

La necesaria transformación del sistema de salud en Chile propuesta por la Comisión Cid

The necessary transformation of the Chilean Health Care System: the Cid Commission Proposal

Andras Uthoff Botka¹
Camilo Cid²

RESUMEN

Frente al consenso por superar en Chile las deficiencias de un sistema de salud segmentado por riesgos e ingresos, la Comisión Presidencial encargada en 2014 planteó soluciones para dos escenarios. Para el largo plazo propuso un seguro público único. En lo inmediato, propuso regular a las ISAPRE para que funcionaran bajo reglas y principios de seguridad social³. Estas regulaciones sentarían las bases para las transformaciones de más largo plazo.

En esencia, la Comisión cuestiona que la estrategia centrada en promover mayor competencia y libertad de elección en mercados de seguros de salud individuales diera buenos resultados. Muy por el contrario, sugirió que, para avanzar hacia el acceso equitativo a la salud, es necesario poner en el centro el derecho a la salud y los principios de solidaridad y equidad. Cuestión que requiere de una regulación más elaborada que la actual.

Muchos otros países enfrentan problemas de segmentación en el acceso a servicios de salud; y la experiencia chilena se observa con detención. Para sociedades desiguales como la chilena, la solución es la de incorporar solidaridad en el financiamiento. Es la única forma de evitar que la capacidad de pago o el estado de salud (preexistencias) sean los determinantes de dicho acceso.

Palabras clave: financiamiento de atención de salud; seguridad social; seguros individuales; sistema único de atención; fondo mancomunado; transición acelerada; aseguramiento complementario.

INTRODUCCIÓN

Chile mantiene buenos indicadores de salud dentro de un sistema que ofrece dos alternativas asociadas a la modalidad de aseguramiento: las aseguradoras privadas (ISAPRE) y el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Esta estructura y la forma como se financia ha generado un sistema segmentado por riesgos e ingresos, poco eficiente, que destaca por sus niveles de inequidad.

El sistema se financia con una prima de seguridad social obligatoria del 7% de las remuneraciones (con tope de US\$ 3000 anuales) aportada sólo por los trabajadores. A esto se adiciona un aporte fiscal exclusivo para FONASA, que supone el financiamiento de aquellas personas que no pueden cotizar. En

1 Consultor senior independiente Santiago, Chile. Basado casi textualmente en Cid, Camilo y Andras Uthoff, (2017) La reforma a la salud pendiente en Chile: reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema. Ambos autores formaron parte de la Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de salud Privado. El primer autor fue el Secretario Ejecutivo de la misma.

2 Ingeniero Comercial, ARCIS; M.A. in Economics, Georgetown University, EE.UU., Ph.D. in Economics, Institute for Health Economics, Universität Duisburg-Essen, Alemania. Profesor asistente, Escuela de Administración, UC.

3 En marzo de 2014, la presidenta Bachelet nominó una Comisión Asesora Presidencial (en adelante la comisión) para que la apoyara con "propuestas de cambios y reformas para que el acceso a la salud pueda ejercerse como un derecho de la seguridad social, sin importar a qué régimen estén afiliadas las personas". La comisión la conformaron 18 expertos, la mayoría de ellos formuló la posición que aquí se discute.

ISAPRE, a la prima del 7%, se adiciona una prima fija para financiar las garantías explícitas de salud (GES) y una prima adicional que compensa cualquier diferencia de la suma anterior con el riesgo esperado en cada contrato, de tal forma que las primas resultan ser muy variables y si se compara con la renta, la cotización media resulta ser más del 10% del ingreso imponible. Bajo esta práctica, lejos de existir un solo plan de salud, las ISAPRE han ofrecido más de 65000 y FONASA segmenta a su población en cuatro grupos según el nivel de ingreso imponible.

Lo esencial de la experiencia chilena, es que las personas de mayores ingresos pueden salirse del pool solidario de toda la sociedad representado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y llevar la cotización de seguridad social a fondos privados separados y estancos (ISAPRE), que basan su relación contractual en el riesgo. Esta situación genera una importante inequidad en el financiamiento. El segmento privado, donde operan las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) cubre a sólo el 18,5% de la población, pero ocupa cerca de la mitad del total de los recursos que se gastan en salud en el país⁴. El 81,5 % restante de la población ocupa el 50 % restante. En general, los gastos privados por concepto de primas y pagos directos de bolsillo son altos.

En 2010 el Tribunal Constitucional (TC) eliminó de la ley, por ser discriminatorias e inconstitucionales, las facultades de las ISAPRE para ajustar por sexo y edad las primas al vender sus planes. Pero en los hechos, las ISAPRE se acomodaron a este nuevo escenario y continuaron con la discriminación de riesgos, y elevando los precios de forma unilateral. Pero el debate se abrió transformándose en un tema que reiteradamente ocupa la agenda pública.

A continuación, se desarrollan tres reflexiones que emanan del trabajo de la Comisión: la primera asociada al diagnóstico del sistema de salud, la segunda se refiere a la propuesta propiamente tal, a su coherencia con la necesidad de cambios estructurales urgentes y la tercera da cuenta de algunas visiones contrarias a los principios de acceso universal a la salud y de la seguridad social como la solidaridad y la equidad, que aparecieron durante la discusión. 1.

LA SITUACIÓN DEL ASEGURAMIENTO Y EL SISTEMA DE SALUD CHILENO

Desde 1981 la introducción de la opción de

⁴ Cerca del 8% del PIB

cotizar en un mercado de seguros privados de salud hizo transparente el que el aseguramiento de salud en Chile se caracterizara por severas deficiencias (entre otras, la discriminación, la falta de transparencia, los copagos excesivos, las alzas unilaterales de los precios de las primas). Ninguno de los preceptos de seguridad social se cumple: no existe solidaridad, ni equidad, tampoco eficiencia y sostenibilidad.

Dentro del carácter dual de su estructura, el subsistema ISAPRE ha estado implícitamente soportado por el subsistema público. Este se hace cargo de los con poca capacidad de pago, y asume a los desplazados justamente cuando estos ofrecen mayores posibilidades de gasto. La experiencia muestra que las personas deben dejar el sistema ISAPRE cuando adquieren una enfermedad o envejecen (2). Si aceptamos que la edad y género son factores de riesgo y la capacidad de pago se asocia el empleo, podemos constatar que el sistema ISAPRE presenta una baja proporción de adultos mayores (sólo 5,6%, el 94,4% están en FONASA), con un índice de envejecimiento de 35 versus 82 de FONASA, con predominio de hombres (116 hombres por cada 100 mujeres) y una alta proporción de población económicamente activa (71% contra 63% de FONASA) (2).

Los problemas del esquema de seguro chileno han sido descritos en detalle por varios autores (Titelman D. 2000; Cid C. (s/f); Cid C. diciembre 2011; Cid C. Dic;11(1) i; Cid C, et al. 2014; Uthoff A, et al 2012; Paraje G, et al) los cuales fueron corroborados y complementados por la Comisión y otros trabajos (Comisión Asesora Presidencial, octubre 2014; y Castillo-Laborde C, et al 2017). En esencia los análisis indican que en un mercado de seguros individuales de salud como el de las ISAPRE en Chile, donde las aseguradoras cobrarán una prima suficientemente alta como para cubrir los costos esperados de cada contrato, los gastos de administración y las utilidades, se tiende a clasificar primas por riesgos (**el principio de equivalencia**).

El principio de equivalencia implica que un asegurador debe equilibrar cada contrato a nivel individual. Es decir, ante la fuerte variación en los gastos de salud entre individuos, esta estrategia (6) hará que existen múltiples planes con diferentes primas según el perfil de riesgo del asegurado. Con certeza, la mayoría de las personas de alto riesgo no puedan pagar su seguro o lo hará con un gran impacto en sus ingresos (Van de Ven, W.P.M.M. et al 2000; van de Ven W.P.M.M, et al.

2015). De este modo, las ISAPRE, al identificar los costos esperados mayores, desplazan o cobran caro por niños pequeños, mujeres en edad fértil, adultos mayores y personas con enfermedades crónicas o preexistentes. Estos cobros además van subiendo año a año. De hecho, la diferencia de prima entre jóvenes y viejos supera las 3 veces y la de la mujer en la edad fértil más que duplica a la de los hombres. Los copagos, que en promedio ya son altos (35% del costo total), son superiores para las mujeres a cualquier edad. La ausencia de una adecuada regulación es lo que permite el constante traspaso de costos a los beneficiarios mediante alza periódicas de las primas de los planes en uso. La falta de transparencia es otro aspecto importante.

Este proceso de selección y los criterios de equivalencia prima-riesgos, provocan que existan más de 65.000 planes en diversas modalidades de acceso y cobertura financiera que impiden cualquier decisión informada de las personas.

Para la comisión el sistema de salud chileno es segmentado, con una industria de aseguramiento privado, caracterizada por un mercado imperfecto: con integración vertical, sin libertad de elección para al menos un 40% de los afiliados que están cautivos⁵; y con primas determinadas por riesgo. FONASA, por su parte, cubre solidariamente a más del 75% de la población sin que el sistema considere un pool social para eliminar (7) la discriminación por ingresos y condiciones de salud y/o compensar al FONASA por los desplazados desde las ISAPRE. Las reformas anteriores para superar estos problemas no se enfocaron en la segmentación y más bien reforzaron criterios mercantiles sin considerar la lógica de seguridad social y sus principios. Tres ejemplos de aquello son los siguientes:

i. Con la reforma GES de 2005 se reconoció el uso de factores diferenciales basados en sexo y edad para aplicar a las primas legalizando la diferenciación de riesgos.

ii. Aun cuando los precios de las primas han estado siempre ajustados a la inflación y que en 2005 se intentó regular el alza real, ella se sigue produciendo a voluntad del seguro, sin intervención de la otra parte del contrato.

iii. La creación del GES autorizó a las ISAPRE el cobro de una prima de libre fijación que hace

parte de la prima total, que considerada de manera independiente subsidia ganancias y gastos de administración, debido a que el bajo gasto en GES no guarda relación con dicha prima⁶.

A la postre, el control de los costos, que es la principal función de un seguro de salud, no ocurre y estos suben a la par que estos ingresos. Este crecimiento de las primas ha permitido al sistema privado mantener altas ganancias y una tasa de rentabilidad media de 30% al año, que nunca ha sido negativa, con fluctuaciones que la ha llevado desde un breve período por debajo del 10%, hasta períodos de rentabilidades por encima del 30%, con un máximo de 78% en 2008.

LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL

La propuesta y su carácter estructural se sustenta en la experiencia internacional que muestra que es posible responder a los desafíos que impone el funcionamiento del sistema privado por la vía de la regulación (Van de Ven, W.P.M.M. et al 2000); va de Ven W.P.M.M, et al 2003; Van de Ven W.P.M.M, et al 2013,) y mediante un diseño estratégico, donde las medidas inmediatas sean parte de un tránsito hacia un futuro deseado en cuanto a acceso y cobertura, lo que implica la transformación del sistema (Kwon S. 2009; 24:63-71ñ Hiato, W.C, et al 2017.)

Sobre esas bases la Comisión debatió sobre un conjunto de medidas regulatorias destinadas a garantizar el acceso a las prestaciones de salud, en forma independiente de los niveles de riesgos al más breve plazo posible. Se propuso:

1. Terminar con los problemas de discriminación y selección de asegurados. Ello implicaba necesariamente medidas para controlar las alzas de precios de primas, generar un solo conjunto amplio de beneficios estandarizado en cuanto a prestaciones y también copagos, considerando que las grandes diferencias en los planes privados se dan en la cobertura financiera, junto con considerar una mirada global del financiamiento que viera a la salud como un derecho y que definiera un camino para transitar hacia un nuevo sistema de salud en un plazo mayor.

2. Adherir a los principios de la seguridad social, como la solidaridad, universalidad y sostenibilidad. Un tema central para el cumplimiento del

5 No pueden cambiarse de ISAPRE debido a que ninguna otra los recibirá al presentar preexistencias o edad inconveniente y deben permanecer en aquella que intenta, además, eliminarlos.

6 La prima adicional voluntaria pc (aquella parte que está por encima del 7%) pasó de ser un cuarto del total en 1990, a representar casi un tercio en la actualidad, siendo la de 2015 ocho veces mayor a la de 1990, ya que creció a un promedio anual real de 8,9%. La prima de seguridad social del 7% pc, que crece con los salarios, también aumentó y lo hizo a una tasa anual promedio un tanto menor que la de los gastos.

mandato era la definición respecto del rol de las ISAPRE en ese contexto normativo. Al respecto se acordó que

“Las ISAPRES sí son parte de la seguridad social, lo que está asociado a la obligatoriedad de la cotización del siete por ciento de la renta para Salud ...”. (2).

En contraste, las ISAPRE se han comportado históricamente como seguro de carácter voluntario y sustituto y sus representantes las conciben como una alternativa ofrecida por empresas privadas en libre competencia. En cambio, la comisión con esa resolución estimó que el hecho de que ellas administren el 7% que los trabajadores aportan obligatoriamente a la seguridad social, era categórico para sindicarlo como financiamiento de la seguridad social y no un seguro individual. Esto además es coherente con las clasificaciones internacionales de los seguros de salud. El aseguramiento privado es principalmente voluntario, y se desarrolla en el margen en cuanto a cobertura, que puede ser complementaria, suplementaria o una combinación de ambas.

Sobre estas bases, la mayoría de los miembros de la comisión consideraron los recursos provenientes de las cotizaciones de seguridad social, idóneos para ser utilizados en el financiamiento de un acceso igualitario y en la solidaridad entre personas de diferentes riesgos sanitarios. En concreto consideraron que las aseguradoras son responsables financieramente de todo el ciclo vital de sus afiliados.

Para implementar una reforma bajo estas orientaciones se optó por combinar dos vías complementarias con medidas de corto y largo plazo.

EL CORTO PLAZO: REGULACIÓN Y SOLIDARIDAD

Los análisis internacionales ilustran que

Uno de los principales problemas de un mercado de seguros competitivo no regulado es la incompatibilidad entre los principios de equivalencia y de solidaridad.

El principio de solidaridad implica que los individuos de altos riesgos reciben un subsidio cruzado de aquellos de bajos riesgos para mejorar su acceso a la cobertura del seguro de salud.

Por ello, para el corto plazo lo que se propuso fue seguir las prácticas internacionales que:

Buscan conciliar los principios de equivalencia y solidaridad en un mercado de seguros de salud individuales competitivo.

Ello implicaba para el mercado de las Isapre:

1. Regular el precio de las primas de manera directa e indirecta,
2. Eliminar las preexistencias,
3. Permitir la afiliación abierta (libre elección de asegurador) para acceder a un conjunto, amplio de beneficios único,
4. Incluir un gasto anual tope respecto de la renta para evitar el empobrecimiento por eventos de salud,
5. Un fondo de compensación de riesgos entre ISAPRE, conformado con el conjunto del 7% obligatorio de seguridad social que financiaría el conjunto de beneficios universal.

Para el sistema total (FONASA e ISAPRES) se propuso la creación de un fondo mancomunado universal en el conjunto del aseguramiento. Es decir, para financiar prestaciones universales priorizadas por primera vez de manera completamente solidarias en el país. Este sería el inicio del fondo único, el cual se iría ampliando en el tiempo, junto con la puesta en práctica de otros elementos (véase también Uthoff et al, 2012).

El propósito era mancomunar el máximo posible los fondos de la seguridad social de salud, pasando de una segmentación de 8 fondos existentes (FONASA + 7 ISAPRE abiertas) y miles de planes, a sólo dos fondos (FONASA y uno de las ISAPRE), un solo conjunto amplio de beneficios y el fondo mancomunado creciente entre ambos subsistemas.

Finalmente, la prima se regularía para reconocer la existencia de prima comunitaria (igual para todos los miembros 7 %) y una adicional (por sobre el 7% y por ISAPRE), regulada, que reconocería las preferencias de las personas que demanden en clínicas privadas la cobertura durante la transición, exigiendo también condiciones de trabajo en red por parte de los proveedores.

Este conjunto de medidas encuentra su apoyo en las experiencias de varios países europeos con problemas de selección de riesgos como Alemania, Holanda, Bélgica, Suiza, Israel, República Checa y Hungría (Van de Ven, W.P.M.M. et al. óp. cit 2000. p.755- 845; van de Ven W.P.M.M. et al óp. cit 2003; 65 (1): 75- 98; van de Ven W.P.M.M, et al. óp. cir 2013, 109 (3): 226-245; Kutzin J, et al 2010) e incluso de Estados Unidos donde en 6 años se promovió la incorporación de importantes grupos de personas al aseguramiento (seguro obligatorio) junto con la regulación de primas comunitarias, afiliación abierta para impedir la discriminación y una expansión importante de los programas públicos (Pan American Health

Organization PAHO/WHO. 2015).

En otras materias se proponía;

1. Separar claramente el aseguramiento complementario y/o suplementario privado, de la seguridad social. Esta sería una regulación necesaria que, en el futuro, además, alojaría a las propias ISAPRE o sus herederas, cuando se retirasen de la seguridad social.
2. Fortalecer el sistema público de salud durante la transición para prepararlo para la integración del sistema único.
3. Eliminar la integración vertical, reafirmando el concepto exclusividad de giro de aseguramiento de las ISAPRE que la ley exige y se propuso implementar sistemas de pago mixtos eficientes en la relación entre pagadores y proveedores, para evitar el traspaso de riesgo directo hacia los beneficiarios y viabilizar la regulación de precios.

Este conjunto de medidas de corto plazo permitiría perfilar el sistema hacia un cambio mayor.

EL CARÁCTER ESTRUCTURAL DE LA PROPUESTA: EL LARGO PLAZO

En consideración al mandato de dotar al sistema privado de salud de características reales de seguro social (Decreto Nro. 71. de Chile, Santiago, 14 de abril de 2014) la comisión coincidió en que, en un escenario de largo plazo, la existencia de una sola entidad pública que mancomunase todo el financiamiento disponible y lo destinase al acceso y cobertura universal para todos los habitantes, resolvería el problema de falta de acceso e inequidad en el conjunto del sistema de salud chileno. La propuesta de corto plazo era un paso en esa dirección y coherente con una mirada más profunda del futuro y demandaba tomar conciencia de la necesidad de una reforma más amplia, con plazos e hitos definidos. La Comisión considero que esa mirada, era necesaria para evaluar aquellas medidas que, planteadas para el plazo inmediato, fueran también conducentes a la propuesta objetivo.

Este planteamiento se sustenta en evidencia que muestra que los países pueden transitar hacia el cambio profundo de sus sistemas de salud. A los casos conocidos de los ochenta de España y Brasil, se pueden agregar otros como son los de Corea de Sur y Taiwán (Kwon S., Health Policy and Planning 2009; 24:63–71. Hsiao, W.C, et al Social Science & Medicine 2017) durante los 90; Estonia y Polonia (Kutzin J, et al 2010) en esos mismos años y Turquía de manera más reciente (Atun R, et al. The Lancet 2013; 382: 65 - 99) en la

Europa en desarrollo; Costa Rica en los noventa y Uruguay hace sólo unos años (Arbulo V, et al, WHO 2015, Geneva23), en la región de América Latina. En todos estos casos, se pasó desde un sistema con aseguramiento múltiple y segmentado, a uno único, en un proceso planificado de cambios de más o menos una década, para construir un sistema de aseguramiento y fondo único de salud y pagador único, bajo principios de seguridad social y de acceso y cobertura universal. En todos los casos, los éxitos mostrados son reconocidos internacionalmente, de tal forma que junto con el aumento del gasto público se produce una disminución en los gastos directos de los hogares y una mejoría sustantiva en los indicadores de salud.

Las experiencias se pueden organizar en torno a cuatro variables claves:

1. El tránsito del esquema de aseguramiento;
2. La regulación de los precios;
3. La regulación de los beneficios; y
4. La regulación de los pagos a los proveedores.

España paso de un sistema de seguridad social de salud tipo Bismark a un Servicio Nacional de Salud desde fines de los 70 y por un período de aproximado de 10 años. Brasil en 1988 generó el SUS en el marco del retorno a la democracia, que se desarrolló rápida y exitosamente.

La Caja Costarricense de Seguridad Social desde su creación en 1941 presenta grandes hitos como en los 60 cuando decide la universalización del seguro a toda la población y en los 70 se unifica la gestión de los hospitales. Sin embargo, en los 90 se produce la reforma que considera el fortalecimiento del rol rector del Ministerio y se confirma la función pagador y seguro único de la CCSS, a diferencia de lo que se estaba promoviendo en la región.

Cabe destacar que recién en 2014, Chile junto al resto de los países de la Región, adhirió a la propuesta estratégica de acceso y cobertura universal de salud de la OPS que, bajo los principios de derecho a la salud, equidad y solidaridad, en un marco de eficiencia, propone el aumento del gasto público, la eliminación del gasto de bolsillo y promueve el uso de fondos mancomunados que terminen con la segmentación (Resolución CD53. R14/FR. OPS; 2014). La propuesta de la comisión se encuentra en línea con estos argumentos.

VISIONES ENCONTRADAS DENTRO DE LA COMISIÓN

Los acuerdos en la Comisión no fueron unánimes. Una minoría de la comisión planteó la

posibilidad de avanzar hacia un sistema de multiseguros como mirada de largo plazo del sistema de salud, con la conformación de un fondo con participación de las ISAPRE y FONASA.

Otra posición que se movió desde el statu quo a la posición minoritaria, no compartía el diagnóstico y propiciaba que no era necesario integrar a las ISAPRE en la lógica de la seguridad social, ya que el sistema no presentaba un problema estructural que solucionar y que estaba legítimamente destinado a cubrir a aquellos de mayores ingresos de la población. Postulaban que con pequeños cambios que apuntaran a la judicialización, que genera gastos legales a los aseguradores para cubrir los costos de aproximadamente 150 mil juicios perdidos por año, las ISAPRE podrían seguir funcionando.

La posición de mayoría estimó que no era necesario y era más bien incierto e ineficiente mantener la alternativa de multiplicidad de aseguradores, más allá de la transición de corto plazo, lo que exigía contar con un período de evolución similar a los de las experiencias estudiadas y con una regulación adecuada de los seguros privados a cambio de continuar utilizando el 7% de la seguridad social sólo durante la transición.

La defensa de las ISAPRE y críticas aparecidas posteriormente a la presentación del informe apuntaron a elementos como los siguientes:

i) No aceptar el concepto de prima de seguridad social en las ISAPRE, sino que mantener el concepto de propiedad privada que se expresa en precios de planes individuales. Esto constituye una manera de ignorar el carácter social del financiamiento obligatorio y significa conservar la filosofía actual de la industria privada.

ii) No aceptar la idea de mancomunar los recursos de la seguridad social reflejados en la contribución del 7% y a cambio, formar un fondo ISAPRE con un aporte igual al precio de un plan como precio plano mínimo no solidario y básico. Este tipo de perspectiva aplica en algunos casos en el mundo de seguros privados voluntarios (Cid C, et al World Scientific; 2016. Vol 1. P. 311-362; OECD Health Statistics 2014; Colombo F, et al OECD Health Working Papers N° 15, 2004) donde estos seguros son un mercado secundario que aplican coberturas suplementarias de prestaciones no cubiertas por el seguro público o social primario y no forman parte de la seguridad social, ni de un seguro social, ni de un servicio nacional de salud. Generalmente tienen una participación minoritaria en el financiamiento (Colombo F, et al. OECD Health Working Papers N° 15, 2004).

iii) Que el cambio propuesto podía provocar

exceso de movilidad de los beneficiarios de manera que se cuestionase la sostenibilidad del sistema de salud en su conjunto. No obstante estimaciones de la potencial movilidad negaron este argumento. Sin embargo, la forma de reducir esta incertidumbre de manera radical es asumiendo el compromiso de largo plazo y la certeza de que se avanza hacia un solo sistema de salud para toda la sociedad.

COMENTARIOS FINALES

La comisión asesora presidencial de Chile del año 2014 cambió el marco de reflexión que venía ocurriendo en las políticas estructurales del sistema de salud. Enfatizo que la incursión del mercado de aseguramiento privado, sin una regulación apropiada, y colocando el énfasis solo en promover mayor competencia, ha terminado en exclusión y sin garantizar los derechos de acceder a prestaciones de salud.

Chile necesita imponer el marco normativo de la seguridad social y avanzar una reforma que termine con la segmentación, y abra paso a una nueva generación de transformaciones que eleve los niveles de equidad y acabe con el derroche de recursos impuesto por la ineficiencia social del sistema estanco. Incluso hay evidencia de abuso por problemas financieros de una ISAPRE importante, con cerca del 20% de los afiliados, asociados más a la esfera de la conducción general del holding controlador y sus formas de acumulación de capital de dudosa legalidad, que al déficit operacional de la ISAPRE.

Resulta urgente la implementación del modelo propuesto por la comisión con una transición más acelerada.

i. Se debería avanzar lo más rápido posible en mancomunar todos los fondos disponibles en uno sólo dando paso a un ente público pagador único sin intermediación de seguros y sin más mediación que las coordinaciones y regulaciones de redes públicas establecidas (a las cuales podrán adherir proveedores privados).

ii. Se debería disponer de un Plan Único de Salud, de suficiencia gradual y cobertura universal.

iii. Los problemas de eficiencia y equidad deberían jugarse solo por las formas de asignación de los recursos para el cumplimiento del Plan.

iv. Este Plan sería provisto mediante la integración de las redes, un modelo centrado en la atención primaria, con acceso equitativo y universal.

La experiencia de países que ya han transitado

ese camino será vital. En todo caso, se habrá dado un paso definitivo en la solidaridad necesaria en el sistema de salud chileno. Esta experiencia es también importante para varios países de la región que se caracterizan por tener sistemas segmentados de salud y puede contribuir a la reflexión acerca de sus posibilidades de avance.

REFERENCIAS

1. Arbuló V, Castela G, Oreggioni I, Pagano J. Uruguay. Efficiency incentives results of the National Integrated Health System. Improving Health System Efficiency Case Study. Geneva: World Health Organization; 2015.
2. Armstrong J, Paolucci F, McLeod H, van de Ven W. Risk equalisation in voluntary health markets: A three country comparison. *Health Policy*. 2010; 98 (1): 39-49.
3. Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I, et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *The Lancet*. 2013; 382: 65 - 99.
4. Castillo-Laborde C, Aguilera-Sanhueza X, Hirmas-Adaury M, Matute I, Delgado-Becerra I, Nájera-De Ferrari M, Olea-Normandin A, GonzalezWiedmaier C. Health Insurance Scheme Performance and Effects on Health and Health Inequalities in Chile. *MEDICC Review*. 2017; 19 (2,3): 57-64.
5. Cid C. Diagnoses-Based Risk Adjusted Capitation Payments for Improving Solidarity and Efficiency in the Chilean Health Care System: Evaluation and Comparison with a Demographic Model. [Internet] Department of Economics, Institute of Business and Economics Studies, Institute for Health Care Management, University of Duisburg Essen, Germany [Fecha de acceso: ene 2018] Disponible en: <http://duepublico.uniduisburg-essen.de/servlets/DocumentServlet?id=25690>
6. Cid C. Problemas y desafíos del seguro de salud en Chile: el cuestionamiento a las ISAPRE y la solución funcional. *Temas de la Agenda Pública*, Centro de Políticas Públicas PUC. 2011; 6 (49).
7. Cid C. Los problemas del aseguramiento privado en salud en Chile: en busca de una solución para una historia de ineficiencia e inequidad. *Medwave*. 2011; 11(12) doi: 10.5867/medwave.2011.12.5264.
8. Cid C, Torche A, Herrera C, Bastías G, Barrios X. Bases para una Reforma Necesaria al seguro social de salud chileno. En: Pontificia Universidad Católica de Chile, Propuestas Para Chile. Concurso de Políticas Públicas 2013, Santiago, Chile; 2014. P. 183- 219.
9. Cid C, Ellis R.P, Vargas V, Wasem J, Prieto L. Global Risk-Adjusted Payment Models, in: Scheffler, R.M. (Ed.), *Handbook of Global Health Economics and Public Policy*. San Francisco, USA: World Scientific; 2016. Vol 1. P. 311-362.
10. Cid, Camilo y Andras Uthoff, *La reforma a la salud pendiente en Chile: reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema*. 2017.
11. Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado: Informe Final. Santiago. 2014.
12. Colombo F, Tapay N. Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems. *OECD Health Working Papers* [Internet]. 2004 [Fecha de acceso: nov 2016] Disponible en: <http://www.oecd.org/els/healthsystems/33698043.pdf>.
13. Decreto Nro. 71. Crea la Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema Privado de Salud. Ministerio de Salud de Chile, Santiago, 14 de abril de 2014.
14. Hsiao, W.C, Cheng S.H, Yip W. What can be achieved with a single payer NHI system: The case of Taiwan, *Social Science & Medicine* 2017.[Internet] 2017 [Fecha de acceso: ene 2017] Disponible en: 10.1016/j.socscimed.2016.12.006
15. Kutzin J, Shishkin S, Bryndová L, Schneider P, Hrobon P. Reforms in the pooling of funds. Implementing Health Financing Reform. Lessons from countries in transition. Kutzin J, Cashin C, Jakab M. Eds. *World Health Organization and European Observatory on Health Systems and Policies*. Copenhagen: Observatory Studies Series 21, 2010.
16. Kwon S. Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage. *Health Policy and Planning*. 2009; 24:63-71.
17. OECD. *Health Statistics 2014. Definitions, Sources and Methods*. Private health insurance. [Internet] [Fecha de acceso: Nov 2016]. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/healthsystems/health-statistics.htm>

18. Pan American Health Organization PAHO/WHO. Fiscal space for increasing health priority in public spending in the Americas Region. Working document. Washington DC, December 2015.
19. Paraje, G., Bitrán, E., Duarte, F. y Willington, M. El mercado de los seguros privados obligatorios de salud: diagnóstico y reforma. Documento de Referencia 11, Espacio Público; 2013.
20. OMS. Resolución CD53. R14/FR. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53ª Consejo Directivo, 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. [Internet] Washington, D.C.: OPS; 2014. [Fecha de acceso: Nov 2016]. Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/7652>.
21. Titelman D. Reforma al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes. Serie Financiamiento del Desarrollo, CEPAL 2000; LC/L.1425-P: 104.
22. Uthoff A, Sánchez JM, Campusano R. El mercado de seguros de salud: Lecciones sobre el conflicto entre equivalencia y solidaridad. *Revista de la CEPAL*. 2012; 108: 147-167.
23. Van de Ven, W.P.M.M. and Ellis, R.P. Risk adjustment in competitive health plan markets. In: A. Culyer and J. Newhouse, ed., *Handbook in 19 Health Economics*, 1st ed. Amsterdam: North-Holland/Elsevier; 2000. p.755- 845.
24. Van de Ven W.P.M.M, Beck K, Buchner F, Chernichovsky D, Gardiol L, Holly A, et al. Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries. *Health Policy* 2003; 65 (1): 75- 98.
25. Van de Ven W.P.M.M, Beck K, Buchner F, Schokkaert E, Schut F.T, Shmueli A, et al. Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: Are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? *Health Policy* 2013, 109 (3): 226-245.