



OBSERVATORIO LEGISLATIVO

REFORMA AL SISTEMA PRIVADO DE SALUD

OBSERVATORIO LEGISLATIVO

REFORMA AL SISTEMA PRIVADO DE SALUD

Comentarios al proyecto de ley que Modifica
el Sistema Privado de Salud y a las indicaciones
presentadas en julio de 2019

(Boletín 8105-11)

Participantes

Gabriel Bastías, Escuela de Medicina UC
Paula Bedregal, Escuela de Medicina UC
Patricio Elgueta, Escuela de Derecho UC
Manuel Espinoza, Escuela de Medicina UC
Fernando Poblete, Escuela de Medicina UC
Alejandra Traferri, Instituto de Economía UC

Coordinación y edición:

Elisa Piña y Magdalena Letelier, Centro de Políticas Públicas UC

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
CONSIDERACIONES GENERALES: EL SISTEMA DE SALUD COMO PARTE DE LA SEGURIDAD SOCIAL	9
COMENTARIOS AL PROYECTO DE LEY	12
1. Restricción al acceso y movilidad entre los sistemas	12
2. Plan de Salud Universal: exceso de incertidumbre	12
3. Regulación del sistema	14
4. Arreglo institucional	14
5. Beneficios complementarios de salud: complementarios y no protagonistas	15
REFLEXIONES FINALES	17
RESUMEN DE PROPUESTAS	18
REFERENCIAS	19

INTRODUCCIÓN

En Chile, el derecho a la salud está reconocido constitucionalmente desde 1925. Actualmente, la Constitución asegura el acceso libre e igualitario a las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. Además, reconoce el derecho de cada persona a elegir el sistema de salud al que desea acogerse, sea público, privado o ninguno (Artículo 19, N° 9, Constitución Política de Chile).

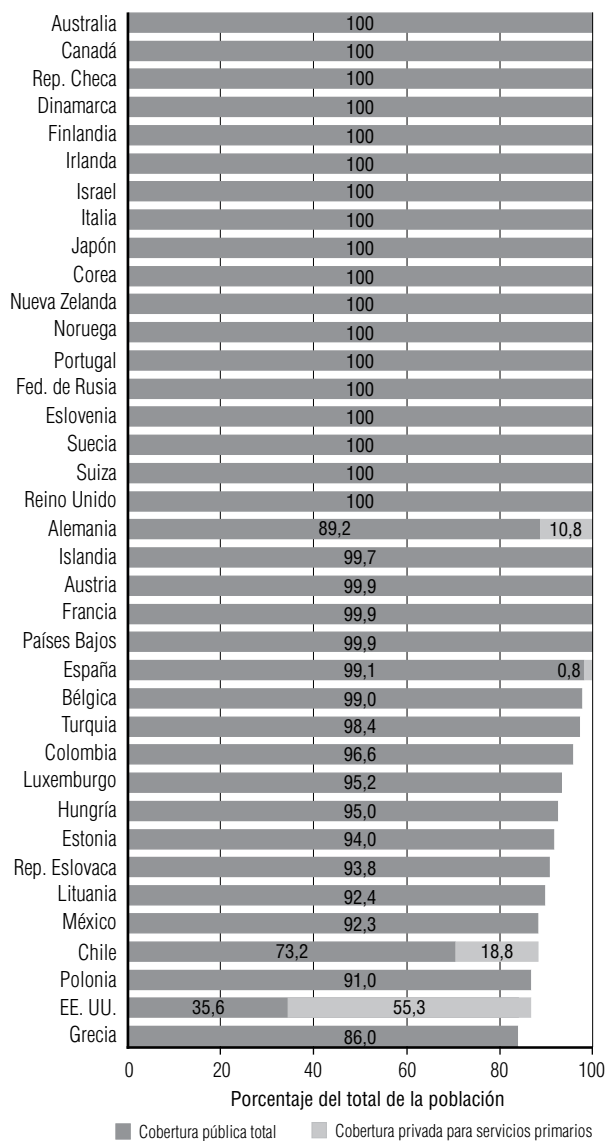
Nuestro país cuenta con un sistema de atención de salud segmentado entre sector público y privado. El seguro de salud del sistema público es administrado por el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y el del sistema privado es administrado por las Instituciones de Salud Previsional (isapres), las cuales pueden ser abiertas –su oferta es abierta a cualquier usuario que quiera afiliarse– o cerradas disponibles únicamente para los trabajadores de ciertas empresas y sus familias¹. Estos dos seguros no debiesen funcionar con lógicas diferentes, principalmente desde el punto de vista del financiamiento y de la provisión. Sin embargo, en la práctica, por diversas razones, no han logrado la unidad con la suficiencia esperada, permaneciendo diferencias relevantes que discriminan a gran parte de la población, y que ponen en jaque el derecho constitucional del libre e igualitario acceso a la protección de la salud.

La distribución de la afiliación al sistema previsional de salud es bastante dispar, encontrándose la gran mayoría de la población en Fonasa. Según la encuesta Casen 2017, el 78% de la población está afiliada al sistema público; el 14,4%, a isapres; 2,8%, al sistema de la Fuerzas Armadas y del Orden y otro sistema; y 2,8% no está afiliado a ninguno².

En cuanto a la cobertura de servicios de salud básicos, Chile presenta una cobertura pública bastante menor en comparación con los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (a excepción de Estados Unidos),

como se muestra en la Figura 1. También es uno de los pocos que no cuenta con cobertura universal.

Figura 1. Cobertura de población para un conjunto de servicios básicos, 2015 (o año más cercano)



Fuente: OCDE Health Statistics, 2017.

1 Actualmente, el sistema privado de salud está conformado por 13 aseguradoras, siete abiertas y seis cerradas (<http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-article-2528.html>).

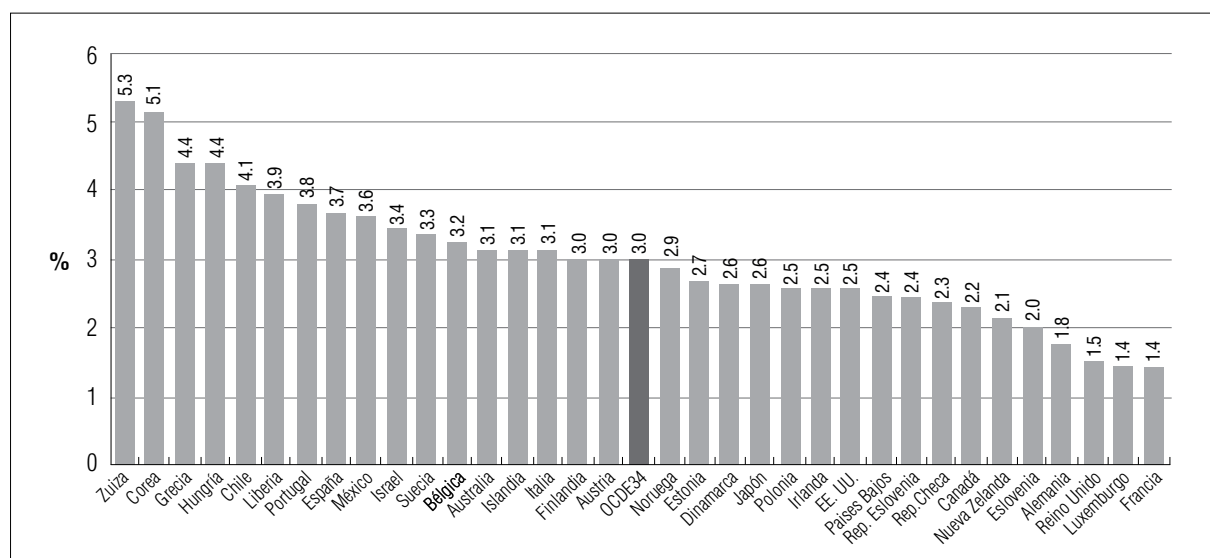
2 El 2% restante corresponde a "No sabe".

En algunos países se puede adquirir una cobertura adicional con seguros privados voluntarios, para cubrir costos que excedan la cobertura básica (seguro complementario) o para agregar servicios adicionales (seguro suplementario), entre otros. Chile es uno de los países de la OCDE donde es posible adquirir estos seguros: el 30% de la población cuenta con este tipo de cobertura a través de un seguro privado complementario.

Otro elemento relevante a considerar al revisar el sistema de seguros de salud de un país es el gasto de bolsillo, entendiéndolo como los pagos hechos directamente por el paciente cuando la cobertu-

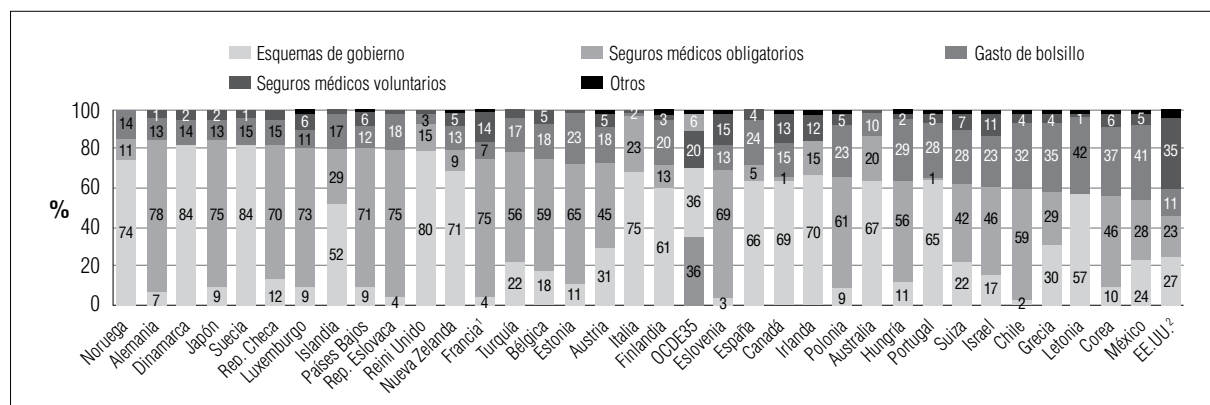
ra del seguro (ya sea obligatoria o voluntaria) no cubre el costo total de un bien o servicio de salud (OCDE, 2018). De acuerdo a un informe de la OCDE, Chile es uno de los países que presenta mayor porcentaje de gasto de bolsillo, medido como proporción del consumo total de hogares, con un 4,1%, mientras que el promedio de la OCDE es de un 3%, como se ve en la Figura 2. Por su parte, si se observa el gasto en salud por el tipo de financiamiento, en promedio en los países de la OCDE una quinta parte del gasto en servicios de salud es cubierto directamente por los pacientes, mientras que en Chile representa un 32% (Figura 3).

Figura 2. **Gasto médico de bolsillo como proporción del consumo total de los hogares, 2015 (o año más cercano)**



Nota: el indicador es el gasto corriente en salud, excluyendo el gasto relacionado con salud en cuidados de largo plazo.
Fuente: OCDE Health Statistics, 2017.

Figura 3. **Gasto en salud por tipo de financiamiento, 2015 (o año más cercano)**



1. Francia no incluye pagos de bolsillo de pacientes internados en cuidados de largo plazo, lo que resulta una subestimación del gasto de bolsillo.
2. El gasto de compañías aseguradoras privadas en Estados Unidos se reporta como seguros médicos voluntarios.
Fuente: OCDE Health Statistics, 2017.

En los últimos años, el sistema de isapres en Chile ha sido bastante cuestionado, principalmente por la ciudadanía, que ha manifestado su descontento frente a diversas situaciones, como el alza unilateral de los precios de los planes de salud. Ante esto, se han presentado casi un millón de recursos de protección en la última década (968.542 entre 2010 y 2018³), situación que solo en 2018 le significó un costo de \$16.261 millones a las isapres por el pago de las costas judiciales, generando además una sobrecarga en el sistema judicial e introduciendo incertidumbre en el sistema de salud. Un hito relevante que ha marcado este proceso es el fallo del Tribunal Constitucional de agosto de 2010, en el que declaró inconstitucional aplicar los criterios de edad y sexo para definir las tablas de factores usados para calcular los precios de los planes.

Este escenario de descontento se suma a las diversas falencias que ha mostrado tener el sistema privado de salud: discriminación por preexistencias, exclusiones y latencias por género y por edad⁴, la cautividad⁵ dado el riesgo de enfermar, la falta de transparencia y asimetría de información entre los agentes del sistema, así como la falta de protección financiera de los afiliados (Comisión Presidencial de Salud, 2010; Comisión Presidencial Isapres, 2014; OCDE, 2019). Todo lo anterior ha motivado diversos intentos por reformarlo. El Ejecutivo ha convocado a dos comisiones presidenciales (2010 y 2014) y se han discutido tres proyectos de reforma (2011, 2016 y 2019). El primero (Boletín N° 8105-11) se trató de un proyecto de ley para modificar el sistema privado de salud, incorporando un plan garantizado. Fue discutido y quedó en segundo trámite constitucional en el Senado en 2013. El segundo no fue ingresado al Congreso, aparentemente por desacuerdos en torno a la tarificación del plan único y el gasto que implicaba modernizar Fonasa (La Tercera, 2018). Y el tercero correspondió a una indicación sustitutiva del proyecto de 2011, que más tarde fue retirada, para retomar la discusión del proyecto anterior, ingresándole nuevas indicaciones.

El proyecto actual, es decir, el que fue ingresado en 2011 –para el que se anunciaron indicaciones en julio de 2019–, tiene como objetivo introducir instrumentos que aumenten la solidaridad y la transparencia del sistema, terminar con las discriminaciones y mejorar la protección financiera. Para esto, propone la creación de: (i) un plan garantizado de salud o plan universal; (ii) la elaboración por parte del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de indicadores de variación de los precios de las prestaciones de salud, de la variación en la frecuencia del uso de las mismas y del gasto en subsidios por incapacidad laboral; (iii) la creación de un panel de expertos que calcule índices referenciales de la variación de los precios del plan a partir de los indicadores elaborados por el INE; (iv) la creación de un fondo de compensación de riesgo entre isapres; y (v) la posibilidad de contratar beneficios complementarios en las mismas isapres. Además, se plantea aumentar algunas atribuciones de la Superintendencia, relativas a garantizar la viabilidad financiera de las isapres y a la solicitud de información para la elaboración de los indicadores de variación de precios mencionados anteriormente.

Esta iniciativa forma parte de una reforma más amplia al sistema de salud, que se encuentra en el programa de gobierno del presidente Sebastián Piñera, bajo el título “Cirugía mayor a la salud”⁶. Este se complementa con otros dos proyectos relativos al fortalecimiento de Fonasa (Boletín N° 12588-11) y a la creación de un seguro de salud para la clase media (Boletín N° 12662-11). Este último forma parte del Sistema Clase Media Protegida, cuya creación también se encuentra en tramitación (Boletín N° 12661-31).

Con el objetivo de aportar a la discusión sobre la reforma al sistema privado de salud, el Centro de Políticas Públicas de la Universidad Católica convocó a un grupo de académicos de diferentes facultades para discutir sobre las propuestas legislativas ingresadas en 2019. Este equipo se reunió entre mayo y octubre de 2019, para anali-

3 Altura Management (2019), en base a información del Poder Judicial, en Judicialización de Isapres 2018, disponible en: <https://www.alturamanagement.cl/assets/informe-recursos-de-proteccion-C3%B3n--Isapres-2018.pdf>

4 En la literatura, la selección o discriminación por factores que hace una aseguradora se denomina selección de riesgos.

5 Se refiere a la imposibilidad de cambiarse de isapre dada la edad y patologías asociadas. Al intentar cambiarse de isapre, la prima sube indiscriminadamente, por lo cual las personas con mayor riesgo de enfermar quedan cautivos de su isapre de origen.

6 Programa de Gobierno disponible en: <http://www.sebastianpinera.cl/images/programa-SP.pdf>

zar las implicancias de los cambios propuestos y formular algunas alternativas de mejora, las que se plasman en el presente documento. Este se ordena de la siguiente forma: consideraciones generales que hacen referencia al sistema de salud como parte de la seguridad social, en particular sobre sus principios y cómo el proyecto aporta a cumplirlos; comentarios al proyecto de ley, re-

feridos a la restricción de acceso y la posibilidad de moverse entre el sistema privado y el público; discusión sobre qué debiese considerar el Plan de Salud Universal; comentarios sobre la regulación del sistema de seguros privados de salud y sobre el arreglo institucional que se propone; y, finalmente, algunas recomendaciones relativas a los beneficios complementarios de salud⁷.

7 Parte de este análisis fue presentado ante la Comisión de Salud del Senado, en la sesión del martes 6 de agosto de 2019, en la que participó el ministro de Salud, Jaime Mañalich, y el superintendente de Salud (s), Patricio Fernández. A la fecha de publicación de este documento, el proyecto se encontraba en segundo trámite constitucional en el Senado.

CONSIDERACIONES GENERALES: EL SISTEMA DE SALUD COMO PARTE DE LA SEGURIDAD SOCIAL

No es posible concebir una reforma a las isapres sin pensar en modificaciones también al sistema público de salud –el cual acoge a casi el 80% de la población, incluyendo aquella más vulnerable–, entendiendo que ambos son parte de una unidad, y que esta –a su vez– es uno de los elementos que conforma el sistema de seguridad social (junto con el sistema de pensiones, el sistema de seguridad y salud en el trabajo, y el seguro de cesantía). Desde este punto de vista, la seguridad social se entiende como un derecho, que está garantizado en la Constitución Política de Chile (Artículo 19, N° 18)⁸, aunque en ella no se establecen los principios que la rigen.

William Bevedrige –considerado uno de los principales artífices de la seguridad social moderna– señala que esta tiene por objeto abolir el estado de necesidad, asegurando a cada ciudadano en todo momento, una entrada suficiente para hacer frente a sus responsabilidades, bajo la premisa de que todos estamos sujetos a contingencias sociales, y que estas deben ser protegidas por la obligación del Estado de conservar la vida y hacerlo en un nivel de vida digno. La seguridad social es la manera que la sociedad organiza lo necesario para responder a esta obligación (Novoa, 1977; Humeres, 2019).

En el marco internacional actual, la seguridad social está claramente definida por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), como “la protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia”.

Esta se rige por ciertos principios básicos (Aylla, 1996), que son: i) solidaridad, esto es, interdependencia entre los grupos y la redistribución de recursos entre los diferentes segmentos de la población⁹; ii) universalidad, referida a la protección de toda la población sin ninguna distinción respecto de todas las necesidades sociales¹⁰; iii) integralidad, que es la intensidad o alcance con que deben de suministrarse las prestaciones económicas y asistenciales de la seguridad social a tiempo, de forma suficiente (cantidad) y completa (calidad de los servicios)¹¹; iv) unidad, que busca la existencia de sistemas de seguridad social sin regímenes especiales y discriminatorios¹²; y v) internacionalidad, que pretende proteger al individuo donde quiera que esté.

Para avanzar en el cumplimiento de esos principios, varios son los caminos posibles (Sán-

8 Artículo 19, número 18. “El derecho a la seguridad social. Las leyes que regulen el ejercicio de este derecho serán de quórum calificado. La acción del Estado estará dirigida a garantizar el acceso de todos los habitantes al goce de prestaciones básicas uniformes, sea que se otorguen a través de instituciones públicas o privadas. La ley podrá establecer cotizaciones obligatorias. El Estado supervigilará el adecuado ejercicio del derecho a la seguridad social”.

9 Es decir, “la solidaridad existirá en la medida que se redistribuya el ingreso nacional [porque] se postula que toda la población contribuya al sostenimiento del sistema, con prescindencia de la calidad de acreedor o no de la prestación” (Humeres, 2019, p. 33).

10 Esto es, “el sistema debe comprender tanto a las personas como a sus necesidades, admitiendo, desde un punto de vista técnico, una distinción entre la generalidad de las personas protegidas -universalidad subjetiva- y aquella referida a las contingencias cubiertas, la que se conoce bajo el nombre de universalidad objetiva” (Humeres, 2019, p. 30).

11 Este “principio de la integridad o suficiencia se refiere a la circunstancia de que todas las prestaciones -médicas, económicas o familiares- sean suficientes para atender las contingencias sociales respectivas y capaces de solucionar el caso social” (Humeres, 2019, p. 32).

12 “De suerte tal que no se persiga la existencia de un órgano único, sino que se logren las “unidades secundarias”, como 1) la unidad del acto de la afiliación, 2) unidad de la cotización, 3) unidad de los sistemas de inspección, control y fiscalización, 4) unidad del campo de aplicación, lo que se puede lograr en un sistema integral, instituido no sobre un organismo único, sino mediante distintos órganos gestores” (Humeres, 2019, p. 36).

chez-Castañeda, 2012) e, independiente de la configuración que adopte el sistema de salud, este podrá contribuir más o menos a alcanzarlos. En la reflexión que se plasma en este documento, se analiza el proyecto de ley (y las indicaciones anunciadas) considerando los elementos que contempla y de qué manera permiten avanzar hacia estos principios. Para esto, es necesario tener en cuenta que –de acuerdo a lo expresado por el propio ministro de Salud¹³– el proyecto analizado apunta a resolver problemas particulares del sistema privado y no corresponde a una reforma del sistema de salud completo. Por esta razón, no cubre todas las necesidades de un sistema de salud entendido como parte de un sistema complejo de seguridad social. Sin embargo, es importante considerar la complementariedad de este proyecto con los otros que están en discusión (Fortalecimiento de Fonasa y Seguro de salud clase media), para no perder de vista la integralidad del sistema.

Con relación al principio de solidaridad, es importante considerar, como se dijo más arriba, que los dos subsistemas de salud que existen en Chile (el público y el privado) funcionan con lógicas diferentes, principalmente desde el punto de vista del financiamiento. En el caso del sector privado, el principio fundamental es de un seguro individual, donde la recaudación se lleva a cabo a través de contribuciones y también se financia en gran parte con el gasto de bolsillo. En contraste, el sistema de salud público se financia a través de contribuciones y gasto de bolsillo, pero principalmente mediante subsidios del Estado, lo cual configura un esquema más progresivo y solidario, en coherencia con los principios de un seguro social. En lo esencial, el sistema privado posee pocos elementos de solidaridad en la recaudación, salvo, por ejemplo, el fondo de compensación entre isapres para las Garantías Explícitas en Salud (GES).

Si bien el proyecto de ley que reforma a las isapres no modifica el sistema de recaudación de los recursos, sí introduce un elemento de solidaridad en el mecanismo de mancomunación de estos,

con la generación del fondo de compensación por riesgo en el sistema isapres, que amplía el actual fondo de compensación de riesgos que solo se aplica a los problemas GES¹⁴. En el contexto de una reforma que mantiene el rol de aseguradores privados en salud, esta propuesta se considera positiva, pues avanza en la dirección de los principios de la seguridad social, en tanto disminuye los incentivos a la selección de afiliados de bajo riesgo. Sin embargo, se observa que el proyecto mantiene el modelo actual de segmentación público-privada en su financiamiento (recaudación y mancomunación). Por lo tanto, la idea de avanzar en la lógica de un fondo mancomunado (único) de salud –que ha estado presente en varias de las propuestas de reformas– no ha hecho eco en el presente proyecto.

Por otra parte, en términos de universalidad del sistema, Chile ha avanzado. Desde el punto de vista de la seguridad social en salud, el sistema de aseguramiento basado en las cotizaciones se ha complementado con el sistema de protección social (foco en población vulnerable), que garantiza que aquellas personas que no cotizan tengan acceso al sistema público, pudiendo –en teoría– optar por el subsistema público o privado. En la práctica, este grupo ha sido absorbido por el subsistema público, con excepciones relacionadas con grupos de ingresos muy altos no cotizantes. Mediante leyes especiales se ha logrado también incrementar el acceso a migrantes en situación irregular (niños, niñas y adolescentes, embarazadas).

Respecto de la integralidad, es importante comentar elementos de desigualdad de trato, oportunidad y calidad de servicios. Nuestro sistema actual adolece de problemas de trato desigual para algunos grupos de población. Esto implica diferentes valores para el aseguramiento (mujeres y adultos mayores) y diferente acceso a ciertas prestaciones (planes sin útero o tiempos de espera para recibir ciertas prestaciones). En este sentido, el proyecto tiende a reducir las discriminaciones por sexo, como discutiremos más adelante. Des-

13 En un seminario, organizado por el Centro de Políticas Públicas realizado el 2 de septiembre de 2019 para discutir sobre esta reforma, el ministro de Salud, Jaime Mañalich, hizo una presentación titulada “Hacia una reforma del sistema de financiamiento de la salud en Chile con énfasis en isapres”. Disponible en: <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/plan-universal-de-salud-preexistencias-y-discriminacion-se-discuten-en-seminario-sobre-reforma-a-las-isapres/>

14 Las Garantías Explícitas en Salud (GES) aseguran el acceso, la calidad, la oportunidad y la protección financiera para un conjunto de prestaciones médicas que permiten enfrentar ciertas enfermedades y condiciones definidas en la Ley N°19.966 de 2004 del Ministerio de Salud.

de el punto de vista de la oportunidad, este es un tema no explorado en el sector privado de salud, y que en el sector público se representa en los tiempos de espera para recibir prestaciones. Un avance lo constituye el sistema GES, que obliga a ciertos tiempos para la entrega de servicios (Ley N° 19.966). En relación al proyecto presentado, no se tocan en el diseño del plan aspectos relacionados con la oportunidad. Desde el punto de vista de la calidad, si bien se ha avanzado en contar con un sistema de aseguramiento para los prestadores, no existe un sistema único. Este punto se discutirá de nuevo a propósito de la propuesta del Plan Universal.

Respecto de la unidad, nuestro sistema de seguridad social no presenta aún un sistema único. Incluso dentro del ámbito público nos encontramos con un régimen diferente dado por los subsistemas de las Fuerzas Armadas (Capredena y Dipreca). La vinculación entre los tres componentes solo se da de manera unitaria a través de la provisión de servicios que se otorga por ley a través de la “Ley Ricarte Soto”. La Ley de Garantías Explícitas en Salud deja fuera a las FF.AA. En este sentido, la propuesta legislativa no apunta a temas de unidad, puesto que solo trata acerca del subsistema privado. No existe una ley que se refiera a la arquitectura unitaria global de la seguridad social en salud.

Finalmente, respecto de internacionalización, se ha ido avanzando en Chile, en particular dadas las demandas que existen de un mundo globalizado. De allí la relevancia del proceso de internacionalización de la seguridad social, que extiende su ámbito de competencia a proteger a los ciudadanos más allá de la propia frontera, a través de acuerdos bilaterales o multilaterales. También, del proceso de estandarización de la entrega de servicios con miras a contribuir con ello a nivel internacional. Al respecto, la discusión en Chile ha sido escasa, aunque se ha avanzado en ciertos acuerdos a nivel iberoamericano (Bermúdez y Villalobos, 2017). La propuesta legislativa en discusión no toca aspectos de internacionalización de la seguridad social desde el sistema privado, si bien es conocido que ciertos planes de prestaciones consideran este componente.

En lo que sigue, se expondrán los comentarios de la mesa de trabajo sobre aquellos aspectos del proyecto de ley que se consideraron más relevantes de discutir, a saber: los criterios y mecanismos de ingreso al sistema privado; la arquitectura del plan de salud universal; el marco regulatorio y la institucionalidad propuesta; y el nuevo escenario para los beneficios complementarios.



COMENTARIOS AL PROYECTO DE LEY

1. RESTRICCIÓN AL ACCESO Y MOVILIDAD ENTRE LOS SISTEMAS

En las isapres se han diagnosticado ciertos problemas que restringen el acceso de las personas al sistema. Actualmente, todos quienes deseen afiliarse por primera vez deben hacer una declaración de salud y la institución tiene la libertad de aceptar o rechazar unilateralmente su ingreso de acuerdo al riesgo que presentan, asociado principalmente a patologías preexistentes.

El proyecto de ley intenta modificar esta situación obligando a las isapres a afiliar a quienes lo deseen. Con esto, busca eliminar las preexistencias e impedir que las personas no puedan ingresar al sistema privado de salud solo por presentar problemas de salud previos.

Si bien esta medida se percibe como un avance, se considera que este es un ámbito donde se deberían hacer algunos ajustes, ya que la fórmula propuesta para el ingreso de nuevos cotizantes mantiene la discriminación por situación de salud previa, al solicitar una declaración de salud para aquellas personas que provengan de isapres cerradas o de Fonasa. Además, a quienes presenten una patología preexistente, se les restringe la cobertura a un 25% por 18 meses. Junto con lo anterior, en la nueva propuesta legislativa se mantiene la diferencia de precios del plan según tramo etario, con un valor para las personas mayores de 50 años del doble que para las personas menores de 24 años.

Por lo tanto, el proyecto avanza en disminuir la discriminación parcialmente, solo evitando los rechazos por preexistencias, pero mantiene la discriminación por edad y por condición de salud. Se considera que este avance parcial responde de manera insuficiente a la demanda ciudadana y pierde la oportunidad política de generar un avance mayor en materia de igualdad de acceso.

Ante esta situación, con el fin de reducir las discriminaciones, es crucial eliminar las diferencias de precio según edad y la declaración de salud,

para que de esta forma el contar con enfermedades preexistentes no sea una restricción al acceso o movilidad entre los sistemas.

Relacionado con lo anterior, existe la preocupación de que, con la eliminación de las preexistencias y la creación de un único plan de salud, ocurra un traslado masivo de afiliados desde el sector público y las isapres cerradas hacia el sistema privado. Para frenar este traspaso se pueden implementar distintas estrategias. En el proyecto ingresado en abril de 2019, se propuso la creación de un Plan Nuevo Asegurado, que tenía una cobertura restringida por 24 meses para aquellas personas que decidieran cambiarse a una isapre. En el proyecto actual, como se señaló, se exige a los nuevos afiliados presentar una declaración de salud y se entregue una cobertura reducida por cierto período de tiempo a quienes tienen patologías preexistentes, mecanismo que debiera ser revisado.

Desde una perspectiva más amplia, la forma de evitar el traspaso masivo de Fonasa al sistema privado puede lograrse con la creación de un fondo de compensación de riesgo entre Fonasa e isapres, o más específicamente, la creación de un plan único entre sistemas, partiendo por un plan único entre isapres que luego se extienda a Fonasa. En este escenario, el plan de Fonasa tendría que ser de igual calidad que el plan universal para las isapres, lo que implicaría, por ende, una gran inyección de recursos a Fonasa. El ideal sería la existencia de un conjunto de prestaciones garantizadas para todos –siguiendo el modelo GES–, con un esquema de financiamiento solidario que pueda adoptar distintas modalidades, y con algún mecanismo de aseguramiento de la calidad.

2. PLAN DE SALUD UNIVERSAL: EXCESO DE INCERTIDUMBRE

El proyecto de ley crea un Plan de Salud Universal (PSU), que incluye las Garantías Explícitas en Salud (GES), la cobertura para gastos catastróficos

en salud (CAEC), la cobertura ante eventos de emergencia vital, el examen de medicina preventiva incluido en el régimen GES y las prestaciones curativas, así como la cobertura financiera que se establezca. Este plan deberá ser ofrecido obligatoriamente por las isapres.

Esta modificación introduce un cambio significativo respecto de la situación actual, donde existe una multiplicidad de planes de salud, lo que se considera un avance, ya que abre una ventana para la discusión de una integración entre los dos subsistemas de salud. Sin embargo, tal como se plantea en el proyecto de ley, este parece ser un plan de servicios de salud conformado por un conjunto de prestaciones, más que de soluciones integrales. Es decir, no se observa alguna innovación en la estructura del plan tendiente a fomentar mecanismos de pago por soluciones versus prestaciones. Lo ideal sería contar con paquetes de prestaciones que permitan la vinculación con resultados de salud a nivel poblacional. En esta misma línea, lo propuesto en el proyecto de ley indirectamente perpetúa el mecanismo de pago utilizado hasta el momento en el sistema privado, que es el pago por servicios (*fee for service*), el cual establece el incentivo económico de maximizar el número de actos médicos, promoviendo la sobreutilización de servicios, a diferencia de otros mecanismos que resultan ser más eficientes (Álvarez et al, 2000).

Ante la pregunta sobre la utilidad de contar con un plan universal de salud, su arquitectura juega un rol muy relevante. De ella dependerá si va a permitir contar con un mínimo de atención equivalente para todos, garantizar el derecho a la salud, administrar los recursos de forma eficiente, planificar y contar con un sistema efectivo desde el punto de vista sanitario –que resuelva los problemas más prevalentes en la población–, así como contar con un sistema transparente, que disminuya las asimetrías de información que existen hoy. Para esto, se esperaría que la arquitectura del PSU se construyera desde un enfoque de derechos y desde la demanda, resguardando los principios de eficiencia, efectividad y transparencia.

Una vez que se tenga mayor claridad sobre esto, se podrá evaluar si efectivamente va a haber una mejora en la situación de los que hoy están afiliados, o si, por el contrario, el cambio va a significar un empeoramiento de su situación actual. Con la información que se tiene hoy, no es posible predecir si el proyecto va a mejorar o empeorar la situación del grueso de los afiliados, ni evaluar en qué medida podría afectar más a unos grupos que a otros.

Una gran preocupación que surge del análisis es que, en el caso de que el Plan de Salud Universal disminuyera significativamente el número de servicios o tecnologías a las cuales un afiliado tiene acceso en la actualidad, los beneficiarios podrían depender en mayor medida de seguros complementarios. El problema es que se configure un escenario peor que el actual, donde parte importante de la seguridad en salud dependa de seguros que no tienen regulación sanitaria.

Al momento de definir exactamente los contenidos del plan, no parece necesario partir de cero, sino que se recomienda aprovechar lo que ya existe en el sistema público: el GES, con su lógica de solución de problemas de salud (y no prestaciones), y el plan de salud familiar que contempla el Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitaria (MAIS)¹⁵. En el sector privado no se cuenta con un enfoque de atención del nivel primario y menos de salud familiar, por lo tanto, esta podría ser una oportunidad para incorporarlo.

Finalmente, es importante que este plan apunte a la entrega de soluciones integrales de problemas de salud, desde una lógica sanitaria, incluyendo acciones preventivas, de promoción y curativas, y que se garantice la calidad de las prestaciones. Este plan debe ser amplio, robusto y sostenible mediante la priorización de acciones costo-efectivas y que agreguen valor al sistema de salud. Las prestaciones relevantes para cumplir con los objetivos sanitarios deben ser cubiertas por el plan, sin relegar su cobertura financiera a los beneficios complementarios.

15 Contiene “actividades” orientadas a la salud de la infancia, salud del adolescente, salud de la mujer, salud del adulto, salud del adulto mayor y otras actividades asociadas a todo el ciclo vital: salud oral, actividades generales, actividades con garantías explícitas en salud. Fuente: Minsal, 2012.

3. REGULACIÓN DEL SISTEMA

Respecto de la regulación del sistema, se ha señalado que el plan tendrá un valor único, pero llama la atención que cada isapre tendrá la libertad para definir el precio del plan y la cobertura del Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL). Para evitar que las alzas de precio sean motivo de judicialización, como lo ha sido hasta ahora, lo recomendable es que esté regulado y que no sea definido por las compañías aseguradoras.

Como mecanismo para regular la modificación del precio del plan y de la cobertura de los subsidios, el proyecto propone que el INE calcule anualmente indicadores de la variación de: los precios de las prestaciones de salud, la frecuencia de uso de las mismas y el gasto en subsidios por incapacidad laboral. Esto depende de especulaciones de los agentes más que de variaciones propias del mercado.

Sobre los indicadores de variación de los precios de las prestaciones que elaborará el INE, se estima que la forma adoptada, a través del llamado “IPC de la salud”, presenta riesgos. Si bien puede ser correcto que los precios unitarios de los insumos en salud aumenten más que los precios de otros bienes de consumo, el costo de las prestaciones también depende de la frecuencia de utilización de estos factores de producción. Si el sistema no introduce ningún mecanismo que evite la sobreutilización de servicios, y el IPC se legitima como medida para el alza de precios, existirá un incentivo para la prescripción ineficiente de servicios de salud, induciendo la demanda, y un mayor uso de insumos. Esta medida impacta positivamente en los aseguradores y los prestadores, pero en última instancia afecta a los usuarios, quienes deberán pagar el aumento de estos precios que serán traspasados a sus primas. En este sentido, la normativa debe ir de la mano con la implementación de mecanismos que favorezcan el uso eficiente de los recursos como, por ejemplo, mecanismos de pago donde se comparta riesgo entre seguros y prestadores.

4. ARREGLO INSTITUCIONAL

Respecto de la institucionalidad, el proyecto de ley propone la creación de un Panel de Expertos

que calculará índices de referencia de la variación del precio del PSU y del precio de la cobertura del SIL, basados en los indicadores elaborados por el INE. Este panel estaría integrado por dos académicos expertos en el área de la ingeniería, estadística, economía o finanzas, y un académico experto en el área de la salud pública.

El proyecto también señala que el Ministerio podrá convocar a un Consejo Consultivo, el que llevará a cabo las evaluaciones de tecnologías sanitarias con un criterio de costo-efectividad y de priorización sanitaria. Este consejo deberá proponer el modelo de ajuste de riesgos, con las variables que se utilizarán para efectuar las compensaciones que correspondan. El Consejo estará compuesto por cuatro miembros, representantes de: las isapres, los prestadores privados institucionales, el Ministerio de Salud y la Dirección de Presupuestos. Además, integrará el Consejo el superintendente de Salud, sin derecho a voto, quien actuará como secretario ejecutivo.

Este arreglo pareciera estar inspirado en el modelo del GES, que, si bien se considera positivo en muchos aspectos, fue pensado hace más de 15 años atrás y parece insuficiente para poder llevar a cabo las tareas que se esperan según el proyecto de ley. Se requiere de un equipo mucho más robusto que el que se está proponiendo, que entregue evidencia pertinente para la toma de decisiones. En el proyecto de ley, se observa una subestimación muy importante de las capacidades que requiere un país para enfrentar el desafío que impone la innovación tecnológica en salud. El advenimiento de tecnologías de alto costo, sumado a las restricciones presupuestarias de nuestro sistema de salud, obliga al país a generar un cuerpo de excelencia capaz de evaluar los aspectos económicos y sociales, y buscar activamente mecanismos innovadores de acceso a estas tecnologías que permitan la sostenibilidad del sistema.

En este escenario, cabe preguntarse por qué tener un consejo consultivo y no avanzar siguiendo a países que han fortalecido esta función técnica mediante la creación de una agencia de evaluación de tecnologías en salud, la cual puede tener mayor o menor grado de autonomía¹⁶. Esta podría ser una oportunidad para establecer un sistema

16 Se puede tomar como referencia el National Institute for Health and Care Excellence (NICE), del Reino Unido (<https://www.nice.org.uk/>), o el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) de Colombia (<http://www.iets.org.co/>).

de evaluación de tecnologías en salud, a través de la instalación de un nuevo arreglo institucional más ad hoc para realizar esta tarea. Si este arreglo es una nueva agencia o es la articulación de estructuras existentes que logren fortalecer esta función técnica de manera que logre dar confianza a la ciudadanía, es parte de otra discusión.

Sin embargo, la experiencia internacional nos ha enseñado que este proceso de priorización debe ser llevado de manera transparente, e idealmente delegarse a una entidad autónoma e independiente del gobierno de turno. Así lo amerita la complejidad de las decisiones que se deben tomar, las cuales tendrían que estar guiadas por criterios como el impacto clínico, impacto económico, carga de enfermedad y evidencia disponible, entre otros (Poblete y Castillo, 2014).

En caso de no existir la voluntad para la creación de un organismo como este, se considera razonable fortalecer el rol de la Superintendencia de Salud y dotarla de mayores recursos. Por lo tanto, se valora la entrega de mayores atribuciones a dicha Superintendencia, la cual llevará la secretaría ejecutiva del Consejo Consultivo. No obstante, sin duda la administración del PSU y del fondo de compensación requiere un arreglo institucional más complejo y con mayor capacidad que el propuesto.

Para el caso de la elaboración y actualización del PSU, como ya se dijo, se requiere de un sistema de evaluación y en el caso del fondo de compensación de riesgo, este podría incluir ajustes ex post y un ajuste por gestión de casos y desempeño del prestador.

5. BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS DE SALUD: COMPLEMENTARIOS Y NO PROTAGONISTAS

Los seguros privados complementarios de salud operan por fuera de las instituciones adscritas a la seguridad social y son provistos por empresas pertenecientes al mercado financiero, reguladas en sus operaciones por la Superintendencia de Valores y Seguros (actual Comisión para el Mercado Financiero-CMF). Por lo tanto, en Chile no existe un rol específico, desde la perspectiva sanitaria, asignado a la industria de seguros privados de salud. Estos operan como cualquier otro seguro que compite en el mercado por sus clientes y no cuentan con una regulación específica.

Este tema no se aborda directamente en la actual reforma al sistema privado de salud, pero, tal como está planteado en el proyecto de ley y las indicaciones que se han anunciado, existe un riesgo de que este mercado crezca más de lo que ya lo ha hecho en el último tiempo. Un informe de la Superintendencia de Salud (2017) señala que este sector ha tenido un crecimiento vertiginoso en los últimos 15 años, ubicándose por lejos entre los segmentos de negocio más dinámicos del conjunto de la industria de seguros. En efecto, al año 2015, los recursos involucrados en los seguros complementarios de salud fueron de 17 millones de UF, lo

Tabla 1: Flujo anual de PIB y fondos asociados a seguros de salud, 2008-2015 (Mill. de UF)

Año	PIB	Total aportes a isapre (1)	Cotizaciones Fonasa	Prima directa seguro de salud
2008	4.375	56	44	7
2009	4.605	60	49	7
2010	5.173	64	52	8
2011	5.442	69	57	10
2012	5.649	74	62	11
2013	5.887	80	67	15
2014	5.992	83	66	15
2015	6.146	88	70	17

Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo sobre la base del Banco Central de Chile, Superintendencia de Salud, Fonasa y Asociación de Aseguradoras de Chile AG.

(1) Considera isapres abiertas y cerradas; se suman el aporte obligatorio de 7%, la cotización adicional voluntaria y el aporte adicional.

que es equivalente a aproximadamente \$443.000 millones anuales¹⁷, mientras que los recursos de los beneficiarios de isapre alcanzaron, al mismo año, un monto de 88 millones de UF, equivalentes a \$2,3 billones anuales¹⁸ (ver Tabla 1).

Ante este escenario y considerando la gran asimetría de información presente en el mercado de la salud, se hace evidente que el ámbito de los seguros complementarios requiere de una regulación distinta, la que debiera estar bajo la supervisión de la Superintendencia de Salud. Hoy, dichos seguros cubren problemas que pueden inducir una demanda que no responde a una lógica sanitaria y que tampoco está basada en evidencia. En términos de regulación, se podría exigir, por ejemplo, que las coberturas tengan cierta base científica, orientadas a abordar necesidades en salud, y que estas tengan que estar asociadas a soluciones que hayan demostrado efectividad. Para esto, se podría llevar a cabo algún proceso de evaluación para cada uno de estos beneficios, por ejemplo, mediante alguna instancia que defina exclusiones. En el contexto actual, existen incentivos para indicar tratamientos de alto costo, que muchas veces no tienen base en la evidencia. Otra posibilidad es fortalecer la figura de las guías clínicas, y promover que los seguros complementarios en salud estén alineados con las guías de práctica clínica y la *lex artis*.

Una alternativa a la propuesta contenida en el proyecto de ley es que existan diferentes aproximaciones para los beneficios complementarios, algunos más orientados a la solución de problemas de salud y otros asociados, por ejemplo, a la mejora de la hotelería en el caso de hospitalizaciones o tratamientos que, por lo general, no son cubiertos por los planes de salud tradicionales. Esto, bajo la lógica de que no es posible coartar la libertad de las personas para decidir estar cubiertas ante ciertos tratamientos, aunque no respondan necesariamente a una lógica sanitaria.

Finalmente, independientemente de la opción que se tome, es fundamental garantizar la transparencia y disponibilidad de la información para toda la población respecto de los precios, prestaciones y beneficios ofertados a través de los beneficios complementarios. Se insiste en que los beneficios sean efectivamente complementarios, ya que, de lo contrario, se corre el riesgo de llegar a una situación peor que la actual, en términos de precio y cobertura, con una multiplicidad de planes diferentes. El Plan Universal de Salud debe dar cobertura y protección financiera suficientemente amplia, para no dejar a la población al alero de un mercado de seguros complementarios desregulado desde la perspectiva sanitaria.

17 UF = \$26.059.

18 UF = \$26.136.

REFLEXIONES FINALES

Chile cuenta con un sistema de salud segmentado entre sector público y privado, el cual, en la práctica, funciona con lógicas diversas en términos de financiamiento y provisión, manteniendo diferencias relevantes que discriminan a gran parte de la población. Casi el 80% de las personas –entre las que se encuentra el grupo más vulnerable– está afiliada al sistema público, el que además presenta profundas falencias. En ese sentido, una reforma al sistema de salud no debiera dejar fuera la introducción de modificaciones a Fonasa, que debieran conllevar una importante inyección de recursos.

Por su parte, el sistema de isapres también ha demostrado tener deficiencias, generando descontento y cuestionamientos por parte de la ciudadanía. Esta situación ha motivado diversos intentos de reforma a dicho sistema, siendo el más reciente el presentado en julio de 2019 –y que rescata el proyecto ingresado en 2011–, el cual se ha comentado a lo largo de este documento.

Junto con lo anterior, existen muchas restricciones para ingresar al sistema privado de salud, por lo que es necesario avanzar en eliminar las condiciones que impiden la afiliación a las isapres por primera vez, o cambiarse desde otro sistema (público o privado). En este sentido, se deben eliminar discriminaciones de ingreso, o diferencias de precio por edad o sexo, así como las preexistencias como condición excluyente. También es importante asegurar que las personas no queden desprotegidas (sin cobertura) durante la transición, sobre todo aquellas que requieren cuidados permanentes.

La idea de un plan universal de salud se valora positivamente, en comparación con la multiplicidad de planes que existen hoy. Como horizonte, se debiera aspirar a contar con un plan transversal entre sistemas, comenzando por un plan único entre isapres para luego extenderlo al sistema público. En la propuesta legislativa, existe mucha incertidumbre respecto de cuáles serán los contenidos de este plan, por lo tanto, no es posible afirmar que va a mejorar la situación actual de todos los afiliados. Existe, por una parte, la posibilidad

de que algunos grupos empeoren su situación y, por otra, un riesgo de que para obtener una cobertura básica se dependa en mayor medida de los seguros complementarios, los que actualmente no cuentan con una regulación sanitaria.

Sobre la estructura del plan, se debiese considerar un enfoque de derechos, resguardando los principios de eficiencia, efectividad y transparencia, aprovechando lo que existe en el sistema público (como es el GES y el Plan de Salud Familiar). Es importante que el plan se estructure en base a una lógica sanitaria, incluyendo acciones de prevención y promoción, entregando soluciones integrales más que prestaciones y considerando resultados de salud a nivel poblacional. Por último, se podría evaluar la posibilidad de cambiar el mecanismo de pago por uno más eficiente, que no promueva la sobreutilización de servicios e insumos como el que existe hoy.

La implementación del IPC de la salud también podría fomentar la sobreutilización de servicios e insumos, al legitimar el alza sostenida de los precios. Para que esto no ocurra, es necesario incorporar algún mecanismo que asegure el uso eficiente de los recursos.

Adicionalmente, la institucionalidad propuesta por el Ejecutivo es insuficiente para llevar a cabo todas las tareas encomendadas. Se presenta una oportunidad para establecer un sistema de evaluación de tecnologías sanitarias que entregue evidencia pertinente para la toma de decisiones en salud e incorpore criterios de eficiencia, costo-efectividad y priorización sanitaria, de manera transparente.

Finalmente, no debe olvidarse que el sistema de salud es parte del sistema de seguridad social y que es necesario seguir avanzando para cumplir con los principios que lo rigen. Si bien el proyecto de ley comentado introduce ciertas mejoras en línea con el principio de solidaridad, quedan muchos desafíos pendientes, particularmente en cuanto a la integralidad –trato desigual entre distintos grupos de la población, oportunidad y calidad de los servicios– y a la unidad –incluso al interior del sistema público.



RESUMEN DE PROPUESTAS

1. Restricción al acceso y movilidad entre los sistemas

- Eliminar la discriminación por edad.
- Generar un sistema de gestión de la demanda que diferencie según tipo de preexistencia, de forma que no queden desprotegidas personas que requieren de atención permanente.
- Crear un plan transversal entre sistemas, comenzando por un plan único entre isapres y que luego se extienda a Fonasa.

2. Plan de Salud Universal

- Construir la arquitectura del PSU desde un enfoque de derechos y resguardando los principios de eficiencia, efectividad y transparencia.
- Considerar la oportunidad de incorporar el enfoque de salud familiar en el sistema público de salud.
- Contar con un plan de salud universal que:
 - Apunte a la solución integral de problemas de salud desde una lógica sanitaria, incluyendo acciones curativas, preventivas y de promoción.
 - Sea amplio, robusto y sostenible mediante la priorización de acciones costo-efectivas.
 - Cubra los objetivos sanitarios, no relegándolos a los beneficios complementarios.
 - Cuenten con garantías de calidad de las prestaciones.

3. Regulación del sistema

- Regular, en lugar de dejar a discreción de cada isapre, la definición del precio del plan y la cobertura del subsidio por incapacidad laboral.
- Fortalecer de manera efectiva el rol de la Superintendencia de Salud como ente fiscalizador, en particular en el ámbito del aseguramiento de la calidad.

4. Arreglo institucional

- Considerar anclar la elaboración y actualización del PSU sobre un sistema de evaluación de tecnologías en salud.
- Evaluar delegar las funciones del Panel de Expertos y el Consejo Consultivo a una entidad autónoma e independiente.

5. Beneficios complementarios de salud

- Avanzar hacia una regulación de los seguros complementarios desde una lógica sanitaria.
- Garantizar la transparencia y disponibilidad de la información para toda la población respecto de los precios, prestaciones y beneficios ofertados a través de los beneficios complementarios.

REFERENCIAS

Altura Management, 2019. Judicialización de Isapres 2018. Recuperado de: <https://www.altura-management.cl/assets/informe-recursos-de-proteccion%20de-Isapres-2018.pdf>

Álvarez, B., Pellisé, L. y Lobo, F., 2000. Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 8(1/2), pp. 55-70.

Ayala, C., 1996. Principios de la seguridad social en el sistema general de riesgos profesionales. *Ces Medicina*, 10(1), pp. 48-50.

Bermúdez, G.M. y Villalobos, P.K., 2017. Apuntes sobre el derecho internacional de la seguridad social y su relación con América Latina. *Revista latinoamericana de derecho social*, 25, pp. 37-70.

CASEN, 2017. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. Ministerio de Desarrollo Social. Santiago, Chile.

Comisión Presidencial de Salud, 2010. Informe Comisión presidencial de Salud. Diciembre 2010.

Comisión Presidencial Isapres, 2014. Informe final. Comisión asesora presidencial para el estudio y propuesta de un nuevo régimen jurídico para el sistema de salud privado. Octubre 2014.

Humeres, H., 2019. Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Tomo III, Decimonovena edición ampliada y actualizada, Editorial Jurídica de Chile.

La Tercera, 2018. Isapres: El proyecto de Bachelet que nunca vio la luz. *La Tercera* [online], 1 de junio de 2018. Recuperado de: <https://www.latercera.com/nacional/noticia/isapres-proyecto-bachelet-nunca-vio-la-luz/188187/>

Minsal, 2012. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

Novoa, P., 1977. Derecho de Seguridad Social. Editorial Jurídica de Chile.

OCDE, 2017. OECD Health Statistics 2017, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

OCDE, 2018. Panorama de la Salud 2017: Indicadores de la OCDE. OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264306035-es>.

OCDE, 2019. Estudios de la OCDE sobre Salud Pública: Chile. Hacia un futuro más sano. Evaluación y recomendaciones. OCDE, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

Poblete, S. y Castillo, C., 2014. Determinación de prioridades para la evaluación de tecnologías sanitarias. *Rev Med Chile*, 142 (S1), pp. 22-26.

Sánchez-Castañeda, A., 2012. La seguridad y la protección social en México: su necesaria reorganización. México: UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas.

Superintendencia de Salud, 2017. Caracterización del mercado de seguros complementarios de salud en base a la Encuesta CASEN 2015. Documento de Trabajo. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud, Ministerio de Salud de Chile. Recuperado de http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-15825_recurso_1.pdf

CÓMO CITAR ESTA PUBLICACIÓN:

Centro de Políticas Públicas UC, 2019. Reforma al sistema privado de salud. *Observatorio Legislativo*, N° 40, 1-19.



Centro UC

Políticas Públicas

www.politicaspUBLICAS.uc.cl
politicaspUBLICAS@uc.cl

CASA CENTRAL

Av. Libertador Bernardo O'Higgins 340, piso 3, Santiago.
Teléfono (+56) 22354 6637.