

REFORMA A LAS ISAPRES: CAMBIO PROFUNDO Y EN LA DIRECCIÓN CORRECTA

- El proyecto de ley conocido como “Reforma a las Isapres” se sustenta en tres pilares fundamentales: un Plan de Salud Universal transparente; un Esquema de Compensación Solidaria inter-Isapres, que aborda las diferenciaciones por sexo, edad y estado de salud; y un Plan Nuevo Asegurado que, junto con la eliminación de la Declaración de Salud, pretende suprimir la cautividad por preexistencias.
- En general, los nuevos pilares del sistema y los avances en transparencia junto con la creación de un Consejo Técnico, constituyen un esfuerzo razonable para resolver los desafíos y problemáticas que hoy enfrenta el sistema de salud privado y se orientan a contener la judicialización del sector.
- En todo caso, se trata de una reforma profunda y ambiciosa, que amerita un debate reflexivo y serio y una transición gradual y responsable. El Congreso tiene aquí la oportunidad de colaborar para resolver problemas de gran interés para los chilenos.

La iniciativa sobre “Reforma a las Isapres”, ingresada recientemente al Senado, es el resultado de un esfuerzo de este Gobierno por generar soluciones que, por una parte, conciten consenso político y, por la otra, respondan a los problemas más sentidos por parte de la ciudadanía. Esto, además de orientarse a resolver el grave problema de judicialización existente en el sector -que incide en la viabilidad financiera del sistema-, desvía recursos que no se utilizan para mejorar la salud y se traduce en una falta de certeza jurídica para los actores.

La propuesta aborda las principales dificultades que ha mostrado el sistema privado de salud y propone tres pilares fundamentales para solucionarlos: i) el Plan de Salud Universal (PSU), que busca resolver el desafío de la falta de transparencia y otorgar mayor protección financiera a los afiliados, ii) el Esquema de Compensación Solidaria (ECS), que persigue eliminar las diferencias de precios entre los planes de salud privados disponibles para hombres y mujeres y reduce las diferencias por edad y estado de salud, y iii) la eliminación de la Declaración de Salud y con ello, la creación de un Plan Nuevo Asegurado que aspira a suprimir la cautividad de las personas con preexistencias por enfermedades de alto costo.

LOS TRES PILARES DE LA PROPUESTA DE REFORMA A LAS ISAPRES

1. Plan de Salud Universal

Un plan de salud es un instrumento que establece las condiciones de cobertura, acceso, calidad, protección financiera y oportunidad de las prestaciones de salud pactadas entre el afiliado y la Isapre. El Plan de Salud Universal tendrá un enfoque integral orientado a que los prestadores ofrezcan servicios para hacerse cargo del cuidado de las personas en todo su ciclo vital.ⁱ El PSU deberá ser ofrecido con las mismas coberturas por parte de todas las Isapres, independiente de la condición de salud del afiliado. Este plan, comparable, aumenta la transparencia y promueve la competencia en el sistema, lo cual debiera ayudar a contener las alzas de precios. Para que este objetivo se logre, es preciso, sin embargo, que la cobertura del PSU no sea demasiado amplia pues, en tal caso, las personas terminarían pagando por coberturas que no valoran, lo que tiende a subir los costos del sistema y por lo tanto, a ejercer una presión al alza en los precios. Por su parte, si la cobertura del PSU es muy limitada, habrá usuarios que no encontrarán las coberturas que desean y por las cuales están dispuestos a pagar. Para ellos, no obstante, las Isapres podrán ofrecer beneficios complementariosⁱⁱ. La clave está entonces en lograr un balance adecuado de ambos aspectos. En ese sentido, es importante que se establezca un criterio objetivo para definir las prestaciones cubiertas en base a un análisis costo-beneficio. También es importante que se establezca un mecanismo que permita acotar futuras ampliaciones de las prestaciones (tarea radicada en el Consejo Técnico que se viene creando) a las posibilidades reales del país, por ejemplo, teniendo como referencia la tasa de crecimiento del PIB.

El deducible que contempla el PSU corresponde a un monto fijo anual hasta el cual cada beneficiario soportará, a todo evento, los gastos generados por uso del PSU, antes que la Isapre comience a pagar. A igualdad de otras características, los planes con deducibles más altos tienden a ser más económicos debido a que el asegurado comparte el riesgo con la Isapre. Los contratos del PSU serán anuales con un deducible voluntario que el usuario elegirá de entre tres alternativas propuestas por el Consejo Técnico (una de ellas debe ser la opción “sin deducible”). Las mismas alternativas de deducible serán ofrecidas por todas las Isapres, para todos los planes. La ventaja de establecer un deducible es que incentiva a contener gastos y al auto-cuidado.

Al alcanzar el monto del deducible, se gatilla el pago de la Isapre y el usuario comienza a pagar sólo el copago del 20% del arancel fijado por el Consejo Técnico.

De ahí en adelante la Isapre recibe del afiliado el 20% del arancel de prestaciones PSU fijado, independiente del costo efectivo que la Isapre deba pagar al prestador. Esto incentiva la contención de costos en el sistema y contribuye a contener el alza de los precios. En este sentido, es importante que se mantenga el arancel actualizado, de lo contrario la Isapre terminará pagando mucho más del 80% del costo real de la prestación. Desde el punto de vista del usuario, el copago brinda alivio financiero, pero al mismo tiempo internaliza parte de los costos y mantiene un incentivo a reducirlos.

También se establece un máximo gasto anual por beneficiario, que es una especie de seguro catastrófico con el objetivo de evitar que el gasto de bolsillo del beneficiario llegue a ser excesivo en relación al ingreso familiar. Cuando la suma de los gastos por deducible y copagos del PSU llega al máximo gasto anual por beneficiario (*stop loss*), la Isapre pasa a ser responsable de la totalidad de los gastos en prestaciones del PSU durante el remanente del contrato.ⁱⁱⁱ

El proyecto de ley plantea que el monto máximo de gasto anual por beneficiario sea calculado como el 40% de la suma de las rentas anuales afectas a impuesto único de Segunda Categoría y/o al Impuesto Global Complementario de cada uno de los beneficiarios en el contrato del PSU, dividido por el número de beneficiarios del contrato. Para activar el *stop loss*, los beneficiarios deberán presentar una solicitud a la Isapre y autorizar a que el Servicio de Impuestos Internos entregue a la Isapre la información relativa a sus rentas. Si bien el concepto de *stop loss* es positivo, el diseño planteado podría ser complejo de implementar. En efecto, podría llegar a ser administrativamente costoso y exponer información confidencial del beneficiario, por lo cual será importante que se tomen los resguardos suficientes.

Las Isapres podrán ofrecer el PSU en redes preferentes o en modalidad de libre elección, y cada Isapre podrá tener hasta tres redes. El uso de redes preferentes contribuye a la reducción de costos gracias al rol que cumplen las Isapres al negociar convenios con los prestadores de salud para compartir riesgos. Si no hay una opción aceptable para el usuario dentro de su red preferente, éste puede pagar más por una prestación fuera de la red (sin tener que pasarse a modelo de libre elección para todas las prestaciones). En este caso, la Isapre pagará el menor valor entre el 50% del arancel del PSU y el 50% del precio efectivamente pagado.

2. Esquema de Compensación Solidario (ECS)

La reforma plantea que la cantidad a pagar mensualmente por el afiliado a la Isapre sería la suma de la prima PSU cobrada por la Isapre, más la contribución solidaria, menos la compensación solidaria, más la prima de Garantías Explícitas de Salud (GES), más el precio del Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL). Se reportará separadamente cada componente para dar mayor transparencia al sistema.

Tal como en la actualidad, el seguro de salud en el sector privado se financiará con el 7% de la cotización obligatoria suplementada con contribuciones voluntarias. Tanto la prima GES como el SIL se mantienen como hoy, continuando este último con un tope de 2% de la renta imponible, imputable dentro del 7% de la cotización. Cada Isapre será libre de fijar sus propias primas PSU, pero la prima debe ser idéntica para todas las personas en la misma clasificación de Grupo de Compensación definida por el Consejo Técnico que se viene creando^{iv}, que hayan suscrito un contrato de salud con la misma Isapre, en la misma red, y con el mismo deducible.

Se creará un Esquema de Compensación Solidario (ECS) de riesgos inter-Isapres que será administrado por el regulador. En la práctica, este esquema otorga un subsidio cruzado desde los afiliados de bajo riesgo a los de alto riesgo. Desde el punto de vista de los usuarios, por un lado, se establece un monto fijo único de contribución solidaria que cada beneficiario mayor a 18 años deberá pagar y que se destinará a financiar el ECS. El monto de contribución es propuesto por el nuevo Consejo Técnico, pero fijado por medio de un decreto supremo del Ministerio de Salud, suscrito por el Ministerio de Hacienda. Por otro lado, la compensación solidaria individual que le corresponde a cada afiliado se calcula de acuerdo a su riesgo de salud a través de un modelo cuantitativo. Se clasifica a los individuos de acuerdo a su riesgo de salud en distintos Grupos de Compensación, para lo cual el modelo requiere de toda la información de las fichas clínicas del individuo por parte de todos los prestadores públicos y privados^v. Entonces la transferencia neta (virtual) del individuo al ECS corresponde al monto de la compensación solidaria menos el monto de contribución solidaria. Si resulta un número positivo el individuo está recibiendo del ECS y si es negativo significa que está aportando al ECS (en términos netos).

Desde el punto de vista de las Isapres, y según los resultados del modelo, por cada afiliado que tenga gastos esperados mayores al promedio (mujeres en edad fértil, adultos mayores, y enfermos crónicos) correspondería un monto neto del ECS a la Isapre. Al contrario, por cada afiliado con gastos prospectivos menores al

promedio (jóvenes sanos) correspondería un aporte neto de la Isapre al ECS. Luego, la Superintendencia suma en el agregado los montos efectivos del ECS que correspondan para cada una de las Isapres por cada uno de los beneficiarios de su cartera, y fiscaliza que las Isapres efectúen entre sí los traspasos totales netos que correspondan. Como resultado, y si los montos de compensación estuvieran perfectamente bien calculados, se podría esperar que todos los afiliados sean igual de rentables en términos netos para la Isapre, y por lo tanto, se eliminarían los incentivos a la “selección por riesgo” o “descreme”.

En resumen, el Esquema de Compensación Solidaria permitirá que los precios que pagan los beneficiarios a la Isapre sean precios iguales entre hombres y mujeres y más parejos entre rangos etarios y estados de salud que en la actualidad.

3. Declaración de Salud, Libre Afiliación, y Plan Nuevo Asegurado (PNA)

Hoy la Declaración de Salud es un documento que forma parte del contrato de salud, donde el individuo indica todas las patologías que se le hayan diagnosticado médicamente con anterioridad a la firma del contrato. Es el documento que permite a la Isapre evaluar los posibles riesgos de salud de la persona.

Para evitar la falta de cobertura de patologías asociadas a la discriminación contra las personas con enfermedades preexistentes, el Gobierno ha propuesto eliminar la declaración de salud y establecer la libre afiliación. Ésta obliga explícitamente a las Isapres a aceptar a todas las personas que quieran contratar un plan, con lo que se busca atender la aspiración de una gran cantidad de chilenos que desean acceder al sistema privado de salud y que actualmente no pueden.

Ahora bien, dado que lo anterior podría dar paso a posibles comportamientos indeseados y oportunistas (consistente en que, por ejemplo, para solucionar una enfermedad preexistente que no está siendo adecuadamente atendida por Fonasa, una persona migre temporalmente a la Isapre con la sola intención de solucionar su problema de salud y luego volver a Fonasa), los que además podrían comprometer la sobrevivencia del sistema en el largo plazo, el Gobierno -junto con la eliminación de la Declaración de Salud- propone la creación de un Plan de Nuevo Asegurado (PNA), buscando con este plan generar un balance entre el hacer disponible el sistema al ingreso de nuevos afiliados y reducir los comportamientos oportunistas.

El PNA tendrá una duración de dos años, después de los cuales el afiliado podrá optar por el PSU. El PNA tiene una cobertura más limitada (sólo prestaciones que

tengan codificación en la modalidad libre elección de Fonasa) en una red cerrada, otorga menor protección financiera (40% de copago y sin monto máximo de gasto por beneficiario, aunque sin deducible), y no participa del Esquema de Compensación Solidaria. A pesar que el PNA es más limitado que el PSU, es sin duda superior a lo que la persona recibía a través de Fonasa (de lo contrario no existiría el incentivo a cambiarse).

Quedará por verse qué tan intensiva será la presión de la migración oportunista desde Fonasa a Isapres. En un extremo, el aumento de riesgo del sistema Isapre a raíz de la presencia de nuevos afiliados podría llevar a que este sistema pierda su viabilidad financiera. Es de esperar que el mecanismo de resguardo propuesto por el Gobierno sea suficiente para contener la migración oportunista y, en cambio, permitir la migración ordenada y gradual de personas que quieran cambiarse para permanecer en el sistema privado de salud. Aquí el factor tiempo es muy importante, pues la gradualidad en el ingreso de afiliados más riesgosos podría permitir a la industria absorber de mejor manera una población más riesgosa. Por otra parte, el menor margen de esos afiliados podría compensarse, en parte al menos, con los beneficios de un mayor volumen de afiliados. En este sentido, cobra especial relevancia el rol del Consejo Técnico en lo relativo a la propuesta que efectúe sobre coberturas y parámetros y la consideración por parte de éste, y de los ministerios involucrados en los decretos del caso, acerca de la necesaria sostenibilidad financiera del sistema.

TERMINAR CON LA JUDICIALIZACIÓN: UN DESAFÍO IMPOSTERGABLE

El proyecto también contempla la creación de un Consejo Técnico consultivo no vinculante formado por 6 miembros: uno designado por el Ministerio de Hacienda, uno designado por el Ministerio de Salud, y cuatro miembros nombrados por el Presidente de la República (2 expertos en salud y 2 expertos en economía o finanzas) que serán seleccionados a partir de un filtro de mérito por medio del sistema de Alta Dirección Pública. La Secretaría Ejecutiva será ejercida por el Superintendente de Salud. El Consejo Técnico dependerá del Ministerio de Salud y deberá proponerle la mayor parte de los componentes operativos del sistema: prestaciones, deducibles y modificaciones a copagos del PSU; reglamento para el cálculo de las contribuciones solidarias; Conjuntos de Grupos de Compensación; valoración de los costos de las prestaciones y servicios del Arancel de Prestaciones del PSU. Dado que el Consejo Técnico tendrá dentro de sus funciones diseñar una gran cantidad de aspectos cruciales del sistema, se debería incluir entre sus responsabilidades el velar por un diseño que permita que el sistema sea viable

financieramente. Asimismo, sería recomendable considerar un modelo en que el Consejo Técnico, aunque no vinculante, sea una instancia independiente y que sus informes sean públicos.

Dar fin a la insostenible judicialización del sistema en la actualidad es un desafío impostergable. De ser aprobada esta reforma, se esperaría que ella sea entendida por la judicatura como una regulación legítima y con respaldo del Estado para dar solución a los anhelos de la ciudadanía y permitir la viabilidad financiera del sistema. En particular, se espera brindar la certeza necesaria a los tribunales y a la ciudadanía a través de un Esquema de Compensación Solidaria que aborda las diferenciaciones de precio por sexo, edad y estado de salud, así como también de la creación de un Consejo Técnico especializado que define aspectos críticos del sistema como la cobertura y la valoración de las prestaciones del PSU.

CONCLUSIONES

El sistema de Isapres se ha visto afectado por un costoso proceso de judicialización. Esto es consecuencia de diversos factores: vacío legal existente; interpretaciones maximalistas del marco jurídico vigente parte de los propios tribunales de justicia, y una ciudadanía más activa que desea comprender mejor sus planes y cobertura, que busca una explicación razonable al precio de los mismos y que no desea sentirse discriminada arbitrariamente por sexo y edad, al tiempo que manifiesta descontento con la cautividad por preexistencias. La reforma propuesta pretende dar una solución a todos estos aspectos.

La propuesta presentada al Congreso Nacional es ambiciosa y propone un cambio estructural a la institucionalidad existente en el sector privado de salud. Ello va a requerir de un tiempo largo de ajuste, adaptación e implementación gradual en este sector, lo que implica que sus efectos también se darán paulatinamente en el tiempo y que se respeten las consideraciones y resguardos técnicos que al efecto el proyecto de ley contempla. En suma, se trata de una reforma que razonablemente se hace cargo de los desafíos e inquietudes que se han planteado respecto del sistema de salud privado en nuestro país y se orienta en la dirección correcta hacia su solución. Lo anterior es sin perjuicio de las inquietudes planteadas en este documento y de otras que puedan surgir durante la discusión las que esperamos se aborden en forma seria y racional durante el debate de la iniciativa en comento. Una de ellas sería, por ejemplo, la relacionada con la transición que habrá de tener lugar desde los contratos de salud vigentes hacia los nuevos en el período de 5 años desde que rija la nueva legislación.

La calidad de la atención de salud no se puede mejorar por decreto. Lo que sí puede lograrse es una regulación que combine adecuadamente distintos elementos que en definitiva lleven a un círculo virtuoso que permita resolver mejor los problemas de salud de la ciudadanía. Entre esos elementos deben estar una mayor solidaridad desde los afiliados menos riesgosos a los más riesgosos; mecanismos que eviten comportamientos oportunistas; incentivos a la contención de los costos de salud; calibración por parte de las autoridades de salud y el Consejo Técnico de los parámetros del sistema para asegurar que la gradualidad de los cambios evite el descalabro financiero del mismo; y legitimidad social del sistema que induzca a los tribunales de justicia a detener la judicialización impropia de éste y a dejar de formular políticas públicas tan complejas a partir de fallos que, por carecer de los elementos de contexto, no son deferentes con las autoridades técnicas.

ⁱ Incluye los siguientes tipos de prestaciones: a) ambulatorio, b) hospitalario, c) maternidad y recién nacido, e) medicamentos e insumos hospitalarios, f) servicios y dispositivos de rehabilitación, g) servicios de laboratorio y rayos, h) servicios preventivos de la salud y bienestar, i) servicios para manejo de enfermedades crónicas, y j) servicios pediátricos.

ⁱⁱ Los beneficios complementarios no podrán mejorar las coberturas del Plan de Salud Universal, pero sí podrán agregar prestaciones que estaban excluidas de él.

ⁱⁱⁱ Para efectos de determinar si procede la aplicación del monto máximo de gasto, los copagos por atenciones fuera de la red preferente se acumularán sólo en el monto a que hubiere correspondido pagar por copago si dicha intención se hubiera otorgado dentro de la red preferente.

^{iv} Al momento de establecer la prima, las Isapres deberán consultar a la Superintendencia de Salud el Grupo de Compensación que le corresponde a cada persona.

^v El proyecto de ley establece que los funcionarios públicos deberán respetar la confidencialidad de la información privada.