

Sin mecanismos de compensación se complica proyecto que elimina las preexistencias

El proyecto, que forma parte del compromiso del Ejecutivo para reestructurar el sistema sanitario, no ha logrado consenso en un punto clave: cómo implementar un mecanismo financiero que permita eliminar las preexistencias sin desestabilizar a las aseguradoras.

Ignacia Canales

En octubre del año pasado el gobierno ingresó a la Cámara de Diputados el proyecto que busca eliminar las preexistencias en el sistema de isapres, cumpliendo así con uno de los compromisos asumidos durante la tramitación de la ley corta para avanzar en la reforma de salud. Sin embargo, el debate se entrampó rápidamente: las dos propuestas que apuntaban a compensar los riesgos entre aseguradoras —clave para viabilizar este cambio— fueron rechazadas en la Comisión de Salud. Con eso el proyecto sigue avanzando, pero con un flanco abierto.

En concreto, el proyecto establece que las aseguradoras deberán ofrecer un plan común de salud, sin diferencias de precio por edad, sexo o condiciones preexistentes. Estas últimas, definidas por las autoridades como cualquier enfermedad, patología o condición de salud conocida por el afiliado y diagnosticada médicamente antes de firmar el contrato, dejarían de ser motivo para negar cobertura o restringir el acceso.

Pero la eliminación de este tipo de barreras requiere necesariamente un mecanismo que permita equilibrar el riesgo entre aseguradoras. Por eso, tanto el gobierno como los mismos parlamentarios presentaron propuestas en esa línea.

En el caso del Ejecutivo, la propuesta contemplaba que cada isapre estuviera obligada a contratar un reaseguro. ¿Qué significa esto? Que para evitar la selección de afiliados según su nivel de riesgo, el proyecto establecía que las aseguradoras debían contar con una póliza que las protegiera ante un mayor gasto en prestaciones, producto de recibir personas con enfermedades o condiciones más complejas. Este reaseguro sería definido por la Superintendencia de Salud cada cinco años, mediante una circular elaborada en consulta con la Comisión para el Mercado Financiero.

Mientras tanto, el diputado Tomás Lagomarsino (PR) ingresó otra indicación que proponía establecer un fondo de compensación de riesgos. En palabras simples, este tipo de fondo recoge los recursos prove-

nientes de los planes de salud y los redistribuye entre las aseguradoras, de modo que aquellas que atienden a pacientes más enfermos —y, por lo tanto, más costosos— reciban un apoyo financiero que les permita equilibrar el gasto.

Sin embargo, la semana pasada ambas indicaciones fueron rechazadas por la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. “Finalmente sucedió lo que todos esperábamos: en la Comisión de Salud, respecto al proyecto de ley que pone fin a las discriminaciones etarias y por preexistencias, no se aprobó ningún mecanismo que viabilizara financieramente ese objetivo. A pesar de que, en lo grueso, se aprobó el término de estos mecanismos discriminatorios, no hubo consenso sobre cómo financiarlo”, explica el diputado.

Un nudo difícil de desatar

Desde antes de que el proyecto llegara al Congreso, el debate sobre cómo eliminar las preexistencias en el sistema de isapres ya generaba tensiones, incluso al interior del gobierno. En particular, un grupo del oficialismo planteó propuestas que incluían un sistema único de planes de salud y un pool de riesgo, mientras otros sectores, especialmente el Frente Amplio, seguían presionando por el Fondo Universal de Salud (FUS).

Ahora que el tema escaló a la Cámara tras el rechazo de los mecanismos clave en la Comisión de Salud, el camino para destrabar una solución financiera se ve aun más cuesta arriba.

Con todo, Carolina Velasco, directora de estudios del IPSUSS de la U. San Sebastián y una de las expertas que formaron parte del grupo que asesoró a los parlamentarios con la reforma de salud, afirma que llegar a un acuerdo con estos mecanismos es fundamental.

“Los países que han eliminado las preexistencias lo que hacen es redistribuir los recursos con el objetivo de que ninguna aseguradora tenga excusas para no otorgar atención adecuada, ya sea que reciban personas sanas o personas con condiciones más costosas. Este proyecto solo tenía un



► La ministra de Salud Ximena Aguilera y ex subsecretario de Redes Osvaldo Salgado.

reaseguro. Eso fue lo que se rechazó. También se rechazó la propuesta de establecer un fondo de compensación de riesgos, mecanismo que se utiliza en otros países y que además es más barato y tiene más beneficios. Por eso se dice que el proyecto queda un poco cojo”, detalla la especialista.

Fernando Araos, exsubsecretario de Redes Asistenciales y otro de los expertos que formaron parte del comité de la reforma, afirma que “el rechazo al reaseguro en la Cámara en su primer trámite es un retroceso, porque elimina un instrumento importante para mitigar los incentivos de las isapres a seleccionar afiliados más sanos. En sistemas donde se prohíbe la selección por riesgo, mecanismos como el reaseguro son fundamentales para evitar segmentación y prevenir alzas desproporcionadas en el precio de los planes”.

Por su parte, la diputada Ana María Gazmuri (Acción Humanista) advirtió: “Esperamos que el Ejecutivo no insista en reponer la norma sobre reaseguros que fue rechazada en la comisión, porque res-

ponde a una lógica similar al fallido fondo de compensación de riesgos propuesto durante el gobierno de Piñera. En lugar de avanzar hacia un sistema más justo, termina protegiendo a las isapres por riesgos propios del mercado, sin establecer un verdadero mecanismo de solidaridad. Además, esto impactará directamente en los bolsillos de los afiliados, ya que el costo de los reaseguros inevitablemente será traspasado a ellos”.

La presidenta de la comisión, la diputada Helia Molina (PPD), comparte la visión del Ejecutivo: “El reaseguro es una solución viable y realista. Si se quiere eliminar con la cautividad de los afiliados y terminar con las restricciones por preexistencias, es indispensable establecer mecanismos que mitiguen el riesgo y que implique aceptar a todos los usuarios, sin importar su historial médico”.

Consultados por La Tercera, desde el Ministerio de Salud adelantaron que “estamos en el primer trámite legislativo y los repondremos en las siguientes instancias de discusión”. ●