

Roberto Gálvez

A las 12 horas en la Sala 1 del ex Congreso Nacional en Santiago la Comisión de Salud del Senado había citado para este lunes a distintas personalidades para conocer el trabajo del Comité de Expertos especialmente convocado para trabajar en lineamientos de cara a una reforma de salud, la que a partir del 1 de octubre debería comenzar a verse concretada con el envío por parte del Ejecutivo de distintos proyectos de ley al respecto.

A la instancia de este lunes habían sido convocados la ministra de Salud, Ximena Aguilera; el coordinador del Minsal para la reforma, Bernardo Martorell, y representantes del comité compuesto por Paula Daza, Lorena Rodríguez, Carolina Velasco, Emilio Santelices, Álvaro Clarke, Marco Antonio Núñez, Cristián Baeza, Fernando Araos y Ricardo Bitrán. También Álvaro Erazo, exministro de Salud en Bachelet I, pero quien, según confirmó a **La Tercera**, renunció a la instancia por algunas diferencias y no adhiere a este informe al que tuvo acceso este medio, que consta de 37 páginas y que da cuenta del trabajo realizado hasta el 1 de septiembre.

En algún momento, de hecho, algunos miembros plantearon entregar dos informes por separado, pero finalmente eso quedó en nada. Y es que, además, la decisión del comité fue abordar las posturas de minoría con un piso de tres voces disidentes.

El informe en cuestión era muy esperado, toda vez que reflejaría si iba en línea o no con la propuesta del programa de gobierno que prometía un Fondo Universal de Salud (FUS), dejando a las isapres simplemente como aseguradoras complementarias. Y, visto lo visto, la idea del FA, al menos para los expertos, pierde peso.

“Sin abandonar nuestras legítimas aspiraciones para que se realice una reforma al sistema de salud organizada de una u otra forma, es que ponemos a disposición de la Comisión de Salud del Senado de Chile una propuesta, moderna y renovada, que creemos puede contribuir a enriquecer el debate político y apoyar a los legisladores para que con una mirada de Estado contribuyan al debate responsable y sustantivo que desde el Poder Ejecutivo se hará a la ciudadanía”, dice al inicio el informe de los expertos, sumando que sus propuestas “tienen la virtud de conciliar, desde aproximaciones teóricas y sensibilidades políticas, diferentes soluciones a temas estructurales postergados y necesarios”.

“El foco estará en cinco ejes, sobre los cuales (al comité) le parece que se debe intervenir mediante los proyectos de ley que a continuación debieran ser presentados”, es el adelanto de lo que vendrá en las siguientes páginas de su informe.

Plan Universal de Beneficios

El comité recomienda como primero de estos proyectos que se hagan las reformas legales y administrativas para la introducción progresiva de un Plan Universal de Beneficios (PUB) obligatorio para el siste-



► Este lunes en el ex Congreso Nacional de Santiago, la Comisión de Salud del Senado citó al Comité de Expertos.

Cinco proyectos de ley y la renuncia de un miembro La trastienda del informe del comité de expertos para la reforma a la salud

Este lunes la instancia especialmente convocada por la Comisión de Salud del Senado y a la que hace pocos días renunció el exministro Álvaro Erazo, dio cuenta de sus avances hasta el 1 de septiembre. En ella se propone al Ejecutivo la presentación de cinco proyectos de ley, enfocados a cinco ejes.

ma de isapres y Fonasa. “El PUB se erige como un conjunto de prestaciones y acciones sanitarias, incluyendo las preventivas, cuyo acceso oportuno, protección financiera y estándares de atención de calidad para los usuarios deberá estar definido, sin importar la edad, género, nivel socioeconómico, estado de salud o cualquier otra característica de las personas”. Este PUB, según se lee, se estructurará y actualizará periódicamente de forma transparente y participativa, con base en datos epidemiológicos y de la evidencia científica del mejor ni-

vel disponible.

Dentro de este plan integral se incluyen prestaciones y acciones, de tipo preventivas y promocionales, servicios de hospitalización y cirugía, atención de urgencia, rehabilitación, cuidados paliativos y los que se vayan definiendo, acorde con la institucionalidad y los recursos y que cumplan con los principios y criterios que se definan. “El PUB debe otorgar una atención de salud integral y coordinada, lo que requiere reunir todas las prestaciones a las que los afiliados tienen derecho, y que en la actualidad están disper-

sas en diferentes normativas, leyes, planes y programas”, se explicita.

“El plan de salud para isapres será al menos el mismo que para Fonasa”, añade, además de señalar que la atención deberá otorgarse en una red de prestadores, que tendrá estándares que estarán definidos por el Minsal, y la Superintendencia de Salud será la entidad que hará exigible el otorgamiento de los beneficios y habrá multas por su incumplimiento.

Reformas hacia la seguridad social

Aquí se apunta a la operación y al financiamiento del sistema de salud para enmarcarlo en una lógica de seguridad social y de equidad en salud, tanto en el ámbito privado como público.

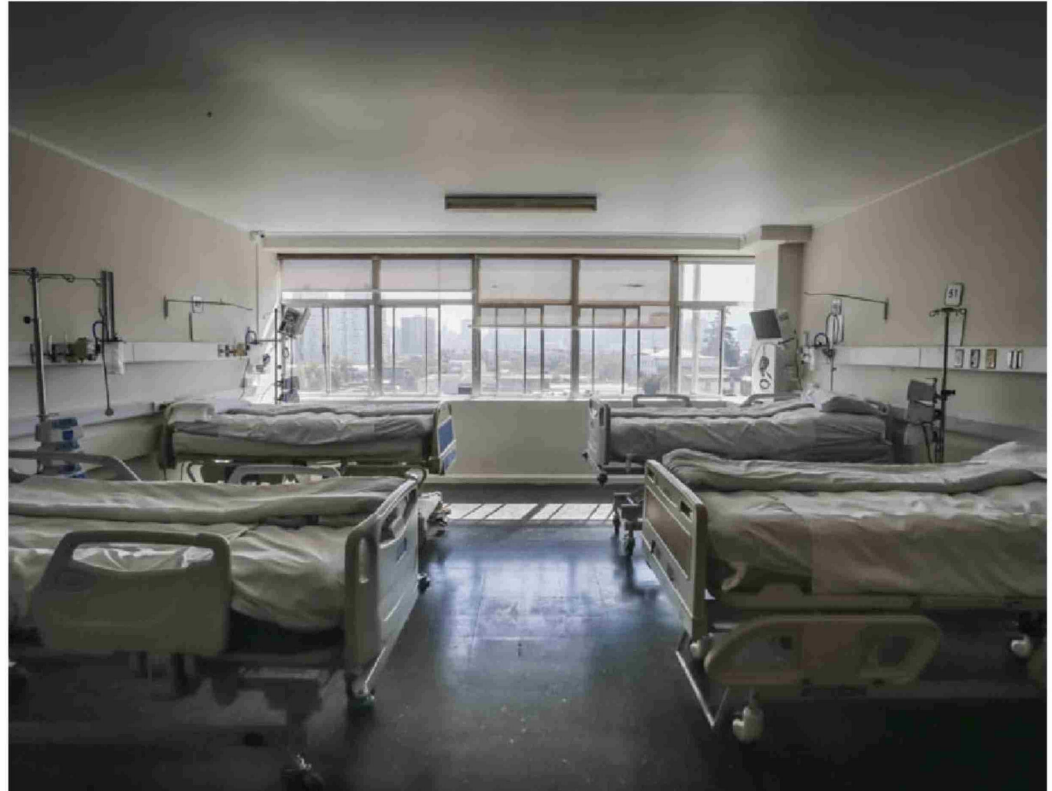
Para esto primeramente se apunta a Fonasa, del cual señalan que tiene limitaciones para ejercer el rol que le corresponde como seguro público. Por eso, el comité considera, entre otras cosas, necesario "reafirmar y fortalecer las necesarias modificaciones legales" para conferir todas las atribuciones necesarias, además de algunas modificaciones, entre las que se cuentan un plan de salud integral y accesible con establecimiento y garantías explícitas; introducir los cambios para fortalecer a Fonasa como el órgano asegurador; y darle una nueva gobernanza por sus "limitaciones históricas". Ante esto último recomiendan la instalación de un Consejo Directivo o de Administración General -compuesto por 7-9 miembros- con atribuciones plenas para su direccionamiento, y el que tendría la atribución de nombramiento y destitución del director de Fonasa.

En cuanto a las isapres, el comité dice que durante años han funcionado en un marco regulatorio en la lógica de seguros privados, lo que no se condice con la seguridad social, modelo que ha dejado "cautivos" en sus aseguradoras a quienes padecen enfermedades crónicas. El modelo, creen, hay que modificarlo.

"Para alcanzar estos objetivos se requiere cumplir con varias condiciones. Entre otras, existencia de un plan de salud único y comparable y, en general, de información transparente de precios. El precio que paga la persona no debe estar relacionado con su riesgo y debe asegurarse acceso a todos; las aseguradoras deben recibir recursos suficientes para atender a los diferentes riesgos de su cartera, por lo que se requiere un mecanismo que compense las diferencias de costo; debe haber libre afiliación (no se puede denegar acceso por estado de salud y ninguna otra condición), supervisión de la calidad (desempeño) y una regulación que asegure competencia entre los seguros privados", se expone.

En tal sentido, los aspectos propuestos por el comité que deben ser considerados son: eliminación de las preexistencias; reglas para la tarificación incluyendo las referidas a la eliminación de la discriminación por sexo y edad; y solidaridad en el pool de riesgo entre las isapres, uno de los puntos de discordia que se ha planteado desde la oposición.

Es decir, explican los expertos, "se configura un nuevo escenario, donde las entidades que quieran participar en la seguridad social de salud deberán cumplir con otras reglas, como aceptar a todos los beneficiarios, ofrecer obligatoriamente el plan de salud universal que se defina, establecer primas sin diferenciación por las características de las personas, solidarizar recursos provenientes de las cotizaciones y compensar a las aseguradoras cuyas carteras sean más riesgosas por todo el plan de salud". Lo anterior,



► En la cita se presentó el informe de los expertos que da cuenta del trabajo realizado hasta el 1 de septiembre.

suman, "permitirá que las isapres finalmente compitan por calidad y precio y no por personas (sanas)".

Sobre las preexistencias, por ejemplo, el comité recomienda que la eliminación de la declaración de salud entre en vigencia a contar de 8 meses luego de aprobada la ley, además de abordar las nuevas reglas de tarificación y la obligación de proveer el PUB como plan tarificado de entrada al sistema de isapres a los afiliados a su cartera. Estos planes se diferenciarán entre sí y con el PUB en la posible mayor cobertura financiera, la posible mayor prima y en los prestadores de la red (cumpliendo siempre con los estándares que se definan para las redes de prestadores)". Estos, a su vez, no podrán distorsionar los incentivos deseados contenidos en el PUB; estarán sujetos a las mismas reglas de no discriminación por sexo, edad, y prohibición de uso de declaración de salud; y las isapres no podrán ofrecer seguros complementarios voluntarios de ningún tipo.

En cuanto a la solidaridad en el riesgo, los expertos dicen que "tiene como sus objetivos principales establecer una asignación de recursos acorde a las necesidades de cada persona (fairness), definidas según un PUB y disminuir lo más posible los incentivos naturales de aseguradores a la selección de riesgo", toda vez que los costos en salud di-

fieren en cada persona.

"El mecanismo de redistribución de recursos debe entonces cubrir las diferencias de costos eficientes entre carteras que se relacionan con el riesgo de la población de cada una, pero no las diferencias de eficiencia de su modelo de compra y de manejo del riesgo. Por ello los costos deben considerar escenarios eficientes y marcos regulatorios adecuados", agregan.

Nueva gobernanza

Los expertos convocados por el Senado, además, proponen un cambio en la estructura organizacional del Ministerio de Salud para mejorar la gestión de la red de prestadores públicos introduciendo una nueva forma gobierno a las redes asistenciales. "Se recomienda que la responsabilidad por la supervisión de la adecuada gestión y coordinación de los prestadores públicos, actualmente a cargo de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, sea transferida a una entidad independiente del Minsal, creándose una Dirección General de Salud (DGS)", la que a su vez tendrá incidencia en el modelo de financiamiento y rendición de cuenta de las redes asistenciales.

Asimismo, apuntan a la repriorización de la salud poblacional y salud pública, sobre la base de un modelo de determinantes sociales, salud en todas las políticas y de APS universal, con énfasis en promoción y prevención, y con acciones territoriales participativas, así como

también apuntan a reformas (operacionales, legales, y/o regulatorias) al sistema de Seguro de Incapacidad laboral (SIL) tendientes a mejorar simultáneamente su uso como herramienta terapéutica y de protección financiera, así como asegurar los incentivos necesarios para la contención de costos y su sostenibilidad financiera en el tiempo.

"Queremos poner a disposición de ella (ministra Aguilera) todos estos insumos para que pueda hacer uso de ellos y llegar al Legislativo posteriormente", dijo durante la comisión el presidente del comité de expertos y exministro de Salud, Emilio Santelices, quien además abordó la renuncia de Erazo al comité: "La jornada de ayer (domingo), y lo lamentamos de verdad profundamente, el doctor Álvaro Erazo por alguna razón que desconocemos, prefirió restarse de la comisión y me lo informó a mi alrededor de las 22 horas". No obstante, sumó, "está incluido también en el trabajo porque fue un participante activo y todas sus posiciones también quedaron vertidas en el documento tal como queda registrado en las actas".

Por su parte, la ministra Aguilera señaló que el insumo "efectivamente implica una colaboración con el proceso legislativo que valoramos. También agradezco que se le haya dado énfasis al sistema público de salud y no se solamente concentrado en isapres; recordemos que el 80% de la población está en el sistema público y esa es la prioridad para el gobierno". ●