

Análisis de Espacio Público Reformas de salud del Gobierno

El año 2014 Espacio Público dio a conocer una serie de propuestas para cambiar el sistema de salud en el informe de política pública “Tratamiento para un enfermo crítico”. En dicho informe, se enfatiza la necesidad de que el país cuente con un verdadero sistema nacional de salud, más integrado, eficiente y fundamentalmente más solidario entre sus subsistemas, de modo tal que la calidad, el acceso y la cobertura no esté determinado principalmente por las condiciones socioeconómicas o individuales. Es lamentable darnos cuenta que al año 2020 el diagnóstico crítico del sistema de salud permanece vigente, sin mayores cambios, la percepción de inequidad en el acceso y calidad del sistema de salud, y de abusos explican en parte la algidez social que vivimos. Tanto así que la salud se ha posicionado como una de las principales demandas de los chilenos, ocupando el segundo lugar de las demandas sociales en las últimas encuestas (CEP, 2019; Termómetro Social 2, 2019).

En este contexto, el Gobierno ha enviado al Congreso Nacional cuatro proyectos de ley que reforman en forma sustantiva el sistema de salud nacional. Una reforma a la ley de ISAPRES que establece un plan básico de salud, el cual elimina la diferenciación por género, y establece tramos de descuento a la prima por edad; la creación de un seguro catastrófico para la clase media, que establece un tope a pagar para beneficiarios FONASA que se atienden por modalidad de libre elección (MLE); un seguro de medicamentos; y recientemente una reforma a FONASA, estableciendo un Plan Universal de Salud con garantías explícitas que cubriría la mayoría de las patologías, extendiendo así el Plan Auge. Como Espacio Público consideramos que esta multiplicidad de iniciativas no son necesariamente coherentes entre sí, y no permiten elaborar una propuesta articulada para mejorar el sistema nacional de salud. En efecto, se requiere que la Reforma de Salud aborde al sistema en su completitud, evitando así que se generen incentivos perversos que afecten la equidad y eficiencia del sistema.

Para la discusión de la reforma se debe entender que un Sistema de Salud posee tres funciones fundamentales que deben estar separadas y claramente definidas. En primer lugar, el rol rector y de política que corresponden al Ministerio y sus Subsecretarías. Segundo, el rol asegurador que permite compensar los riesgos de salud de los individuos, reduciendo la vulnerabilidad frente a eventos catastróficos, y que a su vez compra servicios a los prestadores de salud, función que le corresponde a FONASA en el caso público y a las ISAPRES en el ámbito privado. Tercero el rol de prestador, que provee el servicio de salud, donde coexisten prestadores públicos y privados articulados fundamentalmente con el asegurador respectivo y limitada compra de cada subsistema asegurador a prestadores del otro sistema.

La propuesta de reforma a la ley FONASA que ingresó a trámite legislativo en Enero del 2020, confunde el rol de seguro con el de gestión de los prestadores, debido a que se le da la tarea de definir y articular las redes asistenciales de salud, función que actualmente le corresponde a los Servicios de Salud. Esta confusión de roles incrementa la escasa flexibilidad de los prestadores de salud y acentúa la restricción presupuestaria que hoy existe, lo que se traduce en que no son capaces de optimizar sus recursos, incurriendo en déficits que son financiados por el fisco.

Por otro lado, en cuanto al Plan Universal de Salud (PSU) se deben destacar dos temas de suma importancia. Primero, el PSU que se está proponiendo para el sistema público de salud, con coberturas que impliquen una disminución de los copagos y una mayor garantía de acceso a las prestaciones en tiempos razonables, va en la dirección correcta. No obstante, este PSU debe ser de carácter integral, y debe incorporar otros seguros que se están legislando actualmente de forma separada. En efecto, el gobierno ingresó anteriormente el seguro de enfermedades catastróficas para la clase media y seguro de medicamentos, implementando por la vía administrativa mecanismos de compra estatal de medicamentos que se distribuirán a los beneficiarios a través de farmacias con márgenes regulados. La discusión desconectada de estos seguros no solo implica el riesgo de generar incoherencias, sino también dificulta la evaluación del costo fiscal del conjunto de medidas. Proponemos integrar en un solo proyecto de ley todos los seguros públicos gestionados por FONASA para asegurar la coherencia de la reforma al seguro público.

Segundo, la reforma a las ISAPRES debe considerar el efecto de selección adversa¹ que genera el hecho que el Plan Universal de Salud (PSU) de las ISAPRES posee una prima per cápita que depende de factores etarios, mientras que el de FONASA es una contribución de un porcentaje del ingreso del afiliado, independientemente de la edad. Un estudio con la propuesta de reforma del 2012, que tiene algunos cambios relevantes a la enviada el 2019², mostraba un traspaso neto de afiliados de las ISAPRES a FONASA equivalente al 12,39% de los afiliados de ISAPRES con efecto de selección adversa. Solo el 1,76% de los que se traspasan pertenecen al quinto quintil, a pesar que representaban más del 63,74% de los afiliados. También hay una mayor proporción de familias numerosas que se traspasan, como consecuencia que los hogares más numerosos de ingresos medios bajos terminan pagando una prima muy superior al 7% del ingreso, similar situación ocurría con la tercera edad. Por tanto el FONASA debía subsidiar a las familias que se traspasan, con un aumento estimado del gasto de un 12% para el FONASA.

La actual propuesta de reforma de ISAPRES, enviada al congreso el 2020, mitiga el efecto de selección adversa que dice relación con el tamaño de las familias, ya que se modifica el concepto de una prima comunitaria única, sino que se establecen tres primas diferenciadas según la edad. Jóvenes menores de 28 años pagan el 50% de la prima, y adultos mayores de 50 años un 25% más. Con dicho esquema se mantendrá el efecto de selección adversa por ingreso y por tercera edad, ya que los ingresos de este grupo etéreo caen. Esta selección adversa se podría ver acentuada por la asimetría en el tratamiento de los traspasos intersistema. Una forma de abordar este problema es generar un fondo de compensación de riesgos Intersistema, con una convergencia paulatina del PSU de las ISAPRES con el PSU del FONASA, con una transición en plazos acotados, con el fin de eliminar a las actuales ISAPRES y dar espacio a que se creen entidades de seguridad social privadas. Otra alternativa para

¹ El efecto de selección adversa surge cuando una de las partes (aseguradora) no dispone de la información para poder distinguir las características de los afiliados. Si la aseguradora dispone de la información podría cobrar primas distintas dependiendo del riesgo del asegurado. En este documento nos referimos al efecto de selección adversa al hecho de que al poner incentivos diferenciados en ambos sistemas de salud (público y privado), los individuos se auto seleccionen en el sistema que cobre mejor según sus características.

² La propuesta del 2012 establecía un nuevo Plan Garantizado de Salud (PGS), con una prima que no dependía de la edad o el género y cobraba a cada miembro familiar (cotizante y dependiente), y que debía ser financiado con el 7% de la cotización obligatoria del individuo.



abordar este sesgo sistemático contra el seguro público es modificar estructuralmente el sistema de salud en la dirección de lo que existe en países anglosajones como Canadá e Inglaterra. Tener un seguro público para todos, con un tope más bajo que el actual, en que todos contribuyen el 7% con dicho tope más bajo. Al bajar este tope de ingreso, reduce que se interprete como un impuesto a los sectores que hoy están en el sistema de ISAPRES. Este cubriría los gastos que implica el control de epidemias y emergencias que favorecen a todos. Las ISAPRES cubrirían seguros complementarios regulados, toda vez que los copagos del FONASA en modalidad de libre elección servirían para financiar los copagos del seguro complementario. En el contexto, de la crisis de legitimidad de nuestras instituciones y la percepción de inequidad, especialmente en el acceso a la salud, una reforma de este tipo podría por una parte terminar con el efecto de selección adversa de las ISAPRES sobre FONASA, al mismo tiempo generar una mejor complementariedad entre el sistema público y privado y una percepción de equidad fundamental para restablecer las confianzas en las instituciones.

Otro aspecto importante dice relación con la definición del gobierno corporativo de FONASA propuesta en el proyecto de ley. Si bien consideramos que es importante tener un Consejo de alto nivel en que participen representantes del ente rector de salud, del Ministerio de Hacienda, e idealmente profesionales independiente de alto nivel, también sería importante contar con un representante de los beneficiarios. Finalmente es importante destacar que este directorio no debe tener la responsabilidad de determinar el PSU, esa es una tarea del ente Rector.

En los últimos 15 años, los esfuerzos por mejorar la gestión de los prestadores han sido infructuosos. Las dificultades dicen relación con aspectos de la economía política de estas reformas, en sistemas que existen fenómenos de captura de grupos de interés, que no es trivial enfrentar. Además, existen factores culturales, que requieren un proceso de gestión del cambio que no genera resultados inmediatos aunque exista la voluntad política y los recursos, por tanto estas reformas tomarían varios años en entregar resultados. De esta forma, el mejoramiento de la calidad de la gestión de los prestadores públicos debe ser un componente fundamental de cualquier reforma. El supuesto que con un aumento de un 2% del los gastos del FONASA se podrá enfrentar el nuevo PSU, es inverosímil. Se requeriría aumentos de productividad de un 40%, lo cual es imposible de lograr, incluso en el largo plazo. De otro modo, las garantías explícitas implicaría la privatización de la provisión de servicios de salud, ya que el sector público no estaría en condiciones de satisfacer los compromisos que se establezcan en oportunidad y calidad. Consideramos razonable la compra de servicios privados para enfrentar los desajustes en el cumplimiento de dichas garantías explícitas, sin embargo, estas deben tener un costo similar al de la oferta pública. De lo contrario, la expansión de garantías sin medidas para expandir y mejorar la oferta pública implicaría promover la privatización de los servicios de salud.

Además, se debe avanzar en el fortalecimiento del sistema de nombramiento de directores de hospitales, reduciendo la rotación por razones políticas, aumentando la flexibilidad para su contratación y remoción sólo en base a mérito y desempeño. Por otro lado, los 65 hospitales más complejos deberían tener una estructura de gestión y de gobierno corporativo similar a la de una empresa pública, como las del Sistema de Empresas Públicas (SEP), con un sistema de rendición de cuentas a los principales y de transparencia a la comunidad en general. La Subsecretaría de redes debe tener la responsabilidad de estructurar este sistema, con un esquema de gobierno corporativo que siga las mejores prácticas internacionales.



Finalmente, se debe profundizar la innovación en las modalidades de compra de seguros de salud público y privado. Mecanismos de Pago Asociados a Diagnóstico (PAD), esquemas capitados y otros sistemas que eviten el pago asociados a servicios son fundamentales para generar incentivos adecuados. A modo de ejemplo, se propone la introducción de tecnologías digitales, como telemedicina que podría resolver los problema de escasez de especialistas en regiones. La inteligencia Artificial promete un gran impacto en los mecanismos de aseguramiento de la calidad y en reducir el riesgo moral y el sobre uso de recursos injustificado. Esto requiere el desarrollo de la ficha médica universal interoperable para el conjunto del sistema con los resguardos de confidencialidad. Adicionalmente se debe introducir un cambio en la gestión que permite fortalecer el sistema de aseguramiento de la calidad, para ellos es necesario introducir un plan de gestión del cambio asociado a la introducción de nuevas tecnologías.

En síntesis, proponemos como requisito mínimo para avanzar en el mejoramiento del Sistema de Salud que el Gobierno consolide un proyecto de ley en que se aborde integralmente el Seguro de Salud, público integrando los seguros catastróficos y de medicamentos al PSU y se modifique el proyecto de ley de ISAPRES para tender a un seguro universal único sin riesgos de selección adversa en contra del seguro público; y por otro lado se envié un proyecto de ley que reforme el sistema de gestión de los prestadores y la gestión de recursos humanos en el sistema público.

Eduardo Bitran, director Espacio Público

Manuel Inostroza, director Espacio Público

Fabián Duarte, académico Universidad de Chile

Camila Arroyo, investigadora Espacio Público