

CAPÍTULO 2

Análisis comparativo de los subsistemas de salud general público, privado y laboral: identificando nuevas propuestas para la reforma del sistema de salud chileno

MANUEL ESPINOZA
Escuela de Medicina UC

MARCOS SINGER
PEDRO TRAVERSO
Escuela de Administración UC

Análisis comparativo de los subsistemas de salud general público, privado y laboral: identificando nuevas propuestas para la reforma del sistema de salud chileno

INVESTIGADORES¹

MANUEL ESPINOZA

Escuela de Medicina UC

MARCOS SINGER

PEDRO TRAVERSO

Escuela de Administración UC

RESUMEN¹

A partir del análisis comparativo de los subsistemas de salud general pública, general privada y laboral de Chile se identificaron cinco propuestas que esperan contribuir con elementos adicionales a la discusión sobre la reforma del sistema de salud del país. El trabajo aplicó un marco de análisis que permite evaluar la capacidad de cada subsistema para enfrentar los principales problemas clásicos de los seguros de salud, identificados en la literatura, que incluyen dificultades de solidaridad, de selección, de reclasificación, de eficiencia y de universalidad. A partir de este análisis, que fue validado con diferentes expertos, se analizaron las posibles causas que podrían explicar la mayor o menor capacidad de cada subsistema para enfrentar estas dificultades.

La primera propuesta corresponde a potenciar la prevención mediante la normativización del gasto y la creación de un plan nacional de prevención. Esta propuesta se fundamenta en que la ausencia de instrumentos normativos que aseguren destinar recursos a este objetivo genera su postergación

¹ Esta propuesta fue presentada en un seminario organizado por el Centro de Políticas Públicas UC, realizado el 25 de noviembre del año 2020, en el que participaron como panelistas Jeannette Vega, gerenta de innovación médica de la Red de Salud UC Christus; Lorenzo Constans, presidente de la Asociación de Mutuales, y Ricardo Bitrán, economista y asesor internacional en temas de salud.

en favor de actividades curativas. La segunda propuesta es reforzar el uso y monitorización de guías y protocolos de práctica clínica, y hace hincapié en la generación de instrumentos que integren las buenas prácticas clínicas con la disponibilidad de recursos del sistema de salud. La tercera propuesta insiste en la necesidad que el sistema elabore un plan único de salud, enfatizando en innovar en su diseño y en la institucionalidad para su elaboración y actualización. En particular se propone, en términos de diseño, la elaboración de un cuadro nacional de medicamentos y la incorporación de una selección de problemas de salud garantizados con cobertura universal. En cuarto lugar, en tanto, se propone aumentar la cobertura de la salud laboral mediante la incorporación gradual de enfermedades en las que exista clara evidencia de que padecerlas se puede atribuir en parte al ámbito laboral, como, por ejemplo, algunas enfermedades mentales y musculoesqueléticas. Finalmente, la quinta propuesta es incorporar a las mutualidades como competidores de la salud general privada, lo que podría materializarse en el caso de que nuestro país mantenga un sistema de seguros privados operando en la seguridad social. Esta participación ofrecería la oportunidad de explorar el desempeño de organizaciones sin fines de lucro con un modelo centrado en la prevención en el aseguramiento de la salud privada.

1. Antecedentes

De acuerdo con el reporte de la Organización Mundial de la Salud del año 2000, los sistemas de salud corresponden a todas las organizaciones, las instituciones y los recursos dedicados a producir actividades en salud (OMS, 2000). Su objetivo final es “mejorar la salud de la población a la que sirven”, pero también se han reconocido como otros dos objetivos “el responder a las expectativas de las personas” (expectativas que no son necesariamente médicas) y “brindar protección financiera contra los costos de la mala salud”.

Utilizando el marco conceptual que ofrece este mismo informe, las múltiples organizaciones o entidades que conforman el sistema pueden dividirse según las funciones que cumplen. Primero, está la función de rectoría que en la inmensa mayoría de los países es ejercida por el Ministerio de Salud. No obstante, cabe destacar que aquello implica la función regulatoria, que puede ser delegada a otros cuerpos como superintendencias u órganos de referencia técnica (por ejemplo, un laboratorio nacional de referencia o una agencia regulatoria sanitaria). En segundo lugar está la función del financiamiento, que puede ser encargada a uno o más aseguradores con o sin fines de lucro, dependiendo del modelo que adopta el sistema de salud. En tercer lugar está la función de prestación de servicios —que ejerce un conjunto de centros de salud públicos, privados o ambos— y que otorgan los servicios de salud en los niveles primario, secundario y terciario. Finalmente, la función de creación de recursos (inversión y capacitación) habitualmente se desempeña desde la

autoridad sanitaria, pero también en colaboración con entidades prestadoras de salud (Espinoza et al., 2019).

Los arreglos institucionales que se observan en los distintos sistemas de salud del mundo en general pueden describirse apelando a la similitud a algún modelo clásico. Por ejemplo, el sistema nacional de salud, tipo Beveridge, hace referencia a un arreglo en el cual las funciones de financiamiento, prestación y creación de recursos se integran en un único sistema público. Por otro lado, en el sistema de seguridad social tipo Bismarck hay separación de funciones con múltiples aseguradores (públicos y privados sin fines de lucro), y se ejerce la función de financiamiento con una red de prestadores en la que también pueden coexistir públicos y privados. Una variante de este es el sistema con un único asegurador o financiador. Finalmente, en el modelo de seguros privados, el financiamiento está delegado al mercado de seguros con fines de lucro, que negocian directamente con prestadores en su mayoría privados. Cabe destacar que ningún país tiene implementado un único modelo, sino que habitualmente hay más de un sistema coexistiendo. Sin embargo, hay ciertos referentes en los cuales el modelo tiene bastante supremacía, por ejemplo, los casos de Reino Unido y su Sistema Nacional de Salud, o Alemania y su sistema de seguridad social.

En el caso de Chile coexisten varios modelos (González et al., 2019). Por ejemplo, el subsector público puede verse como un modelo de pagador único (Fonasa) que ejerce la función de compra de servicios de salud primariamente en la red de prestadores públicos, pero también privados. Por otro lado, en el subsector privado opera un modelo similar a la seguridad social con múltiples aseguradores, pues tienen acceso a administrar las cotizaciones obligatorias de los trabajadores, aunque con características de modelo privado, pues pueden rechazar a personas con preexistencias y fijar libremente los precios de sus múltiples planes de cobertura. Un tercer subsector es la salud laboral, que funciona como un sistema integrado en que el financiador es también prestador, con aportes del empleador. En la operación de este conjunto de sistemas emergen una serie de problemas de protección financiera, de oportunidad y de acceso a servicios de salud de calidad, lo que ha llevado a una larga discusión de reforma que aún no se zanja.

Si bien las funciones y las metas definidas del sistema de salud son claras, la evidencia muestra que no son fáciles de alcanzar y que hay una serie de complejidades que deben ser consideradas en el diseño de un sistema. Uno de los obstáculos con los que debe lidiar un sistema de salud es que existen diferentes actores de interés, cuyos objetivos no siempre están alineados; por ejemplo, la población que requiere servicios de salud, los proveedores que entregan dichos servicios, las aseguradoras que los financian y los empleadores que pueden jugar un rol relevante, especialmente ahora en la salud laboral.

Desde la última reforma del sistema de salud en el año 2003 se ha mantenido una discusión constante respecto de la necesidad de un cambio más estructural, que ha estado motivada en buena parte por problemas de justicia social. Por ejemplo, el hecho de que el acceso a servicios de salud oportunos y de calidad está determinado por la capacidad de pago de las personas o que el acceso a seguros privados que otorgan mejores coberturas está limitado por condiciones de salud preexistentes ha motivado esfuerzos por generar propuestas. A la fecha, se observa un acuerdo bastante transversal entre sectores políticos y de actores del sistema respecto de la necesidad de un cambio. Sin embargo, resta aún consensuar específicamente qué modificaciones realizar, tanto en términos de su profundidad estructural como de la gradualidad de su implementación.

Si bien esta discusión lleva más de una década sin llegar a consenso, hay señales claras de que no puede postergarse por mucho más. El gobierno ha presentado dos proyectos de ley que apuntan hacia una reforma de corto plazo y que están siendo estudiados en el Congreso. Al mismo tiempo, el país sostendrá un proceso constitucional que inevitablemente catalizará esta discusión. En este contexto resulta pertinente una activa participación del sector académico para que contribuya con propuestas adicionales que puedan ser incorporadas.

El equipo académico identificó una oportunidad de análisis del sistema que pareció ausente en las propuestas de reforma disponibles en el país. Se constató que los estudios del sistema chileno hacían escasa o nula referencia al subsistema de salud laboral, pese a que evaluaciones previas han demostrado que este se hace cargo de varios de los conflictos que existen en el sistema de salud común. Por lo tanto, un análisis comparativo de este subsistema y los sistemas general público y privado podría ser de utilidad para identificar elementos adicionales a considerar en las actuales propuestas de reforma.

2. Objetivos

El presente trabajo tiene por objetivo aportar propuestas concretas para nutrir positivamente la actual discusión sobre la reforma a los sistemas de salud, a partir de un análisis de los subsistemas de salud chileno –general pública, general privada y laboral– basado en los principales problemas que se reportan en la literatura para este tipo de sistemas.

Los objetivos específicos de este estudio fueron:

1. Hacer un análisis comparativo entre los subsistemas de salud chileno (público, privado y laboral), utilizando un marco de análisis *ad hoc* de las principales problemáticas genéricas descritas en la literatura y en estudios existentes.

2. Desarrollar una propuesta concreta que pueda enriquecer el diseño de un sistema de salud general en Chile, en el marco de la discusión nacional vigente, considerando cómo se comporta cada subsistema frente a los problemas genéricos estudiados.

3. Metodología

Se definió un marco de análisis a partir del levantamiento de los principales problemas de los sistemas de salud reportados en la literatura, adaptando y expandiendo un instrumento que fue utilizado por parte de este equipo en un análisis sobre la salud laboral. Los problemas considerados en este análisis incluyen aspectos de solidaridad, reclasificación, universalidad, eficiencia y selección, como se muestra en el Anexo 1. La adaptación se centró en la selección de problemas que efectivamente se aplican a los tres subsistemas analizados, eliminando los problemas del aseguramiento de grupos y agregando la dimensión de universalidad.

Cada investigador de este equipo evaluó en forma separada el grado de manifestación de cada uno de esos problemas genéricos en los subsistemas de salud general pública, salud general privada y salud laboral usando una escala de Likert, en la cual 1 es muy bajo, 2 es bajo, 3 es medio, 4 es alto, y 5 es muy alto. Luego, cada valoración fue comparada y en aquellos puntos de discordancia se deliberó para lograr un consenso entre los tres.

La evaluación consensuada fue validada con la opinión experta de tres revisores independientes. La selección de los revisores atendió al criterio de contar con las visiones de un experto con experiencia en administrar el fondo nacional de salud (público), una aseguradora privada (isapre) y una mutualidad de seguridad laboral.

A partir de esta evaluación final se identificaron los aspectos característicos de cada subsistema de salud que podrían explicar el grado de manifestación en cada uno de los problemas analizados, y después se generaron conclusiones que fueron discutidas en un taller de validación con expertos convocados a emitir un juicio crítico.

A partir de los resultados del análisis realizado y el feedback de expertos se desarrollaron propuestas concretas sobre elementos del diseño del sistema de salud que pretenden ser un aporte para evitar o atenuar los problemas genéricos estudiados en el contexto de la discusión vigente. Finalmente, se realizó un taller de validación de las propuestas presentadas y se recogieron e incorporaron los principales comentarios.

4. Resultados

Cabe destacar que esta evaluación no tuvo por objetivo contrastar los subsistemas de salud, lo que sería una tarea de gran complejidad si consideramos la heterogeneidad de sus objetivos, alcances y realidades. Tal como se comentó anteriormente, el propósito de esta evaluación fue entender cómo enfrentan los subsistemas, en su propio marco de acción, los principales problemas genéricos de los seguros de salud, y a partir de ese entendimiento desarrollar potenciales mejoras. Los resultados resumidos de esta evaluación se muestran en la Tabla 1 y se presentan de forma más detallada en el Anexo 2. Estos valores indican la presencia de cada problema en los distintos subsistemas de salud, por lo que valores más elevados revelan una mayor gravedad de ese tema.

TABLA 1. **Resumen de evaluación de los problemas genéricos de salud**

Macro tema	Evaluación		
	Salud general pública	Salud general privada	Salud laboral
Solidaridad	○ 1,3	● 3,3	○ 2,0
Reclasificación	○ 1,0	● 3,0	○ 2,0
Universidad	○ 2,0	● 3,0	● 3,7
Eficiencia	○ 2,7	● 3,6	○ 1,7
Selección	○ 1,9	● 4,2	○ 1,4

Fuente: elaboración propia.

A partir de esta evaluación se analizaron algunos elementos y aspectos que podrían explicar los resultados obtenidos por cada subsistema y que se presentan a continuación, explicando brevemente cuál o cuáles de los problemas genéricos de los sistemas de salud ayudan a mitigar. Este análisis constituye la base de las propuestas que se presentan más adelante.

4.1. Alineamiento de incentivos entre asegurador, proveedor de salud y médico

Los problemas genéricos estudiados tienden a reducirse cuando los incentivos del asegurador, el prestador de servicios y el médico están alineados para intentar mantener sanos a sus asegurados mediante esfuerzos de prevención, y cuando desean recuperarlos de la forma más eficiente y eficaz ante un problema de salud.

Las dificultades de eficiencia, como la demanda inducida, se reducen porque los incentivos de quien determina el tratamiento (el médico) están

alineados con los incentivos del asegurador, que debe pagarlos. Los problemas de falta de innovación general y de procesos se reducen porque tanto los proveedores de salud como los aseguradores se benefician con cualquier innovación que mejore la eficacia, y la eficiencia del tratamiento será bienvenida. Por lo mismo, los problemas de exceso de tecnologías no eficientes disminuyen porque ninguno tiene incentivos para incorporar tecnologías que no sean costo-efectivas.

Los problemas de selección, como las listas de espera, también se mitigan con este alineamiento, porque el asegurador debe pagar tanto los costos del tratamiento como los costos de las licencias asociados a los tiempos de espera de este.

Resulta interesante que el grado en que se dé este alineamiento depende del grado en que se cumplan las siguientes condiciones:

- i. El mismo asegurador cubre los costos de las prestaciones médicas (tratamientos), las prestaciones económicas (licencias) y los esfuerzos de prevención.
- ii. El asegurador puede controlar de forma efectiva los esfuerzos de prevención y de tratamiento que entregan los prestadores a los asegurados para que no sean inferiores o superiores a los realmente requeridos para mantener sano o sanar al paciente lo antes posible.
- iii. El asegurador no puede traspasar el aumento de sus costos a los asegurados vía alza de tarifa o copagos.

En la configuración actual del subsistema de salud laboral se cumplen las tres condiciones, ya que las mutualidades están integradas con los proveedores de servicio, y además cuentan con médicos que dependen de ellas. En la salud general pública se cumple la condición (i) y parcialmente la condición (ii), pero la (iii) no se cumple, pues el Estado siempre debe financiar los costos no cubiertos por el seguro.

En la salud privada se cumple la condición (i), pero la condición (ii) no se cumple, debido a que los proveedores de servicio de salud y los médicos pueden tener incentivos distintos a los del asegurador y este no puede controlarlos de manera efectiva. Tampoco se cumple la condición (iii) cuando las isapres pueden traspasar las alzas de sus costos al valor de los planes que ofrece a los asegurados.

4.2. Existencia de protocolos médicos

Cuando existen protocolos médicos bien definidos, que establecen con claridad los exámenes y tratamientos que requiere cada patología y a los que se puede hacer seguimiento y controlar su adherencia, entonces se pueden manejar algunos de los problemas genéricos estudiados. Los conflictos de eficiencia relacionados con el riesgo moral se reducen porque el paciente no

puede solicitar más exámenes o tratamientos que los que realmente le corresponden según la patología que padece. Del mismo modo, se reduce el riesgo de demanda inducida porque se limita la posibilidad del médico o profesional de la salud de solicitar exámenes o tratamientos adicionales.

Si bien todos los subsistemas estudiados consideran la utilización de protocolos médicos, es en la salud laboral donde existen mejores condiciones para su cumplimiento, debido a que, como resulta evidente, su campo de acción está limitado a los accidentes y enfermedades laborales. Luego, se requiere un número menor de protocolos y por lo general de menor complejidad, aunque también porque existe el alineamiento mencionado en el punto anterior: el médico que debe seguir el protocolo depende laboralmente del asegurador, que necesita que estos se sigan.

4.3. Plan único de salud

La existencia de un plan único de salud permite sortear varios de los problemas estudiados. La falta de solidaridad de riesgo individual y de ingreso se reducen con la existencia de un único plan. Lo mismo ocurre con el riesgo de reclasificación individual. El plan único también reduce los problemas de eficiencia relacionados con el costo de búsqueda y los problemas de selección adversa.

Cabe destacar que la existencia de un plan único puede fomentar el desarrollo de seguros complementarios que, aunque pueden tener un efecto positivo para el sistema, eventualmente podrían permitir a las personas armar su propio plan de salud, en cuyo caso los problemas antes descritos volverían a observarse.

4.4. Empresa como agrupador y aliado en la mantención y recuperación de la salud

La existencia de la empresa como un agrupador de personas y como un agente activo en la seguridad laboral cumple tres roles relevantes: (i) agrupa a personas con diferente nivel de riesgo en un solo seguro, (ii) puede actuar como un verificador o auditor de los siniestros que se reportan al seguro y (iii) apoya los esfuerzos de prevención. Estos roles permiten atenuar varias de las dificultades estudiadas.

Los problemas de solidaridad de riesgo e ingreso individual se reducen porque estos no impactan el costo del seguro. El riesgo moral también se reduce porque las personas tienen menos incentivos para cambiar su comportamiento y demandar más servicios de salud que los que corresponden, debido a que la empresa puede cuestionar este comportamiento.

4.5. Ingreso fijo

La existencia de un ingreso fijo para el seguro, ajustable solo por el comportamiento de los asegurados y no por la eficiencia en la provisión de los servicios, ayuda a controlar en alguna medida parte de la problemática.

Las trabas de eficiencia relacionadas con la demanda inducida se reducen porque no existen incentivos para entregar mayores beneficios y tratamientos que los que son realmente requeridos, pues este costo adicional no podrá ser traspasado al asegurado. Los problemas de falta de innovación y de falta de optimización de procesos disminuyen también porque se cuenta con incentivos para buscar innovaciones que permitan contener los costos y mejorar la eficacia, debido a que son la única vía disponible para asegurar la sostenibilidad del sistema. El mismo argumento explica la reducción del problema de exceso de tecnologías no eficientes: no existen incentivos para incorporarlas si no son eficaces porque ese costo adicional no podrá ser traspasado al asegurado.

El ingreso fijo es uno de los requisitos que se debe cumplir para que exista un alineamiento entre el asegurador, el médico y los prestadores de servicios dentro del sistema. De los subsistemas estudiados, solo el de salud laboral contempla un seguro con ingreso fijo, no obstante, es interesante observar que en la salud general privada se han puesto últimamente varias restricciones al alza de costo de los planes.

5. Propuestas

Basándonos directa o indirectamente en las conclusiones descritas en el punto anterior, se desarrollaron propuestas concretas para nutrir positivamente la actual discusión sobre la reforma.

5.1. Potenciar la prevención mediante la normativización del gasto y la creación del plan nacional de prevención

Se propone fomentar la conservación de la salud definiendo un plan progresivo que permita formalizar, monitorear y fomentar los esfuerzos en prevención que se realizan.

5.1.1. Argumentación

Cuando se calcula la combinación óptima entre prevenir y curar, casi siempre se obtiene una solución mixta (Singer y Donoso, 2009). Esto ha sido demostrado tanto en el ámbito de la salud común (Gérvás, Starfield y Heath, 2008; Adams, 2015) como de la salud laboral (Pransky, Loisel y Anema, 2011; Akanji, 2013). Sin embargo, con frecuencia se postergan los esfuerzos preventivos en favor de los curativos. Los motivos de por qué con frecuencia se reduce la prevención a un mínimo, muy lejos del óptimo, también han sido largamente estudiados (van Zoest. et al., 2017). Entre ellos destaca el hecho de que el costo de prevenir es inmediato y conocido, en cambio el beneficio de hacerlo es futuro e incierto. También se reconoce que los “bolsillos” están desalineados: aquel actor que incurre en el costo de prevenir no es el mismo que obtiene los beneficios de no tener que curar.

Una conclusión relevante que se desprende del análisis del sistema de salud y seguridad laboral chileno es que este último alinea los incentivos

para que se tienda al óptimo mixto de prevención y cura. En particular en seguridad laboral, los efectos de una buena prevención se manifiestan rápidamente (Brahm y Singer, 2013), mientras que en salud general esto no es tan claro. Dado que son las mutualidades las que asumen los costos, pero también los beneficios, tampoco se da el problema de desalineamiento antes descrito. Consecuencia directa de esta alineación es que se ha normativizado el gasto para asegurar que se invierta una proporción de fondos y esfuerzo en la prevención. Actualmente, el gasto asignado a actividades preventivas debe ser del 15% o más del presupuesto; sin embargo, en la práctica es algo mayor que el 18%.

En el sistema público se da con algo de fuerza el desalineamiento temporal, es decir, toda inversión realizada por un cierto gobierno será aprovechada por otro, muy en el futuro. También ocurre que el bolsillo que financia la prevención no es exactamente el mismo que financia la cura.

Una de las falencias más llamativas del sistema público es que, a diferencia del sistema de salud laboral, no existe la práctica de evaluar el gasto en prevención respecto del de cura. Por lo mismo, tampoco se da una regla de un 15% que fije un mínimo de prevención que sí se observa en el subsistema de salud laboral. Sin la obligatoriedad de destinar gasto a prevención, no existe incentivo para la evaluación ex ante de estrategias preventivas ni menos para la innovación en actividades de este tipo. El caso de la salud privada es aún más extremo que el de la salud común pública, pues el desalineamiento de los “bolsillos” es más profundo.

5.1.2. Aspectos relevantes para implementar esta propuesta

La propuesta es que la prevención sea parte explícita de la normativa de la salud común, pública y privada, incluyendo la fijación de una proporción del presupuesto que deba ser invertida en acciones preventivas. Para ello se deben cumplir los siguientes aspectos.

i. Monitoreo y reporte del gasto en prevención

Para monitorear este gasto debe definirse qué tipo de prestación corresponde a prevención, curación y administración, entre otras. Esto podría implicar estudiar las guías médicas y otro tipo de protocolos de manera de codificar adecuadamente cada ítem de gasto. Los sistemas de contabilidad de cada uno de los prestadores de salud deben incluir la clasificación del caso de acuerdo con si es de prevención o de otra naturaleza, y poder agregarlo en diferentes unidades de tiempo, demográficas o geográficas.

ii. Evaluación del impacto del gasto en prevención

Con información de detalle de gasto en prevención pueden construirse modelos de evaluación que identifiquen mediante un análisis estadístico cuál es su impacto. Si bien los modelos deben basarse en la literatura internacional, es muy posible que los parámetros específicos sean locales. Por

ejemplo, es viable que el impacto del gasto en prevención de enfermedades cardiovasculares interactúe con el gasto en prevención de adicciones, dada la comorbilidad que existe en este tipo de problemas en todo el mundo y en Chile (Martínez et al., 2017). La magnitud de esta interacción dependerá de las diferentes cohortes sociodemográficas y, por ende, también dependerá del impacto de cada unidad de gasto adicional.

iii. Optimización del gasto en prevención

Una vez construidos los modelos de impacto directo e impacto cruzado de las diferentes acciones de prevención en el nivel de morbilidad de las personas en Chile, se debe optimizar la asignación de recursos (Courbage, Loubergé y Peter, 2017). Para ello es necesario construir la función objetivo a optimizar y las restricciones que la limitan (Ershadi y Shemirani, 2019). Esta debiera considerar, según esta propuesta, un monto mínimo porcentual del ingreso total del seguro.

Se propone adoptar como función objetivo una medida de salud que permita una comparación entre las diversas actividades que realiza el sistema de salud, con el objeto de alinear los procesos de evaluación de tecnologías en salud que se desarrollan en el país. Al mismo tiempo se espera sintonizar con las prácticas internacionales de evaluación y para esto se sugiere adoptar el Año de Vida Ajustado por Calidad (QALY) como métrica.

5.2. Reforzar el uso y monitorización de guías y protocolos de práctica clínica

Un sistema de salud que avanza en eficiencia y equidad de acceso requiere de instrumentos que guíen el uso racional de los servicios de salud disponibles, limitando su utilización desproporcionada y evitando el alto gasto de bolsillo de las familias. Es importante aclarar que esta propuesta reconoce que una adecuada provisión de servicios de salud necesita contar con los insumos necesarios para una adecuada atención, lo cual se debe garantizar mediante un plan de salud que puede ser comprendido como un instrumento desde la demanda. Sin embargo, la oferta de servicios también requiere de instrumentos capaces de disminuir la heterogeneidad de prácticas y el uso de recursos a lo estrictamente requerido por la necesidad del paciente. La propuesta de fortalecimiento de guías y protocolos que aquí se desarrolla va justamente en la línea de alinear los esfuerzos de planificación sanitaria desde la demanda con los de otorgar una oferta racional y eficiente.

5.2.1. Argumentación

La desregulación de la oferta genera problemas de ineficiencia en el sistema de salud, favoreciendo la demanda inducida, el riesgo moral y el uso de tecnologías ineficientes. Adicionalmente, afecta el cumplimiento de la receptividad o *responsiveness*, uno de los objetivos esenciales de los sistemas de salud (OMS, 2000).

El rápido desarrollo del conocimiento médico trae desafíos a los profesionales de la salud y al sistema. Una consecuencia de ello es que, debido a la inmensidad de información disponible, su generación dinámica y la complejidad de su evaluación con métodos cada vez más sofisticados, la decisión de qué es más adecuado para un paciente difícilmente puede ser delegada a la individualidad de cada profesional médico. El riesgo de hacerlo sin ninguna guía es que indirectamente se incentiva al sobreuso de servicios. Esto se explica por dos razones fundamentales: primero, reducir el riesgo de error médico que está asociado a consecuencias medicolegales; y segundo, satisfacer el deseo de otorgar todos los recursos posibles al paciente, aun cuando estos puedan ser injustificados en términos de los escasos beneficios que producen y de las consecuentes implicancias que tiene en el acceso de otros pacientes.

Por otro lado, el riesgo moral que también genera sobreutilización de recursos –pero ahora desde el usuario que solicita más servicios de salud– también se ve favorecido en un sistema que opera sin guías clínicas. Debido a que la mayor parte de los servicios requieren prescripción médica, la existencia de guías y protocolos incentivan un uso racional de los recursos, limitando el riesgo moral.

Finalmente, la falta de guías clínicas se asocia a una mayor variabilidad de la práctica clínica, algo que tiene varias consecuencias. Primero, incentiva el sobreuso de consultas médicas debido a la demanda de segundas opiniones, produciendo ineficiencia. Segundo, cuando la variabilidad es importante, los pacientes perciben una desconfianza en el sistema. Tercero, si la percepción de desconfianza ocurre en un contexto en el cual quienes tienen más capacidad de pago tienen más acceso a estas múltiples consultas y a tomar mejores decisiones, la percepción de desconfianza se asocia a una sensación de injusticia en el acceso. Por lo tanto, la capacidad de un sistema de salud de otorgar directrices de la práctica clínica, independiente del médico o del hospital donde el paciente se atiende, mejora el cumplimiento de las expectativas no relacionadas con la atención médica (*responsiveness*).

5.2.2. Aspectos relevantes para implementar esta propuesta

Para avanzar en esta lógica, el sistema de salud debe reforzar el uso de guías y protocolos de práctica clínica. Para efectos del presente documento, entenderemos las guías de práctica clínica como aquellos lineamientos consensuados entre los actores del sistema de salud, en los cuales la perspectiva médica es central respecto de las conductas que debe adoptar un profesional frente a un paciente, incluyendo consideraciones de uso racional y proporcionado de los recursos del sistema. En contraste, los protocolos de práctica clínica son instrumentos que adecúan las guías clínicas a las condiciones específicas de una red de prestación, incorporando sus restricciones de infraestructura, de recursos humanos y de acceso oportuno a servicios de salud. Estas herramientas no solo cumplen un rol en homogeneizar racionalmente la práctica

clínica, sino que son instrumentales para forzar la generación de consensos entre médicos y profesionales del área respecto de esta práctica, incorporando sistemáticamente consideraciones de uso racional.

Las guías clínicas han avanzado significativamente en términos de los métodos que soportan su elaboración. Sin embargo, en determinadas ocasiones el producto de la guía ve ciertas barreras de implementación en el sistema de salud. Por esta razón es que este debe producir siempre los protocolos que logren aterrizar las recomendaciones a la práctica habitual del sistema, haciendo explícitas las restricciones de cobertura. Por ejemplo, la guía ministerial para el manejo farmacológico de pacientes con diabetes mellitus 2 recomienda una serie de medicamentos que no están disponibles en el sistema público de salud. Aunque idealmente la red debiera avanzar con la cobertura de lo que está en la guía, esto no siempre ocurre, y es entonces el protocolo el instrumento que debiera normativizar la práctica clínica en el mundo real.

Esta propuesta impone un inmenso desafío de capacidades al sistema, pues obliga a disponer de las capacidades técnicas, que actualmente son muy limitadas en Chile. Por esta razón se propone que la misma institución encargada de elaborar y actualizar el plan único de salud debiera también estar dotada de las capacidades para elaborar, actualizar y monitorizar el cumplimiento de las guías de práctica clínica. De esta forma se limita el esfuerzo de instalar capacidades a una única iniciativa. La normativa que ampara este quehacer debiera ser explícito en que el alcance de estas guías debe ser en todo el sistema de salud, en conformidad con la aplicación del plan universal de salud. Finalmente, la monitorización debe realizarse sobre la base de sistemas adecuados de información e indicadores trazables, para así retroalimentar la actualización de las guías y protocolos ajustándose a la experiencia del mundo real.

5.3. Definir un plan único de salud con innovaciones en su diseño y en el marco institucional para su elaboración y actualización

Se propone definir un plan único de salud basado en un proceso transparente de priorización. Este plan debe entenderse como un instrumento que representa la demanda de la población por servicios de salud y que ha sido ajustado a las capacidades productivas del sistema.

5.3.1. Argumentación

En la actualidad, Chile cuenta con variados esquemas de cobertura que coexisten en los distintos subsistemas. Esta multiplicidad de esquemas se observa en el sistema público, donde están los aranceles Modalidad Atención Institucional, Modalidad Libre Elección y coberturas adicionales en el marco de los acuerdos entre Fonasa y los hospitales. Sin embargo, este problema es mayor en el subsistema privado administrado por las isapres, en el cual existen más de 60.000 planes vigentes. Adicionalmente, se encuentran los

regímenes GES y la llamada Ley Ricarte Soto, que tienen alcance en ambos subsistemas y coexisten con los otros esquemas de cobertura.

La diversidad de planes y esquemas de coberturas, con distintas lógicas de priorización y distintos sistemas de protección financiera, genera una serie de problemas que han sido identificados en el presente trabajo. Uno de ellos se relaciona con la eficiencia, que a su vez se explica por distintos fenómenos. Primero, la existencia de múltiples planes es contraria a la lógica de brindar un conjunto de coberturas costo-efectivas para el sistema, lo cual requiere de un proceso metódico de evaluación de tecnologías que conduzca apropiadamente la priorización sanitaria. En contraste, esta multiplicidad favorece un escenario donde se cubren variados servicios, dentro de los cuales existen intervenciones poco costo-efectivas, contribuyendo a una menor eficiencia del uso de los recursos (Espinoza, 2016).

Segundo, en este escenario de múltiples planes que no están elaborados siguiendo criterios de evaluación de tecnologías, se favorece la demanda inducida por el ofertante, tanto en tipos de servicios como en la frecuencia de utilización. Esto ocurre porque la falta de control en la elaboración de planes implica delegar el uso racional de servicios en los profesionales de la salud, cuyo desempeño no siempre sigue criterios de eficiencia en el uso de recursos. Tercero, este escenario de diversidad de coberturas implica que sujetos con mayor capacidad de pago tienen acceso a mayores coberturas. En Chile, los sujetos usualmente pagan entre un 3% a 4% adicional de su salario para optar a planes con mejores coberturas en el sector privado, algo que incentiva a querer hacer uso de esas coberturas e induciendo el riesgo moral por sobreuso de servicios, tales como exámenes de laboratorio o mayores días de hospitalización, entre otros.

Cuarto, un sistema con múltiples planes es más costoso debido a su administración. Esta última incluye la negociación con distintas redes de prestadores para los distintos planes, así como el cumplimiento de mantener informados a los usuarios de manera satisfactoria. Finalmente, desde la perspectiva del usuario, la búsqueda del mejor plan en el sistema es una tarea compleja y altamente ineficiente dada la multiplicidad de alternativas y los grados de asimetría de información que dificultan la evaluación.

Por otro lado, la existencia de múltiples planes en el sector privado favorece la falta de solidaridad entre grupos con distintos ingresos y riesgos. Primero, aquellos sujetos menos riesgosos tienden a buscar alternativas más baratas y que en general tienen buenas coberturas dado su bajo riesgo. Esto permite que sujetos como jóvenes trabajadores sanos y con mayor capacidad contributiva realicen aportes relativamente menores a los que harían si es que solo operara un plan. En contraste, los más riesgosos tienden a quedarse con planes más caros para optar a mejores coberturas. Por lo tanto, la multi-

plicidad de planes afecta la transferencia de recursos entre sujetos con menor y mayor riesgo, y limita la contribución que podrían hacer sujetos de bajo riesgo y relativa alta capacidad de pago.

En términos de equidad de acceso, el diseño del sistema favorece a los sujetos con mayor capacidad de pago y menor riesgo, quienes por optar a planes con mayores coberturas enfrentan menores barreras de acceso (Sapelli, 2004). Otro problema relacionado con esta inequidad de ingreso es la posibilidad de reclasificación, un fenómeno que ocurre en el sector privado cada vez que, debido a alzas de precio del plan de salud, las personas se ven obligadas a disminuir sus beneficios y optan por otro plan con menores coberturas en comparación con el original.

A lo anterior se suma que el diseño de multiplicidad de planes impide avanzar hacia la universalidad en salud. Este principio de la seguridad social, también reconocido como objetivo fundamental de los sistemas de salud, solo puede ser alcanzado con una única red de coberturas que beneficie de manera igualitaria a todos los ciudadanos.

Finalmente, en términos de selección, la multiplicidad de planes favorece la selección adversa. La existencia de seguros con altas coberturas atrae sujetos con mayor riesgo y ahuyenta a los de menor riesgo, quienes optan por alternativas más baratas en el mercado, ajustando los precios al alza. En el largo plazo, el seguro converge a una solución con menores coberturas (Sapelli y Vial, 2003).

5.3.2. Aspectos relevantes para implementar esta propuesta

Un plan único de salud que reemplace la multiplicidad de planes resuelve gran parte de los problemas identificados en la sección anterior. Sin embargo, existen varias consideraciones que determinarán el grado de mejoría que este instrumento puede producir en el sistema. En síntesis, estos elementos son: el diseño del plan, la manera como se elabora y actualiza el plan, y los esquemas de compra estratégica de insumos, tecnologías y servicios que se establecen a partir de este.

La construcción de un plan requiere, primero, definir su diseño. Esto implica precisar si el plan será una lista positiva de actividades y servicios o tendrá una arquitectura más compleja, como por ejemplo, una lista positiva de problemas de salud con algunas exclusiones de servicios y tecnologías. Cabe destacar que no es propósito de este trabajo generar una propuesta exhaustiva de diseño del plan universal; sin embargo, del análisis comparativo entre subsistemas en Chile se concluye que coexisten esquemas de cobertura de diseño variado. Por ejemplo, el sistema de salud laboral chileno opera como un sistema de cobertura universal, es decir, cubre todos los servicios que un paciente necesita, sin exclusiones y con bastantes buenos resultados, lo que demuestra que, para ciertos problemas de salud –como los laborales–, Chile

ha sido capaz de implementar y administrar cobertura universal, abriendo espacios para pensar en un diseño más complejo más que en una única lista positiva de prestaciones.

Por lo tanto, en Chile un plan único de salud debe contemplar una arquitectura que combine diversos abordajes metodológicos. A continuación se enumeran dos propuestas de diseño que se sugiere considerar al momento de elaborar este diseño:

i. Establecer un cuadro nacional de medicamentos

Se propone que los medicamentos pasen a formar elementos constitutivos del plan único, utilizando el formulario como instrumento. Si bien esta es una propuesta antigua, materializada en muchos países y la propia Organización Mundial de la Salud con su lista de medicamentos esenciales, se propone que el formulario de medicamentos del nuevo plan chileno esté categorizado en bandas de valor. La idea de esta categorización es que remedios de alto valor tienen mayores coberturas que aquellos de menor valor, generando desde el diseño del plan los incentivos al uso racional y eficiente. Esta idea tiene varios otros beneficios: (i) obliga a incorporar todo el arsenal metodológico disponible para la revelación de valor, lo cual catalizará la colaboración entre actores del sistema que ya tienen las capacidades técnicas; (ii) da las señales correctas a la industria farmacéutica para elaborar propuestas de valor, y (iii) sitúa el escenario para negociar con la industria implementando mecanismos de compra estratégica de fármacos.

ii. Incorporar problemas de salud con cobertura universal

Los planes de beneficios vigentes en Chile corresponden a listas positivas únicamente, es decir, la cobertura se restringe a lo que está explícitamente declarado en el plan. Sin embargo, no existe razón que impida considerar un diseño híbrido que permita garantizar el acceso a servicios de salud siguiendo una lógica de cobertura universal y restringido para determinados problemas de salud. Esto implica que todo servicio necesario y reconocido en las guías de práctica clínica está cubierto por el sistema, excepto aquellos que hayan sido considerados inapropiados. La exclusión de estas tecnologías debe estar debidamente justificada por un proceso de evaluación de tecnologías en salud. Por otro lado, la inclusión de problemas de salud con cobertura universal deberá ser gradual y monitorizado para asegurar la sostenibilidad del sistema.

En términos de la elaboración y actualización del plan, se propone una institucionalidad del Plan Único de Salud, anclado sobre la base de procesos de Evaluación de Tecnologías en Salud (ETESA), ampliamente descritos en la literatura. Existen varias propuestas en Chile respecto de esta institucionalidad (Castillo-Riquelme et al., 2011; Lavín et al., 2017; Espinoza y Lenz, 2016), incluyendo una realizada años atrás en el marco de este mismo concurso de políticas públicas, la cual aumenta su relevancia en esta discusión (Espinoza et al., 2014). Esta institucionalidad requiere de una dotación de

recursos que le permita ejecutar las labores técnicas de evaluación y cálculos actuariales, para informar adecuadamente a la autoridad sanitaria de las actualizaciones de plan.

Basándose en la experiencia internacional, se concluye que es deseable que esta institucionalidad disponga de un alto grado de independencia de la autoridad sanitaria (similar a la que tiene el Banco Central del Ministerio de Hacienda), y que su operación esté asegurada mediante financiamiento público. Su gobernanza debiera incluir un consejo con alta representatividad social (aseguradores, beneficiarios, empleadores, gobierno) y dentro de sus procesos deberá implementar múltiples espacios de participación con altos estándares de transparencia para alcanzar legitimidad social. Cabe destacar que el único elemento que cuenta con un acuerdo político transversal en la discusión de reforma es el Plan Único de Salud, transformándose en una herramienta central y articuladora de las siguientes reformas al sistema. En este contexto, el plan requiere ocupar una posición estratégica en esta, para lo cual la legitimidad social es esencial.

El Plan Único de Salud es el instrumento a partir del cual se implementarán los mecanismos de compra estratégica, tales como acuerdos de entrada administrada (*managed entry agreements*) para tecnologías de innovación (Garrison et al., 2013; Walker et al., 2012), o los mecanismos de pago empaquetado de problemas (*bundled payments*) que siguen al marco de cuidados basados en valor (*value-based healthcare*) (Jarousse, 2011). En este contexto, la propuesta es que en el proceso de creación del plan se realicen los ajustes legales que permitan implementar estos mecanismos. Por ejemplo, la negociación estratégica con las compañías de innovación (fármacos y dispositivos) debe ser permitida, al mismo tiempo que regulada legalmente.

La existencia de un Plan Único de Salud puede coexistir con un mercado de seguros privados complementarios y/o suplementarios. La relevancia de estos últimos depende del grado de completitud del plan y sus garantías. La idea es que el plan solucione efectivamente la inmensa mayoría de los problemas de la población, para lo cual debe contar con una extensa cobertura. De esta manera, los seguros privados solo deberían limitarse a suplementar servicios de hotelería u otorgar acceso a prestadores privados preferenciales, pero en ningún caso segmentar a la población en términos de acceso a soluciones efectivas a sus problemas de salud.

Finalmente, la propuesta de un Plan Universal de Salud no es exclusiva de un modelo particular de financiamiento del sistema. Es decir, Chile puede operar con un único plan de beneficios, manteniendo su actual organización y transitando hacia un modelo de seguridad social con multiseguros con ajustes de riesgo, o un modelo de fondo y seguro único de salud. En todos los casos, el (los) asegurador(es) debe(n) cumplir con el deber legal de otorgar las coberturas y garantías del plan a sus beneficiarios.

5.4. Aumentar la cobertura de la salud laboral

Se propone incorporar gradualmente algunas enfermedades mentales y musculoesqueléticas en la cobertura de la salud laboral. Esta propuesta asume *de facto* que las reformas más urgentes a realizar en los sistemas de salud debieran mantener separado el sistema de salud laboral del sistema de salud común, tal como funciona actualmente; no obstante, esto podría revisarse en futuras reformas.

5.4.1. Argumentación

Las fronteras entre la salud laboral y no laboral son cada vez más difusas en la actualidad y esto se ha exacerbado por la pandemia. En particular, existen enfermedades mentales y musculoesqueléticas que podrían tener su origen o ser agravadas en el trabajo; no obstante, poder determinar con certeza si el origen es o no laboral, o la magnitud en la que ha impactado el ámbito profesional de una persona en agravar esa enfermedad, puede resultar de gran complejidad y de alto costo para el sistema de salud. Adicionalmente, la incertidumbre de si este tipo de enfermedades serán cubiertas por la salud general o por la salud laboral puede atentar contra la calidad y la percepción de servicio a los pacientes. Aumentar el número de enfermedades cubiertas bajo el sistema de salud laboral tendería a reducir los costos de clasificación y mejorar la calidad de servicio al paciente.

Considerando que, según el Informe Anual 2019 de Estadísticas sobre Seguridad Social de la Superintendencia de Seguridad Social, el número de denuncias de enfermedades profesionales ha aumentado en los últimos años y la proporción de ellas calificada finalmente tal ha disminuido, es posible afirmar que este problema se ha acentuado y existe una presión creciente para que el sistema de salud laboral aborde un mayor número de enfermedades. Adicionalmente, también es plausible pensar que existe un subsidio de la salud general a la salud laboral² —que ha sido públicamente denunciado por autoridades del área— que es difícil de cuantificar con la información disponible. Aumentar la cobertura de la salud laboral podría reducir la presión existente sobre ella y, por defecto, reducir las probabilidades de subsidios cruzados desde el sistema de salud general.

Resulta interesante también notar que las empresas podrían ser un actor relevante para fomentar la prevención de las nuevas patologías consideradas como laborales, capturando parte de los beneficios descritos anteriormente. Esto resulta interesante porque los esfuerzos en prevención realizados al interior de la empresa podrían tener también impactos positivos en las propias familias de los trabajadores afiliados.

² Este subsidio se produce cuando un evento que podría haber sido calificado como de origen laboral es cubierto por la salud común, ya sea pública o privada.

Las mutualidades actualmente tienen capacidad, técnica y física, para hacerse cargo de algunas de esas patologías, con un estándar de servicio que es, en la mayoría de los casos, igual o mejor que la salud general.

Es esperable que mejoramientos asociados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cubiertas por la salud laboral puedan tener un impacto positivo en el bienestar de las personas y la productividad de las empresas.

5.4.2. Aspectos relevantes para implementar esta propuesta

i. Patologías y gradualidad de incorporación

Se debe definir cuáles patologías se incorporarán en la cobertura de la salud laboral y qué mecanismo de gradualidad en esa incorporación será utilizado. Se propone comenzar con un subconjunto de enfermedades mentales o musculoesqueléticas que cumplan con las siguientes características:

- a. Hoy son consideradas no laborales; no obstante, existe evidencia de que su origen podría tener alguna relación con el ámbito laboral.
- b. Pueden ser agravadas por el trabajo que realiza la persona (aun cuando su origen pueda haber sido no laboral).
- c. Existen acciones de prevención que disminuyen su probabilidad de ocurrencia o su grado de severidad.
- d. Su detección temprana incrementa la eficacia o eficiencia de su tratamiento.

ii. Refuerzo de la prevención y detección

Se debe apoyar a las empresas para desarrollar e implementar planes efectivos de prevención y detección para poder gestionar las nuevas patologías que se incorporen.

iii. Financiamiento

Se debe definir la forma en que se financiará el tratamiento de las nuevas patologías que se vayan incorporando. Se propone considerar dos alternativas de financiamiento:

- a. Financiamiento con alza de la prima: los tratamientos de las nuevas patologías incorporadas se financian mediante el alza de la prima correspondiente a las empresas que registren siniestros en esas nuevas patologías, tal como se hace hoy en día con cualquier otro siniestro laboral. Dentro de las ventajas de esta opción está que no requiere una modificación al sistema de financiamiento y que las empresas tendrán importantes incentivos para trabajar en la prevención de las nuevas patologías. Entre las desventajas destaca el hecho que se deja toda la responsabilidad y la carga financiera a la empresa. Debido a lo anterior, las empresas podrían tener incentivos para evitar la contratación de personas más susceptibles a desarrollar este tipo de enfermedades. Ade-

más, en un comienzo podría haber un *shock* de demanda que no estaría financiado, pues las primas se ajustan cada dos años.

- b. **Financiamiento mixto con alza de prima y salud general:** los tratamientos de las nuevas patologías incorporadas se financian, en parte, mediante el alza parcial de la prima correspondiente a las empresas que registren siniestros en esas nuevas patologías (por ejemplo, considerando solo el 50% de los días perdidos), y en parte son cubiertos por el sistema de salud general (Fonasa o isapre) con una tarifa predefinida. Eventualmente podrían realizarse estudios de fracciones atribuibles (con una institución experta independiente) para definir a priori los porcentajes de cobertura de cada sistema para cada nueva patología cubierta. Una gran ventaja de esta opción es que las empresas tendrán incentivos para trabajar en la prevención de las nuevas enfermedades y no tendrán que asimilar la totalidad del costo. Dado que parte del financiamiento será responsabilidad de la empresa esta alternativa también presentaría, aunque en menor medida, las desventajas mencionadas en la alternativa anterior: las empresas podrían tener incentivos a evitar la contratación de personas más susceptibles a desarrollar este tipo de patologías y podrían sufrir un *shock* de demanda por el desfase temporal de ajuste de las primas.

5.5. Incorporar a las mutualidades como competidores en la salud general privada

Se propone permitir a las mutualidades de salud laboral competir en el mercado de las isapres, estableciendo una empresa filial distinta a la propia mutualidad, pero que actúe en el mismo marco legal que rige a aquellas sin fines de lucro. Esta propuesta asume que la función de financiamiento del sistema seguirá considerando la existencia de un sistema público y uno privado.

5.5.1. Argumentación

Las mutualidades podrían ser eficientes en el ámbito de la salud general aprovechando su integración estructural entre asegurador, proveedor de servicios médicos y el médico, que le permite reducir los problemas de riesgo moral y demanda inducida ya mencionados.

Si bien es cierto que el ámbito de las mutualidades está limitado a la salud laboral, existen algunos recursos, como por ejemplo en el ámbito de la administración, que podrían ser compartidos en una lógica de servicios internos, lo que podría permitir alcanzar importantes economías en la gestión general. Adicionalmente, al menos dos de las tres mutualidades privadas operando hoy tienen una infraestructura física ya establecida que tiene capacidad ociosa y que podrían expandir mediante infraestructura propia o subcontratación si fuera necesario.

Estas economías, junto a la condición de ser organismos sin fines de lucro, podrían permitir que las isapres de mutuales ofrezcan planes de salud a

menor costo que los disponibles actualmente en el mercado. Si esto se diera podría aumentar la proporción de cobertura de la salud privada en los trabajadores dependientes, que es cercana al 26%, liberando la capacidad en el sistema público de salud.

Adicionalmente la entrada de las mutualidades como actores en la salud general privada podría fomentar la competitividad de la industria de las isapres. En el año 1990 existían 21 operando en el mercado y cerca de 800.000 afiliados, número que se ha reducido a seis que funcionan en la actualidad y atienden a cerca de dos millones de afiliados. Independiente de las razones plausibles que puedan explicar la concentración del mercado, el menor número de alternativas puede tener un impacto negativo en la competitividad de la industria.

Del mismo modo, el ingreso de las mutualidades como actores en la salud general podría ser una buena oportunidad para explorar el desempeño de organizaciones sin fines de lucro en el ámbito de la salud privada, sin necesidad de hacer cambios refundacionales en ese subsector.

5.5.2. Aspectos relevantes para implementar esta propuesta

i. Definición de marco legal

Se debe definir el marco legal que regularía a las isapres de mutualidades. Se propone, preliminarmente, que este considere los siguientes aspectos:

- a. Separación legal y administrativa: las isapres que puedan crear las mutualidades deberán ser una persona jurídica diferente y contar con una administración completamente separada a la de la mutual.
- b. Contratación de servicios y arriendo de infraestructura: no obstante lo anterior, la isapre de la mutual podrá contratar servicios de esta y podrá arrendar el uso de su infraestructura, y viceversa. Estas transacciones deberán ser formalmente registradas y auditadas tanto por la mutualidad como por la isapre. La entrega de estos servicios y el arriendo de infraestructura no podrán comprometer el buen desempeño y los niveles de servicios ofrecidos por la mutualidad.
- c. Sin fines de lucro: la propiedad de las nuevas isapres sería del 100% de la mutualidad, por lo tanto, también esta sería sin fines de lucro. Toda la utilidad que se logre generar en la isapre será reinvertida en la misma o será conservada en fondos de reserva para asumir futuras alzas.
- d. Plan único de salud: la isapre deberá ofrecer un plan único de salud

ii. Modificaciones legales

Para velar el carácter de sin fines de lucro, la legislación ha ido limitando que las mutualidades puedan participar en la propiedad de otras empresas. Para poder implementar esta propuesta será necesario revisar esa legislación y permitir que las mutuales puedan tener la propiedad de las isapres que serán creadas.

6. Conclusiones

Existen aspectos y características de los sistemas de salud que los hacen más o menos vulnerables a los principales problemas identificados en la literatura para estos tipos de sistemas, tales como problemas de solidaridad, de selección y de eficiencia. Dentro de los hallazgos más relevantes encontrados en el presente trabajo y que se hacen cargo de estos problemas destacan: la relevancia del grado de alineamiento de incentivos entre asegurador, proveedor de salud y médico; la existencia de protocolos médicos que impactan en el desempeño clínico; la existencia de un único plan de salud; el rol de la empresa como aliado en la mantención y recuperación de la salud, y el ingreso fijo para el seguro como instrumento que incentiva la eficiencia en el gasto en el área.

A partir del análisis de esos aspectos y características en los subsistemas de salud general pública, la general privada y la laboral, es posible identificar potenciales propuestas de mejora para los sistemas de salud. Algunas de ellas son elementos que han estado presentes en la discusión. Sin embargo, nuestro abordaje contribuye a profundizar en algunos aspectos de estas. Por ejemplo, se ha reconocido largamente que la prevención es un pilar de la salud pública; sin embargo, parece ser un área mermada en comparación con los esfuerzos en labores curativas. Esto nos permite concluir que la generación de instrumentos normativos legales es requerida para asegurar actividades preventivas efectivas. De ahí nace la propuesta de un plan nacional de prevención con presupuesto propio, así como la idea de avanzar hacia la normativización del gasto.

En la misma línea de lo anterior, tanto el plan único de salud como la existencia de guías de práctica clínica han estado presentes por mucho tiempo en la discusión. En el caso del plan único, la discusión es mucho más actual y goza de alto consenso. Sin embargo, la efectividad de un plan depende de su diseño y de su legitimidad social para evitar la judicialización. Esto obligó a avanzar en las propuestas, incorporando dos elementos relevantes de diseño (cuadro de medicamentos y problemas seleccionados con cobertura universal), además de enfatizar en un arreglo institucional que asegure un proceso justo de priorización. En términos de guías y protocolos, es necesario relevar este elemento en la reforma del sistema; este debe dejar de ser un simple tecnicismo que solo importa a los médicos clínicos, para pasar a ser un instrumento central en torno al cual se organiza una provisión eficiente de servicios de salud.

Finalmente, el presente trabajo concluye en dos propuestas innovadoras que no han estado presentes en la discusión actual. La primera es la ampliación gradual de coberturas de la salud laboral, incorporando enfermedades en las que exista una fracción atribuible a su origen o agravamiento en el

trabajo. Esta propuesta nace de reconocer que múltiples enfermedades tienen causas originadas en el desempeño profesional y que intervenir el ambiente laboral es determinante para la prevención de su ocurrencia o la modificación de su evolución. Se concluye que la distinción entre lo propiamente profesional y lo común evolucionará inevitablemente a un espacio de menor claridad, pues conforme avanza el conocimiento, las causas multifactoriales son cada vez más evidentes. Luego, resulta esencial que el sistema de salud laboral aborde este desafío.

Por otra parte, la segunda nueva propuesta que sugiere incorporar a las mutualidades al sistema de seguros privados asume que una reforma mantendrá la participación de estos últimos en el modelo de seguridad social. Es razonable plantear dudas respecto del desempeño que tendría una mutualidad como seguro de salud común, ya que actualmente gestiona una proporción limitada de la casuística en salud. No obstante, el estudio de este subsistema permite concluir que la apertura de este espacio ofrece una oportunidad al sistema chileno para explorar el desempeño de organizaciones sin fines de lucro con un modelo centrado en la prevención.

Referencias

- Adams, R.** (2015). Prevention is better than cure: tackling non-communicable diseases in developing countries by focusing on prevention. *Perspectives in Public Health*, 135(3), 121.
- Akanji, B.** (2013). Occupational Stress: A Review on Conceptualisations, Causes and Cure. *Economic Insights – Trends and Challenges*, 2(3), 73-80.
- Arredondo, A., Bertoglia, M. P., Inostroza, M., Labbe, J., Lenz, R. y Sánchez, H.** (2017). *Construcción política del Sistema de Salud Chileno: La importancia de la estrategia y la transición*. Santiago: Universidad Andrés Bello.
- Brahm, F., y Singer, M.** (2013). Is more engaging safety training always better in reducing accidents? Evidence of self-selection from Chilean panel data. *Journal of safety research*, 47, 85-92.
- Castillo-Riquelme, M., Kuhn, L., García, V., Espinoza, M.A., García, H., et al.** (2013). Propuesta de un modelo de implementación e institucionalización de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Chile. Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Santiago, Chile, Ministerio de Salud.
- Cid, C., Torche, A., Bastías, G., Herrera, C. y Barrios, X.** (2013). Bases para una reforma necesaria al seguro social de salud chileno. En: *UC, C. D. P. P. (ed.) Propuestas para Chile 2013*. Santiago: Ediciones Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Comisión Asesora Presidencial.** (2014). Estudio y propuesta de un nuevo marco jurídico para el sistema privado de salud. <http://web.minsal.cl/sites/default/files/Informe%20Final%20Comisi%C3%B3n%20Asesora%20Presidencial.pdf>. Santiago.

- Courbage, C., Loubergé, H., y Peter, R.** (2017). Optimal prevention for multiple risks. *Journal of risk and insurance*, 84(3), 899-922.
- Cutler, D., y Reber, S.** (1998). The Tradeoff between Competition and Adverse Selection, *Quarterly Journal of Economics*, 113, 433-466.
- De Meza, D., y Webb, D. C.** (2001). Advantageous selection in insurance markets. *RAND Journal of Economics*, pp. 249-262.
- Diamond, P.** (1992). Organizing the health insurance market. *Econometrica: Journal of the Econometric Society*, pp. 1233-1254.
- Ellis, R. P., y Fernandez, J. G.** (2013). Risk selection, risk adjustment and choice: Concepts and lessons from the Americas. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(11), pp. 5299-5332.
- Ershadi, M. M., y Shemirani, H. S.** (2019). Using mathematical modeling for analysis of the impact of client choice on preventive healthcare facility network design. *International Journal of Healthcare Management*, pp. 1-15.
- Espinoza, M., Candia, G. y Madrid, R.** (2014). Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Chile: propuesta de institucionalización de un proceso de toma de decisiones sobre cobertura en salud. En: Centro de Políticas Públicas UC (ed.) *Propuestas para Chile: Concurso Políticas Públicas 2014*. Santiago: Universidad Católica de Chile
- Espinoza, M. A.** (2016). La urgente necesidad de un sistema de evaluación de intervenciones en salud. *Revista Médica de Chile*, 144(7), pp. 900-902.
- Espinoza, M. A., Rodríguez, C. y Cabieses, B.** (2019). Sistema de salud y sistema de coberturas en salud. En: Espinoza, M. A., Rodríguez, C. y Cabieses, B. (eds.) *Manual para la participación de pacientes en toma de decisiones sobre cobertura en salud*. Santiago: Derechos reservados Pontificia Universidad Católica de Chile y Universidad del Desarrollo.
- Espinoza, M. y Lenz, R.** (2016). Análisis y propuesta de un proceso de evaluación de tecnologías en salud (ETESA). Santiago, Departamento de Salud Pública UC y Escuela de Salud Pública U. de Chile.
- Fang, H., Keane, M y Silverman, D.** (2008). Sources of Advantageous Selection: Evidence from the Medigap Insurance Market, *Journal of Political Economy*, 2008, pp. 303-350.
- Frank, R., Jacob Glazer, J., y McGuire, T.** (2000). Measuring Adverse Selection in Managed Health Care. *Journal of Health Economics*, 19, pp. 829-854.
- Garrison, L., Towse, A., Briggs, A., de Pouvourville, G., Grueges, J., Mohr, P., Severens, J. L. H., Siviero, P., y Sleeper, M.** (2013). Performance-based risk-sharing arrangements-good practices for design, implementation, and evaluation: report of the ISPOR good practices for performance-based risk-sharing arrangements task force. *Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 16(5), pp. 703-719.
- Gertler, P., y Gruber, J.** (2002). Insuring consumption against illness. *American Economic Review*, 92(1), pp. 51-70.

- Gérvas, J., Starfield, B., y Heath, I.** (2008). Is clinical prevention better than cure? *The Lancet*, 372(9654), 1997-1999.
- Godager, G. y Wiesen, D.** (2013). Profit or patients' health benefit. Exploring the heterogeneity in physician altruism. *Journal of Health Economics*, 32, pp. 1105-1116.
- González, C.; Castillo-Laborde, C. y Matute, I.** (2019). *Estructura y Funcionamiento del Sistema de Salud Chileno*. Santiago: Universidad del Desarrollo.
- Gruber, J. y Madrian, B. C.** (1994). Health insurance and job mobility: The effects of public policy on job-lock. *ILR Review*, 48(1), pp. 86-102.
- Handel, B., Hendel, I. y Whinston, M. D.** (2015). Equilibria in health exchanges: Adverse selection versus reclassification risk. *Econometrica*, 83(4), pp. 1261-1313.
- Illanes, J., Oyarzo, C., Inostroza, M., Rodríguez, P., Ferreiro, A., Valdés, F., Simón, G., Castro, R. E., Caviedes, R., Hepp, J., Tagle, A. y Vergara, M.** (2011). Informe Comisión Presidencial.
- Jarousse, L. A.** (2011). Value-based purchasing and bundled payments *Hospitals and Health Networks*, 85(5), pp. 32-37.
- Lavin, C. P., Alaniz, R. Espinoza, M.** (2017). Visions of Stakeholders About Institutionalization of Health Technology Assessment in Chile: A Qualitative Study. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 33(2), pp. 303-306.
- Liran, E., Finkelstein, A., Ryan, S., Schrimpf, P., y Cullen, M.** (2013). Selection on Moral Hazard in Health Insurance, *American Economic Review*, pp. 178-219.
- Martínez, P., Rojas, G., Fritsch, R., Martínez, V., Vöhringer, P. A., y Castro, A.** (2017). Comorbilidad en personas con depresión que consultan en centros de la atención primaria de salud en Santiago, Chile. *Revista Médica de Chile*, 145(1), pp. 25-32.
- Organización Mundial de la Salud (OMS).** (2000). World Health Report on Health Systems: Improving Performance. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Pransky, G. S., Loisel, P., y Anema, J. R.** (2011). Work disability prevention research: current and future prospects. *Journal of occupational rehabilitation*, 21(3), 287.
- Sapelli, C.** (2004). Risk segmentation and equity in the Chilean mandatory health insurance system. *Social Science & Medicine*, 58(2), pp. 259-265.
- Sapelli, C. y B. Vial** (2003). Self-selection and moral hazard in Chilean health insurance. *Journal of Health Economics*, 22(3): 459-476.
- Shepard, M.** (2016). Hospital network competition and adverse selection: Evidence from the Massachusetts health insurance exchange (No. w22600). National Bureau of Economic Research.
- Singer, M., y Donoso, P.** (2009). If prevention is better than cure, why do firms do the opposite? *Total Quality Management*, 20(9), pp. 905-919.

- Van de Ven, W. P., Van Vliet, R. C., Schut, F. T. y Van Barneveld, E. M.** (2000). Access to coverage for high-risks in a competitive individual health insurance market: via premium rate restrictions or risk-adjusted premium subsidies? *Journal of Health Economics*, 19(3), pp. 311-339.
- Van Zoest, R. A., van der Valk, M., Wit, F. W.; Vaartjes, I., Kooij, K. W., Hovius, J. W. y Reiss, P.** (2017). Suboptimal primary and secondary cardiovascular disease prevention in HIV-positive individuals on antiretroviral therapy. *European journal of preventive cardiology*, 24(12), pp. 1297-1307.
- Walker, S., et al.** (2012). Coverage with evidence development, only in research, risk sharing, or patient access scheme? A framework for coverage decisions. *Value in Health* 15(3), pp. 570-579.

Anexo 1. Problemas genéricos de los seguros de salud analizados

Los problemas de los sistemas de salud analizados en este estudio se muestran en las siguientes tablas y representan problemas clásicos para los sistemas de aseguramiento de la salud ampliamente abordados en la literatura (Van de Ven y Ellis, 2000; Gertler y Gruber, 2002; Pauly, 1968; De Meza y Webb, 2001; Diamond, 1992; Einav et al., 2013; Ellis y Fernandez, 2013; Richard et al., 2000; Shepard, 2016).

Macrotema	Problema genérico	Descripción del problema genérico
Solidaridad	Falta de solidaridad de riesgos individual	Personas pagan según su riesgo individual.
	Falta de solidaridad de riesgos grupal	Grupos pagan según su riesgo grupal.
	Falta de solidaridad de ingresos individual	Personas pagan según su posibilidad de financiar seguro.
	Falta de solidaridad de ingresos grupal	Grupos pagan según su posibilidad de financiar seguro.
	Falta de solidaridad intergeneracional	Seguro no distribuye recursos desde los ingresos que recibe de personas de menor edad, que tienen menos probabilidad de usar el seguro, a personas de mayor edad, que tienen mayor probabilidad de usar el seguro, haciendo insostenible la atención de estos últimos si no se les aumenta la prima.
Macrotema	Problema genérico	Descripción del problema genérico
Reclasificación	Riesgo de reclasificación individual	Cuando las personas enferman o aumentan su costo esperado por eventos que no necesariamente son de su control se ajusta la prima al alza de acuerdo al nuevo riesgo individual.
	Riesgo de reclasificación grupal	Si un grupo de personas aumenta su costo esperado por eventos que no necesariamente son de su control se ajusta la prima al alza de acuerdo al nuevo riesgo grupal.
Macrotema	Problema genérico	Descripción del problema genérico
Universalidad	Servicios limitados	El seguro tiene cobertura limitada de servicios de salud (asumiendo como universo la totalidad de los servicios de salud disponibles).
	Población parcial	El seguro tiene cobertura limitada de población (asumiendo como universo a toda la población).
	Financiamiento limitado	El seguro tiene cobertura limitada de protección financiera.
Macrotema	Problema genérico	Descripción del problema genérico
Eficiencia	Riesgo moral	Por el hecho de estar asegurados, los pacientes cambian su comportamiento y demandan una mayor cantidad de servicios.
	Demanda inducida	El médico actúa como agente del paciente, pero los beneficios del exceso de tratamiento recaen en el prestador (el mismo profesional o su empleador). Los costos los paga el seguro o el mismo paciente, que debido a su ignorancia depende de la recomendación del médico.
	<i>Free rider</i> (polizón)	Personas no pagan su seguro, asumiendo que cuando enfermen la sociedad u alguna institución les dará cobertura.

Macrotema	Problema genérico	Descripción del problema genérico
Eficiencia	Costos de búsqueda de seguro eficiente	La alta variedad y rotación de planes dificulta el cambio de plan de los pacientes.
	Falta de innovación	Incentivos limitados a la innovación en tecnología en servicios de salud (equipos médicos, fármacos, procedimientos médicos, etc.).
	Falta de optimización en procesos	Incentivos limitados a la innovación en procesos para lograr una mayor eficiencia.
	Exceso de tecnologías no eficientes	Incentivos a innovación no costo-efectiva.
Macrotema	Problema genérico	Descripción del problema genérico
Selección	Selección adversa individual	Seguros “generosos” atraen a pacientes que tienen un mayor gasto esperado. En el margen, ello hace subir la prima, lo que puede ahuyentar a pacientes menos riesgosos. Se genera un círculo vicioso que puede terminar impidiendo la existencia de seguros con alta cobertura.
	Seguros incompletos	Para evitar la autoselección, el mercado ofrece seguros incompletos subóptimos.
	Selección positiva individual	Es lo opuesto de la selección adversa: los pacientes de menor riesgo acceden a un mejor seguro.
	Exclusión de pacientes de alto riesgo	Aseguradores tienen incentivos para generar planes que excluyan o ahuyenten pacientes con costos esperados y mayores al promedio de primas del sistema. Eventualmente, proveedores pueden tener los mismos incentivos si los sistemas de pago no compensan.
	Selección pacientes de bajo riesgo	Los aseguradores tienen incentivos para generar planes que atraigan a pacientes con costos esperados y menores al promedio de primas del sistema. Eventualmente, los proveedores pueden tener los mismos incentivos si los sistemas de pago no compensan.
	Reducción calidad servicio médico	Ante costos crecientes, para acotar gastos se reduce la calidad del servicio médico entregado.
	Redes de prestadores de baja calidad	Limitar acceso a prestadores “premium” de alto costo. Las personas “siguen” a prestadores premium y estos, a su vez, suelen ser más caros. Los planes evitan la cobertura en dichos prestadores.
	Listas de espera	Se demora la atención para que quienes pueden pagar se atiendan con terceros, quienes tienen problemas no graves se autoseleccionen fuera del sistema, y problemas que se solucionan solos alcancen a solucionarse antes de la atención.
	Riesgo moral ex-ante	La cobertura afecta decisiones previas a la enfermedad que reducen su probabilidad de ocurrencia o bien su costo esperado, como podrían ser decisiones de prevención.

Fuente: elaboración propia.

Anexo 2. Evaluación de problemas genéricos de los seguros de salud en los subsistemas de salud chileno

En este anexo se muestra la evaluación de todos los problemas genéricos de los seguros de salud considerados, cuyo resumen se presentó en la Tabla 1. Para la evaluación se utilizó una escala de Likert en la cual 1 es muy bajo, 2 es bajo, 3 es medio, 4 es alto y 5 es muy alto, según cómo afecta cada problema en cada subsistema.

Tal como se describe en la metodología, esta evaluación fue discutida con expertos del área.

Macrotema	Problema genérico	Evaluación		
		Salud general pública	Salud general privada	Salud laboral
Solidaridad	Falta de solidaridad de riesgos individual	○ 1	● 3	○ 1
	Falta de solidaridad de riesgos grupal			● 3
	Falta de solidaridad de ingresos individual	○ 2	● 4	○ 2
	Falta de solidaridad de ingresos grupal			○ 2
	Falta de solidaridad intergeneracional	○ 1	● 3	○ 2
	RESUMEN	○ 1,3	● 3,3	○ 2,0
Reclasificación	Riesgo de reclasificación individual	○ 1	● 3	○ 1
	Riesgo de reclasificación grupal			● 3
	RESUMEN	○ 1	● 3	○ 2
Universalidad	Servicios limitados	● 4	○ 2	● 5
	Población parcial	○ 1	● 5	● 5
	Financiamiento limitado	○ 1	○ 2	○ 1
	RESUMEN	○ 2,0	● 3,0	● 3,7

		Evaluación		
Macrotema	Problema genérico	Salud general pública	Salud general privada	Salud laboral
Eficiencia	Riesgo moral	● 2	● 4	○ 2
	Demanda inducida	● 3	● 5	● 3
	Free rider (polizón)	● 3	○ 2	○ 1
	Costos de búsqueda de seguro eficiente	○ 1	● 5	○ 1
	Falta de innovación	● 3	○ 2	○ 2
	Falta de optimización en procesos	● 4	● 3	○ 1
	Exceso de tecnologías no eficientes	● 3	● 4	○ 2
	RESUMEN	○ 2,7	● 3,6	○ 1,7
Selección	Selección adversa individual	○ 1	● 4	○ 1
	Seguros incompletos	○ 1	● 5	○ 1
	Selección positiva individual	○ 1	● 4	○ 1
	Exclusión de pacientes de alto riesgo	○ 1	● 5	○ 1
	Selección de pacientes de bajo riesgo	○ 1	● 5	○ 1
	Reducción de la calidad del servicio médico	○ 2	○ 2	○ 2
	Redes de prestadores de baja calidad	● 4	● 5	● 3
	Listas de espera	● 5	● 3	○ 2
	Riesgo moral ex-ante	○ 1	● 5	○ 1
	RESUMEN	○ 1,9	● 4,2	○ 1,4

Fuente: elaboración propia.

CÓMO CITAR ESTE CAPÍTULO:

Espinoza, M., Singer, M., y Traverso, P. (2021). Análisis comparativo de los subsistemas de salud general público, privado y laboral: identificando nuevas propuestas para la reforma del sistema de salud chileno. En: Centro de Políticas Públicas UC (ed.), *Propuestas para Chile. Concurso de Políticas Públicas 2020*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, pp. 49-78.