

Análisis de Coyuntura Regulatoria (ACR) N°4 **Escenario y elementos de la reforma a la salud del Gobierno**

A casi 15 años de la Reforma a la Salud, que en 2005 creó el GES y reestructuró el Sector Público de Salud, redefiniendo la autoridad sanitaria en salud pública, articulando la Red Asistencial y ampliando el rol de la Superintendencia de Isapres al de la actual Superintendencia de Salud, el debate sobre el modelo de salud para la atención de la población toma nuevas fuerzas con la presentación del Gobierno de lo que ha denominado una *reforma integral* a la salud.

En lo básico, el estado de la situación se resume en la existencia de dos subsistemas separados de aseguramiento. El privado, del que es beneficiario el 17% de la población, está conformado por una industria de seguros financiada con cotización obligatoria, donde las compañías más importantes están integradas verticalmente con prestadores de salud institucionales, clínicas, y éstas con gran capacidad de atracción de prestadores individuales, médicos, especializados con financiamiento público (becas + sueldos). Esta industria funciona sostenida en la declaración previa de salud, castigo de preexistencias, la facultad legal de alza unilateral de precio del plan de salud y aplicación de factores de riesgo.

El público, que cobija al 80% de la población más pobre y enferma, de financiamiento principalmente estatal, es de carácter solidario y redistributivo, y donde parte importante de sus integrantes están exentos del pago de cotizaciones. Los únicos mecanismos de interacción entre los sistemas privado y público, son las compras de prestaciones de salud que el sistema público hace al privado, por aplicación de políticas públicas como GES, RICARTE que operan como rompefilas dentro del régimen general de prestaciones de salud.

Existe evaluación transversalmente compartida sobre la necesidad de regulación para enfrentar diversos aspectos que la experiencia ha dejado ver, en temas tales como gasto (alzas de precio y deuda pública), cobertura, protección (mecanismos de solidaridad vía compensación de riesgos), oportunidad (listas de espera) y acceso (tratamientos y medicamentos de alto costo), algunos con años de judicialización y otros con judicialización en aumento.

Lo ocurrido en esos aspectos confirma la necesidad de mejoras al sistema, cuando no de discutir un rediseño legal y el modelo de salud en general, pues el actual parece no contener ni dar curso a los ingentes desafíos y demandas sociales en salud (ACR 1 y ACR 3). Lo que es transversalmente compartido es la evaluación sobre la necesidad de cambios, pero no el cambio del modelo regulado, pues no hay, hasta ahora, puntos comunes sobre el que pueda ser un modelo futuro, como lo deja ver el proyecto del Gobierno. Éste, por ejemplo, profundiza la separación de sistemas, afirmando la lógica de seguro privado (deducible), promoviendo la atracción de los más sanos y rentables de la cohorte de asegurados en FONASA, sin una propuesta regulatoria de sistema respecto de cómo dar funcionamiento a este último.

La tramitación legislativa de los proyectos, negociación *durante* (no mediante), será árida y compleja, afirmación para la que basta correlacionar dos aspectos relativos a materias de fondo (modelo de salud que el diseño legal refleja): primero, la minoría parlamentaria del Gobierno en ambas cámaras (ACR 2) y, luego, la total e infranqueable distancia política-técnica entre la Alianza por Chile y el Frente Amplio y los partidos de la ex Nueva Mayoría, a excepción de la DC y el PRSD,

respecto de la concepción de lo que, hoy o ahora, debieran ser los elementos de modelo de salud que inspiren los cambios que se requieren como los mínimos en salud.

En el escenario descrito, habrá ocasión de apreciar la profunda diferencia de opinión sobre modelos de regulación en salud que, desde la creación de las Isapres, el que rige no ha tenido cambios en su esencia; y cuyo corolario podemos expresar con la pregunta sobre cuánto sea posible incorporar elementos propios de seguridad social al sistema, algo en lo que las isapres han dejado ver – a veces elocuentemente – que no se corresponden con una solución de seguridad social. Este último aspecto ha ganado centralidad en el debate y es el estándar que el Tribunal Constitucional viene exigiendo desde el año 2010.

La propuesta de regulación para FONASA no responde a lo que se presenta como *reforma integral*. Esto es complejo, porque es ahí dónde se juega en mayor medida la necesidad de cambios regulatorios; y ahí también, en el seguro público, dónde está envuelta o comprometida la mayor cantidad de recursos (aseguramiento y financiamiento para la atención y sostén de la red pública hospitalaria), toda la población con mayor necesidad y la mayor parte de la población del país. En efecto, lo que se presenta en el mensaje del Ejecutivo como una modificación para el fortalecimiento de FONASA no queda comprendido ni se alcanza con la incorporación de una facultad para remitir beneficiarios a clínicas, lo que por lo demás, desde los hospitales públicos ya se hace.

En el escenario descrito ¿qué dice el proyecto del Gobierno?. Su propuesta más nutrida es la que se refiere al sistema privado de salud con elementos que son positivos en el marco de la regulación a Isapres, pero otros elementos requieren aclaración y unos terceros bastante claros sobre su posición, como la aplicación de un deducible. El Gobierno puede proponer aquello en lo que cree y, legítimamente, creer en la bondad de lo que propone, de lo que incluso podrían resultar cambios positivos para el sistema privado de salud, pero eso no es lo mismo que una reforma integral al sistema de salud en Chile, que exige voluntad de acuerdos político – técnicos sobre la salud pública y privada.

Así, los méritos del proyecto debieran apreciarse en la medida de lo efectivamente propuesto y no en la de lo declarado, sin perjuicio de que la negociación política en la discusión legislativa permita decir otra cosa. De momento, no hay elementos que permitan sostener que el proyecto de reforma del Gobierno tenga integralidad con respecto a la salud en Chile.

En síntesis, los elementos de cambio al sistema privado de salud son la creación de un Plan de Salud Universal (PSU); la incorporación de mecanismo de compensación de riesgos entre afiliados, consagrando su libre movilidad intrasistema; la eliminación de declaración de salud; la incorporación de un mecanismo de ingreso (Plan Nuevo Asegurado), y de un mecanismo de protección financiera general, así como el término de diferencia de precio entre mujeres y hombres. También se incorpora un mecanismo de “stop loss” o techo de gasto anual como sistema de protección financiera general, superando la regulación de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas y a la Garantía de Protección Financiera del AUGE (CAEC).

En cambio la atracción de beneficiarios de FONASA a las Isapres, desde la perspectiva sistémica, tiene un efecto desintegrador pues esa migración genera un empobrecimiento de la cobertura en FONASA; la posibilidad de un deducible pasaría a ser una peculiaridad más de nuestro sistema

privado de salud que lo aleja de una solución de seguridad social para lo que la ley impone las cotizaciones obligatorias. El proyecto no incorpora elemento alguno de interacción o solidaridad entre ambos subsistemas de salud. Es más, al plantear un Plan de Salud Universal distinto del estándar de FONASA, profundiza la escisión entre ambos esquemas de aseguramiento, perpetuando la segregación, que es una característica del sistema privado. Quizá en concordancia con la búsqueda de ese efecto, nada se propone sobre planes complementarios que podrían jugar un rol positivo en el equilibrio de modificaciones que buscaran abrir caminos de integración entre ambos subsistemas imprimiendo una lógica de seguridad social al conjunto. Tampoco hay propuestas sobre la integración vertical.

También surgen dudas que la discusión parlamentaria debiera despejar. Por ejemplo, qué efecto, costo y estatus jurídico tenga la eliminación de la Declaración de Salud para todo nuevo cotizante que provenga de FONASA, por deber contentarse con un plan de salud de muy menor cobertura antes de gozar de su PSU; o la creación de un Consejo Técnico que sea quien elabore propuestas para compensar costos o condiciones de contratos de salud favorece la desconfianza de los críticos del proyecto, pues sin elementos de especificación que se proponga discutir legislativamente, la propuesta se lee como una elusión de materias cuyas bases se posponen al arbitrio del regulador técnico de turno.

Finalmente, con estos proyectos se presenta algo delicado que está dado por la relación entre elementos como la distancia entre las posiciones de algunos de los actores colegisladores (por ejemplo, Gobierno y Frente Amplio) y la imposibilidad de indicaciones parlamentarias durante la discusión de los proyectos (si llega a haberla), pues estas son materias de iniciativa exclusiva del Ejecutivo sometidas a la discusión parlamentaria, lo que en una situación de polaridad conceptual y política hace que el carácter binario (apruebo o rechazo, pero no puedo contraproponer) en que se ventilen propuestas de regulación haga aún más la obtención de las regulaciones sobre cuya necesidad hay un ambiente de mayor consenso que el que las votaciones podrían reflejar. Hasta el momento el Gobierno ha utilizado la estrategia de desplegarse proyecto a proyecto y parlamentario a parlamentario (en particular en negociaciones con la directiva DC). Parece claro que en este proyecto se repetirá el mismo modelo.

Nota: Documento elaborado a partir del examen jurídico y de escenarios legislativos, políticos y sociales que inciden en los principales asuntos regulatorios. Se apoya en consultas a expertos en los temas mencionados, pero lo dicho es responsabilidad de los socios de AJP Abogados.

Eduardo Álvarez Reyes
Tomás Jordán Díaz
Sebastián Pavlovic Jeldres

Mayo 2019