizado maximizar sus utilidades sobrepasando la normativa legal, incluso cometiendo grandes abusos en contra de sus afiliados; han disminuido progresivamente la protección financiera entre sus beneficiarios, aumentando el gasto de bolsillo (copagos); y han dejado de lado la oportunidad de hacer un uso eficiente de los recursos. Todos estos fenómenos impactan en la totalidad del sistema, ya que perpetúan la segmentación por riesgo e ingresos entre los dos subsistemas, afectando la equidad y eficiencia global.

Junto a esto, los comisionados admiten que el actuar descrito de las Isapres ha estado determinado por la dificultad de generar, desde el Estado, una institucionalidad regulatoria efectiva. Si bien se avanzó desde el retorno a la democracia en establecer normativas para regular a las aseguradoras, estas fueron capaces de sobrepasarlas y continuar con la discriminación para obtener utilidades desmedidas. En este sentido, es relevante advertir que sólo se logró contener el nivel de abusos hacia los beneficiarios, gracias al rol que ha ejercido el poder judicial. De igual forma, se observa que las intervenciones ejecutivas y legislativas en los últimos años han estado destinadas a dar sostenibilidad financiera a las Isapres, quedando pendiente la necesidad de tratar los problemas de fondo, lo cual debe ser realizado con una visión sistémica dados los efectos para la totalidad del sistema de salud de la operación de las aseguradoras privadas (Erazo, 2015).

Los *comisionados* confirman que los problemas descritos de las Isapres en el país, son aquellos que la experiencia comparada y literatura especializada internacional ha identificado como propios de los seguros privados de salud a nivel global (Thomson et al., 2020), manteniéndose en grado importante incluso en esquemas de seguros sociales con participación de aseguradoras privadas, que buscan atenuarlo a través de complejos mecanismos de ajuste de riesgos y fuertes instituciones regulatorias, como los existentes en Bélgica, Alemania, Países Bajos y Suiza (Thomson et al., 2013; Thomson & Mossialos, 2006). La propia OMS ha advertido acerca de este complejo escenario en orden a avanzar a la universalidad en el financiamiento (Kutzin, 2013).

Con todo, nadie podría negar que esta lógica de beneficiarse de las cotizaciones de sus afiliados de manera obligatoria y perpetuar las lógicas de mercado de seguros privados constituye una falla estructural que repercute en los beneficios y cobertura en salud de todos los chilenos.

Por esto, junto a la necesidad de no perpetuar la segmentación por ingresos en dos subsistemas durante la tramitación explicitada en el acápite anterior, es posición de la *Comisión* advertir a los legisladores sobre la necesidad de evitar que durante la discusión parlamentaria se tomen medidas que fortalezcan y potencien el rol de las Isapres en la administra-

ción de los fondos de la seguridad social pues es esperable, dada su naturaleza, que sigan produciéndose los problemas de discriminación e ineficiencia descritos en el país y reportados a nivel internacional. Por el contrario, la comisión hace el llamado a legislar medidas que permitan terminar con los abusos y escaladas de costos actuales y que, al mismo tiempo, contribuyan a transitar hacia un modelo de seguridad social donde los seguros privados cumplan un rol que limite su impacto negativo y potencie sus beneficios. A saber, para la Comisión, que las Isapres tengan la capacidad y posibilidad de transitar a seguros complementarios de salud posicionados como seguros privados voluntarios en un “segundo piso” sobre la base de un Seguro Nacional de Salud.

5.

ESPECIFICIDAD DEL MANDATO LEGAL PARA PRESENTAR UN PROYECTO DE LEY QUE TERMINE CON PREEXISTENCIAS Y DISCRIMINACIÓN EN ISAPRES

El legislador, en la disposición transitoria décima de la Ley 21.674 denominada “Ley corta de Isapres”, establece un calendario legislativo imperativo para iniciar la tramitación a la reforma al sistema de salud, disponiendo que dentro del periodo legislativo del año 2024, el Presidente de la República deberá presentar proyectos destinados a reformar el sistema en su conjunto, a fin de profundizar los principios de seguridad social en salud y fortalecer a Fonasa y a la Superintendencia de Salud. Así mismo, estipula que:

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

Del tenor literal de la norma, se sigue que el Presidente de la República se encontraba en el imperativo jurídico de presentar al Congreso Nacional un proyecto de ley que, en lo medular i) posibilite la libre afiliación a las Isapres; ii) el contrato de planes de beneficios que carezcan de restricciones a las coberturas por preexistencias, sexo y edad; iii) estableciendo mecanismos que viabilicen esto.

Es claro que el propósito del legislador al establecer dicho mandato legal fue buscar un mecanismo que terminase con la cautividad en el esquema de las Isapres y con la discriminación por riesgo por el uso de la Tabla de Factores, en línea esto último, con lo resuelto por el TC en 2010. Así mismo, al referirse a mecanismos de viabilidad, la ley no explicita que debieran generarse nuevos mecanismos para compensar y/o cómo partir el riesgo para los seguros, como tampoco un plan único de tarifa plana, ni llamaba a terminar con la existencia de diferentes planes de salud, siempre y cuando estas diferencias no estuvieran determinadas por preexistencias, edad y/o sexo. En rigor, buscaba asegurar

mecanismos que posibilitasen la movilidad entre las Isapres con libre afiliación a nuevos planes, y que estos no tuvieran limitaciones en coberturas en función de la edad, el sexo o las enfermedades preexistentes. Por ello, estos posibles cambios están determinados por decisiones políticas de los distintos actores y no por un mandato legal, dejando clara la necesidad de proporcionar una orientación político-técnica clara al contenido del proyecto.

Dado lo anterior, para la discusión durante la tramitación, junto a la necesidad perentoria de terminar con los abusos que las Isapres cometen con sus beneficiarios, sin perpetuar la segmentación por riesgo e ingresos entre los dos subsistemas existentes, evitando proyectar y potenciar el rol de las aseguradoras privadas en la administración de los fondos de la seguridad social; la Comisión considera razonable ampliar el alcance del proyecto dada la perspectiva político-técnica manifestada en este documento y, en especial, considerando los recientes conflictos del esquema de seguros privados, haciendo el llamado a incorporar en el proyecto de ley medidas que generen condiciones que permitan una reforma estructural al financiamiento de la salud para instaurar un Fondo Universal de Salud, donde las Isapres puedan transitar voluntariamente a convertirse en seguros complementarios privados, alineando el sistema de salud con el sentir de lo que espera la mayor parte de la población (PNUD, 2024), y lo que ocurre en países desarrollados (Kutzin et al., 2010).

6.

PROPUESTAS PREVIAS A LA PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE LEY QUE PUEDEN DETERMINAR LA TRAMITACIÓN EN EL CONGRESO

Para los comisionados es importante advertir sobre las posiciones más destacadas en el debate público durante los diálogos prelegislativos del Ministerio de Salud y de la Comisión de Salud del Senado. Estas posiciones representan visiones específicas de los sectores políticos de derecha y de centroizquierda, siendo probablemente las posiciones a las cuales las distintas bancadas parlamentarias pretendan aproximar el contenido del proyecto de ley presentado por el Ejecutivo durante su tramitación. Así, los comisionados advierten que en las instancias prelegislativas se destacaron dos posibles alternativas de regulación para cumplir con el mandato establecido en la Ley Corta de Isapres las cuales, de adoptarse, pueden marcar trayectorias completamente distintas en la transformación del sistema de salud:

TRANSFORMAR EL SISTEMA DE SALUD EN UNO BASADO EN UN MODELO DE MULTISEGURO

En primer lugar, se observa a un grupo de académicos y personeros mayoritariamente vinculados al sector político de derecha, quienes proponen como modelo de salida uno que mantenga la segmentación y busque la viabilidad de las Isapres a través de un fondo de compensación. Este se sustentaría en tres pilares: (i) plan único de salud con una tarifa plana en las Isapres; (ii) fondo de compensación de riesgo inter-Isapres; (iii) regulación de seguros complementarios para cobertura adicional al plan único de salud de las Isapres. Junto a esto, de forma paralela, incluyen iniciativas en Fonasa para la homologación del plan entre los dos esquemas de seguro, poniéndolos a competir directamente. Esta particularidad de homologar a manera de “espejo” ambos esquemas de seguros, esperando que compitan entre sí, echa por tierra y desconoce las bases fundamentales de la seguridad social en salud, la universalidad y la solidaridad de riesgo, independiente de la condición de cotizantes, ingresos y estado de salud, las cuales sustentan y otorgan el mandato legal a Fonasa.

El contenido de esta propuesta de multiseguros puede observarse reiteradamente en el proyecto de ley presentado

por el Presidente Piñera en su primer mandato, denominado “Plan Garantizado de Salud en Isapre” (Boletín 8105-11),²⁸ en la indicación sustitutiva presentada en su segundo mandato, siendo ministro de Salud el Dr. Emilio Santelices, que establecía un “Plan de Salud Universal en Isapre” (038-367),²⁹ así como con el informe de la Comisión de Expertos para la Reforma de Salud convocada por la Comisión de Salud del Senado,³⁰ la cual fue presidida por el mismo Dr. Santelices (Comité de Expertos para la Reforma de Salud, en adelante: CER, 2024).

Como se mencionó, el actual esquema de Isapre se transformaría en uno denominado como multiseguro en Chile, el cual corresponde a un esquema de seguros conocido en la literatura como *seguros sociales de salud* (SSS) (Böhm et al., 2013; Cuadrado et al., 2019). Los comisionados consideran de suma importancia dar a conocer algunas precisiones conceptuales.

En primer lugar, a la fecha, del total de países con SSS, sólo un grupo acotado ha sido referenciado de forma recurrente en las discusiones locales de reforma, por considerarse dentro de los sistemas de seguridad social en salud (CAP, 2014; Cid, Torche et al., 2014; Paolucci & Velasco, 2017; Comisión Presidencial de Salud, en adelante: CPS, 2010). Nos refe-

²⁸ Dicho plan se encuentra en segundo trámite constitucional: https://tramitacion.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=8105-11

²⁹ Se puede descargar el mensaje presidencial con la indicación sustitutiva en la página web del Senado: https://tramitacion.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=8105-11

³⁰ Cabe destacar que la propuesta, aunque no fue presentada con posiciones de mayoría y de minoría, no tuvo apoyo unánime en la Comisión. Sin ir más lejos, el exministro de Salud, Dr. Álvaro Erazo, renunció debido a diferencias con la implementación del fondo de compensación inter-Isapres (Canales, 2024c); mientras el exsubsecretario de Redes Asistenciales, Dr. Fernando Araos, hizo pública su diferencia con la insistencia en implementar el mismo fondo y perpetuar el modelo de Isapre (Canales, 2024b).

rimos a los SSS de cinco países desarrollados (Alemania,³¹ Países Bajos, Bélgica, Suiza e Israel), los cuales mancomunan todos los recursos públicos disponibles de salud (aportes fiscales, cotizaciones y otros) en un *pool* único de alcance universal –fondo único–, transfiriendo luego a las aseguradoras recursos ajustados por el riesgo estimado de su cartera de afiliados, para que opere la compensación de riesgos entre ellas (van de Ven et al., 2003). En teoría, este tipo de arreglo institucional podría eliminar los incentivos de las aseguradoras a competir por la cartera de menor riesgo a través de la discriminación por riesgo en las características de los planes (competencia de suma cero), trasladando dicha competencia a la de captar nuevos afiliados dando mayor cobertura a prestaciones de mejor calidad, llevando potencialmente a una mejora en la equidad y eficiencia del sistema (van de Ven & Ellis, 2000). Lamentablemente, luego de décadas de implementación y reformas de este tipo de arreglos en los países mencionados, la evidencia ha sido elocuente en mostrar lo difícil y costosa que es la regulación, fiscalización e implementación del ajuste de riesgo, toda vez que las aseguradoras siguen discriminando por riesgo y mantienen la cautividad por medio de novedosos mecanismos, manteniéndose, a la vez, un alto gasto administrativo e importantes restricciones en cuanto a eficiencia en su operación (Thomson et al., 2013, 2020; Thomson & Mossialos, 2006). La evidencia muestra que los modelos más avanzados de ajuste de riesgo compensan apenas entre un 40-45% del gasto efectivo (Cid et al., 2016).

Adicionalmente, es menester aclarar que la propuesta de transformar a las Isapres en seguros sociales de salud incorporando el componente fundamental de la creación de un fondo de compensación inter-Isapres, manteniendo la segmentación por ingresos en dos subsistemas, es completamente ajena al arreglo de seguridad social existente en los cinco países mencionados y que ha sido referente para propuestas locales previas, las cuales buscaban generar un fondo que cubriera a toda la población, con Isapre y Fonasa manteniendo una competencia regulada (Cid, 2011; Fernández et al., 2021; CPS, 2010; Paolucci & Velasco, 2017). De igual forma, se aclara que para los miembros de la Comisión este tipo de reforma (fondo de compensación Isapres-Fonasa) tampoco sería razonable en el país dados los riesgos descritos en la experiencia internacional y las problemáticas proyectadas de su aplicación local, las cuales

fueron tratadas en extenso por la Comisión que propuso una reforma integral al financiamiento de salud en el país, conformada por el Colegio Médico de Chile y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile (ESP-COLMED, 2018), y que no forma parte del núcleo central de análisis del presente documento.

En cuanto a la propuesta de reforma parcial analizada, la cual sólo considera un fondo de compensación inter-Isapres, la comisión es categórica en señalar que conduciría a nuestro sistema de salud a una trayectoria que lo alejaría de los principios de la seguridad social.³² Esto, ya que perpetuaría el sistema de seguros sustitutos existentes en el país, y con esto, la segmentación por riesgo e ingresos, con los problemas de equidad y eficiencia conocidos (Roman-Urrestarazu et al., 2018). Se pretendería generar dos “esquemas de seguridad social”³³ en salud paralelos, con dos fondos con pool de riesgos distintos: uno que ejercería solidaridad entre las personas de mayores ingresos del país y otro que lo haría con el resto de la población, un diseño inédito a nivel mundial y totalmente contrario a las recomendaciones de la OMS para avanzar en seguridad social de salud, las cuales llaman a establecer fondos de alcance universal (Kutzin, 2013; Kutzin et al., 2010). Creemos que todo arreglo institucional o modelo que perfeccione la seguridad social debe contar con la legitimidad técnica y empírica suficiente, aspectos de los que, hasta ahora, esta propuesta carece.

Por otro lado, se genera el problema de que el esquema de seguros privados competiría, en condiciones desiguales, por los afiliados de menor riesgo y mayores ingresos de Fonasa. Las Isapres, al recibir recursos ajustados por el riesgo de sus carteras desde el fondo de compensación, cambiarían la lógica actual de operación, pasando de competir por tener carteras pequeñas de personas con bajo riesgo y gasto (competencia de suma cero), a buscar un mayor número de afiliados a los cuales sea rentable dar cobertura con los montos transferidos desde el fondo. Es posible proyectar, en base a la experiencia internacional y nacional descritas anteriormente, que las aseguradoras buscarían nuevos mecanismos para mantener algún grado de discriminación por riesgo en esta competencia, ya que un fondo inter-Isapres tendría un impacto menor en el ajuste de riesgo y compensación de las pérdidas. Por ejemplo, en 2016, el CEP estimó que la implementación de un fondo con un modelo de ajuste de riesgo mejorado respecto al que se usa para el FCS GES, podría predecir en 18,1% de la variabilidad en los costos médicos por el riesgo de los afiliados (Henríquez et al., 2016). En línea con esto, la comisión de expertos convocados por la SIS en 2019 estimó que la implementación de un fondo inter-Isapres, podría mermar el porcentaje de afiliados que generaban pérdidas para las aseguradoras de un 14% a un 9-11% a través de las transferencias para compensación,

31 Alemania constituye un caso particular en cuanto a la cobertura de los SSS. Este país cuenta, al igual que Chile, con un sistema de seguros de salud sustituto, conformado por un esquema de público de Seguros Sociales de Salud (*Gesetzliche Krankenversicherung*), que tiene un fondo único de mancomunación y cerca de 150 Cajas de Enfermedad (CdE), que actúan como seguros sin fines de lucro en competencia regulada (se les transfiere desde el fondo ajustado por el riesgo de sus carteras), donde se encuentra cerca del 90% de la población; junto a un esquema de seguros privados de salud (*Private Krankenversicherung, PKV*), al cual sólo pueden acceder las personas que ganan sobre un umbral de ingresos anuales. En 2024, este umbral de ingresos, conocido como el *Beitragsbemessungsgrenze* (límite de ingresos de cotización), fue de 66.600 euros brutos al año (5.550 euros brutos mensuales). Actualmente, alrededor del 10% de la población está cubierta por los PKV.

32 Consideramos para esto los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, eficiencia, participación, sustentabilidad; todos enunciados por la CAP en 2014 (CAP, 2014).

33 En rigor, no corresponden a un esquema de seguridad social, puesto que no serían de alcance universal y mantendrían la segmentación.

evidenciando la necesidad de utilizar mecanismos adicionales para compartir el riesgo (Fernández et al., 2021).

De este modo, es posible proyectar que con la implementación del fondo, las Isapres entrarían en competencia directa con Fonasa, pero sólo por la cartera de afiliados de menor riesgo y mayores ingresos (utilizando mecanismos directos e indirectos de discriminación por riesgo), principalmente, las personas catalogadas como Fonasa C y D, lo cual podría ser potenciado por la existencia de un plan único de salud, el cual se ha planteado con la pretensión de homologar las coberturas entre Fonasa e Isapres para la competencia regulada (Velasco et al., 2018).

Junto a esto, los comisionados advierten que la existencia de seguros complementarios al plan único de las Isapres, ya sea de forma integrada en la misma aseguradora o en convenio con otro tipo de seguro, generaría una competencia directa al esquema de seguros complementarios de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) de Fonasa, lo cual podría afectar su implementación y expansión. Además, advierten que la experiencia comparada ha mostrado que los seguros voluntarios privados complementarios y suplementarios adicionales a los seguros sociales, corren el riesgo de mantener la discriminación por riesgo en el "segundo nivel" de cobertura (Kifmann, 2006), y, en especial, han impactado en una mantención de la cautividad, dado que condicionan las coberturas a ciertos contratos (Thomson et al., 2013).

Por lo anteriormente descrito, los comisionados llaman a no aprobar artículos e indicaciones al proyecto de ley presentado por el Ejecutivo que limiten la necesaria transformación estructural del sistema de salud a una reforma parcial a los seguros privados. En especial, ya que de concretarse una reforma que establezca un fondo de compensación inter-Isapres, dada la compleja institucionalidad que debería desarrollarse para poder llevar a cabo una regulación semejante, se vuelve poco probable avanzar en el mediano plazo en una reforma al sistema de salud en su conjunto, que conduzca a un verdadero sistema de seguridad social.

TERMINAR CON LA CAUTIVIDAD Y PREEXISTENCIAS SIN CAMBIAR LA ESTRUCTURA DEL ESQUEMA ISAPRE

De manera opuesta a lo anterior, se ha propuesto por parte de académicos y personeros ligados a la centroizquierda, la presentación de un proyecto que se aboque sólo a terminar con la cautividad y la discriminación por sexo y edad en las Isapres, sin generar cambios en la estructura del financiamiento del sector privado. Para esto, la nueva normativa eliminaría la declaración de salud, así como las carencias y exclusiones en los planes complementarios por concepto de preexistencias, permitiendo explícitamente la libre movilidad entre las aseguradoras. A su vez, eliminaría el uso de la tabla de factores para la determinación del precio final del plan complementario.

Como mecanismos de viabilidad, introduciría una implementación gradual (sólo a nuevos planes); permitiría la libre movilidad una vez al año para una adecuada planificación financiera; pondría fin a los excedentes, permitiendo redis-

tribuir en un *pool* de riesgo único dentro de cada Isapre, estableciendo subsidios cruzados entre los beneficiarios; buscaría determinar una mayor eficiencia financiera de las aseguradoras introduciendo mecanismos de contención de costos administrativos (gastos administrativos y de venta) y de operación (mejores mecanismos de pago a prestadores); incentivaría una mejor utilización de los mecanismos de compensación de riesgo ya existentes (prima GES y FCS GES); buscaría disminuir el número de planes existentes y asegurar su comparabilidad, permitiendo sólo diferenciar a los nuevos planes en redes de prestadores preferenciales como en niveles de copagos; permitiría la libre tarificación de dichos planes, prohibiendo la diferencia de precios frente a las mismas coberturas; e incorporaría al Indicador de Costos de la Salud (ICSA), el riesgo y siniestralidad potencial de la cartera, permitiendo un alza del precio del plan que mantuviera la lógica de mancomunación de los riesgos y costos de la cartera al interior de cada Isapre. Sumado a lo anterior, dada la crisis financiera de las Isapres producto de los fallos de la Excma. Corte Suprema, que vinieron a poner límites a los abusos cometidos contra los beneficiarios y generaron inestabilidad financiera de las aseguradoras, se ha propuesto sumar en este tipo de proyecto, incentivos normativos y financieros a las Isapres para que transiten de forma voluntaria a convertirse en seguros complementarios en el esquema de MCC de Fonasa. Esto permitiría que las aseguradoras se integrasen a un mercado sano que potencie sus aspectos positivos y limite aquellos más perjudiciales para el sistema, junto con otorgarles mayor estabilidad financiera, terminando de raíz con la discriminación de riesgo y la cautividad.

Es importante señalar que una normativa de este tipo permitiría terminar con los abusos a los afiliados por parte de las Isapres, otorgar mayor eficiencia al uso de recursos y disminuir la discriminación por riesgo y, al mismo tiempo, contener los riesgos de daño moral y selección adversa en el esquema de seguros privados. La evidencia ha determinado que el comportamiento oportunista que genera el sobrecosto de prestaciones y gasto desproporcionado (daño moral), dependiente de la decisión de los afiliados de Isapres se concentra particularmente en las prestaciones ambulatorias (Sapelli & Vial, 2003), mientras que a nivel intrahospitalario se debe a la inducción de la demanda por parte de los prestadores, ambas situaciones determinadas fundamentalmente por los mecanismos de pago a los prestadores desde las aseguradoras (Henríquez & Velasco, 2015a). Por tanto, las propuestas destinadas a modificar dichos mecanismos, podrían compensar el problema.

En cuanto a la selección adversa, que podría afectar financieramente la estabilidad de alguna aseguradora en un contexto de libre movilidad, parece poco probable. Como se mencionó, las Isapres poseen una cartera de usuarios de bajo riesgo por el descreme que realizan hace décadas, teniendo cada beneficiario un gasto promedio estimado ex ante menor en un 35% que los beneficiarios de Fonasa (Cid, 2011), lo que supone una baja probabilidad de generar gastos desproporcionados producto del perfil de riesgo de sus cotizantes. Como se describió más arriba, un fondo de compensación no lograría equilibrar de manera suficiente el gasto que produce pérdidas en las Isapres (Fernández

et al., 2021), haciendo evidente que la contención de costos y otros mecanismos mencionados, son más relevantes. Al mismo tiempo, se ha documentado que entre las mismas Isapres ya se confeccionó una diferenciación en los riesgos de las carteras, especializándose cada aseguradora en un perfil de riesgo de beneficiarios distintos, con una diferencia entre las Isapres de menor (Más Vida) y mayor riesgo (Vida Tres), de alrededor de un 19% promedio en 10 años, al considerar sexo, edad y los diagnósticos clínicos pasados a nivel individual (Cid, 2011). Es decir, dado que no existe una distribución homogénea de los riesgos entre las aseguradoras, y que es un porcentaje menor la que produce mayor gasto, actualmente es poco probable que debido a la libre movilidad se produzca un desbalance tal que genere una crisis financiera de ellas, toda vez que existen mecanismos para contener este efecto, como también, para mejorar la utilización de los recursos. No es necesario un fondo de compensación para viabilizar el fin de la cautividad y discriminación por riesgo con la cartera actual de Isapres. Esto está implícito en el informe de la Comisión de Expertos para la Reforma de Salud convocada por la Comisión de Salud del Senado, ya que en su propuesta separan temporalmente la implementación de las medidas destinadas a la tarificación de los planes de la operación del fondo de compensación, el cual recomiendan sea de implementación posterior y gradual, dando cuenta con esto de que no es necesario para sostener financieramente el fin a la cautividad y la discriminación por edad y sexo, considerando el perfil de riesgo de la cartera actual de las Isapres (CER, 2024).

El contenido de esta propuesta converge con el proyecto de ley presentado por diputados de partidos oficialistas³⁴ en 2018 (Boletín 11572-11), encabezado por la actual presidenta de la Honorable Cámara de Diputadas y Diputados, H. D. Karol Cariola, y el expresidente de la Comisión de Salud del Senado, senador Juan Luis Castro, el cual establecía el fin de las preexistencias y la discriminación por edad y sexo,³⁵ sin establecer un plan único, tarifa plana ni un fondo de compensación de riesgo inter-Isapres.

Para los comisionados, avanzar durante la tramitación del proyecto de ley hacia una normativa como la descrita, en el espíritu de mejorar el PDL presentado por el Ejecutivo, parece la alternativa más razonable para cumplir con el mandato legal y terminar con los abusos en Isapres y, al mismo tiempo, posibilitar avanzar en el mediano plazo a una reforma al sistema de salud en su conjunto. En este sentido, se hace un llamado a aprobar el articulado del proyecto de ley presentado por el Gobierno que vaya en esta línea, como también, a buscar incorporar algunas de las medidas descritas que no estén consideradas.

34 Los diputados autores de la moción parlamentaria fueron Karol Cariola (PC), Juan Luis Castro (PS), Marcela Hernando (PR), Manuel Monsalve (PS), Daniel Núñez (PC), Denise Pascal (PS), y Víctor Torres (DC).

35 La moción parlamentaria se encuentra en primer trámite constitucional, actualmente en la Comisión de Salud de la Honorable Cámara de Diputadas y Diputados. Se puede revisar el detalle del texto en: <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=12090&prmBOLETIN=11572-11>

7.

ANÁLISIS DEL PROYECTO DE LEY PRESENTADO POR EL EJECUTIVO EN EL MENSAJE PRESIDENCIAL 212-372

El 1 de octubre de 2024 el presidente de la República, S. E. Gabriel Boric Font, en cumplimiento con lo mandatado en el artículo décimo transitorio de la Ley 21.674, envió al Congreso Nacional el mensaje presidencial 212-372 que “pone fin a las enfermedades o condiciones preexistentes, elimina las discriminaciones por edad y sexo en los planes de salud, y crea el plan común de salud de las instituciones de salud previsional”. Este proyecto busca resolver problemas de suma relevancia, descritos anteriormente, y cumple con la necesidad histórica de regular a las Isapres.

En el proyecto de ley se busca la eliminación de las preexistencias y el fin de la discriminación por edad y sexo a través de las siguientes medidas:

- a. **Fin a las preexistencias y la declaración de salud:** prohíbe la posibilidad de que estas aseguradoras rechacen afiliaciones o restrinjan las coberturas basándose en enfermedades o condiciones de salud preexistentes, eliminando la declaración de salud, los periodos de carencia y las exclusiones, estableciendo la libre movilidad entre las Isapres.
- b. **Eliminación de la tabla de factores, definiendo una tarifa plana para las Isapres:** termina con la prima ajustada por riesgo, reemplazándola por una tarifa plana para todos los afiliados, independientemente de su perfil de riesgo. Dicha prima sería fijada por la Isapres, con el supuesto que esta representará el costo promedio por afiliado para otorgar el plan común en la red de prestadores definida por la aseguradora, buscando que se mancomunen los riesgos de la cartera dentro de cada Isapre.
- c. **Creación de un plan común de salud:** Se propone la creación de un plan único para todas las Isapres, que ofrecerá cobertura estándar como producto único y comparable, eliminando la gran diversidad de planes existentes. El plan tendría una cobertura fijada por un Decreto Supremo del Minsal, y estaría compuesto por las prestaciones contempladas en la Modalidad de Atención Institucional (MAI), la Modalidad Libre Elección (MLE), las GES, el beneficio de cobertura adicional para enfermedades catastróficas, atenciones de emergencia, las prestaciones contempladas en el artículo 194 del DFL1 (examen medicina preventiva, control del embarazo y niño sano) y el subsidio de incapacidad laboral; quedando fuera el plan de salud familiar. Además, establece que el mismo decreto ministerial fijará, mediante un proceso participativo con las aseguradoras, la cobertura financiera de las prestaciones, debiendo existir un copago conocido para los afiliados en los prestadores preferenciales, con incentivos de bonificación a las Isapres para que dicha red sea utilizada. De esta forma, se deja a definición de las aseguradoras la red de prestadores que se presentará como preferencial para el plan común y el precio final del plan, que serían los mecanismos de competencia. El principal argumento técnico para esta medida es evitar la selección por riesgo por parte de las Isapres y el comportamiento oportunista (riesgo moral) de los afiliados.
- d. **Prohibición de beneficios adicionales al plan común con regulación de seguros complementarios asociados a las Isapres:** establece que las Isapres no podrán ofrecer planes complementarios que mejoren la cobertura del plan común, con el fin de evitar trasladar la discriminación por riesgo a la cobertura adicional dentro de la misma Isapre. Sin embargo, estipula que los beneficiarios podrían contratar seguros privados adicionales (complementarios y/o suplementarios) en aseguradoras reguladas por la Comisión para el Mercado Financiero (CMF), facultando en el mismo articulado a las Isapres para establecer convenios con dichas aseguradoras vía proceso público de licitación, generando una cobertura complementaria estándar a la que podrían optar todos los afiliados de la Isapre, explicitando, a su vez, que no se podrían condicionar las coberturas al contrato de dichos seguros.
- e. **Reaseguro obligatorio para las Isapres:** Se establece la obligación para las Isapres de contratar un reaseguramiento con el fin de cubrir el riesgo de las aseguradoras de tener un gasto elevado por mayor uso de prestaciones del plan común (siniestralidad), debido a una

distribución desigual en las carteras de las personas de mayor riesgo y gasto, siendo la SIS la encargada de determinar los umbrales para las transferencias desde los reaseguros. Esto se establece bajo el supuesto de que mitigaría los incentivos para discriminar a personas de mayor riesgo, como también, para hacer frente al riesgo de selección adversa en el contexto de libre movilidad de afiliados con un plan común con tarificación plana.

- f. Aplicación gradual:** El proyecto propone una implementación gradual de las medidas, siendo aplicable sólo a nuevos planes. De igual manera, establece el ajuste del precio del plan una vez al año, lo que permitiría una mejor planificación financiera, pero no establece limitaciones periódicas a la movilidad.
- g. Fin a los excedentes:** mantiene el uso de la cotización legal para el pago del plan como fue establecido en la Ley corta de Isapres, pero en vez de mantener la regla de ajustar los beneficios del plan cuando existan excedentes, lo cual no sería posible al existir un sólo plan por Isapre, establece que estos serán destinados al financiamiento de prestaciones y beneficios de todos los afiliados, permitiendo la mancomunación en la cartera de cada Isapre.

Los comisionados valoran y relevan el esfuerzo realizado por el Gobierno al presentar un proyecto con estas características, pues pretende terminar con los abusos a los afiliados en las Isapres, planteando medidas para terminar con la cautividad y la discriminación por riesgo en las aseguradoras, además de apuntar a reducir las asimetrías de información y fomentar una mayor competencia y transparencia entre las Isapres en términos de plan, de precio y calidad.

Desde la comisión se respalda y se hace un llamado a los parlamentarios a aprobar el articulado que pone fin a las preexistencias y establece la libre movilidad; que termina con la tabla de factores y establece un plan común que permite la comparabilidad; que pone fin a los excedentes para que dichos recursos sean utilizados para el financiamiento de prestaciones de la cartera de beneficiarios; y aquellos que establecen la gradualidad de la aplicación. Todas estas medidas ya han sido explicitadas en los diálogos prelegislativos por miembros de la comisión y respaldadas en este documento como medidas de viabilidad que no afectan la trayectoria hacia un Fondo Universal de Salud.

Sin embargo, la comisión plantea preocupaciones con respecto a algunos cambios en la estructura del esquema Isapre que plantea el proyecto de ley ya que, en base a la evidencia acumulada, es posible plantear que, en conjunto, pueden concluir en medidas que perpetúen el sistema de seguros sustitutos existente, la segmentación por ingresos, la cautividad y la discriminación de riesgo, si no se toman las precauciones necesarias durante la tramitación.

En este sentido, es importante hacer notar que el Plan Común con tarifa plana es un aspecto positivo del proyecto, ya que permite estandarizar las coberturas y evitar la discriminación por edad y sexo, aproximando el funcionamiento del sector privado a los principios de la seguridad social, facilitando con esto la convergencia a nivel del aseguramiento

en un Seguro Nacional de Salud, tal como ocurrió en otros procesos de transición a nivel internacional (Cid & Uthoff, 2018; ESP-COLMED, 2018). Junto a esto, es importante advertir que, al estar asociado a otras medidas, contiene riesgos importantes. Al analizar el articulado en su conjunto, es posible evidenciar que establece como paquete de medidas: (i) un plan común con tarificación plana, (ii) un reaseguro para compartir riesgos entre las aseguradoras, y (iii) un esquema de seguros complementarios en convenio que podría estar asociado a toda la cartera de las Isapres. Esta es una configuración sustancialmente similar a la planteada en la propuesta que buscaba transformar a las Isapres en multiseguros, la cual, como se mencionó, se basaba en: (i) un plan único de salud con una tarifa plana; (ii) un fondo de compensación de riesgo inter-Isapres; (iii) regulación de seguros complementarios para cobertura adicional al plan único de salud de las Isapres. Esto obliga a evaluar las potenciales consecuencias de vincular al plan común con un reaseguro y seguros complementarios asociados, para despejar si generan efectos similares a los descritos para la transformación de la propuesta de multiseguros:

- **Reaseguro:** en el contexto de un plan común con tarifa plana y libre movilidad, el proyecto plantea que se debe optar por mecanismo de compensación que evite que las aseguradoras sigan discriminando por riesgo y puedan hacer frente a la selección adversa. Uno de estos mecanismos es el reaseguro, que corresponde al contrato de un seguro financiero por parte de las aseguradoras de salud para cubrir los gastos más altos de los beneficiarios, una vez que los individuos exceden un umbral predefinido (McGuire et al., 2020). En la literatura especializada se entiende que los sistemas de compensación del riesgo entre las aseguradoras están compuestos por fondos de compensación con “ajustes de riesgo” y por mecanismos de “distribución del riesgo”, siendo uno de ellos, el reaseguro.³⁶ Es decir, tanto los fondos de compensación como los reaseguros pretenden redistribuir los gastos entre las aseguradoras y compensar el gasto de los afiliados con mayores costos (Henríquez et al., 2023), siendo el reaseguro un mecanismo pensado para permitir el acceso y la cobertura de seguros privados para la clase media (Swartz, 2006). Destacan las experiencias de reaseguro en Estados Unidos, en el marco de la implementación del esquema de seguros establecidos en la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés, conocida también como “ObamaCare”) (Layton et al., 2016), como también en Alemania (Buchner et al., 2013) y Países Bajos (Lamers et al., 2003), durante los procesos de reforma a los segu-

³⁶ Por “ajuste de riesgo” se entiende el uso de indicadores para proyectar el gasto por prestaciones de salud de una cartera (por ejemplo, edad, sexo, diagnósticos previos), para redistribuir los recursos entre las aseguradoras. Por “distribución de riesgos” se entiende la redistribución de recursos entre las aseguradoras basada en los costos reales que tuvieron una vez que se produjo la utilización de prestaciones por parte de los afiliados. Los cuatro mecanismos de distribución de riesgo son: distribución proporcional, reaseguros, pools de alto riesgo, corredores de riesgo (McGuire & van Kleef, 2018).

ros sociales que procuraron establecer una competencia regulada con la implementación de fondos de compensación y el pago ajustado por riesgo de cartera (McGuire et al., 2020). En todas estas experiencias, fueron utilizados de forma transitoria y complementaria a los fondos de compensación, principalmente para compartir entre las aseguradoras los gastos de los afiliados con más alto gasto, los cuales habitualmente no logran ser compensados por el ajuste de riesgo desde los fondos de compensación. El mecanismo actuó como estabilizador del mercado durante las reformas de salud, otorgando protección contra la selección adversa y evitando que las aseguradoras abandonaran el mercado (McGuire et al., 2020). De igual forma reorientó a los seguros privados de salud a atraer a individuos con costos más elevados (McGuire & van Kleef, 2018). De modo adicional, la evidencia académica reveló que impactaron en un aumento de los costos y una menor eficiencia de las aseguradoras, ya que al operar sobre la base del gasto observado, y no del gasto predicho, generaron incentivos perversos para cubrir los gastos ineficientes a través del reaseguro (McGuire & van Kleef, 2018). Además, se produjo un aumento de los costos de operación debido a las primas que debían pagar las aseguradoras a los reaseguros, lo que fue enfrentado con un aumento de los precios de los planes, con desvíos de recursos destinados a los fondos de compensación de riesgo, o con subsidios estatales (McGuire & van Kleef, 2018).

En cuanto a la implementación del reaseguro como mecanismo aislado y permanente (sin estar asociado a un fondo de compensación para ajuste de riesgo), tal como está planteado en el proyecto de ley, la evidencia es escasa. A nivel global, sin embargo, destaca la experiencia de Australia, que reguló legalmente a los seguros privados voluntarios en 1953, normando la libre afiliación y la venta de planes con prima comunitaria,³⁷ estableciendo un reaseguro obligatorio entre 1976 y 2007 (Paolucci et al., 2018). Cabe destacar que este mecanismo inicialmente incluía un subsidio fijo del gobierno federal para su funcionamiento. El análisis de la experiencia con el reaseguro entre 1976 y 1984, previo a la introducción del Medicare (Seguro Nacional de Salud),³⁸ confirma que logró estabilizar y potenciar el mercado de seguros privados, el cual llegó a cubrir a cerca del 50% de la población. Esto, con mayores costos que obligaron a un aumento progresivo de los subsidios federales, los cuales pasaron de 50 millones de dólares por año en 1976 a 100 millones, en 1981 (Connelly et al., 2010). Con la introducción de Medicare en 1984, el cambio de rol de los seguros privados (pasando a ser complementarios/duplicativos y suplementarios), y la disminución progresiva de los subsidios (siendo finalizados en

1989), la cobertura de los seguros privados disminuyó sustancialmente, pasando de un 50% de la población en 1983, a un 30% en 1996. Esto se interpretó como consecuencia de una “espiral de la muerte” de selección adversa, y condujo a que se estableciera una serie de incentivos económicos para potenciar la afiliación en los seguros privados entre 1997 y 2000 (beneficios tributarios, subsidios directos a los afiliados, etc.), junto a varias reformas al funcionamiento interno del reaseguro (Paolucci et al. 2018). Finalmente, en 2007 se promulgó la ley de seguros privados en Australia, con lo que el reaseguro es transformado en un “Fondo de compensación de riesgo”, el cual sigue siendo fundamentalmente un mecanismo de distribución de riesgo (Henriquez et al., 2023). A pesar de lo anterior, cabe destacar que algunos estudios académicos no pudieron corroborar la existencia de selección adversa en el esquema de seguros privados australianos detectando, por el contrario, “selección ventajosa” por parte de los seguros, siendo cuestionada la supuesta “espiral de la muerte” por selección adversa descrita (Buchmueller et al., 2013).

De la experiencia australiana con el reaseguro, es posible observar que sus efectos no difieren a los descritos en otros países. Fue utilizado como mecanismo transitorio, logrando estabilizar el mercado por un tiempo; permitió un crecimiento de la cartera de las aseguradoras, redujo parcialmente discriminación por riesgo y asoció un aumento de los costos (Connelly et al., 2010). Además, de gran importancia para la discusión del proyecto de ley actual en Chile, es que la búsqueda de la estabilización y expansión del mercado de seguros privados de salud en Australia, a través del reaseguro, se demostró insuficiente, obligando a implementar nuevos mecanismos de distribución de riesgo para reducir la selección por riesgo y generar sostenibilidad financiera (Paolucci et al., 2018). A pesar de esto, el esquema australiano mantuvo peores resultados en discriminación en comparación con arreglos de otros países que cuentan con esquemas de ajuste de riesgo³⁹ (van Kleef et al., 2024), lo que ha llevado a que se plantee la necesidad de complementar al reaseguro con un fondo de compensación para realizar ajuste de riesgo (Fouda et al., 2017; Henriquez et al., 2023). En base a esta experiencia, es importante destacar que la Comisión no considera razonable la implementación del reaseguro en Chile, ya que nos podría conducir por una trayectoria que termine rápidamente en la implementación de un fondo de compensación adicional al reaseguro, perpetuando la segmentación por riesgo e ingresos.

En cuanto a antecedentes locales, el reaseguro ya había sido propuesto en Chile en noviembre de 2021, dentro de la “Propuesta de un Fondo de Compensación de

37 La cobertura de los planes de los seguros privados se estandarizó hasta un grado limitado, lo que resultó de igual forma en una diferenciación sustancial de los planes ofrecidos.

38 Es importante destacar que, en este periodo, los seguros privados en Australia operaban como seguros sustitutos del aseguramiento público (Medibank Mark II), tal como sucede hoy en Chile.

39 Se comparó el efecto sobre los incentivos para discriminación por riesgo en nueve esquemas de seguros privados de salud con fondos de compensación con ajuste de riesgo y/o mecanismos de distribución del riesgo. Los esquemas analizados corresponden a la experiencia de ocho países: Alemania, Australia, Bélgica, Estados Unidos (ACA y Medicare Advantage), Irlanda, Israel, Países Bajos y Suiza.”

Riesgos para Chile” realizada por la Comisión de expertos internacionales convocada por la Superintendencia de Salud durante el Gobierno de Sebastián Piñera. En esta propuesta, se consideraba como mecanismo complementario a la implementación del fondo de compensación de riesgo entre las Isapres y Fonasa, de forma transitoria, tal como en la mayor parte de los casos descritos en la experiencia internacional (Fernández et al., 2021). A pesar de esto, no se produjo ningún tipo de iniciativa ejecutiva ni legislativa para implementar dicha propuesta.

A diferencia de lo propuesto en 2021, el reaseguro normado en el proyecto de ley sería un mecanismo permanente utilizado para compartir el riesgo de los gastos de los afiliados más costosos entre las aseguradoras, experiencia similar a la australiana. Considerando que el 10% de los usuarios de mayor gasto concentraban alrededor de la mitad del gasto total en las aseguradoras en 2019 (Fernández et al., 2021), es razonable plantear que este mecanismo podría generar transferencias suficientes para estabilizar financieramente a las Isapres y potenciarlas para ampliar sus carteras, tal como ocurrió en la experiencia internacional, llevándolas a competir con Fonasa por afiliados de menor riesgo y mayores ingresos, dado que mantendrían importantes incentivos y mecanismos (directos e indirectos) para la discriminación por riesgo. Junto a esto, dado el carácter permanente del reaseguro, la difícil situación financiera de las Isapres y el reducido tamaño del mercado chileno, podría ser absorbido sólo por una (o unas pocas) reaseguradoras que, dependiendo de los umbrales de cobertura, podrían constituirse de facto en un fondo de compensación de riesgo privado, generando los mismos efectos indeseables descritos para este. Además, su implementación podría conducir a un aumento generalizado de los costos del esquema Isapre, ya que establecería incentivos perversos en cuanto a eficiencia y podría motivar un aumento de las primas, esto último relevado por la misma ministra de Salud (Baeza, 2024). Lo anterior, considerando la crisis financiera de las Isapres, podría tener efectos de gran magnitud, ya que es posible proyectar primas altas por parte de las reaseguradoras que justifiquen asumir el riesgo financiero asociado. Dado el tamaño requerido del seguro para operar como reaseguro, es probable que ingresen compañías internacionales con experiencia en el reaseguramiento a seguros de salud, lo que podría llevar, dependiendo de los contratos con dichas compañías, a un congelamiento de una eventual reforma al financiamiento para cumplir con los tratados de libre comercio y las obligaciones comerciales internacionales del país. Con todo, y en base a la experiencia internacional, se hace evidente que la implementación de un reaseguro podría conducir rápidamente a la presión por la implementación de un fondo de compensación para ajuste de riesgo que lo acompañe.

- **Seguros complementarios asociados a una Isapre:** el proyecto actualmente estipula que los beneficiarios podrían contratar seguros privados adicionales (complementarios y/o suplementarios) en aseguradoras reguladas por la CMF. Además, establece que las Isapres no pueden vender estos seguros, pero sí introducir convenios con las aseguradoras vía proceso público de licitación, generando una cobertura complementaria estándar para toda su cartera, explicitando a su vez, que las Isapres ni los seguros podrían condicionar coberturas al contrato de dichos seguros. En este sentido, es importante recalcar que la evidencia internacional ha mostrado que los seguros voluntarios privados complementarios y suplementarios en convenio a los seguros sociales, aun cuando cuenten con una normativa explícita para no asociar la cobertura de primer y segundo piso en la misma aseguradora, se exponen a mantener la discriminación por riesgo en el “segundo nivel” de cobertura (Kifmann, 2006; Thomson et al., 2013, 2020; van Kleef et al., 2024), y, en especial, han impactado en la mantención de la cautividad, dado que condicionan las coberturas, de forma directa o indirecta, a ciertos contratos (Thomson et al., 2013).

En el caso de los Países Bajos, por ejemplo, los planes de seguro básico y complementario están separados por ley, al igual como se plantea en el proyecto en discusión. Sin embargo, la evidencia ha hecho patente que los afiliados tienden a percibir los dos productos como uno solo, lo que orienta la elección del seguro de primer piso en base al complementario (Duijmelinck & van de Ven, 2014). Esto implica que cualquier flexibilidad en términos de diseño, precios y suscripción de seguros complementarios podría proporcionar a las Isapres una herramienta poderosa para seleccionar (van Kleef et al., 2024). Los riesgos descritos pueden ser incluso mayores en Chile, dada la integración vertical existente (Debrott, 2017; Tobar et al., 2012), que incluso podría conducir a cautividad con direccionamiento e inducción de demanda hacia ciertos prestadores. De igual forma, y de suma importancia para la perspectiva planteada por la comisión, supone advertir que este mecanismo generaría una competencia directa al esquema de seguros complementarios de la MCC de Fonasa lo cual, como se mencionó previamente, podría afectar su implementación y expansión.

Dado lo anteriormente expuesto, aprobar ambas medidas puede ser riesgoso en las condiciones actuales. Es importante hacer notar que dada la correlación de fuerzas existentes en el Congreso Nacional entre las bancadas de derecha y de centroizquierda, el proyecto de ley, al contar con una configuración tan similar a la que buscaba llevar a las Isapres a multiseguros, deja el riesgo patente de que se transforme en esto durante la tramitación, con las consecuencias negativas detalladas previamente. Esto debe ser considerado por los legisladores para evitar que ocurra.

8.

PROPUESTAS PARA LA TRAMITACIÓN DEL PROYECTO DE LEY PARA QUE TERMINE CON LA CAUTIVIDAD EN LAS ISAPRES, DE MANERA COHERENTE CON EL TRÁNSITO HACIA EL FUS

A este grupo de trabajo le parece relevante que la tramitación de este proyecto se enfoque en cumplir el mandato legal establecido que, en coherencia con las necesidades de la población chilena, permita avanzar hacia la construcción en el financiamiento, de un Fondo Universal de Salud, pasando a ser las Isapres seguros privados complementarios.

Desde la comisión hacemos las siguientes propuestas para ser incorporadas al proyecto de ley durante su tramitación, con el espíritu de aportar al debate legislativo:

MEDIDAS PARA LA MAYOR EFICIENCIA DE LAS ISAPRES:

El proyecto de ley constituye una oportunidad para introducir mecanismos para una mayor eficiencia financiera de las aseguradoras, y que esta sea la base para viabilizar el término de la cautividad y la discriminación por riesgo.

Los gastos destinados a prestaciones en las Isapres representaron el 63,8% de los gastos totales de las aseguradoras para el periodo 2019-2022 (CTA, 2023). Como se mencionó, los mecanismos de pago por prestaciones a las clínicas y centros médicos utilizados por las aseguradoras incentivan el sobreuso de prestaciones y la ineficiencia por parte de los prestadores (Henríquez & Velasco, 2015b). Este diagnóstico es compartido transversalmente, por lo cual se vuelve necesario adoptar medidas que permitan corregirlo.

De modo adicional, el área con mayor potencial para reducir costos a corto plazo se observa en los Gastos Administrativos y de Venta (GAV), que constituyen cerca del 10,7% de los gastos totales para el periodo 2019-2022 (CTA, 2023). La cantidad de recursos destinados a este concepto parece excesiva incluso si se compara con los seguros privados de salud que operan dentro de la seguridad social en los países de OCDE, que gastan en torno al 4-5% de sus ingresos en

GAV (OECD, 2023), similar a los gastos de las mutuales en nuestro país. Compartiendo este diagnóstico, la Comisión Técnica Asesora de la Comisión de Salud del Senado durante la tramitación de la Ley Corta de Isapres, calculó que una reducción de los GAV en un 40% (bajándolos al 6% del total de gastos) implicaría una contención de costos de aproximadamente 164 mil millones de pesos al año (CTA, 2023).⁴⁰

En ese sentido, se propone que:

- Se mandate a la Superintendencia de Salud a proponer mecanismos de regulación de los GAV, que podría fijar parámetros objetivos tales como un porcentaje máximo de ingresos destinados a este concepto.
- Se establezca la obligación de las Isapres de informar a sus afiliados el porcentaje de ingresos que destinan a GAV.
- Se faculte a la SIS para proponer y regular nuevos mecanismos de pago a prestadores basados en la resolución de problemas de salud, tales como los Grupos Relacionados Diagnósticos (GRD) para atención cerrada y cirugía mayor ambulatoria; pagos asociados (*bundle-payments*) o pagos basados en resultados, entre otros mecanismos, que incentiven la eficiencia, superando los pagos por prestación actualmente vigentes.
- Se modifique el DFL1 para habilitar mecanismos de pago diferentes a los aranceles basados en el pago por prestación, de tal manera que se permita una transición a mecanismos de pago más eficientes en concordancia con el punto anterior.

⁴⁰ Estimación efectuada en base a cifras de 2022.

AJUSTE DEL PRECIO DE LOS PLANES EN BASE AL RIESGO DE LA CARTERA:

Al existir libre movilidad y un plan común con tarifa plana, puede que alguna Isapre deba enfrentar un mayor riesgo en sus carteras y mayores gastos en prestaciones. Como fue expuesto previamente, dado que existe un bajo riesgo sanitario de las carteras y gasto proyectado en el esquema de las Isapres, y que, además, ya están diferenciadas entre ellas por distintos perfiles de riesgo de sus carteras (Cid, 2011; Pardo & Schott, 2014), la Comisión considera que no es necesario implementar mecanismos de “ajuste de riesgo” ni de “distribución del riesgo”, pudiéndose optar por mecanismos de ajuste del precio en base al riesgo de la cartera, junto a medidas de contención de costos. Además, tomando en cuenta las críticas expuestas al reaseguro, se propone como alternativa un mecanismo de ajuste de los precios que colectivice los gastos en prestaciones esperados de la cartera, mutualizando los riesgos en el precio del plan de cada Isapre. Así, se plantea:

- a) **Regular la tarificación de nuevos planes en base al riesgo de la cartera:** el precio del nuevo plan en venta en cada Isapre debería corresponder a la estimación, en base actuarial, de los costos esperados de las carteras existentes y en conformación, según el riesgo sanitario estimado.
- b) **Incluir el riesgo sanitario de la cartera como factor de cálculo del ICESA para alza anual del precio de los nuevos planes:** se propone modificar el artículo 198 del DFL 1 de 2005, incorporando un factor de cálculo del impacto en la siniestralidad de la cartera de cada Isapre, consecuencia del cambio del perfil de riesgo de los afiliados, permitiendo a las Isapres ajustar sus tarifas según el riesgo total de su cartera y equilibrar internamente los subsidios sin recurrir a fondos externos de compensación ni reaseguro.
- c) **Establecer que la movilidad entre las Isapres y desde Fonasa a Isapres se pueda realizar sólo una vez al año previo al cálculo del ICESA:** Esto permitiría viabilizar el mecanismo de ajuste financiero propuesto, que adapta el precio de los planes (ICESA) según el riesgo y la siniestralidad de la cartera. La movilidad de los afiliados estaría restringida sólo entre Isapres y de Fonasa hacia Isapres, respetando la naturaleza de los seguros privados. Esto permitiría reducir los incentivos a discriminar por parte de las aseguradoras (van Kleef et al., 2024). La movilidad desde Isapres a Fonasa no estaría limitada, ya que el sistema público siempre debe estar disponible para recibir a los ciudadanos bajo criterios de solidaridad y no discriminación.

INDICAR QUE LAS ISAPRES TENGAN QUE COFINANCIAR LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA (APS) UNIVERSAL A MEDIDA QUE AVANZA SU IMPLEMENTACIÓN EN LAS COMUNAS DEL PAÍS:

Para esto, es necesario establecer en el proyecto de ley que las aseguradoras deberán transferir al menos el per cápita de atención primaria de sus beneficiarios a Fonasa, a medi-

da que avanza la implementación de la estrategia en las comunas a las que pertenecen dichas personas. Esto, con el fin de financiar los cuidados integrales de dichas poblaciones.

INCLUIR EN EL PROYECTO INCENTIVOS CLAROS A LAS ISAPRES PARA TRANSITAR A SEGUROS COMPLEMENTARIOS:

Con la perspectiva de avanzar a la creación de un Fondo Universal de Salud en el contexto de crisis financiera de las Isapres, se requiere generar incentivos para que estas transiten de forma voluntaria a seguros complementarios en el esquema de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) de Fonasa. Estas propuestas, en línea con las planteadas por el Comité Técnico de reforma del sector salud convocado por la Comisión de Salud del Senado en 2023 (2023).⁴¹ Con esto, las aseguradoras podrían mantener los aspectos valorados por la ciudadanía, conteniendo los efectos negativos que generan en la totalidad del sistema de salud. Entre dichos incentivos, proponemos:

- a. Permitir la continuidad legal de la Isapre para la transición a seguro complementario en la MCC. Esto implicaría el cierre de registro y la posibilidad una continuación legal del giro de las Isapres para incorporarse como seguro complementario al esquema MCC. Esto se logra generando una causal de “cambio de giro” para el cierre de registro.
- b. Establecer la participación prioritaria de las Isapres que transiten en las licitaciones de la MCC que realice Fonasa.
- c. Mantener la cartera de beneficiarios para las Isapres que transiten, con la opción para los cotizantes de renunciar a la MCC y ser reasignados a una Isapre que no transite.
- d. Mantener las coberturas en uso en la MCC para las personas beneficiarias de las Isapres que transiten.
- e. Permitir el retiro de utilidades para las Isapres que, estando al día con los pagos correspondientes a la deuda constituida con sus afiliados producto de los fallos de noviembre 2022, pasen a convertirse en seguros complementarios en la MCC. Esto, con revisión anual por parte de la Superintendencia de Salud, que asegure que no existe morosidad para con sus beneficiarios, retirando la autorización en caso de incumplimiento.

⁴¹ En dicho informe, el comité técnico establece que: si alguna Isapre decide voluntariamente transitar a convertirse en seguro complementario que ofrezca beneficios compatibles con el actual marco regulatorio vigente o con el eventual MCC de Fonasa, pueda mantener su cartera de cotizantes (voluntariamente para los cotizantes) con criterios de no discriminación, eliminación de exclusiones, afiliación abierta, y mecanismos de “stop-loss” y prima regulada (p. 9).

9.

CONCLUSIÓN

La comisión valora que se esté produciendo la discusión actual después de décadas de postergación. Como se revisó, esta viene a hacerse cargo de un problema sentido y que afecta a las personas beneficiarias de Isapres, quienes han tenido que recurrir a la justicia para terminar con los abusos.

La comisión también saluda el proyecto de ley presentado por el Gobierno, ya que pretende terminar con la cautividad y la discriminación por edad y sexo, cuestiones que plantea con responsabilidad y viabilidad técnica.

Con este documento, la comisión ha buscado aportar a la tramitación del proyecto. Para esto, los comisionados comunican que los convoca el objetivo común de que el sistema sanitario chileno transite a un Sistema Universal de Salud, cumpliendo con los principios de la seguridad social y que con esto se facilite alcanzar los objetivos sanitarios y la construcción de condiciones de vida dignas que mantengan un alto nivel salud de toda la población. Para ello, consideran indispensable la implementación en todo el país de la estrategia de APS universal y la creación de un Fondo Universal de Salud, que administre todas las cotizaciones y recursos sanitarios, terminando con la segregación que genera la existencia de dos subsistemas paralelos de salud y sus negativas consecuencias. Consecuentemente, para el análisis de este proyecto, la necesidad de generar condiciones para que las Isapres transiten gradualmente a seguros complementarios de salud.

Con esta perspectiva, buscando terminar con los abusos que el subsistema privado ha perpetrado sobre sus usuarios, se realizó un análisis del proyecto, basado en la mejor evidencia disponible, identificando medidas que podrían afectar el objetivo de llegar a nivel del financiamiento a la construcción del FUS, entregando propuestas alternativas técnicamente factibles, financieramente viables y políticamente razonables, con el fin de contribuir a la discusión legislativa.

REFERENCIAS

- Agostini, C., Saavedra, E. y Willington, M.** (2010). *Colusión en el mercado de Isapres: modelación y evidencia empírica*. ILADES, Universidad Alberto Hurtado. <https://fen.uahurtado.cl/wp-content/uploads/2010/07/inv190.pdf>
- Aguilera, X., Castillo Laborde, C., Nájera-De Ferrari, M., Delgado, I. & Ibañez, C.** (2014). Monitoring and evaluating progress towards universal health coverage in Chile [Supervisando y evaluando el progreso hacia la cobertura universal de salud en Chile]. *PLoS Medicine*, 11 (9), e1001676. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001676>
- Alvear-Vega, S. & Vargas-Garrido, H.** (2023). Social determinants of the non-use of the explicit health guarantees plan (the GES plan) [Determinantes sociales de la falta de uso del Plan de Garantías Explícitas de Salud (el plan GES)]. *BMC Health Services Research*, 23 (1), 1129. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10149-8>
- Arteaga, O.** (2019). El desafío del financiamiento del sistema de salud chileno. *Revista Chilena de Salud Pública*, 23 (2), 161–165. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2019.56477>
- Baeza, M.** (2024, 4 de octubre). Ximena Aguilar, ministra de Salud: "Para nosotros lo más relevante sigue siendo avanzar en el sistema público". *Diario Financiero*. <https://www.df.cl/empresas/salud/ximena-aguilera-ministra-de-salud-para-nosotros-lo-mas-relevante>
- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento; Banco Mundial** (2021). *Piezas para el desarrollo. Notas de política para Chile*. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/657831634541795553/pdf/Piezas-para-El-Desarrollo-Notas-de-Politica-para-Chile.pdf>
- Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C. & Rothgang, H.** (2013, diciembre). Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification [Cinco tipos de sistemas de salud de la OCDE: resultados empíricos de una clasificación deductiva]. *Health Policy*, 113 (3), 258–269. [10.1016/j.healthpol.2013.09.003](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.003)
- Boletín 11572-11** (2018, 11 de enero): *Modifica el Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, con el objeto de eliminar de los contratos de prestaciones de salud privada, las figuras de la preexistencia por enfermedad previa, y otras restricciones de cobertura en perjuicio de los afiliados o beneficiarios*. https://tramitacion.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=11572-11
- Booth, A.** (2022). Chile abolishes copayments in step towards UHC [Chile elimina los copagos, dando un paso hacia la cobertura universal de salud]. *The Lancet*, 400 (10356), 877. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01776-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01776-7)
- Bossert, T. J. & Villalobos Dintrans, P.** (2020). Health reform in the midst of a social and political crisis in Chile, 2019-2020 [Reforma de salud en medio de una crisis social y económica en Chile, 2019-2020]. *Health Systems and Reform*, 6 (1), e1789031. <https://doi.org/10.1080/23288604.2020.1789031>
- Buchmueller, T. C., Fiebig, D. G., Jones, G., & Savage, E.** (2013). Preference heterogeneity and selection in private health insurance: the case of Australia. *Journal of Health Economics*, 32(5), 757–767.
- Buchner, F., Goepffarth, D. & Wasem, J.** (2013). The new risk adjustment formula in Germany: implementation and first experiences [La nueva fórmula de ajuste de riesgo en Alemania: implementación y primeras experiencias]. *Health Policy*, 109 (3), 253–262. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.12.001>
- Cabieses, B., Esnouf, S., Blukacz, A., Espinoza, M. A., Mezones-Holguin, E. & Leyva, R.** (2022). Health in Chile's recent constitutional process: A qualitative thematic analysis of civil proposals [La salud en el reciente proceso constitucional chileno: Un análisis temático cualitativo de propuestas civiles]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (24), 16903. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416903>
- Canales, I.** (2024a, 6 de marzo). Minsal apuesta por aumentar las cirugías ambulatorias para acortar listas de espera. *La Tercera*. <https://www.latercera.com/nacional/noticia/minsal-apuesta-por-aumentar-las-cirugias-ambulatorias-para-acortar-listas-de-espera/SOXY5FJ-VYZD5HBZAKL2TPIKX4/#>
- . (2024b, 19 de agosto). Sin escala de grises: el creciente choque de miradas del comité experto que busca una propuesta para la reforma de salud. *La Tercera*. <https://www.latercera.com/la-tercera-pm/noticia/sin-puntos-medios-el-creciente-choque-de-miradas-del-comite-experto-que-busca-una-propuesta-para-la-reforma-de-salud/GFSHUXWI-Y5AWNJAHHPI43I6SAA/>
- . (2024c, 2 de septiembre). Cinco proyectos de ley y la renuncia de un miembro: el detalle y la trastienda del informe del comité de expertos para la reforma a la salud. *La Tercera*. <https://www.latercera.com/la-tercera-pm/noticia/cinco-proyectos-de-ley-y-la-renuncia-de-un-miembro-la-trastienda-del-informe-del-comite-de-expertos-para-la-reforma-a-la-salud/AQIFC3NFXVDFJD5IGBST2CAC54/>
- Castillo, C.** (2024). *Atención primaria de salud universal en Chile. Un análisis de la implementación inicial del proyecto en comunas pioneras*. Documentos de Proyectos LC/TS.2024/92. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/dd0a1d57-beda-4bc1-8a05-482299d0ebfd/content>
- Castillo Laborde, C., Aguilera-Sanhueza, X., Hirmas-Adaay, M., Matute, I., Delgado-Becerra, I., Nájera-De Ferrari, M., Olea-Norman-din, A. & González-Wiedmaier, C.** (2017, abril-julio). Health insurance scheme performance and effects on health and health inequalities in Chile [Desempeño del plan de seguro médico y efectos sobre la salud y las desigualdades en salud en Chile]. *MEDICC Review*, 19 (2-3), 57–64. <https://doi.org/10.37757/MR2017.V19.N2-3.10>
- Centro de Estudios Públicos, CEP** (2024). *Estudio nacional de opinión pública 2024. Encuesta CEP 91, junio-julio 2024*. https://static.cepchile.cl/uploads/cepchile/2024/07/30-141724_7cww_PPT-CEP-91_ANEXOS.pdf
- Cerda, J. y Godoy, J.** (2024, marzo). *Salud para Chile: Reflexiones y aportes de la Facultad de Medicina UC a la discusión pública* [Segunda edición]. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. <https://facultadmedicina.uc.cl/wp-content/uploads/2024/08/Salud-para-Chile-segunda-edicio%CC%81n-2024.pdf>
- Cid, C.** (2011, diciembre). *Problemas y desafíos del seguro de salud y su financiamiento en Chile: el cuestionamiento a las ISAPRE y la solución funcional*. Centro de Políticas Públicas; Pontificia Universidad Católica de Chile. <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/web/content/uploads/2012/01/problemas-y-desafios-del-seguro-de-salud-y-su-financiamiento-en-chile.pdf>
- Cid, C., Ellis, R. P., Vargas, V., Wasem, J. & Prieto, L.** (2016). Global risk-adjusted payment models [Modelos de pago globales ajustado al riesgo]. En R. M. Scheffler (Ed.). *World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy* (pp. 311–362). https://doi.org/10.1142/9789813140493_0006
- Cid, C., Salazar, E., Tegtmeier, R. & Muñoz, A.** (2009, septiembre). *Magnitud y características de la cautividad en el sistema Isapre*. Superintendencia de Salud. https://www.superdesalud.gob.cl/difusion/665/articles-5543_recurso_1.pdf
- Cid, C., Torche, A., Herrera, C., Bastías, G. & Barrios, X.** (2014, enero). Bases para una reforma necesaria al seguro social de salud chileno. En I. Irarrázabal, M. A. Morandé y M. Letelier (Eds.) *Propuestas para Chile. Concurso políticas públicas* (pp. 183–220). Pontificia Universidad Católica de Chile. https://politicaspUBLICAS.uc.cl/web/content/uploads/2014/01/Libro-Propuestas-para-Chile_version-web-8.pdf
- Cid, C. & Uthoff, A.** (2018). La reforma a la salud pendiente en Chile: reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, e170. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.170>

- Comisión Asesora Presidencial para el estudio y propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado**, CAP (2014, 8 de octubre). *Informe final Comisión Asesora Presidencial para el estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado*. http://archivospresidenciales.archivonacional.cl/uploads/r/archivo-presidencia-de-la-republica-2/6/5/3/653944ef13a-9b369201adb978e1e48be612fa44194a042e3f96d6832ac50ee40/_home_aristoteles_documentos_D5.pdf
- Comisión Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile; Colegio Médico de Chile, ESP-COLMED** (2018, mayo). *Propuestas para una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile*. <https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2018/05/Propuesta-Reforma-de-Financiamiento-Integral-a-la-Salud.pdf>
- Comisión Presidencial de Salud, CPS** (2010, diciembre). *Informe Comisión Presidencial de Salud*. http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/96c1350fbf1a856c_e04001011f015405.pdf
- Comisión Técnica Asesora para la Comisión de Salud del Senado en el marco de la discusión del boletín 15896-11, CTA** (2023, 10 de octubre). *Informe final Comisión Técnica Asesora para la Comisión de Salud del Senado en el marco de la discusión del Boletín 15896-11*. <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/91288/1/INFORME%20FINAL%20COMISION%20TECNICA.pdf>
- Comité de Expertos para la Reforma de Salud, CER** (2024, 1 de septiembre). *Informe Comité de Expertos para la Reforma de Salud*. Por encargo de la Comisión de Salud del Senado. https://tramitacion.senado.cl/appsenado/index.php?mo=tramitacion&ac=getDocto&idoccto=20693&tipodoc=docto_comision
- Comité Técnico de Reforma del Sector Salud** (2023, 16 de noviembre). *Informe del Comité Técnico de Reforma del Sector Salud (Convocado por la Comisión de Salud del Senado): Recomendaciones para reformas urgentes en el sistema de salud de Chile*. <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/91289/1/Informe%20del%20Comité%20Técnico%20de%20Reforma%20del%20Sector%20Salud.pdf>
- Connelly, L. B., Paolucci, F., Butler, J. R. G., & Collins, P.** (2010). Risk equalisation and voluntary health insurance markets: The case of Australia. *Health Policy* (Amsterdam, Netherlands), 98(1), 3–14.
- Crispi, F., Cherla, A., Vivaldi, E. A. & Mossialos, E.** (2020). Rebuilding the broken health contract in Chile [Reconstruyendo el contrato de salud roto en Chile]. *The Lancet*, 395 (10233), 1342. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30228-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30228-2)
- Cuadrado, C., Crispi, F., Libuy, M., Marchildon, G. & Cid, C.** (2019, julio). National Health Insurance: A conceptual framework from conflicting typologies [Seguro Nacional de Salud: Un marco conceptual a partir de tipologías contradictorias]. *Health Policy*, 123 (7), 621–629. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.05.013>
- Debrott, D.** (2017, diciembre). *Dossier sobre integración vertical y efectos en el sector privado de salud*. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud. https://www.superdesalud.gob.cl/documentacion/666/articles-16449_recurso_1.pdf
- Debrott, D., Leyton, G., Poblete, R. y Tegtmeier, R.** (2017, diciembre). *Antecedentes empíricos para la evaluación del mecanismo de compensación de riesgos GES Intersapres*. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud. https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2017/12/articles-16500_recurso_1.pdf
- Decreto con Fuerza de Ley 1 de 2005, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley n° 2.763, de 1979 y de las leyes n° 18.933 y n° 18.469. 23 de septiembre de 2005*. <https://bcn.cl/2ep5o>
- Donato, R. & Onur, I.** (2018, octubre). *Private health insurance in Australia: policy reform approaches towards greater competition and efficiency to improve health system performance* [Seguro médico privado en Australia: la reforma política se aproxima hacia una mayor competición y eficiencia para mejorar el desempeño del sistema de salud]. Monash University; Australian Centre for Financial Studies. https://www.monash.edu/_data/assets/pdf_file/0005/2325884/Private-health-insurance-in-Australia.pdf
- Duijmelinck, D. M. I. D. & van de Ven, W. P. M. M.** (2014). Choice of insurer for basic health insurance restricted by supplementary insurance [Elección de aseguradora para el seguro de salud básico restringido por un seguro complementario]. *The European Journal of Health Economics*, 15, 737–746. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0519-7>
- Erazo, Á.** (2015). Un enfoque sistémico para comprender y mejorar los sistemas de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38 (3), 248–253. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10082>
- España, M., López, D. y Encina, J.** (2024, junio). *Encuesta Casen 2022: Acceso a salud en la población chilena* (Resultados Casen). Subsecretaría de Evaluación Social, Ministerio de Desarrollo Social y Familia. https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2022/Resultados_Salud_Casen2022.pdf
- Fernández, P., Jeria, M. M., Leyton, G. y González, S.** (2021, noviembre). *Propuesta de un Fondo de Compensación de Riesgos para Chile: Modelo y resultados en el sistema privado de salud*. Superintendencia de Salud. https://www.superdesalud.gob.cl/documentacion/666/articles-20547_recurso_1.pdf
- Fouda, A., Fiorentini, G. & Paolucci, F.** (2017, diciembre). Competitive health markets and risk equalisation in Australia: Lessons learnt from other countries [Mercados de salud competitivos e igualación de riesgo en Australia: Lecciones aprendidas de otros países]. *Applied Health Economics and Health Policy*, 15 (6), 745–754. <https://doi.org/10.1007/s40258-017-0330-1>
- Frenz, P., Delgado, I., Kaufman, J. S. & Harper, S.** (2014, septiembre). Achieving effective universal health coverage with equity: evidence from Chile [Lograr cobertura sanitaria universal efectiva con equidad: evidencia de Chile]. *Health Policy and Planning*, 29 (6), 717–731. <https://doi.org/10.1093/heapol/czt054>
- Gallardo, K., Varas, L. & Gallardo, M.** (2017, noviembre). Inequality of opportunity in health: evidence from Chile [Desigualdad de oportunidades en salud: evidencia de Chile]. *Revista de Saúde Pública*, 51, 110. <https://doi.org/10.11606%2F51518-8787.2017051007034>
- Henríquez, J., van Kleef, R. C., Matthews, A., McGuire, T. G. & Paolucci, F.** (2023). *Combining risk adjustment with risk sharing in health plan payment systems: Private health insurance in Australia* [Combinar el ajuste de riesgo con el riesgo compartido en los sistemas de pago de planes de salud: Seguro médico privado en Australia] Documento de Trabajo 31052. National Bureau of Economic Research. <https://www.nber.org/papers/w31052>
- Henríquez, J. y Velasco, C.** (2015a, noviembre). Las desigualdades en la atención médica en los últimos 20 años. *Propuestas de Política Pública*, 13. Centro de Estudios Públicos. https://static.cepchile.cl/uploads/cepchile/2022/09/ppp_13_jhenriquez_cvelasco.pdf
- Henríquez, J. & Velasco, C.** (2015b, agosto). Radiografía del uso del sistema de salud en Chile (1992–2000–2013). *Puntos de referencia*, 407. Centro de Estudios Públicos. https://static.cepchile.cl/uploads/cepchile/2022/09/pder407_CVelasco.pdf
- Henríquez, J., Velasco, C., Mentzakis, E. y Paolucci, F.** (2016, diciembre). Más equidad y eficiencia en isapres: Evaluación y propuestas al mecanismo de compensación de riesgos. *Debates de Política Pública*, 18. Centro de Estudios Públicos. https://static.cepchile.cl/uploads/cepchile/2022/09/dpp_018_diciembre2016_jhenriquez_cvelasco.pdf
- Kifmann, M.** (2006). Risk selection and complementary health insurance: the Swiss approach [Selección de riesgos y seguro de salud complementario: el enfoque suizo]. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 6, 151–170. <https://doi.org/10.1007/s10754-006-8162-9>
- Koch, K. J., Cid Pedraza, C. & Schmid, A.** (2017, mayo). Out-of-pocket expenditure and financial protection in the Chilean health care system—A systematic review [Gasto de bolsillo y protección financiera en el sistema de salud chileno: Una revisión sistemática]. *Health Policy*, 121 (5), 481–494. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.02.013>
- Kutzin, J.** (2013, agosto). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy [Financiamiento de la salud para cobertura universal y el desempeño del sistema de salud: conceptos e implicaciones para las políticas]. *Bulletin of the World Health Organization*, 91 (8), 602–611. <https://doi.org/10.2471%2FBLT.12.113985>

- Kutzin, J., Cashin, C. & Jakab, M.** (Eds.) (2010). *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition* [Implementación de la reforma del financiamiento de la salud: lecciones desde países en transición]. World Health Organisation Europe: European Observatory on Health Systems and Policies. <https://iris.who.int/handle/10665/326420>
- Lamers, L. M., van Vliet, R. C. J. A. & van de Ven, W. P. M. M.** (2003, julio). Risk adjusted premium subsidies and risk sharing: key elements of the competitive sickness fund market in the Netherlands [Subvenciones de primas ajustadas al riesgo y reparto de riesgos: elementos clave del competitivo mercado de fondos de enfermedad en los Países Bajos]. *Health Policy*, 65 (1), 49-62. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(02\)00116-1](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(02)00116-1)
- Layton, T. J., McGuire, T. G. & Sinaiko, A. D.** (2016). Risk corridors and reinsurance in health insurance marketplaces: Insurance for insurers [Corredores de riesgo y reaseguro en los mercados de seguros de salud: seguros para aseguradoras]. *American Journal of Health Economics*, 2 (1), 66-95. https://doi.org/10.1162/ajhe_a_00034
- Leiva, L.** (2019, 5 de mayo). Super de Salud por reajuste a prima GES en isapres: "No se justifica." *La Tercera*. <https://www.latercera.com/nacional/noticia/super-salud-reajuste-prima-ges-isapres-no-se-justifica/642809/#>
- Ley 21.674.** *Que modifica el decreto con fuerza de ley n° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, en las materias que indica, crea un nuevo modelo de atención en el Fondo Nacional de Salud, otorga facultades a la Superintendencia de Salud, y modifica normas relativas a las instituciones de salud previsual. 20 de mayo de 2024.* D. O. 43.858. <https://bcn.cl/3k7c6>
- Martínez-Gutiérrez, M. S. & Cuadrado, C.** (2017, junio). Health policy in the concertación era (1990-2010): Reforms the Chilean way [Política de salud en la era de la Concertación: Reformas al estilo chileno]. *Social Science & Medicine*, 182, 117-126. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.012>
- McGuire, T. G., Schillo, S. & van Kleef, R. C.** (2020). Reinsurance, re-payments, and risk adjustment in individual health insurance: Germany, the Netherlands, and the U.S. marketplaces [Reaseguro, reembolsos y ajuste de riesgos en seguros de salud individuales: Alemania, Países Bajos y EE.UU.]. *American Journal of Health Economics*, 6 (1), 139-168. <https://doi.org/10.1086/706796>
- McGuire, T. G. & van Kleef, R. C.** (2018). Risk Sharing [Compartir riesgos]. En T. G. McGuire & R. C. van Kleef (Eds.). *Risk adjustment, risk sharing and premium regulation in health insurance markets. Theory and Practice* (pp. 105-132). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811325-7.00004-X>
- Newhouse, J. P.** (1996, septiembre). Reimbursing health plans and health providers: Efficiency in production versus selection [Reembolso de planes de salud y proveedores de salud: Eficiencia en la producción versus selección]. *Journal of Economic Literature*, 34 (3), 1236-1263. <http://www.jstor.org/stable/2729501>
- Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD** (2023). *Health at a glance 2023: OECD indicators* (OECD Publishing). <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- Olivares-Tirado, P., Salazar, E. y Castillo, C.** (2008). *Comportamiento financiero de las garantías explícitas en salud en el sistema Isapres*. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud; Departamento de Economía de la Salud, Minsal. https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2008/06/articles-4380_recurso_1.pdf
- Paolucci, F., Sequeira, A. R., Fouda, A., & Matthews, A.** (2018). Health plan payment in Australia. In *Risk Adjustment, Risk Sharing and Premium Regulation in Health Insurance Markets* (pp. 181-208). Elsevier.
- Paolucci, F. y Velasco, C.** (2017, septiembre). *Reformando el sistema de seguros de salud chileno: Elección, competencia regulada y subsidios por riesgo*. Debates de Política Pública, 25. Centro de Políticas Públicas. https://static.cepchile.cl/uploads/cepchile/2022/09/dpp_025_septiembre2017_paolucci_velasco.pdf
- Paraje, G. & Vásquez, F.** (2012, diciembre). Health equity in an unequal country: the use of medical services in Chile [Equidad en salud en un país desigual: el uso de servicios médicos en Chile]. *International Journal for Equity in Health*, 11 (1), 81. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-81>
- Pardo, C.** (2019, septiembre). Health care reform, adverse selection and health insurance choice [Reforma sanitaria, selección adversa y elección de seguro médico]. *Journal of Health Economics*, 67, 10222. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2019.07.001>
- Pardo, C. & Schott, W.** (2014, mayo). Health insurance selection in Chile: a cross-sectional and panel analysis [Selección de seguro médico en Chile: un análisis transversal y de panel]. *Health Policy and Planning*, 29 (3), 302-312. <https://doi.org/10.1093/heapol/czt017>
- Programa de Gobierno Apruebo Dignidad* (2021). <https://observatorio-planificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Plan%2Bde%2Bgo-bierno%2BAD%2B2022-2026%2B%282%29.pdf>
- Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo, PNUD** (2017). *Desiguales: orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile* [Síntesis]. <https://www.undp.org/es/chile/publicaciones/desiguales-origenes-cambios-y-desafios-de-la-brecha-social-en-chile>
- . (2024). *Informe sobre desarrollo humano en Chile 2024. ¿Por qué nos cuesta cambiar? Conducir los cambios para un Desarrollo Humano Sostenible*. <https://www.undp.org/es/chile/publicaciones/informe-sobre-desarrollo-humano-en-chile-2024>
- Roman-Urrestarazu, A., Yang, J. C., Ettelt, S., Thalmann, I., Seguel Ravest, V. & Brayne, C.** (2018, agosto). Private health insurance in Germany and Chile: two stories of co-existence, segmentation and conflict [Seguro médico privado en Alemania y Chile: dos historias de coexistencia, segmentación y conflicto]. *International Journal for Equity in Health*, 17 (1), 112. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0831-z>
- Rotarou, E. S. & Sakellariou, D.** (2017). Neoliberal reforms in health systems and the construction of long-lasting inequalities in health care: A case study from Chile [Reformas neoliberales en sistemas de salud y la construcción de desigualdades duraderas en la atención sanitaria: Un estudio de caso de Chile]. *Health Policy*, 121 (5), 495-503. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.03.005>
- Sánchez, M.** (2020, octubre). *Evaluación de impacto de la Tabla de Factores Única* [Documento de trabajo]. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud. https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2021/09/articles-20311_recurso_1.pdf
- Sánchez, M.** (2024, junio). *Análisis de los planes de salud del sistema Isapre a enero de 2024* [Documento de trabajo]. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud. <https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2024/07/analisis-de-los-planes-de-salud-del-sistema-isapre-a-enero-2024-1.pdf>
- Sapelli, C. & Vial, B.** (2003). Self-selection and moral hazard in Chilean health insurance [Autoselección y riesgo moral en el seguro de salud chileno]. *Journal of Health Economics*, 22 (3), 459-476. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(02\)00121-2](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(02)00121-2)
- Swartz, K.** (2006). Reinsuring health: *Why more middle-class people are uninsured and what government can do* [Reasegurar la salud: por qué cada vez más personas de clase media no tienen seguro y qué puede hacer el gobierno]. Russell Sage Foundation.
- T13** (2016, 2 de junio). Primas GES subirán 39,4% en promedio: Las alzas que tendrá cada Isapre. <https://www.t13.cl/amp/noticia/negocios/super-salud-anuncia-fuerte-fiscalizacion-uso-del-augue-reajuste-prima-ges-isapres>
- Thomson, S., Busse, R., Crivelli, L., van de Ven, W. & van de Voorde, C.** (2013). Statutory health insurance competition in Europe: a four-country comparison [Competencia en materia de seguros médicos obligatorios en Europa: una comparación de cuatro países]. *Health Policy*, 109 (3), 209-225. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.005>
- Thomson, S. & Mossialos, E.** (2006). Choice of public or private health insurance: learning from the experience of Germany and the Netherlands [Elección entre seguridad pública o privada de salud: aprendiendo de la experiencia de Alemania y Países Bajos]. *Journal of European Social Policy*, 16 (4), 315-327. <https://doi.org/10.1177/0958928706068271>
- Thomson, S., Sagan, A., & Mossialos, E.** (2020). Why private health insurance? [¿Por qué seguridad privada de salud?]. En S. Thomson, A. Sagan & E. Mossialos (Eds.). *Private health insurance. History, politics and performance* (pp. 1-40). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781139026468>

Tobar, J., Cabrera, S., Núñez, P., Vasallo, C., Guerrero, J. L. y Ríos, M. (2012, octubre). *Mercado de la salud privada en Chile* [Estudio solicitado por la Fiscalía Nacional Económica]. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso; Fiscalía Nacional Económica. <https://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2012/11/INFORME-PUCV-MERCADO-SALUD.pdf>

van de Ven, W. P. M. M., Beck, K., Buchner, F., Chernichovsky, D., Gardiol, L., Holly, A., Lamers, L. M., Schokkaert, E., Shmueli, A., Spycher, S., van de Voorde, C., van Vliet, R. C. J. A., Wasem, J. & Zmora, I. (2003). Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries [Ajuste y selección de riesgos en el mercado de seguros de las cajas de enfermedad en cinco países europeos]. *Health Policy*, 65 (1), 75-98. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(02\)00118-5](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(02)00118-5)

van de ven, W. P. M. M. & Ellis, R. P. (2000). Risk adjustment in competitive health plan markets [Ajuste de riesgos en mercados competitivos de planes de salud]. En A. J. Culyer & J. P. Newhouse (Eds.) *Handbook of health economics*, 1a, 755–845. [https://doi.org/10.1016/S1574-0064\(00\)80173-0](https://doi.org/10.1016/S1574-0064(00)80173-0)

van Kleef, R. C., Reuser, M., McGuire, T. G., Armstrong, J., Beck, K., Brammli-Greenberg, S., Ellis, R. P., Paolucci, F., Schokkaert, E. & Wasem, J. (2024). Scope and incentives for risk selection in health insurance markets with regulated competition: A conceptual framework and international comparison [Alcance e incentivos para la selección de riesgos en mercados de seguro de salud con competición regulada: Un marco conceptual y comparación internacional]. *Medical Care Research and Review: MCRR*, 81 (3), 175–194. <https://doi.org/10.1177/10775587231222584>

Velasco, C., Henríquez, J. & Paolucci, F. (2018). Health plan payment in Chile [Pago de plan de salud en Chile]. En T. G. McGuire & R. C. van Kleef (Eds.). *Risk adjustment, risk sharing and premium regulation in health insurance markets. Theory and practice* (pp. 235-262). Elsevier Academic Press. <https://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-811325-7.00008-7>

Zárate, S. (2010, diciembre). *Los efectos de la sentencia del TC en el caso de Isapres*. Apuntes Legislativos 5, Observatorio de Iniciativas Legislativas. Centro de Políticas Públicas UC. <https://politicaspublicas.uc.cl/web/content/uploads/2010/12/los-efectos-de-la-sentencia-del-tc-en-el-caso-isapres.pdf>

AUTORES

Dr. Jaime Peña Henríquez. Médico Cirujano de la Universidad de Chile, especialista en neurocirugía, con formación en administración en salud (FEN - ESP U. Chile). Investigador de salud del centro de estudios Rumbo Colectivo. Se desempeñó como Jefe de Asesores del Ministerio de Salud (2022), miembro de la Comisión de Reforma a la Salud del Ministerio de Salud (2022) y como asesor legislativo para las Comisiones de Salud tanto de la H. Cámara de Diputadas y Diputados (2018-2022), así como del Senado de la República (2023-2024).

Dra. María Soledad Barría Iroumé. Médica Cirujana de la Universidad de Chile, especialista en medicina interna y nefrología. Investigadora de Salud del Instituto Igualdad. Se desempeñó como Ministra de Salud (2006-2008) y como miembro de la Comisión Asesora Presidencial para la reforma a las Isapres convocada por la Presidenta Michelle Bachelet Jeria en 2014.

Dr. Álvaro Erazo Latorre. Médico Cirujano de la Universidad de Chile, especialista en pediatría y nutrición, con formación en epidemiología (Johns Hopkins University). Investigador de Salud del Instituto Igualdad. Se desempeñó como Ministro de Salud (2008-2010), Director de FONASA (2000-2006), Subsecretario de Salud (1998-2000), y como miembro de la Comisión de Expertos para la Reforma de Salud convocados por la Comisión de Salud del Senado (2024).

Dra. Danae Sinclair Tijero. Médica Cirujana de la Universidad de Chile, especialista en psiquiatría con formación en salud pública (ESP U. Chile). Investigadora de salud del centro de estudios Nodo XXI. Se desempeñó como miembro del Departamento de Derechos Humanos del Colegio Médico de Chile, Regional Santiago.

FICHA TÉCNICA

Fundación Friedrich Ebert en Chile
Hernando de Aguirre 1320 | Providencia | Santiago de Chile

Responsable
Dr. Cäcilie Schildberg
Representante de FES-Chile

<https://chile.fes.de>
<https://fesminismos.fes.de>

Edición de contenido:
Arlette Gay
Directora de proyectos FES-Chile

Edición de estilo:
Guillermo Riveros Álvarez

El uso comercial de todos los materiales editados y publicados por la Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) está prohibido sin previa autorización escrita de la FES.

Cita recomendada: Peña, J; Erazo, A; Barría, S; Sinclair, D; et al. Fin a la cautividad y discriminación en las ISAPRE. FES (2024), Santiago de Chile.

FIN A LA CAUTIVIDAD Y DISCRIMINACIÓN EN LAS ISAPRES

Propuestas para la tramitación del proyecto de ley



La cautividad por preexistencias y la discriminación por edad y sexo son problemas sanitarios con gran impacto para las personas afiliadas a las Isapres como para el funcionamiento en el sistema de salud en su conjunto. Las Isapres utilizan ambos mecanismos para discriminar por riesgo, “descremando” hacia FONASA a las personas de mayor riesgo y gasto. Esto perpetúa un sistema de salud dual, con grandes inequidades, ineficiencia y una relativa baja protección financiera.



El proyecto de ley presentado por el Gobierno busca resolver ambos problemas, cumpliendo con el anhelo de regulación que lleva décadas en espera, con propuestas técnicamente responsables, muchas de las cuales se alinean con la perspectiva de avanzar hacia un Sistema Universal de Salud (SUS). Sin embargo, el análisis del proyecto muestra que contiene importantes riesgos que podrían perpetuar la discriminación por riesgos e ingresos en el sistema de salud. En particular, basados en la experiencia internacional, se advierten los riesgos de la implementación de un reaseguro y de los seguros complementarios en convenios con las Isapres.



De forma alternativa, se plantean propuestas que dan viabilidad al proyecto y permiten transitar en el mediano plazo a un SUS. Entre las primeras, se plantean medidas para incentivar una mayor eficiencia y contención de costos en las Isapres; como también mecanismos para tarificación y ajuste del precio de los planes. Con el fin de permitir una transición gradual y regulada a un FUS, se plantean medidas de convergencia entre ambos esquemas, como la incorporación del financiamiento de la APS universal por parte de las Isapres, como incentivos normativos y financieros para su transición a seguros complementarios en el esquema MCC de FONASA.