

Análisis del Proyecto sobre Tarifa Plana y Eliminación de Preexistencias en ISAPRE

Analysis of the Project on Flat Rate and Elimination of Pre-existing Conditions in ISAPRE

César Oyarzo Mansilla¹

RESUMEN

El proyecto de ley tiene como objetivo mejoras importantes del sistema de salud chileno. A pesar de la relevancia de los cambios planteados no termina con la segmentación del sistema de seguros, lo que complejiza su implementación. La ley propone eliminar las preexistencias y la tabla de factores, así como establecer un Plan Común de Salud con tarifas planas, buscando garantizar un acceso equitativo y universal. El proyecto también contempla la creación de un sistema de reaseguro obligatorio para mitigar los riesgos de selección adversa. Esta medida aparece como insuficiente para asegurar la estabilidad financiera del sistema ISAPRE. El artículo plantea la necesidad de establecer un fondo de compensación inter-ISAPRE y medidas para regular la movilidad entre FONASA y las ISAPRE. Por otra parte, la creación de un Plan Común, con un arancel referencial para el cálculo de las coberturas, genera una oportunidad para impulsar mejoras del modelo de atención y calidad de la atención, pero tiene un riesgo importante si se elige el camino de contener costos por la vía de reducir los precios.

Palabras clave: Proyecto de Ley, ISAPRE, FONASA.

ABSTRACT

The project aims to make significant improvements to the Chilean health system. Despite the relevance of the proposed changes, it does not eliminate the segmentation of the insurance system, which complicates its implementation. The law proposes to eliminate pre-existing conditions and risk tables, as well as to establish a Common Health Plan with flat rates, seeking to guarantee equitable and universal access. The project also includes the creation of a mandatory reinsurance system to mitigate the risks of adverse selection. However, this measure appears insufficient to ensure the financial stability of the ISAPRE system. The article highlights the need to establish an inter-ISAPRE compensation fund and measures to regulate mobility between FONASA and ISAPRE. Furthermore, the creation of a Common Plan, along with a reference fee for calculating coverage, presents an opportunity to enhance the model of care and quality of services. However, there is a significant risk if the approach taken is to contain costs by reducing prices.

Keywords: Project aims, Chilean Health system, ISAPRE, FONASA.

Recibido el 6 de diciembre de 2024. Aceptado el 10 de diciembre de 2024.

¹ Profesor asociado de la facultad de medicina de la Universidad Nacional Andrés Bello. Núcleo MBA-ES. Correspondencia a: cesarcoyarzo@gmail.com

I. CONTEXTO DEL PROYECTO DE LEY: UN SISTEMA FRAGMENTADO EN REPARACIÓN CONTINUA

La fragmentación del sistema de salud chileno se manifiesta en la coexistencia y competencia entre FONASA e ISAPRE, lo que crea un entorno donde la atención médica no siempre es continua ni coordinada. Esta situación se ve agravada por la falta de integración entre los diferentes niveles de atención y el escaso intercambio de información entre las instituciones públicas y privadas. (Larrañaga O., 2000).

Una de las fallas más significativas en la equidad del sistema radica en la función de FONASA como un fondo solidario que opera en base al 7% de la renta imponible de los afiliados complementado por un creciente aporte. En contraste, las ISAPRE se basan en la propiedad individual de la cotización, lo que lleva a que el sistema atraiga a los cotizantes de mayores ingresos y menores riesgos.

Además, FONASA, dado su modelo solidario y subsidiado de financiamiento, no rechaza la afiliación de ningún ciudadano, lo que garantiza un acceso universal al sistema de salud. Esta universalidad, convive con una contención de costos basada en listas de espera en los prestadores públicos (2.5 millones de personas en espera) y en la modalidad de libre elección con bajos niveles de cobertura que los afiliados terminan ajustando por la vía de compra de seguros complementarios (hoy de los afiliados a FONASA a lo menos 5.0 millones tienen seguros complementarios).

Por otro lado, las ISAPRE requieren una declaración de salud para la afiliación, lo que resulta en la exclusión de personas con condiciones preexistentes o en captura en una Isapre cuando ya están afiliados sin poder trasladarse a otra ISAPRE. Esto se traduce en que los grupos más vulnerables (menores ingresos y mayores riesgos) terminan siendo los que enfrentan las mayores barreras para acceder a atención de calidad (Blackburn S. et al., 2004).

La discriminación por riesgo se ve reforzada por el sistema de tarifas. FONASA cobra a los cotizantes una tarifa plana (7% de sus rentas imponibles) mientras que las ISAPRE sí pueden ajustar sus primas según el perfil de salud del afiliado. Esto significa que las personas con mayores necesidades de atención médica pueden enfrentar costos prohibitivos si están afiliadas a una ISAPRE, lo que refuerza la inequidad en la atención (Blackburn S. et al., 2004).

Ambos sistemas también cubren el subsidio por

incapacidad laboral. En el marco de un Fondo Solidario con subsidios estatales, esta situación genera un serio problema para identificar el destino de los subsidios públicos y eventuales subsidios cruzados entre cotizantes. En las ISAPRE, el subsidio es llevado al precio de los cotizantes que son trabajadores activos. Situación que se modificará en el contexto de aplicar una tarifa plana.

En materia del funcionamiento de los prestadores de salud, el sistema también tiene elementos estructurales de segmentación, que son parcialmente compensados por medidas parciales. Por un lado, los afiliados a la ISAPRE, no pueden, salvo emergencias, usar la red pública. Por su parte, los afiliados al FONASA, tienen copago cero para usar la red pública, la que restringe por cola. Su acceso a los prestadores privados, en la modalidad libre elección, se ha ido incrementando en el tiempo. A pesar de los altos co-pagos, se estima que más de 5 millones de afiliados al FONASA usan los servicios ambulatorios privados. Por otra parte, con la introducción del sistema PAD, también ha aumentado la demanda de afiliados de FONASA a prestadores privados. Finalmente, por medio de licitaciones, especialmente para cirugía, se ha incrementado el uso de prestadores privados por parte de los afiliados del seguro público.

En la falta de una red de atención coordinada puede llevar a duplicaciones en los servicios y un uso ineficiente de los recursos. Las instituciones de salud pública y privada tienden a operar de manera independiente, lo que genera un desajuste en la atención que recibe el paciente. Adicionalmente, los prestadores privados cobran precios promedios superiores a los pacientes del sistema ISAPRE, en todo lo que tiene que ver con honorarios médicos, derechos de pabellón y días cama. Esta diferencia de precio puede incidir de manera importante en los ingresos de los prestadores privados, en la medida que las ISAPRE reduzcan su tamaño o desaparezcan (ISPAB, 2023).

A pesar del amplio consenso técnico sobre la necesidad de una reforma integral que aborde la desintegración del sistema de salud chileno, la falta de un acuerdo político ha obstaculizado la implementación de cambios significativos. En este contexto, el sistema ha sido objeto de una serie de reformas parciales tanto en el ámbito público como en el privado. Aunque estas reformas han contribuido a avanzar hacia un sistema más integrado, eficiente y equitativo, también han generado desafíos inherentes a su naturaleza fragmentaria.

Las reformas parciales, al implementarse en un sistema ya desintegrado, tienden a crear incentivos perversos que pueden comprometer la estabilidad y funcionalidad del sistema en su conjunto. Este nuevo proyecto se encuentra en una situación similar, representando una oportunidad para mejorar, pero también enfrentando serios desafíos que podrían afectar su implementación exitosa.

El análisis que se presenta a continuación reconoce que, aunque este proyecto no resolverá de manera definitiva los problemas estructurales del sistema de salud, tiene el potencial de constituir un avance significativo, siempre que se implemente de manera efectiva. Sin embargo, existe el riesgo de que un diseño deficiente y una transición mal planificada amenacen la sostenibilidad del sistema. Es fundamental abordar la complejidad de integrar ambos subsistemas en uno solo, donde operen conjuntamente los actores públicos y privados en el aseguramiento y la prestación de servicios. Esto requiere lógicas y modelos de financiamiento y compra alineados, así como marcos de incentivos similares en los modelos de atención, con el fin de lograr una mayor costo-efectividad.

II. ANTECEDENTES

La Ley N°21.674, conocida como la “Ley Corta de ISAPRE”, fue promulgada en mayo de 2024. Durante la tramitación de esta ley, hubo un consenso transversal entre los distintos sectores políticos acerca de la necesidad de avanzar en cambios estructurales al sistema de salud.

En este contexto, el Ejecutivo ingresó una indicación para incorporar un artículo transitorio a través del cual el Presidente de la República se comprometió a enviar uno o más proyectos de ley destinados a perfeccionar el sistema de salud en su conjunto.

El inciso segundo de dicho artículo transitorio dispone que el Ejecutivo se compromete a enviar, antes del 1° de octubre de 2024, uno o más proyectos de ley destinados a:

1. Eliminar las preexistencias de que trata el artículo 190 del DFL N°1.
2. Eliminar las discriminaciones por edad y sexo.
3. Establecer mecanismos que permitan la viabilidad de lo anterior, tanto para la afiliación a las ISAPRE como para restricciones o exclusiones de beneficios dentro de los planes complementarios de salud.

III. OBJETIVOS DEL PROYECTO DE LEY

En esta sección se describen los objetivos planteados por el ejecutivo en su mensaje al parlamento y se realiza un análisis de las implicancias directas sobre los financiadores y los desafíos que podría implicar la implementación en caso de aprobarse el proyecto.

El proyecto tiene como objetivo central la eliminación de la declaración de salud como requisito para el acceso a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), y establecer un sistema de tarifa plana, esto es precios independientes del riesgo del afiliado. Para garantizar la implementación efectiva de estas medidas, es esencial establecer un plan común de salud, un sistema de reaseguro y eliminar las coberturas adicionales ofrecidas por las ISAPRES (Gobierno de Chile, Ministerio Secretaría General de la Presidencia, 2024). Mensaje de S.E. el Presidente de la República.

Estas acciones son cruciales para mitigar los riesgos de selección adversa y riesgo moral que podrían surgir como consecuencia de la tarifa plana y la eliminación de las preexistencias

Adicionalmente, el proyecto introduce la eliminación de los excedentes, un aspecto que se presenta como un intento de no abandonar los compromisos del programa de gobierno. Esta medida tiene como fin reforzar el concepto de cotización como parte de un fondo solidario por ingresos, lo que no forma parte del compromiso que dio origen a este proyecto.

A continuación, se procederá a analizar cada uno de los puntos mencionados, teniendo en cuenta que los primeros cuatro son interrelacionados y su separación en este análisis responde únicamente a motivos de simplicidad. Este enfoque permitirá una comprensión más clara de las implicancias de cada medida y su contribución al objetivo general de equidad en el sistema de salud chileno.

III. a. Eliminación de preexistencias y tabla de factores

Descripción del cambio propuesto

Un elemento central del proyecto de ley es la eliminación de las preexistencias y la tabla de factores en el sistema privado de salud. La declaración de salud y las preexistencias.

Actualmente, el artículo 190 del DFL N°1 establece que toda persona interesada en afiliarse a una ISAPRE debe suscribir una “Declaración de Salud”, en la cual debe registrar fidedignamente aquellas enfermedades, patologías o condiciones

de salud que le hayan sido diagnosticadas con anterioridad.

Sobre la base de esta declaración, las ISAPRE pueden establecer restricciones de cobertura por un plazo de hasta 18 meses si las enfermedades fueron declaradas, o de 5 años si no lo fueron.

El proyecto de ley pone fin a esta práctica, prohibiendo a las ISAPRE negar la afiliación o requerir la declaración de preexistencias.

Por otra parte, el DFL N°1 también ha permitido que las ISAPRE estructuren y tarifiquen sus planes de salud en función del riesgo individual de cada persona, a través de la denominada “tabla de factores”. El proyecto de ley pone fin a esta práctica, estableciendo que las ISAPRE deberán ofrecer un “Plan Común de Salud” con una tarifa plana, sin posibilidad de diferenciar el precio en función del perfil de riesgo individual.

Implicancias, desafíos

Recomendaciones de mejora:

La eliminación de las preexistencias y la tabla de factores representa un cambio estructural de gran envergadura en el sistema privado de salud. Estos mecanismos han sido la base sobre la cual las ISAPRE han podido segmentar la población, restringiendo el acceso de las personas de mayor riesgo. Adicionalmente, la cautividad de los afiliados ha contribuido a un mercado poco competitivo, que no se ha visto en la necesidad de generar modelos de atención y compra de mayor eficiencia.

La implementación de medidas como las descritas, plantea importantes desafíos en términos de la viabilidad financiera de las ISAPRE y la potencial generación de problemas de selección adversa entre ellas y el FONASA.

En efecto, al eliminar la posibilidad de diferenciar precios por riesgo individual, las ISAPRE con carteras inicialmente más riesgosas podrían verse obligadas a fijar primas más altas para mantener su sostenibilidad. Esto podría generar un proceso de “espiral de la muerte”, donde dichas instituciones pierdan afiliados sanos, viéndose forzadas a subir aún más sus precios.

Para evitar este escenario, resulta crucial que el proyecto de ley contemple mecanismos adecuados, como un sistema de reaseguro obligatorio y un fondo de compensación que permitan mitigar los incentivos a la selección de riesgos y asegurar la viabilidad del nuevo esquema. En este sentido hay que entender que el fondo de compensación es la herramienta más adecuada para evitar la quiebra de las ISAPRE que tienen la cartera más riesgosa. El reaseguro, cumple una función

complementaria, especialmente en lo que respecta a la cobertura de enfermedades catastróficas.

En síntesis, la eliminación de las preexistencias y la tabla de factores representa un avance significativo en términos de equidad y acceso al sistema privado de salud. No obstante, la obligación de reaseguro no es suficiente para garantizar los problemas de selección adversa.

III. b. Obligación de reaseguro

Descripción de la medida

De acuerdo con el mensaje, esta medida apunta a desincentivar que las ISAPRE realicen selección de riesgos.

Establece que la Superintendencia de Salud será la encargada de determinar, cada cinco años y previa consulta a la Comisión para el Mercado Financiero, los niveles de riesgo que deberán ser cubiertos por este reaseguro obligatorio.

Implicancias, desafíos

Recomendaciones de mejora:

Resulta difícil proyectar los efectos de esta medida, ya que el proyecto es muy general respecto de la forma en que funcionará.

En términos generales, el problema principal es a mi juicio, el tratar de reemplazar la función de un fondo de compensación por un instrumento, como el reaseguro, que tiene otra función. Sin el fondo de compensación la posibilidad de quiebra de las ISAPRE con carteras iniciales de mayor riesgo no podrá ser evitada por un reaseguro.

Adicionalmente, la posible movilidad de afiliados de FONASA a las ISAPRE, incentivados por la prima plana, puede incrementar el riesgo promedio del sistema ISAPRE. Junto con esto se puede producir un incentivo a conductas oportunistas de traslados temporales, aprovechando la libre movilidad, lo que también amenazaría la estabilidad financiera del sistema. Lo anterior, tampoco se puede enfrentar con un reaseguro.

En resumen, esta medida requiere de un cambio importante, ya que no puede pretenderse que reemplace un fondo de compensación. Menos en el entorno de la interacción entre un Fondo Solidario y un seguro individual que a pesar de las reformas no tendrá las características de FONASA y seguirá habiendo problemas de oportunismo. Esto último requiere pensar en fórmulas que limiten la libre movilidad de los afiliados de FONASA, incorporando elementos de gradualidad al periodo de desplazamiento.

III. c. Creación del plan común de salud

Descripción de la medida

Un elemento central del proyecto de ley es la creación de un “Plan Común de Salud” que deberán ofrecer obligatoriamente todas las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) a sus afiliados. Este plan busca establecer un piso de prestaciones y coberturas uniformes, en contraposición al actual esquema de múltiples planes diseñados individualmente por cada ISAPRE.

Contenido del plan común:

Según se establece en el proyecto, el plan común deberá incluir las siguientes prestaciones y beneficios:

- Las prestaciones contempladas en las modalidades institucional y de libre elección de FONASA.
- Las Garantías Explícitas en Salud (GES) definidas en la Ley N°19.966.
- Una Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC).
- Atenciones de emergencia.
- Prestaciones de medicina preventiva, protección del embarazo y control de niño sano.
- Subsidio por incapacidad laboral.

Adicionalmente, las personas afiliadas al plan común mantendrán el derecho a acceder a las prestaciones y coberturas de la Ley Ricarte Soto (Ley N°20.850).

En cuanto a la cobertura financiera, el proyecto establece que ésta será la misma para todos los afiliados de una misma ISAPRE, independientemente de su perfil de riesgo. La autoridad, a través de un decreto supremo, definirá el porcentaje de copago que deberán asumir los beneficiarios en la red preferente de prestadores, así como el porcentaje de bonificación que deberá otorgar la ISAPRE por prestaciones fuera de dicha red.

Un aspecto relevante es que el proyecto contempla un proceso participativo para la definición de las coberturas financieras del plan común. Para ello, se establece la creación de un Consejo Consultivo de carácter técnico, conformado por siete expertos, que asesorará al Ministerio de Salud en esta materia.

Implicancias y Desafíos

Recomendaciones de Política:

Si bien la creación de un plan común es un aspecto central para el funcionamiento del nuevo

sistema su implementación no está exenta de desafíos y potenciales problemas.

En primer lugar, el hecho de que cada ISAPRE pueda definir su propia red preferente de prestadores, sin una mayor coordinación, podría generar disparidades en la calidad de los servicios ofrecidos a los beneficiarios, dependiendo de la capacidad de negociación de cada institución.

La libertad de fijar la tarifa plana requerirá adecuar las normas actuales de regulación de precios, que se basan en los factores de falta de movilidad y discriminación que se eliminan en esta ley. La mantención de las regulaciones actuales implicaría una importante intervención de la autoridad en la fijación de la tarifa.

Además, la incorporación de una Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) en el plan común le da mayor estabilidad legal a esta cobertura. Pero también requerirá ajustes de la legislación actual. De hecho, un problema importante, es que la cobertura (CAEC) no es igual entre las distintas ISAPRES.

Incorporar en el Plan Común con tarifa plana la cobertura financiera de los subsidios de Incapacidad Laboral, establece una redistribución desde los trabajadores pasivos a los activos, lo que no tiene justificación desde la equidad en salud. La necesidad de generar un sistema de financiamiento independiente para los subsidios de incapacidad laboral se hace mucho más claro.

Adicionalmente, la gradualidad en la implementación, manteniendo los contratos vigentes bajo las reglas actuales, implica que el efecto homogeneizador del plan común se dará de forma paulatina, sin un impacto inmediato en la totalidad de los afiliados.

Finalmente, hay que considerar que la cobertura financiera, requerirá de un arancel referencial, lo que incrementa la posibilidad de una rebaja de los precios promedios de las prestaciones. La unión del interés de los financiadores, potenciados en un sistema común aumentará la capacidad de estos de reducir los precios.

III. d. Excluir beneficios adicionales al plan común

Descripción

Otra de las medidas del proyecto de ley es la prohibición a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) de comercializar planes de salud adicionales o beneficios que mejoren la cobertura prevista en el plan común de salud. Esta restricción busca limitar el espacio para la segmentación y discriminación dentro del sistema de seguridad social.

No obstante, el proyecto sí contempla que las ISAPRE puedan celebrar convenios con compañías de seguros, a fin de que sus afiliados puedan acceder a seguros de salud complementarios en mejores condiciones que las que podrían obtener individualmente. Esto busca mantener cierto espacio para el desarrollo de seguros adicionales, pero bajo condiciones de mayor transparencia y acceso equitativo.

Implicancias y desafíos

Recomendaciones de política:

La prohibición asociada a la posibilidad de convenios entre las ISAPRE y las compañías de seguro es una invitación a la integración de sociedades de una misma propiedad. Por economías en la comercialización las compañías de seguro integradas con ISAPRE, tendrán ventajas competitivas.

El resto de los impactos es difícil de prever porque dependerán de la regulación que se establezca sobre las compañías de seguro. En este sentido, de aprobarse el proyecto de ley, deberemos esperar el marco regulatorio que fije la CMF.

III. e. Gradualidad en la implementación

Descripción

El proyecto de ley contempla una implementación gradual de las principales medidas propuestas, con el objetivo de facilitar una transición ordenada y evitar shocks abruptos en el sistema privado de salud.

Una de las principales manifestaciones de esta gradualidad se observa en el tratamiento dado a los contratos de salud vigentes al momento de entrada en vigor del plan común. Esta disposición busca evitar una migración masiva y abrupta de los afiliados desde los contratos vigentes hacia el nuevo plan común. De esta manera, se espera reducir los riesgos de inestabilidad financiera y selección adversa que podrían derivarse de un cambio repentino en las reglas del juego.

Implicaciones, desafíos

Recomendaciones de política:

Si bien la gradualidad en la implementación representa un esfuerzo por facilitar una transición más ordenada, no está exenta de desafíos y riesgos potenciales.

El mayor riesgo estará dado por la posibilidad de una migración masiva de beneficiarios de FONASA a las ISAPRE, motivados por la tarifa plana (menor costo para ellos que el

actual). Este traslado puede estar agravado por el comportamiento oportunista, de usar el sistema ISAPRE, para resolver los urgentes problemas de listas de espera, generando una espiral de costos sobre el sistema ISAPRE, que sólo podría resolverse de manera posterior (una vez causada la pérdida) por la vía de ajuste de la tarifa plana.

En resumen, la gradualidad diseñada es insuficiente para dar cuenta de los riesgos que producirá una reforma de este tipo. No basta por tanto limitar la movilidad de los afiliados a ISAPRE, como contempla el proyecto. Debe complementarse con medidas que limiten la movilidad de los afiliados de FONASA y reduzcan la posibilidad de comportamientos oportunistas.

III. f. Incorporación de principios de seguridad social

Descripción

El proyecto de ley pone fin al concepto de excedente, estableciendo que si la cotización legal es superior a la prima del plan común, la diferencia deberá ser destinada por la ISAPRE al financiamiento de las prestaciones y beneficios de todos sus afiliados. De esta manera, se busca desincentivar el lucro y avanzar hacia un esquema más solidario, donde cada cual aporta según su capacidad y recibe según su necesidad.

Implicaciones, Desafíos

Recomendaciones de Política:

Esta medida, no forma parte del compromiso del gobierno, tampoco es requerida para la eliminación de las preexistencias y la instalación de la tarifa plana. Parece más bien una necesidad de hacer un paso para un futuro Fondo Único Solidario, el que puede entenderse es la cita al Programa de Gobierno. La posibilidad de fiscalizar el objetivo propuesto es muy compleja, por lo que en realidad la medida se puede convertir en una forma de traspasar ingresos a las utilidades de las ISAPRE. Hay que recordar que, en los años 90, luego de un largo periodo de debate se reconoció que los afiliados eran los propietarios de los excedentes. Adicionalmente, hay que mencionar que este tipo de medida incentiva la subdeclaración de rentas.

En resumen, esta medida no tiene sentido desde el punto de vista técnico, y puede generar más problemas que beneficios. Su justificación es sólo de carácter ideológico.

IV. EFECTO PROBABLE EN LOS PRESTADORES PRIVADOS

Un efecto indirecto de este proyecto es el impacto que puede generar sobre el funcionamiento del mercado de prestadores privados, que son los oferentes casi exclusivos de las ISAPRE. La creación de un Plan Común, la forma de establecer las coberturas financieras, la fijación de un arancel de referencia podría generar efectos importantes en el funcionamiento de dicho mercado, incluyendo a los profesionales que ejercen de manera independiente.

Comenzando por lo positivo, un Plan Común bien establecido puede ser la palanca para incentivar el cambio del modelo de atención desintegrado y con predominancia del fee-for-service como método de pago. La definición del Plan en términos de productos integrales puede propiciar una transformación deseable en el sistema. Si bien esto puede generar la necesidad de ajustes importantes en la gestión de los prestadores, estos tienen la capacidad de ajustarse, en la medida que la gradualidad sea la adecuada.

La definición de una red preferente de prestadores por parte de cada ISAPRE introducirá mayor competencia entre los prestadores por formar parte de estas redes. Esto puede incentivar a los prestadores a mejorar su eficiencia, calidad de atención y capacidad de negociación con las aseguradoras, con el fin de resultar atractivos y ser incluidos en las redes preferentes. También fortalecerá la integración entre las ISAPRE y los prestadores que comparten la misma propiedad.

Adicionalmente, la uniformidad en las tarifas y coberturas financieras definidas en el plan común de salud hará que los precios en el sistema ISAPRE converjan más hacia los del sistema público (FONASA), lo que probablemente se traduzca en una caída de los precios promedio en el mercado privado. Esto representa un desafío para los prestadores, que deberán adaptarse a esta nueva realidad de tarifas estandarizadas a nivel nacional. Un estudio del Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello cuantificó el efecto que podría tener el que las actuales tarifas pagadas por la ISAPRE convergieran a las del FONASA libre elección, la conclusión es que los médicos tendrían pérdidas de sus ingresos actuales, que podrían llegar a más de un tercio (Instituto de Salud Pública, 2022).

V. CONCLUSIONES

La eliminación de las preexistencias y la tabla de factores, así como la creación de un Plan Común de Salud con coberturas uniformes, apuntan a terminar con las prácticas de discriminación y segmentación que han caracterizado al sistema ISAPRE.

Si bien estas medidas representan un nuevo avance en reducir la segmentación del sistema de salud, su implementación no está exenta de desafíos y riesgos potenciales que deben ser cuidadosamente considerados.

Por un lado, la eliminación de las preexistencias y la tabla de factores plantea el desafío de asegurar la viabilidad financiera de las ISAPRE, evitando problemas de selección adversa y la llamada “espiral de la muerte”. Para ello, será muy importante que se adicione a la propuesta la creación de un Fondo Compensatorio, complementado por un seguro Catastrófico. Además, el proyecto debe contemplar medidas para la movilidad limitada de los beneficiarios de FONASA. El mayor riesgo para el éxito de los objetivos de esta iniciativa legal radica en el traspaso masivo de beneficiarios de FONASA a las ISAPRE.

La creación del Plan Común de Salud conlleva el reto de lograr una estandarización de la calidad de atención, sin limitar la diversidad de alternativas complementarias que permitan a las personas acceder a prestaciones de mayor especialización. La fijación de un arancel referencial debe evitar generar un cambio importante de los ingresos de los prestadores privados. La oportunidad está en lograr un sistema más integrado y eficiente, que permita la contención de los costos. No utilizar el poder monopsonio para generar la contención de costos por la vía de reducir los precios.

Agradecimientos.

A Héctor Sánchez R, Director del Instituto de Salud Pública de la Universidad Nacional Andrés Bello.

REFERENCIAS

- Biblioteca del Congreso Nacional (2024). Informe Técnico N°140682 “Caracterización del Sistema de Salud Chileno”.
- Blackburn, S., Espinosa, C., & Tokman, M. (2004). Alternativas para reducir la discriminación y la segmentación por riesgo en el sistema de salud chileno. CEPAL - SERIE Financiamiento del desarrollo, (152).

- Centro de Políticas Públicas UC. (2019). Reforma al sistema privado de salud. Observatorio Legislativo, 40, 1-19.
- De Elejalde, R. (2023). El futuro de las Isapres. Observatorio Económico.
- Instituto de Salud Pública. (2022). Radiografía laboral de los médicos: Análisis de los efectos salariales con los cambios constitucionales y las propuestas gubernamentales de reforma en salud. Informe 1-2022 de Políticas Públicas en Salud del Instituto de Salud Pública UNAB.
- Instituto de Salud Pública. (2023) Análisis de la prima o valor final sobre propuesta de reforma de ley FONASA que crea la modalidad cobertura complementaria (MCC) editores Héctor Sanchez y Manuel Inostroza.
- Larrañaga, O. (2000). Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno. En D. Titelman y A. Uthoff (Eds.), Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud: los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia (Vol. II, pp. 413-455). México: Fondo de Cultura Económica.
- Vargas, V. (2021). Reforma de salud en Estados Unidos: Lecciones para las Isapre chilenas. Documento de trabajo. *Jurisprudencia*: Gobierno de Chile, Ministerio Secretaría General de la Presidencia. (2024). Mensaje de S.E. el Presidente de la República con el que da cumplimiento al inciso segundo del artículo décimo transitorio de la Ley N°21.674, modifica el decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, en las materias que indica, pone fin a las enfermedades o condiciones pre-existentes, elimina las discriminaciones por edad y sexo en los planes de salud, y crea el plan común de salud de las instituciones de salud previsual. Santiago, Chile.
- Superintendencia de Salud (2019). Circular IF/N°343 “Establece Tabla Única de Factores”.
- Tribunal Constitucional (2010). Sentencia Rol N°1710-2010 “Requerimiento de Inaplicabilidad por Inconstitucionalidad”.