

**Estrategias y tendencias políticas e ideológicas presentes en la discusión sobre la Reforma al Sistema Privado de Salud (SPS): un análisis crítico de los discursos del Gobierno, la Comisión Asesora Presidencial, el Parlamento y las Isapres
(Marzo - octubre 2014)**

**Tesis para optar al grado de Magíster en
Comunicación Política**

**Autora: Lucía Sandoval Pezoa
Profesor guía: Eduardo Santa Cruz Achurra**

Santiago, enero 19 de 2015

ÍNDICE

Introducción	4-5
1. PROBLEMA, RELEVANCIA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN:	6-12
1.1. Problema de investigación.....	8-9
1.2. Hipótesis de la investigación.....	9-10
1.3. Objetivo General.....	10
1.3.1. Objetivos específicos.....	10
1.4. Metodología.....	10-12
2. ANTECEDENTES GENERALES DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO:	13-21
2.1. Antecedentes históricos generales.....	13-17
2.2. Estructura del sistema de salud chileno.....	17-18
2.3. Normativa y regulación.....	18-20
2.4. Conceptos de salud, acceso, calidad, oportunidad y protección financiera en la atención de salud.....	20-21
3. EL NEOLIBERALISMO COMO CONTEXTO HISTÓRICO, IDEOLÓGICO Y POLÍTICO:	22-29
3.1. El neoconservadurismo se opone a la idea de Estado benefactor y Estado nacional desarrollista.....	24
3.2. No existe el interés general.....	25
3.3. Homo economicus como concepto de ser humano.....	25
3.4. El mercado dinamiza mejor el progreso que el Estado.....	25-26
3.5. Tendencia hacia la privatización y comodificación de todas las esferas sociales.....	26
3.6. Estado mínimo y focalización de recursos.....	26-27
3.7. Estado subsidiario.....	27
3.8. Rechazo al autoritarismo democrático, apoyo a la libertad negativa y cuestionamiento a la libertad positiva.....	28
3.9. El consumo como ejercicio democrático.....	28
3.10. La desigualdad es el resultado natural de las interacciones de mercado.....	28-29
3.11. El neoliberalismo como fin de la historia, posmodernidad o fin de la épica de autodeterminación colectiva.....	29
3.12. Conformación de élites empresariales y políticas.....	29
4. CONFORMACIÓN DE LA COMISIÓN ASESORA PRESIDENCIAL PARA EL ESTUDIO Y PROPUESTA DE UN NUEVO MODELO Y MARCO JURÍDICO PARA EL SISTEMA PRIVADO DE SALUD EN LOS PRIMEROS “100 DÍAS” DE GOBIERNO DE LA “NUEVA MAYORÍA”	30-32
5. POSICIONES DISCURSIVAS DE LOS ACTORES DE LA REFORMA AL SISTEMA PRIVADO DE SALUD, EN LA PRESA ESCRITA DESDE MARZO AL 10 DE OCTUBRE DEL 2014:	33-93

5.1.	El gobierno.....	33-47
5.2.	Las Isapres.....	47-65
5.3.	El Parlamento.....	65-70
5.4.	La Comisión Reforma.....	70-93
5.4.1.	CR estaba por cambio estructural.....	74-77
5.4.2.	Propuestas para el corto y largo plazo.....	77-82
5.4.3.	Prohibición de lucrar con el 7 por ciento provoca renuncias.....	83-85
5.4.4.	Giro en el discurso de la CR.....	85-93
6.	RESUMEN DE LAS PROPUESTAS QUE CONTEMPLA EL INFORME DE LA COMISIÓN ASESORA PRESIDENCIAL PARA EL ESTUDIO Y PROPUESTA DE UN NUEVO MODELO Y MARCO JURÍDICO PARA EL SISTEMA PRIVADO DE SALUD:	94-103
6.1.	Propuestas de reforma inmediata al SPS	95
6.1.1.	Plan de Seguridad Social (PSS).....	95-97
6.1.2.	Fondo Mancomunado Universal (FMU).....	97-98
6.1.3.	Fondo interisapres.....	98-99
6.1.4.	Plan complementario y seguros suplementarios.....	99-100
6.1.5.	Transición de escenarios contractuales.....	100
6.1.6.	Relación seguros y prestadores.....	100-101
6.1.7.	Regulación de precios y su reajustabilidad.....	101-102
6.1.8.	Fondo común de incapacidad laboral (Sil).....	102
6.2.	Esquema de la propuesta de reforma inmediata.....	103
7.	PRINCIPALES PUNTOS DE CONVERGENCIAS, DIVERGENCIAS Y CONSENSOS PRESENTES EN EL DEBATE:	104-109
7.1.	Principales convergencias en la propuesta de reforma inmediata.....	104
7.2.	Principales divergencias en la propuesta de reforma inmediata.....	104-106
7.3.	Consensos en la propuesta de reforma inmediata.....	107-108
7.4.	Dos visiones de futuro en la propuesta de la CR.....	108
7.5.	Primeras repercusiones en torno a la propuesta de la CR.....	108-109
8.	ANÁLISIS CRÍTICO DE LAS ESTRATEGIAS DISCURSIVAS Y LAS TENDENCIAS POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN LA DISCUSIÓN SOBRE LA REFORMA AL SPS:	110-146
8.1.	El gobierno.....	110-118
8.2.	Las Isapres.....	118-130
8.3.	El Parlamento.....	130-133
8.4.	La comisión reforma.....	133-146
9.	CONCLUSIONES	147-155
10.	BIBLIOGRAFÍA	156-164
11.	GLOSARIO	165-166
12.	ANEXOS	167-233

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud chileno cuenta con dos prestadores de salud; uno público y el otro privado. El primero cubierto por el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), dependiente del Ministerio de Salud (Minsal). El 80 por ciento de la población se encuentra afiliada a este organismo, en el que cada trabajador cotiza obligatoriamente el 7 por ciento de su renta bruta y su atención de salud la realiza generalmente en el Sistema Público. El Sistema Privado de Salud (SPS) es administrado por las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), empresas que cuentan con aproximadamente el 20 por ciento restante de afiliados (más de 3 millones de personas), quienes pueden elegir en qué clínica u otra institución de salud atenderse.

Ambos organismos -Fonasa e Isapres- presentan graves falencias. El primero de calidad y el segundo de tarifas, sólo por mencionar lo más grave. Tal ha sido la magnitud de las irregularidades que exhibe el SPS que, desde hace casi cuatro años el gobierno, el Parlamento y las Isapres han discutido fallidamente dos proyectos de ley que buscaban reformar el sistema privado, el que justamente por sus imperfecciones y falta de regulación clara, afecta severamente al ámbito público de salud. La presidenta Michelle Bachelet nombró a una comisión de expertos, para que efectúe una nueva propuesta de proyecto de ley.

A partir de lo anterior, la inquietud se expresa como sigue: la Reforma al SPS para alcanzar la justicia, igualdad y solidaridad que se espera, precisa prescindir de la concepción fundamentalista del mercado, expresado en las leyes de la oferta y la demanda, cuya tendencia principal es la maximización de las utilidades. De lo contrario, difícilmente las atenciones de salud serán concebidas como un bien social, puesto que está comprobado que si se deja en manos de este sistema -aunque con algunos ajustes- persistirá la discriminación de importantes sectores como lo son los más ancianos, enfermos y pobres de este país.

Son muchas las dudas que brotan acerca de las estrategias, los diversos alcances ideológicos y políticos que subyacen tras las lógicas discursivas presentes en la discusión en torno a la reforma del SPS. Sin embargo, una primera aproximación al tema evidencia que, dada la realidad política, social y económica del país, existe una alta probabilidad que el camino que propondrá el actual gobierno para reformar el Sistema Privado de Salud, a través de la comisión de expertos, será un conjunto de

importante “medidas de ajuste” que en la “negociación” con los actores minoritarios que son parte de la comisión de reforma (CR) y representantes de las Isapres y clínicas del país, terminará por sucumbir a los intereses inspiradores del modelo económico, político y social imperante, puesto que el problema de fondo del SPS es sólo la punta del iceberg de un modelo que precisa de la desigualdad para su “crecimiento”.

Surge entonces la necesidad de respuestas para evaluar en qué medida contribuyen unos y otros, a propiciar los cambios necesarios que requiere el actual Sistema de Salud Privado y, de esta forma, contar con una visión más acabada de cómo se generan las políticas públicas en el país, particularmente en salud. Por ello, para la materialización del proyecto de investigación, se optó por pensar lo social desde el discurso para comprender -desde esta óptica- cómo opera el proceso de construcción y representación del orden imperante.

Para lo anterior, se analizó críticamente el discurso producido en el debate sobre la reforma al modelo de salud privado: las posiciones del gobierno, la CR, el Parlamento y las Isapres, de manera de identificar los cambios propuestos, a través de qué estrategias discursivas y los puntos de convergencia, divergencia y consensos presentes en la discusión, entre otros objetivos relacionados con las corrientes políticas e ideológicas de estos grupos de poder con acceso preferente al discurso público.

Con el propósito de llevar a cabo el cometido descrito y el logro de sus objetivos, se revisó literatura relacionada con las temáticas de interés, tales como ideológico, político, social, etc. y se analizaron notas de prensa: reportajes, entrevistas, crónicas, columnas de opinión, artículos, etc., aparecidas en diversos medios escritos de comunicación masiva, desde marzo hasta el 8 de octubre del 2014, fecha en que la CR entregó a la Presidenta Michelle Bachelet, la propuesta definitiva.

Finalmente, se espera contribuir a una visión más clara acerca de cuáles serán los posibles cambios que podrían, eventualmente, suscitarse en cuanto política pública, sobre todo teniendo en cuenta que restan dos etapas importantes para determinar los cambios definitivos al SPS; la definición del Ejecutivo y posteriormente la discusión en el Parlamento.

1. PROBLEMA, RELEVANCIA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

El sistema de salud chileno -tanto los aseguradores públicos como privados- ha sido duramente cuestionado por diversos actores a lo largo de la historia reciente. En este sentido, destacaron las masivas protestas de los usuarios en Quellón y Tocopilla durante el 2013. El mismo año, alcanzó notoriedad pública los más de 143 mil recursos de protección interpuestos por los usuarios en contra de las Isapres, debido a la unilateral y desmedida alza en los planes de salud, entre otras abusivas prácticas. Esta insatisfacción y desconfianza de los usuarios en el sistema de salud chileno, alcanzó una connotación que alteró el *status quo* social y político, captando la atención e interés de las autoridades: el gobierno, el Parlamento y las propias Isapres, lo que incluyó a los medios de comunicación, especialmente a la prensa escrita. En este sentido, el debate sobre la reforma al Sistema Privado de Salud (SPS), administrado por las Isapres, ha ido adquiriendo mayor relevancia en el debate nacional.

Algunos de los principales aspectos criticados del SPS, que capta la cotización obligatoria de más de tres millones de trabajadores del país, son por ejemplo, la discriminación que sufren mujeres, niños y ancianos, quienes son vistos como un “factor de riesgo” para las Isapres, la preexistencia de patologías, la “integración vertical”, vale decir, las Isapres y clínicas cuentan con un mismo propietario; la multiplicidad de programas de salud, lo que genera incertidumbre en la población a la hora de elegir un plan y la falta de información a los usuarios para hacer uso de las Garantías Explicitas de Salud (Ges) y la ley de urgencias.

La alambicada normativa vigente permite estas y otras irregularidades en el subsistema privado de salud, situación que genera una competencia asimétrica con el subsistema público de salud, el que se encuentra en problemas por la falta de especialistas, listas de espera, falta de medicamentos, entre otras graves dificultades. Así, el médico Marcos Vergara afirma que “hay una competencia crítica por los recursos humanos con el sector privado. Por ejemplo, al tipo de la Clínica Santa María le pagan \$ 23.000 la hora y yo le pago \$ 8.000, entonces no tengo cómo retener un turno en las unidades críticas, tengo nueve cargos que he estado llamando

concurso por años y no se llenan; estamos compitiendo con el sector privado por los recursos, en condiciones de tremenda desigualdad”¹.

El pasado 14 de abril de este año, la Presidenta Michelle Bachelet Jeria, conformó una comisión presidencial que, al cabo de cuatro meses, debería presentar una nueva “propuesta de Proyecto de Ley de Isapres que esté en el contexto del funcionamiento global del sistema de seguridad social en el ámbito de la salud”². La Reforma al SPS forma parte de los compromisos electorales de la Presidenta durante los primeros 100 días de Gobierno³.

De esta manera la actual presidenta de Chile, reconoce que “las Isapres discriminan a las personas según el riesgo que tienen de enfermarse y provocan segregación de la población. Esto afecta especialmente a las mujeres, personas mayores, personas con problemas de salud y a quienes pertenecen a hogares de menores recursos”⁴. Asimismo, denuncia la falta de mecanismos que regulen los copagos de las prestaciones y los reajustes del precio de la prima de salud y del beneficio AUGE.

Es más, los graves problemas de credibilidad que presenta el SPS, hizo que el Presidente de MasVida, Dr. Claudio Santander, reconociera que “en los 30 años que tiene el sistema, hay algunos problemas que no se han solucionado”⁵. Santander entregó un ejemplo concreto: “si una persona ha estado toda la vida en un sistema asegurador privado, no debiera pasar que a los 65 años le suban el factor ponderador en 14 veces o una cantidad muy exagerada y que haga que se vaya a Fonasa. No es ético”⁶. Asimismo, el Dr. Santander agregó que deberían congelarse los precios a los mayores de 65 años y a los menores de dos, además de no establecer discriminación por sexo o edad y que debiera eliminarse la preexistencia.

¹ Fábrega, Ricardo, Muñoz, F., Sánchez, H., Vergara, M., Solimano, G. y Salinas, R. (2013). Salud (Versión Resumida). En CIS, CDC, FPD e Instituto Igualdad. *Propuestas para un Nuevo Gobierno 2014-2018*. Santiago: CIS, CDC, FPD e Instituto Igualdad. 2013. Pág. 76.

² Bachelet, Michelle. (2013, octubre: 89). *Programa de Gobierno 2014-2018* [michellebachelet.cl].

³ Obtenido el 5 de mayo de 2014 en <http://michellebachelet.cl/programa/>

⁴ Ibid. Pág. 89.

⁵ Ibid. Pág. 89.

⁶ Radiografía al negocio de las Isapres: Quién es quién entre los cinco grupos que concentran el 96% del mercado. *La Segunda*, 16 sept., 2011. [lasegunda.com]. Obtenido el 9 junio de 2014 desde: <http://www.lasegunda.com/Noticias/Economia/2011/09/681860/isapres-quien-es-quien-entre-los-el-96-del-mercado>

⁷ Ibid.

Respecto a la cobertura de los planes, según el estudio realizado por la Superintendencia de Salud, existe una gran diferencia entre la cobertura que ofrecen las Isapres en sus planes de salud con el que efectivamente reciben los cotizantes. El informe establece que el 97,4 por ciento de los contratos dice bonificar en promedio el 70 por ciento del total del valor de las prestaciones de salud, en tanto que sólo el 20 por ciento cumple con lo ofrecido. Lo que equivale a que 4 de cada 5 planes de Isapres, cubren menos de lo ofertado en el contrato⁷.

Según una investigación realizada por *Acción RSE* e *IPSOS* sobre el nivel de confianza de los ciudadanos en las empresas del país, las peor evaluadas fueron las Isapres, donde en una escala de 1 a 7, el 85 por ciento le puso nota entre uno y cuatro, mala calificación que se condice con el comportamiento de estas entidades⁸.

1.1. Problema de investigación

La reforma al SPS para alcanzar la justicia, igualdad y solidaridad que se espera, precisa prescindir de la concepción fundamentalista del mercado, expresado en las leyes de la oferta y la demanda, cuya tendencia principal es la maximización de sus utilidades. De lo contrario, difícilmente las atenciones de salud serán concebidas como un derecho intransable, puesto que está comprobado que si se deja en manos de este sistema -aunque con algunos ajustes- persistirá la discriminación de importantes sectores como lo son los más enfermos y pobres de este país.

Un modelo que precisa de la desigualdad para su “crecimiento”, especialmente económico, claramente presenta problemas estructurales. Si se pretende efectivamente dar solución a los dificultades de fondo que exhibe el actual SPS, se requiere de una concepción distinta, honesta que prescinda del lugar donde habita la hegemonía: el sentido común, de lo contrario no es posible la solidaridad, valor éste último que no se practica a medias, es decir, se precisa un cambio de modelo para no dejar indemne la concepción mercantilista de un bien social tanpreciado por las

⁷ Cobertura de los planes de isapres. *La Tercera*, 21 agosto, 2013. [latercera.com]. Obtenido el 20 de mayo de 2014 en: <http://www.latercera.com/noticia/opinion/editorial/2013/08/894-538731-9-cobertura-de-los-planes-de-isapres.shtml>

⁸ Isapres y AFP sacan la peor nota en estudio de confianza de los chilenos en las empresas. *Diario Pulso*, 21 agosto, 2013. [pulso.cl]. Obtenido el 20 de mayo de 2014, desde: <HTTP://WWW.PULSO.CL/NOTICIA/TECH/SUSTENTABILIDAD/2013/08/75-28296-9-ISAPRES-Y-AFP-SACAN-LA-PEOR-NOTA-EN-ESTUDIO-DE-CONFIANZA-DE-LOS-CHILENOS-EN-LAS.SHTML>

personas como lo es la salud, tal como lo da cuenta por dos años consecutivos (2013-2014) el Estudio Nacional de Opinión Pública del Centro de Estudios Públicos (CEP)⁹.

Surgen entonces muchas dudas y preguntas en esta investigación, acerca de los diversos alcances ideológicos y políticos que existen tras las lógicas discursivas presentes en la discusión en torno a la reforma del SPS, tales como: ¿hasta qué punto existen visiones contrapuestas en el tema?; ¿cuáles son los principales ejes del debate?; ¿existen concepciones de sociedad diferentes tras las diversas posturas?; ¿qué medidas se tomarán para garantizar que la salud no siga siendo un producto más del libre mercado? o ¿será sólo un retoque a lo existente? y ¿qué tipo de sistema de salud se vislumbra en los puntos de vista de los actores de la reforma al SPS?. De aquí se desprende la necesidad de realizar un análisis de los discursos de los actores involucrados directamente con la reforma, que permita dilucidar esta y otras dudas relacionadas también con la intención comunicacional de los ejecutantes.

El sentido y la relevancia de esta investigación no sólo constituye un desafío, sino que se torna en un imperativo ético ocuparse de las transformaciones político sociales del país, más tratándose de una política pública como lo es la reforma al sistema de Isapres, dado lo sensible y trascendental del tema, toda vez que los conflictos en salud involucran la vida o la muerte de los seres humanos que ven su cotidianidad alterada por las profundas fallas de un sistema desigual.

1.2. Hipótesis de la investigación

Las Isapres tienen una visión economicista de la salud, en la que los criterios comerciales dominan sus acciones. Por lo tanto, es parte de su génesis supeditar el interés mercantilista por sobre el derecho a la salud de las personas, puesto que su interés es continuar acrecentando sus millonarias utilidades y mantener el espacio de privilegio, con el que cuentan hasta ahora, en el mercado nacional.

Sin perjuicio de lo anterior, y teniendo en cuenta la política y los supuestos ideológicos que profesan estos actores, resulta pertinente la siguiente respuesta al problema de investigación: dada la realidad económica, política y social del país, existe una alta probabilidad que el camino que propondrá el actual gobierno para reformar el

⁹ CEP (Centro de Estudios Públicos). (2013, julio-agosto). *Estudio Nacional de Opinión Pública N° 69*. Obtenido el 20 de mayo de 2014 en: <http://www.emol.com/documentos/archivos/2013/08/29/2013082914146.pdf> y Encuesta CEP N° 71. Julio 2014. http://www.cepchile.cl/dms/archivo_5640_3591/encuestaCEP_Julio2014.pdf

SPS, a través de la Comisión de Reforma, será un conjunto de importantes “medidas de ajuste” que en la “negociación” con los demás actores, terminará por sucumbir a los intereses inspiradores del modelo económico y político social imperante, puesto que el problema de fondo del SPS es sólo la punta del iceberg de un modelo que precisa de la desigualdad para su “crecimiento”.

En tanto, el verdadero “enemigo” de la igualdad es un problema de fondo y de forma, relacionado con el qué se pretende proteger y con el cómo se conciben las políticas de salud en el país, por lo que los actores políticos en la “búsqueda del bien común”, debieran conducir el proceso de reforma, para que éste asegure un sistema de salud que otorgue garantías de acceso, oportunidad y calidad a toda la población, sin discriminación económica y de ningún tipo.

1.3. Objetivo general:

Hacer un análisis crítico de las tendencias políticas e ideológicas presentes en la discusión sobre la reforma al Sistema Previsional de Salud Privado, tomando en cuenta las posiciones discursivas del gobierno, la comisión reforma, el Parlamento y las Isapres, aparecidas en la prensa escrita en el período marzo hasta las primeras repercusiones en torno a la propuesta de la comisión reforma el 2014.

1.3.1. Objetivos específicos:

- a. Reconocer las estrategias discursivas presentes en el debate sobre el SPS.
- b. Determinar las principales corrientes y posiciones políticas e ideológicas presentes en el debate sobre el futuro de la salud privada en Chile.
- c. Identificar y clasificar los puntos de convergencia, divergencia y consenso presentes en el debate.
- d. Identificar los cambios propuestos en el nuevo proyecto de ley de Isapres.
- e. Proyectar los principales escenarios y objetivos que se plantea la eventual reforma del SPS.

1.4. Metodología:

Entre las diversas posibilidades metodológicas existentes para cumplir con los objetivos planteados en esta investigación, se optó por hacer uso del análisis crítico del discurso, acentuando el mensaje explícito y la interpretación cualitativa de lo implícito, cubriendo de esta manera las necesidades y exigencias que requiere el rigor de este trabajo.

Por tratarse de una investigación en la que se utilizará el mensaje informativo de algunos medios de comunicación escritos, tenemos que en el campo de la redacción periodística, importa lo que se diga y la forma en que se expresa en el texto, por lo que este proceso de comunicación social se puede explicar cognoscitivamente desde el nivel semiótico y semántico: “la semántica aporta una descripción en el nivel de los significados de palabras/grupos de palabras y del papel de las categorías y sus combinaciones con el significado de la frase (...)”¹⁰. “Desde el punto de vista abstracto, la semántica describe, pues, todos los posibles ‘conceptos de significados’ que se puedan expresar mediante oraciones (...)”¹¹. “La semántica se refiere no sólo a significados generales y conceptuales de palabras, grupo de palabras y oraciones, sino también a las relaciones entre estos significados y la ‘realidad’, las denominadas relaciones ‘referenciales’”¹².

Este procedimiento facilitará el conocimiento del discurso de los actores involucrados en la reforma al SPS, Las posiciones discursivas del gobierno (presidenta, ministra de salud, superintendente de salud y directora del Fonasa); la comisión reforma (CR); el Parlamento (principalmente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados y del senado) y las Isapres (incluye la asociación gremial de estas entidades).

Para la recopilación de la información y, para la materialización de los objetivos de esta investigación, los criterios de selección y definición del corpus se establecieron a través de la revisión de los medios de comunicación masivos (MCM) escrito, de circulación diaria o periódica, considerando lo cuantitativo y cualitativo de la información sobre el tema de la reforma al SPS. Por tanto, los MCM seleccionados fueron: El Mercurio (El Mercurio S.A.P.), La Tercera y Pulso (Copesa), Estrategia (Víctor Ojeda) y Financiero (Grupo Claro), desde donde se extrajo la información medular de la noticia, lo que ocurrió desde marzo hasta el 10 de octubre del 2014, cometido en el que sólo se excluyó los contenidos que no aportaban información nueva sobre la posición discursiva de los actores.

¹⁰ Van Dijk, T. (1983). *La Ciencia del Texto* (pp. 33-34). Barcelona: Ed. Paidós Comunicaciones. Págs. 33-34.

¹¹ Ibid. Págs. 33-34.

¹² Ibid. Págs. 33-34.

Al estructurar el trabajo, se determinará, a través de los planteamientos, el comportamiento político, ideológico y social de los protagonistas de la discusión, así como confrontar la hipótesis con los principales ejes del discurso, los cambios propuestos, los intereses y proyectar los principales escenarios y objetivos que se plantea la eventual reforma al SPS. De esta manera, se busca una aproximación que dé cuenta de las preguntas de la investigación ya explicitadas, con el propósito de aportar al examen simultáneo de los actores, que no sólo ayudará a marcar sus diferencias, sino también lo que tienen en común y los consensos alcanzados.

Para este propósito se usó una matriz de registro de los MCM estudiados y otra para la extracción del discurso de los actores, quienes fueron categorizados en: 1. **Oposición a la reforma** (mantención del lucro); 2. **Algunos ajustes al modelo** (incorporación de sólo algunos cambios importantes. Mantención del lucro); 3. **Reforma parcial al modelo** (perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro) y 4. **Cambio de modelo, cambio estructural** (eliminación de la concepción mercantilista (fin al lucro). Modelo único de acceso y calidad universal. Esto, dará paso a la obtención de los resultados y qué significa estar en una categoría o en otra (integración vertical, plan garantizado de salud, mayor regulación, tarifa única, IPC de la salud, término de discriminación por edad y sexo, preexistencia, cautividad, fin al lucro, etc.).

Cabe precisar que estos medios son poderosas e influyentes empresas periodísticas, cuyos 'públicos objetivos' son, fundamentalmente, las elites políticas y empresariales que determinan la "agenda setting" y condicionan la opinión pública con el interés de mantener el *status quo* sociopolítico actual. Consciente de esto, la investigadora asume que el imperativo ético de informar está sujeto al imperativo comercial, innegable sustrato ideológico que los hacen intervenir activamente en la vida política del país, por lo que al disponer de la información de estos MCM para el análisis del discurso de los actores de la reforma al SPS, es emplear el mismo "rayado de cancha" que la propia elite política y empresarial han validado como -en palabras de Habermas- el único horizonte desde el cual y sobre el cual puede producirse lo simbólico-social en acciones lingüísticamente mediadas.

2. ANTECEDENTES GENERALES DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO

2.1. Antecedentes históricos generales

Entre 1973 y 1980 en Chile se concretó una disminución significativa del gasto social y del financiamiento del Sistema Nacional de Salud, manteniendo la misma estructura organizacional¹³. Posteriormente, en la Constitución Política de 1980, se reconoce como garantía constitucional, en su artículo 19 N° 9 Inc. 1°, el derecho a la protección de la salud, estableciendo que “El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea este estatal o privado”¹⁴.

En el párrafo cuarto del número 9 del artículo 19 de la Constitución Política, se establece la libre elección, consistente en que las acciones de salud podrán ejecutarse ya por instituciones públicas o privadas, ubicando a la salud como una actividad económica más, que pueden realizarse en Chile, de acuerdo con las reglas del derecho de la competencia, establecidas en el artículo 19 número 21, Inc. 1° de la Constitución Política, que garantiza el derecho para realizar cualquier actividad económica, siempre que no atente contra la moral, el orden público y la seguridad nacional, respetando siempre las normas que la regulen¹⁵.

De esta manera, las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), son un sistema privado de seguros de salud creado en Chile en marzo de 1981, durante la dictadura militar, en el contexto de los “*chicagos boys*” y la instalación de un modelo de desarrollo capitalista y globalizante. Así, estas instituciones privadas -según el DFL N° 1- (Art. 173, inc. 1°), establecen que su objeto exclusivo será “el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, así como las actividades que sean afines o

¹³ Mercado de la Salud Privada en Chile. Estudio solicitado por Fiscalía Nacional Económica a la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Octubre, 2012. Pág. 10.

¹⁴ Ibid. Pág. 11.

¹⁵ Ibid. Pág. 11.

complementarias a ese fin, las que en ningún caso podrán implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores”¹⁶.

Junto con la creación de las entidades privadas, se crea el Fondo Nacional de Salud (Fonasa); la eliminación y descentralización del SNS, convirtiéndolo en un Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), a través de entes autónomos, con patrimonio propio distribuidos a lo largo del país, llegando a ser en la actualidad 29 servicios de salud, dependientes del Ministerio de Salud (Minsal), estructura jerárquica y burocrática que organiza y coordina la salud chilena.

Otra importante institución anexa al Minsal es la Superintendencia de Salud, cuya misión es “Regular y fiscalizar a los seguros y prestadores de salud del ámbito público y privado, resguardando los derechos de las personas, promoviendo la calidad y seguridad en las atenciones de salud”¹⁷. Esto último, “a través de la fiscalización a todos los prestadores de salud, en materias como su acreditación y certificación”¹⁸. El énfasis de este cometido está puesto, teóricamente, en la calidad y la seguridad de los pacientes y muy poco se explicita sobre la regulación económica a los prestadores, especialmente privados, lo que hace pensar que la Superintendencia no tiene facultades para ello.

Actualmente, el Fonasa cuenta con más 13,5 millones de chilenos asegurados que cotizan el 7 por ciento de sus ingresos mensuales, incluidas las personas que carecen de recursos propios (3 por ciento), lo que suma el 80 por ciento de la población nacional¹⁹. Cerca del 3 por ciento está asociada a las Fuerzas Armadas y el restante dispone de seguros privados (no Isapre) o no cuenta con seguro.

En promedio, la población de Fonasa -según cifras de la Superintendencia de Salud- presenta mayores prevalencias de daño en su salud, debido a tres factores: el mayor envejecimiento de sus beneficiarios, el menor nivel de ingreso promedio de sus afiliados y la inexistencia de barreras de ingreso para las personas con preexistencias.

El año 2013 el sector público contaba con 1.969 establecimientos en el país: 1.757 correspondían a Atención Primaria de Salud (APS); 18 centros de nivel

¹⁶ Ibid. Pág. 37.

¹⁷ Superintendencia de Salud. *Misión* [supersalud.gob.cl]. Obtenido en: <http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-propertyname-571.html>

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Página Web Fondo Nacional de Salud (Fonasa) 2014. [www.fonasa.cl]. Obtenido el 2 de junio de 2014, <información institucional>

secundario Centros de Diagnóstico y Terapéuticos (CDT), Centros de Referencia de Salud (CRS) y 194 establecimientos de atención cerrada de baja, mediana y alta complejidad, contando estos últimos con centros de especialidad ambulatorios adosados. El mismo año, existían 5 mil 474 instituciones privadas y 20 mil 297 profesionales en convenio Modalidad Libre Elección (MLE) con Fonasa. El costo de la MLE alcanza cerca del doce por ciento del total del presupuesto que se transfiere a prestadores²⁰.

Actualmente a las Isapres se encuentran afiliados 3 millones 200 mil trabajadores que cotizan el 7 por ciento o más de su sueldo bruto. Según cifras proporcionadas por la Superintendencia de Salud, estas instituciones privadas presentan una baja proporción de población adulta mayor, alta proporción de población en edad económicamente activa con un marcado predominio del sexo masculino, es decir, es un esquema que selecciona y segmenta a la población (el mercado), en base al riesgo de los beneficiarios. Así, el modelo de negocios de las Isapres consiste en seleccionar a aquellos beneficiarios que permiten extraer un ingreso neto positivo, determinado por su ingreso bruto menos el gasto esperado²¹.

Además, las personas afiliadas a las Isapres quedan expresamente excluidas de la protección de la ley 19.496 del consumidor. Pese a ello, la Superintendencia de Salud, en las regiones donde no tiene sucursales, ha suscrito convenios con el SERNAC para recibir los reclamos y que esta institución los derive a la autoridad de salud correspondiente.

En términos de oferta de infraestructura, los prestadores privados de salud disponen de 83 clínicas²². Similarmente, del total de los médicos que ejercen en el país, el 52 por ciento se desempeña exclusivamente en el sector prestador privado y, en términos de horas médicas, esa cifra se eleva a un 62 por ciento²³.

Además, la Superintendencia de Salud informó que las Isapres recaudan 1,4 billones de pesos al año, lo que equivale al 46 por ciento de la recaudación del sistema

²⁰ Informe Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Modelo y Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud (CR). Entregado a la Presidenta Michelle Bachelet, el 8 de octubre de 2014, en el Palacio de La Moneda. Pág. 33-34.

²¹ Ibid. Informe CR. Pág. 48.

²² Ibid. Pág. 34.

²³ Ibid.

de salud en su conjunto, para atender sólo a un 16,6 por ciento de la población²⁴. El año 2012, estas entidades alcanzaron más de 81 mil 600 millones de pesos de utilidad. El año 2013, dieron a conocer públicamente que tenían una “baja” en sus utilidades del 53 por ciento, lo que hace presumir que han tenido “pérdidas”. Sin embargo, dicho año alcanzaron utilidades por más de 38 mil 401 millones de pesos. Entre 2010 y 2013 las Isapres generaron utilidades por 241.251 millones de pesos. En resumen, estos agentes comerciales en una década han ganado más de 500 mil millones de pesos²⁵. Durante el gobierno de Piñera, las ganancias de las Isapres aumentaron en un 308 por ciento.

“En la medida en que han convivido, por un lado, un subsistema público (Fonasa) con menor disponibilidad de recursos por beneficiario y un mayor riesgo sanitario; y por otro lado, un subsistema privado (Isapres) con una mayor disponibilidad de recursos por beneficiario y un menor riesgo sanitario, se han ido configurando dos subsistemas paralelos de aseguramiento, lo que genera y profundiza la inequidad en salud y la desigualdad social. Este esquema permite advertir que la segmentación por ingresos es el aspecto más notorio y característico del aseguramiento en salud de nuestro país, agravado por una segmentación de riesgo notorio en los quintiles más altos, donde se segrega por edad”²⁶.

Las brechas del subsistema público respecto del subsistema privado “son sustanciales y, se expresan no sólo en cuanto al aporte de cotizaciones per cápita entre ambos subsistemas, sino que crecientemente en cuanto al nivel de remuneraciones del personal médico y no médico, a la disponibilidad de especialistas, medicamentos, insumos y recursos tecnológicos y, en materia de inversión, en infraestructura y equipamiento”²⁷.

Uno de los objetivos estratégicos de la Reforma de Salud de la década del 2000, fue disminuir la inequidad existente entre los sectores más desposeídos y los más acomodados del país, garantizando la oportunidad, calidad y protección financiera a las patologías de mayor prevalencia en la población, las más graves y las más caras. Con este espíritu el 1º de julio del 2005, se promulga y entra en vigencia la Ley 19.937,

²⁴ Ibid. Pág. 47.

²⁵ <http://www.emol.com/noticias/economia/2014/03/27/652226/isapres-anotan-caida-de-53-en-sus-utilidades-durante-2013.html>

²⁶ Op. cit. Informe CR. Pág. 48.

²⁷ Ibid. Pág. 49.

sobre Acceso Universal de Garantías Explícitas en Salud (Auge), conocida actualmente como Garantías Explícitas en Salud (Ges), con 25 patologías, las que han ido aumentando progresivamente hasta llegar el 1º de julio del 2013, a 80 enfermedades.

2.2. Estructura del sistema de salud chileno

En la actualidad el sistema de salud chileno se puede resumir de la siguiente manera:

Sistema	Administración	Financiamiento	Prestadores	Tipo	Características Generales
SNSS-FONASA	Estatal	Actores Sociales ◦ Individuos ◦ Estado	Estado Privados con fines de lucro	Sistema Estatista de Seguro Social (Bismark)	Solidario Cobertura 77%
ISAPRE	Privada con fines de lucro. Abierta y cerrada, por ejemplo Codelco	Actores Sociales ◦ Individuos	Privados con fines de lucro	Seguros Privados de Salud	No solidario Cobertura 17%
Fuerzas Armadas	Estatal	Actores Sociales ◦ Estatal	Estatal	Seguro Social de ¿??	Solidario Cobertura 3%
Organismos Administradores de la Ley de Accidentes Laborales y Enfermedad Profesional	Mutuales	Actores Sociales ◦ empleadores	Privado	Seguros Privados sin fines de lucro	Solidario dentro de cada mutual. No existen mecanismos de redistribución intermutual, ni con el ISL. Cobertura 70% trabajadores asalariados
	Privada		Sin fines de lucro		
	Sin fines de lucro	Actores Sociales ◦ empleadores	Privados y públicos	Seguro público	ISL tiene algunos programas a los desprotegidos. Esto lo realiza en conjunto con el MINSAL
	Administración delegada, por ejemplo Codelco	Actores Sociales ◦ empleadores	Privados y públicos	Seguros Privados sin fines de lucro	

FUENTE: Elaboración en base a informe CR²⁸.

De esta manera, el país cuenta con un sistema de salud dual y segmentado y, por tanto, con dos tipos de regímenes. Por un lado, existen contratos individuales en el aseguramiento privado (Isapres) y solidario en el aseguramiento público (Fonasa), en

²⁸ Ibid. Pág. 9.

donde los primeros realizan una agresiva selección de riesgos e ingresos, dejando al segundo como última opción.

2.3. Normativa y regulación

La compleja y diversa normativa que “regula” al Sistema Privado de Salud, hacen de esta “un mar sin orillas”. Chile requiere de un Sistema de Salud transparente, puesto que difícilmente podrá terminar con las injusticias del sistema con una regulación tan nebulosa como la vigente. Consciente de ésto, el actual gobierno ha dado señales sobre su intención de producir cambios que den mayor seguridad a los usuarios, en lo que se refiere al funcionamiento de estos agentes comerciales, puesto que la aparición en la prensa el 2013, de las millonarias ganancias obtenidas por estas instituciones privadas de salud, ha provocado fuertes críticas por los diversos actores sociales, entre ellos, los políticos y los usuarios, quienes han interpuesto sendos recursos de protección en contra de estas instituciones por las alzas excesivas, unilaterales e injustificadas en sus planes de salud y en las patologías Auge.

En síntesis se puede establecer que el siguiente marco regulatorio, desde 1920 hasta la fecha, da cuenta de la compleja normativa regulatoria de la salud chilena²⁹:

- 1920: Desde esta década se han creado estructuras de protección previsional para los obreros, “mejorada” posteriormente para los empleados asalariados.
- 1924: Constitución Política, Artículo 10, Inciso 14: El Estado debía “*velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país. Deberá destinarse cada año una cantidad de dinero suficiente para mantener un servicio nacional de salubridad*”.
- 1942: Nacimiento del Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena), producto de la disolución de los departamentos de salud de la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas y de la Caja de Previsión de Empleados Privados (Empart).
- 1952: Instauración del Servicio Nacional de Salud (SNS), a través de la promulgación de la ley N° 10.383.
- 1952: Surgen las Mutuales de Seguridad.

²⁹ Extraído y construido -en parte- y de manera sintetizada, del estudio “Mercado de la Salud Privada en Chile”. 2012.

- 1968: Se dicta la ley N° 16.744 de accidentes y enfermedades profesionales, autorizando a las Mutuales para recibir peculio y administrar un mecanismo de accidentes del trabajo.
- 1979: Decreto ley N° 2.763, reestructuración del sistema estatal de salud. Se crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud (S.N.S.S.), La Central Nacional de Abastecimiento (Cenabast), el Instituto de Salud Pública (I.S.P.) y establece un nuevo orden de prestaciones por medio del Fondo Nacional de Salud (Fonasa).
- 1981: Decreto con Fuerza de Ley (DFL) N° 3, crea las Instituciones de Salud Previsional (Isapres).
Entre 1981 y 1988 se municipalizan el 70 por ciento de los centros de APS.
- 1984: Se ratifican las Isapres a través de la ley N° 18.469 de 1985, que regula el ejercicio del derecho constitucional de protección de la salud, en el que se fija el actual sistema mixto de prestaciones de salud.
- 1985: Las leyes N°s. 18.418 y 18.469 fijan un Fondo Único de Prestaciones Familiares y de Subsidios, reorganizando al sector público, en modalidades de atención institucional y libre elección, estableciendo el aporte financiero según la capacidad económica que corresponda.
- 1990: Se crea una institución de regulación y supervisión del mercado de seguros y proveedores de salud, la Superintendencia de Isapres.
- 1999: Se termina con el subsidio del dos por ciento a las Isapres y el cheque en garantía para las prestaciones de urgencia.
- 2005: La Superintendencia de Isapres, se transforma, en la Superintendencia de Salud.
- 2006: DFL N° 1 (año de publicación), en éste se encuentra contenida la reforma a la salud, materializada en 5 leyes promulgadas entre los años 2003 y 2005: Ley de Financiamiento N° 19.888; Ley de Autoridad Sanitaria N° 19.937; Ley de Isapres N° 20.015; Ley del Auge N° 19.966 y Ley de Derecho de Deberes de los Usuarios N° 20.584.
También en el DFL N° 1 de 2005 (año de promulgación) y el decreto ley N° 211, contienen los preceptos de los agentes económicos denominadas Isapre, por lo que deben funcionar de manera eficiente y competitiva.

“La legislación aplicable a las Isapre y a todo el sistema de salud, está contenida, principalmente, en la Constitución Política de la República y en el DFL N° 1, de 24 de abril de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley (DL) N° 2.763 de 1979 y de las leyes N°s 18.933 y 18.469. La última modificación, según registros de la Biblioteca del Congreso Nacional, fue la de la ley N° 20.575 de 17 de febrero de 2012”³⁰. Al mismo tiempo, como agentes económicos, se les aplica el DL N° 211, sobre protección de la libre competencia en los mercados.

2.4. Conceptos de salud, acceso, calidad, oportunidad y protección financiera en la atención de salud

La Organización Mundial y Panamericana de la Salud definen salud como el estado de bienestar físico, psíquico y social de las personas, por lo que el cuidado de la vida en estos tres aspectos debe necesariamente reflejarse no sólo en la ausencia de enfermedad, sino que también en una sociedad que asegure y garantice la adecuada promoción y prevención de la salud, en su aspecto más integral.

En la reforma a la salud de la década del 2000, existen principios como la igualdad en el acceso a la salud, la oportunidad en el otorgamiento de la misma y calidad en la atención, garantías que no se cumplen, dado que las necesidades más básicas en materia de salud afectan y menoscaban, entre otros aspectos, la calidad de vida de las personas de nivel socioeconómico más desprotegido del país.

En el ámbito de la salud, la calidad pasa directamente por otorgar seguridad en la atención a los pacientes, lo que se establece y define claramente en la reforma a la salud. Sin embargo, esta garantía y las que se mencionan a continuación, rigen sólo para las 80 patologías Ges, aunque con deficiencias y lista de espera, tanto en el sector público como privado:

Garantía Explícita de Acceso: obligación de Fonasa y las Isapres de asegurar el otorgamiento de las prestaciones garantizadas de salud a todos sus cotizantes.

Garantía Explícita de Calidad: otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador de salud registrado y acreditado en la Superintendencia de Salud.

³⁰ Ibid. Pág. 12.

Garantía Explícita de Oportunidad: plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas. Al respecto, existen protocolos de plazos definidos a cumplir, según la patología.

Garantía Explícita de Protección Financiera: se refiere al pago que debe hacer el afiliado a Fonasa o Isapre por prestación o varias de ellas. En el caso de las personas que se encuentren en el grupo A y B de Fonasa, se les cubrirá la totalidad de la o las prestaciones, con algunas excepciones de copagos que el segundo grupo debe hacer como por ejemplo en salud bucal.

Problemas priorizados: Lo más frecuente, lo más grave, lo más caro y lo que daña más la calidad de vida.

3. EL NEOLIBERALISMO COMO CONTEXTO HISTÓRICO, IDEOLÓGICO Y POLÍTICO

Para determinar las principales corrientes y posiciones políticas e ideológicas presentes en el debate sobre el futuro de la salud privada en Chile (objetivo específico b.), es necesario contar con una perspectiva histórica y conceptual del despliegue del neoliberalismo en el país, ya que este modelo de desarrollo que prima desde 1975 en adelante, no sólo continúa vigente, sino que se ha “perfeccionado” al máximo. Por ello, conforma un marco de referencia ineludible en los debates asociados a la generación de políticas públicas en Chile. Y si el neoliberalismo supone puntos de referencia relevantes para la política contingente, puede resultar clave a la hora de identificar y clasificar los puntos de convergencia, divergencia y consenso en el debate a revisar (objetivo específico c.).

La creación de las Isapres formó parte de las llamadas siete modernizaciones que realizó la dictadura militar en áreas de lo social³¹. El régimen (1973-1990) movilizó hacia las interacciones de mercado ciertos ámbitos de acción que antes eran asumidos predominantemente por el Estado, como la educación o la salud. A su vez, la mercantilización de estas esferas conformó parte de la transformación general que vivió el país durante el mandato castrense, marcada por el paso de un Estado de compromiso interclasista³² -similar a la idea de Estado de bienestar- a un Estado subsidiario enmarcado en un modelo económico y social neoliberal (también llamado neoconservador).

El proceso referido ha sido llamado “revolución capitalista”³³, y caracterizado como la “cópula incesante entre militares, intelectuales neoliberales y empresarios nacionales o transnacionales”³⁴, dando lugar a un espacio donde el mercado, y no el Estado, pasa a regular y mediar los conflictos entre intereses antagónicos de clases sociales igualmente antagónicas, llegando a extenderse a “esferas de la vida antes

³¹ Piñera, José (1979). *La Entrevista de la Refundación*. Obtenido el 9 de junio del 2014 en: http://www.josepinera.com/chile/chile_sietemodernizaciones.htm

³² Moulian, T. (2006). *Fracturas: de Pedro Aguirre Cerda a Salvador Allende (1938-1973)*, Santiago: LOM Ediciones.

³³ Gárate Chataeu, M. (2012). *La Revolución Capitalista de Chile (1973-2003)*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.

³⁴ Moulian, T. (1997). *Chile Actual: Anatomía de un mito*. Santiago: LOM Ediciones. Pág. 18.

inimaginadas”³⁵, entre ellas la salud, la educación³⁶, el sistema carcelario, las obras públicas y el transporte.

El modelo neoliberal fue administrado y profundizado por los gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia³⁷, coalición de centro-izquierda que tuvo a sus representantes en el poder ejecutivo en el periodo 1990-2010. La “Concertación” representó una “transición” hacia la democracia en Chile, momento en que los políticos de dicha coalición decían priorizar la “governabilidad”, por lo que los cambios sociales, políticos y económicos, debían realizarse de forma gradual y consensuada³⁸. Esto equivalía a lo que sostenía el ex presidente Aylwin (1990-1996), “en la medida de lo posible”.

De esta manera, Chile se transforma en país pionero del neoliberalismo. Se convierte en un caso “exitoso” en su aplicación en la región (emprendedor, ganador, moderno, exitoso, jaguar, etc.). La profunda penetración de la cultura neoliberal en la política chilena, hace que éste se active automáticamente en todo los ámbitos de la vida individual, social y política de las personas.

“El modelo” fue mantenido por el gobierno de Sebastián Piñera (2010-2014), representante de la “Alianza por Chile”, coalición política cuyos líderes han sido defensores reconocidos del régimen militar de Pinochet. Recientemente, los partidos de la Concertación -actualmente “Nueva Mayoría”- han recuperado el poder ejecutivo (2014-2018), generando expectativas como la de transitar de un Estado subsidiario a un Estado benefactor.

³⁵ Agacino, R. (2006-7: 3). *Hegemonía y contra hegemonía en una contrarrevolución neoliberal madura. La izquierda desconfiada en el Chile post Pinochet*. Papel presentado a la reunión del Grupo de Trabajo Hegemonías y emancipaciones de CLACSO, 30-31 enero de 2006, Caracas. Obtenido el 9 de junio de 2014 desde: <http://www.cipstra.cl/download/transformaciones/Hegemon%C3%ADa%20y%20Contra%20hegemon%C3%ADa%20en%20una%20Contrarrevoluci%C3%B3n%20Neoliberal%20Madura%20-%20Agacino,%20Rafael.pdf>

³⁶ Es de interés notar que no sólo la “comodificación” de lo social representó una acción vanguardista a nivel mundial, sino que la implementación misma del neoliberalismo suponía la aplicación de políticas económicas inéditas (Meller, 2007), haciendo de Chile un país pionero en esta línea, junto con los gobiernos de Thatcher en Inglaterra y Reagan en Estados Unidos.

³⁷ Op. cit. Gárate Chataeu, M. (2012).

³⁸ Muñoz, O. (comp.); Boeninger, Edgardo; Correa, Enrique; Cortázar, René y Foxley, Alejandro (1990). *Transición a la Democracia: marco político y económico*. Santiago: CIEPLAN (Corporación de Investigaciones Económicas para Latinoamérica).

A continuación, se destacarán algunos fenómenos o ideas relevantes para la comprensión del neoliberalismo en el caso chileno y como “filosofía del progreso”, que serán útiles a la hora de analizar el debate a investigar:

3.1. El neoconservadurismo se opone a la idea de Estado benefactor y Estado nacional desarrollista

Primero, conviene notar que el neoliberalismo es el sucesor histórico del Estado benefactor a nivel mundial, y en cierto sentido se le opone. Para Bauman, la idea de Estado benefactor implica que parte de las obligaciones del Estado es garantizar una situación de “bienestar”, atender el “bienestar público” como lo entiende Kirk Mann, es decir, garantizar colectivamente la supervivencia digna de todos los individuos. El Estado benefactor, escribe Bauman, parafraseando a Ian Gough, “¿es un agente de represión o un sistema para ampliar las necesidades humanas y mitigar los rigores de la economía de mercado? ¿Es una ayuda para la acumulación de capital y el aumento de ganancias, o un salario social que hay que defender y aumentar, como el dinero que se gana trabajando? ¿Es un fraude capitalista o una victoria de la clase obrera?”³⁹. Según Bauman, la respuesta es que el Estado benefactor ha sido todo eso y mucho más.

El Estado Nacional Desarrollista es un fenómeno similar al de Estado benefactor, y es el término usado para referirse al tipo de desarrollo que se impulsó en América Latina desde la década de 1940, caracterizado por un Sistema de Industrialización Sustitutiva de Importaciones (ISI); una fuerte presencia del Estado en la economía nacional y gobiernos considerados como populistas. Estos aspectos fueron característicos de una época donde la ciudadanía latinoamericana iba fortaleciendo la convicción de que poseían derechos como la vivienda, la salud y la educación, y que estos derechos eran una obligación directa del Estado⁴⁰.

La intervención o excesiva participación del Estado en la economía y otras áreas es indeseable para la corriente neoliberal por varios motivos que se dejan ver en los párrafos siguientes.

³⁹ Bauman, Z. (2005). *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. Barcelona: Gedisa. Pág. 74.

⁴⁰ Gómez Leyton, J.C. (2010). *Política, Democracia y Ciudadanía en una Sociedad Neoliberal (Chile: 1990-2010)*, Santiago, Editorial Arcis.

3.2. No existe el interés general

De acuerdo a quienes contribuyeron al auge del neoliberalismo en Inglaterra y a nivel mundial, el interés general no existe⁴¹. La idea de interés público es utilizada por los gobernantes y la burocracia estatal para perseguir sus propios intereses. Los individuos que conforman una población tienen intereses diversos, y no resulta justo que la totalidad de éstos, paguen impuestos y otras imposiciones con la finalidad de beneficiar a grupos específicos de la población. Como decía Margaret Thatcher, la sociedad no existe, sólo existen hombres y mujeres individuales⁴².

3.3. Homo economicus como concepto de ser humano

La ideología neoliberal considera que la finalidad que mejor caracteriza al ser humano es la libertad individual de elegir y perseguir la maximización de su bienestar individual⁴³. Tanto en la visión clásica (Adam Smith), como en la visión neoclásica de la economía (Alfred Marshall) se mantiene una idea del ser humano como homo economicus (hombre económico). Esto quiere decir que los principales incentivos de la conducta humana están asociados a la persecución del interés individual, por lo tanto, el dinamismo y progreso de las sociedades deben aprovechar este principio, que tiene su expresión más libre en los contextos de mercado.

3.4. El mercado dinamiza mejor el progreso que el Estado

En contraste con el Estado, el mercado: (a) tiene mayor capacidad de representar la diversidad de intereses individuales que existen en una población, pues el voto permite que las mayorías se impongan a las minorías, mientras que, en el mercado, cada decisión individual tiene un impacto directo: identifica las necesidades reales de los individuos y fija valoraciones (precios) para estas necesidades; (b) provee de un sistema transparente y expedito para incentivar la característica principal del homo economicus, esto es, el deseo por maximizar su bienestar individual. Así, el mercado es el espacio “natural” para el desenvolvimiento de este tipo de “naturaleza humana”. (c) Tiene mayor capacidad y velocidad para adaptarse a los cambios; (d) mayor capacidad de ajustarse a los intereses de los consumidores: los servicios y productos que son considerados más útiles crecen y los que caen en desuso

⁴¹ Atria, F., Larraín, G., Benavente, J., Couso, J. y Joignant, A. (2013). *El otro modelo: del orden neoliberal al régimen de lo público*. Santiago: RHM Grupo Editorial.

⁴² Ver “Thatcher y Hayek: la sociedad no existe”, en Nadal (2013, 10 de abril).

⁴³ Friedman, M. (1993). *Libre para elegir*. Barcelona: Planeta-Agotini.

disminuyen o desaparecen (autorregulación); (e) equilibran los intereses de los oferentes y los demandantes a través del sistema de precios; (f) incentiva la competencia, lo que es bueno para el consumidor y la generación de progreso económico y social (implica la mejora de los servicios, los productos, la tecnología, etc.) y (g) la inmensa mayoría debe esforzarse para disfrutar del fruto del progreso (las personas no “descansan” en el Estado)⁴⁴.

3.5. Tendencia hacia la privatización y comodificación de todas las esferas sociales

El neoliberalismo “cree en la ventaja del espíritu de lucro como factor decisivo de la economía y, por tanto, la iniciativa privada debe encontrar las mayores facilidades sin llegar al exceso del capitalismo libre”⁴⁵. Puesto que el mercado genera mejores condiciones que el Estado para la producción de prosperidad, se privatizan otras esferas de las cuales se hacía cargo el Estado (salud, educación, sistema carcelario, etc.) y se favorece la libertad de ofrecer servicios y la libertad de elegir qué servicio utilizar.

A su vez, “la privatización provee un componente fundamental de la democracia dirigida. Al ceder funciones esenciales que alguna vez fueron celebradas como victorias populistas, la privatización devalúa lo político y sus contenidos democráticos. La estrategia que siguen los defensores de la privatización es, primero, desacreditar las funciones de bienestar social como ‘socialismo’ y luego vender esas funciones a un oferente privado o bien privatizar un programa en particular”⁴⁶.

3.6. Estado mínimo y focalización de recursos

Respecto a la forma de gobierno, el neoliberalismo concibe la democracia con un Estado cuyos poderes sean limitados al mínimo posible (poder militar, policial y garante del cumplimiento de las reglas del juego). Al intervenir en los intereses entre privados de manera excesiva, la burocracia estatal traba el dinamismo de los mercados, desincentiva la inversión, el emprendimiento y las relaciones de

⁴⁴ “Libre para elegir”, además de ser un libro (Friedman, 1993), es un programa de televisión animado por Milton Friedman. Los diez capítulos de la serie están disponibles en el sitio youtube.com. Las características reseñadas del mercado son destacadas, en su mayoría, en el capítulo “El Poder del Mercado”.

⁴⁵ Verdugo M., Mario – García B. Ana María (2004). *Manual de Derecho Político*. Santiago: Edit. Jurídica de Chile. Pág. 234.

⁴⁶ Wolin, S. (2008). *Democracia S.A. La democracia dirigida y el fantasma del totalitarismo invertido*. Buenos Aires: Katz Editores. Pág. 196.

intercambio. Entonces, queda al Estado “instruir un orden jurídico en el cual se enmarque la iniciativa privada (leyes sobre la propiedad, leyes contra los monopolios, sobre los contratos, sobre la imposición tributaria, etc.)”⁴⁷. Quedan fuera, por ejemplo, el proteccionismo de empresas, la fijación de precios y el control de utilidades.

De esta forma, todos deben esforzarse para disfrutar de la prosperidad, asegurando así que el progreso llegue directamente a quienes “se lo merecen”, es necesario que la asistencia estatal se mantenga al mínimo: sólo para quienes no puedan sostenerse producto de su esfuerzo (los pobres, por lo general).

Es así como el Estado debe proveer de todo aquel bien que el sector privado o el mercado no esté dispuesto a abastecer, es decir, el Estado interviene toda vez que los privados no puedan o no deseen resolver. Por tanto, el sector privado decide qué, cómo y para quién producir. Tal es la situación que, en el ámbito de la salud por ejemplo, a las personas que padecen patologías crónicas, tienen edad avanzada o son menores de dos años, las Isapres amparados por la “legalidad” reinante, se les “obliga” a irse a Fonasa. De esta manera, se impide una visión en la que “lo público” asegure un estándar de vida digno para el general de la ciudadanía y no sólo servicios mínimos para quienes no pueden pagar su ingreso al sistema⁴⁸.

3.7. Estado subsidiario

El Estado subsidiario, como parte del Estado mínimo, no se hace cargo directamente de la administración o dirección de diversos servicios públicos, sino que entrega subsidios a diversos actores privados o descentralizados (o procura la asignación de recursos a los mismos), que deben competir para captar financiamiento. El Estado subsidia la demanda. Así se busca generar bienestar a través de las interacciones entre oferta y demanda, ya que se concibe que la competencia entre actores privados genera mejores resultados que la burocracia estatal. No tiene sentido financiar preferentemente a ciertas instituciones estatales si la competencia entre privados puede brindar mejores resultados⁴⁹. En los últimos años, se ha hecho común argumentar que lo importante no es quién provee el servicio, sino que la “calidad” del mismo.

⁴⁷ Op. cit. Verdugo M., Mario – García B. Ana María (2004). Pág. 233.

⁴⁸ Op. cit. F., Larraín, G., Benavente y otros (2013).

⁴⁹ Friedman, M. (2012: CEP 1992). *Capitalismo y Libertad. Ensayos de Política Monetaria*. Barcelona: SINTESIS.

3.8. Rechazo al autoritarismo democrático, apoyo a la libertad negativa y cuestionamiento a la libertad positiva

La libertad se comprende en vista de la tradición liberal inglesa, es decir, como no coacción del Estado sobre el individuo. La libertad, en este sentido, es definida de forma negativa⁵⁰, ya que significa no impedir el ejercicio de la libertad individual. Por otro lado, es posible que la libertad positiva -como decisión activa de los individuos- merme la libertad negativa. El poder organizativo y democrático de ciertos grupos, como parte del ejercicio de la libertad positiva, puede atentar contra las libertades individuales. Para Hayek, liberalismo y democracia son dos cosas relacionadas pero distintas: la democracia ilimitada puede atentar contra la libertad en el ejercicio del poder de las mayorías sobre las minorías. Esto significa que la democracia puede ser totalitaria, o tender hacia el totalitarismo, al imponer restricciones excesivas al libre comercio, a la libertad de elección en salud, a la libertad de enseñanza, al flujo de capitales a nivel internacional⁵¹, etc.

3.9. El consumo como ejercicio democrático

El neoliberalismo, a diferencia del liberalismo de raíz francesa, ve que la voluntad de la población no se expresa -primordialmente- a través del Estado, la elección de representantes o las manifestaciones en el espacio público. La voluntad de los sujetos se expresa eligiendo -con libertad- la institución que brinde el mejor servicio posible, se trate de un servicio educativo, sanitario o lúdico⁵². Los ciudadanos expresan su voluntad mayoritaria a través del consumo. El consumidor vota con los pies, y así ejerce su libertad⁵³.

3.10. La desigualdad es un resultado natural de las interacciones de mercado

En las interacciones que existen en el mercado se puede perder o ganar. Se supone que los mejores ganan la competencia por maximizar su bienestar, lo que trae progreso general sobre la población, ya que los mejores servicios, productos,

⁵⁰ Berlin, I. (1993). Dos conceptos de libertad. En Berlin, I. *Cuatro Ensayos sobre la Libertad*. Madrid: Alianza Universidad (pp. 187-244). Obtenido el 9 de junio de 2014 en: http://www.terras.edu.ar/biblioteca/10/10FP_Berlin_Unidad_3.pdf

⁵¹ Hayek, Friedrich Von (1966). *Los principios de un orden social liberal*. CEP. Obtenido el 9 de junio de 2014 en: http://www.cepchile.cl/dms/lang_1/doc_962.html

⁵² Núñez, D. (2004). Frederick Hayek y La Génesis del Pensamiento Neoliberal. En ICAL. *Sociedad, Trabajo y Neoliberalismo: Apuntes de las Escuelas de Formación Sindical* (pp. 15-49). Santiago: Ediciones ICAL (Instituto de Ciencias Alejandro Lipschutz).

⁵³ Friedman, M. (2010 y 1993). *La gente vota con los pies*. Obtenido el 3 de junio de 2013 en: <http://www.youtube.com/watch?v=l8IILQ3GAqY>

tecnologías y atenciones y los hombres más capacitados surgen del proceso de competencia⁵⁴. Entonces, se aceptan las desigualdades humanas y se admiten sus consecuencias, suponiendo que el Estado aliviará la situación de desmedro de los vencidos en materia económica⁵⁵.

3.11. El neoliberalismo como fin de la historia, posmodernidad o fin de la épica de autodeterminación colectiva

En el liberalismo exacerbado, es ingenuo pretender que una voluntad soberana pueda generar una institucionalidad superior que la que ha probado su eficacia al sobrevivir al paso del tiempo⁵⁶. De esta forma, el neoliberalismo desmonta la premisa moderna básica que dice que los sujetos pueden hacer su historia y construir sus sociedades parapetados en el uso público de su razón⁵⁷ y en el ejercicio de su voluntad general o colectiva⁵⁸. Este liberalismo tiende a limitar los mecanismos de generación de bienestar social y económico al ejercicio de la libertad individual de elegir servicios (u ofrecerlos). Por esto es que, el autor Edgardo Lander afirma que el neoliberalismo se presenta a la humanidad como único modelo de civilización⁵⁹.

3.12. Conformación de élites empresariales y políticas

La concentración del poder es una de las críticas que más frecuentemente se le realiza a los regímenes neoliberales. Por ejemplo, el académico Sheldon Wolin afirma que “los grupos de interés organizados políticamente, con vastos recursos, que operan en forma permanente, sincronizados con las agendas y los procedimientos parlamentarios, y ocupan puntos estratégicos en los procesos políticos revela la profundidad del cambio sufrido por la concepción de gobierno ‘representativo’ (...). Si el objetivo principal de las elecciones es ofrecerles legisladores maleables a los lobistas para que les den la forma deseada, es un gobierno clientelista no representativo de la ciudadanía, es decir, es antidemocrático (...). Este factor contribuye decididamente a la despolitización de la ciudadanía”⁶⁰.

⁵⁴ Hayek, F. (2007). *Camino de servidumbre*. Madrid: Alianza Editorial.

⁵⁵ Op. cit. Verdugo y García 2004.

⁵⁶ Op. cit. Hayek (2007).

⁵⁷ Kant, I. (2004). *¿Qué es la Ilustración?*. Barcelona: Alianza Editorial.

⁵⁸ Rousseau, Jean-Jacques (2004). *El Contrato Social*. Barcelona: LOSADA.

⁵⁹ Lander, E. (Comp.) (2000). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas Latinoamericanas*. Buenos Aires: CLACSO y UNESCO.

⁶⁰ Op. Cit. Wolin, Sheldon (2008). Pág. 99.

4. CONFORMACIÓN DE LA COMISIÓN ASESORA PRESIDENCIAL PARA EL ESTUDIO Y PROPUESTA DE UN NUEVO MODELO Y MARCO JURÍDICO PARA EL SISTEMA PRIVADO DE SALUD EN LOS PRIMEROS “100 DÍAS” DE GOBIERNO DE LA “NUEVA MAYORÍA”

La Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Modelo y Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud, en adelante Comisión Reforma (CR), surge del compromiso adquirido por la actual Presidenta Michelle Bachelet, en su Programa de Gobierno 2014-2018, en el que reconoce que “las Isapres discriminan a las personas según el riesgo que tienen de enfermarse y provocan segregación de la población. Esto afecta especialmente a las mujeres, personas mayores, personas con problemas de salud y a quienes pertenecen a hogares de menores recursos (...). No es justo que una persona mayor o que tiene mayor probabilidad de enfermarse o aumentar sus gastos de salud, las Isapres le cobren mucho más caro o simplemente el sistema privado de salud lo expulse, entre otros de los problemas antes presentados. Por eso, en los primeros 100 días de Gobierno, convocaremos a un equipo de expertos con el mandato de redactar una propuesta de Proyecto de Ley de Isapres, que estén en el contexto del funcionamiento global del sistema de seguridad social en el ámbito de la salud”⁶¹.

Al encargar el trabajo a la CR, la Presidente agregó que “el acceso a las prestaciones de salud son un derecho y, como tal, no es posible que su provisión quede enteramente liberada a las leyes del mercado, comprometiendo así el bienestar e incluso la vida de miles de personas. Chile necesita y demanda introducir más equidad y solidaridad en el sistema sanitario y, ello implica garantizar en todos los casos, sin excepción, el derecho efectivo a la salud. Y no cualquier salud, una salud digna, de calidad y oportuna”⁶².

De esta manera, el 14 de abril de 2014, la Presidenta de la República, el Ministro de Hacienda, la Ministra Secretaria General de la Presidencia y la Ministra de Salud, firmaron el Decreto N° 71 que crea dicha Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Modelo y Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud, cuyo objetivo es: “asesorar a la Presidenta de la República en el estudio de la

⁶¹ Op. cit. En Informe Comisión Asesora Presidencial. Pág. 1.

⁶² Ibid. Pág. 70.

normativa del Sistema de Salud, especialmente en lo relativo a los administradores privados (Instituciones de Salud Previsional, ISAPRE), los derechos de sus afiliados y beneficiarios y sus relaciones con el Sistema de Salud en su conjunto y proponer adecuaciones y reformas al sector, de manera que la salud pueda ejercerse como un derecho de la seguridad social⁶³.

Para este cometido se convocó a dieciocho destacados profesionales y personas relacionadas al ámbito de la salud, a través del mundo político, empresarial, técnico y académico: Camilo Cid Pedraza (Secretario Ejecutivo de la CR), Ximena Aguilera Sanhueza, Ana María Albornoz Cristino, Oscar Arteaga Herrera, María Soledad Barría Iroumé, Pedro Barría Gutiérrez, Carmen Castillo Taucher, David Debrott Sánchez, Gonzalo de la Carrera Correa, Marcelo Dutilh Labbé, Pedro García Aspillaga, Tomás Jordán Díaz, Osvaldo Larrañaga Jiménez, Fernando Matthews Cádiz, Mario Parada Lezcano, Guillermo Paraje Pisoni, Oriele Solar Hormazabal y Andras Uthoff Botka:

⁶³ Ibid. Pág. 2.

Distintos grupos en la instancia



Fuente: El Mercurio del 16/04/2014.

Para la mayoría de estos comisionados, lo central es establecer los principios que deben guiar la propuesta de corto plazo. Esto es el derecho a la salud, como derecho humano fundamental y los principios de seguridad social como principios orientadores de la operacionalización de la propuesta que se detallará en páginas siguientes.

5. POSICIONES DISCURSIVAS DE LOS ACTORES DE LA REFORMA AL SISTEMA PRIVADO DE SALUD, EN LA PRENSA ESCRITA DESDE MARZO AL 10 DE OCTUBRE DEL 2014

5.1. Gobierno:

Desde que asumió, en marzo de este año, la cartera de salud la ministra Helia Molina, dio a conocer explícitamente la estrategia del gobierno, tras informar que la reforma al SPS no terminará con el sistema y que lo importante es tener una ley que no sea lapidaria⁶⁴.

Una de las primeras medidas tomadas por el gobierno, fue la de retirar de la discusión en la Cámara de Diputados el proyecto que buscaba que los usuarios del grupo “A” de Fonasa, compraran bonos de consultas médicas, para atenderse en el sistema privado⁶⁵, con el argumento de que al Estado le significa 13 mil 733 millones al año, de los cuales 8 mil 320 millones corresponden al monto que debería desembolsar salud, ejemplificando que la construcción de un consultorio bordea los 3 mil millones, por lo que el gobierno optó por fortalecer la red de salud pública por sobre las transferencias desde Fonasa al sector privado⁶⁶.

Asimismo, el 22 de marzo de este año, a 10 días de conocerse los reajustes de los precios base de los planes que comenzaron a aplicarse a partir del 1º de julio, la Superintendencia de Salud descarta el IPC de la salud, elaborado sobre la base de datos calculados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), como referencia para las alzas de las Isapres, creado por esta misma institución durante el gobierno de Sebastián Piñera. Con el IPC de la salud de un 5,56 por ciento, los planes serían muy altos. De hecho, entre el 2012 y 2013 el alza promedio de los planes fluctuó entre el 2,4 por ciento con un IPC de 2,15 y el 1,9 por ciento con un IPC de 2,47 por ciento, lo que deja de manifiesto que este “medidor” no tiene referencia más que con las prestaciones inducidas. Es así como el actual Superintendente de Salud, Sebastián Pavlovic sostiene que “la cantidad de prestaciones de salud que se otorgan son

⁶⁴ Ministra de Salud: reforma a las isapres partirá de “cero” aunque no terminará con el sistema. El Mercurio, Santiago, Chile, 14 marzo, 2014. C-6.

⁶⁵ Proyecto presentado en la administración del presidente Sebastián Piñera (2010-2014).

⁶⁶ Salud retira proyecto que permitía comprar bonos a usuarios Fonasa A. El Mercurio, Santiago, Chile, 21 marzo, 2014. C-7.

muchas veces estimuladas o inducidas por los propios prestadores de salud, muchos de ellos estrechamente ligados a las Isapres”⁶⁷.

De esta manera, la autoridad no valida la fórmula, ratificando que el IPC de la salud y su implementación tiene que ver con la inclusión de la frecuencia de uso de los seguros de salud como uno de los factores que inciden en la construcción del indicador, que podría ser “de responsabilidad de las propias Isapres y, por tanto, no debiesen significar un gravamen para las personas”⁶⁸.

En tanto, la ministra Helia Molina, da a conocer su desacuerdo con la integración vertical, ya que sostiene se presta para abusos. Es ilegal y la define como el peor pecado. El problema es cuando los aseguradores privados trabajan con el 7 por ciento obligatorio de la gente, cobran un copago y además, esa misma empresa es quien determina dónde será la atención, lugar que es de su propiedad también. Por ejemplo, los planes suben en la medida que sube el IPC de la salud, y éste sube de acuerdo a lo que cobran los laboratorios y las clínicas, es decir, las Isapres establecen el valor de las prestaciones y el alza de los planes, aceptando que los únicos que ganan son los que tienen el negocio. La ministra tiene claro que eso hay que regularlo, pero no terminar con las Isapres⁶⁹.

De la misma forma, Molina da a conocer su postura ante temas claves del debate, detallando su misión principal: fortalecer el sistema público de salud, porque al final de cuentas -dice- la salud de los pobres nunca es buen negocio. Agrega que “el hecho de que el sector salud no haya mejorado en los últimos años no es casual. Hay grupos en este país cuyo paradigma e interés es privatizar la provisión de servicios”⁷⁰. Asimismo, sostiene no tener nada en contra de los privados, sólo cree que el Estado debe velar porque todas las personas tengan derecho a tener el máximo de posibilidades, en el acceso y cuidado de la salud.

La posición de la ministra sobre la reforma es que no es ningún cambio lo que el gobierno está haciendo, sólo hay que reforzar lo existente y no debilitarlo⁷¹. Al mismo

⁶⁷ Superintendencia descarta usar IPC de Salud Como Referencia para alzas de isapres. El Mercurio, Santiago, Chile, 22 marzo, 2014. C-21.

⁶⁸ Ibid. Pág. C-21.

⁶⁹ Reforma a la ley de Isapres: “No debe haber integración vertical, porque se presta para abusos”. Diario Financiero, Santiago, Chile, 30 abril, 2014. Págs. 12 y 13.

⁷⁰ Ibid. Diario Financiero. Págs. 12 y 13.

⁷¹ Ibid. Diario Financiero. Págs. 12 y 13.

tiempo, sobre limitar la compra de cupos de cirugías o camas en el sector privado, enfatizó que jamás van a limitar el gasto a privados cuando el sistema no tiene cómo atender a la gente.

Al mismo tiempo, la ministra indica que debe haber reglas que impidan la segregación de las personas por riesgos que son normales en la vida y se refiere al “castigo” de la mujer que está en edad fértil, subiéndole el plan porque posiblemente puede tener un hijo.

También, asume que los presupuestos en salud son limitados, pero que hay voluntad política para aumentarlos. De hecho, de la Reforma Tributaria una parte importante está destinada a salud. Agrega que el PIB había que aumentarlo al doble por lo menos, puesto que en los lugares donde tienen buena salud, social y técnicamente adecuada como Canadá, Finlandia, Inglaterra, Francia, Alemania o Austria, tienen, por lo menos, un 8% del PIB de gasto público en salud. Anunció que esto, en Chile, va a ser progresivo.

Le parece que lo más importante es que la gente se sienta protegida por el Estado, el que -según Molina- debe velar porque todas las personas, independientes de su lugar de nacimiento, etnia, sexo, nivel económico y social, tengan derecho a tener el máximo de posibilidades de desarrollar su potencial genético y en el acceso y cuidado de la salud. Añade que el Estado puede construir hospitales⁷².

Otro de los representantes del gobierno, el Superintendente de Salud, Sebastián Pavlovic, declara que hoy es el momento adecuado para realizar cambios al SPS, puesto que hace diez años que se intenta hacer cambios y el sector los rechazaba. Este ánimo de cambio tiene que ver con el fallo del Tribunal Constitucional (TC) que hace cuatro años, derogó la aplicación de tablas de factores de riesgo por sexo y edad, más la creciente judicialización, conflictividad y la pérdida de confianza de los usuarios en las aseguradoras. Asimismo, el personero da a conocer su impresión sobre el sistema de salud, el que va a seguir siendo mixto y ve la asimetría que hay en el sistema de salud, como un “poco” natural⁷³.

⁷² Ibid. Diario Financiero. Págs. 12 y 13.

⁷³ “Hoy todos entienden que hay que hacer cambios al sistema privado de salud”. El Mercurio. Santiago, Chile, 29 mayo, 2014. Edic. Especiales I. Pág. 2.

Frente a la propuesta de las Isapres sobre que los usuarios cautivos en Isapres podrían cambiarse de aseguradora, tras cumplir con una lista de criterios clínicos y administrativos, como por ejemplo: llevar al menos tres años en el sistema, no estar hospitalizados ni con licencia médica y para las preexistentes AUGE, no habría condiciones, el Superintendencia de Salud informó que un poco más de 1.2 millones de personas no pueden hoy cambiar de Isapre, por su avanzada edad o porque han sido diagnosticadas de una enfermedad como diabetes, hipertensión o cáncer, lo que desincentiva a las otras aseguradoras a admitirlos, ante la certeza del riesgo económico que implica. Así, el afiliado queda con sólo dos opciones: mantenerse en su Isapre o migrar a Fonasa. Por tanto, frente al plan de las Isapres sostiene que estudiará la iniciativa “para ver si las restricciones que ellos han descrito, desvirtúan o no el objetivo final que tenemos, el cual es perfeccionar el sistema y no hacer una corrección cosmética”⁷⁴. Adicionó Pavlovic que, pese a que la eliminación de la cautividad es un paso, “no es suficiente, porque el sistema tiene otros muchos problemas y se justifica seguir discutiendo los otros elementos vinculados con la segregación y la discriminación del sistema privado”⁷⁵.

Sobre la idea de las Isapres para terminar con usuarios cautivos, ésta castiga al 80 por ciento de los afiliados que no usen el AUGE. Ellos podrían optar a una cobertura de sólo el 25 por ciento para su enfermedad por tres años. En esta materia el Superintendente asegura que “tenemos que analizar si los requisitos que se están imponiendo son razonables o desvirtúan este avance”⁷⁶.

Una posición más radical mostró la directora del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Jeanette Vega, consistente en la creación de un único fondo de cotizaciones de salud, manejado por el Estado, con el consiguiente fin de las Isapres, idea a la que adhiere uno de los comisionados, David Debrott.

Según Vega, la alternativa de un fondo único de las cotizaciones de los afiliados a las aseguradoras privadas y Fonasa, sería una importante mejora para los usuarios públicos que llegaría al 13 por ciento. Propone Vega que si se saca a las Isapres del

⁷⁴ Propuesta por preexistencia: 60% de afiliados cautivos podría cambiar de isapre. La Tercera, Santiago, Chile, 30 mayo, 2014. Pág. 16.

⁷⁵ Ibid. La Tercera. Pág. 16 y 17.

⁷⁶ Idea de isapres para terminar con usuarios cautivos castigan a quienes no usan el AUGE. El Mercurio, Santiago, Chile, 30 mayo, 2014. C-8.

sistema y su cartera de afiliados se traspasa a una especie de “Súper Fonasa”, el fondo común se alimentaría tanto de las actuales utilidades de los seguros privados, como del ahorro en menores gastos de administración. Así captaría fondos extra por 219 mil millones al año, esquema en el cual las Isapres se restringirían a sólo ofrecer seguros complementarios de salud. El dinero extra se distribuiría entre los usuarios del actual Fonasa, con lo que se podría reducir a la mitad la lista de espera quirúrgica (que suma más de 105 mil personas), y mejorarían las coberturas que hoy entrega el fondo en la modalidad libre elección. Por ejemplo -dice Vega- las consultas de especialidad hoy tienen un copago del 50 por ciento, que podría bajar a 30 por ciento. En hospitalización, el seguro público podría aumentar la cobertura de 23,6 por ciento a 50 por ciento, sin generar deterioro en los planes de los usuarios de la salud privada, quienes mantendrían los mismos beneficios, precios y condiciones. “En el cálculo que hacen las Isapres, no se considera el aporte voluntario, lo suma; el efecto neto de redistribución es muy importante. Hicimos un cálculo de lo que significaría en términos concretos solidarizar la cotización, lo que significaría alrededor de 200 mil millones adicionales, que contribuiría a mejoras muy importantes”⁷⁷.

Paralelamente al debate sobre la reforma al SPS, la Superintendencia decidió congelar los precios de 81 planes de salud, tras determinar que las alzas anunciadas por las respectivas Isapres no estaban ajustadas a derecho, eran arbitrarias o no habían sido debidamente justificadas, entre otras razones. Esta facultad fue aplicada de forma inédita para dar cuenta de las reclamaciones de los afiliados y que hasta ahora sólo se habían usado para usuarios en condición de cautivos, excluyendo al grueso de la cartera de 1,6 millones de cotizantes. Según Pavlovic, desde enero se han recibido 227 reclamos contra Isapres por alzas de precios, por lo que otros 146 siguen en tramitación. El mecanismo que está utilizando la institución para estos fines, es recurrir a los fallos emitidos por la Corte Suprema y las de Apelaciones del país que, sistemáticamente y desde 2008, han rechazado la fundamentación que entregan las aseguradoras privadas para efectuar reajustes y subir el precio de los planes, fallando a favor del usuario en más del 95 por ciento de los casos. Los argumentos de los tribunales, hasta ahora, apuntan a que el ajuste de precios base de los planes debe

⁷⁷ Fonasa asegura que fondo común con isapres permitiría reducir a la mitad la lista de espera. El Mercurio, Santiago, Chile, 28 junio, 2014. C-18.

responder a causas efectivas y verificables y que las aseguradoras no pueden aplicar un aumento de los valores de forma unilateral y arbitraria, sin una justificación fundada en antecedentes concretos. “Lo que estamos haciendo es aplicar criterios que recogen la jurisprudencia sobre la materia, principalmente la emitida por la Corte Suprema. A partir de eso, la intendencia se ha planteado la necesidad de exigir a las Isapres que sean capaces de justificar las alzas estimando finalmente que en los casos revisados no lo han logrado. Hay percepción de que si no fuera por los tribunales de justicia, las personas habrían estado desprotegidas frente al sistema de Isapres y nosotros queremos reposicionar el rol de la Superintendencia con acciones como ésta, que protegen al afiliado”⁷⁸. Este laudo contó con el apoyo de parlamentarios oficialistas de la Comisión de Salud.

De la misma manera, el gobierno entiende que las Isapres cuentan con una cartera cada vez más joven y con bajo riesgo de enfermarse. Una mujer con cargas paga más que un hombre en la misma condición. Sin ir más lejos, en el 2013 el 45,8 por ciento de los beneficiarios se concentraba entre los 20 y 44 años y un 28,5 por ciento de las personas tiene entre cero y 19 años. Así el 74,3 por ciento de la cartera posee menos de 44 años y sólo el 25,7 por ciento restante tiene 45 años y más. En cuanto a cotizaciones, según el análisis de la Superintendencia de Salud, las mujeres son quienes más aportan. De esta manera, si están en edad fértil (entre 15 y 49 años) pagan 81.456 pesos, mientras que un hombre en esa condición paga 58.232 pesos. En el caso de las familias, una mujer con cargas (a un promedio de 0.6 beneficiarios) cotiza 103 mil pesos. Mientras la cifra disminuye a 83.745 pesos si es un hombre quien está en esa misma situación. Los adultos mayores de 60 años han aumentado progresivamente su presencia en las aseguradoras. Los hombres mayores de 69 años: en 2009 eran 4,5 por ciento del total de beneficiarios, mientras que en 2013 la cantidad aumentó al 10 por ciento de los inscritos. Esta tendencia podría haberse modificado luego de la reforma a la salud de 2005 y tras el fallo del Tribunal Constitucional de 2010, que derogó las tablas de factores de riesgo⁷⁹.

⁷⁸ Superintendencia asume control de reajustes y congela alzas en planes de isapres. La Tercera, Santiago, Chile, 1 julio, 2014. Pág. 18.

⁷⁹ Isapres: jefas de hogar pagan más y 74% de los usuarios son menores de 44 años. La Tercera, Santiago, Chile, 6 julio, 2014. Págs. 20.

Por otro lado, el 72 por ciento de la cartera abandona las aseguradoras entre los 20 y 44 años. Esto sucede porque muchos piensan que no se enfermarán o creen no necesitar el seguro, pues no poseen una familia aún. En cuanto a las licencias médicas que tramitan las aseguradoras, las enfermedades al sistema respiratorio lideran las causales, con un 20 por ciento del total. Le siguen, en importancia cuantitativa, los trastornos mentales, con un 18.7 por ciento del total de subsidios por incapacidad laboral, y las patologías del sistema osteomuscular, con un 15.8 por ciento⁸⁰.

En el debate directo sobre la reforma al SPS, nuevamente las declaraciones de la directora de Fonasa, Jeanette Vega, volvieron a encrespar los ánimos de los actores de la reforma, pero esta vez sobre la propiedad del 7 por ciento de cotización obligatoria de salud, tras sostener que “no es propiedad de las personas”⁸¹, sino un impuesto, dichos que generaron inmediata alarma entre las Isapres y al interior de la comisión asesora presidencial. Sobre el tema, la posición mayoritaria que excluye al mundo privado fue que “el 7% es una cotización de la seguridad social de salud, no de las personas”⁸². Así, después que la directora de Fonasa, Jeanette Vega, planteara que la cotización obligatoria del 7 por ciento de salud no es de propiedad de las personas y propusiera la creación de un fondo único entre el seguro público y las Isapres, se produjo un inmediato rechazo del mundo privado y acusaciones de parlamentario de la Alianza de “sobreideologización”.

Al tenor del debate sobre el tema, salió al paso la ministra del ramo, Helia Molina, desestimando las proposiciones de Vega, aclarando, una vez más, la intención del gobierno: el objetivo es poner fin a las discriminaciones y las inequidades dentro del sistema privado de salud, pero no terminar con éste insistió. “Nosotros estamos siguiendo un camino que tiene que ver con hacer una buena ley de Isapres en este gobierno y no hacer profundos y tan potentes cambios”⁸³. Por lo mismo, la autoridad explicó que si bien la comisión asesora presidencial a la que se le encargó la elaboración de una reforma a las Isapres ha analizado distintos modelos de

⁸⁰ Ibid. La Tercera. Págs. 20 y 21.

⁸¹ Tesis de que el 7% de salud no es de las personas se impone en la comisión asesora. El Mercurio, Santiago, Chile, 26 julio, 2014. C-18.

⁸² Ibid. El Mercurio. C-18.

⁸³ Molina: cambio en el sistema no será “tan potente”. El Mercurio, Santiago, Chile, 29 julio, 2014. C-4.

financiamiento de la salud, incluyendo la puesta en marcha de un fondo único, eso no significa que se busque terminar con los seguros privados⁸⁴.

Respecto de las propuestas de corto plazo y los efectos que produciría esta idea en el sector de las Isapres, el Superintendente Pavlovic refutó que “todo el análisis que nosotros hacemos al funcionamiento del sistema, justifica la necesidad de cambios profundos”⁸⁵. No obstante, indicó que para hacer un juicio más acabado de dicha propuesta es necesario esperar el informe final de la comisión presidencial.

Además, la Superintendencia de Salud entregó el 12 de agosto, las cifras de las ganancias de las Isapres durante el primer semestre de 2014, las que crecieron 45,7 por ciento en comparación con igual período de 2013, alcanzando 49 mil 804 millones de pesos. Los datos se conocieron cinco días después de que la comisión para la reforma a las Isapres definiera la creación de un fondo único en la salud, escenario en el que podrían desaparecer las aseguradoras. Referente a esto, el superintendente dijo que las cifras se entregan todos los años en la misma fecha, reiterando que todos los análisis que han efectuado “nos hacen llegar a la conclusión de que el sistema requiere cambios profundos”⁸⁶. Sobre las alzas de las ganancias, la Superintendencia y el gremio de las aseguradoras coincidieron en que la principal razón era el aumento de la prima por el programa GES, que en julio de 2013 pasó a cubrir 80 enfermedades.

Sin embargo, el superintendente Pavlovic, salió públicamente aclarando que las utilidades de las Isapres, estarían dadas, en parte, por las alzas de las primas GES, aplicadas por las aseguradoras en julio de 2013. Esto se debe a que sólo una de cada cuatro personas usa este beneficio, lo que se debería a “problemas de información y a que las redes ofrecidas por las Isapres para el goce de la Garantías GES no son suficientemente atractivas”⁸⁷. En tanto, sobre la baja en 1,3 por ciento de la siniestralidad, Pavlovic lamentó que no se traduzca en bajas en el precio de los planes. “Los usuarios no terminan siendo beneficiados (de las ganancias), porque sus costos siguen aumentado”⁸⁸.

⁸⁴ Ibid. El Mercurio. C-4.

⁸⁵ Superintendente de Salud: “El sistema requiere cambios”. El Mercurio, Santiago, Chile, 13 agosto, 2014. C-15.

⁸⁶ Ibid. C-15.

⁸⁷ Isapres proponen crear plan de tres tarifas y reajustables. La Tercera, Santiago, Chile, 13 agosto, 2014. Pág. 18.

⁸⁸ Ibid. La Tercera. Pág. 18.

Mientras, la ministra Molina le sigue los pasos de cerca a la CR e indica que la instancia está muy encaminada, y no está por hacer cambios estructurales en salud. Asegura la autoridad que la comisión apuntará a una ley que regule mejor ciertas atribuciones de las Isapres y también de los usuarios, con mecanismos interesantes de compensación y alianzas que suavicen muchas cosas factibles, sin que dejen de ser un buen negocio y un buen sistema para los 4 millones de personas que quieren estar en él. La ministra continúa exteriorizando que ella quedaría satisfecha si se terminara con la discriminación, por sexo, por edad, por preexistencia de patologías. Eso le parece sustantivo⁸⁹. Alude a que su prioridad es “el 80% de los chilenos que se atienden en Fonasa, pero el gobierno es de todos los chilenos, y debe velar por el 17% que está en Isapres, para que también tengan un sistema más justo”⁹⁰.

De esta forma, la ministra mantiene su discurso sobre que no se hará una reforma estructural y, vuelve, a la propuesta de la directora de Fonasa, declarando que el gobierno lo representa ella, argumentando que la línea del gobierno es ella quien la conduce y que la directora de Fonasa es su subalterna. Sin embargo, agrega la autoridad que no tiene bozal para la gente que tiene ideas, pensamientos o que son académicos que se han pasado la vida investigando el tema⁹¹.

La ministra se refirió a la propuesta de la CR, en la que se barajan tres eventuales escenarios: a) Cambio en modelo de riesgos y tarifas que implicaría corregir los puntos críticos del sistema actual, como el cálculo de los reajustes que hacen las Isapres, la discriminación por sexo y edad y la cautividad de los afiliados que tienen alguna patología. b) creación de un fondo común entre Isapres y Fonasa, lo que permitiría que los cotizantes sanos y el Estado subsidiaran en conjunto a los enfermos, independiente del sistema de salud en el que se atiendan y c) Un solo sistema a cargo del Estado, pensando en quienes deseen obtener coberturas mayores que las que defina el Estado, deberían salir a comprarlas al mercado de los seguros, lo que se estima sería el 5 por ciento la población⁹². A esta iniciativa, la ministra Molina le bajó el

⁸⁹ Ministra Helia Molina descarta cambios estructurales en salud. El Mercurio, Santiago, Chile, 24 agosto, 2014. A-1 y C-4.

⁹⁰ Ibid. El Mercurio. A-1 y C-4.

⁹¹ “La línea del gobierno en salud la represento yo y la directora de Fonasa es subalterna mía”. La Tercera, Santiago, Chile, 24 agosto, 2014. Págs. 14, 15.

⁹² Comisión de Reforma a las isapres baraja tres escenarios de cambios al sistema privado. El Mercurio, Santiago, Chile, 6 junio, 2014. C-6.

perfil, tras sostener que al convocar a 18 personas del más alto nivel intelectual, académicos, abogados, lo obvio es que cada uno pensó en su sueño, pero que no necesariamente es parte del plan del gobierno. Los sueños son para el largo plazo, esperanza Molina. Dice que los modelos de financiamiento que propone la comisión no son novedad del año, son conocidos, pero el producto que el gobierno va a tener ya está prácticamente diseñado en general. No está el detalle fino, pero el diseño básico está listo y hay bastante consenso sobre una ley de Isapres que dé garantías a la población y algunas innovaciones sobre seguros de salud⁹³.

La Ministra adelanta que como no habrá un cambio estructural del sistema, tampoco habrá un procedimiento de financiamiento diferente al que está. El cómo se regulará que no hayan preexistencias y que a las personas no se las discrimine por edad o sexo, la secretaria de Estado explicó que hay aportes muy interesantes también en términos de tener algunos factores para prestaciones universales que tendrían algún nivel de solidaridad, pero siempre manteniendo el esquema como está hoy⁹⁴. Se busca tener una mejor relación entre las prestaciones y sus costos, el acceso, la calidad y oportunidad de atención de las personas, pero “manteniendo la institucionalidad que tenemos”⁹⁵. De esta forma, deslizó categóricamente que durante este gobierno no se terminará con el sistema de seguros privados, como ocurriría al implementar un fondo único y seguro de salud, que es la idea de largo plazo que aprobó por mayoría la comisión asesora. Este gobierno no va a hacer una cuarta reforma, porque es imposible hacer tantas cosas en cuatro años, pero se avanzará, haciendo alusión a los cambios en materia tributaria, educacional y constitucional que actualmente están en discusión⁹⁶.

En un intento por atenuar sus planteamientos, la ministra Molina, a través de una misiva a la CR aclara sus dichos sobre que la comisión “no está por hacer cambios estructurales en salud”. En el texto Molina dice que tiene una alta percepción del trabajo que ha realizado la comisión, la que busca proponer “una nueva ley” para el SPS, pero en la que también “entiendo se discuten elementos sustantivos en lo relativo

⁹³ Op. cit. La Tercera, 24 agosto, 2014. Págs. 14 y 15.

⁹⁴ Ibid. La Tercera. Págs. 14 y 15.

⁹⁵ Cambios a isapres buscan mejorar relación de costo y prestaciones, pero con las instituciones actuales. El Mercurio, Santiago, Chile, 26 agosto, 2014. C-5.

⁹⁶ Ibid. El Mercurio. C-5.

a la universalidad de ciertas acciones y de mecanismos innovadores para lograrlo”⁹⁷. Prosigue aduciendo que “las reflexiones y propuestas allí planteadas por todos y cada uno de los miembros es un insumo de primer nivel en lo académico y en lo estratégico, y que sin duda abren un camino a trabajar hacia adelante”⁹⁸.

Adyacentemente, la Superintendencia de Salud entrega datos relevantes para la toma de decisiones, ilustrando que el 39,4 por ciento de los usuarios de Isapres cotiza el 7 por ciento legal para la cobertura de la salud. Se trata de 697 mil 494 personas que, sin pagar más que lo obligatorio -el promedio en la cartera paga un 10,3 por ciento- obtiene un plan de salud. Y son, en su mayoría, jóvenes sin cargas, cuyos planes ofrecen libre elección, prestadores preferentes y coberturas que superan el 70 por ciento en ambulatorio y 90 por ciento en prestaciones hospitalarias, llegando, según sus ingresos, la bonificaciones del 100 por ciento, sin tope. De entrar a regir el PSS, este grupo podría requerir pagar montos adicionales para mantener el estándar que poseen actualmente con su aseguradora. Eso, porque el PSS -busca terminar con la discriminación por sexo y edad, al ofrecer un plan único, que se financiará con el 7 por ciento a cobrar, por igual, a todos los afiliados- operará en redes cerradas, es decir, convenios específicos entre clínicas, centro de salud e Isapres, que limitarían la elección de los usuarios⁹⁹.

“No es una reforma, son ajustes. No es una reforma estructural ni de la institucionalidad. La comisión se llama: comisión presidencial para la elaboración de una ley de Isapres, no tiene puesta la palabra reforma en ninguna parte”¹⁰⁰, alega la ministra Molina, poniendo así distancia entre el gobierno y la serie de polémicas ocurridas al interior de la comisión de expertos convocada para proponer cambios al sistema. “Es un producto referencial, no vinculante que tiene la Presidenta Bachelet para poder avanzar en el desarrollo de una ley. Son los insumos, pero no es letra grabada en piedra. Después habrá un proceso legislativo donde también va a haber consulta a más gente”¹⁰¹. Las declaraciones de Molina ocurren tras los más de cuatro

⁹⁷ Ministra de Salud respalda el trabajo de la comisión de isapres a través de una carta. El Mercurio, Santiago, Chile, 29 agosto, 2014. C-11.

⁹⁸ Ibid. El Mercurio, Santiago, Chile, 29 agosto, 2014. C-11.

⁹⁹ Isapres: 39% de afiliados debería pagar más para mantener estándar. La Tercera, Santiago, Chile, 1 julio, 2014. Pág. 16.

¹⁰⁰ La comisión de los tira y afloja. La Tercera, Santiago, Chile, 4 oct., 2014. Pág. 22 (Arts.: 2, 3 y 4).

¹⁰¹ Ibid. La Tercera. Pág. 22.

borradores que tuvo en los últimos días el informe de la CR. Los puntos que más preocupaban a los representantes de las Isapres y que fueron negociados fueron: que no se prohibiera generar ganancias o lucro con el 7 por ciento de la cotización de salud, que inicialmente debía cesar en tres años; cobrar una prima adicional asociada al valor del PSS para aumentar la recaudación; fijar barreras para evitar la migración masiva de afiliados de Fonasa y dejar fuera del texto el plazo de 10 años propuesto para transitar a un sistema de seguro público único, aprobado por la mayoría de la comisión, que a la larga eliminaba a las Isapres de la seguridad social. Además, se les permitió incluir, de forma íntegra, un modelo de reforma propio, que se anexó al informe como propuesta de minoría y que había sido presentada por el gremio antes de la última sesión¹⁰².

Mientras, los comisionados pidieron a la Superintendencia de Salud analizar escenarios considerando diferentes coberturas para las prestaciones curativas (ambulatorias y hospitalarias); distintos topes de copago anual y usando los precios de referencia de diferentes redes de prestadores. El resultado del análisis muestra que si se aumentan las coberturas a 70 por ciento para prestaciones ambulatorias y 80 por ciento para las hospitalarias, las Isapres no podrían financiar el plan con las características propuestas en una red como la clínica Santa María, Indisa y el hospital Clínico de la U. Católica, que son los precios de referencia más altos usados en la revisión (no se consideraron los de clínica Las Condes ni Alemana). Menos aún si se establece un tope del copago anual de 20 por ciento. Las aseguradoras privadas necesitan 1,3 billones de pesos para financiar las atenciones curativas bajo este esquema. Si se consideran los ingresos de las Isapres en 2013 (17 billones), el dinero no alcanzaría para cubrir esos copagos más las licencias médicas, las prestaciones de medicina preventiva y los gastos de administración y ventas¹⁰³.

En las otras redes de prestadores estudiadas, el sistema se alcanzaría a financiar, pero en la medida en que aumentan las coberturas y se impone un tope al copago anual, el gasto de las Isapres igualmente aumentaría hasta 80 mil millones de pesos al año. En el informe se concluye que la “factibilidad financiera” de las Isapres

¹⁰² Ibid. La Tercera. Pág. 22.

¹⁰³ Isapres no podrían financiar un plan único con tope de copago anual en las principales clínicas. El Mercurio, Santiago, Chile, 8 oct., 2014. C-12.

bajo este modelo, “está directamente relacionada con la capacidad de estas instituciones de generar convenios y redes de atención que les permitan contener sus costos”¹⁰⁴.

El 8 de octubre, a las 09:45 horas, en el Salón Montt Varas del Palacio de La Moneda, el secretario ejecutivo de la Comisión Asesora para la Reforma del Sistema Privado de Salud, Camilo Cid, entregó a la Presidenta de la República, Michelle Bachelet el informe con el diagnóstico, análisis crítico y las propuestas para reformar el SPS, elaborado en los últimos casi seis meses. El documento de 205 páginas, mantiene la estructura de una visión de futuro que apunta a un fondo único de salud y una propuesta de cambios inmediatos, que crea un Plan de Seguridad Social (PSS) -que pondría fin a la discriminación por sexo, edad y salud- con copagos estándar y tope de gasto anual asociado a la renta. Tendrá la cobertura que el seguro público actualmente entrega. El financiamiento del PSS será con el 7 por ciento de la cotización de salud -el lucro no será prohibido- y una prima comunitaria que podrán cobrar las Isapres, igual para sus afiliados y asociada a la red de prestadores. También se propone crear un fondo mancomunado entre Fonasa y las Isapres, otro interisapres y una entidad que administre las licencias médicas, financiadas por el Estado, empleadores y trabajadores¹⁰⁵.

En el discurso de entrega oficial de la propuesta de la CR, la Presidenta Bachelet apreció la inclusión de los disensos al interior de la comisión y que, en lo sustancial, plantean que el país debe tender hacia el mismo fondo común que plantea la mayoría, pero con múltiples seguros disponibles, dando espacio así para que las Isapres continúen administrando dineros de la seguridad social. “Este informe que hoy recibo contiene importantes acuerdos, pero también, tal como lo pedí, hay disensos y posiciones minoritarias. Valoro que todo esto esté considerado en el informe, porque no tenemos miedo a las diferencias. Y debemos ser capaces como país de hablar de todos los temas, sin tabúes y sin miedos”¹⁰⁶. Este documento que, en general, opta por establecer una visión a futuro con un fondo que reúna cotizaciones de Fonasa e Isapres y aportes estatales, funcionará conjuntamente con un seguro único y, las ocho

¹⁰⁴ Ibid. El Mercurio. C-12.

¹⁰⁵ Comisión de isapres entrega propuesta. La Tercera, Santiago, Chile, 8 oct., 2014. Pág. 23.

¹⁰⁶ Debate en el oficialismo por reforma a isapres marca entrega de propuesta de comisionados. El Mercurio, Santiago, Chile, 9 oct., 2014. B-16.

medidas de reforma inmediata que contempla, deberán evaluarse para convertirse en una propuesta legal¹⁰⁷.

La Presidenta Bachelet destacó que el documento propone mejoras para el sistema privado, buscando que sea coherente con los principios de seguridad social y promoviendo mayor equidad y solidaridad entre quienes optan por las Isapres. “El sistema privado ha sido sin duda relevante para quienes optan por él, pero es cierto que requiere de revisión que lo haga más solidario y que evite que las personas de clase media se sientan discriminadas por sexo, edad o preexistencia, o que se cometan abusos con ella”¹⁰⁸.

En la oportunidad, la ministra Molina matizó que uno de sus principales objetivos es situar a los usuarios de la clase media, que están en el sistema privado de salud, en condiciones más afines a sus necesidades. Asimismo, agregó que tanto los elementos de consenso como de disenso fueron incluidos en el informe, en el que se evidencia que hay ‘elementos más que suficientes’ para promulgar una ley de unanimidad¹⁰⁹. Molina también descartó la expropiación del 7 por ciento de la cotización individual. “Como lo vamos a expropiar, si el 7% va a la Isapre”¹¹⁰ e informó que solamente están “analizando aspectos que eliminen discriminación e inequidad en el sistema privado”¹¹¹.

Sobre el futuro del proyecto de ley, la autoridad informó que a fin de año (2014) habrá un borrador final de la propuesta de ley, con la intención de enviarla rápidamente al congreso. Además informó que, esta nueva comisión será más reducida e invitarán a Camilo Cid a participar de ella. El objetivo de esta instancia será redactar la reforma al SPS. Mientras, en el Minsal están evaluando dos alternativas sobre el proyecto de ley, ingresado en el gobierno anterior. Aún no se descarta ingresar indicaciones a la iniciativa, aunque toma fuerza la creación de un nuevo proyecto, eliminando el que hoy se encuentra en el Senado¹¹².

¹⁰⁷ Ibid. El Mercurio. B-16.

¹⁰⁸ Gobierno presentaría proyecto de ley para reformar el sistema privado de salud a comienzos de 2015. Pulso, Santiago, Chile, 9 oct., 2014. Págs. 12, 13.

¹⁰⁹ “Nosotros No Vamos a Expropiar Nada”. Estrategia, Santiago, Chile, 9 oct., 2014. Pág. 12.

¹¹⁰ Ibid. Estrategia. Pág. 8.

¹¹¹ Ibid. Estrategia. Pág. 8.

¹¹² Op. cit. Pulso, 9 oct., 2014. Págs. 12 y 13.

En relación a las fechas, Molina aprovechó de contestar al senador Girardi, quien adelantó que a fines de noviembre podría en tabla este tema, a lo que la ministra contestó que “él es un parlamentario, un gran senador, presidente de la Comisión de Salud y nosotros somos el poder Ejecutivo. No quiero elaborar una ley que termine siendo una mala ley o improvisada. No me puedo comprometer por ningún motivo a tener la ley en un mes”¹¹³.

Finalmente, la ministra, reconoce que los aportes de las comisiones son muy considerados en el desarrollo legislativo. Aseveró que la presidenta Bachelet ha dicho que no están en ningún caso terminando ni atacando el sistema de Isapres, al contrario, están viendo cómo hacer del sistema de salud uno mejor, más afín a las necesidades de las personas y que éstas, mantengan su posibilidad de elegir dónde quieran cotizar su 7 por ciento¹¹⁴.

5.2. Las Isapres:

De acuerdo a las primeras declaraciones de -en ese momento- la recién asumida Ministra de Salud, Helia Molina el 14 de marzo del 2014, en las que señaló que la reforma al SPS partirá de “cero” sin terminar con el sistema, el gremio de las Isapres valoró partir la discusión sin ideas preconcebidas y aseguraron que pedirían reunirse con la autoridad de salud, para hacerse presentes y ver en qué pueden colaborarle, porque aseguraron que “estamos todos en la misma línea”¹¹⁵.

Respecto a la anulación del IPC de la salud que anunció el Superintendente de Salud el 22 de marzo, al presidente de la Asociación de Isapres, Hernán Doren, no le parece tal decisión porque -según él- influirá en los recursos de protección que imponen los usuarios del sistema para congelar las alzas de los planes. “Si el proceso de judicialización se mantiene o aumenta y los tribunales no lo consideran, fija un escenario complicado”¹¹⁶.

Las Isapres, apuestan a la continuidad del sistema, sin concesiones y se encuentran en alerta frente a la nueva ley que normaría su funcionamiento. También se muestran preocupados por la baja en las utilidades del último tiempo y que -

¹¹³ Op. cit. El Mercurio, 9 oct., 2014. B-16.

¹¹⁴ Op. cit. Pulso, 9 oct., 2014. Págs. 12 y 13.

¹¹⁵ Isapres aseguran estar “en la misma línea” que la Ministra de Salud sobre la reforma. El Mercurio, Santiago, Chile, 15 marzo, 2014. C-15.

¹¹⁶ Op. cit. El Mercurio, 22 marzo, 2014. C-21.

supuestamente- seguirán decayendo este año, producto del aumento de los costos en la salud y debido a la mayor utilización que los usuarios hacen del sistema, a lo que se suma la reciente suspensión del IPC de la salud, anunciada por el Superintendente del ramo¹¹⁷. Se manifiestan sorprendidos por el anuncio que suspende el IPC de la salud, puesto que entienden que por transparencia, la autoridad debería haberles informado. Doren defendió el IPC diciendo que es un cálculo técnico; el costo de la salud sube, igual que en todo el mundo y que las Isapres no están manipulando este tema¹¹⁸.

En relación a las prestaciones médicas inducidas por los prestadores de salud, argumentaron que por cada prestación adicional que haga un prestador y asegurador a una persona, eso tiene un costo del orden del 70 por ciento. Por otro lado el dueño del prestador y del asegurador gana en aspecto bruto un 10 por ciento por lo que es aseguramiento.

Sobre el contexto para las Isapres en el actual gobierno, rescataron las palabras de la ministra, en el sentido de que la lógica es avanzar en una modificación a la existente ley de Isapres y no de terminar con el sistema.

Les preocupa que el sistema tenga problemas muy serios de certeza jurídica; tampoco consideran lógico que los afiliados tengan que estar peleando en los tribunales una situación que en la legislación está clara. Piden claridad mediana respecto a problemas como la tabla de factores que el Tribunal Constitucional consideró exagerados.

Defendieron el sistema aduciendo que los abusos no eran tan claros. Lo que se plantea como abuso está dentro de la legislación vigente. No hay nada que sea ilegal. Finalmente creen que el sistema requiere ciertos perfeccionamientos¹¹⁹.

Sobre los cambios que se avecinan, las Isapres se escudaron declarando que, sin perjuicio del perfeccionamiento que debería tener el SPS, éste ha entregado una respuesta satisfactoria a sus afiliados: sin listas de espera, con un estándar técnico que sólo ofrecen los países desarrollados, con coberturas razonables, con un Ges oportuno y un beneficio complementario de enfermedades catastróficas. Además, mencionaron todos los logros de las Isapres y la calidad con la que otorgan los servicios de salud y

¹¹⁷ Isapres en Alerta Frente a Nueva Ley Regulatoria. *Estrategia*, Santiago, Chile, 25 marzo, 2014. Pág. 11.

¹¹⁸ Hernán Doren y su defensa a las Isapres: "Lo que se plantea como 'abuso' está dentro de la legislación vigente". *Pulso*, Santiago, Chile, 25 marzo, 2014. Pág. 14.

¹¹⁹ Ibid. *Pulso*, 25 marzo, 2014. Pág. 14.

reconocen sólo un único problema: la judicialización que perturba el proceso de adecuación de las tarifas para compensar el natural aumento de costos de la medicina¹²⁰.

La sobredemanda de prestaciones médicas en el sector privado, fue otro de los problemas que abordó Doren, responsabilizando a la falta de información respecto de los resultados clínicos de hospitales públicos y privados, lo que -según él- impide optimizar el gasto en salud y que los mecanismos de pago por prestación estimulan la prestación médica per sé. Agregó que se debe avanzar en mejorar los sistemas de comparación de planes con el fin de perfeccionar el mercado. Se deben crear herramientas que favorezcan la colaboración público-privado. Afirma que hay que liberar al Estado de la enorme dificultad que ha significado para los servicios públicos de salud dar un servicio satisfactorio a sus beneficiarios.

Según Doren, los temas que debe ver la comisión reforma, debieran considerar aspectos que signifiquen entregar un mejor servicio a los usuarios; mayor movilidad a los cautivos que tengan enfermedades preexistentes; establecer cuáles son las prestaciones y alcances de un plan básico garantizado nacional, para dar certeza jurídica en esta materia; resolver cómo se adecuarán las tarifas a los mayores costos que implica el desarrollo de la medicina moderna que el país requiere; administración y financiamiento de las licencias médicas liberando a Fonasa e Isapres, con un organismo especializado. Propone definir una tabla de factores por edad, no por sexo, con el propósito de evitar subsidios cruzados que conllevan una tarifa plana y, de esta manera, impedir que más de 800 mil personas migren a Fonasa. Además, con una mirada economicista, el dirigente de las Isapres, opinó sobre qué se debe hacer en la atención hospitalaria: se debe pensar en el futuro y, para Chile, es un referente lo que sucede en salud, en los países de la Oede¹²¹.

Por otro lado, la Asociación de Isapres presentó un proyecto, cuyo contenido considera terminar con la preexistencia, en el que el 60 por ciento de usuarios cautivos podrían cambiar de Isapre, tras cumplir con una lista de criterios clínicos y administrativos, como por ejemplo: llevar al menos tres años en el sistema, no estar hospitalizado ni con licencia médica y para las preexistentes AUGE, no hay condiciones.

¹²⁰ Las reformas de salud. *El Mercurio*, Santiago, Chile, 29 mayo, 2014. Edic. Especiales I, Pág. 2.

¹²¹ *Ibid.* *El Mercurio*, 29 mayo, 2014. Edic. Especiales I, Pág. 2.

En general, sería para todas las patologías y sin límite de edad. Doren informó que esta es una iniciativa formulada por Banmédica, Vida Tres, Consalud y Cruz Blanca e invitó a sumarse a Colmena Golden Cross y Masvida que recientemente abandonaron la asociación¹²².

En relación al cambio para terminar con usuarios cautivos que, según el gobierno, castiga al 80 por ciento los afiliados que no usen el Auge y que ellos podrían optar a una cobertura de sólo el 25 por ciento para su enfermedad por tres años, Doren sólo se limitó a advertir que "es el avance más importante desde que se anunció la cobertura de enfermedades catastróficas (en el año 2000)"¹²³.

Frente a los tres escenarios posibles que estudia la CR para la transformación del SPS y, que fueron explicados en el discurso del gobierno, se encuentran: cambio en el modelo de riesgos y tarifas; la creación de un fondo común entre Isapres y Fonasa y la instauración de un solo sistema a cargo del Estado. Sobre estas tres posibilidades, el director ejecutivo de la Asociación de Isapres, Rafael Caviedes, plantea que si el Estado se hace cargo exclusivamente de la provisión de salud "podría generar problemas constitucionales respecto de acuerdos suscritos por Chile sobre derechos de los trabajadores que se estarían vulnerando, y los desincentivos para los médicos, que se transformarían en funcionarios del Estado, entre otros"¹²⁴.

Acerca de la propuesta de la directora de Fonasa, Jeanette Vega, las Isapres se mantienen en alerta, elaborando un simulacro del significado de dicha idea. Según los privados, el unificar ambos subsistemas generaría una variación positiva para los usuarios de Fonasa de apenas 1,9 por ciento, como efecto de que se sumen las cotizaciones de ambos grupos, puesto que los usuarios de las Isapres tienen un uso mucho más intensivo de los Subsidios por Incapacidad Laboral (Sil).

Doren, asegura que la discusión está "llena de ideologismo, que provoca muchas anteojeras intelectuales. La gente no está siendo capaz de ver más allá de sus ideas"¹²⁵. Según sus cálculos, con este modelo "Fonasa no se ve favorecido con nada. Y no sólo eso, sino que estas personas promueven que con eso (la creación del fondo

¹²² Op. cit. La Tercera, 30 mayo, 2014. Pág. 16 y 17.

¹²³ Op. cit. El Mercurio, 30 mayo, 2014. C-8.

¹²⁴ Op. cit. El Mercurio, 6 junio, 2014. C-6.

¹²⁵ Fondo común entre Fonasa e isapres obligaría a aportar \$ 200 mil extras al año a cotizantes. El Mercurio, Santiago, Chile, 21 junio, 2014. C-20.

común) solucionarán los problemas de salud de Chile. Si son los mismos fondos por qué no arreglan el problema ahora. (...)”¹²⁶. Doren cree que de aprobarse una medida de este tipo, “lo que va a pasar es que se nivelará hacia abajo”¹²⁷, en la calidad de la salud que se otorga a los chilenos.

Las Isapres están en desacuerdo con la alternativa de un fondo único de las cotizaciones de los afiliados a las aseguradoras privadas y Fonasa, puesto que -según estas entidades- esta fórmula no sólo reduciría los fondos per cápita disponibles para sus usuarios, sino que además implicaría sólo una mejora de 1,97 por ciento en el per cápita disponible para los beneficiarios de Fonasa.

Ante este escenario, Hernán Doren, aseguró que es imposible que dentro del fondo solidario se incluya dinero que no corresponde al 7 por ciento legal. “Eso no pueden hacerlo ¿cómo van a obligar a los usuarios a poner la cotización adicional en el fondo? Eso sí que es anticonstitucional. Quiero ver cómo van a lograr que la gente le entregue dineros que bajo ningún punto de vista pueden ser considerados impuestos”¹²⁸.

Con los objetivos de dotar al sistema de mayor eficiencia, equidad y contención de gastos, las Isapres propusieron el 1º de julio, las siguientes reformas: a) Creación de un plan básico de salud; plan de beneficios común para todos los beneficiarios del sistema privado “cuyo precio de comercialización no se diferencia por sexo ni estado de salud”¹²⁹. Actualmente los programas que se ofrecen tienen como patrones comunes las Ges, la Cobertura de Enfermedades Catastróficas (Caec) y las licencias médicas, todos elementos que estarían incorporados al nuevo plan. Asimismo, en la propuesta se considera tres tramos de edad, distinta de los once que poseen las Isapres hasta ahora. Por sobre el plan básico, las personas podrán comprar mejoras de cobertura o de redes de prestadores. b) Reajustes validados por un tercero; la creación de un ente regulador independiente ante el cual las Isapres justifiquen sus alzas, tal como hoy ocurre en otros sectores, como el eléctrico y el sanitario, de manera de “tener certeza jurídica en la aplicación de criterios y escrutinio de alzas en

¹²⁶ Ibid. El Mercurio. C-20.

¹²⁷ Ibid. El Mercurio. C-20.

¹²⁸ Op. cit. El Mercurio, 28 junio, 2014. C-18.

¹²⁹ Isapres plantean reforma con fondo común, cuentas de ahorro y licencias cofinanciadas. El Mercurio, Santiago, Chile, 1 julio, 2014. C-5.

tribunales de justicia”¹³⁰. c) Facilitar la comparación de planes; proponen simplificar en una cartilla cinco elementos (tipo de atención: hospitalización y honorarios médicos quirúrgicos, consulta ambulatoria, exámenes de laboratorio e imágenes, procedimientos y otros), que todas las Isapres deben expresar del mismo modo, para que las personas puedan entender cuánto les cubrirán sus planes. d) Permitir cambios de Isapres a todos; las personas que son “cautivas” de sus seguros -ya que ninguna otra Isapre las recibiría si intentaran cambiarse por sus enfermedades preexistentes- puedan tener movilidad, considerando que hoy la única opción real de estos usuarios es irse a Fonasa. Actualmente, los usuarios sin preexistencias pueden buscar un nuevo seguro durante los tres meses previos al cumplimiento de la anualidad de sus contratos o cuando se realizan reajustes de precio Auge, cada tres años. e) Que empleadores cofinancien las licencias; proponen compartir el financiamiento de estas entre empleadores y trabajadores. El objetivo de esto, afirman, sería buscar una mayor eficiencia (porque se reduciría el gasto indebido) y más equidad (porque se reduciría el fraude). Además, plantean que un ente distinto de ellas (y de las Compines, en el caso del sector público) para la administración de las licencias médicas. f) Promover las atenciones preventivas; proponen su fomento, puesto que una enfermedad, al ser detectada precozmente, es más barata de tratarla y g) Evaluación de tecnologías sanitarias; exponen la creación de una comisión independiente que defina en base a dos criterios que sean costo efectivas y seguras para los pacientes¹³¹.

El discurso de las Isapres sobre la medida de la Superintendencia de Salud que congeló los precios de 81 planes de salud, tras determinar que las alzas anunciadas por las respectivas Isapres no habían sido debidamente justificadas, Rafael Cavides explicó que “muchos de estos casos van a tribunales porque hay un estímulo económico muy fuerte desde los propios abogados que lucran con las costas y que podrían no darse si fueran directamente a la superintendencia, porque no falla con costas. Por lo tanto, habría que ver cómo se comportan los afiliados en estas circunstancias en que no hay costas de por medio”¹³². Agregó que “la superintendencia está en su derecho de actuar como está actuando, y si no ha habido de parte de la

¹³⁰ Ibid. El Mercurio. C-5.

¹³¹ Ibid. El Mercurio. C-5.

¹³² Op. cit. La Tercera, 1 julio, 2014. Pág. 18.

Isapre afectada un recurso de reposición o un recurso de queja está en su derecho de hacerlo”¹³³.

Los reiterados pronunciamientos de los tribunales, sobre la improcedencia de las alzas de precios en los planes de las Isapres, preocupa a estas entidades. Los argumentos de Doren son que el legislador dejó establecida en la ley la posibilidad de que los planes se reajusten una vez al año. El legislador tenía claro que los costos en salud podrían variar. Hay que ver cómo han crecido los costos en el tiempo. La pregunta es qué nivel de salud queremos en Chile y cómo lo financiamos. Pero el voluntarismo y las anteojeras intelectuales no conducen a nada. En las distintas instancias en que está hoy el sistema, perfectamente puede colapsar, y sostiene que le gustaría que les preguntaran al 3,2 millones de personas qué opinan sobre que se acabe el sistema. Resaltó que las cortes fallan según la esencia del recurso de protección, pero no sobre el fondo. Añade que lo único que espera es que, sea cual sea la definición final de la comisión y lo que sea el proyecto de ley, que sea realizable, factible y que satisfaga a la mayor cantidad de gente del país, porque supone que ese es el tema y no quién entrega el servicio. Agrega que si se quiere en Fonasa un estándar de salud similar al que tienen los afiliados a Isapres en la actualidad, hay que poner US\$ 8 mil millones¹³⁴.

Respecto de la propiedad del 7% la posición de las Isapres es que con esto “se vulnera el derecho constitucional de los afiliados al disponer del destino de su cotización”¹³⁵.

Por su parte, Gonzalo de la Carrera, da a conocer muestras de disconformidad con el tinte que ha tomado la discusión en torno a la reforma al sistema Isapre y los efectos que tendría en el bolsillo de los afiliados de Isapres optar por un seguro único financiado con el 7 por ciento de cotizaciones en salud. Asimismo informó que la comisión apuesta a la reforma estructural del sistema completo y estatizar la salud en Chile. Sin embargo -según de la Carrera- el mandato presidencial era entregar una propuesta de reforma a la salud privada y solucionar los problemas que atentaban contra los principios de la seguridad social. Explica que a la larga habría un único

¹³³ Ibid. Pág. 18.

¹³⁴ “Hoy hay una carga ideológica muy fuerte; el contrapeso no existe”. *La Tercera*, Santiago, Chile, 4 julio, 2014. Pág. 20.

¹³⁵ Op. cit. *El Mercurio*, 26 julio, 2014. C-18.

comprador de servicios de salud, que sería Fonasa. Complementa señalando que van a obligar a las personas a atenderse en Fonasa porque el 7 por ciento se va a diluir entre 17 millones de chilenos. Asegura que ese fondo común no logrará cubrir la atención en ninguna de las clínicas de alto nivel. El estándar de la salud va a cambiar. Asegura que es inviable tener un sistema único de salud, porque el sistema de salud público no está a la altura¹³⁶.

También auguró que habrá generación de seguros suplementarios (rol que cumplirán las Isapres), pues los complementarios cubren lo que no cubre la Isapre. Aseguró que chilenos de clase media van a poner plata en este fondo y van a tener que atenderse en Fonasa, porque no van a poder reponer el nivel de salud al que estaban acostumbrados. Hacerlo significa un sacrificio económico equivalente a pagar dos veces el 7 por ciento¹³⁷.

Referente a los seguros complementarios Caviedes aseguró que “hay un mercado de gente que está dispuesta a sobreasegurarse, porque la cobertura de enfermedades catastróficas muchas veces es insuficiente. Pero los seguros funcionan exclusivamente porque existen las Isapres, pero ellos pueden poner fin a los contratos de forma unilateral y los ajustes de tarifas no están cuestionados”¹³⁸.

Las Isapres, replantean la posibilidad de igualar los costos de los planes para hombre y mujeres para evitar las discriminaciones actuales y poner fin a la cautividad, a través de un Fondo de Compensación de Riesgo por edad, sexo y estado de salud. Adicionaron que seguirán intentando cumplir el mandato de la Presidenta de la República, que fue de “reformar el sistema privado de salud”¹³⁹, y no como sostienen algunos, hacer que desaparezca.

La idea de un seguro único de salud que se financie a través de la cotización legal del 7 por ciento -que es una idea a aplicar en el largo plazo y que se votó el 13 de agosto, en la comisión- es lo que ha encendido las alertas dado que se estima que implica el fin de las Isapres como se conocen hoy. Por esta razón, en el sector de las

¹³⁶ Con la reforma, el estándar de salud va a cambiar. [La Tercera](#), Santiago, Chile, 9 agosto, 2014. Pág. 20.

¹³⁷ Ibid. Pág. 20.

¹³⁸ El 38% de los chilenos posee un seguro de salud complementario al plan de isapre. [La Tercera](#), Santiago, Chile, 10 agosto, 2014. Pág. 18.

¹³⁹ Asociación de isapres insiste en replantear sus propuestas. [Financiero](#), Santiago, Chile, 13 agosto, 2014. Pág. 21.

aseguradoras privadas se estima que dicha idea es inviable y, según Hernán Doren, este planteamiento a largo plazo colapsaría el sistema. El sector se concentra en las propuestas que la Asociación hizo a la comisión y que busca mayor transparencia y equidad, y que en materia de cobertura considera la existencia de un Plan de Beneficios de Salud -que sería para todos los afiliados y que consideraría cobertura catastrófica, Ges, examen de medicina preventiva, modalidad libre elección y ley de urgencia- a lo que se sumaría un plan complementario, que sería voluntario.

En cuanto a las ganancias obtenidas por las Isapres, dadas a conocer el 12 de agosto por el Superintendente de Salud, en la Asociación de Isapres llamó la atención esta coincidencia. Hernán Doren, evitó hablar de que existiera una “maniobra” para validar la decisión de la comisión, pero dijo que “hay que ver cuál es la estrategia que va a primar, y hay que preguntarles a los actores”¹⁴⁰. Y se atuvo a informar que las Isapres presentaron en la CR una propuesta que considera un plan de beneficios de salud (PBS), con cobertura de libre elección, precios diferenciados y con un reajuste regulado por ley.

El comisionado Marcelo Dutilh, uno de los representantes de las Isapres, reconoce que hay que corregir las fallas del sistema, señalando que “tenemos que perfeccionar lo que ha existido por 30 años y que agrupa a unos tres millones de chilenos”¹⁴¹. Además, sostiene que al fundir los 7 por ciento, se está imponiendo un impuesto adicional a toda la clase media que está ejerciendo su derecho y lo perderían, porque el Estado sería el único seguro y, el principal prestador de resolución de los problemas, serían los centros de salud públicos, como ocurre actualmente en Fonasa. Añade que si el plan único público otorga una baja cobertura, la gente va a estar obligada a buscar un seguro complementario y gastar más. Advierte también que las experiencias internacionales sobre el tema son muy diferentes, puesto que Chile tiene un grave déficit de personal de salud. Hay una gran diferencia en la atención de una clínica privada y los hospitales públicos. En otros países desarrollados tienen un per cápita el doble al chileno y la cotización también es mayor y no tienen estos problemas¹⁴².

¹⁴⁰ Op. cit. El Mercurio, 13 agosto, 2014. C-15.

¹⁴¹ Reforma a isapres: modelos opuestos encienden debate por futuro del sistema. La Tercera, Santiago, Chile, 16 agosto, 2014. Pág. 24.

¹⁴² Ibid. Pág. 24.

En relación a la regulación de los precios de prestadores y de medicamentos, Dutilh afirma que se puede avanzar en soluciones integrales de salud, que ayuda en la comparación de los precios con que cada prestador resuelve un mismo problema de salud a una persona que tenga el mismo riesgo. Además, promueve la eficiencia en los prestadores. Ejemplifica, aludiendo a Alemania, país en el que el sistema de salud partió regulando a los prestadores de salud y culmina reiterando que el mandato de la presidenta a proponer un nuevo régimen para mejorar el sistema privado de salud, no para destruir este sistema¹⁴³.

Por su parte, el comisionado Gonzalo de la Carrera, también representante de Isapres, sostiene que la mayoría de los integrantes de la comisión reforma ha decidido proponer una reforma brutal, que no beneficiará a nadie, donde se crea un fondo único de salud, que reúne el 7 por ciento de las cotizaciones obligatorias de todos los chilenos, expropiando esos recursos del sueldo de los cotizantes de Isapres. La propuesta transformará a Fonasa en un único asegurador y comprador a clínicas y hospitales, que fijará los precios a los prestadores y determinará los honorarios que cobran los médicos, transformándolos, en la práctica, en empleados del Estado. Con esta reforma dice, perderá la clase media, 3 millones de beneficiarios de las Isapres verán sus recursos diluidos entre 17 millones de personas. La gente perderá el nivel de cobertura al que estaban acostumbrados. ¿Será verdad, como afirma la directora de Fonasa, que los cotizantes conservarán sus planes, sus coberturas y sus lugares de atención?. Además, señala que se engrosarán las listas de espera. Nadie gana con esta propuesta. Nadie resulta favorecido con un sistema que en manos estatales ha probado tener graves deficiencias en calidad y oportunidad de servicios, y peores resultados en gestión, pese al continuo incremento del gasto público en salud. Asegura que esta propuesta no es un ataque a las Isapres, es una embestida directa y demoledora en contra de la clase media, que terminará cautiva y sin opción de escoger. El sector privado puede y debe seguir existiendo, porque ha demostrado ser capaz de garantizar la libertad de elección y está dispuesto a dar solución a los problemas e inquietudes de sus usuarios, como terminar con las preexistencias, entre otros problemas que presenta el SPS¹⁴⁴.

¹⁴³ Ibid. Pág. 24.

¹⁴⁴ ¿Se justifica crear un fondo único de salud? [La Tercera](#), Santiago, Chile, 16 agosto, 2014. Pág. 10.

De la propuesta de la directora del Fonasa, Rafael Caviedes del gremio de las Isapres, optó por evadir el tema, arguyendo que apoya a la ministra, dando a conocer que “por ahora nos parece prudente no opinar y ver cómo marcha el curso de los acontecimientos. Aunque es obvio que la ministra ha sido suficientemente clara y está entregando sus orientaciones a la comisión”¹⁴⁵. Así también Gonzalo de la Carrera dijo estar “muy de acuerdo con que la ministra recuerde el origen y el sentido de esta comisión. Esta es la cuarta vez que lo hace y esperamos que esta vez sea escuchada”¹⁴⁶.

El gremio de las Isapres valoró los dichos de la ministra Molina, quien aseguró que este gobierno no hará cambios estructurales al sistema, en el marco del trabajo que realiza la comisión de expertos que votó un modelo que a futuro termina con las aseguradoras. Doren dijo que están en línea “con el concepto original de la formación de la comisión, que es solucionar los problemas del sistema Isapres. Me parece lógico y razonable que ella (la ministra) haga cumplir ese mandato”¹⁴⁷. Sobre el actuar de la directora de Fonasa, Doren dijo que la respuesta de Molina, quien aclaró que la línea del gobierno en salud la representaba ella y la directora de Fonasa era su subalterna, está “dentro de lo que significan los rangos y escalafones en el gobierno. Obviamente está primero la Presidenta, luego los ministros y después vienen los cargos inferiores”¹⁴⁸.

También arremetieron otros actores del sistema privado de salud del país, mostrándose conformes, luego de que la ministra del sector, dijera que no habría cambios estructurales. “Esperamos que este nuevo llamado de la titular de la cartera tenga receptividad entre quienes no han estado por obedecer el mandato presidencial”¹⁴⁹, declaró Gonzalo de la Carrera. Adujo que las declaraciones de la ministra, según el ejecutivo, apuntan a reencaminar el trabajo de la comisión y a

¹⁴⁵ Op. cit. El Mercurio, 25 agosto, 2014. C-4.

¹⁴⁶ Ibid. C-4.

¹⁴⁷ Isapres valoran “rayado de cancha” a comisión asesora para reforma al sistema. La Tercera, Santiago, Chile, 26 agosto, 2014. Pág. 18.

¹⁴⁸ Op. cit. La Tercera, 26 agosto, 2014. Pág. 18.

¹⁴⁹ Privados llaman a Comisión de Salud a “retomar su mandato”. Financiero, Santiago, Chile, 26 agosto, 2014. Pág. 19 (Arts. 2, 3 y 4)).

enfocarse en una mejor ley de Isapres, “que dé respuestas a las inquietudes de los afiliados”¹⁵⁰. En la misma línea opinó Ana María Albornoz.

“Me preocupa que el llamado de la ministra (Molina), de que se le entregue una propuesta concreta que resuelva los problemas del sistema Isapres, no sea escuchado por el secretario de la comisión (Camilo Cid)”, dijo Ana María Albornoz. La misma visión tuvo Gonzalo de la Carrera, quien dijo que aún se debaten cambios estructurales al sistema, posibilidad que fue descartada por el gobierno. Yuxtapuso que “se ha generado un escenario de incertidumbre al desconocerse las instrucciones de la ministra, quien ha sido clara en interpelar a la comisión para trabajar en la propuesta de ley de Isapres. La actitud de Cid es a no reconocer el llamado de la necesidad de hacer una buena y viable propuesta de ley”¹⁵¹.

En tanto, la firma del economista y asesor de las Isapres Ricardo Bitrán, elaboró la propuesta que resuelve las deficiencias del sistema que han sido cuestionadas por el Poder Judicial y por el Tribunal Constitucional: reajustes de precios, cautividad de usuarios, coberturas y discriminaciones por sexo, edad o enfermedad, entre otros. Este documento fue expuesto ante la comisión reforma. Recién en septiembre, las Isapres asumen que en su sistema y el entorno en que operan hay una serie de problemas. Reconocen que el sistema ya no está apto para seguir funcionando de la misma manera. Es así como algunos de los cambios propuestos por estas instituciones privadas son: mejorar la transparencia con un plan de salud igual para todos; la creación de un fondo de compensación de riesgos interisapres; creación de un mecanismo para fundamentar las alzas; fomentar el consumo de atenciones preventivas; que una entidad especializada administre las licencias médicas; crear una comisión técnica que evalúe las tecnologías sanitarias que deben incorporarse en la cobertura del plan, entre otros cambios. Se niegan rotundamente a considerar una apertura hacia Fonasa, puesto que, refutó Bitrán, el riesgo de las Isapres se elevaría dramáticamente y eso las haría aumentar sus primas¹⁵².

¹⁵⁰ Ibid. Pág. 19.

¹⁵¹ Reforma isapres: comisión tuvo tensa sesión por mandato presidencial. *La Tercera*, Santiago, Chile, 29 agosto, 2014. Pág. 22.

¹⁵² “Las isapres reconocen que en su sistema y el entorno en que operan hay problemas”. *La Tercera*, Santiago, Chile, 7 sept., 2014. Pág. 16, 17.

El comisionado Gonzalo de la Carrera acusó a la comisión reforma de no escuchar a la ministra Molina y que sigue a firme la propuesta de crear el fondo y seguro único de salud. Afirma que el gobierno tiene la última palabra, porque es él quién enviará el proyecto de ley al Parlamento, la comisión sólo propone. El gobierno tendrá que ver si quiere llevar adelante la propuesta de la comisión, considerando que ésta va a perjudicar seriamente a 3 millones de chilenos¹⁵³.

Facilitar el acceso a usuarios del seguro público, no es bien visto desde el sector privado, por el gasto asociado que acarrearía el ingreso de pacientes de más edad o menos saludables. Similares aprensiones existen en el gremio respecto del fondo mancomunado que se busca crear entre Fonasa y las Isapres -para financiar medicamentos de alto costo, con cargo al 7 por ciento de la cotización- pues implicaría reducir el margen de ganancias de las aseguradoras. Se encuentra zanjado el Plan de Seguridad Social que será igual en todas las Isapres e incluirá lo mismo que ofrece Fonasa -en modalidad institucional y libre elección- más Ges, la Ley de Urgencia y una cobertura catastrófica. Resta fijar si el financiamiento será sobre la base de un descuento de la cotización legal o si habrá una tarifa plana, con un fondo común interisapres, donde se distribuyan los recursos, para permitir la movilidad de los afiliados¹⁵⁴.

En la última sesión de la CR, el delegado de las Isapres Gonzalo de la Carrera y la representante de las clínicas, presentaron su renuncia. Ana María Albornoz, aseguró no haber actuado como representante de gremio, sino “en atención a mis conocimientos del sector privado de salud en Chile”¹⁵⁵ y, argumentó que su salida se basa en que “la comisión se desvió significativamente del encargo y mandato efectuado, actuando fuera de la competencia que se otorgó, y se mantuvo en esa posición a pesar de que algunos comisionados, en cada una de sus sesiones, planteamos nuestra posición disidente”¹⁵⁶. Finalmente sostuvo que “no puedo estar de acuerdo ni suscribir una propuesta que está desarrollada sobre la idea de un completo

¹⁵³ “Los llamados de la ministra no fueron escuchados ni acatados por la comisión”. Financiero, Santiago, Chile, 22 sept., 2014. Pág. 22.

¹⁵⁴ Comisión debate barrera de ingreso en sistema isapres para usuarios de Fonasa. La Tercera, Santiago, Chile, 23 sept., 2014. Pág. 23.

¹⁵⁵ Comisión de reforma propone fin al lucro en isapres y parte del sector privado quiebra mesa. La Tercera, Santiago, Chile, 27 sept., 2014. Págs. 16,17.

¹⁵⁶ *Ibid.* Págs. 16 y17.

replanteamiento del sistema de salud en Chile (...). La propuesta de la comisión, aun cuando parece que aceptará la existencia de aseguradoras privadas, establece condiciones tales que hacen inmediata o prontamente inviable la existencia de un sistema asegurador privado”¹⁵⁷, actitud que secundó Gonzalo de la Carrera, quien desde hacía varias sesiones acusó una suerte de “estatización de la salud” y una “expropiación del 7 por ciento de cotización”. Tras su renuncia a la comisión de la Carrera sostuvo que “(...) se trata de una propuesta que conduce a la destrucción de la iniciativa privada”¹⁵⁸. La visión de estos comisionados no fue compartida del todo por los representantes de las Isapres, quienes permanecieron en la cita y plantearon algunos puntos que podrían cambiar, entre los que destacan el de buscar una solución para el libre traspaso de Fonasa, es decir, poner alguna restricción que no necesariamente elimine la declaración de salud que se usa actualmente para conocer patologías de base de los usuarios que ingresan al sistema. También plantearon que el porcentaje que se saque para el fondo mancomunado no sea del 7 por ciento, sino con cargo adicional para poder financiar el Plan de Seguridad Social (PSS) y, finalmente, que se elimine el párrafo que les prohíbe lucrar con el 7 por ciento¹⁵⁹.

A dos días de la última reunión de la comisión reforma al SPS, las Isapres ingresaron su propuesta, que incluía la creación de un fondo común con Fonasa, para financiar medicamentos y enfermedades de alto costo. Al igual que la comisión reforma, también plantearon crear un Plan de Seguridad Social, para usarlo en una red establecida de clínicas o centros de salud, que sería financiado con el 7 por ciento de cotización de salud, más una prima comunitaria expresada en UF, fijada por la Isapre y cuyo reajuste lo defina un panel de expertos. Esto, entre otras propuestas similares a las realizadas por la comisión reforma.

El sector privado considera las propuestas de la CR como inviables. Gonzalo de la Carrera, explicó que el PSS “es de estándar público, en hospitales y con atención en consultorios. Esto quiere decir que los chilenos que libremente han escogido la salud privada, quedarán cautivos en Fonasa. Si 3 millones de personas quisieran ser

¹⁵⁷ Ibid. Págs. 16 y 17.

¹⁵⁸ Colmena y gremio de clínicas renuncian a comisión de salud. *El Mercurio*, Santiago, Chile, 27 sept., 2014. B-11.

¹⁵⁹ Op. Cit. *La Tercera*, 27 sept., 2014. Págs. 16 y 17.

atendidas con los problemas que hoy presenta la salud pública, ya lo habrían hecho”¹⁶⁰.

Según Hernán Doren “el plan que tiene una persona que hoy se asegura en Isapre con el 7%, depende mucho de su renta, pero en términos generales es un plan más completo y mejor de lo que le puede ofrecer este plan que está en discusión”¹⁶¹. La propuesta de la CR incluyó también la discutida visión a largo plazo que elimina a las Isapres, apuntando a cambios concretos como “primera etapa”, en perspectiva a un solo fondo de salud único, punto que genera honda molestia en el sector privado.

Doren, explica que “con la creación de un plan básico, o como se quiera apellidar, todas las personas que deseen mejores coberturas o mayor libre elección que ese mínimo deberán contratar un seguro adicional, por lo que el sistema de los seguros complementarios cobra importancia”¹⁶². Adiciona que “todos los seguros del ámbito de la salud deben quedar en el mismo marco regulatorio”¹⁶³. Las Isapres históricamente, han pedido que los seguros complementarios sean regulados por la autoridad de salud. Así, el mercado de los seguros generales ya es visto como opción por parte de las propias Isapres. “Estamos formando la compañía de seguros. Por eso he dicho que nos vamos a reconvertir, en el evento de que no se permita obtener utilidades con el plan único, nos vamos a reconvertir en aseguradores especialistas de salud, y el problema con eso es el 1,5 millones de chilenos que no podrán recomprar su seguro de salud y que quedarán cautivos en Fonasa (...)”¹⁶⁴. Actualmente existen dos grupos empresariales que poseen tanto una Isapre como una compañía de seguros: Banmédica y Cruz Blanca.

Por otro lado, las clínicas y grandes prestadores ya no podrán ofrecer más seguros de salud. Esto, porque se reconoció que generan un efecto opuesto al que se espera, al incentivar el “sobreconsumo” de prestaciones de salud¹⁶⁵.

¹⁶⁰ Comisión de isapres deja al Ejecutivo labor de fijar precio de plan único. *El Mercurio*, Santiago, Chile, 30 sept., 2014. C-5.

¹⁶¹ Isapres: 39% de afiliados debería pagar más para mantener estándar. *La Tercera*, Santiago, Chile, 30 sept., 2014. Pág. 16.

¹⁶² Comisión de reforma a isapres pedirá regular seguros complementarios y que clínicas dejen de vender estos productos. *El Mercurio*, Santiago, Chile, 1 oct., 2014. C-6.

¹⁶³ Ibid. C-6.

¹⁶⁴ Ibid. C-6.

¹⁶⁵ Ibid. C-6.

En el mismo marco de reforma, los comisionados, representantes de las Isapres, estimaron que debe existir una entidad técnica independiente, para que analice estas alzas “conforme a la evolución objetiva del gasto de salud, conforme al comportamiento de consumo de sus carteras de clientes y, en conformidad al alza de precios, frecuencia y cambios de la oferta contemplada en la tarificación de los planes por parte de los prestadores”¹⁶⁶.

Según cifras de la Asociación de Isapres, una persona mayor de 80 años se realiza, en promedio, unas 59,5 prestaciones al año, entre consultas médicas, exámenes, cirugías y otros procedimientos. Por cada uno de ellos debe hacer un copago, es decir, financiar parte del costo total de la atención, que varía según la cobertura que le entregue el plan de salud que tenga contratado con una aseguradora¹⁶⁷.

En este contexto, Hernán Doren sostuvo que “todo el mundo querría tener un menor costo de bolsillo, pero cuando se hacen presentaciones de los costos en salud que hay en Chile y se comparan con otros países de la Oede, realmente nosotros gastamos mucho menos de la mitad, incluido el costo de bolsillo del usuario”¹⁶⁸. Dice que pese a todo, es preocupante y que es preciso seguir trabajando en cómo contener los costos en salud, avanzar en soluciones integrales, trabajar el índices de calidad y referencia de cada clínica, que finalmente redunde en una atención de calidad, al menor costo¹⁶⁹.

A días de la entrega del informe final de la CR, Doren dijo que “hay una visión de corto plazo que yo creo que va justamente al mandato que se le dio a la comisión que es solucionar aquellos problemas reales que tiene el sistema privado”¹⁷⁰. El dirigente niega que a los viejos se les echa, que a los enfermos se les expulsa del sistema, dice que la ley no lo permite. Esas cosas ya fueron superadas.

¹⁶⁶ Financiero. Borrador de comisión de Isapres, contempla que Super de Salud, y no la SVS, regule seguros complementarios. [en línea] Diario Financiero en internet. 1 oct., 2014. <Borrador de comisión de Isapres contempla que Super de Salud, y no la SVS, regule seguros complementarios> [consulta: 1 oct. 2014]

¹⁶⁷ Gasto de bolsillo de usuarios de isapres promedia \$ 1 millón al año en copagos por prestaciones. La Tercera, Santiago, Chile, 3 oct., 2014. Págs. 16, 17.

¹⁶⁸ Ibid. Págs. 16 y 17.

¹⁶⁹ Ibid. Págs. 16 y 17.

¹⁷⁰ Ibid. Págs. 16 y 17.

Doren se refirió a las ideas de los miembros de la CR, calificándolas de utopías o los sueños que algunas personas tienen, y que para muchos son pesadillas, refiriéndose a los que creen que el Estado debe solucionar y suministrar todo, cuando hasta el momento -dijo- ha demostrado ser poco eficiente, por decirlo suavemente. Instó a ver el informe que se entregó oficialmente a la Presidenta: están hablando a un plazo de diez años, queda mucho tiempo por recorrer. Es posible que venga otra gente con otras ideas que transforme esa pesadilla en situaciones normales y que -según Doren- “seamos capaces de escapar de esa situación”¹⁷¹.

El comisionado Marcelo Dutilh, habló en gran medida de los efectos de la propuesta de un fondo mancomunado de salud, arguyendo que de concretarse, “afectaría principalmente a las personas de ingresos medios, que tendrían un costo mucho mayor para acceder al mismo nivel de servicios de cobertura que tienen actualmente”¹⁷², situación que le parece dañina para más de 700 mil usuarios. A su vez, Dutilh destacó que dicha propuesta haría de las Isapres un “sistema de seguros privados complementarios, que por su alto costo serían utilizados por una élite de personas con más recursos”¹⁷³. El ejecutivo rescató la propuesta minoritaria que consiste en un mecanismo de multiseuros que redistribuiría el 7 por ciento, según el riesgo de las diferentes carteras, lo que mejoraría el sistema actual en cuanto a movilidad y transparencia¹⁷⁴.

Si bien varios actores de la industria valoraron el consenso logrado en diferentes materias contenidas en la propuesta inmediata de la CR, Marcelo Dutilh es enfático al señalar que en la propuesta de disenso existen “dos puntos fundamentales respecto del desarrollo del sistema privado de aseguramiento de salud”¹⁷⁵. La propuesta “que plantea el Fondo Mancomunado creciente en el tiempo, administrado por un seguro único estatal significa la desaparición de las Isapres como las conocemos, contraviniendo el derecho constitucional de las persona a elegir”¹⁷⁶,

¹⁷¹ Doren: La comisión tiene una visión de futuro que para algunos es un sueño y para otros pesadilla. *Financiero*, Santiago, Chile, 6 oct., 2014. Págs. 25.

¹⁷² Fondo Mancomunado Afectaría Principalmente a Personas con Ingresos Medios. *Estrategia*, Santiago, Chile, 9 oct., 2014. Pág. 12.

¹⁷³ *Ibid.* Pág. 12.

¹⁷⁴ *Ibid.* Pág. 12.

¹⁷⁵ Las preocupaciones del sector privado. *Pulso*, Santiago, Chile, 9 oct., 2014. Pág. 13.

¹⁷⁶ *Ibid.* Pág. 13.

plantea Dutilh. En la misma línea, Hernán Doren, advierte efectos de fragmentar la cotización, ya que dice “hoy tenemos claro -las cifras y estadísticas lo señalan- que con el 7% no es suficiente como para financiar las necesidades de salud de la gente, menos va a ser posible financiarlo con una cifra inferior a esa”¹⁷⁷. Asimismo, Dutilh puntualiza que la eliminación de la declaración de salud, tal como se plantea en la propuesta de mayoría, es una “utopía” y asegura que “de implementarse algo así significa la migración masiva de personas hacia las Isapres, porque las personas con graves problemas de salud que no han conseguido una oportuna solución en Fonasa, van a buscar exigir su garantía GES, por ejemplo, en el sistema de Isapres. Y frente a ese escenario, las Isapres quebrarían; ya que el fondo interisapres no tendría la capacidad de compensar este mayor costo, poniendo en riesgo la cobertura prometida al resto de los afiliados”¹⁷⁸.

Hernán Doren ve como una amenaza el fin del lucro y aprobar la libre elección. Sin embargo, contó que la propuesta de proyecto de ley recoge los consensos y, afirma que los problemas de los afiliados se solucionarán el 99,9 por ciento. Este modelo pone fin a las preexistencias, a la cautividad, crea tarifa plana, introduce un mecanismo para calcular los reajustes. Explicó que esas son las cosas que la gente más reclama. De esta manera, estimó que el modelo si se elabora en base a los consensos, podría haber ley en un año y medio. Además, adelantó que para aplicarse, tendría que haber un período para crear los fondos y hacer convenios con clínicas. Calculó que en tres años el sistema estaría funcionando, considerando que el mayor desafío es la implementación, calificándola de tremenda porque se mantienen las condiciones actuales para los afiliados existentes y se crean nuevas para los que ingresan. Encontrar el costo de este sistema, con personas de distinta lógica, no es fácil. Doren concluye que la lógica de la tarifa plana es que los más jóvenes pagan más y los más viejos pagan menos. Así, los que se ven afectados son los que están en las posiciones extremas¹⁷⁹, asegura.

¹⁷⁷ Ibid. Pág. 13.

¹⁷⁸ Ibid. Pág. 13.

¹⁷⁹ Hasta un 17% de usuarios Fonasa migraría a isapres con reforma en régimen: “Queda la preocupación de qué va a pasar con las isapres”. *La Tercera*, Santiago, Chile, 9 oct., 2014. Págs. 16, 17.

Tras la entrega del informe definitivo a la presidenta, el mundo privado advierte que esta idea podría ser poco viable. Hernán Doren teme que “si se aumentan las coberturas para los usuarios, como se propone, y no se sacan bien los cálculos, podría haber prestadores con los que no se pueda hacer convenios, porque no se podrían financiar debido a los altos costos”¹⁸⁰.

5.3. El Parlamento:

En este periodo presidencial, los primeros que se refirieron a la reforma al SPS, fueron los diputados (UDI) de la Comisión de Salud, para manifiestar su malestar por el anuncio de la Ministra de Salud, concerniente al retiro del proyecto de ley que permitía la libre elección a los usuarios del tramo “A” de Fonasa, dando cuenta a través de una carta que, son 3 millones de personas y que es una señal era preocupante. Además, informaron que este proyecto fue respaldado por la oposición de la Comisión de Salud, los mismos que respaldan su retiro haciendo propia la expresión de la ministra: “cada vez que aumenta la libertad, disminuye la equidad”¹⁸¹. De esta forma, sostuvieron que una forma concreta de romper la desigualdad es promoviendo que las personas puedan optar a los mismos niveles de atención, al menos en consultas y ciertos exámenes. Escribieron que pareciera que en la “Nueva Mayoría” se refirió a la tutela inamovible del Estado antes que mejorar la calidad en la salud, catalogando de injusta dicha posición¹⁸².

Desde el oficialismo, un grupo de parlamentarios de la Comisión de Salud, entre los que se encontraban la senadora Carolina Goic, los diputados Víctor Torres y Gabriel Silber, entre otros que no conforman la comisión, respaldaron la decisión de la Superintendencia de Salud de detener el alza de 81 planes de salud el 1º de julio.

En relación a la propuesta de la directora de Fonasa, Jeanette Vega, el senador del PPD y presidente de la Comisión de Salud del Senado, Guido Girardi, sostuvo que Vega “abrió un debate central en la discusión de salud que viene”¹⁸³. A su juicio, la propuesta del fondo común podría tener el apoyo masivo de la “Nueva Mayoría”, pues “fue un tema de consenso cuando el Presidente Lagos planteó el AUGE y el fondo solidario, pero ahí no teníamos los votos en la cámara ni en el senado y la derecha

¹⁸⁰ Op. cit.: *El Mercurio*, 9 oct., 2014. B-16.

¹⁸¹ Reforma a la salud. *La Tercera*, Santiago, Chile, 27, marzo, 2014. Pág. 38.

¹⁸² *Ibid.* Pág. 38.

¹⁸³ Op. cit. *El Mercurio*, 26 julio, 2014. C-18.

vetó esto”¹⁸⁴. Dice que se pueden discutir varios mecanismos de financiamiento de la salud, como “la eliminación del 7%, para financiar la salud de todos con impuestos generales”¹⁸⁵.

Otro parlamentario de la “Nueva Mayoría” y miembro de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, el PS Juan Luis Castro, opina que la cotización en salud “es de carácter estatal, porque se aplica a todos los ciudadanos del Estado, por lo tanto la propuesta (de Jeanette Vega) no es descabellada”¹⁸⁶. Explica que esto no quiere decir que se acaben las clínicas: “la persona es libre de elegir entre la salud pública o privada”¹⁸⁷. Coincide con Girardi en que existía consenso hace años en avanzar en un fondo común y añade que hoy esta idea encontraría el respaldo parlamentario para ser aprobada. “Es una idea muy revolucionaria, pero a la vez muy sensata para un modelo donde fracasaron las Isapres”¹⁸⁸.

Juan Luis Castro, apoyó los lineamientos que hasta julio del 2014 proponía la CR al SPS. Lo nuevo es que el parlamentario planteó que si hoy el 80 por ciento de la gente está en el sistema público y sólo hay un 20 por ciento en el privado, es lógico que haya solidaridad entre los más jóvenes con los más viejos; entre las personas con enfermedad y las personas sanas; entre las que tienen muchas cargas y, entre las que son jóvenes y solteras, para que así haya un sistema solidario. Hoy en el sistema público existe una gran barrera, que es la lista de espera, mientras en el privado existe otra gran barrera: el dinero¹⁸⁹.

El presidente de la Comisión de Salud de la Cámara, Marco Antonio Núñez, entregó (en agosto) un espaldarazo a la ministra Molina por las críticas a su conducción que ha recibido del oficialismo, específicamente de la DC y los rumores de cambio de la autoridad.

En materia de salud, el parlamentario dio a conocer que el Minsal fue recibido por el gobierno actual con severos daños institucionales, producidos por una gestión autoritaria e ineficiente que confundió liderazgo político con maltrato y abusos administrativos. Dice que llegó la hora de que las Isapres se conviertan en instituciones

¹⁸⁴ Ibid. C-18.

¹⁸⁵ Ibid. C-18.

¹⁸⁶ Ibid. C-18.

¹⁸⁷ Ibid. C-18.

¹⁸⁸ Ibid. C-18.

¹⁸⁹ ¿Debe existir un fondo único de salud? Puso, 18 agosto, 2014. Pág. 7.

de seguridad social sin discriminaciones, exclusiones, ni preexistencias, con costos razonables y con mayor transparencia en su funcionamiento. También se refirió a la propuesta de Jeanette Vega, quien -apunta Núñez- fue malinterpretada de manera interesada, puesto que dicha idea se inscribe en un proceso a largo plazo. Subraya que, finalmente serán la Presidenta Bachelet y la ministra Molina las que van a tomar la decisión final sobre el diseño técnico de la propuesta¹⁹⁰.

Por otro lado, las decisiones de la CR provocan malestar entre parlamentarios de oposición. La integrantes de la Comisión de Salud del Senado, Jacqueline Van Rysselberghe, declara que no es casual que los integrantes de la comisión reforma hayan optado por un modelo que eliminaría, a la larga, a las Isapres del sistema y que, lo que se busca, es "estatizar la salud"¹⁹¹. Asevera que la comisión fue hecha a la medida para un objetivo predeterminado por el gobierno: eliminar las Isapres del sistema de salud; expropiar el 7 por ciento del sueldo que cada trabajador dedica a su salud y que libremente entrega a un tercero; público o privado, para que se lo administre, para entregárselo a un Fondo Solidario manejado por el Estado. Van Rysselberge comentó que es una medida más de este gobierno que busca restringir la libertad del elegir de las personas y reemplazarla por una administración obligatoria del Estado en la salud. Acusó que la Presidenta Bachelet anunció que crearía un grupo de trabajo técnico, pero en la práctica, lo que sucedió es que reunió a un grupo de 15 personas que pensaban ideológicamente igual, con sólo tres representantes del sistema privado, y se trabajó sobre una propuesta del secretario ejecutivo de la comisión (Camilo Cid), ante el cual se debe votar sí o no. Acrecienta que esto es escandaloso y es lógico -dice- que genere polémica y ruido, porque una cosa es buscar mejoras que el sistema privado necesita hace mucho tiempo, pero otra muy distinta es terminar estatizando la salud y obligar a todos los chilenos a estar en Fonasa¹⁹².

La propuesta de crear un fondo único de salud hecha por Vega, a todas luces ha generado movimiento en el gobierno y el Parlamento. Tanto así, que el diputado Marco Antonio Núñez, expuso que "los secretarios de Estado son la máxima autoridad

¹⁹⁰ "Si hay diferencias, ojalá las resolvamos lealmente". *La Tercera*, 23 agosto, 2014. Pág. 4.

¹⁹¹ "Es el primer paso para la estatización de la salud". *La Tercera*, 23 agosto, 2014. Pág. 4.

¹⁹² Ibid. 4.

después de la Presidenta, y eso es lo que representa la doctora Helia Molina en la salud chilena”¹⁹³ y, dijo que a su juicio la ministra “cuenta con el máximo respaldo y lealtad por parte de la directora de Fonasa”¹⁹⁴. En congruencia con el tema principal de la discusión (fondo único de salud), Núñez sostuvo que “el programa de gobierno es muy claro: aprobaremos una reforma del financiamiento del sector vinculado directamente a las Isapres”¹⁹⁵. Informó además que, “el programa contempla cambios estructurales del sector de salud, como la ley de Isapres”¹⁹⁶, aunque puntualizó que “obviamente no son reformas de la magnitud de la tributaria o la educacional”¹⁹⁷.

Referente al mismo tópico (fondo único), Guido Girardi, opinó que “lo que dicen ambas personalidades es cierto”¹⁹⁸, en el sentido de que la ministra Molina dio cuenta de que es algo que no está contemplado en el programa y que Vega por su parte, hizo un planteamiento en un espacio de reflexión, y con el que él coincide. Asimismo, junto con compartir plenamente la opinión de Vega, en el sentido de que “la política a futuro de la ‘Nueva Mayoría’ debiese ser la construcción de un Fondo Único y generar financiamiento suficiente para la salud”¹⁹⁹. El senador advirtió que si bien esto no está puesto como una prioridad para esta administración, “la situación de salud es mucho más crítica de lo que pensábamos cuando se hizo el diagnóstico que dio origen al programa”²⁰⁰. Asimismo, Girardi se excusó, tras manifestar que “heredamos del gobierno de Piñera un desastre. Se desmanteló el sistema de salud público, con un déficit de especialistas y con una lista de espera que ellos encubrieron, y eso va a obligar a hacer una redefinición en salud”²⁰¹.

Otros miembros de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados se incorporan a la discusión. Tal es el caso del socialista Manuel Monsalve, quien indica que “la comisión debe entregar una propuesta al Gobierno para que el Ejecutivo lo

¹⁹³ Op. cit. El Mercurio, 25 agosto, 2014. C-4.

¹⁹⁴ Ibid. C-4.

¹⁹⁵ Ibid. C-4.

¹⁹⁶ Ibid. C-4.

¹⁹⁷ Ibid. C-4.

¹⁹⁸ Ibid. C-4.

¹⁹⁹ Ibid. C-4.

²⁰⁰ Ibid. C-4.

²⁰¹ Ibid. C-4.

traduzca en proyecto de ley”²⁰². Monsalve anuncia que se está generando un debate en torno a una propuesta que está surgiendo como mayoritaria para construir un seguro de salud único con la cotización del 7 por ciento. A su juicio, habrá que ver cuánto de los US\$ 2.800 millones de la reforma tributaria, que no van a educación, se destinarán a salud. Dice que se “está avanzando hacia la propuesta de un plan garantizado de salud, donde todos los chilenos cotizarían el 7% que sea administrado por un organismo que no sea ni las Isapres ni Fonasa”²⁰³. Con el parlamentario concuerdan los diputados de la DC Víctor Torres y Gabriel Silber, quien dictamina que “en materia de Isapres se requieren cambios estructurales y el seguro único va al fondo del tema. No queremos cambios cosméticos”²⁰⁴.

En tanto, a la salida de la ceremonia de entrega del informe de la CR, los senadores de oposición Francisco Chahuán (RN) y Jacqueline Van Rysselberghe (UDI) hicieron un llamado a la Presidenta y a la Ministra de Salud, Helia Molina, porque si bien concuerdan en que existen cambios necesarios, no deben sobreideologizarse, ni coartar la libertad de los chilenos. Los senadores hicieron ver su preocupación, alarmando -el senador Chahuán- sobre que “no debe primar la sobreideologización. Esto podría terminar con 3 millones de cotizantes del sistema privado, sobrecargando al sistema público”²⁰⁵. Con una visión más crítica, la senadora Van Rysselberghe recalcó que “la comisión fue convocada para mejorar el sistema de Isapres y terminar abusos”²⁰⁶. Y advirtió, “lo que se está haciendo con la propuesta de mayoría es que un millón y medios de personas que cotizan y ganan 1,5 millones o menos tengan que volver al sistema público. Esa no era la idea, la idea era que pudieran elegir”²⁰⁷. Añadió que “creemos que el informe apunta a la expropiación del 7% de los afiliados. No podemos hacer que el Estado maneje todo”²⁰⁸.

Sobre la base del informe entregado a la presidenta, parlamentarios oficialistas expresaron que la iniciativa legal estaría recién a fines de año, pero otro grupo de

²⁰² DC y PPD protagonizan conflicto subterráneo en Ministerio de Salud. *El Mercurio*, 31 de agosto, 2014. D-4.

²⁰³ Ibid. D-4.

²⁰⁴ Ibid. D-4.

²⁰⁵ Senadores de Oposición Temen que Propuesta Expropie el 7%. *Estrategia*, 9 oct., 2014. Pág. 12.

²⁰⁶ Ibid. Pág. 12.

²⁰⁷ Ibid. Pág. 12.

²⁰⁸ Ibid. Pág. 12.

senadores de la Comisión de Salud, aseguraba que debe tomarse como base el proyecto presentado por el gobierno de Sebastián Piñera que crea el Plan Garantizado de Salud (PGS). El presidente de dicha instancia, Guido Girardi (PPD), aseguró que “le voy a pedir al Gobierno que en no más de un mes se elaboren las indicaciones para complementar el proyecto (de PGS), porque voy a poner en tabla, a fines de noviembre, el proyecto que veníamos tramitando”²⁰⁹. A esto se adhirieron Francisco Chahuán (RN) y Jacqueline Van Rysselberghe (UDI).

5.4. La Comisión Reforma:

En principio, los primeros desafíos que se fijó la CR fueron abordar y solucionar temas tales como: discriminación y precios, por lo que en esto habrá una solución aseguró el Secretario Ejecutivo de la CR, Camilo Cid. El tópico más difícil será dice “llegar a una propuesta lo más consensuada posible”²¹⁰, respecto a las modificaciones en el financiamiento de aseguradores y prestadores. Asimismo, prevé que la discusión será más fácil en el caso del “uso de las tablas de factores que discriminan por riesgo en los planes, ya que están cuestionadas por los tribunales y que es algo que nadie debería defender”²¹¹.

Otro de los temas de la CR fue buscar propuestas para regular los planes en cuanto a beneficios y copagos. Además, sobre los cambios que necesita el sistema, Cid aclaró que uno de ellos debe ser que en las Isapres predomine la seguridad social que impliquen principios como la solidaridad, equidad y la eficiencia, en lo que no debiera interferir el hecho que sean instituciones privadas²¹². Se refirió a la experiencia internacional sobre la materia y dijo que “nosotros no somos el único país donde discriminan por riesgo, seguramente en Chile es más intenso, pero en otros países lo hay”²¹³.

En cuanto a la propuesta de las Isapres para terminar con los usuarios cautivos, hecha el 30 de mayo del 2014, Camilo Cid la calificó como un antecedente más y conectó el tema de la cautividad y la preexistencia con el principio que las Isapres dicen sostener, que es la libertad de elección. Además sostuvo que en otros países el

²⁰⁹ Op. cit.: El Mercurio, 9 oct., 2014. B-16.

²¹⁰ Secretario de comisión de reforma a isapres fija prioridades a discutir: discriminación y precios. El Mercurio, 16 abril, 2014. C-10.

²¹¹ Ibid. C-10.

²¹² Ibid. C-10.

²¹³ Ibid. C-10.

cambio de aseguradora se da sin que se les ponga condiciones a los afiliados. “Los requisitos para los usuarios son de tipo administrativo y en ningún caso tienen que ver con las preexistencias, que es lo que se quiere evitar. Si las restricciones vienen por ese lado, no se va a asegurar, lo que hemos estado discutiendo, enfatizó. Además aclaró que las Isapres realizaron la propuesta en el marco de un tiempo que se dan los comisionados para escuchar visiones del sistema”²¹⁴.

La primera semana de junio, se vislumbraban tres escenarios posibles de la eventual reforma al SPS:

- a) Cambio en modelo de riesgos y tarifas; corregir los puntos críticos del sistema actual, como el cálculo de los reajustes que hacen las Isapres, la discriminación por sexo y edad y la cautividad de los afiliados que tienen alguna patología²¹⁵.
- b) Creación de un fondo común entre Isapres y Fonasa; permitiría que los cotizantes sanos y el Estado subsidiaran en conjunto a los enfermos, independiente del sistema de salud en el que se atiendan²¹⁶. Y
- c) Un solo sistema a cargo del Estado; quienes deseen obtener coberturas mayores que las que defina el Estado, deberían salir a comprarlas al mercado de los seguros, lo que se estima sería el 5 por ciento de la población²¹⁷.

En relación a la judicialización y alzas de las Isapres, Camilo Cid informó que uno de los objetivos de la comisión presidencial de reforma al SPS fue analizar los impactos de la judicialización de los casos, “es uno de los síntomas de los problemas del sistema, lo que tiene que ver, por ejemplo, con la falta de regulación de los precios”²¹⁸. El alza de las presentaciones -para detener el aumento del precio del plan base, como de la prima del Plan Auge (monto que se paga por el aumento de 69 a 80 en un año)- llevaron a que las cortes se recargaran, fenómeno que provocó que la Corte de Apelaciones de Santiago creara una oficina exclusiva para la entrega y

²¹⁴ Op cit.: La Tercera, 30 mayo, 2014. Págs. 16 y 17.

²¹⁵ Op cit.: El Mercurio, 6 junio, 2014. C-6.

²¹⁶ Ibid. C-6.

²¹⁷ Ibid. C-6.

²¹⁸ Comisión de reforma al sistema evaluará efectos de la judicialización. La Tercera, 1 julio, 2014. Pág. 18.

tramitación de estos recursos, interpuestos por cotizantes de Isapres²¹⁹. Sobre este tema, el comisionado Pedro Barría sostuvo que uno de los temas más importantes de la reforma a la ley de Isapres sería establecer un organismo que funcione en forma independiente de las aseguradoras, para fijar los precios de los planes²²⁰.

Una vez listo el diagnóstico consensuado (en julio)²²¹, cuyos puntos centrales fueron los problemas del sistema de Isapres y sus causas como la discriminación del riesgo, alzas de precios indiscriminada, movilidad de los cotizantes, los cautivos y las preexistencias. “(...). Todas son cosas que tenemos que solucionar con un cambio más o menos importante”²²².

La CR escuchó a distintos actores sociales relacionados al ámbito de la salud, entre otros, a las comisiones de salud del Parlamento, a los directivos de las Isapres, para que expusieran su visión de manera particular y no a través de la Asociación de Isapres²²³. Luego de culminar la etapa de audiencias, la CR hizo públicas 22 presentaciones realizadas por distintas asociaciones y colegios profesionales que expusieron sus ideas, muchas de ellas fueron consideradas por la comisión en su informe final²²⁴.

Conforme avanzaba el tiempo, la CR iba zanjando importantes puntos como la afiliación abierta, es decir, que los seguros no pueden negar el ingreso a una Isapre por preexistencia (enfermedad previa a afiliarse). Este debe ser respetado y tiene que ver con la no discriminación²²⁵. En cuanto a precio, debe ser de tipo ‘comunitario de riesgos’. Las Isapres evalúan a la persona y a sus cargas. Cid, acotó que no podía decir cuál será el diseño de esto, pero es un principio²²⁶. Asimismo, aclaró que para que haya mayor solidaridad en el sistema se requiere de una compensación de riesgos.

²¹⁹ Ibid. Pág. 18.

²²⁰ Ibid. Pág. 18.

²²¹ Op. cit. Pulso, 8 julio, 2014. Pág. 10.

²²² Ibid. Pág. 10.

²²³ Ibid. Pág. 10.

²²⁴ Audiencias en comisión para reforma de salud apoyan plan único, con presencia de isapres. El Mercurio, Santiago, Chile, 13 sept., 2014. C-25 (Segunda Edición).

²²⁵ “Los seguros no pueden negar el ingreso a una isapre por preexistencia”. La Tercera, 20 julio, 2014. Pág. 16.

²²⁶ Ibid. Pág. 16.

También se discutió mejorar la forma en que se asignan los recursos: mejores formas de pago entre seguros y proveedores. Aclaró que en la actualidad, el mundo privado funciona en base a un pago por acto, eso debe cambiar a un modelo más eficiente y adelantó que pensaron en un conjunto de beneficios que se debiera dar a las personas, lo que debería incluir aspectos como el Plan Auge, la modalidad de libre elección de Fonasa, el seguro catastrófico y otras prestaciones que no están aranceladas, beneficios que deberán ser equivalente al 7 por ciento de la cotización.

Cid, consideró que esta será una reforma importante y añadió que no se pudo hacer antes porque nunca estuvo tan clara, como ahora, la necesidad de entender que estos seguros si quieren participar en la seguridad social tienen que seguir sus reglas. Acerca de Fonasa y la reforma, argumentó que en el mundo, los sistemas de seguridad social son integrados y en este país se vive en un sistema dual y segmentado entre pobres y enfermos, ricos y sanos, lo que reproduce un sistema en desequilibrio. Es un problema la existencia de Fonasa e Isapres, debieran ser uno solo²²⁷. Confirmó que lo que sucede en las Isapres tiene un impacto en Fonasa. No es casualidad que sólo el 5 por ciento de los mayores de 70 años estén afiliados a las aseguradoras. Los demás se fueron a Fonasa, gastan más porque están enfermos y usan recursos que antes estaban destinados para otros. Lo que más impresionó a Cid de las Isapres es el grado de alejamiento de los conceptos de seguridad social que tienen, debido a la discriminación, a la lógica de consumo en la relación paciente-seguro y la pérdida de todo concepto de solidaridad y equidad. Sin duda, Chile es un país raro en seguridad social en el mundo: es una excepción. (...) Acá el tema está desregulado: las Isapres aparecen como seguros privados, pero, desde que tienen el 7 por ciento no lo son²²⁸.

Justamente, en la discusión sobre qué es el 7 por ciento de la cotización en salud, Cid informó que esto se discutió bastante: es una prima obligatoria de la seguridad social y este último sistema es el que determina cómo debe funcionar. Aquí hubo consenso mayoritario, pero no absoluto. Esto, fue analizado con el fallo del Tribunal Constitucional (TC) a la vista, emitido en agosto de 2010. Además, la CR invitó a uno de los ministros de ese fallo. También revisaron la experiencia internacional y llegaron a la conclusión que ya en el fallo del TC se entendían las

²²⁷ Ibid. Pág. 16.

²²⁸ Ibid. Pág. 16.

cotizaciones como parte de la seguridad social. Cid aclaró que en la ardua discusión hubo matices con lo propuesto por Vega, porque bajo esa concepción “la directora del Fonasa habla de la desaparición de las Isapres y el paso automático a un fondo único total. Sobre esta materia Cid sostuvo que eso puede darse en un tiempo prudente, pero hay un proceso de transición que hay que discutir”²²⁹.

Existe la probabilidad de la coexistencia de seguros públicos y privados, pero con componentes solidarios. Para tomar la decisión, la CR evaluó las experiencias en el extranjero: uno de los modelos es el Seguro Nacional de Salud, experiencia del sistema de salud de Canadá y Corea, donde existe un fondo único administrado por una sola entidad que es la que recibe las cotizaciones de todos los ciudadanos. Con ese dinero el seguro nacional de salud compra las prestaciones a los proveedores (hospitales y clínicas), sin la intermediación de ningún otro organismo. En general, dicho fondo único está a cargo de una entidad estatal con un consejo integrado por representantes de los empresarios y del gobierno²³⁰.

Otro modelo que consideraron es el Fondo Único con Multiseguro, este sistema funciona en Holanda, Suiza y Alemania, en el que si bien en esos casos se crea el fondo único que recibe todos los recursos a cargo de una institución que los centraliza, los seguros son los que operan con intermediarios en la compra de las prestaciones de salud. De esa forma, desde el fondo central se le entrega dinero a cada seguro de acuerdo a las necesidades de riesgo de su cartera de afiliados²³¹.

5.4.1. CR estaba por cambio estructural

Camilo Cid dilucidó que, el mandato presidencial a la comisión fue reformar y no terminar con el sistema privado. “Lo que va a ocurrir es que las Isapres como las conocemos como funcionan hoy día, deberían cambiar radicalmente porque les vamos a cambiar la cancha con un sistema regulatorio totalmente distinto al estilo de la seguridad social”²³². Confesó que “es cierto que estamos pensando en juntar toda la plata en un fondo único como objetivo de mediano o largo plazo”²³³.

²²⁹ Op. Cit.: El Mercurio, 26 julio, 2014. C-18.

²³⁰ Ibid. C-18.

²³¹ Ibid. C-18.

²³² Ibid. C-18.

²³³ Ibid. C-18.

La comisión asesora de reforma al SPS, se reunió el 8 de agosto y, luego de arduas discusiones, realizaron dos votaciones clave para la propuesta que harán a la Presidenta, Michelle Bachelet. Primero fue definir qué tipo de cambios requiere el actual sistema de seguros de salud; es decir, si se desean modificaciones estructurales o no. Por 15 votos a favor y dos en contra ganó la primera idea (modificaciones estructurales). La segunda discusión versó sobre qué visión de futuro, a largo o mediano plazo, se tiene para el sistema. “Esto era fundamental para poder ver cuál es el marco referencial de una reforma a corto plazo, porque lo que le proponíamos a la presidenta no puede ir en contra de los que pensamos para unos años más”²³⁴, explicó Cid. Así, luego de discutir tres modelos distintos, once comisionados se inclinaron por la idea de crear **un fondo único y un seguro nacional de salud**. En este se reunirían las cotizaciones obligatorias de salud de todos los trabajadores del país²³⁵, además del aporte del Estado para financiar las prestaciones, generando un solo gran comprador que negocie directamente con los prestadores de salud, que pueden ser públicos o privados, modelo parecido al de Canadá y Corea²³⁶.

De esta manera, las Isapres desaparecerían a largo plazo, tal como lo propuso Jeanette Vega, pues dentro de la seguridad social su existencia no sería posible. Cid completó la información detallando que sólo “se admite la creación de seguros complementarios, pero no dentro de la seguridad social”²³⁷. Esta idea generó molestia entre los representantes del mundo privado en la CR²³⁸, ya que consideraron que se trata de una “estatización de la salud” y que sus cotizantes se verán afectados. Incluso, no descartaron retirarse de la comisión. “Es un escenario posible”, reconoció un cercano a la discusión²³⁹. La segunda opción que sólo tuvo dos votos, implicó la **creación del mismo fondo único, pero manteniendo el esquema actual con Fonasa e Isapres**, aunque a éstos se les asignarían los recursos desde un organismo central, de acuerdo a los riesgos de sus carteras, modelo similar al de Holanda, Suiza

²³⁴ Comisión de reforma a las isapres aprobó por mayoría la creación de un fondo y seguro único de salud. *El Mercurio*, Santiago, Chile, 8 agosto, 2014. C-13.

²³⁵ El 7 por ciento de cada cotizante.

²³⁶ Op. cit. *El Mercurio*, C-13.

²³⁷ Ibid. C-13.

²³⁸ Gonzalo de la Carrera de Colmena; Ana María Albornoz de Clínicas de Chile; Fernando Matthews de la Asociación de Isapres y Marcelo Dutilh de Consalud.

²³⁹ Op. cit. *El Mercurio*, C-13.

o Alemania. La última opción, conocida como “**el fondo Isapre**” dentro de la comisión, es la propuesta que hizo el gremio de aseguradoras y que, si bien fue valorada -pues plantea mejoras en la transparencia y el fin de las restricciones para los afiliados con enfermedades preexistentes, entre otras- lo consideraron insuficiente. Esta opción obtuvo los cuatro sufragios de los representantes del mundo privado, informó Cid. “Lo que se votó es la imagen, objetivo que queremos a largo plazo. Algunos piensan que eso puede ser en el gobierno siguiente, otros en el subsiguiente”²⁴⁰.

La fórmula que se discutió para la etapa intermedia es que se genere progresivamente el fondo único, que vaya incorporando parte de las cotizaciones de salud²⁴¹, tanto de Fonasa como de Isapres para la compra de prestaciones específicas. Se deberán estudiar cuáles serán, pero entre las opciones están, por ejemplo, los medicamentos. Con los seis puntos de cotización restantes se pretende crear un fondo que se repartiría entre Isapres y Fonasa, pero con un solo plan de salud que cubra, al menos, todo lo que hoy está presente en el seguro público, más la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas de las Isapres. Fuera de este plan, se dejaría espacio para que estos seguros complementarios con regulaciones, fijen -por ejemplo- sus primas de acuerdo al riesgo de la cartera y no de cada individuo, como ocurre hoy. Además, estos seguros complementarios permitirían acceder a prestaciones o tecnologías que no están en el sistema público y a comodidades en ciertas clínicas o recintos privados. El objetivo es que durante este gobierno quede implementado este periodo de transición del sistema²⁴².

En la discusión sobre el seguro complementario, el comisionado Pedro Barría invocó a que la gente se siente angustiada frente a cualquier posible enfermedad, al pensar en patologías en que, pese a que tengan un copago bajo, alrededor del 20 por ciento, le llega una cuenta de 100 millones de pesos. Sigue siendo una cantidad alta. Además, “la gran mayoría de los complementarios son anuales, y si una familia de cuatro personas toma un seguro y un miembro tiene un cáncer ese año, es absolutamente seguro que va a recibir una carta diciéndole que no se lo renuevan el próximo año”²⁴³. El tema se planteó al interior de la CR. “No pueden seguir sin

²⁴⁰ Ibid. C-13.

²⁴¹ Al comienzo cercano a un punto porcentual.

²⁴² Op. cit. C-13.

²⁴³ Op. cit. La Tercera, 10 agosto, 2014. Pág. 18.

regulación, y así se ha planteado en la comisión. Deben estar regulados y bajo la tuición de la Superintendencia de Salud. También deben ser indefinidos porque, sino, es competencia desleal para las Isapres, en un contexto de reforma como la que se ha planteado”²⁴⁴.

5.4.2. **Propuestas para el corto y el largo plazo**

Las propuestas de corto plazo, buscan solucionar los problemas más inmediatos del SPS. En este caso, un plan de seguridad social estándar y universal para permitir acceso equitativo y eficiente; ajuste de riesgos entre Isapres para eliminar preexistencias, discriminación y cautivos, intentando con esto incorporar solidaridad; precio de seguridad social del plan (7 por ciento) y precios comunitarios en riesgos de planes complementarios para evitar alzas unilaterales y desmedidas; regulación de relaciones seguro-proveedores para sortear el abuso de poder del mercado y permitir mayor control de costos. Se espera que estas medidas den paso a que las Isapres funcionen como entidades de la seguridad social. Pero es la idea de un seguro único de salud que se financie a través de la cotización legal del 7 por ciento -que es una idea a aplicar en el largo plazo y que se votó (8 de agosto), en la comisión- lo que encendió las alertas dado que se estimó el fin de las Isapres como se conocen hoy²⁴⁵.

Al respecto, el comisionado David Debrott argumentó que se requieren cambios profundos al sistema de salud. Afirmó que las Isapres se focalizan en un segmento de la población que tiene rentas altas, y ponen barreras de ingreso y, por lo tanto, el financiamiento per cápita de las Isapres es más alto. Todo esto genera efectos en los prestadores privados que, a su vez, van teniendo mayor disponibilidad de recursos para mejorar su atención y, en la práctica, tenemos dos sistemas que van alejándose en el tiempo. Por tanto, su tesis fue que si se eliminan las Isapres y Fonasa, no significa que las personas que se atienden en clínicas van a llegar a los hospitales, eso es mitología y nunca se ha planteado de esa manera. Lo que va a pasar con ellas es que el 7 por ciento va a ir al seguro público que cubre un estándar, y lo que hoy se paga extra a las Isapres, porque se cotizan sobre lo legal (10 por ciento), lo van a seguir pagando extra, pero ahora a un seguro complementario. Así, el 7 por ciento, no

²⁴⁴ Ibid. Pág. 18.

²⁴⁵ Comisión busca fórmula para evitar alza unilateral en planes de isapres. Pulso, Santiago, Chile, 13 agosto, 2014. Pág. 11.

es un impuesto, pero tampoco es de propiedad privada. De esta manera, dicha cotización ingresa a un fondo de la seguridad social y se gasta para las prestaciones que el Estado defina. En el caso chileno, es para atenciones de salud y licencias médicas. Debrott, aseguró que el nivel de gasto en salud es bastante similar a países en desarrollo, alrededor de 8 por ciento del PIB. El problema a resolver es que el gasto público es muy bajo, porque no recibe cotizaciones de rentas altas. Consiguientemente, el gasto de bolsillo es muy alto, porque el aporte fiscal es muy bajo y este gasto fiscal tiene que aumentar. Hay países que no tienen nada que ver con Cuba, Corea del Norte o China, donde estos sistemas funcionan. Adiciona que en un sistema como Fonasa, como pagador único, por el tamaño de las compras que hacen, ellos pueden definir a qué precio comprar, eso no es fijar los precios. Hay personas que plantearon que esto se reduce exclusivamente a un problema de las tablas de factores y de cómo se reajustan los precios de los planes y no es así. El Problema de las Isapres es general, es sobre cómo funciona el aseguramiento de la salud en Chile, cómo funcionan los proveedores, y las brechas que existen²⁴⁶.

Por otro lado, Oscar Ortega aseguró que desde que se aprobó la construcción de un Fondo Nacional de Salud que operaría como un seguro para toda la población, se ha intentado levantar una polémica con omisiones y con argumentos incorrectos. Tildó, al actual sistema de aseguramiento en salud, de anómalo en el contexto internacional. No reconocer que las Isapres no son seguros privados, sino que instituciones privadas que administran un seguro social es una omisión relevante. Catalogó a la interpretación que hizo Doren el 21 junio de “nivelar hacia abajo” como incorrecta, pues un arreglo de seguridad social de fondo único puede desarrollarse con prestadores públicos y privados. Es básico entender que una cosa es un fondo único de salud para toda la población y otra distinta son las instituciones que entregan atención de salud. Reflexionó que pensar que la existencia de un seguro único obligará a toda la población sólo a hacer uso de los prestadores públicos es errado. Se omite, además, informar que las personas afiliadas a Isapres cotizan ya un promedio de 3 por ciento adicional al 7 por ciento obligatorio. En los hechos, se están pagando seguros complementarios a las mismas Isapres. En consecuencia, un plan de seguridad social

²⁴⁶ “El 7% no es un impuesto, tampoco propiedad privada”. *La Tercera*, Santiago, Chile, 16 agosto, 2014. Pág. 24 (Arts. 5 y 6).

para toda la población no excluye la posibilidad de continuar con planes complementarios que gran parte de los afiliados a Isapres ya paga²⁴⁷.

El comisionado Debrott admitió que el informe va a consignar que la mayoría de la comisión votó por avanzar desde septiembre de 2014, hacia la construcción de un fondo único de salud con seguros complementarios. La discusión es cómo se va a llegar a esa meta, lo que tiene que ver con la existencia de un fondo mancomunado entre Fonasa y las Isapres, que sería un porcentaje menor por el momento, pero se consideró que ese es un punto de partida para que en otro momento se plantee²⁴⁸.

Camilo Cid informó que hay acuerdo en que exista un plan único de salud para todos, un fondo común entre las Isapres para que se repartan los dineros de acuerdo al riesgo de sus afiliados y, se termine así, con los problemas de movilidad y discriminación del sistema y otro pequeño fondo entre las Isapres y Fonasa, éste último -que hasta agosto se destinaría a la compra de medicamentos de alto costo- sin llegar a acuerdo. La opción mayoritaria planteó que ese fondo común se puede financiar progresivamente descontando a las Isapres 0,7 puntos del aporte del afiliado cada año durante una década, pero otros aseguraron que al hacer eso, se terminarían los seguros privados, porque al no contar con ese dinero no podrían cumplir con las coberturas pactadas en los contratos de salud vigentes. Por ello, pensaron que el fondo común se debe financiar con aportes adicionales²⁴⁹.

Igualmente la CR evaluó cambios al sistema de administración, regulación y financiamiento de las licencias médicas, con el propósito de que esté a cargo de un ente autónomo, que no sea juez y parte como ocurre en la actualidad. Para ello, se solicitaron informes sobre los gastos en que incurren los seguros públicos y privados en los subsidios de incapacidad laboral. La intención fue que el nuevo organismo, que financiaría las licencias con parte del 7 por ciento, también administre los reposos por accidentes del trabajo que, en muchas ocasiones, afirmaron algunos comisionados, se paga como licencias médicas²⁵⁰.

²⁴⁷ Op. cit. La Tercera, 16 agosto, 2014. Pág. 10.

²⁴⁸ Op. cit. Estrategia, 3 sept., 2014. Pág. 10.

²⁴⁹ Comisión asesora no logra acuerdo para financiar fondo común. El Mercurio, Santiago, Chile, 22 agosto, 2014. C-9.

²⁵⁰ Reforma isapres: Comisión plantea externalizar licencias médicas. La Tercera, Santiago, Chile, 22 agosto, 2014. Pág. 20 (Art. 2).

En relación a los cambios propuestos por la comisión, escenario en que las Isapres irán desapareciendo progresivamente, Camilo Cid explicó que la iniciativa votada el pasado 7 de agosto, sólo buscó sentar las bases de la discusión, para centrarse en “una propuesta concreta”, enfocada en el funcionamiento de las Isapres. Así, en agosto la comisión se encauzó en la reforma. No de forma antojadiza, pues, según trascendió, dos elementos llevaron al gobierno a disipar las dudas respecto de los objetivos que perseguían los expertos: la intervención de la directora de Fonasa, Jeanette Vega, quien públicamente propuso un modelo que elimina las Isapres y la encuesta CEP²⁵¹, donde el 51 por ciento de los encuestados puso la salud como principal problema que preocupa²⁵².

En resumen, las propuestas -como ya se explicitó- fue la creación de un Seguro Público de Salud que terminaría con las Isapres, financiado por el Estado y el 7 por ciento, que tenga un plan estandarizado y coberturas adicionales con seguros complementarios; un Fondo Mancomunado en el que se mantendría el seguro privado y se creó un fondo compensatorio de riesgo entre Isapres y otro fondo que lo une con Fonasa para financiar atenciones determinadas y un Sistema dual con cambios que se enfocarían sólo en las Isapres. También propusieron un Fondo Compensatorio de Riesgo y otro para promover la medicina preventiva²⁵³.

En relación a la integración vertical por la posible manipulación de precios, la CR indicó que lo deseable es que los seguros se opusieran a los proveedores, en el sentido de controlar sus costos²⁵⁴.

A inicios de septiembre, David Debrott informó sobre las propuestas que se estaban trabajando en la CR, entre las que se encontraban las licencias médicas, con la finalidad de juntarlas todas: las de Fonasa, las de Isapres y las de mutuales y fundar un organismo autónomo y, reiteró que lo que se discutió es el “separar de la cotización los recursos que permiten financiar las licencias”²⁵⁵. Sobre lo mismo, Barría acotó que se persiguió que la nueva institucionalidad para las licencias médicas tenga un

²⁵¹ Encuesta CEP: Estudio Nacional de Opinión Pública N° 71, julio 2014.

http://web.vrserver2.cl/cepchile/encuestaCEP_Julio2014.pdf (consulta: 26 nov. 2014).

²⁵² La comisión que tiene en alerta a las isapres. *La Tercera*, Santiago, Chile, 23 agosto, 2014. Págs. 2, 3.

²⁵³ *Ibid.* Págs. 2 y 3.

²⁵⁴ *Op. cit.* *La Tercera*, 20 julio, 2014. Pág. 16.

²⁵⁵ *Op. cit.* *Estrategia*, 26 agosto, 2014. Pág. 11.

directorio integrado por trabajadores, empleadores y el Estado²⁵⁶. Agregó que su reforma “no se propondrá en esta etapa porque requeriría un gasto”²⁵⁷. Sin perjuicio de esto, se planteó que una parte del 7 por ciento se destine a las licencias médicas.

Otro de los problemas que preocupó a la CR son los seguros complementarios, los que actualmente tienen la misma legislación que los seguros comunes y corrientes, por lo que el comisionado Debrott subrayó que era perentorio regular los seguros que son creados desde los prestadores, porque sólo tienen incentivos personales. Cuando generan seguros, lo que hacen en el fondo es capturar e inducir demanda²⁵⁸.

Igualmente, al referirse al seguro público único, Debrott advirtió que este no se incluiría -en gran detalle- en el proyecto de ley porque no corresponde a este período presidencial.

Que una mujer pueda tener su parto en un hospital público y que su Isapre le cubra esta prestación, es otra innovación que se plantearon en la comisión presidencial. Esto, con el propósito de mejorar el acceso de los usuarios de Isapres en regiones y, de paso, bajar los costos del plan único que incluiría como piso lo que por ley cubre Fonasa en su modelo institucional y libre elección, además de las patología de la lista Ges y la Ley de Urgencia. Entre las atenciones que se contemplaban para abrirse a los seguros privados en los hospitales públicos y la atención primaria (consultorios), están los partos, los controles de niño sano, vacunas y otras prestaciones donde sea factible absorber la demanda de ambos sistemas de salud, público y privado²⁵⁹, financiado con parte del 7 por ciento. La idea generó controversia al interior del grupo, fundamentalmente entre las Isapres y prestadores, los que insistieron en que esto sería un retroceso en el estándar de salud que hoy obtienen los usuarios del sistema privado²⁶⁰.

Según Debrott, “no es primera vez que la comisión lo discute, ya que en la legislación actual existe prohibición de que las Isapres contraten prestaciones con el sistema público en general. El tema es que eso hace que el sistema de Isapres, por

²⁵⁶ Op. cit. La Tercera, 5 sept., 2014. Pág. 22.

²⁵⁷ Op. cit. Estrategia, 26 agosto, 2014. Pág. 11.

²⁵⁸ Comisión de salud Está Mayoritariamente por Cambiar Sistema de Licencias Médicas. Estrategia, Santiago, Chile, 3 sept., 2014. Pág. 10.

²⁵⁹ Reforma Isapres: plantean abrir hospitales públicos a afiliados del sistema privado. La Tercera, Santiago, Chile, 5 sept., 2014. Pág. 22.

²⁶⁰ *Ibid.* Pág. 22.

definición, tenga costos más altos que lo que podría tener si se pudiera contratar la red pública”²⁶¹.

Por su lado, Pedro Barría, aseguró que hay un amplio consenso en que ambos sistemas de salud no pueden seguir funcionando por separado e informó que, en este contexto, se planteó que esta propuesta no es posible si no hay un plan de reforzamiento de la asistencia pública. Por eso, Barría se preguntó si “habrá alguna medida de mitigación previa para los afiliados a Fonasa”²⁶².

Otro de los aspectos que consideró la CR, es la eliminación de la declaración de salud que actualmente exigen las Isapres a los usuarios antes de permitirles el ingreso, la que será reemplazada por un sistema menos restrictivo. Se buscó flexibilizar, la afiliación de personas al sistema privado, pero manteniendo algunas barreras de acceso, para evitar que un eventual ingreso masivo de usuarios desde Fonasa genere un impacto que ponga en riesgo financiero a las Isapres. “Se está debatiendo y no es sencillo porque si bien las intención es evitar las discriminaciones y preexistencias, hay que considerar que de un día para otro no se puede hacer que coexistan dos sistema que nunca han funcionado juntos. Hay que estudiar esto con cautela”²⁶³, comentó el comisionado Pedro García.

A pesar de lo planteado anteriormente, hasta el 25 de septiembre, se encontraba en discusión si lo que se garantizaba era un plan de salud único que apoyaba la mayoría de los comisionados, puesto que según sus argumentos esto iría en la línea de la “seguridad social”, a la que se pretendía llegar y, por otro lado, estaba la posición de los comisionados que apoyaban a las Isapres y que lo que buscaban era garantizar la prima que permita a la gente elegir dónde atenderse. Por lo mismo, en la comisión se asumió que no habría un informe de consenso, sino uno que expondría votos de mayoría y minoría en gran cantidad de temáticas²⁶⁴.

²⁶¹ Ibid. Pág. 22.

²⁶² Ibid. Pág. 22.

²⁶³ Op. cit.: La Tercera, 23 sept., 2014. Pág. 23.

²⁶⁴ Los puntos que deberá zanjar la comisión para reformar las isapres en su última semana de discusión. El Mercurio, Santiago, Chile, 25 sept., 2014. C-10.

5.4.3. Prohibición de lucrar con el 7 por ciento provoca renuncias

Que “las Isapres no pueden lucrar con el 7% de cotización”²⁶⁵, es uno de los puntos más álgidos que destempló el ambiente al interior de la CR y las gestiones se tensionaron. Esto, provocó un quiebre en el sector de la salud privada, tras la renuncia de que los comisionados Gonzalo de la Carrera y Ana María Albornoz, quienes se negaron a firmar la propuesta final, que se entregó a la Presidenta Michelle Bachelet²⁶⁶.

Finalmente se acercaron posiciones tendientes a evaluar la medida y a considerarla como parte de un voto de minoría. En esta área, Debrott dijo que “el tema del lucro se puso sobre la mesa porque no existe lucro en la seguridad social. En mi opinión, eso debería plantearse a largo plazo, cuando se transite hacia un seguro único o multiseuro, porque mantener este punto en la propuesta a corto plazo no permitiría que las Isapres sigan administrando el seguro social en los próximos años”²⁶⁷.

En este escenario, Camilo Cid, aseguró que hubo más coincidencias que diferencias. Sobre las renuncias Cid se mostró sorprendido, ya que “renunciaron el último día por razones poco entendibles, creo que hacen una interpretación que no está de acuerdo con la mayoría. No quiero calificar las intenciones, pero hemos tenido 27 reuniones y renunciaron en la número 27. Las cuatro personas convocadas del área privada se llamaron por ser expertos y no como representantes de sus áreas”²⁶⁸. Trascendió que ambos comisionados leyeron cartas que tenían preparadas para renunciar. Al hecho, se sumó que en las sesiones, tanto Albornoz como de la Carrera se opusieron a algunos cambios “con argumentos muy de fondo, que en realidad se oponían a todo cambio en el sistema”²⁶⁹.

De esta manera, Camilo Cid puso paños fríos a la controversia. Además, especificó que la comisión reforma existe “porque salud es una política prioritaria”²⁷⁰ y, en el caso del sistema de Isapres, “implica una transformación que, en una primera etapa, se hace cargo de las principales deficiencias de los seguros privados y que sus

²⁶⁵ Op. cit. La Tercera, 27 sept., 2014. Págs. 16 y 17.

²⁶⁶ Ibid. Págs. 16 y 17.

²⁶⁷ Ibid. Págs. 16 y 17.

²⁶⁸ Ibid. Págs. 16 y 17.

²⁶⁹ Op. cit.: El Mercurio, 27 sept., 2014. B-11.

²⁷⁰ Op. cit. El Mercurio, 26 agosto, 2014. C-5.

beneficiarios ya no toleran”²⁷¹. Cid, aclaró que si bien esos eran los cambios “que se pueden hacer por ahora, estoy convencido desencadenarán a mediano plazo una reforma de alcance estructural”²⁷². Agregó que aunque lo que les encargó la presidenta fue fundamentalmente una solución a los problemas de discriminación, movilidad y precios de las Isapres, que es lo que le entregaron, sí hicieron y expusieron un panorama más completo que incluyó las proyecciones de esa medida en el largo plazo²⁷³.

La preocupación que inquietaba a los representantes de las Isapres era que, según ellos, el secretario ejecutivo de la CR, no estaba escuchando el llamado que hiciera la Ministra de Salud para entregar propuestas concretas que resuelvan los problemas del SPS, Camilo Cid respondió que “se comentó al comienzo de la reunión el tema de las declaraciones de la ministra, pero rápidamente nos enfocamos en el trabajo predeterminado. Hay algunos que pueden pensar que no se está cumpliendo el mandato, pero la mayoría no”²⁷⁴. Congruente con las declaraciones de Cid, David Debrott aseguró que “los comentarios realizados al comienzo de la sesión no cambiaron la agenda de discusión que estaba planificada desde las primeras reuniones”²⁷⁵.

Guillermo Paraje, señaló que “el funcionamiento y la línea de trabajo no cambiaron nada después de lo que dijo la ministra, porque nosotros ya estábamos haciendo eso”²⁷⁶.

Asimismo, Pedro Barría y David Debrott, hablaron sobre su función en la CR. En ese sentido Barría se alineó con el gobierno y sostuvo que “si la Presidenta fija un itinerario, nosotros no podemos andar proponiendo otra cosa”²⁷⁷.

El comisionado Mario Parada, basado en el decreto presidencial que creó la comisión y que se refiere a reformar el “sistema de salud en su conjunto” y que alude a la “equidad y solidaridad”, conceptos que generaron discordia en el grupo, defendió el

²⁷¹ Ibid. C-5.

²⁷² Ibid. C-5.

²⁷³ Ibid. C-5.

²⁷⁴ Op. cit. La Tercera, 29 agosto, 2014. Pág. 22.

²⁷⁵ Ibid. Pág. 22.

²⁷⁶ Op. cit. Financiero, 22 sept., 2014. Pág. 22.

²⁷⁷ Comisión No Propondrá Cambios al Sistema de Licencias Médicas en Esta Etapa. Estrategia, Santiago, Chile, 26 agosto, 2014. Pág. 11 (Arts.: 5 y 6).

accionar de la comisión, para lo que señaló que “si la Presidenta sólo necesitara un proyecto de ley no habría recurrido a la comisión. Tiene equipos capaces de hacerlo. Ella quería asesoría de expertos con amplia representación ideológico y política para plantear una política pública”²⁷⁸.

Los comisionados también aclararon que la propuesta de fondo único de salud y la votación que se hizo, forman parte de una visión de largo plazo, “hacia donde debiera transitar Chile según la mayoría de los comisionados”²⁷⁹, acotó Paraje. Además enfatizó que “en ningún momento dejamos de tener claro que lo que se nos pedía de manera inmediata era reformar el sistema privado, dar propuestas del corto plazo para el sistema privado”²⁸⁰ y replicó que se trata de una confusión mediática sobre lo que pasó dentro de la comisión.

Sobre la visión de largo plazo, es decir, el fondo único, el comisionado Paraje sostuvo que para optar a este sistema, primero “tienen que darse ciertas condiciones en el medio para llegar al largo plazo, tiene que haber una cierta transición”²⁸¹. De esta manera, las Isapres pasarían a funcionar no como entes de seguridad social, sino como seguros complementarios, y que la seguridad social en salud quede a cargo de un fondo único nacional²⁸².

En este contexto, el informe que inicialmente la CR entregaría a la Presidente de la República, contenía una descripción del sistema de salud, un análisis técnico de los actuales seguros y la propuesta de un nuevo marco. En síntesis, la reforma al sistema privado consideró: Plan de Seguridad Social (PSS), financiamiento, fondo Interisapres, planes complementarios, término al lucro, fin a declaración de salud, Fondo Mancomunado Universal (FMU), licencias médicas, copagos, transición a 10 años²⁸³.

5.4.4. Giro en el discurso de la CR

El último ejemplar del informe que elaboró la CR, generó desconcierto, puesto que dice que se permitirá lucrar con el 7 por ciento de la cotización obligatoria y que el voto disidente y las controversias que se dieron en la discusión quedaron registrados

²⁷⁸ Op. cit. La Tercera, 23 agosto, 2014. Págs. 2 y 3.

²⁷⁹ Ibid. Pág. 22.

²⁸⁰ Ibid. Pág. 22.

²⁸¹ Ibid. Pág. 22.

²⁸² Ibid. Pág. 22.

²⁸³ Op. cit. La Tercera, 27 sept., 2014. Págs. 16 y 17.

completo en el documento final. Así, en el informe se consignó que por mayoría se decidió que se podría lucrar y no habría impedimento en obtener utilidades con el 7 por ciento, según confirmó Pedro Barría, quien advirtió también que “no podemos resolver una barbaridad con otra. Actualmente las Isapres son las únicas empresas que entregan servicios a personas vulnerables que pueden fijar libremente el precio del servicio. Pero no podemos pasar a otra barbaridad que postula que no pueden sacar ni un peso de utilidad por las actividades que desarrollan por el 7%, porque ellos agregan valor. Lo que sí hay que vigilar es el monto de la utilidad”²⁸⁴.

Pedro García sostuvo que las visiones comunes consideraron que al hablar de seguridad social, los aportes en esta materia tienen ciertas características, entre estos: universalidad, no discriminación y permanencia en el tiempo. En base a esta visión común hubo acuerdo mayoritario entre los integrantes de la comisión para plantear en el informe final el PSS por el 7 por ciento de cotización, que será similar para Isapres y Fonasa. Se completa esta propuesta con la opción de que las personas de Isapre que deseen tener beneficios adicionales, puedan contratar un seguro complementario, pudiendo las Isapre cobrar adicionalmente una prima comunitaria por esta cobertura. Este factor deberá ajustar su precio mediante un proceso más riguroso y objetivo. También se incluyó la creación del fondo mancomunado, con cargo al 7 por ciento de la cotización de salud de los trabajadores afiliados a Fonasa o Isapre, que se destinará a comprar medicamentos de alto costo y enfermedades huérfanas. Indistintamente, se estableció la creación de un fondo para administrar y pagar las licencias médicas. Sobre este aspecto, el abogado Barría planteó que la propuesta final mayoritaria no debería propiciar el fin de las Isapres, aunque reconoció que la sugerencia inicial sí podría haber gatillado ese escenario²⁸⁵.

La propuesta incluyó una nueva regulación para el mercado de los seguros complementarios de salud -que ofrecen compañías de seguros- el que hasta ahora se rige sólo por las normativas de la Superintendencia de Valores y Seguros (SVS) y no cuenta con regulaciones sanitarias. Como la “visión de largo plazo” que expuso el grupo es que el país debe avanzar hacia un seguro único y público de salud, el ámbito

²⁸⁴ Comisión para reforma de salud aprueba el lucro con 7% de cotización. *Pulso*, Santiago, Chile, 30 sept., 2014. Pág. 14.

²⁸⁵ *Ibid.* Pág. 14.

de negocios para las Isapres correpondería a otorgar el PSS que se planteó y beneficios adicionales, que sólo se podrán entregar en el mercado de los seguros generales²⁸⁶.

“Desde la puesta en marcha de la nueva ley y hasta un período de tres años, se acepta que las Isapres puedan seguir lucrando, aunque deben separar las cuentas del PSS y del Plan complementario”²⁸⁷. Esto se refiere a las utilidades que obtienen las Isapres al administrar el 7 por ciento de la cotización legal que se descuenta a los afiliados. Tres años porque se consideró que las Isapres deben financiar el PSS, además del modelo actual, ya que los afiliados no estarán obligados a cambiarse de sistema y sólo sería obligatorio para los nuevos cotizantes. Así, el plan complementario es un mecanismo para que las Isapres puedan ampliar la oferta de redes de prestadores y cobertura que tendría el PSS. El plan complementario tendrá una prima comunitaria cuyo valor, en UF, sería fijado por las Isapres, pero regulado por un ente autónomo. Además, a las Isapres se les permitirá lucrar con los seguros suplementarios de salud, otro elemento propuesto para agregar prestaciones no incluidas en el PSS y que podrán otorgar las Isapres y compañías de seguros. En el largo plazo, fijado en un horizonte de 10 años para un nuevo modelo que eliminaría a las Isapres, serían los únicos mecanismos para generar utilidades²⁸⁸.

El informe advierte que “la relación entre seguros y proveedores debe ser regulada para que no ocurra manipulación de precios, evitando la integración vertical que es ilegal y fiscalizar y regular adecuadamente la libre competencia”²⁸⁹. Para ello la CR propone “mecanismos de pago mixto, de modo que se evite el pago por acto médico que predomina hoy en el sistema”²⁹⁰. Plantea que “los proveedores se desenvuelvan agrupados en redes integradas de salud, de manera que se promueva la eficiencia y el control de los costos”²⁹¹. Desde el interior de la CR se explicó que la lógica de regular

²⁸⁶ Op. cit. El Mercurio, 1 oct., 2014. C-6.

²⁸⁷ Comisión discute plazo de tres años para el fin al lucro de isapres en cotización. La Tercera, Santiago, Chile, 1 oct., 2014. Pág. 18.

²⁸⁸ Ibid. Pág. 18.

²⁸⁹ Informe recomienda vigilar y fiscalizar la integración vertical en salud. La Tercera, Santiago, Chile, 1 oct., 2014. Pág. 19.

²⁹⁰ Ibid. Pág. 19.

²⁹¹ Ibid. Pág. 19.

la integración vertical responde a que el PSS operará en redes determinadas de prestadores, con las cuales debe establecer convenios²⁹².

De este modo, los principales ejes de la reforma son:

- a) Las Isapres siguen siendo instituciones con fines de lucro: en la propuesta no se cuestiona la situación jurídica de ellas²⁹³.
- b) Se reorganiza el PSS: continuarán existiendo el Fonasa y las Isapres, pero se generará un mecanismo de solidaridad entre ambos -conocido como Fondo Mancomunado- que financiará medicamentos de alto costo, comprando y entregando estos insumos. Además existirá el Fondo de Compensación de Riego Interisapres para permitir que las personas se puedan cambiar libremente de Isapres y no estén cautivas, reajustando el monto cotizado por riesgo, que dependerá de la edad y las condiciones de salud de cada afiliado²⁹⁴.
- c) Cotización del 7 por ciento financiará licencias médicas y PSS: se fraccionan ambas cotizaciones. El porcentaje destinado a licencias médicas será administrado por una nueva entidad pública que recaudará y administrará estos recursos. El organismo deberá pagar tanto las licencias por enfermedades comunes, como las del trabajo, ítem que hoy pagan las mutuales²⁹⁵.
- d) Desarrollar legislación de los seguros complementarios y suplementarios: ambos tipos de contratos podrán continuar siendo ofrecidos por las compañías de seguros y las Isapres. La regulación de los seguros complementarios y suplementarios, estará a cargo de la Superintendencia de Salud (y no de la de Valores y Seguros), la que deberá velar por la totalidad de estos seguros, incluyendo lo que hoy son regulados por la SVS²⁹⁶.

Los planteamientos que más generaron polémica durante los últimos meses, en la CR, fue la creación de un fondo común; es decir, un pozo que reúna parte pequeña de las cotizaciones obligatorias de todos los chilenos afiliados a Fonasa e Isapres. Así

²⁹² Ibid. Pág. 19.

²⁹³ Informe no cuestiona que isapres sean instituciones con fines de lucro. *Pulso*, Santiago, Chile, 2 oct., 2014. Pág. 15.

²⁹⁴ Ibid. Pág. 15.

²⁹⁵ Ibid. Pág. 15.

²⁹⁶ Ibid. Pág. 15.

las cosas, los cotizantes de Fonasa aportarían estimativamente en un mes, más de 7 mil millones de pesos mensuales y los de Isapres más de 5 mil millones de pesos²⁹⁷.

De esta manera, en la propuesta de reforma a las Isapres, que se entregaría al Ejecutivo, aparecerían importantes logros para las aseguradoras, como seguir lucrando con la cotización de los afiliados, debido a que las observaciones que presentó el sector, lograron en las últimas horas, antes del 8 de octubre, flexibilizar la propuesta inicial incluida en el informe y que fijaba un plazo de tres años para que se concretara esta medida. De esta forma, la CR debió rectificar parte del informe. Otro de los puntos en que lograron avanzar las aseguradoras se refiere al financiamiento del PSS, que inicialmente debían ofrecer las Isapres a cambio, únicamente, del 7 por ciento de la cotización de los afiliados. Sin embargo, la nueva composición acordada permitirá, integrar al valor del PSS, el cobro de una prima comunitaria -expresada en UF y definida por cada aseguradora- que consentirá a las Isapres solventar los gastos asociados a las prestaciones. Esto se traduce, según el comisionado David Debrott, en que “las Isapres estarán obligadas a otorgar el PSS, eso está zanjado, pero podrán darlo sólo con el 7% de la cotización o podrán ofrecerlo cobrando además una prima comunitaria. La Isapre puede decidir si entrega sólo el PSS o si lo ofrece junto con esta prima”²⁹⁸. Esta prima adicional permitirá a los usuarios mejorar las redes de prestadores o coberturas del PSS básico y será una barrera de entrada de los usuarios de Fonasa al sistema privado, puesto que operará como un desincentivo económico, para el traspaso de usuarios de mayor riesgo y carga de enfermedad²⁹⁹.

El punto en común que tendría el informe de la CR es la lógica de que Chile debe tender hacia un modelo donde todas las cotizaciones y aportes estatales en salud deben reunirse en un solo fondo, de forma gradual y progresiva, para que finalmente exista un seguro único de salud para todos los chilenos. Sobre esta base se plantearon propuestas de reforma inmediata que prenden solucionar los vicios actuales del sistema, como la cautividad de los cotizantes, la preexistencia y la discriminación por

²⁹⁷ Cotizantes de isapres aportarían \$ 3.200 mensuales a fondo común. *El Mercurio*, Santiago, Chile, 2 oct., 2014. C-7.

²⁹⁸ Reforma: isapres logran mantener lucro en cotización de salud. *La Tercera*, Santiago, Chile, 2 oct., 2014. Pág. 18.

²⁹⁹ *Ibid.* Pág. 18.

riesgo. En el largo plazo, la existencia de las Isapres sería sólo en el ámbito de los seguros suplementarios. Ese escenario se vislumbra de la siguiente manera³⁰⁰:

- a) Podría ser necesario ampliar el tope de cotización: actualmente corresponde a 72,3 UF, para garantizar suficiencia y mayor equidad en el financiamiento³⁰¹.
- b) Seguros complementarios regulados por ley: además, contar con la supervisión de la Superintendencia de Salud, ya que hoy sólo son catastrados por la SVS³⁰².
- c) Plan universal: Isapres y Fonasa podrán ofertar tres planes complementarios y, por sobre éste, las aseguradoras privadas podrán optar a mejorar las coberturas con mejores redes que las básicas garantizadas, pero con restricciones. El informe les permite un máximo de tres planes distintos, cuya duración será de tres años, siempre que cada uno de estos sea ofrecido a un precio único para todos sus cotizantes³⁰³.
- d) Transición de contratos entre un modelo y otro: Los nuevos afiliados deberán entrar directamente al nuevo sistema, pero que de todas maneras se entregue la posibilidad a los antiguos cotizantes para cambiarse si lo desean³⁰⁴.
- e) Compensarán riesgo entre Isapres: las cotizaciones de los afiliados a las Isapres ingresarán a un fondo entre las aseguradoras que luego distribuya los dineros de acuerdo con el riesgo de su cartera³⁰⁵.
- f) Licencias médicas forman otro pozo: se propone crear un fondo común de incapacidad laboral que se haga cargo de las licencias. Incluye aportes de los usuarios de Fonasa, Isapres y los empleadores³⁰⁶.
- g) Fin a la integración vertical entre seguros y prestadores: hacer más estricta la ley en el sentido que las Isapres tengan por giro exclusivo el

³⁰⁰ Informe de comisión de reforma de salud privada crea bases para eliminar rol de isapres. El Mercurio, Santiago, Chile, 3 oct., 2014. A-1 (Art.: 12), C-14 (Arts. 2 al 7), C-15 (Arts. 2 al 5, Segunda Edición).

³⁰¹ Ibid. A-1, C-14, C-15.

³⁰² Ibid. A-1, C-14, C-15.

³⁰³ Ibid. A-1, C-14, C-15.

³⁰⁴ Ibid. A-1, C-14, C-15.

³⁰⁵ Ibid. A-1, C-14, C-15.

³⁰⁶ Ibid. A-1, C-14, C-15.

financiamiento de las prestaciones de salud, sin posibilidad de construir empresas relacionadas para desarrollar actividades prestadoras³⁰⁷.

- h) Fondo único requerirá de nueva institucionalidad en salud: La creación de un fondo único de salud -que la mayoría de la comisión entendió como paso previo a un seguro único, que deje a las Isapres fuera de la administración de las cotizaciones de salud- requerirá de una nueva institucionalidad que, en una primera etapa dependa del Minsal³⁰⁸.

De acuerdo con los datos de la Superintendencia de Salud y que fueron recogidos por la CR, durante el 2013, los afiliados a Isapres tuvieron un gasto anual, promedio de más de 1 millón de pesos, por concepto de copagos. “Los copagos asociados a prestaciones ambulatorias son mayores para las mujeres en todos los niveles de renta y también mayores para los beneficiarios (hombres y mujeres) de más altos ingresos. En el caso de los copagos hospitalarios, la tendencia es menos clara en relación a mujeres y hombres, pero resultan claramente mayores en mujeres”³⁰⁹. Así, al sumar el sueldo anual de los afiliados, el gasto en copagos representa el 3,7 por ciento de la renta -promedio en el sistema- y se evidencia que los usuarios de menores rentas tienden a gastar más en salud. De la misma manera, las cifras muestran que, al comparar a los beneficiarios, la población que supera los 60 años en Fonasa llega al 17 por ciento, mientras que en Isapre apenas bordea el 8 por ciento³¹⁰.

Después que entregaron el informe definitivo a la Presidenta de la República, el 8 de octubre, los comisionados destacaron algunos de los beneficios de la propuesta, consistentes en que de los más de 55 mil planes se pasará a uno; que los adultos mayores, mujeres y cotizantes cautivos, puedan moverse dentro del sistema sin que se eleven sus pagos del plan de salud. Esta corresponderá a una cobertura de por vida, que no variará de precio, porque siempre se va a pagar el 7 por ciento y la prima. Esto implica que cuando la persona envejezca seguirá pagando lo mismo, lo que no existe hoy. La concreción de este escenario es posible, porque los jóvenes sin cargas, contribuyen al cotizar su 7 por ciento, más una prima, pero recibirán a cambio un plan de salud, una cobertura de por vida, que no variará de precio, porque siempre van a

³⁰⁷ Ibid. A-1, C-14, C-15.

³⁰⁸ Ibid. A-1, C-14, C-15.

³⁰⁹ Op. cit. La Tercera, 3 oct., 2014. Págs. 16 y 17.

³¹⁰ Ibid. Págs. 16, 17.

pagar el 7 por ciento y la prima. Además de ofrecer el PSS, la CR establece que las Isapres brinden tres tipos de planes complementarios, utilizando las redes de prestadores que poseen³¹¹.

El eje central de la propuesta es la seguridad social para toda la población, el concepto solidaridad como principio básico y una protección financiera lo más alta posible. Para ello, se pretende erradicar la discriminación por riesgo, controlar el alza de precios y regular los planes en su beneficio y copago. Dentro de los requisitos mínimos del aseguramiento en salud, se menciona la universalidad del sistema con mecanismos de compra que aseguren eficiencia sanitaria y evaluación comunitaria de riesgos para la fijación de primas. Unas de las opciones de aseguramiento es un fondo con las cotizaciones de los afiliados, que luego se redistribuya de acuerdo al riesgo de cada grupo, eliminando cualquier discriminación por sexo y edad. También se detalla tanto la postura mayoritaria de la comisión como la minoritaria. La primera plantea un Fondo Único con Seguro Nacional de Salud y seguros privados complementarios, regulados con la existencia de un seguro único en el mediano plazo y la existencia de seguros privados voluntarios. Para su financiamiento se usaría la cotización obligatoria del 7 por ciento. La posición minoritaria propone un Fondo con multiseuros como arreglo de seguridad social³¹².

En resumen, las ocho medidas que contempla el informe son:

- a) PSS único, universal y estandarizado
- b) Fondo mancomunado universal
- c) Fondo interisapres
- d) Relación seguros y prestadores
- e) Transición de escenarios contractuales
- f) Planes complementarios
- g) Regulación de precios y su reajustabilidad y
- h) Fondo común de incapacidad laboral³¹³.

Finalmente, sobre las críticas del mundo de las Isapres, el comisionado Ortega asegura que la propuesta es responsable y que “se sustenta sólo con el 7%. La

³¹¹ Op. cit. El Mercurio, Santiago, Chile, 9 oct., 2014. B-16.

³¹² Op. cit. Estrategia, 9 oct., 2014. Pág. 12.

³¹³ Op. cit. Pulso, 9 oct., 2014. Pág. 12 y 13.

cotización promedio de las Isapres supera el 10% de manera que hay espacio para agregar arreglos al PSS, como la opción de elegir otras redes de prestadores, a través de primas comunitarias”³¹⁴. Asimismo, el documento dejó constancia que está a favor de que -en el futuro- se instaure un seguro y un fondo único para la salud y del ingreso automático de los nuevos cotizantes al PSS³¹⁵.

³¹⁴ Op. cit. El Mercurio, 9 oct., 2014. B-16.

³¹⁵ Ibid. B-16.

6. RESUMEN DE LAS PROPUESTAS QUE CONTEMPLA EL INFORME DE LA COMISIÓN ASESORA PRESIDENCIAL PARA EL ESTUDIO Y PROPUESTA DE UN NUEVO MODELO Y MARCO JURÍDICO PARA EL SISTEMA PRIVADO DE SALUD

La CR valoró como requisitos mínimos que debe cumplir el aseguramiento en salud y que se traducen, en general, en los siguientes términos:

- Universalidad del sistema: todos y todas tienen los mismos derechos en materia de salud.
- Financiamiento solidario del sistema.
- Prestaciones amplias y universales, de carácter integral, incluida la atención primaria, como modelo de trabajo sanitario y no sólo como puerta de entrada al sistema.
- Mecanismos de compra que aseguren eficiencia y eficacia sanitaria.
- Afiliación abierta y no discriminatoria (libre elección de institución aseguradora).
- Seguro de largo plazo para todo el ciclo vital.
- Evaluación comunitaria de riesgos para la fijación de primas.

Esta visión general, delineó el quehacer de la CR para corregir las deficiencias que presenta el SPS, entre las que se encuentran la búsqueda de mecanismos que regulen a estas instituciones para terminar con la discriminación por riesgo y selección de asegurados; controlar las alzas de precios y su variabilidad; regular planes en cuanto a beneficios y copagos y generar una propuesta que considere una completa mirada de financiamiento, del aseguramiento y de los prestadores.

Los cambios que necesita el SPS, requieren de una mirada sistémica, es decir, las innovaciones propuestas por la CR, afectarán al sistema de salud en su conjunto y, por tanto, al sistema público de salud. Desde esta perspectiva, los cambios en el ámbito del financiamiento-aseguramiento exhortan también a plantearse la modernización y fortalecimiento del sistema prestador de salud, particularmente, del sistema público, lo que conlleva dotar al sistema de salud de los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros que se requieren para alcanzar los estándares de calidad que hoy la población demanda.

De esta manera, la mayoría de los comisionados se plantearon reformas de mediano y largo plazo para un cambio estructural. Así, la visión de largo plazo, servirá de orientación para los cambios obligatorios en el más breve plazo, tales como: establecer condiciones que garanticen mayores niveles de solidaridad para los afiliados a estas entidades; equidad y eficiencia para el conjunto del sistema de aseguramiento en salud; mecanismos para terminar con pagos asociados a riesgos individuales de salud, incluyendo el mismo precio de primas, independiente del sexo y la edad, creando las bases para que en el futuro se tenga un sistema integrado.

6.1. Propuestas de reforma inmediata al SPS

Los comisionados elaboraron dos propuestas: una de mayoría y una de minoría (alternativa), dado que hubo una diferencia fundamental entre dos visiones de futuro. La propuesta de mayoría plantea en el mediano plazo, la existencia de un seguro público único y la presencia de seguros privados voluntarios, suplementarios y/o complementarios, y la propuesta minoritaria propone un esquema de multiseguros de libre elección entre aseguradores.

Sintéticamente, la propuesta de mayoría contiene los siguientes elementos:

6.1.1. Plan de Seguridad Social (PSS)

Consistente en un conjunto de beneficios de salud que el país debe conceder a sus habitantes para dar cuenta de su derecho a la salud. Asimismo es único, estandarizado y universal, esto es que todos los habitantes del país pueden acceder a él. Este Plan será definido por la autoridad sanitaria y estará compuesto de un catálogo de prestaciones y de bonificaciones máximas, según arancel, dependiendo de la modalidad de atención en red y contará con la definición de gasto máximo anual por copago (*stop loss*). Además, se compone de los listados de prestaciones que hoy se encuentran en: Modalidad de Atención Institucional (MAI) y Modalidad de Libre Elección (MLE) de Fonasa, Régimen de Garantías Explícitas en Salud (Ges), Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (Caec), Plan Complementario actual de Isapre, Examen de Medicina Preventiva (EMP), Seguro de Incapacidad Laboral (Sil), Ley de Urgencia y listado de prestaciones, conocido como Código Superintendencia.

El PSS se deberá otorgar sin considerar preexistencia, ni cautivos, al interior del sistema Isapre. Se deberán estudiar las condiciones y mecanismos que permitan

viabilizar la movilidad plena de los cotizantes a futuro entre Isapre y Fonasa. Podrían considerarse mecanismos y condiciones distintos a la declaración de salud, que impidan que personas de riesgos altos se pasen inmediatamente de un sistema a otro.

El financiamiento del PSS es la cotización obligatoria de seguridad social de salud (7 por ciento). Aparte de dicha cotización para salud, para financiar el PSS, las Isapres podrán establecer una prima comunitaria (Pc) adicional per cápita. Los seguros podrán competir por este valor.

Las Isapres serán las encargadas de administrar el PSS en el sector privado y podrán ofrecer hasta tres planes complementarios con diferentes redes de prestadores para entregarlo, con las respectivas coberturas. Para cada uno de ellos podrá cobrar una prima adicional complementaria por beneficiario, en la forma de prima comunitaria no asociada a riesgo individual. Las Isapres mantendrán el mismo estatus jurídico.

Respecto al manejo e incorporaciones, se propone que el organismo que defina los contenidos del PSS debe ser el Minsal y que la incorporación de prestaciones o actividades al PSS sea similar al procedimiento que actualmente se ejecuta para los problemas Ges.

La CR entiende que el proceso de revisión del PSS por parte del Minsal, requerirá de apoyo, por tanto, una institucionalidad, independiente del fondo, que analice las diferentes tecnologías sanitarias y que sea capaz de conducir los estudios de costo-efectividad y costo-beneficio.

Los prestadores estarán definidos en red, que son contratadas por las Isapres para otorgar el PSS y deben ser acreditadas y fiscalizadas por la Superintendencia de Salud.

Sobre la movilidad Isapre Fonasa, se plantea la no discriminación por riesgo en todo el sistema de salud. Sin embargo, se generarán otras barreras de traspaso desde Fonasa a Isapres. Así también, la CR estimó necesario pensar qué pasa con el traspaso de Isapres a Fonasa de los jubilados, que lo hacen cuando disminuyen sus ingresos, y qué pasará con los beneficiarios que actualmente están en Isapre y que no puedan pagar el precio que se defina.

El nuevo sistema propende a que el aseguramiento sea vitalicio y a disminuir las probabilidades de la selección adversa contra Fonasa, pero no la elimina.

Se mantendrá cierta segmentación por ingreso en esta transición, que se reflejará en dos valores distintos de plan en Fonasa e Isapres, puesto que mientras no se mancomune el total de los recursos, el avance será parcial.

La mayoría de la CR aspiró a eliminar todo tipo de barreras de riesgos, edad, sexo e ingresos, no obstante, dado que es un proceso de transición, habrá que tener presente los impactos e idear mecanismos que permitan la movilidad plena.

6.1.2. Fondo Mancomunado Universal (FMU)

El Fondo Mancomunado será una de la cuentas que manejará el fondo de salud y estrá conformado con recursos provenientes de aportes de los afiliados a Fonasa y de afiliados a Isapres (que vendrán desde el Fondo Interisapres). Adicionalmente, se contempla un aporte directo, progresivo y gradual desde los recursos fiscales (derivados de los impuestos generales). Además, la CR contempló la necesidad de evaluar la reincorporación del aporte del empleador a la financiación de la seguridad social en salud, ya sea vía la integración de sus aportes a este FMU o al aporte del Fondo Común de Incapacidad Laboral, siendo un adicional al aporte actual que se realiza vía la Ley N° 16.744 (Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales).

De esta manera, el FMU financiaría prestaciones universales para toda la población, sin exclusiones de acceso, lo que incluye a beneficiarios de Isapre y Fonasa, como por ejemplo, las asociadas al alto costo.

La solidaridad y redistribución será acorde a las necesidades: existirán mecanismos de redistribución para el conjunto de la población, es decir, todos los sanos aportarán a los enfermos, todos los jóvenes aportarán a los viejos y los de mayores ingresos del país aportarán a los de menores recursos.

La búsqueda de equidad y uniformidad en el trato, implicaría que las prestaciones o beneficios que otorgue el FMU no tendrán diferencias asociadas a su afiliación de Isapre o Fonasa, ni discriminará por ingreso.

Esta unificación administrativa, que según los comisionados, no implicará centralización, tiene como propósito: promover la eficiencia y reducir los costos. Asimismo, pretende que la población participe en la toma de decisiones y, por tanto, en la gestión. A partir de esta instancia, la CR pensó terminar con la segmentación y, a su vez, que se inicie un proceso de superación de la actual dualidad del sistema.

En el corto plazo, se esperan que los beneficios y prestaciones del FMU contribuyan a: situaciones de carencia de grupos de mayor vulnerabilidad, como es el gasto de bolsillo asociado a los medicamentos de alto costo; prestaciones no incluidas en el PSS (demencia y enfermedades huérfanas que no son priorizadas por su limitado impacto social); fortalecimiento de modelos que contribuyan a las acciones preventivas y fortalecimiento del abordaje territorial de los problemas de salud, como es el modelo de atención primaria. Sobre todo, considerar el desarrollo de modelos de atención y cuidados para los adultos mayores, ante el crecimiento de la esperanza de vida y envejecimiento de la población y, finalmente oportunidad y equidad en el acceso de las atenciones prehospitarias, como son las urgencias prehospitarias y la red de Servicios de Atención Municipalizada (SAMU), asociada a ello.

La gradualidad progresiva en la cobertura de beneficios y prestaciones, estarán relacionados con los fondos disponibles y acorde a las prioridades sanitarias, de manera que la conducción y expansión del fondo responda a esto último. Sin embargo, el FMU deberá iniciar su funcionamiento con la cobertura de medicamentos de alto costo.

Las CR consideró la gradualidad desde dos perspectivas, en términos de nuevas prestaciones, actividades e intervenciones para el conjunto de la población y la gradualidad de la cobertura para alcanzar la universalidad de ellas (universalidad progresiva). Es decir, iniciar en el primer año con los medicamentos de alto costo para el 40 por ciento de la población, luego incrementarlo para un 60 por ciento de ella y, al tercer año, alcanzar el 100 por ciento de la población, vale decir, la cobertura universal.

6.1.3. Fondo interisapres

Para que el sistema de Isapre opere bajo régimen de seguridad social se requiere que la cotización ingrese a un fondo central (Fondo Interisapres que puede ser físico o virtual), y que correspondería a aquel conformado por las cotizaciones del siete por ciento de los cotizantes de Isapre que irían a un fondo común, que redistribuiría el financiamiento con ajuste de riesgo de los mismos cotizantes, a las respectivas Isapres y aportaría a los otros fondos según corresponda, después de asignar los recursos correspondientes al Fondo Mancomunado y al Fondo para Subsidio de Incapacidad laboral (Sil). Esto es, se distribuiría posteriormente entre las compañías, a través de una fórmula capitada (por persona) ajustada por riesgo según variables asociadas al

costo esperado de la atención de salud de los afiliados (edad, sexo, condición de salud, zona geográfica, etc.). El fondo también admite compensaciones *ex post*³¹⁶, mediante una reserva para el caso de eventos de mayor costo y baja probabilidad de ocurrencia, no considerados en la fórmula capitada. La cobertura de salud que se ofrece es completa, en el sentido que todas las personas tienen acceso garantizado al conjunto de prestaciones que se consideren necesarias y suficientes, de acuerdo a la oferta disponible y a los recursos del país.

Actualmente existe un sistema multiseguro, con diferentes Isapres, pero que operan fuera de un sistema de seguridad social, puesto que no se ponen en común recursos ni riesgos, salvo para el caso de las patologías Ges.

6.1.4. Plan complementario y seguros suplementarios

La CR asoció lo complementario a coberturas de costos diferenciales de redes distintas para cubrir el mismo PSS. Esto significa que los planes complementarios se referirán fundamentalmente a mejores coberturas en redes o prestadores preferidos por los afiliados y que cubran diferenciales de copagos. Asimismo, pueden cubrir intervenciones, por ejemplo estéticas que no estarán contempladas en el PSS.

Los seguros complementarios deberán considerarse a largo plazo, vitalicios, con renovaciones periódicas (cada tres años), dado que existirá un PSS común. Aunque un cotizante cambie su PSS, ya sea a Fonasa o a otra Isapre, no debiera ser tampoco causal de término del contrato.

En cuanto a los seguros suplementarios, la CR los entendió como lo suplementario a prestaciones no incluidas en el PSS, referidas a cobertura de prestaciones que no están completamente cubiertas por el PSS o programa público, tales como lujos o comodidades superiores de hospital, medicamentos, prestaciones dentales, etc.

En la comisión se estableció que estos seguros (complementarios y suplementarios) y aquellos asociados a sistemas de urgencias, no sean ofrecidos directamente por prestadores, pues se da la integración vertical, por lo que deberán ser ofrecidos por la misma Isapre que otorga al afiliado el PSS. Así, la entidad privada, en el breve plazo (un año), deberá diferenciar íntegramente sus costos, con el propósito

³¹⁶ Después del ajuste por riesgo según variables asociadas al costo esperado de la atención de salud de los afiliados, es decir, lo no considerado en la fórmula capitada (por persona).

de efectuar una separación clara entre el PSS y estos otros planes (seguros), lo que permitiría al afiliado contratarlos en la misma u otra institución, siempre que no sean Fonasa "A" y/o reciban aporte fiscal. Además, se hace incapié en la necesidad de que haya un mecanismo de ajuste en las primas asociadas a los seguros de salud, que refleje las fluctuaciones de costos, para lo que propusieron la creación un organismo técnico, de carácter independiente, que permita validar las alzas de precio de cada Isapre.

La supervisión y regulación de los seguros complementarios y suplementarios será realizada por la Superintendencia de Salud y su regulación establecida por ley. Esta institución pública, deberá velar por la totalidad de estos seguros, incluyendo los que hoy son regulados por la Superintendencia de Valores y Seguros (SVS), en los aspectos contractuales sanitarios, sin perjuicio que la regulación financiera misma recaiga en la de SVS.

Cabe hacer mención que no fue de interés de la CR el concepto de seguro sustituto, que se refiere a seguros privados que dan cobertura a un plan equivalente al PSS y más, pero por fuera de la seguridad social y de manera privada. El interés fue por los seguros que pueden otorgar el PSS que son los de seguridad social regulada.

6.1.5. Transición de escenarios contractuales

Según lo estableció la CR, a los actuales usuarios de Isapre se les ofrecerá la posibilidad de cambiarse voluntariamente al sistema del PSS, quienes mantengan su plan verían congelada su situación en beneficios y la Isapre no podría ofrecer mejoras, salvo la incorporación al nuevo sistema. Los nuevos afiliados deberán entrar directamente. Los incrementos de precios de los planes de las personas que opten por mantener su plan antiguo deberán entrar al sistema de regulación de precios de la Superintendencia de Salud, al igual que los nuevos planes complementarios.

La mayoría de los comisionados aceptó que las Isapres mantengan su estatus jurídico y puedan obtener renta a partir de sus ingresos.

6.1.6. Relación seguros y prestadores

La CR, en su mayoría, apreció que la efectividad sanitaria pasa por un trabajo en redes de atención, basadas en la atención primaria, concebida como una estrategia de desarrollo y no sólo como puerta de entrada al sistema. Por ello, propone que se financie con un mejor per cápita para toda la población, desde el FMU, con lo cual

muchos usuarios de Isapre podrían beneficiarse de control de crónicos, controles de salud, tratamientos kinésicos y otras prestaciones, cercanas a sus domicilios. Sin perjuicio de esto, la instancia estimó que en el sistema reformado, tanto a corto, a mediano y largo plazo, se mantendrán prestadores públicos y privados. Estos últimos, continuarán prestando servicios preferentes a las Isapres con el PSS, en el primer momento y, especialmente a los planes complementarios y seguros suplementarios.

Cada aseguradora informará a sus usuarios el conjunto de prestadores acreditados a los que puedan acceder. No se requiere exclusividad, por lo que un mismo prestador, puede ofrecer servicios a varias aseguradoras. De esta manera, se formalizaría el derecho a la elección de prestador, una vez elegida la aseguradora.

La CR ratificó que los prestadores deben ser regulados de mejor manera, por lo que tal como se indicó anteriormente, se pretende entregar a la Superintendencia mayores facultades para ello, a través de la Intendencia de Prestadores, ya que -según los comisionados- no sólo es importante la acreditación, para lo cual hoy día tiene atribuciones, sino también debe regular los contratos.

Mayoritariamente la CR reafirmó la prohibición de la integración vertical de aseguradores y prestadores que contempla la ley, por lo que propuso hacer más estricta la ley, para que las Isapres no puedan construir empresas relacionadas, filiales o colegidas para desarrollar actividades prestadoras de salud.

6.1.7. Regulación de precios y su reajustabilidad

El principio para eliminar la unilateralidad vigente en la ley, en la que se amparan las Isapres para readecuar planes y subir sus precios más allá del IPC, se contempló la definición de un mecanismo de evaluación de precios. La Superintendencia de Salud deberá contar con un equipo/consejo de análisis de los precios que sean monitoreados y regulados por la autoridad, de acuerdo a una normativa establecida en la ley. En rigor, debiera evitarse la doble contabilización de alzas, ya que los planes están ya indexados al IPC mediante el uso de la UF.

En relación a los copagos, si bien el PSS será único, los copagos podrán diferir en su magnitud, dependiendo de las redes que las Isapres ofrezcan. Por ejemplo, si hay tres redes, podrá haber tres niveles de copagos en el plan complementario. No obstante, en el PSS el sistema de copagos es único y estándar. Esto significa que será correspondiente a un porcentaje fijo de copago de acuerdo al tipo y nivel de atención

(ambulatoria u hospitalaria) y un monto máximo anual de copago expresado como porcentaje del ingreso familiar.

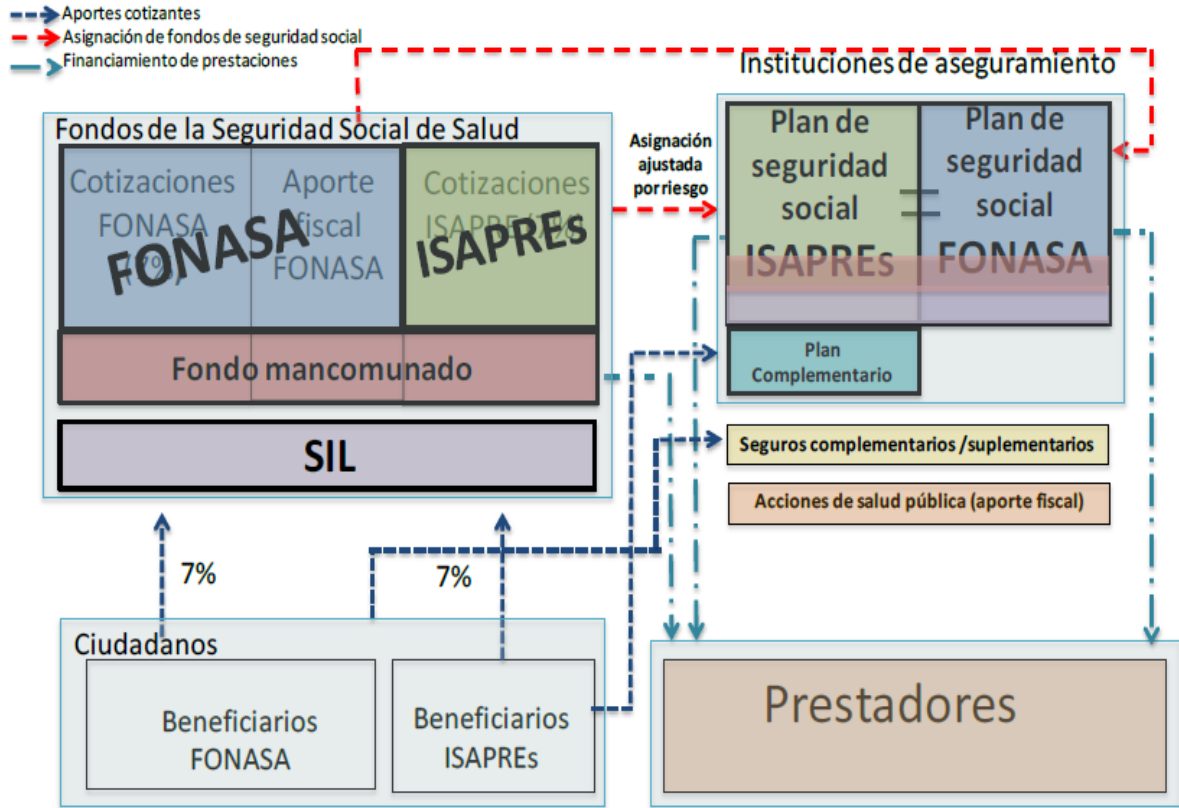
6.1.8. Fondo común de incapacidad laboral (Sil)

El Subsidio de Incapacidad Laboral (Sil), forma parte de los beneficios de la seguridad social que se financia con una porción del siete por ciento, cuyas funciones son: dar protección social a la indicación de reposo médico, es decir, autoriza el ausentismo laboral; se constituye en uno de los tratamientos para la recuperación de la salud y, en asegurar la continuidad de los ingresos frente a una enfermedad.

La licencia otorgada por un profesional competente, será evaluada por una institución autónoma de Fonasa, Isapre y organismos administradores de la ley pagada por el fondo. Para esto, se planteó la creación de una institucionalidad que administre y organice el Sil. Esto implica agrupar el financiamiento definido para las licencias médicas en un fondo único que incluya a los usuarios de Fonasa e Isapre y también las licencias provenientes de accidentes y enfermedades profesionales, hoy día, radicadas en los organismos administradores de la Ley N° 16.744. Este fondo deberá tener una evaluación actuarial periódica e independiente.

En relación a las entidades pagadoras de los subsidios, tanto de enfermedad común como de accidentes laborales y enfermedades profesionales, deberá estar separada de la entidad contralora y evaluadora de las licencias, asegurando una mayor transparencia del sistema. Para dicho propósito, las Isapres aportarán el monto correspondiente al gasto actual en subsidios (estimados en 1,6 por ciento de la cotización, 2013) y los gastos de administración de las licencias (contraloría y pagos); Fonasa lo correspondiente al gasto en Sil de sus afiliados y el Minsal los gastos asociados a la contraloría médica (Compin) y lo mismo las mutuales.

6.2. Esquema de la propuesta de reforma inmediata



Fuente: Informe CR. Pág. 85.

7. PRINCIPALES PUNTOS DE CONVERGENCIAS, DIVERGENCIAS Y CONSENSOS PRESENTES EN EL DEBATE

7.1. Principales convergencias en la propuesta de reforma inmediata

La principal convergencia que se presenta es entre el gobierno y las Isapres. Ambos consideran la necesidad de hacer cambios en el SPS, pero no estructural, sino que dentro del contexto actual. Luego de la declaración de esta hegemonía, las otras convergencias menores están relacionadas con dar a conocer la razón de las alzas en las ganancias obtenidas por las Isapres, las que son justificadas por el aumento de la prima que conlleva el programa Ges, las que en julio de 2013 pasó a cubrir 80 enfermedades.

Al interior de la CR son muy escasas las convergencias entre los miembros mayoritarios y minoritarios (Isapres). Sin embargo, si se fuerza la búsqueda de ellas, se podrían mencionar algunas, tales como el ajuste de riesgo al fondo interisapres; que la información de los planes es confusa; en el subsidio de incapacidad laboral y en que las características de la seguridad social son: universalidad, sin discriminación y permanente en el tiempo. Sobre la base de esta visión común, el PSS por el 7 por ciento de cotización obligatoria, será similar para Isapres y Fonasa. Así también coinciden en la opción de que las personas de Isapres que deseen tener beneficios adicionales puedan contratar un seguro complementario, pudiendo las Isapres cobrar una prima comunitaria por esta cobertura adicional y que este factor deberá ajustar su precio mediante un proceso más riguroso y objetivo, de tal manera de ordenar y regular este mercado. Otras aproximaciones que se informan el punto 7.3 se encuentran más en el nivel de los consentos que en las convergencias.

7.2. Principales divergencias en la propuesta de reforma inmediata

Las divergencias fueron muchas y, en ocasiones, se convirtieron en un obstáculo para avanzar con la premura que requería la entrega del informe, por lo que las fechas de entrega variaron, al menos, en tres oportunidades.

La divergencia central fue la posición de la mayoría de los comisionados, quienes apostaban a una reforma estructural del sistema, mientras que la minoría sólo buscaba algunos ajustes, recurriendo al mandato presidencial que, según ellos, era sólo entregar una propuesta de reforma a la salud privada y solucionar los problemas que atentaban contra los principios de la seguridad social.

La visión de minoría no comparte la propuesta de mancomunar todas las cotizaciones y, mucho menos que el FMU sea creciente en el tiempo, puesto que sostienen que “terminaría absorbiendo la totalidad de las cotizaciones de salud que se integran a las aseguradoras privadas, entrabando su participación en la seguridad social, arriesgando su existencia y, en definitiva, impidiendo el ejercicio del derecho constitucional a elegir el sistema de salud”³¹⁷.

Difieren en la propiedad del 7 por ciento de la cotización obligatoria para salud. La mayoría de la CR cree que es de la seguridad social y, la posición minoritaria, sostiene que es de las personas. Con esta última visión es posible seguir lucrando. Lo mismo sucede con la eliminación del IPC de la salud, a lo que se niegan las Isapres. Estas, entre otras diferencias iniciales sobre cuáles eran los problemas y de qué manera solucionarlos, como por ejemplo en el financiamiento del plan y la mirada a futuro que implica tener un seguro de salud público, con las Isapres fuera del sistema y el financiamiento del seguro mancomunado.

Las diferencias más importantes producidas en el grupo de consejeros respecto de la propuesta de reforma inmediata, son las que se detallan a continuación:

³¹⁷ Op. cit. Informe Comisión Reforma, 8 oct. 2014. Pág. 120.

Divergencias en propuesta de reforma inmediata	
Visión mayoritaria	Visión minoritaria
Destino del Fondo Mancomunado de Salud: para enfrentar enfermedades de alto costo y enfermedades huérfanas, con la posibilidad de ampliarlo de acuerdo a las prioridades sanitarias.	Fondo Mancomunado de Salud: debe ser exclusivamente para los medicamentos de alto costo y que en su propuesta se traduce en la creación del "Fondo Especial para Medicamentos de Alto Costo (FEMAC)", aunque se mantiene la naturaleza de mancomunar recursos para beneficiarios de Fonasa e Isapre. La principal divergencia se refiere a la definición del funcionamiento del fondo, el que recibe aportes de la cotización para salud y no redistribuye de vuelta ajustado por riesgo las primas a los aseguradores. Esto arriesga en el futuro la participación de múltiples aseguradores en la seguridad social y compromete la capacidad de las personas de elegir su sistema de salud (multiseguros). Además, reduciría el margen de ganancias de las Isapres.
Plantea que para las Isapres debiera ser obligatorio el otorgar un plan sólo por el siete por ciento, sin prima comunitaria, además de aquellos planes que tengan primas comunitarias asociadas a características de las redes de prestadores.	Discriminación por ingresos que implica la existencia de prima comunitaria adicional a la cotización del siete por ciento para financiar el PSS en las Isapres.
Extinción de la declaración de salud.	Señala que debiera mantenerse en las personas que quieran cambiarse del Fonasa a Isapre, como una manera de evitar comprometer la sustentabilidad del nuevo modelo, debido al desfinanciamiento del sistema Isapre, que sería consecuencia de la selección adversa que se registraría desde la constitución del nuevo sistema. Se produciría un desfinanciamiento entre la prima establecida para el ajuste de riesgo y la tarifa del PSS, debido a la migración hacia Isapres de personas usuarias del Fonasa que tienen enfermedades serias y que se encuentran en lista de espera.
Fin al lucro.	Mantención del lucro y el carácter legal de instituciones privadas.
El 7 por ciento es de la seguridad social.	Es de las personas.
Integración Vertical. Hacer más estricta la actual ley. Giro exclusivo y sin posibilidad de construir empresas relacionadas.	Aluden al respeto a la libre iniciativa privada y su derecho a organizarse libremente en el marco del ordenamiento jurídico vigente. Abogan por no considerar el tema, en el marco de la propuesta de la CR. Adicionalmente, se plantea que por no haberse analizado en suficiente detalle el tema en la Comisión, se recomienda hacer en el futuro nuevos estudios que permitan profundizar el análisis.

Fuente: Elaborado con los contenidos del Informe de la CR. Páginas xviii y xix.

Es importante consignar que el artículo 199 del DFL N° 1 de 2005, regula el uso de la Tabla de Factores de Riesgo (sexo y edad). No obstante, el año 2010, el Tribunal Constitucional, dictó una sentencia que paralizó la aplicación de dicha tabla para aumentar los precios de los afiliados y beneficiarios cuando cambiaban de tramo de edad, por considerar ese mecanismo, contrario al derecho a la protección de la salud, el principio de igualdad y el derecho de seguridad social que no admite trato discriminatorio de ningún tipo.

7.3. Consensos en la propuesta de reforma inmediata

Entre los principales consensos podemos encontrar el reconocimiento de que “las Isapres son parte de la seguridad social, lo que está asociado a la obligatoriedad de cotización del siete por ciento de la renta para salud y que éste porcentaje, en su uso, debe estar dotado con los principios de ésta” ³¹⁸. Por lo mismo, se valoró la solidaridad como un principio básico de la seguridad social para el conjunto de la población, en cualquier diseño del sistema.

Consensos en propuesta de reforma inmediata	
Componentes	Consensos
Plan de Seguridad Social en Salud (PSS)	PSS incluye: catálogo de prestaciones MLE Fonasa/MAI de Fonasa, GES, urgencias, Preventiva y CAEC/Coberturas Garantizadas (%) para atención ambulatoria y hospitalaria en red. Precio PSS: 7% más Prima Comunitaria (Pc). Ajuste de Pc: mecanismo definido por ley. Institucionalidad para la incorporación/revisión/protocolización de nuevas tecnologías médicas.
Planes complementarios y suplementarios	Complementarios: es la cobertura ofrecida en redes adicionales al PSS. Podrá haber más de una red complementaria en cada Isapre. Suplementarios: suplementa prestaciones, prestadores, beneficios y coberturas especiales, etc. Regulación Superintendencia de Salud.
Fondo compensación Interisapres para atención de salud	Independiente de aquel destinado al fondo para el Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL). Ajusta prima por riesgo de salud. Por ejemplo edad, sexo y condición de salud. Isapres recaudan prima complementaria.
Fondo Mancomunado Universal/Fondo especial para medicamentos de Alto Costo.	Se administra en una nueva institucionalidad. Fondo puede comprar medicamentos directamente, así como financiar enfermedades de alto costo para toda la población (beneficiarios de Fonasa e Isapre).
Relación Prestadores	Se debe fomentar las relaciones contractuales de largo plazo, en base a parámetros objetivos, que eviten cambios unilaterales en las condiciones, mecanismos de pago y control de costos con fomento del uso de redes, paquetes quirúrgicos, grupos relacionados de diagnóstico o similares, establecidos en la ley. Desarrollar sistemas de información con resultados clínicos de prestadores públicos y privados, para transparentar la efectividad sanitaria. Codificación común de prestaciones para todo el sector salud. Acceso de usuarios de Isapres al Sistema Público, a través de la Atención Primaria de Salud (APS), en regiones.
SIL	Fondo con institucionalidad independiente y financiamiento aparte de la cotización para salud para el manejo del beneficio SIL de beneficiarios del Fonasa y las Isapres. Aporte al fondo por parte del Fonasa y las Isapres, corresponderá al porcentaje de la renta que se determine de acuerdo a los gastos actuales. Concurren al financiamiento del SIL el empleador y el trabajador.
Régimen de aseguramiento actual y nuevo	Los Beneficiarios de Isapre, que así lo deseen, podrán preservar su actual plan. Asimismo, quienes lo quieran, podrán cambiarse al

³¹⁸ Ibid. Págs. 4 y 5.

	nuevo régimen dentro de su Isapre o cambiar de Isapre. Todos los beneficiarios de Isapre que se cambien de plan dentro de su misma Isapre o que se cambien de Isapres, así como también los nuevos afiliados, ingresan al nuevo régimen de aseguramiento, donde opera el PSS. Ajustes de tarifas de los contratos del régimen actual se realizará con un procedimiento propuesto para el reajuste de la Pc.
Nuevas Tecnologías Médicas	Se propone crear una institucionalidad nacional para la Evaluación de Tecnologías de la Salud, cuyo objetivo sea garantizar el uso de tecnologías que sean seguras, tengan impacto y sean costo-efectivas.

Fuente: Informe de la CR. Páginas: 108-109.

7.4. Dos visiones de futuro en la propuesta de la CR

La mayoría de la CR plantea un componente de Fondo Único con Seguro Nacional de Salud y seguros complementarios voluntarios, para lo que definen un plazo de diez años, puesto que entienden se requiere de un periodo para que las Isapres y Fonasa, puedan adaptarse al nuevo escenario, lo mismo que los prestadores públicos y privados. Por lo mismo, los componentes de la propuesta de reforma inmediata al SPS, en el corto plazo, si bien avanza en el sentido deseado “no logra completamente el efecto esperado, pues mantendrá la desigualdad entre los dos sistema”³¹⁹. Por lo que se espera que con la concreción de las propuestas inmediatas, se pavimente el camino para un modelo único, hasta alcanzar el siete por ciento, con la existencia de los privados en los ámbitos de seguros suplementarios.

En tanto, la posición de minoría no comparten la propuesta de avanzar en el mediano plazo hacia un esquema de fondo de salud único con un seguro único, pues ello -argumentan- impediría el ejercicio del derecho constitucional de las personas a elegir, fundamento del ordenamiento constitucional vigente. Apuestan a continuar con el lucro de manera sostenida y permanente en el tiempo.

7.5. Primeras repercusiones en torno a la propuesta de la CR

Las repercusiones presentan variadas aristas, entre las que resalta que el presupuesto óptimo per cápita para el sistema de atención de salud primaria, contemplado en 5 mil 800 pesos por algunos actores y, la propuesta del Minsal, que anunció un per cápita de 4 mil 66 pesos, quedando finalmente en 3 mil 870 pesos reales, es un monto deficiente para el funcionamiento de la red primaria.

Por otro lado, apelando al gremio médico, el presidente del gremio de clínicas, Mario Rivas critica la opción de un prestador único, señalando que “de haber un único

³¹⁹ Ibid. Pág. 110.

comprador que establece los precios y tienen que atender por arancel Fonasa, los ingresos de los médicos podrían tener una caída de US\$ 1.000 millones, lo que representa el 24% al 48% de sus ingresos³²⁰. Sobre el mismo tema, el presidente del Colegio Médico, Enrique Paris, sostuvo que no han sacado cuentas y que habría que hacer un estudio acabado, pero que piensan que la reforma podría afectar el trabajo que hacen los médicos con las Isapres. Agregó que casi el 81,3 por ciento de los médicos trabajan en el sistema privado y si se modifica el sistema de pago, los ingresos por vía de bonos les van a perjudicar.

A estas primeras consecuencias, se suman otras relacionadas con las propuestas de largo plazo, fundamentalmente sobre el asegurador único, en donde se daría un monopolio, lo que conculcaría el derecho establecido en la Constitución Política de elegir al asegurador y que la calidad de los servicios de salud se verá seriamente afectada, dado que la política de la autoridad es pagar precios inferiores al verdadero costo de las prestaciones, lo que se refleja en la creciente deuda hospitalaria, por lo que es necesario mejorar la eficiencia en los hospitales públicos, entre otros argumentos proclives a la mantención de las Isapres, en que se advierte que sólo habría perdedores y de la importante contribución que han hecho las Isapres en calidad y oportunidad de la atención.

Esto, entre otros duros cuestionamientos al informe de la CR aparecidos en la prensa escrita y que están relacionados con cada uno de los temas propuestos, tales como el Sil, la declaración de salud, el FMU, la salud laboral, etc. En tanto, muy poco se dice de los récord alcanzados en los reclamos de los cotizantes de las Isapres en los tribunales y este año en la Superintendencia de Salud o, sobre los más de 52 mill millones de pesos recaudados por las Isapres este año, aumentado en un 50 por cientos sus utilidades respecto de igual periodo: enero y septiembre del 2013.

³²⁰ Clínicas: reforma en salud bajaría ingresos de médicos en US\$ 1.000. La Tercera, Santiago, Chile, 24 oct., 2014. Pág. 22.

8. ANÁLISIS CRÍTICO DE LAS ESTRATEGÍAS DISCURSIVAS Y LAS TENDENCIAS POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN LA DISCUSIÓN SOBRE LA REFORMA AL SPS

8.1. El gobierno:

Desde el inicio del debate en torno a la reforma al SPS, el gobierno apeló a la racionalidad de las Isapres para manejar las alzas de los planes de salud. De esta manera, el gobierno estableció que sólo habría ajustes que terminen con algunas injusticias y discriminaciones. Así, el pedido de “racionalidad” de la autoridad, se adaptó al horizonte epocal establecido, el que se une a la violencia racional de las voluntades políticas que buscan gobernar, fenómeno que de aquí en adelante se manifiesta a través de la comunicación política, no sólo del gobierno y su discurso, sino que de todos los actores intervinientes en el debate que buscaba performatividad en cuanto poderes que están en juego, cuyo objetivo, entre otros, era reforzar en el imaginario colectivo nacional que el orden establecido, es lo mejor que le puede suceder al país, aunque con algunos ajustes.

El discurso de la representante del gobierno, la ministra Helia Molina, reflejó ambigüedad, tras no comprenderse a qué se refería con sus dichos sobre que la ley no debe ser “lapidaria”, quedando en la incógnita el para quién o quiénes no debe ser lapidaria. Asimismo, expresó vaguedad cuando aseguró que las Isapres defenderán el lucro, pero en la medida de lo posible³²¹.

Queda claramente establecido que no se terminará con el sistema, dejando importantes flancos abiertos en el inicio de la disputa, como: cuáles son los alcances y qué se entiende por no acabar con el sistema, de qué manera terminarán con la integración vertical y cuál es la racionalidad del sistema al que apeló la autoridad.

A través de una carga ideológica que busca consolidar, en la discusión y en la práctica, la noción sobre que es perfectamente posible lucrar con la salud, dado que el gobierno entiende que es posible compatibilizar el mercado con la democracia, en el entendido que el primero puede ser más social y, de esta forma, distribuir los recursos de quienes tienen más. Ello, con la intención de capitalizar políticamente sus acciones. Sin duda, la apuesta es ganar, pero también ceder, característica de un conglomerado que sustenta el neoliberalismo como punto de referencia relevante para la política

³²¹ Op. cit. El Mercurio, 14 marzo, 2014. C-6.

chilena y, que sin duda, opta por hacer ajustes parciales al modelo político y socioeconómico.

Es así como una de sus primeras estrategias, en torno al tema, fue allanar el camino para no generar grandes expectativas sobre lo que acontecerá con dicha reforma y, legitimar el modelo, a través de los eventuales consensos alcanzados en el grupo de los 18 comisionados, enviando señales concretas sobre la permanencia de las instituciones privadas (Isapres). Para ello, buscó esclarecer los argumentos de las Isapres e indicar el contexto en que éstas hacen su propuesta.

De esta forma, con una tendencia más “socialista”, la directora del Fonasa, Jeanette Vega, presentó ante la comisión asesora presidencial, la idea de crear un único fondo de cotizaciones de salud, manejado por el Estado, con el consiguiente fin de las Isapres, idea a la que adhirió el comisionado, David Debrott, produciéndose un momentáneo “choque de estrategias”, en la que el Estado aparecía recuperando, en parte, la supremacía en el mercado y, a su vez, como la herramienta para posicionar al gobierno con una imagen de protector, vale decir, un Estado más benefactor que subsidiario, garantizando una situación de “bienestar”. Atender el “bienestar público” como lo entiende Kirk Mann, es decir, garantizar colectivamente la supervivencia digna de todos los individuos.

Así, como lo ilustraría Bauman, parafraseando a Ian Gough, sobre el Estado benefactor “¿es un agente de represión o un sistema para ampliar las necesidades humanas y mitigar los rigores de la economía de mercado? ¿Es una ayuda para la acumulación de capital y el aumento de ganancias, o un salario social que hay que defender y aumentar, como el dinero que se gana trabajando? ¿Es un fraude capitalista o una victoria de la clase obrera?. Para Bauman, ha sido todo esto y mucho más.

Por supuesto que lejos de la pretensión de reemplazar al sucesor histórico de este tipo de Estado -el neoliberalismo- la estrategia de Vega logró generar un debate sobre la viabilidad de su alternativa, dando muestras del interés del gobierno por mejorar las condiciones de los usuarios de las Isapres.

Claramente la “Nueva Mayoría”, se encuentra cosumida por la corriente neoliberal, pretendiendo convencer que es posible, bajo el mismo modelo actual, con algunos ajustes, mejorar las inequidades, discriminaciones y todos aquellos vicios que

conlleva el SPS, sin que eso pase por un cambio estructural que implique un cambio de modelo, es decir, la institucionalidad existente en el ámbito de la salud, se mantendrá.

Asimismo, otro de los actores del gobierno con el Interés de “cuidar” su propio capital político en juego y el del gobierno, el Superintendente de Salud, congeló las alzas en los planes de las Isapres, el 1º de julio del 2014, con el objetivo de demostrar las razones por la que es preciso hacer una reforma al SPS, mostrando preocupación e interés social y político, especialmente en lo referido a las jefas de hogar, quienes pagan más (en las Isapres) que un hombre en las mismas condiciones³²². Lo que le permitió aclarar la intención del gobierno consistente en “(...) hacer una buena ley de Isapres y no hacer profundos y tan potentes cambios”³²³.

La impresión que dejó el Superintendente es que se buscó dar tranquilidad y/o un espaldarazo a los empresarios de la salud, dejando de manifiesta la verdadera ideología que predomina en el gobierno, es decir, un bien social supeditado a las leyes del mercado.

Así también, las señales fueron contradictorias cuando se intentó justificar el cambio, no estructural, dando a conocer las millonarias ganancias de las Isapres, pretendiendo frenar el lucro de las mismas porque -argumentaron- no beneficia a las personas, ya que sus costos siguen aumentando, deslizándose la inconveniencia de mantener el SPS tal como está hoy, pero con la continuidad del sistema dual de salud.

En este escenario, la ministra Helia Molina preparó el contexto de la segunda etapa que se avecina; la redacción del Proyecto de Ley que enviará el Ejecutivo para su tercera etapa: la discusión parlamentaria y comunicar a las Isapres que no serán tocadas en su esencia mercantil, manteniendo -como dijo la ministra- el esquema como está hoy.

No obstante, en el cruce de declaraciones a través de la prensa escrita, la representante del gobierno, buscó -sin éxito- desmarcarse de la posición de las Isapres. Mientras, los partidos políticos del gobierno de la “Nueva Mayoría”, intentaron una interrelación de respeto recíproco y acercamiento de posiciones, aparentemente divergentes, entre el gobierno y la CR, sobre el Fondo Único de Salud, no sin antes

³²² Op. cit. La Tercera, 6 julio, 2014. Págs. 20 y 21.

³²³ Ibid. Págs. 20 y 21.

reiterar, una vez más, el compromiso de flexibilizar y dar facilidades a las propuestas de las Isapres, con el propósito de brindarles tranquilidad y confianza a los empresarios de la salud, en que el mercado seguirá siendo la hegemonía predominante.

De esta forma, el gobierno intentó incentivar a las Isapres para que busquen sus propios nichos de negocio que les proporcionen factibilidad financiera por medio de la generación de convenios y redes de atención que les permitan contener sus costos y no de la manera fácil que lo hacen hasta ahora.

A pesar que la PPD Molina, expresó una posición de continuidad y corte neoliberal, también aspiró a disminuir y desincentivar el traspaso de fondos al sector privado y potenciar, en esta materia, la iniciativa gubernamental, puesto que seguramente en el gobierno se entiende que el mercado no todo lo puede resolver, por lo que busca medidas de ajuste.

La paradoja que se suscita es que si una persona enferma no consigue atención en el sector público, por la razón que sea, tampoco tiene la opción de comprar un bono para que la atienda un médico del sector privado que alivie su dolencia, salvo que lo haga de manera particular y, eso resulta muy caro para alguien que no cuenta con recursos económicos. Y, el fortalecimiento de la red pública probablemente será a largo plazo.

A través del Superintendente de Salud, el gobierno manifestó voluntad política para revisar y mejorar el SPS, por lo que este actor muestra una postura más “blanda” que la ministra, quien fue más enfática en señalar que los cambios no serán estructurales, sino enmarcados en el contexto actual.

Las declaraciones de buenas intenciones en materia de salud no bastan, son los resultados y los hechos los que irán configurando la realidad sobre si habrá algún cambio significativo en la salud privada y, esto es preocupante para importantes sectores del país.

En el ámbito de la salud, la ministra dejó de manifiesto que cree en la iniciativa privada, pero sin los abusos y los vicios que presenta el actual SPS, el que consideró consolidado. Además, consignó que el Estado debe jugar un rol más protagónico en el derecho a la salud de las personas, expresando -Molina- un alto sentido social y su interés en el fortalecimiento del sector público.

El gobierno, alternanó a sus representantes en el discuso público, legitimando al sector privado a través del Superintendente de Salud, con la observancia de la conveniencia de mejorar lo existente e instó a los privados a respetar, a proteger y promocionar los derechos en salud, cosa que no se impone por ley, puesto que está probado, con la integración vertical no se respeta la normativa, ni menos su espíritu.

En cuanto a las alzas indiscriminadas y unilaterales que imponen las Isapres, hasta diciembre del 2013, sólo se habían pronunciado los Tribunales de Justicia, lo que evidenció la desidia o indiferencia con la que actuaba, hasta diciembre del 2013, la Superintendencia de Salud, ente regulador que fue creado justamente para velar por el cumplimiento de la irregular normativa que rige a estas instituciones de salud. La avalancha de recursos de protección interpuestos en contra de las Isapres por las alzas desmedidas, hizo colapsar al poder judicial. Sin embargo, las Isapres, ni la Superintendencia de Salud se hacían cargo de este problema.

Caviedes: “tomó de su propia medicina” cuando reconoció que hay lucro de los abogados por estas demandas y que si la gente reclamara vía Superintendencia de Salud, nada de esto estaría pasando, porque no hay dinero de por medio.

No están a tono con los tiempos actuales, puesto que la población chilena está envejeciendo y los adultos mayores son cada vez más. El SPS se queda con los menos riesgosos. Y, según Pavlovic, un tercio de la cartera está cautivo.

El gobierno pregonó que del momento que el 7 por ciento de cotización de aporte que hace cada persona de este país es obligatorio, deja de pertenecer a las personas, por tanto, no ve cuál es el perjuicio a que sea visto como del Estado, puesto que de todos modos lo es.

Surgen entonces las dudas sobre si la ministra se equivocó al evidenciar la verdadera intención del gobierno o si fue una mala estrategia comunicacional, teniendo en cuenta que la “Nueva Mayoría” arriesga el poder político el 2018.

En agosto la ministra Helia Molina, declaró que la CR estaba muy encaminada, y no estaba por hacer cambios estructurales en salud.

En el juego de los decires, al parecer, la CR se alineó con el gobierno, puesto que la voz de éste, en esta materia, es la Ministra de Salud no la comisión, por lo que lo oficial es que: la comisión apuntó a una ley que regule mejor ciertas atribuciones de las Isapres y también de los usuarios, con mecanismos de compensación y alianzas

que limen asperezas, sin que dejen de ser un buen negocio y un buen sistema para los 3 millones 200 mil usuarios que quieren estar en él. Esto se condice, además con los dichos de la ministra cuando sostuvo que ella quedaría satisfecha si se terminara con la discriminación por sexo, por edad, por preexistencia, pues eso le parece sustantivo y, agregó que “el 80% de los chilenos se atienden en Fonasa, pero el gobierno es de todos los chilenos, y debe velar por el 17% que está en Isapres”³²⁴. Cabe preguntarse si el estado y la calidad de la salud de ese 80 por ciento que alude la ministra ¿no tiene nada que ver con el otro 17 por ciento? o, dicho de otra forma, ¿Fonasa no tiene nada que ver con las Isapres?. Es más, ¿no se afectan mutuamente? Y es que las Isapres no se benefician económicamente del sector público y con sus prácticas mercantiles no lo afecta? o, acaso ¿el sistema de salud dual no es parte sustantiva de la segregación?.

Las declaraciones de la ministra³²⁵ hacen pensar que el gobierno trabajó paralelamente otra propuesta. Por tanto, ¿dan lo mismo los resultados entregados por la CR? Si la ministra representaba, como debe ser, la posición del gobierno entonces la propuesta de la CR es inviable. Esto deja la duda de que posiblemente la situación estudiada quedará igual o ¿peor?. La audacia de las Isapres para mejorar y revertir su situación de aparente desmedro es admirable. Ningunear el trabajo de la comisión no fue ético, sobre todo si la ministra dijo que es preciso fortalecer el sistema público de salud.

Quedó clara la posición del gobierno sobre la reforma al SPS, la idea no es hacer una reforma, sino sólo ajustes con atención del lucro (categoría 2), más allá de las oscilaciones discursivas de otros representantes más “progresistas” del gobierno. Así, el informe de la CR tuvo más de 4 borradores, producto de las negociaciones que permitieron omitir de la última entrega los puntos que más preocupaban a los representantes del sector privado, aliviando con esto, a la posición minoritaria. Esto es coherente con las prioridades del gobierno, en las que también se considera fortalecer la infraestructura de la red pública. En este contexto, la ministra determinó, que no se

³²⁴ Op. cit. *El Mercurio*, 24 agosto, 2014. A-1, C-4.

³²⁵ Op. cit. *La Tercera*, 24 agosto, 2014. Págs. 14 y 15.

trata de una cuarta reforma³²⁶, descartando de plano la que se espera al SPS. La duda es ¿cuáles son las negociaciones que mantiene el gobierno con la oposición?.

Tras la renuncia de dos representantes de las Isapres, los dos que se quedaron consiguieron seguir lucrando con el 7 por ciento de la cotización de salud que inicialmente debía cesar en tres años; cobrar una prima adicional asociada al valor del PSS para aumentar la recaudación; fijar barreras para evitar la migración masiva de afiliados de Fonasa y dejar fuera del texto, el plazo de 10 años propuesto para transitar a un sistema de seguro público único, aprobado por la mayoría de la comisión, que a la larga eliminaba a las Isapres de la seguridad social. Además, se les permitió, a los agentes comerciales, incluir de forma íntegra, un modelo de reforma propio, que se anexó al informe como propuesta de minoría y que había sido presentada por el gremio antes de la última sesión.

A las Isapres no les interesa innovar, están muy bien situadas en el mercado, como para cambiar estructuralmente. No les hace falta ese cambio. En tanto, el discurso de la ministra tampoco cambió. Ha sido consistente desde que asumió en marzo del 2014, hasta las primeras repercusiones sobre el tema, defendiendo majaderamente que no habrá cambios fuera del contexto existente, por lo que los cambios no serán estructurales, sólo se mejorarán algunos aspectos, tales como: discriminación, preexistencia e inequidades³²⁷. La pregunta es ¿cómo se logran dichos cambios, con el mismo accionar?.

En cambio, la Presidenta Bachelet tuvo un discurso más audaz, desde el punto de vista que asigna la responsabilidad de optar por el sistema privado, a los usuarios, tras declarar que “el sistema privado ha sido sin duda relevante para quienes optan por él (...)”³²⁸. ¿Quién podría negar que finalmente son las personas las que desean estar en el SPS, puesto que si todos decidieran -por ejemplo- afiliarse a Fonasa, sabiendo que si no ocupan sus recursos porque están sanos, esos dineros serían socializados, es decir, otra gente, más pobres y más enferma podría usarlos y no se lo apropiarían los privados, cuyo destino no es social, sino que de acumulación de riqueza individual?.

³²⁶ Las tres a las que se refiere son a la educacional, a la tributaria y a la Constitución Política de 1980.

³²⁷ Op. cit. *Estrategia*, 9 oct., 2014. Pág. 12.

³²⁸ Op. cit. *Pulso*, 9 oct., 2014. Pág. 12.

En Chile el mercado se transformó en un espacio de ritualización, con la finalidad de construir un orden estable y, de esta forma, expresar la hegemonía que caracteriza a esta época, a través del discurso que “(...) está en el orden de las leyes, que desde hace mucho tiempo se vela por su aparición; que se le ha preparado un lugar que le honra pero que le desarma, y que, si consigue algún poder, es de nosotros y únicamente de nosotros de quien lo obtiene”³²⁹.

Además, es importante lo que dijo la mandataria, pues quedó la sensación de protección maternal, cuando arengó sobre el SPS “(...) pero es cierto que requiere de revisión que lo haga más solidario y que evite que las personas de clase media se sientan discriminadas por sexo, edad o preexistencia, o que se cometan abusos con ellas”³³⁰. Con sus dichos, la mandataria provocó además el efecto que busca el soberano: si no es por la buena que entiendan los privados, será por la mala, a través de la ley.

Sorprende el cuidado de la imagen de la Presidenta, puesto que no es ella quien hizo las declaraciones más duras, sino su representante Molina, cuando señaló que “la presidenta Bachelet ha dicho que no estamos en ningún caso terminando ni atacando el sistema de Isapres, al contrario, estamos viendo cómo hacer del sistema de salud un mejor sistema, más afín a las necesidades de las personas y que mantenga la posibilidad de elegir de las personas respecto del sistema en el que quieren estar cotizando su 7%”³³¹.

La imposibilidad de aunar solidaridad con la concepción esencialmente individualista del neoliberalismo, hace más descarnada la dualidad del sistema de salud chileno, pues las personas no ven otra alternativa, o se es pobre y la atención es en el sistema público de salud, con todo lo que ello significa o, se es de clase media hacia arriba y te “proteges”, dejando el 7 por ciento en manos del sistema privado, aunque no lo ocupe el usuario, porque se entiende que ante la eventualidad que lo necesite, la atención médica será un tanto más eficiente que en el sistema público.

³²⁹ Foulcault, Michel. El orden del discurso. Traducción de Alberto González Troyano. Tusquets Editores, Buenos Aires, 1992. Título original: L'ordre du discours, 1970. Pág. 9.

³³⁰ Op. cit. *Pulso*, 9 oct., 2014. Pág. 12.

³³¹ Ibid. Pág. 12.

El ámbito de la salud en la vida social es de vital importancia, puesto que su directa relación con la vida y la muerte de la gente, convierte a la salud -parafrasando Foucault- en un dispositivo del poder político actual: “derecho de **hacer morir o dejar vivir**”³³², tal cual se practicaba hace más de 4 siglos. Aunque con ciertas variaciones que morigeran o disfrazan el “hacer morir” que posteriormente, en los siglos XVII y XVIII se reemplazó por “el **hacer vivir**”³³³ y todas las manipulaciones sobre la vida y el cuerpo social e individual, difícil de imaginar.

El interés que manifestó la mandataria es que se tienda hacia el fondo común que planteó la mayoría de la CR, pero con múltiples seguros disponibles, para que las Isapres continúen administrando dineros de la seguridad social. Además, determinó su interés por las posiciones de la CR, tanto de la mayoría, como de la minoría. Sin embargo, por las reiteradas declaraciones echadas por la Ministra de Salud -como la representante del gobierno- en defensa del “esquema actual”, más las propias declaraciones de la Presidenta, sólo por mencionar algunos ejemplos, queda la impresión que al Ejecutivo le importa más la posición de la minoría, representantes de las Isapres, sobre todo por el trabajo que le llevó al gobierno, presionar a la CR, para que actuaran con moderación en su discurso y en sus propuestas, es decir, les dieran facilidades a las Isapres y terminar por sucumbir a la posición y requerimiento de los agentes comerciales de la salud.

Esta “filosofía del progreso”, asumida por la “Nueva Mayoría” y su tendencia privatizadora que profesa el espíritu de lucro como factor decisivo de la economía, en la que la iniciativa privada debe encontrar las mayores facilidades sin llegar a excesos, es un reconocimiento implícito de que el mercado genera mejores condiciones que el Estado para el desarrollo, lo que intenta justificar la privatización de la salud, amparada por la Constitución Política de 1980.

8.2. Las Isapres:

La estrategia primera de las Isapres, consistió en mandarles, a través de la prensa, señales a la autoridad para que conozca desde ya su posición, para defender y legitimar sus prácticas impregnadas de una lógica mercantil en materia de salud. También buscan persuadir acerca de que la calidad y la eficiencia pasa por el

³³² Foucault, Michel. Historia de la sexualidad, capítulo V: Derecho de muerte y poder sobre la vida. [en línea] <[http:// biblioteca.d2g.com](http://biblioteca.d2g.com)> [Obtenido el 5 de julio del 2013]. Pág. 164.

³³³ Ibid.

mercado, es decir, tener una salud privada es un privilegio y, por lo mismo, sostuvieron, hay que señalar cómo se financiará el desarrollo de la medicina que Chile requiere.

De esta forma, la intervención o excesiva participación del Estado en la economía y en la salud, entre otros ámbitos es indeseable para la corriente neoliberal que propugnan los representantes de las Isapres, debido a su concepción de que el interés general no existe, ya que la idea de interés público es utilizada por estas instituciones privadas, por los gobernantes y la burocracia estatal para perseguir sus propios intereses.

La naturalización de la salud como un producto más del libre mercado y, a su vez, que éste es la solución a los problemas, tiene su asidero en la tendencia hacia la privatización y comodificación³³⁴ de todas las esferas sociales. El neoliberalismo cree en la ventaja del espíritu de lucro como factor decisivo de la economía y, por tanto, la iniciativa privada debe encontrar las mayores facilidades, tal como lo entiende el gobierno de la “Nueva Mayoría”.

Las Isapres entraron al campo de batalla con el objetivo de mantener el *status quo* en el sistema privado de salud, cuyo principal objetivo es la mantención del lucro, lo que entre otros aspectos, significa mantener el IPC de la salud, la integración vertical y, todos aquellos aspectos que son abiertamente irregulares como las preexistencias, la cautividad, la discriminación por sexo y edad, etc., aspectos que han hecho fracasar al mercado en el área de la salud, debido a la distorsiones que generan estas y otras irregularidades en la demanda y en la oferta de salud.

Sin embargo, al concebir el consumo como ejercicio democrático, en el que se entiende que la voluntad de la población no se expresa -primordialmente- a través del Estado, la elección de representantes o las manifestaciones en el espacio público, sino que la voluntad de los sujetos se expresa eligiendo -con libertad- la institución que brinde el mejor servicio posible, se trate de un servicio sanitario, educativo o lúdico. Como lo sostiene Milton Friedman: los ciudadanos expresan su voluntad mayoritaria a través del consumo. El consumidor vota con los pies, así ejerce su libertad.

³³⁴ Es de interés notar que no sólo la “comodificación” de lo social representó una acción vanguardista a nivel mundial, si no que la implementación misma del neoliberalismo suponía la aplicación de políticas económicas inéditas (Meller, 2007), haciendo de Chile un país pionero en esta línea, junto con los gobiernos de Thatcher en Inglaterra y Reagan en Estados Unidos.

Esta convicción de los representantes de las Isapres, los impulsa a utilizar la estrategia del temor para persuadir a la opinión pública sobre lo funesto y complicado que puede resultar para las personas cambiar el SPS, desentendiéndose de la judicialización que los usuarios hacen para resolver la unilateralidad en las alzas de sus planes de salud.

En la arremetida inicial de las Isapres, se vislumbró en su discurso la intención de tantear cuáles serán las concesiones posibles de hacer durante la negociación sobre el tema, sin que esto afecte su objetivo principal: la mantención del lucro.

En este sentido, otra de las estrategias desplegada por los representantes de las Isapres fue empatar su discurso con el del gobierno y el derrotero elegido fue apelar a la hegemonía ideológica que coincidentemente sustentan y que está relacionada con la concepción de que con la salud se puede lucrar. Por tanto, la táctica es ganar, ganar y naturalizar la compatibilidad entre salud y mercado.

Las señales que entregó la ministra del ramo, fueron una importante plataforma de contención, para que las Isapres participaran del debate en torno a la reforma del SPS, en primera instancia, sin ningún tipo de concesiones, toda vez que la legislación vigente permite las prácticas abusivas de las entidades privadas, entre las que destacan la aplicación de la tabla de factores por riesgo y las alzas de precios por sobre el IPC, como se constató en el anuncio que hicieron para subir el precio de los planes a partir del 1º de julio del 2014.

Luego de una ardua y ajetreada discusión al interior de la CR, los representantes de las Isapres se deslizaron parcialmente desde su oposición a la reforma y la mantención del lucro (categoría 1), hacia la inclusión de algunos ajustes al modelo (categoría 2) que considera la incorporación de sólo algunos cambios importantes, pero con la mantención del lucro. Asimismo, cuando interviene -por ejemplo- el comisionado Gonzalo de la Carrera, se retoma la categoría 1, puesto que él es uno de los comisionados, representantes de las Isapres más radicalizado en su visión y posición.

Respecto a la sobredemanda de prestaciones médicas, Doren defendió el accionar de las entidades privadas, sosteniendo que los mecanismos de pagos por prestación estimula *per se* la prestación, negando que esto corresponda a una estrategia para maximizar sus utilidades. Además, alude a la necesidad de conocer los

resultados de los hospitales públicos y privados, denunciando que esa información la ocultan. Aunque el “ocultar información” sucede fundamentalmente en el sector privado, dado que el servicio público debe rendir permanente cuenta de su quehacer, sobre todo en materia financiera, es decir, en qué y cómo se gastan los recursos asignados.

Doren se contradijo cuando adjudicó a las Isapres ser lo mejor en calidad y luego dice que la comisión presidencial debe considerar aspectos que signifiquen entregar un mejor servicio a los usuarios y, junto con ello, buscar certeza jurídica, como si la CR hubiese sido creada para solucionarle los problemas a las Isapres.

Sobre la propuesta hecha por las Isapres, Doren recordó que “considerando que la reforma anterior demoró como cinco años en tramitarse, y pensando en que el trabajo de esta comisión llegue a transformarse en un proyecto de ley que demore mucho tiempo, es justo para las personas que habiendo una buena solución, no perfecta, se pueda implementar”³³⁵. El dirigente rememoró además que, quien lideraba esto -la reforma- era el gobierno anterior (Piñera) y tenía el contrapeso de las otras partes, olvidando que quién entrega el servicio es muy importante, puesto que de ello dependerá, no sólo cómo se conciba la salud, sino que la solución a los problemas que presenta el sector. Y, junto con ello, también influirá decididamente en el sistema público de salud, debido a la injusta competencia que se produce en ambos sectores, el público con menor disponibilidad de recursos por beneficiario y un mayor riesgo sanitario y, por otro, el privado con una mayor disponibilidad de recursos por beneficiario y un menor riesgo sanitario.

La propuesta hecha por estas instituciones para terminar con la cautividad, contiene “letra chica”, es preciso evaluar el real aporte que hacen para solucionar sus problemas que involucran a más de 3 millones de afiliados, toda vez que, al parecer, el paciente cautivo tiene que estar sano para cambiarse y, por otro lado, ellos no reconocen explícitamente que la cautividad sea un problema, por lo que cabe preguntarse ¿dónde está la libertad que pregonan o será que es también unilateral, vale decir, la usan sólo cuando les conviene comercialmente?. El sesgo de las Isapres va por el lado de que sólo ven el *per cápita*, y no aprecian los aportes al fondo de la discusión. No ven variables positivas al crear un fondo único, lo que contribuiría a

³³⁵ Op cit. El Mercurio, 1º julio, 2014. C-5.

terminar con la segmentación entre ricos y pobres en salud e, incluso, el riesgo sería compartido.

Sin embargo su sesgo ideológico les hace ver la desigualdad -tal cual la predicó Hayek- como el resultado natural de las interacciones de mercado, donde se puede perder o ganar. Se supone que los mejores ganan la competencia por maximizar su bienestar, lo que trae progreso general sobre la población, ya que los mejores servicios, productos, tecnologías y atenciones y los hombres más capacitados surgen del proceso de competencia. Entonces, se aceptan las desigualdades y se admiten sus consecuencias, suponiendo que el Estado (subsidiario) aliviará la situación de desmedro de los vencidos en materia económica³³⁶.

En la fallida reforma del gobierno anterior, se intentó introducir un elemento similar al PSS, que se llamó Plan Garantizado de Salud (PGS) pero que no fue viable en su momento debido a que las Isapres no estaban de acuerdo con que se aplicará una tarifa única para todos los usuarios. En este contexto, las Isapres refutaron que el escenario político es menos favorable que en el gobierno de Piñera y reivindicaron que en este proceso sólo deben primar criterios técnicos y no políticos, puesto que consideraron que la carga ideológica (actual) era fuerte y que no existía contrapeso, sin comprender que la política es configurativa de la realidad social, en la que ellos han tenido un rol de primer nivel.

Las Isapres declararon que a ellos les gustaría solucionar los problemas de salud de todas las personas. Sin embargo, esa posibilidad es inexistente por su visión sobre las personas como *homo economicus*, y su libertad individual de elegir y perseguir la maximización de su bienestar individual³³⁷.

El acento financiero de las Isapres hace que éste sea un lucrativo negocio para sus dueños, apropiándose de los excedentes de los recursos que no fueron utilizados en salud, donde se carece de disposición para la protección social; donde no da crédito a los fallos de los tribunales, de la Ode y la OMS. De hecho, las variables sexo y

³³⁶ Verdugo, Mario. García, Ana María. Manual de Derecho Político. Santiago, Chile. Edit. Jurídica de Chile.

³³⁷ Tanto en la visión clásica (Adam Smith) como en la visión neoclásica de la economía (Alfred Marshall), se mantiene una idea del ser humano como *homo economicus* (hombre económico). Esto quiere decir que los principales incentivos de la conducta humana están asociados a la persecución del interés individual, por lo tanto, el dinamismo y progreso de las sociedades deben aprovechar este principio, que tiene su expresión más libre en los contextos de mercado.

estado de salud están vigentes en los planes de salud y son motivo de controversias jurídicas entre las Isapres y sus afiliados, por lo que estos agentes intentan que un ente que no sean los tribunales dirima para justificar sus alzas de planes.

De esta forma, los privados intentaron instalar en el imaginario colectivo que el problema es la búsqueda de una solución que satisfaga a la mayor cantidad de gente y no quién entrega el servicio con el propósito de postergar indefinidamente la reforma del sector.

Las Isapres entregaron todo su apoyo a la ministra y aceptaron gustosos la “protección” de la representante del gobierno, declarando explícitamente que las Isapres están en línea con el gobierno. Con dicho soporte, intentaron menguar a los actores que proponían la desaparición del sistema privado de salud tal y como está, mostrándose por encima de dichas polémicas, como la que causó la propuesta de la directora del Fonasa, Jeanette Vega.

Las aseguradoras privadas continuarán operando con el mismo esquema, puesto que -como no habrá cambio estructural- las cosas seguirán tal y como están, sólo con algunos ajustes. Este es el escenario actual de la minoría integrante de la CR que muestra su proactividad, entregando indicaciones que denoten compromiso e interés por mejorar las falencias del sistema, pero bajo su propio prisma, es decir, resolver los problemas del SPS, implica para ellos -ante todo- un primordial desafío comercial. Y, sobre la propuesta de la mayoría de la CR sobre un asegurador único, las Isapres reaccionaron con una contrapropuesta, no sin antes acusar a la CR de querer destruir, lo que hay por más de 30 años.

Otra de las polémicas surgidas entre los integrantes mayoritarios de la CR y la minoría, se trató sobre la propiedad del 7 por ciento. La mayoría sostenía que era de la seguridad social y las Isapres que era de las personas. Esta segunda opción les permite lucrar con el 7 por ciento. Las Isapres “sangraron por su propia herida” y les dolió la sola probabilidad de perder el espacio en el mercado de la salud, por lo que hicieron una agresiva defensa de sus intereses económicos, en nombre de la clase media y los enfermos, a quienes abandonan cuando ven en riesgo sus intereses económicos. También recurrieron a la distorsión de la realidad y la manipulación informativa, para generar un clima de inseguridad y desprotección en la población, contexto predilecto para defender sus intereses.

La ministra Molina como representante del gobierno y las Isapres tienen el mismo discurso. Se apoyaron y retroalimentaron mutuamente. Molina clausuró toda posibilidad de estudio profundo que requiere una reforma estructural, porque lógicamente no está en la línea del gobierno. Es así, como los reiterados llamados de la ministra y de las Isapres a la CR para que se atenga a sólo “perfeccionar” el sistema, ubicaron a la comisión en una incómoda situación, puesto que trabajaban pensando en las personas y no al servicio de las Isapres, ni mucho menos para que les vaya mejor.

Ciertamente el sistema de salud privado no debiera funcionar de la manera que lo hace. Sin embargo, quienes debían cumplir el rol regulador, no lo hicieron, y las Isapres continuaron con sus nocivas prácticas, hasta que los usuarios de estas entidades, de manera masiva, alzaron la voz en los tribunales de justicia, provocando un contexto que exigía cambios al modelo y, claro está, las Isapres -*ad portas* a una reforma- recién en septiembre del 2014, concluyeron que el sistema no está apto para seguir funcionando de la misma manera.

No obstante, las Isapres usaron el discurso de la ministra Molina para victimizarse y mostrarse “ordenados” en materia de acuerdos y consensos sociales y, con esta actitud, buscaron “prohibir” a la CR pensar, satanizándola para generar una tensión que deslegitimara su trabajo. Es así, como el comisionado de la Carrera, con una intencionalidad peyorativa, ninguneó a Cid, tal como sucedió cuando trataron a Cid de “subalterno”, tras referirse a que la ministra “no le pidió a su subalterno cambio de rumbo”³³⁸, entre otros reiterados ataques y epítetos de miembros de las Isapres que persiguían desacreditar, opacar, minar y desprestigiar la misión que encabezaba el secretario ejecutivo, Camilo Cid y, con ello, anular los cambios sobre movilidad y preexistencia, sugiriendo otros mecanismos que les aseguraran la mantención de sus cuantiosas ganancias.

La propuesta de las Isapres versus la que entregó la CR al Ejecutivo, que por lo demás es muy parecida: plan único para todos igual y fondo interisapres, busca poner las cartas sobre la mesa, en cuanto a cuáles son los temas que están dispuestos a transar y cuáles no, como por ejemplo presentar un modelo sin apertura hacia Fonasa. Si no se hace lo que ellos quieren se enojan y se van, ni siquiera hay una actitud democrática procedimental. Pesan más sus intereses particulares que los de la

³³⁸ Op cit. Financiero, 22 sept., 2014. Pág. 22.

mayoría. Es más, estos comisionados que fueron invitados como expertos y actuaron como representantes de las Isapres, se van en la última sesión (la Nº 27).

Las aseguradoras privadas se negaron rotundamente al fin de la declaración de salud porque -argumentaron- esto podría causar una fuga masiva desde Fonasa, poniendo al sistema en riesgo financiero. Sobre el término al lucro del 7 por ciento de cotización obligatoria de los afiliados, por considerarlo parte de la seguridad social, hasta septiembre seguía en discusión. Lo único claro es que lo central en la defensa de las Isapres es la mantención del lucro en salud con las menos intervenciones posibles. Luego que las aseguradoras privadas se oponían a todo cambio, a dos días de la última sesión (el 30 de septiembre), “comprendieron” que ¿estaban equivocados?. No, lo que sucedió es que aún quedan etapas decisivas en la tramitación del proyecto que reformará al SPS.

Sobre los seguros complementarios, las autoridades informaron que más del 38 por ciento de la población tiene más de un seguro de este tipo. Al respecto, Doren declaró que históricamente, han pedido que los seguros complementarios sean regulados por la autoridad de salud. Claro, si hasta ahora los mismos entes reguladores de la salud no cumplen con dicho rol. La Superintendencia tiene esa facultad, pero continúan hasta ahora los abusos en las relaciones sostenidas entre las Isapres y sus afiliados. En el que el poder de maniobra y libertad que tienen los privados, les ha permitido -por ejemplo- obtener millonarias ganancias a costa del bolsillo de los trabajadores, tema en el que últimamente han mantenido silencio. Los que se ubican en esa lógica, advirtieron que nadie les ha prohibido lucrar con su negocio de la salud. Sin embargo, dichas ganancias son descabelladas. Mientras las Isapres se reinventan formando la compañía de seguros especialistas de salud para producir y quizá aumentar sus cuantiosas ganancias.

Así y, tal cual lo deseaban las Isapres, la regulación de los seguros complementarios y suplementarios, estará a cargo de la Superintendencia de Salud, la que deberá velar por la totalidad de estos seguros, incluyendo lo que hoy son regulados por la Superintendencia de Valores (SVS). Sin embargo, la Superintendencia de Salud, hasta ahora no ha cumplido con su rol de fiscalizador y regular, prueba de ello, es la situación actual en la que se encuentran los usuarios de las Isapres. Esto explica, la irrupción en escena -el año 2014- de manera activa y empoderada de la

Superintendencia de Salud, tratando y defendiendo con vehemencia los temas que afectan a las personas afiliadas a Isapres, pero ¿qué sigue a continuación?. La licencia que tienen las Isapres es tal, que les permite negar que, a través de mecanismos y presiones económicas terminen expulsando de su sistema a las personas de más edad y a las más enfermas. Resulta burlesco cuando sostienen que eso no lo permite la ley y, por tanto, ellos no lo hacen. Y peor aún, aseguraro que esas cosas ya fueron superadas.

Luego que la CR, hiciera todos los ajustes que fueron precisos para dar tranquilidad a los representantes de las Isapres, éstos estuvieron de acuerdo con firmar el informe.

Respecto al plazo de 10 años que propuso la CR para terminar con el lucro, Doren apostó a que en ese tiempo venga otra gente con otras ideas que transforme su pesadilla en situaciones normales³³⁹. Sin entender que sólo es eso, una pesadilla, pues la hegemonía sustentada por del actual gobierno y las Isapres, les permite compartir un sentido común, por lo que no es un problema de tiempo (del cual ya son soberanos), sino de despertar y bajar los niveles de ansiedad.

Uno de los escenarios posible es que los representantes de las Isapres, opten por una estrategia comunicacional y política, cada vez más agresiva y que, a pesar de la tranquilidad que el gobierno les ha expresado en su discurso, se centrará la arremetida, primordialmente, en el Ejecutivo, para continuar bajando temas de la propuesta de la CR, que los priva de la “libertad” de acción para operar en el mercado de la salud a todo evento y sin contrapeso, de tal manera de obtener mejores resultados del Ejecutivo que es un aliado ideológico importante. Luego irán por más al Parlamento, dónde se desconoce con precisión hasta qué punto los parlamentarios de la Comisión de Salud son beneficiados económicamente en sus campañas por estas instituciones, donde los más de 3 millones de afiliados aportan sin saberlo, puestos que los acuerdos no son públicos.

La concentración del poder de las élites empresariales y políticas es una de las críticas que más frecuentemente se le realiza a los regímenes neoliberales, tal cual lo sostiene el académico Sheldon Wolin: “Los grupos de interés organizados políticamente, con vastos recursos, que operan en forma permanente, sincronizados

³³⁹ Op cit. Financiero, 6 oct., 2014. Pág. 25.

con las agendas y los procedimientos parlamentarios, y ocupan puntos estratégicos en los procesos políticos revela la profundidad del cambio sufrido por la concepción de gobierno 'representativo' (...). Si el objetivo principal de las elecciones es ofrecerles legisladores maleables a los lobistas para que les den la forma deseada, es un gobierno clientelista no representativo de la ciudadanía, es decir, es antidemocrático (...). Este factor contribuye decididamente a la despolitización de la ciudadanía”³⁴⁰.

A pesar de que las Isapres lograron subir y bajar varios de sus puntos de interés en el informe de la CR, logrando con ello consenso, aún no están conformes con el resultado y van por más, puesto que las divergencias continúan. Están en desacuerdo con el Fondo Mancomunado creciente en el tiempo, administrado por un seguro único estatal, ya que para ellos significa la desaparición de las Isapres como se conocen hasta ahora, contraviniendo -según sus argumentos- el derecho constitucional de las personas a elegir. Igualmente, les parece que fragmentar la cotización es un error y su tesis es que con el 7 por ciento es insuficiente como para financiar las necesidades de salud de la gente, menos con una cifra inferior. Tampoco comparten la eliminación de la declaración de salud, puesto que la migración masiva de personas hacia las Isapres con graves problemas de salud que no han conseguido una oportuna solución en Fonasa y que van a exigir su garantía Ges, por ejemplo, haría que las Isapres quiebren; ya que el fondo interisapres no tendría la capacidad de compensar este mayor costo, poniendo en riesgo la cobertura prometida al resto de los afiliados.

Con el propósito de revertir las situaciones adversas, las Isapres han recurrido al temor y al caos económico que se suscitará en las personas de mayores recursos y la nivelación hacia abajo que se produciría en la calidad de las prestaciones de salud y persuadir sobre sus propuestas que -aseguraron- son beneficiosas para las personas y que las condiciones actuales arriesgan la subsistencia del sistema. De esta forma, el hilo conductor en el discurso lineal de estas instituciones privadas ha sido revalidar, imponiendo sus propuestas de reforma a las Isapres inspiradas en el libre mercado, ajustado al contexto epidemiológico y demográfico del país.

Otra de las ideas que las Isapres buscan instalar en el imaginario colectivo es el caos que se ocasionará si se estandariza la salud, puesto que se producirá la generación de seguros suplementarios, pues los complementarios cubren lo que no

³⁴⁰ Op. cit. Wolin, Sheldon (2008). Pág. 99.

cubre la Isapre. Habrá chilenos de clase media que van a perder plata y tendrán que atenderse en Fonasa, porque no van a poder reponer el nivel de salud al que estaban acostumbrados. Hacerlo significa un sacrificio económico equivalente a pagar dos veces el 7 por ciento aseguraron. Otro de los objetivos de las instituciones privadas es que en la segunda fase, correspondiente a la elaboración fina del proyecto que hará el Ejecutivo para enviarlo a discusión parlamentaria, se eliminen las cláusulas que propenden que de aquí a 10 años, desaparezcan las Isapres.

La respuesta de las aseguradoras privadas para minimizar el probable panorama negativo que vislumbran con el plan único de salud y, el discurso presidencial sobre la propuesta de un nuevo régimen para mejorar el sistema privado, tiene su impronta en la visión de que el mercado es más eficiente a la hora de otorgar salud de calidad versus la ineficiencia del Estado en esta materia y pregonar que gracias al sector privado existe libertad de elección.

Respecto a la forma de gobierno, el neoliberalismo concibe la democracia con un Estado cuyos poderes sean limitados al mínimo posible (poder militar, policial y garante del cumplimiento de las reglas del juego). Al intervenir en los intereses entre privados de manera excesiva, la burocracia estatal traba el dinamismo de los mercados, desincentiva la inversión, el emprendimiento y las relaciones de intercambio. Entonces, queda al Estado “instruir un orden jurídico en el cual se enmarque la iniciativa privada (leyes sobre la propiedad, leyes contra los monopolios, sobre los contratos, sobre la imposición tributaria, etc.)”³⁴¹. Quedan fuera, por ejemplo, el proteccionismo de empresas, la fijación de precios y el control de utilidades. De esta manera, la asistencia estatal debiera mantenerse al mínimo: sólo para quienes no puedan sostenerse producto de su esfuerzo (los pobres, por lo general).

Es así como el Estado debe proveer de todo aquel bien que el sector privado o el mercado no esté dispuesto a abastecer, es decir, el Estado interviene toda vez que los privados no puedan o no deseen resolver. Por tanto, el sector privado decide qué, cómo y para quién producir. Tal es la situación que, en el ámbito de la salud por ejemplo, a las personas que padecen patologías crónicas, tienen edad avanzada o son menores de dos años, las Isapres amparados por la “legalidad” reinante, se les “obliga” a migrar a Fonasa. De esta manera, se impide una visión en la que “lo público” asegure

³⁴¹ Op. cit. Verdugo M., Mario. García B. Ana María (2004). Pág. 233.

un estándar de vida digno para el general de la ciudadanía y no sólo servicios mínimos para quienes no pueden pagar su ingreso al sistema³⁴².

El Estado subsidiario, como parte del Estado mínimo, no se hace cargo directamente de la administración o dirección de diversos servicios públicos, sino que entrega subsidios a diversos actores privados o descentralizados (o procura la asignación de recursos a los mismos), que deben competir para captar financiamiento. El Estado subsidia la demanda. Así se busca generar bienestar a través de las interacciones entre oferta y demanda, ya que se concibe que la competencia entre actores privados genera mejores resultados que la burocracia estatal. No tiene sentido financiar preferentemente a ciertas instituciones estatales si la competencia entre privados puede brindar mejores resultados³⁴³. En los últimos años, se ha hecho común argumentar que lo importante no es quién provee el servicio, sino que la “calidad” del mismo.

En este sentido, todo lo que no sea el mercado, lo ven como estatización y expropiación. La inexistencia de la ética en los negocios y el autoritarismo a la hora de tomar decisiones es la consigna. Si la democracia sirve para aumentar las ganancias, bienvenida, de lo contrario, de inmediato se produce su rechazo al “autoritarismo” democrático. La libertad se comprende como no coacción del Estado sobre el individuo. En este sentido, la libertad es definida de forma negativa³⁴⁴, ya que significa no impedir el ejercicio de la libertad individual. Por otro lado, es posible que la libertad positiva -como decisión activa de los individuos- merme la libertad negativa. El poder organizativo y democrático de ciertos grupos, como parte del ejercicio de la libertad positiva, puede atentar contra las libertades individuales. Para Hayek, liberalismo y democracia son dos cosas relacionadas pero distintas: la democracia ilimitada puede atentar contra la libertad en el ejercicio del poder de las mayorías sobre las minorías. Esto significa que la democracia puede ser totalitaria, o tender hacia el totalitarismo, al imponer restricciones excesivas al libre comercio, a la libertad de elección en salud, a la libertad de enseñanza, al flujo de capitales a nivel internacional³⁴⁵, etc.

³⁴² Op. cit. F., Larraín, G., Benavente y otros (2013).

³⁴³ Friedman, M. (2012: CEP 1992). *Capitalismo y Libertad. Ensayos de Política Monetaria*. Barcelona: SINTESIS.

³⁴⁴ Op. cit. Berlin, I. (1993). Págs. 187-244.

³⁴⁵ Op. cit. Hayek, Friedrich Von (1966). s/n.

En concreto, existe un acercamiento de las posiciones del gobierno y las Isapres sobre la mantención del modelo, junto con la percepción que es posible que las personas hagan más aportes económicos en salud. Es así, como las Isapres se muestran optimistas en los resultados finales del proyecto de ley que intenta reformar el SPS.

A última hora, el SPS también aspira a mejorar su reputación, intentando empatar su discurso con el de la mayoría de los miembros de la CR, para así no aparecer como “derrotados”.

8.3. El Parlamento:

Como es sabido, los partidos de la centro derecha comparten la visión ideológica del empresariado de este país. Por lo que su estrategia es sustentada con su verosímil de que no es justo que los individuos que conforman una población y tienen intereses diversos, paguen impuestos y otras imposiciones con la finalidad de beneficiar a grupos específicos de la población. Como decía Margaret Thatcher, la sociedad no existe, sólo existen hombres y mujeres individuales.

El imperativo comercial de las Isapres es apoyado con vehemencia por integrantes UDI de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. Sostienen que es el mercado el que protege a las personas. En este sentido, a los parlamentarios de la derecha le sobran las palabras para definir qué entienden por justicia, libertad de elegir, igualdad, etc., como si las personas tuvieran la opción de elegir si estar en un sistema u otro o, si efectivamente, el que las sitúen permanentemente en la supuesta disyuntiva: Estado o mercado, signifique realmente decidir o ser libres.

Por otro lado, sobre el debate producido por la propuesta de la PPD, Dra. Jeanette Vega sobre la creación de un fondo único con el consiguiente fin de las Isapres, el senador de la misma tienda política, Guido Girardi, quien además es presidente de la Comisión de Salud del Senado, sostuvo que Vega “abrió un debate central en la discusión de salud que vine”³⁴⁶. A su juicio, la propuesta del fondo común podría tener el apoyo masivo de la “Nueva Mayoría”, pues “fue un tema de consenso cuando el Presidente Lagos planteó el AUGE y el fondo solidario, pero ahí no teníamos los votos en la cámara ni en el senado y la derecha vetó esto”³⁴⁷.

³⁴⁶ Op cit. El Mercurio, 26 julio, 2014. Pág. C-18.

³⁴⁷ Ibid.

Esta es la discusión dónde se verá cuál es la real posición que cada parlamentario tiene y, si efectivamente, pesa más el dinero que las Isapres aportan a las campañas y a los parlamentarios de las comisiones de salud del Parlamento. Aquí es donde se verá para qué fueron elegidos los parlamentarios y a quién sirven.

Asimismo, el diputado socialista Juan Luis Castro, hizo un guiño a las Isapres cuando señaló que “la persona es libre de elegir entre la salud pública y privada”³⁴⁸. Al mismo tiempo, coincidió con Girardi en que existía consenso hace años en avanzar en un fondo común y añadió que hoy esta idea encontraría el respaldo parlamentario para ser aprobada. “Es una idea muy revolucionaria, pero a la vez muy sensata para un modelo donde fracasaron las Isapres”³⁴⁹.

Un poco más o un poco menos de Estado o un poco más o un poco menos mercado, el resultado es el mismo. Las enormes ganancias obtenidas por el SPS es un indicador de que algo esencial no anda bien no sólo en salud, sino que en el suprasistema país.

Igualmente, el diputado PPD Marco Antonio Núñez con sus dichos en la entrevista dada a un medio escrito³⁵⁰, no alteró el *estatus quo* del debate, aunque da algunos signos que lo alinean a las posiciones de los comisionados más progresistas de la CR.

Al retomar el debate la derecha, a través de la senadora UDI Jacqueline Van Rysselberghe con la abierta intencionalidad de desacreditar la posición mayoritaria de la CR, usó el mito de la estatización de la salud, lo que significaría que todos van a ingresar al Fonasa, como si todo pasara por el nombre de las instituciones públicas que, sin duda, enfrentan delicados problemas que es preciso abordar y solucionar definitivamente.

En la propuesta de seguro y fondo único de Vega, no se visibilizó la pretensión de hacer cambios con el mismo accionar, ni menos con los mismos elementos existentes. Queda claro que esto requiere cambios radicales en el sistema público también y, de esta forma, terminar con la incalculable indolencia frente a las mayorías necesitadas de este país..

³⁴⁸ Ibid.

³⁴⁹ Ibid.

³⁵⁰ Op. cit. La Tercera, 23 agosto, 2014. Pág. 2.

En sus intervenciones referentes a la reforma del SPS, los diputados de la DC, Gabriel Silber y Víctor Torres y el PS, Manuel Monsalve³⁵¹, se mostraron complacidos con la idea del fondo único en salud. Veremos que sucede con estos diputados en la discusión parlamentaria, cuando tengan el tema en sus manos y deban resolver.

Sin duda, la libertad para los sectores de la derecha tiene que ver con el individualismo del mercado, expresado en la decisión de elegir cuál es el mal menor y, su argumento es que el Estado no puede manejarlo todo. Se puede estar de acuerdo con esta declaración, pero tampoco es preciso que lo haga el mercado. También es pertinente aclarar que, en la práctica, el Estado asume todos los casos más complejos, mientras que las Isapres los casos de menor complejidad.

Con esta incipiente deliberación, se espera que el próximo año se genere la discusión sobre la reforma al SPS en el Parlamento, se puede establecer y pronosticar lo que vendrá: parlamentarios de la oposición (centro derecha), por medio de una visión unilateral de valores como la justicia, la libertad de elegir, la desigualdad, la opción, la elección como un concepto que expresa la voluntad de estar en uno u otro sistema y su típica crítica al rol del Estado, intentarán y, es muy probable que lo logren, que los chilenos se dualicen entre los que prefieren el Estado y lo que optan por el mercado, como si fueran distintos.

En el lado cautelosamente opuesto, los parlamentarios oficialistas participarán del “*reality show*”, con una visión sociopolítica “más progresista”, homologable a más estatista y, por tanto, artificialmente más solidaria entre -según el diputado Juan Luis Castro- los más jóvenes con los más viejos; entre las personas con enfermedad y las personas sanas; entre las que tienen muchas cargas y las que son jóvenes y solteras.

Usando interesantes estrategias para alinear a unos y a otros, según su tendencia ideológica y, de esta forma equilibrar el debate político entre la “Nueva Mayoría” que intentará deslegitimar la gestión en salud del antecesor gobierno de derecha y sus actuales posturas sobre el tema. La correspondiente arremetida de los partidos de la “*Alianza por Chile*”, en particular de la UDI y su irrestricto apego al neoliberalismo imperfecto que no es capaz de respetar ni sus propias leyes, continuarán con su tradicional estrategia del temor. Atemorizar sobre lo que puede

³⁵¹ Op. cit. El Mercurio, 31 agosto. Pág. D-4.

acontecer, si no se sigue la línea propuesta por las Isapres y el consiguiente *lobby* político para cambiar los aspectos más básicos que finalmente, implicaría no cambiar nada desde la perspectiva de las personas más modestas y enfermas de este país.

Mientras, las listas de espera para ser atendido por un especialista, para una intervención quirúrgica, en definitiva, para que “se mejore la salud chilena” seguirán en barbecho, pero haciendo participar al país en este dual y, por tanto sinigual verosímil, sin saber que el Estado también es parte reveladora del mercado.

Lo mismo sucede con los parlamentarios de la Comisión de Salud del Senado. Ellos no están por cambiar el modelo existente, es decir, se mantienen en la categoría 1. Sin embargo, la fuerza de los hechos los obliga a estar pendularmente en la categoría 2, retrocediendo a la 1 y, luego volviendo a la 2 y no más.

Así, el biopoder vigente, continúa dando paso a “la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y mediante un ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos”³⁵². En el siglo XXI no hay espacio posible donde su poder no esté omnipresente.

8.4. La Comisión Reforma

La comisión reforma inicio su cometido con un alto sentido social y un destacado interés por contribuir a mitigar los problemas de salud del país, desmarcándose de inmediato de la propuesta y la visión economicista de las Isapres, para luego centrarse en evaluar de qué manera detener la seguidilla de querellas en contra de las instituciones privadas.

Posteriormente, con una mirada más “socialista”, hubo interés en expandir el poder del Estado en materia de salud, demostrando orden, eficiencia y consenso, en la importancia que tienen las personas enfermas versus el lucro. Sin embargo, hubo un momento en que se produjo una suerte de incomunicación, en el que se lograba obtener sólo retazos de información. De esta manera se pasó de una posición más social, pero etérea a una concepción mixta entre Estado y privados, llegando a la pretensión de doblarle la mano al mundo privado para patenciar el rol del Estado en materia de salud.

³⁵² Op. cit. Foucault, Michel. Historia de la sexualidad, capítulo V: Derecho de muerte y poder sobre la vida. Pág. 170.

Otra aspiración de la CR fue la de avanzar hacia una sociedad más integrada que se reflejara en el ámbito de la salud y que el desarrollo pasara por terminar con las desigualdades en esta área.

A poco andar, la CR se encontró con importantes frenos en la discusión que no le permitía avanzar como esperaba, como por ejemplo la discusión sobre a quién se le cargaba el fondo común; esclarecer cuál sería el destino de las licencias médicas, puesto que ello requiere de un urgente cambio, para velar y respetar el derecho a reposo médico a través de un ente independiente de las aseguradoras.

La pugna por imponer el sentido común del orden existente, a través del discurso, se dio -al menos- con la aparente divergencia de dos matizadas visiones de mundo, dadas al interior de la CR. Estos enfoques oscilaron entre una mirada más política, cuya tendencia de centro izquierda se apegaba al rol que el Estado debe cumplir como “protector” de las personas. Y, por otro lado, una visión liberal o neoconservadora, con un fuerte predominio en lo económico, que pregonaba la función preponderante que debe continuar jugando el mercado en la salud y la consiguiente reducción de la intervención estatal. Sin embargo, estas perspectivas que cuentan con un componente ideológico coincidente, no significaron poner en cuestión la hegemonía del orden social existente, sino más bien, potenciarlo y mantenerlo, imponiendo en la comunicación política el falso dilema entre el Estado y el mercado, soslayando que el segundo es la razón del primero.

Tras producirse avances en la discusión, Camilo Cid morigeró su discurso más radical del cambio estructural, postergándolo como una medida para el largo plazo, puesto que al parecer ponían en riesgo financiero y, por tanto, la existencia de las Isapres. De esta manera, se comenzó a bajar los temas, para responder al requerimiento presidencial.

El debate se ajustó a informar sobre los avances de la discusión y los acuerdos alcanzados, apelando al compromiso y la responsabilidad social. Se escuchó a los diferentes estamentos relacionados al área de la salud y, se resaltó la importancia de la participación social.

Es aquí donde el discurso de los gerentes de la vida que anunció Foucaul, tienen todo muy bien elaborado y predeterminado para que los “participantes” expresen un sí, frente a sus propuestas discursivas que aspiran a “administrar el cuerpo y a

gestionar cuidadosamente la vida³⁵³, cuya finalidad es mantener y perpetuar el orden existente.

Por otro lado, la CR intentó aclarar las confusiones mediáticas, entregando avances más concretos de los cambios que se barajaban, con el espíritu de lograr una mayor socialización de los recursos de salud, principalmente del 7 por ciento de cotización obligatoria de los trabajadores.

En el debate hubo posiciones irreconciliables que no permitían los consensos esperados por el gobierno, como el fin al lucro con el 7 por ciento de los cotizantes, por lo que fue preciso acotar las propuestas realizadas por la comisión. Sin embargo la instancia presidencial no renunció a integrar valores como la solidaridad y humanizar el SPS. Con esta motivación se dieron a conocer los alcances de las primeras propuestas de la CR, relacionadas con la generación de una política de salud más personalizada y, por tanto, con más sentido social.

La comisión -en su mayoría- no escatimó esfuerzos por incluir, en el largo plazo, los cambios propuestos que ampliaban el poder del Estado y reducían el del mercado. Sin embargo, la mayoría de los comisionados tuvo que tomar la difícil decisión de enmendar rumbo y girar la estrategia del fin al lucro hacia la continuidad del mismo, es decir, el poder del mercado se mantenía, lo que significaba reproducir el modelo de salud, reciclando y reconvirtiendo el mercado de ésta. Manteniendo con ello, la hegemonía del mercado en el sistema. Esta posición más liberal de la CR, permitió rectificar los alcances de la propuesta y despejar el camino a la libre competencia, en el que la salud sigue siendo un producto más del mercado.

La política de las compensaciones también se manifestó al interior de la comisión. La decisión de crear el fondo común es evidentemente política. Con ella, se espera recaudar más de 12 mil millones de pesos mensuales, para cubrir medicamentos y enfermedades de alto costo. No obstante, con una visión comercial no menor, ya que esta concesión de las Isapres lleva consigo la sujeción de que sean sólo para dicho propósito, sin expansión.

Asimismo, se justifica la mantención del lucro de las Isapres y se les permitirá la incorporación de una barrera de discriminación, no definida aún, de entrada de los

³⁵³ Ibid. Foucault, Michel. Historia de la sexualidad. Pág. 169.

usuarios de Fonasa al sistema privado, así como darse una institucionalidad “autónoma” que explique los ajustes al sistema (alzas de precios unilaterales), la que realizará comparaciones en los copago, otorgando de esta forma, la protección que el sector privado de salud exige para evitar los tribunales de justicia. Este acuerdo, se hizo, no sin antes comparar y develar los gastos excesivos en los que incurrían los usuarios más vulnerables de Isapres, lo que permite justificar la medida tomada.

La función de “comunicar” fue importante en el proceso y en la ceremonia de entrega del documento oficial, puesto que permitió observar que no todo estaba bien y que no todos se encontraban satisfechos con el resultado de la CR, como se pretendía. Y que seguramente requerirá más ajustes, sobre todo en matices que buscan corregir el dogma neoliberal, pero con la convicción de que los conceptos de seguridad social y solidaridad son posibles en este modelo.

De un modo mantental y protector se busca posicionar el discurso presidencial, subrayando que la libertad de las personas las lleva a decidir finalmente dónde dejan su 7 por ciento de cotización y, con esto, hacer corresponsable a la población.

La dualidad que presenta el modelo actual de salud chileno y el que vendrá, continuará centrado en el Estado y en el mercado con sus virtudes y defectos, para lo que se conjugaron dos aspectos: el técnico y el político, pesando en algunos cambios el político y, en otros el técnico, pero sin perder de vista la importancia de los empresarios de la salud.

Estas transversales y hegemónicas corrientes políticas e ideológicas, finalmente deslindaron en una ambivalente discusión de los temas de la reforma al SPS que se dio en los siguientes términos:

La discriminación y precios; modificaciones en el financiamiento de aseguradores y prestadores; uso de las tablas de factores que discriminan por riesgo en los planes; buscar propuestas para regular los planes en cuanto a beneficios y copagos y que las Isapres tengan un rol más preponderante en la seguridad social, enmarcado en la solidaridad, equidad y eficiencia. Esto ¿ayudará a solucionar el problema de fondo de un sistema que precisa de la desigualdad para su crecimiento?. La experiencia internacional en torno al tema de la salud pareciera ser nuestro referente, donde debemos medirnos, incluidas en las cosas mal hechas, puesto que Cid dijo que “nosotros no somos el único país donde discriminan por riesgo,

seguramente en Chile es más intenso, pero en otros países lo hay”³⁵⁴. ¿Tendremos que conformarnos por eso?.

En general y, hasta fines de mayo del 2014, la CR se presentó firme, informada y empoderada en el tema. Sin embargo, uno de los debates más difíciles que enfrentó fue el de la conveniencia o no de crear un fondo común entre Fonasa y las Isapres con el objetivo de crear un fondo solidario. Asimismo, a pesar del sigilo de Cid, fue complejo consensuar los intereses de los actores que, en agosto se vislumbran casi con claridad. De hecho, la entrega de los resultados de la comisión estaba programada para mediados de junio, luego sería a mediados de agosto, en septiembre, hasta que finalmente ocurrió el 8 de octubre de dicho año.

Dado lo enmarañado que se presentó el debate, sobre todo en las últimas sesiones de la CR, se produjo un juego confuso de palabras en el discurso, el que se manifestó principalmente en el nivel del deber ser, dejando en la nebulosa qué se haría para dotar -por ejemplo- de solidaridad al SPS. Este, fue un discurso ambivalente, puesto que se indicó que “para que haya mayor solidaridad en el sistema se requiere de una compensación del riesgo. Esto promueve un financiamiento más solidario y que algunos grados de compensación de riesgo pudiera haber en la propuesta”³⁵⁵.

Supuestamente había convergencia entre lo que planteaba la mayoría de los miembros de la CR, respecto a qué es el 7 por ciento de la cotización en salud, llegando a la conclusión que corresponde a una prima obligatoria de la seguridad social. Sin embargo, la minoría, representante de las Isapres, creía que el 7 por ciento es de propiedad de los cotizantes, dado que si reconocen que es parte de la seguridad social, sería un precedente importante que definiría cómo debe funcionar el sistema, lo que supone la imposibilidad de lucrar con dicho porcentaje por lo que hasta allí llegó la declaración de principios.

Las diferencias entre lo que planteó la ministra y lo que dio a conocer la comisión el 8 de agosto, sobre la creación de un fondo y un asegurador único son sustanciales. Si la reflexión iba por el lado de que mayoritariamente la CR era proclive a esta idea, cabría la posibilidad de que los comisionados mayoritarios le hubiesen doblado la mano al mundo privado. Sin embargo, con la presión que ejerció el gobierno

³⁵⁴ Op. cit. El Mercurio, 16 abril. Pág. C-10.

³⁵⁵ Op. cit. La Tercera, 20 julio. Pág. 16.

a través de la ministra Molina para revertir este escenario, permitió inferir que el imaginario de la CR se derrumbó. No obstante, resta camino por recorrer, donde dependerá de lo que resuelva el Ejecutivo, la discusión parlamentaria y la votación final del proyecto. Está claro, el tiempo juega a favor de las Isapres por las diversas “gestiones” que pueden realizar ante el Ejecutivo y el Parlamento para seguir bajando temas que les son adversos, es decir, el tiempo es una oportunidad para las entidades privadas. Además, porque cifraron su esperanza en que, en diez años más, vengan otras personas con nuevas ideas que terminen con la “pesadilla” que Doren acusó.

Del insumo que concibió la CR para que el Ejecutivo redacte el proyecto de ley que modifique el SPS, se desprenden las interrogantes sobre si ¿tendrá una acogida íntegra y con las proyecciones que se esperan, vale decir, que esté vigente en una década? y ¿llegarán a buen puerto en el Parlamento?.

Entre los temas que discutió la CR hasta el 22 de agosto, el financiamiento del fondo común estaba aún en la nebulosa. Respecto de las licencias médicas que son para reposo médico. No obstante, las personas deben deambular de un lado a otro para que se les reconozca la licencia y puedan percibir su remuneración sin el menor daño pecuniario posible, como sucede actualmente. Para el sector privado esto constituye una amenaza directa para las Isapres, por lo que su constante llamado a la CR a regirse por el mandato presidencial que consistió -según ellos- en la generación de un informe técnico que diera forma a un proyecto de ley. Es así como la CR fue acusada (por los cuatro comisionados de las Isapres) de ampliar el mandato de Bachelet, al punto de votar la creación de un seguro público que eliminaría a las Isapres del sistema, considerando este hecho como un incumplimiento y un debilitamiento del Minsal. Así y, en lo sucesivo, se cuestionó el trabajo y la finalidad para la que fue creada la comisión. Estos incidentes que incomodaron a La Moneda, provocaron un quiebre en la mesa, lo que puso en riesgo la constitución de la comisión, luego que los representantes del sistema privado discutieron la opción de abandonarla.

De esta forma, las posiciones se radicalizaron y el nerviosismo se volvió más evidente, dada la proximidad de la entrega del informe final. Es más, cuando se votó la idea de hacer cambios macros al sistema privado, sorprendieron las votaciones de Fernando Matthews y Marcelo Dutilh, de las Isapres Banmédica y Consalud

respectivamente, quienes adhirieron a las ideas del grupo “progresista” al interior de la comisión.

La doble militancia de algunos miembros de la CR, como sucede con los representantes de las Isapres, hace que éstos tensionen convenientemente las situaciones, las manipulen, llegando incluso a ocupar a los medios de comunicación escritos como voceros de sus demandas. Esta es una más de las presiones con las que la CR ha tenido que lidiar y resistir. Es más, esto se evidencia cuando informan que temas que ya fueron anunciados por los comisionados, tales como las licencias médicas, los seguros, las alzas de precios, regulación, tablas de factores, fondo único de salud, etc., fueron bajadas de las prioridades de la comisión.

Al parecer el discurso público de la ministra en el que señaló que no habría cambios estructurales, no tiene nada que ver con su discurso privado o, al menos con sus creencias sobre el tema de la salud privada, puesto que en las reuniones sostenidas con Camilo Cid, no le pidió que cambiará de derrotero. Las razones pueden ser múltiples, pero también pueden tener relación con el respeto que merecen los profesionales de la comisión y, otra concerniente al instinto de sobrevivencia de la élite política y la vocación por el poder, porque pensar distinto se traduciría en su renuncia.

Con estas y otras dificultades, la CR continuó avanzando en temas que tuvieron relación con la actitud de cooperación que debiera existir entre los subsistemas privado y público, a pesar de que la ley impide la reciprocidad en el sistema de salud chileno, es decir, el sistema público puede comprar prestaciones al privado, pero no a la inversa.

Respecto a la presentación que realizaron entidades sociales ante la CR, hasta mediados de septiembre no habían luces de cuánto de lo expuesto se tomaría en cuenta. La mayoría de estas instituciones coincidieron en proponer la creación de un plan único de salud que permitiera tanto acceso como cobertura de carácter universal y que exista un fondo que compense el riesgo de la cartera y ayude a financiar a quienes tienen menos recursos o más problemas de salud³⁵⁶. Posteriormente, se eliminaron las barreras de ingreso a las Isapres (edad, preexistencia, etc.) y se crean otras para impedir el cambio de personas con enfermedades graves ya diagnosticadas, que estén

³⁵⁶ Op. cit. El Mercurio, 13 sept. Pág. C-25.

hospitalizadas o hayan recibido el alta recientemente. Con esta medida, entre otras, se cuida no poner en riesgo financiero a las Isapres.

Finalmente, se zanjó el Plan de Seguridad Social que será igual en todas las Isapres e incluirá lo mismo que ofrece Fonasa (en modalidad institucional y libre elección), más Ges, la Ley de Urgencia y una cobertura catastrófica. Estos últimos siempre estuvieron, lo que sucede es que las Isapres, por razones económicas obvias, desincentivan su uso con artificios de todo tipo.

Si el objetivo fue flexibilizar las barreras de ingreso a las Isapres para que las personas de Fonasa pudiesen migrar a estas entidades privadas, en busca de la eficiencia y calidad en salud, lo que no encuentran en el sector público, la pregunta que surge es ¿por qué si el Plan de Seguridad Social que será igual en todas las Isapres e incluirá lo mismo que ofrece Fonasa, las personas migrarán a las Isapres?. ¿Es que el sector público no logrará mejores niveles de satisfacción de sus usuarios?. Lo cierto es que facilitar el ingreso de personas de Fonasa a Isapre, fue visto por las aseguradoras privadas -en primera instancia- como un reconocimiento implícito a su “buen funcionamiento”, supuestamente eficiente y de calidad.

Las mujeres y los adultos mayores se verán beneficiados quitándoles beneficios a los jóvenes. La idea debiera ser que los que están bien mantengan sus beneficios, no que los pierdan producto del cambio. Otra cosa es la solidaridad, vale decir, si no se ocupan los recursos de un cotizante, que lo haga otro que lo necesite, pero cuando el primero los requiera pueda acceder a ellos, a través de una atención oportuna y de calidad, puesto que esto debiera ser un beneficio universal y a todo evento.

Ahora bien, la duda es que si serán aceptadas estas permutas por el Ejecutivo, teniendo en cuenta que el gobierno busca sólo algunos cambios, bajo el mismo esquema actual; con carencia en el sistema público y con muchos recursos en el privado, el que castiga al anciano, al pobre y al enfermo, provocando segmentación, desigualdad y discriminación.

Las acusaciones públicas de los representantes de las Isapres a la mayoría de la CR de ideologización, como si ellos fueran desideologizados, es una muestra más de su actuar. En este tejido las “gestiones” de los empresarios de la salud fueron exitosas; la CR se adaptó al requerimiento presidencial.

El resultado de lo anterior es mayor ambivalencia en el discurso de la CR, lo que se traslució en la declaración del abogado Barría, quien sostuvo públicamente que la propuesta final mayoritaria no debería propiciar el fin de las Isapres, aunque reconoció que la sugerencia inicial sí podría haber gatillado ese escenario³⁵⁷. También en el hecho que dos comisionados informan sobre un mismo tema, dos cosas distintas, como por ejemplo cuando el abogado Barría asegura que las licencias médicas no se propondrán en esta etapa y Debrott dice que se discute el tema (...) ³⁵⁸. Esto entre la vaguedad y el juego ambiguo de frases y palabras, como lo hace el comisionado Pedro García al referirse a los seguros complementarios y la prima comunitaria que podrán cobrar las Isapres, señalando sin entrar en precisiones que “este factor deberá ajustar su precio mediante un proceso más riguroso y objetivo”³⁵⁹; a qué se refieren con los conceptos de riguroso y objetivo. ¿Riguroso para las Isapres y objetivo para los afiliados?.

El debate se fue configurando con todas las diferencias que ello implicó, donde los argumentos para descartar la mancomunación de todas las cotizaciones y su destino, iban desde el supuesto derecho básico a elección, consagrado en la Constitución Política de 1980, hasta el rechazo de la imposibilidad de lucrar con la cotización legal (7 por ciento), por estimar que no sería factible financiar el sistema de esta manera. Así, con un voto de minoría que apoyó prohibir el lucro apenas rija el nuevo sistema, las Isapres lograron seguir lucrando con dicho porcentaje. Además, la CR deja en manos de estas instituciones privadas la decisión de otorgar el PSS básico sólo con el 7 por ciento de la cotización o, si lo prefieren, podrán ofrecerlo cobrando además una prima comunitaria. Así, la discriminación es reemplazada por otra barrera.

Otra diferencia tiene que ver con las declaraciones de salud que hoy son exigidas por las aseguradoras. Frente a la propuesta que buscaba eliminarlas, las Isapres consideran que ésta, debiera mantenerse en la gente que quieran cambiarse de Fonasa a Isapre, debido a que esta migración de personas que tienen enfermedades serias y que se encuentran en lista de espera, comprometería la sustentabilidad del nuevo modelo debido al desfinanciamiento del sistema privado, que

³⁵⁷ Ibid. C-25.

³⁵⁸ Op. cit. *Estrategia*, 26 agosto. Pág. 11.

³⁵⁹ Op. cit. *Pulso*, 30 sept. Pág. 14.

sería consecuencia de la selección adversa que se registraría desde la constitución del nuevo sistema.

De igual forma se negaron adoptar medidas o a tratar la integración vertical entre las aseguradoras y las clínicas, porque ésto -según el sector privado- no había sido discutido plenamente, por lo que sobre el tema propusieron fundamentalmente regulación y fiscalización, lo que implicó no innovar en esta materia, puesto que esta función corresponde a la Superintendencia de Salud, la que hasta ahora no ha cumplido con dicha ocupación.

El escenario actual, hace presumir que habrá menos discriminación y precios un poco más regulados; el financiamiento entre aseguradores y prestadores continuará intacto y, en el uso de las tablas de factores que discriminan por riesgo en los planes, se corregirá lo más grave, pudiendo extrapolar que habrá mediana claridad sobre los planes en cuanto a beneficios y copagos. De esta manera, la CR y todos los chilenos debemos circunscribirnos al rayado de cancha que nos ofrece el sistema neoliberal como única alternativa posible. Ese es el paradigma dogmático, todo se hace, pero dentro del enmarcado vigente. En definitiva, aunque hay propuestas de soluciones, quedan muchos flancos abiertos en la propuesta de la CR, sólo por mencionar alguno, en el plan y su financiamiento.

Finalmente, las Isapres lograron no innovar en la situación jurídica que las ampara y, conforme avanzaban los días, los efectos del recurrente discurso de la ministra, en el que llamaba a la CR a morigerar su discurso y sus propuestas, obtiene sus resultados y en los tira y afloja de la mayoría de los comisionados y sus integrantes minoritarios, se abrió paso a la posición de la minoría, dada la relación de poder que esta minoría superpone, no sólo a sus cotizantes, sino que también a lo político y a la comunicación política, entendida también como una forma de producción de un acontecimiento sobre el poder y orden simbólico de la política.

Que el documento tenga como eje la seguridad social y el concepto de solidaridad como principio básico, no garantiza nada, puesto que en una década, como lo propuso la CR, es demasiado tiempo para que permanezca la ilusión de un asegurador único. Lo que verdaderamente está por verse es si la protección financiera será suficiente y realmente palpable, a la hora de otorgar servicios de salud a la población, toda vez que desigualdad no es sinónimo de que no hayan recursos. El

tema es cómo se distribuyen. Falta camino aún por recorrer y ese trayecto lo trazará el Ejecutivo y luego el Parlamento en su discusión y resolución definitiva.

La mayoría de los integrantes de la CR consideró que el problema es estructural y no acotado sólo a tópicos ya mencionados. Esto hace pensar que los cambios serán meramente procedimentales y no estructurales como se requiere. Esto ha llevado a un largo debate respecto de la pertenencia o no de los seguros privados de salud al sistema de seguridad social, puesto que si así fuera el sistema debería ser solidario y no individual, pero las Isapres fueron concebidas bajo la lógica de seguros, por lo que se descartó terminar con ellas.

La propuesta que concitó mayor adhesión entre los 18 comisionados, inclusive en el Ejecutivo es aquella que permitiría que las Isapres continuaran con su giro bajo una lógica distinta, lo que a su vez, le restaría presión asistencial a Fonasa y permitiría que el sistema de salud tuviera un fuerte componente solidario, a través del FMU.

La propuesta que fue apoyada por una minoría, es la de los que -creen- que es el Estado el que debe velar por la seguridad social en materia de salud, por lo que las Isapres no tendrían cabida, salvo que una pequeña proporción de la población quisiera comprar en el mercado de los seguros mayores coberturas. A esta propuesta se sumaría otra discusión por la regulación especial que requerirían, entre otras, salvaguardias.

La estrategia que configuran los tres escenarios mencionados, están contenidas en una visión ideologizada sobre: la idea que el Estado debe hacerse cargo de la salud y que el mercado es más eficiente en esta materia y que la mixtura resuelve importante parte de los problemas en salud.

Cid fue el responsable de conducir el debate y, a su vez de informar oficialmente sobre los avances de la propuesta. Para ello, palabras como: tiempo, prudencia, pero, proceso, transición, discutir, deberían, cambiar, etc. le fueron útiles para dicho propósito. Lo mismo para el Parlamento la palabra condicional “podría” tener apoyo.

La discusión entre 18 personas que incidieron en el futuro de 3.2 millones de personas y, en definitiva, de la necesidad de salud de todo un país es una práctica constante en este tipo de democracia procedimental, toda vez que “la privatización provee un componente fundamental de la democracia dirigida. Al ceder funciones

esenciales que alguna vez fueron celebradas como victorias populistas, la privatización devalúa lo político y sus contenidos democráticos. La estrategia que siguen los defensores de la privatización es, primero, desacreditar las funciones de bienestar social como ‘socialismo’ y luego vender esas funciones a un oferente privado o bien privatizar un programa en particular³⁶⁰.

Si como lo dijo Cid “lo que va a ocurrir es que las Isapres como las conocemos, como funcionan hoy día, deberían cambiar radicalmente”. Esta palabra “deberían” produjo ruido comunicacional y hace dudar sobre los cambios que se buscan, puesto que la ley manda, prohíbe y, al parecer, también permite violar la legalidad que ellos mismos se han dado.

Una de las principales divergencias tuvo que ver con los cambios estructurales por un lado y ajuste a lo existente por otro. La existencia de un asegurador único de aquí a diez años, mantiene en alerta a las Isapres. Mientras la comisión contó con apoyo mayoritario en su interior, así como fuera de ella, dado que el Superintendente de Salud y la Directora de Fonasa, potenciaron y complementaron las ideas surgidas de la instancia presidencial.

Si el problema a resolver es que el gasto público es muy bajo, porque no recibe cotizaciones de rentas altas, lo que provoca que el gasto de bolsillo de los usuarios es muy alto, lo lógico es que el gasto fiscal tiene que aumentar.

Si a la CR se le encargó -como lo dice la ministra- específicamente una ley de Isapres que mejore inequidades, discriminaciones y todas aquellas cosas que las hacen tan criticada por sus propios usuarios, de qué manera se espera cambiar esos vicios, sino a través de un cambio estructural que implique un cambio de modelo, por otro más humanizado que necesariamente requiere de cambios profundos.

Si el presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, Marco Antonio Núñez, se alineó con el consabido discurso de la ministra Molina. Por ese lado qué se puede esperar entonces. En cambio, Guido Girardi, presidente de la Comisión de Salud del Senado, opina que “lo que dicen ambas personalidades es cierto” y se mostró de acuerdo con el planteamiento de Vega hecho en un espacio de reflexión, y con el que él coincide. Esta coincidencia ¿qué significa?. ¿Apoyará la eliminación de las Isapres?, o será sólo una reflexión. Las dudas se despejarán en la discusión

³⁶⁰ Op. cit. Wolin, S. (2008). Pág. 196.

parlamentaria, pues allí se verá qué camino tomará Girardi en el Senado. La consistencia de estas declaraciones debiera reflejarse en la discusión parlamentaria sobre la RSP, con las declaraciones de Girardi a la vista.

Las expectativas son que se haga una redefinición en salud, sobre todo teniendo presente que en la "Nueva Mayoría" no sabían, cuando elaboraron el programa de gobierno que "la situación de salud es mucho más crítica de lo que pensábamos cuando se hizo el diagnóstico que dio origen al programa"³⁶¹. Cabe la pregunta entonces ¿dónde está la supervisión de los parlamentarios o, es que cuando Girardi visita los centros de salud, lo hace en busca sólo de votos?

A fines de septiembre, comenzaron a variar las cifras y, en la CR se asumió que no habrá un informe de consenso, sino uno que expondrá votos de mayoría y minoría en gran cantidad de temáticas.

Para algunos, el monto que se recaudaría a través del fondo común, no se compadece con los tratamientos que cuestan varios millones a la semana o al mes, sin considerar el uso de los fármacos. Estos argumentos, contrarios a la mancomunación de los fondos, entre otras diferencias, permiten establecer que había una idea preconcebida de las Isapres sobre el trabajo que realizaría la CR, el que redundaría en resolverles sus problemas con los usuarios y, de esta forma, quedar en mejor pie para el nuevo escenario.

En el liberalismo exacerbado, es ingenuo pretender que una voluntad soberana pueda generar una institucionalidad superior que la que ha probado su eficacia al sobrevivir al paso del tiempo³⁶². De esta forma, el neoliberalismo desmonta la premisa moderna básica que dice que los sujetos pueden hacer su historia y construir sus sociedades parapetados en el uso público de su razón³⁶³ y en el ejercicio de su voluntad general o colectiva³⁶⁴. Este liberalismo tiende a limitar los mecanismos de generación de bienestar social y económico al ejercicio de la libertad individual de elegir servicios (u ofrecerlos). Por esto es que, Edgardo Lander afirma que el neoliberalismo se presenta a la humanidad como único modelo de civilización³⁶⁵.

³⁶¹ Op. cit. *El Mercurio*, 25 agosto. Pág. C-4.

³⁶² Op. cit. Hayek (2007).

³⁶³ Op. cit. Kant, I. (2004). Barcelona: Alianza Editorial.

³⁶⁴ Op. cit. Rousseau, Jean-Jacques (2004). Barcelona: LOSADA.

³⁶⁵ Op. Cit. Lander, E. (Comp.) (2000). Buenos Aires: CLACSO y UNESCO.

Un análisis más general, permite establecer que en el país el modelo de desarrollo existente ha instaurado una tendencia dual que se presenta en todos los ámbitos. En la discusión sobre la reforma al SPS se expresa a través del falso dilema: Estado o mercado, manteniendo a las personas inmovilizadas en una u otra disyuntiva, sin posibilidades de alterar el orden establecido, puesto que la lógica que subyace, amparada en el sentido común, es que es lo más estable para dar sentido a la vida de las personas, produciéndose una verdad por aceptación, negando las otras dimensiones de la realidad que afectan la existencia misma. Así, este orden en el que se expresa la hegemonía de esta época, se legitima y reproduce en los espacios públicos comunes que intentan suprimir el conflicto social.

En síntesis, los argumentos esgrimidos también contribuyen a configurar los principales escenarios y objetivos en que se planterá la eventual reforma al SPS, tanto en el Ejecutivo, como en el Parlamento, contextos desde los cuales el discurso “(...) fija finalmente la eficacia supuesta o impuesta de las palabras, su efecto sobre aquellos a los cuales se dirigen, los límites de su valor coactivo”³⁶⁶ y con la seguridad de que “la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar sus poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad”³⁶⁷.

³⁶⁶ Op. cit. Foulcault, Michel. El orden del discurso. Traducción de Alberto González Troyano. Tusquets Editores, Buenos Aires, 1992. Título original: L'ordre du discours, 1970 . Pág. 35.

³⁶⁷ Ibid. Pág. 12.

9. CONCLUSIONES:

La comunicación política, entendida como una forma de producción de un acontecimiento sobre el poder y el orden simbólico de la política, contribuyó decididamente al análisis crítico del discurso de los actores de la reforma al SPS y, a su vez, permitió comprender cómo se sigue reconstruyendo políticamente esta época, a través del examen de dichos discursos, aparecidos en los MCM, en tanto reproductores de un espacio y un sentido común hegemónico de lo social, vale decir, de la razón de Estado, cuya finalidad es continuar controlando la época, para que su orden se mantenga y perpetúe en el tiempo.

Se entiende que el orden y su infinitud de relaciones es producido y reproducido simbólicamente por medio del lenguaje, donde el Estado organiza el orden social, nos propone y nos ofrece una gran metáfora: “Chile de todos”, elemento sustantivo de la imagen política de la “Nueva Mayoría” gobernante y que, en el caso particular de la reforma al SPS, se produce en este contexto neoliberal, cuyo referente ideológico: “libres para elegir”, pone en escena la aparente discusión de una “reforma” concebida en lo profano, en la pura regulación y el procedimiento, donde la participación en los acontecimientos para cambiar, no sólo la vida y su precaria existencia, sino que también la realidad expresada en los signos, se constituye en otredad que es preciso anular.

De esta manera en Chile el mercado se transformó en un espacio de ritualización, con la finalidad de construir un orden estable y, de esta forma, expresar la hegemonía que caracteriza a esta época, a través del discurso, tal cual lo prevé Foucault, instancia que disciplina y fija sus límites por el juego de una identidad que tiene su forma en una reactualización permanente sus reglas para someter a quien entra a dicho orden.

De esta manera, fue posible depejar muchas dudas y preguntas de esta investigación, relacionadas con las estrategias y los diversos alcances ideológicos y políticos que hubo en las lógicas discursivas de los actores de la reforma al SPS. También se visualizó hasta qué punto existieron visiones contrapuestas en el tema; cuáles fueron los principales ejes del debate; si existieron concepciones de sociedad diferentes tras las diversas posturas; qué medidas se tomaron para garantizar que la salud no siga siendo un producto más del libre mercado o, si sólo sería un retoque a lo

existente; qué tipo de sistema de salud se vislumbra en los puntos de vista de los actores de la reforma y la intención comunicacional de los ejecutantes.

El planteamiento de la hipótesis para esta investigación, se sustentó en que las Isapres tienen una visión economicista de la salud, en la que los criterios comerciales dominan sus acciones. Por lo tanto, es parte de su génesis supeditar el interés mercantilista por sobre el derecho a la salud de las personas, puesto que su interés es mantener en el mercado nacional, el espacio de privilegio en el que se han desenvuelto hasta ahora, para continuar acrecentando sus millonarias utilidades, las que entre 2010 y 2013 fueron de 241.251 millones de pesos. En resumen, estos agentes comerciales en una década han ganado más de 500 mil millones de pesos³⁶⁸. Durante el gobierno de Piñera, las ganancias de las Isapres aumentaron en un 308 por ciento.

Sin perjuicio de lo anterior, y teniendo en cuenta la política y los supuestos ideológicos que profesan estos actores, resultó pertinente para esta investigación la siguiente respuesta al problema de investigación: dada la realidad económica, política y social del país, existe una alta probabilidad que el camino que propondrá el actual gobierno para reformar el SPS, a través de la comisión de reforma, será un conjunto de importantes “medidas de ajuste” que en la “negociación” con los demás actores, terminará por sucumbir a los intereses inspiradores del modelo económico y político social imperante, puesto que el problema de fondo del SPS es sólo la punta del iceberg de un modelo que precisa de la desigualdad para su “crecimiento”.

El la discusión misma sobre la reforma, llegó a tanto la presión del gobierno y las Isapres a la CR, especialmente a sus integrantes mayoritarios, quienes comenzaron a sucumbir a fines de agosto, lo que se materializó la segunda quincena de septiembre, al morigerar las propuestas en favor de las Isapres, desplazando lo colectivo por lo individual, acotando temas tan importantes para producir una transformación en el sistema, como fue el cambio de la medida que impedía el lucro con el 7 por ciento y que finalmente terminó siendo aceptado. Además, tuvieron que enfrentar la intervención de los medios de comunicación social que hicieron su trabajo, generando mucho ruido al interior de la comisión.

³⁶⁸ <http://www.emol.com/noticias/economia/2014/03/27/652226/isapres-anotan-caida-de-53-en-sus-utilidades-durante-2013.html>

Por tanto:

Se sucumbe cuando algunos miembros de la CR “controlan” su discurso al punto que para decir que la lógica de las Isapres es mercantil e individualista, usan eufemismo para mesurar su discurso -como por ejemplo- cuando el abogado Pedro Barría sostiene que dado que las Isapres actúan con lógica de contribución y distribución, distinto al de Fonasa que es el principio de solidaridad; cuando sostiene que “no podemos resolver una barbaridad con otra. Actualmente las Isapres son las únicas empresas que entregan servicios a personas vulnerables que pueden fijar libremente el precio del servicio (...)”³⁶⁹ o, cuando declaró que la propuesta final mayoritaria no debería propiciar el fin de las Isapres. Claro, porque como al abogado litigante contra las Isapres le va muy bien, el negocio no puede terminar.

Se sucumbe cuando no se cumplen las leyes creadas por el poder político y económico, para luego permitirse vulnerarlas en nombre del lucro, sin que se respeten los derechos fundamentales de las personas, ni las normas básicas de una convivencia medianamente sana y, eso no sólo pasa por la fiscalización, cosa que no hacen, sino que también con cambios estructurales serios al modelo económico y político vigente, sin la necesidad de actuar con la espectacularidad que lo han hecho hasta ahora, formando comisiones a las que tampoco respetan.

Tal es el caso de la integración vertical, la que prácticamente no fue tratada, ya que sólo se refirieron a ella desde el punto de vista de la regulación. Sin embargo, está comprobado que estos agentes comerciales no respetan ni sus propias leyes, las del mercado, toda vez que -su normativa- establece explícitamente que “su objeto exclusivo será el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, así como las actividades que sean afines o complementarias a ese fin, las que en ningún caso podrán implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores”³⁷⁰.

Se sucumbe cuando nadie puede garantizar que la ley no se vulnerará y que continuarán aplicándose las alzas indiscriminadas a los planes, según el interés economicista de las Isapres, con el consiguiente abuso de poder de las mismas.

³⁶⁹ Op. cit. Pulso, 30 sept., 2014. Pág. 14.

³⁷⁰ Op. cit. DFL N° 1- (Art. 173, inc. 1°), 24 abril, 2006.

Se sucumbe, cuando se pierde tiempo y recursos, además del ruido que se hace para llegar a lo mismo con distinto nombre y algunos cambios que pueden ser perfectamente vulnerados, como ya se estableció.

Se sucumbe al declarar que el valor de la solidaridad como un principio básico de la seguridad social para el conjunto de la población, se puede dar en cualquier diseño del sistema.

Se sucumbe cuando no se hace nada por cambiar lo que la propia CR reconoció como irregular, donde diversos prestadores, con la finalidad de atraer más pacientes, ofrecen descuentos en los copagos definidos en cada plan de salud. Esto ha resultado ser una estrategia efectiva pero discriminatoria para atraer más clientes para atender sus soluciones de salud-enfermedad en prestadores más caros, generando con ello una inequidad hacia aquellos cotizantes que verán subir sus primas anuales producto de que las intervenciones de salud se realizan a precios mayores que los del mercado³⁷¹.

Se sucumbe cuando no se hace nada frente al descuento por copago en un prestador de alto costo, rompiendo la lógica de consumo donde el alto precio de la prestación deja de cumplir su función de inhibir la demanda y se transforma en un 'incentivo' para que la sociedad termine pagando más dinero que el óptimo social y sanitario³⁷².

Se sucumbe cuando esta práctica, sin control, inhibe la libre competencia entre prestadores y tiende a elevar el costo de las prestaciones en perjuicio de todos aquellos asegurados que no participan en ese esquema y que verán subir sus primas al año siguiente, producto de esta práctica que genera inflación de los precios³⁷³.

Se sucumbe cuando se declara que todo lo propuesto por la CR se sustenta en los principios de la seguridad social, pero se advierte que serán otros los mecanismos para evitar que las personas riesgosas pasen de un sistema a otro (desde Fonasa a Isapre), dejando la duda de si esas otras barreras no serán otro tipo de discriminación.

Se sucumbe cuando la CR pensó en qué pasa con el traspaso de Isapres a Fonasa de los jubilados, que lo hacen cuando disminuyen sus ingresos, y qué pasará

³⁷¹ Op. cit. Informe CR. Pág. 52.

³⁷² Ibid.

³⁷³ Ibid.

con los beneficiarios que actualmente están en Isapre y que no puedan pagar el precio que se defina, toda vez, que estos temas deberían estar zanjado en la propuesta.

Se sucumbe cuando se argumentó que el nuevo sistema propenderá a que el aseguramiento sea vitalicio y a disminuir las probabilidades de la selección adversa contra Fonasa, pero no la elimina.

Se sucumbe cuando informaron que en el PSS no entrarían todas las patologías, ya que esto será evaluado por el Minsal y que la incorporación de prestaciones o actividades al PSS, sea similar al procedimiento que actualmente se ejecuta para los problemas Ges.

Se sucumbe cuando la mayoría de la CR aspira a eliminar todo tipo de barreras de riesgos, edad, sexo e ingresos, no obstante, dado que es un proceso de transición, habrá que tener presente los impactos e idear mecanismos que permitan la movilidad plena.

Por lo mismo, se sucumbe al mantener cierta segmentación por ingreso en esta transición, que se reflejará en dos valores distintos de plan en Fonasa e Isapres, puesto que mientras no se mancomune el total de los recursos, el avance será parcial.

Se sucumbe cuando se cambian las reglas del juego por otras que compensan igual o mejor las ventajas de la salud privada, como la referida al PSS, el que podrá ser otorgado con una Pc expresa en UF, constituyéndose en una barrera de entrada para las personas de menos recursos.

Se sucumbe en las propuestas de corto plazo, al mantener la selección de afiliados por nivel socioeconómico y no logran superar la dualidad del sistema, pero -según los comisionados- estas medidas inmediatas permitirán los efectos esperados. Esta transición mantendrá la desigualdad entre los dos subsistemas, lo que implicaría que la “promesa” de reforma estructural se dará de aquí a 10 años.

Se sucumbe cuando se piensa en el negocio de las Isapres, de aquí a 10 años, en otros nichos como los seguros complementarios para mejorar la cobertura financiera de determinadas prestaciones y los seguros suplementarios que aumentan las prestaciones garantizadas, buscando salvaguardar el lucro de las Isapres, en el hipotético largo plazo.

Se sucumbe al entregar una propuesta a la que le faltó cerrar el círculo de análisis propositivo, como sucede con el IPC de la salud que no queda claramente establecido si se eliminará.

Se sucumbe al producirse dos propuestas para la reforma al SPS. Una de la mayoría de la comisión y otra de la minoritaria, ésta última tiene más peso, puesto que cuenta con el apoyo del gobierno.

Se sucumbe cuando se siguen creando instituciones para generar soluciones procedimentales, como es el ente autónomo que administrará el Sil, puesto que lo más probable es que el deambular de las personas enfermas, con todo lo que ello significa, para que consideren su licencia médica, siga siendo un castigo para quienes se enferman.

Se sucumbe cuando se cree que los problemas que presenta el SPS son las tablas de factores y de cómo se reajustan los precios de los planes, cuando el problema es de funcionamiento estructural, que va generando ostensibles brechas que requieren de honestidad y valentía para, al menos, reconocer que la salud chilena está mal concebida y enfrentar los cambios de fondo que se requieren.

Se sucumbe cuando, acostumbrado como estamos a resolver nuestros propios problemas, sin pensar en lo que pasa al lado, habrá gente que estará dispuesta a pagar la suma que sea necesaria para paliar su dolencia, mientras la gran mayoría seguirá sometida a un sistema público que no da abasto.

Se sucumbe cuando la “Nueva Mayoría”, intenta hacer “retoques” al modelo y se niega a aceptar que para alcanzar la justicia, igualdad y solidaridad que se espera con la reforma al SPS, es preciso prescindir de la concepción fundamentalista del mercado, expresado en las leyes de la oferta y la demanda, cuya tendencia principal es la maximización de sus utilidades. De lo contrario, difícilmente las atenciones de salud serán concebidas como un derecho intransable, puesto que está comprobado que si se deja en manos de este sistema -aunque con algunos ajustes- persistirá la discriminación de importantes sectores como son los más enfermos y pobres de este país.

Se sucumbe cuando se ampara y consolida un modelo que precisa de la desigualdad para su “crecimiento” económico. Claramente el orden dominante presenta problemas estructurales. Si se pretende efectivamente dar solución a los

dificultades de fondo que exhibe el actual SPS, se requiere de una concepción distinta, honesta que prescinda del lugar donde habita la hegemonía: el sentido común, de lo contrario no es posible la solidaridad, valor éste último que no se practica a medias, es decir, se precisa un cambio de modelo para no dejar indemne la concepción mercantilista de un bien social tanpreciado por las personas como lo es la salud.

Se sucumbe cuando se reconocen problemas en el sistema, pero los discursos, en muchas ocasiones, sólo empatan unos con otros, por lo que las dudas se acrecientan. De todos modos, no resulta complejo comprender la imposibilidad de cambiar por ley la concepción mercantilista del sistema, si finalmente es en la Constitución Política de 1980, donde se desconoce la salud como un bien social, dejándola en manos del mercado.

Se sucumbe al reconocer la existencia de competencia asimétrica con el sistema público de salud, el que se encuentra severamente afectado por el SPS, pero no se cambia la esencia del problema.

Así, bajo el mismo esquema actual; con carencia en el sistema público y con muchos recursos en el privado, el que castiga al anciano, al pobre y al enfermo, provocando segmentación, desigualdad y discriminación, se resolvió que las Isapres sigan lucrando con el 7 por ciento, logrando las entidades privadas mantener su estatus jurídico. Es más, la CR dejó en manos de las Isapres la decisión de otorgar el PSS básico, sólo con el 7 por ciento de la cotización o, si lo prefieren, podrán ofrecerlo cobrando una prima comunitaria adicional. De esta forma, la discriminación y la segregación son reemplazadas por otras sujeciones que -según lo establece el informe- se resolverán en el Ejecutivo y/o en el Parlamento, otorgando un sentido garante que la vida nunca se escapará del consenso.

Entonces, con el neoliberalismo y su configuración democrática como contexto histórico, ideológico y político, amparado por la Constitución Política de 1980 y una alambicada normativa que “regula” al SPS, continuará la competencia asimétrica con el subsistema público de salud, el que se encuentra en problemas por la falta de especialistas, interminables listas de espera, falta de medicamentos, entre otras graves dificultades. A esto se suma la indiferencia, indolencia e ineficiencia de las instituciones públicas de la salud. Sin embargo, lo peor, es que este comportamiento que no neutral, evidencia la injusticia que subyace tras la incapacidad de la salud pública para

responder oportunamente a las dolencias de la persona enferma, provocando el agravamiento de la enfermedad o la muerte. Esto también afecta a los familiares, quienes con pena e impotencia son testigos desesperados del padecimiento de su familiar en un sistema que no da abasto.

De esta forma, la política se disemina en toda la vida, en este caso bajo la venta de la salud, esquema en el que todos los chilenos debemos circunscribirnos al rayado de cancha que nos ofrece el sistema neoliberal como única alternativa posible, en el que la desigualdad en derechos se convierte, una vez más, en una decisión insidiosa del poder.

Con este panorama, es muy difícil concretar una iniciativa que deje al “poder económico” en detrimento, sobre todo si la “Nueva Mayoría” considera vital al sector privado para dinamizar la economía nacional. No obstante, la impronta de los sectores “más progresistas” de la CR residió en que el Estado recuperara el predominio sobre el mercado, tornándose una disputa por la hegemonía, que en ningún caso significa que haya oposición entre Estado y mercado, puesto que en este falso dilema, no hay oposición. El mercado es una razón de Estado -aunque lo sitúen, una y otra vez, en la agenda pública- porque donde se subsidia la oferta y se otorga crédito a la demanda no es posible creer que lo que sucedió y lo que acontecerá con la reforma al SPS en el Ejecutivo y en el Parlamento corresponda a un fenómeno que no sea predecible.

Por lo mismo y, por decir lo menos, las dudas brotan como maleza en tierra fértil: ¿qué pasará en el Parlamento? ¿La votación será tan consensuada que corresponderá a más de lo mismo en distinto formato?. La política profana es tan cara que ¿pesará más el dinero? o ¿son parte de un mismo patrón?. El poder dividido entre los políticos que no tienen dinero para financiar sus millonarias campañas, consecuentemente profanas, y los dueños del capital que todo lo visualizan a través del mercado. Entonces ¿será perentorio concebir un nuevo sistema político, social y económico, cuya cosmovisión de paso, garantice y responda genuinamente a las necesidades y expectativas de salud de su población?

Las categorías establecidas para esta investigación fueron: 1) **Oposición a la reforma:** mantención del lucro. 2) **Algunos ajustes al modelo:** incorporación de sólo algunos cambios importantes. Mantención del lucro. 3) **Reforma parcial al modelo:** perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del

lucro y 4) **Cambio de modelo (cambio estructural):** eliminación de la concepción mercantilista (fin al lucro). Modelo único, de acceso y calidad universal.

Los actores de la reforma al SPS en esta primera etapa oscilaron entre las siguientes categorías: el gobierno se mantuvo durante casi los seis meses que duró la discusión en la 2, es decir, su posición fue de algunos ajustes al modelo que implicaba la incorporación de sólo algunos cambios importantes, manteniendo el lucro. La misma posición compartió el Parlamento, aunque es incipiente aún categorizarlos, pero se puede proyectar y el resultado podría ser el mismo. De manera más resistida, las Isapres también participaron en esta categoría, aunque en ocasiones fluctuaban entre la 1 y la 2, sobre todo cuando entraban en el debate los comisionados representantes de las Isapres más radicalizados, quienes finalmente renunciaron a la CR, mientras los otros dos integrantes que se quedaron en la comisión, se mantuvieron en la posición 2. La CR comenzó prácticamente en la categoría 4, luego estuvo en la 3 para llegar finalmente a la 2.

El sistema de salud del país debiera ser único y no segmentado entre pobres y enfermos; y ricos y sanos, este fenómeno provoca desequilibrio en el sistema. Sin embargo, el escenario de transición que duraría 10 años, ni siquiera depende de la voluntad política del gobierno y los parlamentarios de la “Nueva Mayoría” que actualmente cuentan con los votos para ello en ambas cámaras, sino que se requiere de un proyecto, de un tiempo, de un lugar, de una cultura... tal vez, de otra hegemonía sustentada por un sentido común que conciba que lo político concierne esencialmente a la belleza, a la dignidad, a la libertad, a la paz, a la justicia... porque -sin dudas- lo político compete a la ética, por lo que “...la dignidad humana precisa de una nueva salvaguardia que sólo puede ser hallada en un nuevo principio político, en una nueva ley en la Tierra, cuya validez debe alcanzar esta vez a toda la Humanidad...”³⁷⁴.

³⁷⁴ Arendt, Hannah. Los orígenes del totalitarismo. Taurus Grupo Santillana de Ediciones, S. A., Madrid, 2001 (3a. ed.). Pág. 11.

10. BIBLIOGRAFÍA

ATRIA, Fernando, Larraín, G., Benavente, J., Couso, J. y Joignant, A. (2013). *El otro modelo: del orden neoliberal al régimen de lo público*. Santiago: RHM Grupo Editorial.

BAUMAN, Zigmont. (2005). *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. Barcelona: Gedisa.

CEP (Centro de Estudios Públicos) (ed.). (1992). *El Ladrillo, Bases de la Política Económica del Gobierno Militar Chileno*. Santiago: CEP.

FÁBREGA, Ricardo, MUÑOZ, F., SÁNCHEZ, H., VERGARA, M., SOLIMANO, G. y SALINAS, R. (2013). Salud (Versión Resumida). En CIS, CDC, FPD e Instituto Igualdad. *Propuestas para un Nuevo Gobierno 2014-2018*. Santiago: CIS, CDC, FPD e Instituto Igualdad.

FOULCAULT, Michel. El orden del discurso. Traducción de Alberto González Troyano. Tusquets Editores, Buenos Aires, 1992. Título original: *L'ordre du discours*, 1970.

FRIEDMAN, Milton. (2012). *Capitalismo y Libertad. Ensayos de Política Monetaria*. Barcelona: SINTESIS.

FRIEDMAN, Milton. (1993). *Friedman*. Barcelona: Planeta-Agotini.

GÁRATE, Chataeu, Manuel. (2012). *La Revolución Capitalista de Chile (1973-2003)*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.

GÓMEZ, Juan. (2010). *Política, Democracia y Ciudadanía en una Sociedad Neoliberal (Chile: 1990-2010)*, Santiago, Editorial Arcis.

HAYEK, Friedrich. (2007). *Camino de servidumbre*. Madrid: Alianza Editorial.

KANT, Immanuel. (2004). *¿Qué es la Ilustración?*. Barcelona: Alianza Editorial.

LANDER, Edgardo. (Comp.) (2000). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas Latinoamericanas*. Buenos Aires: CLACSO y UNESCO.

MELLER, Patricio. (2007). *Un siglo de economía política chilena (1890-1990)*. Santiago: Editorial Andrés Bello.

MOULIAN, Tomás. (2006). *Fracturas: de Pedro Aguirre Cerda a Salvador Allende (1938-1973)*, Santiago: LOM Ediciones.

MOULIAN, Tomás. (1997). *Chile Actual: Anatomía de un mito*. Santiago: LOM Ediciones.

MUÑOZ, Oscar. (comp.); Boeninger, Edgardo; Correa, Enrique; Cortázar, René y Foxley, Alejandro (1990). *Transición a la Democracia: marco político y económico*. Santiago: CIEPLAN (Corporación de Investigaciones Económicas para Latinoamérica).

NÚÑEZ, D. (2004). Frederick Hayek y La Génesis del Pensamiento Neoliberal. En ICAL. *Sociedad, Trabajo y Neoliberalismo: Apuntes de las Escuelas de Formación Sindical* (pp. 15-49). Santiago: Ediciones ICAL (Instituto de Ciencias Alejandro Lipschutz).

ROUSSEAU, Jean-Jacques (2004). *El Contrato Social*. Barcelona: LOSADA.

VAN DIJK, Teun A. (1983). *La Ciencia del Texto*. Barcelona: Ed. Paidós Comunicaciones.

VERDUGO, Mario. GARCÍA B. Ana María (2004). *Manual de Derecho Político*. Santiago: Edit. Jurídica de Chile.

WOLIN, Sheldon. (2008). *Democracia S.A. La democracia dirigida y el fantasma del totalitarismo invertido*. Buenos Aires: Katz Editores.

INFORME Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud, preparado por: *Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Modelo y Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud*. Decreto N° 71 del 14 de abril 2014. 8 octubre, 2014. Palacio de La Moneda.

Textos electrónicos

AGACINO, Rafael. (2006). *Hegemonía y contra hegemonía en una contrarrevolución neoliberal madura. La izquierda desconfiada en el Chile post Pinochet*. Papel presentado a la reunión del Grupo de Trabajo Hegemonías y emancipaciones de CLACSO, 30-31 enero de 2006, Caracas. Obtenido el 9 de junio de 2014 en: <http://www.cipstra.cl/download/transformaciones/Hegemon%C3%ADa%20y%20Contra%20hegemon%C3%ADa%20en%20una%20Contrarrevoluci%C3%B3n%20Neoliberal%20Madura%20-%20Agacino,%20Rafael.pdf>

BACHELET, Michelle. (2013, octubre). *Programa de Gobierno 2014-2018* [michellebachelet.cl]. Obtenido el 5 de mayo de 2014 en <http://michellebachelet.cl/programa/>

BERLIN, Izaiah. (1993). Dos conceptos de libertad. En Berlin, I. *Cuatro Ensayos sobre la Libertad*. Madrid: Alianza Universidad (pp. 187-244). Obtenido el 9 de junio de 2014 en: http://www.terras.edu.ar/biblioteca/10/10FP_Berlin_Unidad_3.pdf

FOUCAULT, Michel. Historia de la sexualidad, capítulo V: Derecho de muerte y poder sobre la vida. [en línea] <[http:// biblioteca.d2g.com](http://biblioteca.d2g.com)> [Obtenido el 5 de julio del 2013].

FRIEDMAN, Milton. (2010). *La gente vota con los pies*. Obtenido el 3 de junio de 2013 en: <http://www.youtube.com/watch?v=I8IILQ3GAqY>

HAYEK, Friedrich Von (1966). *Los principios de un orden social liberal*. CEP. Obtenido el 9 de junio de 2014 en: http://www.cepchile.cl/dms/lang_1/doc_962.html

MUÑOZ, Patricio. (2013, junio). *Cuenta Pública Participativa Fonasa* [fonasa.cl]. Obtenido el 2 de junio de 2014 en <http://sgs.fonasa.cl/cuentapublica/Cuenta%20Pública%20Fonasa%20Región%20Metrópolita%20y%20VI.pdf>

NADAL, Alejandro. (2013, 10 de abril). *Tatcher y Hayek: la sociedad no existe* [jornada.unam.mx]. <http://www.jornada.unam.mx/2013/04/10/opinion/034a1eco>

PIÑERA, José (1979). *La Entrevista de la Refundación*. Obtenido el 9 de junio del 2014 en: http://www.josepinera.com/chile/chile_sietemodernizaciones.htm

Otros textos electrónicos

Artículo 173 del D.F.L. N° 1 de 2005. Obtenido el 9 de junio de 2014 desde: http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articles-957_recurso_1.pdf

CEP (Centro de Estudios Públicos). (2013, julio-agosto). *Estudio Nacional de Opinión Pública N° 69*. Obtenido el 20 de mayo de 2014 en: <http://www.emol.com/documentos/archivos/2013/08/29/2013082914146.pdf>

Superintendencia de Salud. *Misión* [supersalud.gob.cl]. Obtenido en: <http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-propertyname-571.html>

Medios de comunicación:

Olivares, René y Cabello Nadia. Ministra de Salud: reforma a las isapres partirá de “cero” aunque no terminará con el sistema. *El Mercurio*, Santiago, Chile, 14 marzo, 2014. C-6.

Olivares, René y Cabello Nadia. Isapres aseguran estar “en la misma línea” que la ministra de Salud sobre la reforma. *El Mercurio*, Santiago, Chile, 15 marzo 2014. C-15.

Olivares, René. Salud retirará proyecto que permitía comprar bonos a usuarios Fonasa A. *El Mercurio*, Santiago Chile, 21 marzo 2014. C-7.

Cabello, Nadia y Olivares, René. Superintendencia descarta usar IPC de Salud como referencia para alzas de isapres. *El Mercurio*. Santiago, Chile, 22 marzo 2014. C-21.

Estrategia. Isapres en Alerta Frente a Nueva Ley Regulatoria. *Estrategia*. Santiago, Chile, marzo 25, 2014. Pág. 11.

Celedón, Ximena. Hernán Doren y su defensa a las Isapres: “Lo que se plantea como ‘abuso’ está dentro de la legislación vigente”. Santiago, Chile, marzo 25, 2014. Pág. 14.

La Tercera. Reforma a la salud. *La Tercera*, Santiago, Chile, 27 marzo, 2014. Pág. 38.

Equipo de Salud. Secretario de comisión de reforma a isapres fija prioridades a discutir: discriminación y precios. El Mercurio. Santiago, Chile, 16 abril, 2014. C-10.

Mieres, C. Isla, J. Reforma a la ley de Isapres: “No debe haber integración vertical, porque se presta para abusos”. Diario Financiero. Santiago, Chile, 30 abril, 2014. Págs. 12, 13.

Doren, Hernán. Las reformas de salud. El Mercurio. Edic. Especiales I. Santiago, Chile, 29 mayo, 2014. Págs. 2, 4, 5.

El Mercurio. “Hoy todos entienden que hay que hacer cambios al sistema privado de salud”. El Mercurio. Edic. Especiales I. Santiago, Chile, 29 mayo, 2014. Pág. 2.

Sandoval, Gabriela. Fernández, Oriana. Propuesta por preexistencias: 60% de afiliados cautivos podría cambiar de isapre. La Tercera, Santiago, Chile, 30 mayo, 2014. Págs. 16, 17.

Equipo de Salud. Idea de isapres para terminar con usuarios cautivos castigan a quienes no usan el AUGE. El Mercurio, Santiago, Chile, mayo 30, 2014. C-8.

Olivares, René. Comisión de reforma a las isapres baraja tres escenarios de cambios al sistema privado. El Mercurio, Santiago, Chile, 6 junio, 2014. C-6.

Olivares, René. Cabello, Nadia. Fondo común entre Fonasa e isapres obligaría a aportar \$ 200 mil extras al año a cotizantes. El Mercurio. Santiago Chile, junio 21, 2014. C-20.

Olivares, R. Fonasa asegura que fondo común con isapres permitiría reducir a la mitad la lista de espera. El Mercurio, Santiago, Chile, 28 junio, 2014. C-18.

Olivares, R. Cabello, N. Isapres plantean reforma con fondo común, cuentas de ahorro y licencias cofinanciadas. El Mercurio, Santiago, Chile, 1 julio, 2014. C-5.

Fernández, O. Sandoval, G. González, K. Superintendencia asume control de reajustes y congela alzas en planes de isapres. Y, Comisión de reforma al sistema evaluará efectos de la judicialización. La Tercera, Santiago, Chile, 1 julio, 2014. Pág. 18.

Fernández, O. Sandoval, G. “Hoy hay una carga ideológica muy fuerte; el contrapeso no existe”. La Tercera, Santiago, Chile, 4 julio, 2014. Pág. 20.

Fernández, O. Isapres: jefas de hogar pagan más y 74% de los usuarios son menores de 44 años. La Tercera, Santiago, Chile, 6 julio, 2014. Pág. 20.

Morchio, Daniela. Camilo Cid y reforma a las Isapres: “Ya tenemos prácticamente listo el diagnóstico” del sector. Diario Pulso, Santiago, Chile, 8 julio, 2014. Pág. 10.

Fernández, O. “Los seguros no pueden negar el ingreso a una isapre por preexistencia”. La Tercera, Santiago, Chile, 20 julio, 2014. Pág. 16.

Cabello, Nadia. Said, Carlos. Tesis de que el 7% de salud no es de las personas se impone en la comisión asesora. El Mercurio, Santiago, Chile, 26 julio, 2014. C-18.
El Mercurio. Molina: cambio en el sistema privado no será “tan potente”. El Mercurio, Santiago, Chile, 29 julio, 2014. C-4.

Equipo de Salud. Comisión de reforma a las isapres aprobó por mayoría la creación de un fondo y seguro único de salud. El Mercurio, Santiago, Chile, 8 agosto, 2014. C-13.

La Tercera. “Con la reforma, el estándar de salud va a cambiar”. La Tercera, Santiago, Chile, 9 agosto, 2014. Pág. 20.

Miranda, Marjory. Sandoval, G. El 38% de los chilenos posee un seguro de salud complementario al plan de isapre. La Tercera, Santiago, Chile, 10 agosto, 2014. Pág. 18.

Aspillaga, Fernando. Asociación de Isapres insiste en replantear sus propuestas. Financiero, Santiago, Chile, 13 agosto, 2014. Pág. 21.

Celedón, Ximena. Comisión busca fórmula para evitar alza unilateral en planes de isapres. Diario Pulso, Santiago, Chile, 13 agosto, 2014. Pág. 11.

El Mercurio. Superintendente de Salud: “El sistema requiere Cambios”. El Mercurio, Santiago, Chile, 13 agosto, 2014. C-15.

Miranda, M. Núñez, D. Isapres proponen crear plan de tres tarifas y reajutable. La Tercera, Santiago, Chile, 13 agosto, 2014. Pág. 18.

Miranda, M. Reforma a isapres: modelos opuestos encienden debate por futuro del sistema. La Tercera, Santiago, Chile, 16 agosto, 2014. Pág. 24.

Miranda, M. “El 7% no es un impuesto, tampoco propiedad privada”. La Tercera, Santiago, Chile, 16 agosto, 2014. Pág. 24.

La Tercera. ¿Se justifica crear un fondo único de salud?. La Tercera, Santiago, Chile, 16 agosto, 2014. Pág. 10.

D. Pulso. ¿Debe existir un fondo único de salud?. Pulso, Santiago, Chile, 18 agosto, 2014. Pág. 7.

El Mercurio. Comisión asesora no logra acuerdo para financiar fondo común. El Mercurio, Santiago, Chile, 22 agosto, 2014. C-9.

Miranda, M. Reforma isapres: Comisión plantea externalizar licencias médicas. La Tercera, Santiago, Chile, 22 agosto, 2014. Pág. 20.

Miranda, M. Sandoval, G. La comisión que tiene en alerta a las isapres. La Tercera, Santiago, Chile, 23 agosto, 2014. Págs. 2, 3.

Wilson, José M. Toro, Paula. Temas de hoy: Reforma al sistema isapres “Si hay diferencias, ojalá las resolvamos lealmente”. Y, “Es el primer paso para la estatización de la salud”. La Tercera, Santiago, Chile, 23 agosto, 2014. Pág. 4.

Vial, M. Soledad. Ministra Helia Molina descarta cambios estructurales en salud. El Mercurio, Santiago, Chile, 24 agosto, 2014. A-1, C-4.

Sandoval, G. Nahas, M. “La línea del gobierno en salud la represento yo y la directora de Fonasa es subalterna mía”. La Tercera, Santiago, Chile, 24 agosto, 2014. Págs. 14, 15.

Vega, M. Fuentes, F. PPD coincide con ministra de Salud en que Fondo Único no está en el programa de Gobierno. El Mercurio, Santiago, Chile, 25 agosto, 2014. C-4.

Miranda, M. Isapres valoran “rayado de cancha” a comisión asesora para reforma al sistema. La Tercera, Santiago, Chile, 26 agosto, 2014. Pág. 18.

Cabello, N. Fuentes, F. Cambios a isapres buscan mejorar relación de costo y prestaciones, pero con las instituciones actuales. El Mercurio, Santiago, Chile, agosto 26, 2014. C-5.

Aspillaga, F. Privados llaman a Comisión de Salud a “retomar su mandato”. Financiero, Santiago, Chile, 26 agosto, 2014. Pág. 19.

Estrategia. Comisión No Propondrá Cambios al Sistema de Licencias Médicas en Esta Etapa. Estrategia, Santiago, Chile, 26 agosto, 2014. Pág. 11.

Cabello, N. Olivares, R. Ministra de Salud respalda el trabajo de la comisión de isapres a través de una carta. El Mercurio, Santiago, Chile, 29 agosto, 2014. C-11.

Miranda, M. Reforma isapres: comisión tuvo tensa sesión por mandato presidencial. La Tercera, Santiago, Chile, 29 agosto, 2014. Pág. 22.

Saldivia, Carlos. Fernandez, Renata. DC y PPD protagonizan conflicto subterráneo en Ministerio de Salud. El Mercurio, Santiago, Chile, 31 agosto, 2014. D-4.

Estrategia. Comisión de Salud Está Mayoritariamente por Cambiar Sistema de Licencias Médicas. Estrategia, Santiago, Chile, 3 sept., 2014. Pág. 10.

Miranda, M. Núñez, D. Reforma isapres: plantean abrir hospitales públicos a afiliados del sistema privado. La Tercera, Santiago, Chile, 5 sept., 2014. Pág. 22.

Sandoval, G. “Las isapres reconocen que en su sistema y el entorno en que operan hay problemas”. La Tercera, Santiago, Chile, 7 sept., 2014. Págs. 16, 17.

Cabello, N. Olivares, R. Audiencias en comisión para reforma de salud apoyan plan único, con presencia de isapres. El Mercurio, Santiago, Chile, 13 sept., 2014. C-25.

Segunda Edición.

Aspillaga, F. "Los llamados de la ministra no fueron escuchados ni acatados por la comisión". Financiero, Santiago, Chile, 22 sept., 2014. Pág. 22.

Miranda, M. Propuesta de reforma a isapres tendrá fondo mancomunado y dividirá el 7%. La Tercera, Santiago, Chile, 22 sept., 2014. Pág. 14, 15.

Sandoval, G. Comisión debate barrera de ingreso en sistema isapres para usuarios de Fonasa. La Tercera, Santiago, Chile, 23 sept., 2014. Pág. 23.

Olivares, R. Said, C. Los puntos que deberá zanjar la comisión para reformar las isapres en su última semana de discusión. El Mercurio, Santiago, Chile, 25 sept., 2014. C-10.

Poblete, Patricio. Comisión de reforma a salud privada: isapres se juegan su subsistencia en dos reuniones. Pulso, Santiago, Chile, 26 sept., 2014. Pág. 20.

Miranda, M. Sandoval, G. Comisión de reforma propone fin al lucro en isapres y parte del sector privado quiebra mesa. La Tercera, Santiago, Chile, 27 sept., 2014. Págs. 16, 17.

G, Sandoval. Miranda, M. Plan de Seguridad Social incluye tope de copagos y máximo anual en desembolso. La Tercera, Santiago, Chile, 27 sept., 2014. Pág. 17.

Cabello, N. Said, C. Colmena y gremio de clínicas renuncian a comisión de salud. El Mercurio, Santiago, Chile, 27 sept., 2014. B-11.

Olivares, R. Said, C. Cabello, N. Comisión propondrá que nuevos trabajadores se incorporen obligatoriamente a plan único. El Mercurio, Santiago, Chile, 27 sept., 2014. C-17.

Miranda, M. "Las isapres deben regirse por principios de seguridad social". La Tercera, Santiago, Chile, 28 sept., 2014. Pág. 2.

Miranda, M. Isapres proponen fondo común con Fonasa y sistema de multiseuro. La Tercera, Santiago, Chile, 28 sept., 2014. Pág. 4.

Equipo de Ciudad y Economía. Comisión de isapres deja al Ejecutivo labor de fijar precio de plan único. El Mercurio, Santiago, Chile, 30 sept., 2014. C-5.

Miranda, M. Isapres: 39% de afiliados debería pagar más para mantener estándar. La Tercera, Santiago, Chile, 30 sept., 2014. Pág. 16.

Caniupán, Kharla. Comisión para reforma de salud aprueba el lucro con 7% de cotización. Pulso, Santiago, Chile, 30 sept., 2014. Pág. 14.

Olivares, R. Said, C. Fernández, E. Comisión de reforma a isapres pedirá regular seguros complementarios y que clínicas dejen de vender estos productos. El Mercurio,

Santiago, Chile, 1 oct., 2014. C-6.

Miranda, M. Comisión discute plazo de tres años para el fin al lucro de isapres en cotización. E, Informe recomienda vigilar y fiscalizar la integración vertical en salud. La Tercera, Santiago, Chile, 1 oct., 2014. Págs. 18, 19.

Caniupán, K. Informe no cuestiona que isapres sean instituciones con fines de lucro. Pulso, Santiago, Chile, 2 oct., 2014. Pág. 15.

Cabello, N. Cotizantes de isapres aportarían \$ 3.200 mensuales a fondo común. El Mercurio, Santiago, Chile, 2 oct., 2014. C-7.

Miranda, M. Sandoval, G. Reforma: isapres logran mantener lucro en cotización de salud. La Tercera, Santiago, Chile. 2 oct., 2014. Pág. 18.

Equipo de Salud. Informe de comisión de reforma de salud privada crea bases para eliminar rol de isapres. El Mercurio, Santiago, Chile, 3 oct., 2014. A-1, C-14, C-15 (Segunda Edición).

Miranda, M. Sandoval, G. Gasto de bolsillo de usuarios de isapres promedia \$ 1 millón al año en copagos por prestaciones. La Tercera, Santiago, Chile, 3 oct., 2014. Págs. 16, 17.

La Tercera. La comisión de los tira y afloja. La Tercera, Santiago, Chile, 4 oct., 2014. Pág. 22.

Aspillaga, F. Doren: La comisión tiene una visión de futuro que para algunos es un sueño y para otros pesadilla. Financiero, Santiago, Chile, 6 oct., 2014. Pág. 25.

Equipo de Salud. Seguros complementarios de salud crecieron 32% en el último año. El Mercurio, Santiago, Chile, 6 oct., 2014. C-4.

Estrategia. Comisionados y Expertos Analizan Impacto de las Propuestas de Comisión Isapres. Estrategia, Santiago, Chile, 7 oct., 2014. Pág. 12.

Cabello, N. Olivares, R. Isapres no podrían financiar un plan único con tope de copago anual en las principales clínicas. El Mercurio, Santiago, Chile, 8 oct., 2014. C-12.

Miranda, M. Comisión de isapres entrega propuesta. La Tercera, Santiago Chile, 8 oct., 2014. Pág. 23.

Olivares, R. Cabello, N. Said. Debate en el oficialismo por reforma a isapres marca entrega de propuestas de comisionados. El Mercurio, Santiago, Chile, 9 oct., 2014. B-16.

Estrategia. Comisión entregó Propuestas para Modificar el Sistema de Salud Privado; Fondo Mancomunado Afectaría Principalmente a Personas con Ingresos Medios; Senadores de Oposición Temen que Propuesta Expropie el 7% y "Nosotros No Vamos

a Expropiar Nada”. Estrategia, Santiago, Chile, 9 oct., 2014. Pág. 12.

Caniupán, K. Gobierno presentaría proyecto de ley para reformar el sistema privado de salud a comienzos de 2015. Pulso, Santiago, Chile, 9 oct., 2014. Págs. 12, 13.

D. Pulso. Las preocupaciones del sector privado. Pulso, Santiago, Chile, 9 oct., 2014. Pág. 13.

Sandoval, G. Hasta un 17% de usuarios Fonasa migraría a isapres con reforma en régimen. Y, “Queda la preocupación de qué va a pasar con las isapres”. La Tercera, Santiago, Chile, 9 oct., 2014. Págs. 16, 17.

Caniupán, K. “No esperamos que la reforma tenga un impacto fiscal significativo”, Pulso, Santiago, Chile, 10 oct., 2014. Pág. 20.

Medios de comunicación internet

Financiero. Borrador de comisión de Isapres, contempla que Super de Salud, y no la SVS, regule seguros complementarios. [en línea] Financiero en Internet. 1 de octubre, 2014. <Borrador de comisión de Isapres contempla que Super de Salud, y no la SVS, regule seguros complementarios> [consulta: 1 octubre, 2014].

Catrón, J. Aspillaga, F. Principales puntos de la propuesta final entregada ayer al gobierno por la Comisión de Isapres. [en línea] Financiero en Internet. 3 de octubre, 2014. <Principales puntos de la propuesta final entregada ayer al gobierno por la Comisión de Isapres> [consulta: 3 octubre, 2014].

Bade, Gabriela. Isapres y AFP sacan la peor nota en estudio de confianza de los chilenos en las empresas. [en línea] Pulso en Internet. 21 de agosto, 2013. <<http://www.pulso.cl/noticia/tech/sustentabilidad/2013/08/75-28296-9-isapres-y-afp-sacan-la-peor-nota-en-estudio-de-confianza-de-los-chilenos-en-las.shtml>> [consulta: 20 de mayo, 2014].

La Tercera. Cobertura de los planes de isapres. [en línea] La Tercera en Internet. 21 de agosto, 2013. <<http://www.latercera.com/noticia/opinion/editorial/2013/08/894-538731-9-cobertura-de-los-planes-de-isapres.shtml>> [consulta: 20 de mayo, 2014].

La Segunda. Radiografía al negocio de las Isapres: Quién es quién entre los cinco grupos que concentran el 96% del mercado. [en línea] La Segunda en Internet. 16 de septiembre, 2011. <<http://www.lasegunda.com/Noticias/Economia/2011/09/681860/isapres-quien-es-quien-entre-los-el-96-del-mercado>> [consulta: 9 junio, 2014].

11. GLOSARIO

APS	Atención Primaria de Salud
Auge	Acceso Universal con Garantías Explícitas
Caec	Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas
Compin	Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez
CR	Comisión Reforma
Etesa	Evaluación de Tecnologías Sanitarias
FCR	Fondo de Compensación de Riesgo para Salud
Femac	Fondo Especial para Medicamentos de Alto Costo
FMU	Fondo Mancomunado Universal
Fonasa	Fondo Nacional de Salud
FPS	Fondo para la Previsión de Salud
Fum	Fondo Único Mancomunado
FUPF	Fondo Único de Prestaciones Familiares
Ges	Garantías Explícitas en Salud
GRD	Grupos Relacionados por el Diagnóstico
GRD-R	Grupos Relacionados por el Diagnóstico Refinados
INP	Instituto de Normalización Previsional. Actualmente Instituto de Previsión Social (ISP)
Mai	Modalidad de Atención Institucional – FONASA
MLE	Modalidad de Libre Elección – FONASA
Ocde	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
Pad	Pago Asociado a Diagnóstico
Pc	Prima Complementaria
PGS	Plan Garantizado de Salud
PSS	Plan de Seguridad Social
RGes	Régimen de Garantías Explícitas en Salud
RSP	Reforma a la Salud Privada

Samu	Servicio de Atención Municipalizada
Sermena	Servicio Médico Nacional de Empleados
SSS	Seguro Social de Salud
Sil	Subsidio por Incapacidad Laboral
SNS	Servicio Nacional de Salud
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud
SPS	Sistema Privado de Salud

12. ANEXOS

MATRIZ 1: Registro de los MCM trabajados (De marzo hasta el 10 de octubre del 2014)	167-177
MATRIZ 2: Extracción del discurso de los actores de la reforma al SPS, desde los MCM trabajados (De marzo hasta el 10 de octubre del 2014)	178-233

MATRIZ 1: REGISTRO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN MASIVOS TRABAJADOS
(DE MARZO HASTA EL 10 DE OCTUBRE DEL 2014)

DÍA	M.C.M. AUTOR	GENÉRO PERIODISTICO	TITULAR*	ACTORES	CATEGORÍAS
M A R Z O					
14	El Mercurio. Pág. C-6. René Olivares y Nadia Cabello.	Entrevista	Ministra de Salud: reforma a las isapres partirá de "cero" aunque no terminará con el sistema	Ministra de Salud, Helia Molina	2. Algunos ajustes al modelo: incorporación de sólo algunos cambios importantes. Mantención del lucro.
15	El Mercurio. Pág. C-15. R. Olivares y N. Cabello.	Crónica	Isapres aseguran estar "en la misma línea" que la ministra de Salud sobre la reforma	Presidente de la Asociación de Isapres, Hernán Doren	1. Oposición a la reforma: mantención del lucro.
21	El Mercurio. Pág. C-7. René Olivares.	Reportaje corto	Salud retirará proyecto que permitía comprar bonos a usuarios Fonasa A	Helia Molina	2. Algunos ajustes al modelo: incorporación de sólo algunos cambios importantes. Mantención del lucro.
22	El Mercurio. Pág. C-21. N. Cabello y R. Olivares.	Crónica	Superintendencia descarta usar IPC de Salud como referencia para alzas de isapres	Superintendente de Salud, Sebastián Pavlovic y Hernán Doren	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro. 1. Oposición a la reforma: mantención del lucro.
25	Estrategia. Pág. 11: Art. 3. Estrategia.	Crónica	Isapres en Alerta Frente a Nueva Ley Regulatoria	Fuentes cercanas al SPS (Isapres)	1. Oposición a la reforma: mantención del lucro.
25	Diario Pulso. Pág. 14: Art. 4. Ximena Celedón.	Entrevista	Hernán Doren y su defensa a las Isapres "Lo que se plantea como 'abuso' está dentro de la legislación vigente"	Hernán Doren	1. Oposición a la reforma: mantención del lucro.
27	La Tercera. Pág. 38: Art. 3 y 4.	Carta al director	Reforma a la salud	Diputados (UDI). Comisión de Salud.	1. Oposición a la reforma: mantención del lucro.
A B R I L					
16	El Mercurio. Pág. C-10. Equipo de Salud.	Reportaje	Secretario de comisión de reforma a isapres fija prioridades a discutir: discriminación y precios	Secretario Comisión de Reforma a las Isapres (CR), Camilo Cid	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
30	Diario Financiero. Pág. 12: Arts. 2 y3 y Pág. 13: Arts. 2,	Entrevista	Reforma a la ley de Isapres: "No debe haber integración vertical,	Helia Molina	2. Algunos ajustes al modelo: incorporación de sólo algunos

	3 y 4. C. Mieres y J. Isla.		porque se presta para abusos"		cambios importantes. Mantención del lucro.
M A Y O					
29	El Mercurio. Edic. Especiales I. Pág. 2: Arts. 4 y 5. Hernán Doren.	Opinión	Las reformas de salud	Hernán Doren	1. Oposición a la reforma: mantención del lucro.
29	El Mercurio. Edic. Especiales I. Pág. 2: Arts. 2 y 3. El Mercurio.	Entrevista	"Hoy todos entienden que hay que hacer cambios al sistema privado de salud"	Sebastián Pavlovic	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
30	La Tercera. Pág. 16: Arts. 2, 3 y 4 y Pág. 17: Art. 2 al 5. Gabriela Sandoval y Oriana Fernández.	Reportaje	Propuesta por preexistencias: 60% de afiliados cautivos podría cambiar de isapre	Hernán Doren, Sebastián Pavlovic y Camilo Cid.	Categorías 1, 3 y 3 , respectivamente.
30	El Mercurio. Pág. C-8. Equipo de Salud.	Reportaje	Idea de isapres para terminar con usuarios cautivos castigan a quienes no usan el AUGE	Sebastián Pavlovic y Hernán Doren	Categorías 3 y 1 respectivamente.
J U N I O					
06	El Mercurio. Pág. C-6. René Olivares.	Reportaje	Comisión de reforma a las isapres baraja tres escenarios de cambios al sistema privado	Director Ejecutivo de la Asoc. de Isapres, Rafael Caviedes; miembro de la CR -director del Instituto de Análisis de Políticas Públicas y Gestión David Debrott y Camilo Cid	Categorías 1 y 3 respectivamente.
21	El Mercurio. Pág. C-20. R. Olivares y N. Cabello.	Reportaje	Fondo común entre Fonasa e isapres obligaría a aportar \$200 mil extras al año a cotizantes	Directora de Fonasa, Jeanette Vega y Hernán Doren	4. Cambio de modelo: cambio estructural del modelo. Eliminación de la concepción mercantilista (fin al lucro). Modelo único de acceso y calidad universal y Categoría 2 , respectivamente.
28	El Mercurio. Pág. C-18. René Olivares.	Crónica	Fonasa asegura que fondo común con isapres permitiría reducir a la mitad la lista de espera	Jeanette Vega y Hernán Doren	Categorías 4 y 2 , respectivamente.
J U L I O					
01	El Mercurio. Pág. C-5. R. Olivares y N. Cabello.	Reportaje	Isapres plantean reforma con fondo común, cuentas de ahorro y licencias cofinanciadas	Hernán Doren	2. Algunos ajustes al modelo: incorporación de sólo algunos cambios importantes.

					Mantención del lucro.
01	La Tercera. Pág. 18.: Arts. 2 al 7. O. Fernández, G. Sandoval y K. González.	Reportaje	Superintendencia asume control de reajustes y congela alzas en planes de isapres Comisión de reforma al sistema evaluará efectos de la judicialización	Sebastián Pavlovic y Rafael Caviedes Camilo Cid e integrante de la CR, Pedro Barría	Categorías 3 y 2 , respectivamente. 3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
04	La Tercera. Pág. 20: Arts. 2, 3 y 4. O. Fernández y G. Sandoval.	Entrevista	"Hoy hay una carga ideológica muy fuerte; el contrapeso no existe"	Hernán Doren	2. Algunos ajustes al modelo: incorporación de sólo algunos cambios importantes. Mantención del lucro.
06	La Tercera. Pág. 20: Arts. 2, 3 y 4. Pág. 21: Art. 2. Oriana Fernández.	Reportaje	Isapres: jefas de hogar pagan más y 74% de los usuarios son menores de 44 años	Sebastián Pavlovic	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
08	Diario Pulso. Página 10: Arts. 4 al 6. Daniela Morchio D.	Crónica	Camilo Cid y reforma a las Isapres: "Ya tenemos prácticamente listo el diagnóstico" del sector	Camilo Cid	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
20	La Tercera. Pág. 16: Arts. 2 al 4. Oriana Fernández G.	Entrevista	"Los seguros no pueden negar el ingreso a una isapre por preexistencia"	Camilo Cid	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
26	El Mercurio. Pág. C-18. Nadia Cabello y Carlos Said	Reportaje	Tesis de que el 7% de salud no es de las personas se impone en la comisión asesora	Jeanette Vega; Camilo Cid; Presidente de la Comisión de Salud del Senado, Guido Girardi y miembro Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, Juan Luis Castro.	Categorías predominantes 4 y 3 .
29	El Mercurio. Pág. C-4. El Mercurio.	Crónica	Molina: cambio en el sistema privado no será "tan potente"	Helia Molina	2. Algunos ajustes al modelo: incorporación de sólo algunos cambios importantes. Mantención del lucro.

AGOSTO					
08	El Mercurio. Pág. C-13 Equipo de Salud.	Reportaje	Comisión de reforma a las isapres aprobó por mayoría la creación de un fondo y seguro único de salud	Jeanette Vega	4. Cambio de modelo: cambio estructural del modelo. Eliminación de la concepción mercantilista (fin al lucro). Modelo único de acceso y calidad universal.
09	La Tercera. Pág. 20: Arts. 5, 6 y 7. La Tercera.	Entrevista	"Con la reforma, el estándar de salud va a cambiar"	Miembro de la CR y Presidente Ejecutivo de Colmena Salud, Gonzalo de la Carrera	Categorías 3 y 1 , respectivamente.
10	La Tercera. Pág. 18: Arts. 2 al 4. Marjory Miranda y G. Sandoval.	Crónica	El 38% de los chilenos posee un seguro de salud complementario al plan de isapre	Pedro Barría, Rafael Caviades y otros	Categorías 3 y 1 , respectivamente.
13	Diario Financiero. Pág. 21: Arts. 2 y 3. Fernando Aspillaga	Crónica	Asociación de Isapres insiste en replantear sus propuestas	Hernán Doren	2. Algunos ajustes al modelo: incorporación de sólo algunos cambios importantes. Mantención del lucro.
13	Diario Pulso. Pág. 11: Arts. 2 y 3. Ximena Celedón F.	Crónica	Comisión busca fórmula para evitar alza unilateral en planes de isapres	Camilo Cid, Sebastián Pavlovic y Hernán Doren	Categorías 3 , 3 y 2 , respectivamente.
13	El Mercurio. Pág. C-15 El Mercurio.	Crónica	Superintendente de Salud: "El sistema requiere Cambios"	Sebastián Pavlovic y Hernán Doren	Categorías 3 y 2 , respectivamente.
13	La Tercera. Pág. 18: Arts. 2 al 5. Marjory Miranda y D. Núñez.	Crónica	Isapres proponen crear plan de tres tarifas y reajutable	Hernán Doren y Sebastián Pavlovic	Categorías 2 y 3 , respectivamente.
16	La Tercera. Pág. 24: Arts. 2, 3 y 4. Marjory Miranda.	Entrevista	Reforma a isapres: modelos opuestos encienden debate por futuro del sistema	Miembro CR y Gerente General, Isapre Consalud, Marcelo Dutilh	2. Algunos ajustes al modelo: incorporación de sólo algunos cambios importantes. Mantención del lucro.
16	La Tercera. Pág. 24: Arts. 5 y 6. M. Miranda.	Entrevista	"El 7% no es un impuesto, tampoco propiedad privada"	David Debrott	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
16	La Tercera. Pág. 10: Arts. 2 al 5. La Tercera.	Entrevistas	¿Se justifica crear un fondo único de salud?	Gonzalo de la Carrera y Director Escuela Salud Pública U. de Chile, Oscar Ortega,	Categorías 1 y 3 , respectivamente.

				miembro de la CR	
18	Diario Pulso. Pág. 7: Art. 3. D. Pulso.	Opinión	¿Debe existir un fondo único de salud?	Diputado, Dr. Juan Luis Castro	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
22	El Mercurio. Pág. C-9 El Mercurio.	Crónica	Comisión asesora no logra acuerdo para financiar fondo común	CR	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
22	La Tercera. Pág. 20: Art. 2. M. Miranda.	Crónica	Reforma isapres: Comisión plantea externalizar licencias médicas	CR	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
23	La Tercera. Págs. 2: Arts. 2, 3 y 4. Pág.3: Arts. 2 al 5. M. Miranda y G. Sandoval.	Reportaje	La comisión que tiene en alerta a las isapres	Camilo Cid y Mario Parada, miembro CR	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
23	La Tercera. Pág. 4: Arts. 2 y 3. José Miguel Wilson.	Entrevista	Temas de hoy: Reforma al sistema isapres "Si hay diferencias, ojalá las resolvamos lealmente"	Presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, Marco Antonio Núñez	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
	La Tercera. Pág. 4.: Arts. 4 y 5. Paula Toro.	Entrevista	"Es el primer paso para la estatización de la salud"	Miembro de la Comisión de Salud del Senado, Jacqueline Van Rysselberghe	1. Oposición a la reforma: mantención del lucro.
24	El Mercurio. Págs. A-1 y C-4 M. Soledad Vial.	Reportaje (entrevista)	Ministra Helia Molina descarta cambios estructurales en salud	Helia Molina	2. Algunos ajustes al modelo: incorporación de sólo algunos cambios importantes. Mantención del lucro.
24	La Tercera. Págs. 14 y 15. Arts. 2, 3 y 4. G. Sandoval y M. Nahas.	Reportaje (entrevista)	"La línea del gobierno en salud la represento yo y la directora de Fonasa es subalterna mía"	Helia Molina	2. Algunos ajustes al modelo: incorporación de sólo algunos cambios importantes. Mantención del lucro.
25	El Mercurio. Pág. C-4. M. Vega y F. Fuentes.	Reportaje (corto)	PPD coincide con ministra de Salud en que Fondo Único no está en el programa de Gobierno	Helia Molina, Jeanette Vega, Marco Antonio Núñez, Guido	Categorías presentes 2 y 3. (Pendular).

				Girardi, Rafael Caviedes y Gonzalo de la Carrera	
26	La Tercera. Pág. 18: Art. 5. M. Miranda.	Crónica	Isapres valoran "rayado de cancha" a comisión asesora para reforma al sistema	Helia Molina y Hernán Doren	Categoría 2 .
26	El Mercurio. Pág. C-5. N. Cabello y F. Fuentes.	Crónica	Cambios a isapres buscan mejorar relación de costo y prestaciones, pero con las instituciones actuales	Helia Molina y Camilo Cid	Categorías 2 y 3 , respectivamente.
26	D. Financiero. Pág. 19: Arts. 2, 3 y 4. F. Aspillaga	Crónica	Privados llaman a Comisión de Salud a "retomar su mandato"	Gonzalo de la Carrera; miembro CR - Gerenta de Clínicas de Chile, Ana María Albornoz y Hernán Doren	Categorías 1 , 1 y 2 , respectivamente.
26	Estrategia. Pág. 11: Arts. 5 y 6. Estrategia.	Crónica	Comisión No Propondrá Cambios al Sistema de Licencias Médicas en Esta Etapa	Pedro Barría y David Debrott	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
29	El Mercurio. Pág. C-11. N. Cabello y R. Olivares.	Crónica	Ministra de Salud respalda el trabajo de la comisión de isapres a través de una carta	Helia Molina	2. Algunos ajustes al modelo: incorporación de sólo algunos cambios importantes. Mantención del lucro.
29	La Tercera. Pág. 22: Arts. 2, 3 y 4. M. Miranda O.	Reportaje	Reforma isapres: comisión tuvo tensa sesión por mandato presidencial	Ana María Albornoz, Gonzalo de la Carrera, Camilo Cid y David Debrott	Categorías 1 , 1 y 3 , respectivamente.
31	El Mercurio. Pág. D-4. Carlos Saldivia y Renata Fernandez.	Reportaje	DC y PPD protagonizan conflicto subterráneo en Ministerio de Salud	Diputados de la Comisión de Salud: Manuel Monsalve (PS), Víctor Torres (DC) y Gabriel Silber (DC)	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
SEPTIEMBRE					
03	Estrategia. Pág. 10: Arts. 6 y 7. Estrategia.	Entrevista	Comisión de Salud Está Mayoritariamente por Cambiar Sistema de Licencias Médicas	David Debrott	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
05	La Tercera. Pág. 22: Arts. 2 y 3. M. Miranda y D. Núñez.	Crónica	Reforma isapres: plantean abrir hospitales públicos a afiliados del sistema privado	Pedro Barría	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.

07	La Tercera. Págs. 16: Arts. 2, 3 y 4. Pág. 17: Art. 2. Gabriela Sandoval.	Entrevista	"Las isapres reconocen que en su sistema y el entorno en que operan hay problemas"	Asesor Isapres, Ricardo Bitrán	2. Algunos ajustes al modelo: incorporación de sólo algunos cambios importantes. Mantención del lucro.
13	El Mercurio. Pág. C-25. Segunda Edición. N. Cabello y R. Olivares.	Crónica	Audiencias en comisión para reforma de salud apoyan plan único, con presencia de isapres	C R	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
22	D. Financiero. Pág. 22: Arts. 2 a 5. F. Aspillaga.	Entrevista	"Los llamados de la ministra no fueron escuchados ni acatados por la comisión"	Gonzalo de la Carrera y el comisionado, Guillermo Paraje	Categorías 1 y 3 , respectivamente.
22	La Tercera. Pág. 14: Arts. 2 al 6 y Pág. 15: Arts. 2 al 5. M. Miranda O.	Reportaje	Propuesta de reforma a isapres tendrá fondo mancomunado y dividirá el 7%	Gonzalo de la Carrera, David Debrott y otros comisionados.	Categorías 1 y 3 , respectivamente.
23	La Tercera. Pág. 23: Arts. 2 y 3. G. Sandoval.	Crónica	Comisión debate barrera de ingreso en sistema isapres para usuarios de Fonasa	Ex Ministro de Salud y miembro de la CR, Pedro García	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
25	El Mercurio. Pág. C-10. René Olivares y Carlos Said.	Crónica	Los puntos que deberá zanjar la comisión para reformar las isapres en su última semana de discusión	CR	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
26	Diario Pulso. Pág. 20. Patricio Poblete.	Crónica	Comisión de reforma a salud privada: isapres se juegan su subsistencia en dos reuniones	C R	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
27	La Tercera. Pág. 16: Arts. 2 al 6 y Pág.17: Arts. 2 al 5. M. Miranda y G. Sandoval.	Reportaje	Comisión de reforma propone fin al lucro en isapres y parte del sector privado quiebra mesa	CR e Isapres	Categorías 3 y 2 , respectivamente.
27	La Tercera. Pág. 17: Arts. 6 y 7. G. Sandoval y M. Miranda.	Crónica	Plan de Seguridad Social incluye tope de copagos y máximo anual en desembolso	CR	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
27	El Mercurio. Pág. B-11. N. C. y C. S.	Crónica	Colmena y gremio de clínicas renuncian a comisión de salud	Isapres y CR	Categorías 2 y 3 , respectivamente.
27	El Mercurio. Pág. C-17. R. Olivares, C. Said y N. Cabello.	Crónica	Comisión propondrá que nuevos trabajadores se incorporen obligatoriamente a plan único	CR	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
28	La Tercera. Pág. 2: Arts. 2 y	Entrevista	"Las isapres deben regirse por	Camilo Cid	3. Reforma parcial al modelo:

	3. M. Miranda.		principios de seguridad social”		perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
28	La Tercera. Pág. 4: Art. 4. M. Miranda O.	Crónica	Isapres proponen fondo común con Fonasa y sistema de multiseuro	Isapres	2. Algunos ajustes al modelo: incorporación de sólo algunos cambios importantes. Mantención del lucro.
30	El Mercurio. Pág. C-5. Equipo de Ciudad y Economía.	Reportaje corto	Comisión de isapres deja al Ejecutivo labor de fijar precio de plan único	CR e Isapres	Categorías 3 y 2 , respectivamente.
30	La Tercera. Pág. 16: Arts. 2 al 5. M. Miranda.	Reportaje	Isapres: 39% de afiliados debería pagar más para mantener estándar	CR e Isapres	Categorías 3 y 2 , respectivamente.
30	D. Pulso. Pág. 14: Arts. 2, 3 y 4. Kharla Caniupán.	Reportaje	Comisión para reforma de salud aprueba el lucro con 7% de cotización	Integrantes de la CR	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
OCTUBRE					
01	El Mercurio. Pág. C-6. R. Olivares, C. Said y E. Fernández.	Crónica	Comisión de reforma a isapres pedirá regular seguros complementarios y que clínicas dejen de vender estos productos	CR e Isapres	Categorías 3 y 2 , respectivamente.
01	La Tercera. Pág. 18: Arts. 2 y 3. M. Miranda.	Reportaje	Comisión discute plazo de tres años para el fin al lucro de isapres en cotización	CR e Isapres	Categorías 3 y 2 , respectivamente.
	La Tercera. Pág. 19: Arts. 2 al 5. M. Miranda.		Informe recomienda vigilar y fiscalizar la integración vertical en salud		
01	D. Financiero on line D. Financiero.	Artículo	Borrador de comisión de Isapres, contempla que Super de Salud, y no la SVS, regule seguros complementarios	CR e Isapres	Categorías 3 y 2 , respectivamente.
02	D. Pulso. Pág. 15: Arts. 2, 3 y 4. K. Caniupán.	Entrevista	Informe no cuestiona que isapres sean instituciones con fines de lucro	CR	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
02	El Mercurio. Pág. C-7. N. Cabello.	Crónica	Cotizantes de isapres aportarían \$3.200 mensuales a fondo común	CR	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
02	La Tercera. Pág. 18: Arts. 2 y 3.	Crónica	Reforma: isapres logran mantener lucro en cotización de salud	CR	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo

	M. Miranda y G. Sandoval				algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
03	El Mercurio. Págs. A-1: Art. 12. Pág. C-14: Arts. 2 al 7 y Pág. C-15 (Segunda Edición): Arts. 2 al 5. Equipo de Salud.	Reportaje	Informe de comisión de reforma de salud privada crea bases para eliminar rol de Isapres	CR	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
03	La Tercera. Pág. 16: Arts. 3, 4 y 5. Pág. 17: Arts. 2 y 3. M. Miranda y G. Sandoval.	Reportaje	Gasto de bolsillo de usuarios de isapres promedia \$ 1 millón al año en copagos por prestaciones	CR e Isapres	Categorías 3 y 2 , respectivamente.
03	D. Financiero. J. Catrón y F. Aspillaga.	Crónica	Principales puntos de la propuesta final entregada ayer al gobierno por la Comisión de Isapres	CR e Isapres	Categorías 3 y 2 , respectivamente.
04	La Tercera. Pág. 22: Arts. 2, 3 y 4. La Tercera.	Crónica	La comisión de los tira y afloja	Helia Molina	2. Algunos ajustes al modelo: incorporación de sólo algunos cambios importantes. Mantención del lucro.
06	D. Financiero. Pág. 25: Arts. 2 y 3. F. Aspillaga.	Entrevista	Doren: La comisión tiene una visión de futuro que para algunos es un sueño y para otros pesadilla	Hernán Doren	2. Algunos ajustes al modelo: incorporación de sólo algunos cambios importantes. Mantención del lucro.
06	El Mercurio. Pág. C-4. Equipo de Salud.	Crónica	Seguros complementarios de salud crecieron 32% en el último año	Sebastián Pavlovic	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
07	Estrategia. Pág. 12: Arts. 2 y 3. Estrategia.	Crónica	Comisionados y Expertos Analizan Impacto de las Propuestas de Comisión Isapres	David Debrott y comisionada Soledad Barría	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
08	El Mercurio. Pág. C-12. N. Cabello y R. Olivares.	Crónica	Isapres no podrían financiar un plan único con tope de copago anual en las principales clínicas	Sebastián Pablovic	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
08	La Tercera. Pág. 23: Art. 3. M. Miranda.	Crónica	Comisión de isapres entrega propuesta	CR	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
09	El Mercurio. Pág. B-16. R. Olivares, N. Cabello y C. Said.	Reportaje	Debate en el oficialismo por reforma a isapres marca entrega de propuestas de comisionados	Gobierno, Comisión de Salud del Senado, CR e Isapres	Categorías 2 , 3 , 3 y 2 respectivamente.
09	Estrategia. Pág. 12: Art. 5.	Crónica	Comisión entregó Propuestas para	CR	3. Reforma parcial al modelo:

	Estrategia.		Modificar el Sistema de Salud Privado		perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.
09	Estrategia. Pág. 12: Art. 7. Estrategia.	Crónica	Fondo Mancomunado Afectaría Principalmente a Personas con Ingresos Medios	Marcelo Dutilh	2. Algunos ajustes al modelo: incorporación de sólo algunos cambios importantes. Mantención del lucro.
09	Estrategia. Pág. 12: Art. 9. Estrategia.	Crónica	Senadores de Oposición Temen que Propuesta Expropié el 7%	Senadores de la Comisión de Salud: Francisco Chahuán (RN) y Jacqueline Van Rysselberghe (UDI)	2. Algunos ajustes al modelo: incorporación de sólo algunos cambios importantes. Mantención del lucro.
09	Estrategia. Pág. 12: Art. 8. Estrategia.	Crónica	"Nosotros No Vamos a Expropiar Nada"	Helia Molina	2. Algunos ajustes al modelo: incorporación de sólo algunos cambios importantes. Mantención del lucro.
09	D. Pulso. Pág. 12: Arts. 2 al 5 y Pág. 13: Arts. 2, 3 y 4. K. Caniupán.	Reportaje	Gobierno presentaría proyecto de ley para reformar el sistema privado de salud a comienzos de 2015	Presidenta de la República, Michelle Bachelet, CR, Helia Molina y Senador Guido Girardi.	Categorías 2, 3, 2, y 3 , respectivamente.
09	D. Pulso. Pág. 13: Arts. 5 y 6. D. Pulso.	Crónica	Las preocupaciones del sector privado	Marcelo Dutilh y Hernán Doren	2. Algunos ajustes al modelo: incorporación de sólo algunos cambios importantes. Mantención del lucro.
09	La Tercera. Pág. 16: Arts. 2, 3 y 4 y Pág. 17: Arts. 2 al 5. G. Sandoval.	Reportaje	Hasta un 17% de usuarios Fonasa migraría a isapres con reforma en régimen "Queda la preocupación de qué va a pasar con las isapres"	CR, Gobierno e Isapres	2. Algunos ajustes al modelo: incorporación de sólo algunos cambios importantes. Mantención del lucro.
10	D. Pulso. Pág. 20: Arts. 2, 3 y 4. K. Caniupán.	Entrevista	"No esperamos que la reforma tenga un impacto fiscal significativo"	Camilo Cid	3. Reforma parcial al modelo: perfeccionamiento de sólo algunos problemas de fondo del modelo. Mantención del lucro.

* Los titulares están transcritos tal cual aparecen en la prensa seleccionada, para el análisis sólo se eludió el epígrafe.

**MATRIZ 2: EXTRACCIÓN DEL DISCURSO DE LOS ACTORES DE LA REFORMA
AL SPS, DESDE LOS M.C.M. TRABAJADOS
(DE MARZO HASTA EL 10 DE OCTUBRE DEL 2014)**

EL MERCURIO: 14 DE MARZO

DISCURSO DEL GOBIERNO	
<p>La Ministra de Salud, Helia Molina, informa que una de las medidas para los primeros cien días del Gobierno es nominar a comisionados para idear una nueva reforma a las isapres. Sobre esta, asegura que "se partirá de cero con la Ley de Isapres, aunque no terminará con el sistema. No hay mucho acuerdo con la ley que presentó el gobierno anterior, no ha tenido mayor repercusión en el Congreso, y la idea de la Presidenta es comprometerse a tener a mediados de año una propuesta concreta de un grupo de expertos transversal. Académicos, ex ministros, gente del mundo de las isapres, y tener una ley que no sea lapidaria". Señala que "las isapres tienen fines de lucro y lo defenderán, pero todo en la medida de lo posible. Lucremos, pero sin el nivel de discriminación existente. Debemos desarrollar una propuesta que termine con los abusos, pero no estamos hablando de terminar con el sistema".</p> <p>Respecto a los principales puntos de la reforma impulsada durante el gobierno de Piñera, asegura que "el Plan Garantizado de Salud no daba cuenta de todas las injusticias que se cometen con la gente", y respecto del IPC del ramo, afirma: "Voy a ser bien categórica; la idea que crea el IPC de la Salud es positiva, en la medida que los planes suban de acuerdo a lo que suben las cosas. Pero que este mes el indicador es sobre cinco puntos. Entonces, me parece que puede ser una herramienta de doble filo si no la manejamos de una forma más racional".</p> <p>A su juicio la integración vertical, es decir, que las Isapres y clínicas sean controladas por los mismos grupos económicos hace que el indicador se distorsione. "Podría ser útil para mí si no existiera la integración vertical. Porque al final, quienes suben los costos de los exámenes son quienes después aplican las alzas del IPC en los planes. La mayoría de las Isapres tienen clínicas y laboratorios. Entonces, puede que los insumos que llegan estén más caros, pero quienes entregan las prestaciones son los mismos. Por ello, si no estuvieran integrados, el IPC estaría menos contaminado".</p> <p>Por eso la propuesta de reforma a las Isapres, asegura, intentará hacerse cargo también de la integración vertical, lo que se verá a mediados de junio, cuando esas definiciones deban estar listas para su discusión.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Allanar el camino para no generar grandes expectativas sobre lo que acontecerá con la RSP y establecer, desde un principio y claramente que no se terminará con el sistema.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Creencia de que con la salud se puede lucrar. Para manejar las alzas de los planes de salud, apela a la racionalidad de las Isapres.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEA LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	No habrá cambios de sistema, sólo ajustes que terminen con algunas injusticias y discriminaciones.
<p>ANÁLISIS: El discurso de la ministra es ambiguo, desde la perspectiva que no es claro a qué se refiere con que la ley no debe ser "lapidaria", pero lapidaria para quién o quiénes. Asimismo, expresa vaguedad cuando señala que las Isapres defenderán el lucro, pero "en la medida de lo posible". Lo que sí queda claramente establecido es que no se terminará con el sistema, dejando importantes flancos abiertos en el inicio del debate.</p> <p>Asimismo, surgen las dudas sobre: ¿qué se entiende por no acabar con el sistema?; ¿de qué manera terminarán con la integración vertical? y ¿cuál es la racionalidad del sistema al que apela la ministra?</p>	
<p>CONCLUSIÓN El sistema requiere de cambios estructurales para terminar con las injusticias, por lo que no vislumbra que este sistema termine con "algunas injusticias" y bajando el "nivel de discriminación" que mantiene, sólo con algunos acomodados.</p>	

EL MERCURIO 15 DE MARZO

DISCURSO DE LAS ISAPRES	
<p>Respecto al anuncio anterior de la Ministra, el presidente de la Asociación de Isapres, Hernán Doren, aseguró que "la opinión que siempre tuvimos era que la reforma (del gobierno anterior) era mala y que creaba más problemas de los que resolvía". Por ello el dirigente valoró partir "sin ideas preconcebidas" y aseguró que "pediremos reunirnos con ella (la Ministra), para hacernos presentes y ver en qué podemos colaborarle, porque estamos todos en la misma línea".</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Empatar el discurso de las Isapres y del Gobierno.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Continuar con el lucro sin innovar.

PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEA LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Continuidad del sistema. Hasta ahora sin concesiones.
ANÁLISIS: Tras jugárselas por mantener el sistema tal y como está, evaluar cuáles serán las concesiones posibles de hacer en la negociación.	
CONCLUSIÓN: No es extraña la pretensión de igualar el discurso, puesto que ellos les permitirá ir perfilando la discusión que se dará en torno al tema, en donde se juegan su permanencia en el mercado.	

EL MERCURIO: 21 DE MARZO

DISCURSO DEL GOBIERNO	
<p>La posición del Gobierno frente a la iniciativa legal que buscaba universalizar el acceso a la compra de bonos para los usuarios del grupo A de Fonasa, quienes podrían comprar un bono y atenderse en el sector privado, no seguirá su trámite en la Cámara de Diputados. Aumentar la posibilidad de elegir en el ámbito de la salud tiene un peligro: "Cada vez que aumenta la libertad, disminuye la equidad, porque esa persona de escasos recursos podrá costear una consulta, pero no el tratamiento.</p> <p>El gasto por este efecto, al Estado le significaba 13 mil 733 millones al año, de los cuales 8 mil 320 millones corresponden al monto que debería desembolsar salud. La construcción de un consultorio promedio bordea los 3 mil millones. El Gobierno optó por fortalecer la red de salud pública por sobre el aumento de las transferencias desde Fonasa al sector privado.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Desincentivar el traspaso de fondos innecesariamente al sector privado y potenciar la iniciativa gubernamental en torno al tema.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	La creencia de que el mercado no todo lo puede resolver.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEA LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Mantención del lucro.
ANÁLISIS: La paradoja que se suscita es que si la persona que está enferma no consigue atención en el sector público, por la razón que sea, tampoco tiene la opción de ver un médico particular para subsanar su dolencia, aunque sea por un par de horas, mientras consigue una hora médica en los prestadores públicos. ¿Cuánto demorará el mejoramiento o el fortalecimiento de la red pública?	
CONCLUSIÓN: De cualquier forma, las personas más desamparadas son aquellas que no cuentan recursos para resolver su problema de salud.	

EL MERCURIO: 22 DE MARZO

DISCURSO DEL GOBIERNO Y LAS ISAPRES	
<p>La Superintendencia descarta usar IPC de la salud (elaborado por la Superintendencia y de Salud sobre la base de datos calculados por el INE, durante el Gobierno de Piñera) como referencia para alzas de Isapres. La medida se toma a 10 días de conocerse los reajustes de los precios base de los planes que comenzarán a aplicarse a partir del 1º de julio de este año. Con el IPC de la salud de un 5,56 por ciento, los planes serán muy altos. Entre el año 2012 y 2013 el reajuste promedio de los planes fluctuó entre el 2,4 por ciento con un IPC de 2,15 y el 1,9 por ciento con un IPC de 2,47, lo que deja de manifiesto que el IPC de la salud no tiene referencia más que con las prestaciones inducidas.</p> <p>El Superintendente, Sebastián Pavlovic sostiene que "la cantidad de prestaciones de salud que se otorgan son muchas veces estimuladas o inducidas por los propios prestadores de salud, muchos de ellos estrechamente ligados a las Isapres". Así, el Superintendente de Salud, no validó esta fórmula, dado que su implementación tiene que ver con la inclusión de la frecuencia de uso de los seguros de salud como uno de los factores que inciden en la construcción del indicador, que podría ser "de responsabilidad de las propias Isapres y, por lo tanto, no debiesen significar un gravamen para las personas".</p> <p>Mientras, Hernán Doren, dice que la decisión "no es buena" porque influirá directamente en el curso que tendrán los recursos de protección presentados en las cortes de apelaciones para congelar las alzas de los planes. De esta manera las Isapres creen que no considerarlo impactará en la judicialización que vive el sistema. "Si el proceso de judicialización se mantiene o aumenta y los tribunales no lo consideran, fija un escenario complicado". El dirigente de las Isapres, afirma que esperaban que esta vez se diera cierta certeza jurídica, para que los tribunales pudiesen fallar con datos a la vista.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	El Gobierno demostrar la voluntad de revisar y mejorar el sistema de salud privado. Las Isapres buscan mantener el status quo.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	El Gobierno: Creencia de que es posible mejorar el sistema con medidas de ajuste. Isapres: Que no es bueno el cambio y auguran un escenario complicado.

ANÁLISIS: El Gobierno está dando señales de cambios en las reglas del juego de la salud privada. Por su parte las Isapres, utilizan el temor para persuadir sobre lo complicado que pueden resultar estos cambios en el sistema y hablan de la judicialización que los usuarios hacen para resolver los problemas con las Isapres como si ellos no tuvieran nada que ver con el tema.

CONCLUSIÓN: Por el momento, se observa en el discurso de los actores políticos involucrados en la RSP, incipientes señales de los cambios que se avecinan para resolver una parte del problema que presenta la salud privada.

ESTRATEGIA: 25 DE MARZO

DISCURSO DE LAS ISAPRES	
<p>Las Isapres, sin concesiones Apuestan a la continuidad del sistema. Se encuentran en alerta frente a la nueva ley que normaría su funcionamiento. Aún no tienen claro qué aspectos serán considerados y de qué trataría la nueva normativa. Lo único claro es que está comenzando de cero. Por esto, las isapres planean reunirse con la ministra para conocerla y discutir el proyecto. Otro aspecto que mantendría preocupado al sistema es la baja en las utilidades del último tiempo y, que según sus fuentes cercanas, seguirán decayendo el 2014, producto del aumento de los costos en la salud y debido a la mayor utilización que los usuarios hacen del sistema.</p> <p>Esto provocaría nuevas alzas en los planes base a partir de julio de este año, lo que generaría a su vez, la continuidad de los procesos judiciales contra los aumentos para los cotizantes. De esta forma, las isapres seguirán perdiendo recursos a causa del pago de costas.</p> <p>A esto se suma el hecho de la reciente suspensión del anuncio del IPC de la salud, que sirve de referencia para el reajuste de los planes (...). Respecto al ambiente dentro del sistema, habría una cierta calma, tras la salida de Colmena de la Asociación, aunque no se descarta un posible retorno.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Mandar "señales" a la autoridad para que conozca desde ya la posición de las Isapres.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	El mercado de la salud es un negocio para rentar.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEA LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Continuidad del sistema. Hasta ahora sin concesiones.
<p>ANÁLISIS: Con las señales entregadas por la ministra del ramo, se inicia el debate sin ningún tipo de concesiones por parte de las Isapres. Dichas "fuentes cercanas al sistema" tienen como propósito entregar la posición de las Isapres, pero sin nombres para que posteriormente no sea usado como argumento en contra.</p> <p>Preparan el ambiente, anunciando, desde ya, las alzas que realizarán en julio de este año.</p>	
<p>CONCLUSIÓN: Se victimizan señalando la baja en sus ganancias. Sin embargo, no han tenido pérdidas y no las tendrán. Esto corresponde a una estrategia comunicacional para minimizar el impacto que generan las alzas a los planes de salud.</p>	

DIARIO PULSO: 25 DE MARZO

DISCURSO DE LAS ISAPRES
<p>Doren da a conocer su parecer sobre el IPC de la salud, sobre lo cual el Superintendente Pavlovic señaló que no correspondía interpretar el 5,6% como una validación previa para un eventual reajuste de los planes de las Isapres. Al respecto Doren, de declaró sorprendido por lo anuncio de Pavlovic, puesto que por transparencia debería haberles informado sobre el tema. Agrega que las personas necesitan que haya una autoridad competente que conozca el tema. Además indicó que: es un cálculo es técnico; el costo de la salud sube, igual que en todo el mundo; que las Isapres no están manipulando este tema; que lo único que está claro es que la conversación entre médico y paciente y lo que el médico dictamina que hay que hacer, es algo que es estrictamente privado.</p> <p>En relación a las prestaciones médicas inducidas por los prestadores de salud, "muchos de ellos estrechamente ligados a las Isapres" (integración vertical), declaró que: hay un tema que funciona en forma absolutamente contrapuesta a lo que es la lógica comercial, porque se ha dicho en innumerables veces, por cada prestación adicional que haga un prestador y asegurador a una persona, eso tiene un costo del orden del 70%. Por otro lado, el dueño del prestador y del asegurador "gana" en aspecto bruto un 10% por lo que es aseguramiento; entonces no sé de dónde pueden sacar esa conclusión.</p> <p>En relación al contexto para las Isapres en el actual gobierno y el anterior, declaró que se queda con las palabras de la ministra, en el sentido de que ella piensa que la lógica es avanzar en una modificación a la existente Ley de Isapres. Ella no está hablando de terminar el sistema, sino que de modificar la ley.</p> <p>Hay 3.200.000 personas que han escogido libre y voluntariamente estar en el sistema. Nadie está obligado a estar en una Isapre y muchos de los detractores públicos están en una.</p> <p>Les preocupa que el sistema tenga problemas muy serios de certeza jurídica; tampoco considera lógico que los afiliados tengan que estar peleando en los tribunales una situación que en la legislación está clara. Sostiene que los legisladores en la reforma de 2005 dejaron la tarea inconclusa. Considera necesario un ordenamiento legal. Pide claridad mediana respecto a</p>

<p>problemas como la tabla de factores que el Tribunal Constitucional consideró exagerados. Defiende al sistema señalando que los abusos a los que aludía en ministro Mañalich y la actual ministra no es tan claro, porque hace 10 años que hacemos una encuesta, en la que nuestros afiliados en términos generales evalúan bien lo que es su Isapre. Se muestra de acuerdo con que el sistema requiere ciertos perfeccionamientos. Los que se plantea como "abuso" resulta que está dentro de la legislación vigente. No hay nada que sea ilegal.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Defender y legitimar sus prácticas.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Validación de la lógica mercantil de la salud.
ANÁLISIS: Efectivamente la legislación vigente permite estas prácticas abusivas, tales como la tabla de factores por riesgo, entre otras que se mencionarán más adelante.	
CONCLUSIÓN: Sin embargo, la judicialización que presenta, por ejemplo de las alzas desmedidas no son sólo porque a las personas se les abrió una puerta para hacerlo, sino que efectivamente, es porque se sienten afectadas por la unilateralidad del sistema.	

LA TERCERA: 27 DE MARZO

DISCURSO DE LA COMISIÓN DE SALUD (DIPUTADOS UDI)	
<p>En la carta manifiestan su malestar por el anuncio de la Ministra de Salud de retirar el proyecto de ley que permitía la libre elección a los usuarios del tramo A. Señalan que son 3 millones de personas y que es una señal preocupante. Informan que este proyecto fue respaldado por los de la oposición de la Comisión de Salud, los mismos que respaldan su retiro haciendo propia la expresión de la Ministra: "Cada vez que aumenta la libertad, disminuye la equidad", señalando que es incomprensible esta premisa. Por el contrario, una forma concreta de romper la desigualdad es promoviendo que las personas puedan optar a los mismos niveles de atención, al menos en consultas y ciertos exámenes. Si no les resulta conveniente, que sean ellas las que elijan mantenerse en la atención pública o en la privada. ¿Cuál es el temor a que escojan? Pareciera que en la "Nueva Mayoría" se prefiere la tutela inamovible del Estado antes que mejorar la calidad en la salud. Eso es injusto, catalogan.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Apoyo a la demanda de las Isapres.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Los representantes de la UDI, tienen una visión unilateral de valores como la justicia, la libertad de elegir, desigualdad, opción, elección como un concepto que expresa la voluntad de estar en uno u otro sistema y critica al rol del Estado en materia de salud.
ANÁLISIS: ¿Quién protege a las personas? ¿El mercado? ¿El Estado?	
CONCLUSIÓN: Sobran las palabras para definir qué se entiende por justicia, libertad de elegir, cómo terminar con la desigualdad, como si las personas tuvieran opción de elegir si estar en un sistema o en otro.	

EL MERCURIO: 16 DE ABRIL

DISCURSO DE LA COMISIÓN DE REFORMA A LA SALUD PRIVADA	
<p>El Secretario de la Comisión de Reforma a las Isapres, Camilo Cid, fija prioridades a discutir: discriminación y precios, temas importantes para los usuarios, por lo que en esto habrá una solución. A juicio del ingeniero comercial, el tópico más difícil será "llegar a una propuesta lo más consensuada posible", respecto de las modificaciones en el financiamiento de aseguradores y prestadores. Asegura que la discusión será más fácil en el caso del "uso de las tablas de factores que discriminan por riesgo en los planes, ya que están cuestionadas por los tribunales y que es algo que nadie debería defender".</p> <p>El otro tema de la comisión es buscar propuestas en torno a regular los planes en cuanto a beneficios y copagos. En relación a los cambios que necesita el sistema, Cid aclaró que uno de ellos debe ser que las Isapres cumplan un rol más preponderante en la seguridad social, en lo cual no debiera interferir el hecho de que sean entidades privadas. Esto implica principios como la solidaridad, equidad y la eficiencia.</p> <p>Cid se refiere a la comisión, señalando que es básicamente técnica, con experiencia en salud. Los miembros son cercanos a la Ministra de Salud o a la Presidenta y en la composición se buscó que "todas las visiones estuvieran representadas, que hubiese representantes de la industria y académico de distintas universidades, además de gente con experiencia".</p> <p>También se refirió a la experiencia internacional en torno al tema de la salud y dijo que nosotros no somos el único país donde discriminan por riesgo, seguramente en Chile es más intenso, pero en otros países lo hay".</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Señalar explícitamente cuál es el mandato presidencial y los temas que trabajará la comisión sin generar mayores expectativas y que la herramienta que se utilizará será en consenso.

CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Los miembros de la comisión son cercanos a la Ministra de Salud o a la Presidenta de la República, ambas PS. En la composición pareciera que se buscó que “toda las visiones estuvieran representadas, que hubiese representantes de la industria y académico de distintas universidades, además de gente con experiencia”.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Menos discriminación y precios un poco más regulados; el financiamiento de aseguradores y prestadores continuará intacto; en el uso de las tablas de factores que discriminan por riesgo en los planes, se corregirá lo más grave y habrá una leve claridad sobre los planes en cuanto a beneficios y copagos.
ANÁLISIS:	La discriminación y precios; modificaciones en el financiamiento de aseguradores y prestadores; uso de las tablas de factores que discriminan por riesgo en los planes; buscar propuestas para regular los planes en cuanto a beneficios y copagos y que las Isapres tengan un rol más preponderante en la seguridad social, enmarcado en las solidaridad, equidad y eficiencia. Esto ¿ayudará a solucionar el problema de fondo de un sistema que precisa de la desigualdad para su crecimiento? La experiencia internacional en torno al tema de la salud pareciera ser nuestro referente, donde debemos medirnos, incluidas en las cosas mal hechas, puesto que Cid dijo que “nosotros no somos el único país donde discriminan por riesgo, seguramente en Chile es más intenso, pero en otros países lo hay”. ¿Tendremos que conformarnos por eso?
CONCLUSIÓN:	¿Quién asegura que la ley no se vulnere y se continúe aplicando según el interés economicista de las Isapres?

DIARIO FINANCIERO: 30 DE ABRIL

DISCURSO DEL GOBIERNO	
<p>La ministra Helia Molina, da a conocer su desacuerdo con la integración vertical, “porque se presta para abusos” y la define como el peor pecado y, además, es ilegal. El problema es cuando los aseguradores privados trabajan con el 7% obligatorio de la gente, cobran un copago y además, esa misma empresa es quien regula dónde te atiendes, y te atiendes donde te dicen, en un lugar que es de ellos también. Por ejemplo, los planes suben en la medida que sube el IPC de la salud, y éste sube de acuerdo a lo que cobran los laboratorios y las clínicas, es decir, “yo digo cuánto valen las prestaciones y sube el plan”. Los únicos que ganan son los que tienen el negocio. Eso hay que regularlo, no terminar con las Isapres. De la misma forma, Molina da a conocer su postura ante temas claves del debate, detallando su misión principal: fortalecer el sistema público de salud, porque al final de cuentas la salud de los pobres nunca es buen negocio. Agrega que “el hecho de que el sector salud no haya mejorado en los últimos años no es casual. Hay grupos en este país a los que les interesaría más que fuéramos privatizando la provisión de servicios porque su paradigma va por ahí”. “No tengo nada en contra de los privados, sólo creo que el Estado debe velar porque todas las personas (...) tengan derecho a tener el máximo de posibilidades (...) en el acceso y cuidados de la salud”.</p> <p>La autoridad cree que “se puede construir sólo con ideas propias y conceptos netamente técnicos. Hay que matizar y entender lo que le pasa a las personas y para eso se requiere ciertas habilidades blandas que creo tener en el sentido de ser lo más empática posible, siempre dialogante”.</p> <p>Sobre la reforma sostiene que no es ningún cambio lo que estamos haciendo, pero sí pensamos que tiene que reforzarse y no debilitarse, ahí puede estar la diferencia. Quizás hay algunos que creen que es mejor no invertir en el sector público habiendo un sector privado que está consolidado y que puede crecer porque tiene los recursos. Es una mirada que para algunos puede ser válida. Es más cómodo pagar que hacer uno la infraestructura, pero eso en pan para hoy y hambre para mañana. En relación a limitar la compra de cupos de cirugías o camas en el sector privado, enfatizó que jamás vamos a limitar el gasto a privados cuando el sistema no tiene cómo atender a la gente. Aquí no se trata de sacrificar a las personas, sino que de intencionalidad.</p> <p>La Ministra indica que debe haber reglas que impidan la segregación a las personas por riesgos que son normales en la vida. ¿Con qué derecho una entidad, a la que entrego mi 7%, me puede “castigar” subiéndome el plan porque posiblemente yo puedo tener un hijo?</p> <p>Asumió que los presupuestos en salud son limitados, pero que hay voluntad política para aumentar el presupuesto. De hecho, de la Reforma Tributaria una parte importante va a venir para salud. Dijo que el PIB había que aumentarlo al doble por lo menos, puesto que los países que tienen buena salud, social y técnicamente adecuada, de calidad, como Canadá, Finlandia, Inglaterra, Francia, Alemania o Austria, son países que tienen, por lo menos, un 8% del PIB de gasto público en salud, pero eso acá va a ser progresivo. Subrayó que lo más importante es que la gente se sienta protegida por el Estado. No tengo nada en contra de los privados, sólo creo que el Estado debe velar porque todas las personas, independientes de su lugar de nacimiento, etnia, sexo, nivel económico y social, tengan derecho a tener el máximo de posibilidades de desarrollar su potencial genético y en el acceso y cuidado de la salud. El Estado tiene un rol ineludible.</p> <p>La doctora dijo que no le gustan las concesiones hospitalarias, puesto que hasta ahora, ningún estudio le ha demostrado que son mejores, más baratos, más rápidos y que dan un valor agregado. Además, agrega que el Estado puede construir hospitales.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Dar a conocer la posición del Gobierno.

CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	La Ministra cree en la iniciativa privada, pero sin los abusos y los vicios que presenta el actual sistema de salud privado, el que considera consolidado. Además que el Estado debe jugar un rol más protagónico en el derecho a la salud de las personas. Molina muestra un alto sentido social y le interesa el fortalecimiento del sector público.
ANÁLISIS: Hasta ahora, lo expresado en el discurso de la Ministra está por verse, puesto que no bastan las declaraciones de buenas intenciones, son los resultados y los hechos que irán configurando la realidad y si habrá algún cambio significativo en la salud privada.	
CONCLUSIÓN: Todo lo que pasa en la salud privada, sin duda afecta a la salud pública, por lo tanto es crucial que las decisiones que se tomen sean pensadas sistémicamente.	

EL MERCURIO: 29 DE MAYO

DISCURSO DE LAS ISAPRES	
<p>Doren opina que, sin perjuicio del perfeccionamiento que debería tener el sistema privado, éste ha entregado una respuesta satisfactoria a las demandas de sus afiliados, sin listas de espera, con un estándar técnico que sólo ofrecen los países desarrollados, con coberturas muy razonables, con un AUGÉ oportuno y un beneficio complementario de enfermedades catastróficas. Menciona todos los logros de las Isapres y la calidad con la que otorgan los servicios de salud e indica que el único problema que presentan es la judicialización que perturba el proceso de adecuación de las tarifas para compensar el natural aumento de costos de la medicina.</p> <p>Asimismo, se refiere a las dificultades que presentan muchas personas que, al no contar con ayudas económicas; ni del Estado, ni de su empleador, no pueden ejercer los derechos constitucionales de elegir su sistema de salud, esto, entre otros problemas como la falta de información respecto de los resultados clínicos de hospitales públicos y privados, lo que impide optimizar el gasto en salud y que los mecanismos de pago por prestación estimulan la prestación médico per se. Agrega que se debe avanzar en mejorar los sistemas de comparación de planes con el fin de perfeccionar el mercado. Se deben crear herramientas que favorezcan la colaboración público-privado. Afirma que hay que liberar al Estado de la enorme dificultad que ha significado para los servicios públicos de salud dar un servicio satisfactorio a sus beneficiarios.</p> <p>Además, señala que los temas que debe ver la comisión reforma deberá considerar aspectos que signifiquen entregar un mejor servicio a los usuarios; mayor movilidad a los usuarios cautivos que tengan enfermedades preexistentes; establecer cuáles son las prestaciones y alcances de un plan básico garantizado nacional, para dar certeza jurídica en esta materia; resolver cómo se adecuarán las tarifas a los mayores costos que implica el desarrollo de la medicina moderna que Chile requiere; administración y financiamiento de las licencias médicas liberando a Fonasa e Isapres, con un organismo especializado; que se deberá definir una tabla de factores por edad, no por sexo, con el propósito de evitar subsidios cruzados que conllevan una tarifa plana y, de esta manera, impedir que más de 800 mil personas migren a Fonasa. Además, el dirigente de las Isapres, opinó sobre qué se debe hacer en la atención hospitalaria, con una mirada economicista. Se debe pensar en el futuro y, para Chile, lo que sucede en salud en los países de la OCDE es un referente.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Persuadir que la calidad y la eficiencia pasa por el mercado, es decir, que tener una salud privada es un privilegio y, por lo mismo, hay que señalar cómo se financiará el desarrollo de la medicina que Chile requiere.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	La naturalización de que la salud en un producto del libre mercado y que el mercado es la solución a los problemas. La privatización de la salud.
<p>ANÁLISIS: Da cuenta y, sólo eso, de las personas que no pueden ejercer los derechos constitucionales de elegir su sistema de salud y afirma que Fonasa tampoco soluciona esos requerimientos. Por otra parte, sostiene la necesidad de conocer los resultados de los hospitales públicos y privados, señalando que ocultan esa información, cosa que pasa fundamentalmente en el sector privado, dado que el servicio público debe rendir permanentemente cuenta de su quehacer, sobre todo en materia financiera, es decir, en qué y cómo se gastan los recursos asignados.</p> <p>Cuando señala que los mecanismos de pagos por prestación estimula per se la prestación, eso sucede fundamentalmente en el sector privado, que lucra con cada uno de los servicios e insumos.</p> <p>El sistema público les colabora comprándoles prestaciones médicas, camas, enviándoles a los pacientes menos graves, sobre todo en época invernal y, el sector privado, retribuye cobrando precios abusivos en muchos casos.</p> <p>Doren se contradice al señalar que son lo mejor en calidad y luego dice que la comisión presidencial debe considerar aspectos que signifiquen entregar un mejor servicio a los usuarios y, junto con ello, buscan certeza jurídica.</p>	
CONCLUSIÓN: Cuando se trata de los problemas que presenta el sector privado de salud, Doren "mete en un mismo saco" a la salud pública y privada, tratando de igualar y comparar. Los problemas que presentan uno y otro subsistema son radicalmente distintos. Sin embargo, los de uno son las causas del otro. La existencia de 2 subsistemas que presentan problemas, uno de lucro (sector privado) y, el otro, de calidad (sector público), no contribuye a mejorar la salud en su conjunto.	

EL MERCURIO: 29 DE MAYO

DISCURSO DEL GOBIERNO	
<p>El Superintendente de Salud, señala que hoy es el momento adecuado para realizar cambios al sistema privado de salud, puesto que hace 10 años que se intenta hacer cambios y el sector los rechazaba. Este ánimo de cambio tiene que ver con el fallo del Tribunal Constitucional hace cuatro años (derogó la aplicación de tablas de factores de riesgo por sexo y edad), más la creciente judicialización, conflictividad y la pérdida de confianza de los usuarios en las aseguradoras. Pavlovic, se muestra optimista para alcanzar acuerdos sociales que posibiliten un cambio en las reglas del juego. Tiene la impresión que el sistema de salud va a seguir siendo mixto, pero los actores privados van a tener que comprender que juegan un rol dentro de la seguridad social y que, en ese sentido, tienen que respetar ciertos principios que implican el respeto de la protección y promoción de los derechos en salud. Ve la asimetría que hay en el sistema de salud, como un "poco" natural. El sistema ha ido agregando mayor complejidad en perjuicio de las personas. Añade que la variabilidad de planes y de aranceles va generando brechas en materia de conocimiento, capacidad de comprender y de tomar las mejores decisiones, e incluso, en materia de fiscalización se hace difícil. Estima que los 50 mil planes existentes, dificulta la contratación de uno, así como la selección del prestador.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Consolidar el contexto de cambio a las Isapres, a través de acuerdos sociales y enviar señales sobre la permanencia de las instituciones privadas.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	La percepción del Gobierno que es posible compatibilizar el mercado con la democracia.
<p>ANÁLISIS: El Gobierno, a través del Superintendente legitima al sector privado, sin embargo cree conveniente mejorar lo existente imponiendo a los privados el respeto a la protección y promoción de los derechos en salud, cosa que no se impone por ley.</p>	
<p>CONCLUSIÓN: Se reconocen problemas, pero los discursos sólo empatan unos con otros.</p>	

LA TERCERA: 30 DE MAYO

DISCURSO DE LAS ISAPRES, EL GOBIERNO Y CR	
<p>Propuesta de la Asociación de Isapres para terminar con la preexistencia: 60% de usuarios cautivos podrían cambiar de Isapre, tras cumplir con una lista de criterios clínicos y administrativos, como por ejemplo: llevar al menos tres años en el sistema, no estar hospitalizado ni con licencia médica y para las preexistentes Auge, no hay condiciones. En general, sería para todas las patologías y sin límite de edad. La Superintendencia de Salud estudiará la iniciativa. Expertos valoraron el plan, pero dicen que no corrige las fallas del sistema. Doren informó que esta es una iniciativa formulada por Banmédica, Vida Tres, Consalud y Cruz Blanca e invitó a sumarse a Colmena Golden Cross y Masvida que recientemente abandonaron la asociación.</p> <p>Según la Superintendencia de Salud un poco más de 1.2 millones de personas no pueden hoy cambiar de Isapre, por su avanzada edad o porque han sido diagnosticadas de una enfermedad como diabetes, hipertensión o cáncer, lo que desincentiva a las otras aseguradoras a admitirlos, ante la certeza del riesgo económico que implica. Así el afiliado queda con sólo dos opciones: mantenerse en su Isapre o migrar a Fonasa.</p> <p>Pavlovic dijo que se estudiará la propuesta "para ver si las restricciones que ellos han descrito, desvirtúan o no el objetivo final que tenemos, que es perfeccionar el sistema y no hacer una corrección cosmética". Adicionó que, pese a que la eliminación de la cautividad es un paso, "no es suficiente, porque el sistema tiene otros muchos problemas y se justifica seguir discutiendo los otros elementos vinculados con la segregación y la discriminación del sistema privado".</p> <p>Camilo Cid calificó la propuesta como "un antecedente más" y conectó el tema de la cautividad y la preexistencia con el principio que las Isapres dicen sostener, que es la libertad de elección. Además dijo que en otros países el cambio de aseguradora se da sin que se les ponga condiciones a los afiliados. "Los requisitos para los usuarios son de tipo administrativo y en ningún caso tienen que ver con las preexistencias, que es lo que se quiere evitar. Si las restricciones vienen por ese lado, no se va a asegurar, lo que hemos estado discutiendo, enfatizó. Además aclaró que las Isapres realizaron la propuesta en el marco de un tiempo que se dan los comisionados para escuchar visiones del sistema", concluyó Cid.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Mostrar proactividad del SPS, entregando señales de compromiso e interés por mejorar las falencias del sistema, pero bajo el prisma de las Isapres. Esclarecer los argumentos de las Isapres e indicar el contexto en que las Isapres hacen la propuesta. Desmarcarse de la propuesta de las Isapres.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Resolver los problemas implica un desafío comercial, sin perder de vista el lucro. Alto sentido social y el interés por contribuir a mitigar los problemas en salud.

ANÁLISIS: Habrá que ver cuál es la letra chica y cuál es el real aporte que están haciendo las Isapres para solucionar los problemas, puesto que al parecer el paciente tiene que haber mejorado. La CR muestra firme, informada y empoderada en el tema. Por otro lado, el desmarque del discurso de las Isapres, ¿obedecerá sólo a una estrategia? o ¿es genuina la diferencia?

CONCLUSIÓN: ¿Esto resuelve el problema de la preexistencia? Al parecer no. Sin embargo, falta camino por recorrer y veremos qué proponen los comisionados.

EL MERCURIO: 30 DE MAYO

DISCURSO DEL GOBIERNO Y LAS ISAPRES	
Idea de las Isapres para terminar con usuarios cautivos castiga al 80% de los afiliados que no usen el Auge; ellos podrían optar a una cobertura de sólo el 25% para su enfermedad por tres años. En esta materia el Superintendente dice que "tenemos que analizar si los requisitos que se están imponiendo son razonables o desvirtúan este avance". Por su parte Doren sostiene que "es el avance más importante desde que se anunció la cobertura de enfermedades catastróficas (en el año 2000)".	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Ganar, ganar. Ganar y también perder.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Mercado y salud compatibles. Mercado y salud puede ser más social.
ANÁLISIS: La Superintendencia es la que debe autorizar la implementación de esta modalidad.	
CONCLUSIÓN: Al parecer con las propuestas de las Isapres, sólo el 20 por ciento de los usuarios podrían verse beneficiados.	

EL MERCURIO: 06 DE JUNIO

DISCURSO DE LA CR Y LAS ISAPRES	
Entre las propuestas que plantea la CR, se encuentran: Uno: <u>Cambio en modelo de riesgos y tarifas</u> ; corregir los puntos críticos del sistema actual, como el cálculo de los reajustes que hacen las Isapres, la discriminación por sexo y edad y la cautividad de los afiliados que tienen alguna patología. Dos: <u>Creación de un fondo común entre Isapres y Fonasa</u> ; permitiría que los cotizantes sanos y el Estado subsidiaran en conjunto a los enfermos, independiente del sistema de salud en el que se atiendan. Tres: <u>Un solo sistema a cargo del Estado</u> ; quienes deseen obtener coberturas mayores que las que defina el Estado, deberían salir a comprarlas al mercado de los seguros, lo que se estima sería el 5% de la población. Frente a estos tres escenarios posibles de la eventual reforma al SPS, el director ejecutivo de la Asociación de Isapres, Rafael Caviedes, plantea que si el Estado se hace cargo exclusivamente de la provisión de salud "podría generar problemas constitucionales respecto de acuerdos suscritos por Chile sobre derechos de los trabajadores que se estarían vulnerando, y los desincentivos para los médicos, que se transformarían en funcionarios del Estado, entre otros". Uno de los que apoya esta iniciativa es el miembro de la comisión, David Debrott, quien en un seminario de la Organización Panamericana de la Salud, realizado en Santiago, luego de hacer un análisis del sistema, expuso las fórmulas, y dijo que la opción de que el Estado se haga cargo le es cómoda, aunque el secretario de la instancia presidencial, Camilo Cid, descartó que esta sea la opinión de la comisión.	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Ir perfilando el debate y definir los caminos que, eventualmente, puede tomar la discusión y la propuesta.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	La idea que el Estado debe hacerse cargo de la salud. La idea que el mercado es más eficiente en materia de salud. La idea de que la mixtura resuelve importante parte de los problemas en salud.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Uno: <u>Cambio en modelo de riesgos y tarifas</u> ; corregir los puntos críticos del sistema actual, como el cálculo de los reajustes que hacen las Isapres, la discriminación por sexo y edad y la cautividad de los afiliados que tienen alguna patología. Dos: <u>Creación de un fondo común entre Isapres y Fonasa</u> ; permitiría que los cotizantes sanos y el Estado subsidiaran en conjunto a los enfermos, independiente del sistema de salud en el que se atiendan. Tres: <u>Un solo sistema a cargo del Estado</u> ; quienes deseen obtener coberturas mayores que las que defina el Estado, deberían salir a comprarlas al mercado de los seguros, lo que se estima sería el 5% de la población.

ANALISIS: No ha sido fácil consensuar una reforma al sector privado de salud que será entregada al Ejecutivo a modo de propuesta; la comisión debía entregar la propuesta en junio y hoy anuncia la entregarán a mediados de agosto de este año. En relación al punto uno, éste no concita mayores apoyos al interior de la comisión, porque la mayoría de sus integrantes considera que el problema es estructural y no acotado a estos tópicos, por lo que el cambio sería más procedimental y no estructural. Esto ha llevado a un largo debate respecto de la pertenencia o no de los seguros privados de salud al sistema de seguridad social, puesto que si así fuera el sistema debe ser solidario y no individual, pero las Isapres fueron concebidas bajo la lógica de seguros. A esta se ajusta la preferencia de las Isapres.

La propuesta dos es la que concita mayor adhesión entre los 18 comisionados, inclusive en el Ejecutivo, puesto que la consideran moderada, ya que permitiría que las Isapres continuaran con su giro bajo una lógica distinta, lo que a su vez le restaría presión asistencial a Fonasa y permitiría que el sistema de salud tuviera un fuerte componente solidario. Sin embargo, los pocos que se oponen, argumentan que las modificaciones en los contratos de las Isapres podrían generar controversias judiciales.

La última idea es apoyada por una minoría, puesto que -creen- que es el Estado el que provea la seguridad social en materia de salud, por lo que las Isapres no tendrían cabida, salvo que una pequeña proporción de la población quisiera comprar en el mercado de los seguros mayores coberturas. A esta propuesta se sumaría otra discusión por la regulación especial que requerirían, entre otras, salvaguardias.

CONCLUSIÓN: En este escenario ¿qué es lo que primará? Hasta ahora, la opción sigue siendo el Estado o los privados. La discusión aún es precoz, no se ha concretado nada. La idea sería que la RSP impactara positivamente en el sector público de salud, pero no se sabe si ello excedería el mandato de la comisión.

EL MERCURIO: 21 DE JUNIO

DISCURSO DEL GOBIERNO Y LAS ISAPRES	
<p>Frente a la presentación, a título personal, de la directora de Fonasa, Jeanette Vega, ante la comisión asesora presidencial, sobre la reforma al SPS, en la que expuso sobre la creación de un único fondo de cotizaciones de salud, manejado por el Estado, con el consiguiente fin de las Isapres, idea a la que adhiere uno de los comisionados, David Debrott, las Isapres se mantienen en alerta, elaborando un simulacro de lo que significaría dicha propuesta que, según los privados, el unificar ambos subsistemas generaría una variación positiva para los usuarios de Fonasa de apenas 1,97%, como efecto de que se sumen las cotizaciones de ambos grupos, puesto que los usuarios de las Isapres tienen un uso mucho más intensivo de los subsidios por incapacidad laboral (licencias médicas).</p> <p>Doren, asegura que la discusión está "llena de ideologismo, que provoca muchas anteojeras intelectuales. La gente no está siendo capaz de ver más allá de sus ideas". Según sus cálculos, con este modelo "Fonasa no se ve favorecido con nada. Y no sólo eso, sino que estas personas promueven que con eso (la creación del fondo común) solucionarán los problemas de salud de Chile. Si son los mismos fondos por qué no arreglan el problema ahora. Doren cree que de aprobarse una medida de este tipo, "lo que va a pasar es que se nivelará hacia abajo" en la calidad de la atención de salud que reciben los chilenos.</p>	
<p>ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE</p>	<p>Atemorizar sobre el caos económico que se suscitara a las personas de mayores recursos y la nivelación hacia abajo que se produciría en la calidad de las prestaciones de salud.</p> <p>Estado aparece como la herramienta para posicionar una imagen de ¿protector, benefactor o subsidiario?</p>
<p>CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE</p>	<p>Distribución de los recursos de quienes tienen más.</p> <p>Búsqueda de resultados valóricos y capital político.</p> <p>Legitimar al mercado como la solución viable sin innovar.</p>
<p>ANALISIS: El sesgo va por el lado que sólo ven el per cápita, y no están razonando respecto de los aportes que se harían al fondo de la discusión, no ven variables positivas al crear un fondo único, no habría segmentación entre ricos y pobres, que se permite una mayor movilidad y el riesgo es más compartido.</p>	
<p>CONCLUSIÓN: No hay legitimidad social, ni política pero a las Isapres esto parece no importarles, puesto que no han sabido manejar sus propios problemas. Las Isapres siempre se han opuesto a cualquier cambio; la eliminación de carencias, preexistencia y exclusiones, también se opusieron a la cobertura de enfermedades catastróficas, al Auge y ahora quieren aparecer como sus impulsores?</p>	

EL MERCURIO: 28 DE JUNIO

DISCURSO DEL GOBIERNO Y LAS ISAPRES
<p>Las Isapres están en desacuerdo con la alternativa de un fondo único de las cotizaciones de los afiliados a las aseguradoras privadas y Fonasa, puesto que según las Isapres esta fórmula no sólo reduciría los fondos per cápita disponibles para sus usuarios, sino que además implicaría sólo una mejora de 1,97% en el per cápita disponible para los beneficiarios de Fonasa. Sin embargo, Jeanette Vega, asegura que la mejora para los usuarios públicos llegaría al 13%. Según Vega, si se saca a las Isapres del sistema y su cartera de afiliados se traspassa a una especie de "Súper Fonasa", el fondo común se alimentaría tanto de las actuales utilidades de los seguros privados como del ahorro en menores gastos de administración. Así captaría</p>

fondos extra por 219 mil millones al año, esquema en el cual las Isapres se restringirían a sólo ofrecer seguros complementarios de salud. El dinero extra se distribuiría entre los usuarios del actual Fonasa, con lo que se podría reducir a la mitad la lista de espera quirúrgica (que suma más de 105 mil personas), y mejorarían las coberturas que hoy entrega el fondo en la modalidad libre elección. Por ejemplo -dice Vega- las consultas de especialidad hoy tienen un copago del 50%, que podría bajar a 30%. En hospitalización, el seguro público podría aumentar la cobertura de 23,6% a 50%, sin generar deterioro en los planes de los usuarios de la salud privada, quienes mantendrían los mismos beneficios, precios y condiciones. "En el cálculo que hacen las Isapres, no se considera el aporte voluntario, lo suma; el efecto neto de redistribución es muy importante. Hicimos un cálculo de lo que significaría en términos concretos solidarizar la cotización, lo que significaría alrededor de 200 mil millones adicionales, que contribuiría a mejorarlas muy importantes. Frente a esto, Hernán Doren, aseguró que es imposible que dentro del fondo solidario se incluya dinero que no corresponde al 7% legal. "Eso no pueden hacerlo ¿cómo van a obligar a los usuarios a poner la cotización adicional en el fondo? Eso sí que es anticonstitucional. Quiero ver cómo van a lograr que la gente le entregue dineros que bajo ningún punto de vista pueden ser considerados impuestos, concluye el dirigente.

ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Generar debate frente al fondo único como una alternativa viable.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Tendencia "más socialistas" versus tendencias neoconservadoras.
ANÁLISIS: Este es uno de los debates más complejos que enfrenta la comisión reforma es sobre la conveniencia o no de crear un fondo común entre Fonasa y las Isapres con el objetivo de crear un fondo solidario. La diferencia porcentual se debe a que las Isapres cuentan con sólo el aporte del 7% obligatorio, mientras que Fonasa cuenta además con las cotizaciones voluntarias Continuarían las listas de espera.	
CONCLUSIÓN: Es importante el debate, sin embargo, es muy difícil concretar una iniciativa que deja al "poder económico" en detrimento, sobre todo si la "Nueva Mayoría" considera vital al sector privado para dinamizar la economía nacional.	

EL MERCURIO: 1º DE JULIO

DISCURSO DE LAS ISAPRES	
<p>Con los objetivos de dotar al sistema de mayor eficiencia, equidad y contención de gastos, las Isapres plantean las siguientes reformas: 1) <u>Creación de un plan básico de salud</u>: plan de beneficios común para todos los beneficiarios del sistema privado "cuyo precio de comercialización no se diferencia por sexo ni estado de salud". Actualmente los programas que se ofrecen tienen como patrones comunes al AUGE, la cobertura de enfermedades catas tróficas (CAEC) y las licencias médicas, todos elementos que estarían incorporados al nuevo plan. En la propuesta se considera tres tramos de edad, distinta de los hasta once que poseen las Isapres hasta ahora. Por sobre el plan básico, las personas podrán comprar mejoras de cobertura o de redes de prestadores. 2) <u>Reajustes validados por un tercero</u>: la creación de un ente regulador independiente ante el cual las Isapres justifiquen sus alzas, tal como hoy ocurre en otros sectores, como el eléctrico y el sanitario, de manera de "tener certeza jurídica en la aplicación de criterios y escrutinio de alzas en tribunales de justicia". 3) <u>Facilitar la comparación de planes</u>: proponen simplificar en una cartilla cinco elementos (tipo de atención: hospitalización y honorarios médicos quirúrgicos, consulta ambulatoria, exámenes de laboratorio e imágenes, procedimientos y otros), que todas las Isapres deben expresar del mismo modo, para que las personas puedan entender cuánto les cubrirán sus planes. 4) <u>Permitir cambios de Isapres a todos</u>: las personas que son "cautivas" de sus seguros -ya que ninguna otra Isapre las recibiría si intentaran cambiarse por sus enfermedades preexistentes- puedan tener movilidad, considerando que hoy la única opción real de estos usuarios es irse a Fonasa. Hoy, los usuarios sin preexistencias pueden buscar un nuevo seguro durante los tres meses previos al cumplimiento de la anualidad de sus contratos o cuando se realizan reajustes de precio AUGE, cada tres años. 5) <u>Que empleadores cofinancien las licencias</u>: proponen compartir el financiamiento de estas entre empleadores y trabajadores. El objetivo de esto, afirman, sería buscar una mayor eficiencia (porque se reduciría el gasto indebido) y más equidad (porque se reduciría el fraude). Además, plantean que un ente distinto de ellas (y de las Compines, en el caso del sector público) para la administración de las licencias médicas. 6) <u>Promover las atenciones preventivas</u>: proponen su fomento, puesto que una enfermedad, al ser detectada precozmente, es más barata de tratarla y 7) <u>Evaluación de tecnologías sanitarias</u>: exponen la creación de una comisión independiente que defina en base a dos criterios que sean costo efectivas y seguras para los pacientes. Asimismo, plantean que los excedentes de cotización que generan las personas, sirvan para comparar mejores coberturas o crear "cuentas de ahorro para salud".</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Imponer sus propias propuestas de reforma a las Isapres.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Libre mercado ajustado al contexto epidemiológico y demográfico del país.

ANÁLISIS: Las dos variables (sexo y estado de salud) están vigentes en los planes de salud y son motivo de controversias jurídicas entre las Isapres y sus afiliados.

En la fallida reforma del gobierno anterior se intentó introducir un elemento similar, que se llamó Plan Garantizado de Salud (PGS) pero que no fue viable en su minuto debido a que las Isapres no estaban de acuerdo con que se aplicará una tarifa única para todos los usuarios.

Dos, las Isapres buscan que un ente que no sean los tribunales para justificar sus alzas de planes.

Doren sostiene que "considerando que la reforma anterior demoró como cinco años en tramitarse, y pensando en que el trabajo de esta comisión llegue a transformarse en un proyecto de ley que demore mucho tiempo, es justo para las personas que habiendo una buena solución, no perfecta, se pueda implementar". Esta es la solución de las Isapres.

CONCLUSIÓN: Falta de transparencia ¿es posible que el sistema de salud privado sea más justo, inclusivo y transparente?

LA TERCERA: 1º DE JULIO

DISCURSO DEL GOBIERNO Y LAS ISAPRES

La Superintendencia congeló los precios de 81 planes de salud, tras determinar que las alzas anunciadas por las respectivas Isapres no estaban ajustadas a derecho, eran arbitrarias o no habían sido debidamente justificadas, entre otras razones. Esta facultad fue aplicada de forma inédita para dar cuenta a las reclamaciones de los afiliados y que hasta ahora sólo se habían usado para usuarios en condición de cautivos, excluyendo al grueso de la cartera de 1,6 millones de cotizantes. Según Pavlovic, desde enero se han recibido 227 reclamos contra Isapres por alzas de precios, por lo que otros 146 siguen en tramitación. El mecanismo que está utilizando la institución para estos fines, es recurrir a los fallos emitidos por la Corte Suprema y las de Apelaciones del país que, sistemáticamente y desde 2008, han rechazado la fundamentación que entregan las aseguradoras privadas para efectuar reajustes y subir el precio de los planes, fallando a favor del usuario en más del 95% de los casos. Los argumentos de los tribunales, hasta ahora, apuntan a que el ajuste de precios base de los planes debe responder a causas efectivas y verificables y que las aseguradoras no pueden aplicar un aumento de los valores de forma unilateral y arbitraria, sin una justificación fundada en antecedentes concretos. "Lo que estamos haciendo es aplicar criterios que recogen la jurisprudencia sobre la materia, principalmente las emitidas por la Corte Suprema. A partir de eso, la intendencia se ha planteado la necesidad de exigir a las Isapres que sean capaces de justificar las alzas estimando finalmente que en los casos revisados no lo han logrado". "Hay percepción de que si no fuera por los tribunales de justicia, las personas habrían estado desprotegidas frente al sistema de Isapres y nosotros queremos reposicionar el rol de la superintendencia con acciones como ésta, que protegen al afiliado".

Por su parte, Rafael Cavides explicó que "muchos de estos casos van a tribunales porque hay un estímulo económico muy fuerte desde los propios abogados que lucran con las costas y que podrían no darse si fueran directamente a la superintendencia, porque no falla con costas. Por lo tanto, habría que ver cómo se comportan los afiliados en estas circunstancias en que no hay costas de por medio". Agrega que "la superintendencia está en su derecho de actuar como está actuando, y si no ha habido de parte de la Isapre afectada un recurso de reposición o un recurso de queja está en su derecho de hacerlo".

ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Dar señales concretas del interés del Gobierno por mejorar las condiciones de los usuarios de las Isapres.
---	--

CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Interés por el capital político que está en juego con la reforma.
---	---

ANÁLISIS: Hasta ahora sólo los tribunales de justicia se habían pronunciado por estas alzas, lo que deja de manifiesto la "desidia" o indiferencia con la que actuaba la Superintendencia de Salud, ente regulador que fue creado justamente para velar por el cumplimiento de la normativa que rige a estas instituciones de salud. Hubo un momento en que se generó colapso en el poder judicial por la avalancha de reclamos de los que no se hacían cargo las Isapres, ni la Superintendencia de Salud.

Cavides: toma de su propia medicina cuando reconoce que hay lucro de los abogados por estas demandas y que si la gente reclamara vía Superintendencia de Salud, nada de esto estaría pasando, porque no hay dinero de por medio.

CONCLUSIÓN: Defiende el derecho de la Superintendencia de Salud ha "congelar las alzas", porque lógicamente para ellos es más cómodo que esta institución se haga cargo, porque en esa medida, es posible detener los reclamos como ha sido tradicional. Así, la gente comienza a creer que sus reclamos serán atendidos y luego allí quedarán como siempre ha sido. Aplicó la ley, con ello ¿defiende a los usuarios?

LA TERCERA: 1º DE JULIO

DISCURSO DE LA COMISIÓN REFORMA

Uno de los objetivos de la comisión presidencial de reforma al sistema de salud privado es analizar los impactos de la judicialización de los casos de alzas de las Isapres. Cid, señaló que en las próximas sesiones se analizará el escenario judicial que enfrentan estas instituciones de salud privada, el que revela un sostenido crecimiento de los recursos: "es uno de los síntomas de los problemas del sistema, lo que tiene que ver, por ejemplo, con la falta de regulación de los precios". El alza

de las presentaciones -para detener el aumento del precio del plan base, como de la prima del Plan Auge (monto que se paga por el aumento de 69 a 80 en un año)- llevaron a que las cortes se recargaran por estos casos. Eso llevó a que la Corte de Apelaciones de Santiago creara una oficina exclusiva para la entrega y tramitación de estos recursos. Pedro Barria explicó que desde hoy se comenzará a concretar el aumento de los precios de los planes, lo que llevará a que las personas "sigan recurriendo de protección. Uno de los temas más importantes de la reforma a la ley de Isapres sería establecer un organismo que funcione en forma independiente de las aseguradoras, para fijar los precios de los planes. Es asfixiante para los afiliados tener estos aumentos cada año".

ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Evaluar de qué manera se detendrá esta seguidilla de querellas en contra de las Isapres.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	¿Agrandar o expandir más el poder del Estado?
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Fijar un marco regulatorio independiente de las Isapres.
ANÁLISIS: A caso la superintendencia de Salud no fue creada para hacer ese trabajo.	
CONCLUSIÓN: ¿Qué rol concreto juega la Superintendencia de Salud?	

LA TERCERA: 04 DE JULIO

DISCURSO DE LAS ISAPRES	
Respecto a los reiterados pronunciamiento de los tribunales, sobres la improcedencia de las alzas de precios en los planes de las Isapres, Doren argumenta que el legislador dejó establecida en las ley la posibilidad de que los planes se reajusten una vez al año, el legislador tenía claro que los costos en salud podrían variar. Hay que ver cómo han crecido los costos en el tiempo. La pregunta es qué nivel de salud queremos en Chile y cómo lo financiamos. Pero el voluntarismo y las anteojeras intelectuales no conducen a nada. En las distintas instancias que está hoy el sistema, perfectamente puede colapsar, y me gustaría que les preguntarán al 3,2 millones de personas qué opinan de que se acabe el sistema. Resalta que las cortes fallan según la esencia del recurso de protección pero no sobre el fondo. Yo lo único que espero es que, sea cual sea la definición final de la comisión y lo que sea el proyecto de ley, que sea realizable, factible y que satisfaga a la mayor cantidad de gente del país, porque supongo que ese es el tema y no quién entrega el servicio. Agrega que si se quiere en Fonasa un estándar de salud similar al que tienen los afiliados a Isapres hoy, hay que poner US\$ 8 mil millones.	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	<ul style="list-style-type: none"> - Jugárselas para que no se acabe el sistema Isapres. - Convencer que sus propuestas son beneficiosas para las personas y que las condiciones actuales arriesgan la subsistencia del sistema. - Resaltar que el escenario político es menos favorable que en el Gobierno de Piñera. - Establecer que sólo deben primar criterios técnicos y no políticos. - Deslegitimar los fallos de los tribunales, de la Ocdy y la OMS. - Instalar en el imaginario colectivo que el problema es la búsqueda de una solución que satisfaga a la mayor cantidad de gente y no quién entrega el servicio. - Apuesta a "chutear" lo más lejos posible la reforma del sector.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Ver como un problema tiene una solución a los problemas de todas las personas, pero el énfasis en cómo lo financiamos. Falta de disposición para la protección social. Considera que la actual carga ideológica es fuerte y que no existe contrapeso.
ANÁLISIS: El dirigente de las Isapres sostiene que quien lideraba esto -la reforma- era el gobierno anterior (Piñera) y tenía el contrapeso de las otras partes. Quién entrega el servicio es muy importante, puesto que de ello dependerá si el problema de la salud privada se soluciona o no y, ello, también influirá decididamente en el sistema público de salud, debido a la injusta competencia que se produce en ambos sectores.	
CONCLUSIÓN: Claro que durante el Gobierno de Piñera tenían contrapeso ideológico, puesto que comparten sustancialmente la concepción mercantilista de la salud. La propuesta de las Isapres para continuar formando entes que regulen las alzas, las licencias médicas, etc., es continuar atomizando la sociedad y complejizando el sistema para las personas.	

LA TERCERA: 06 DE JULIO

DISCURSO DEL GOBIERNO
Las Isapres cuentan con una cartera cada vez más joven y con bajo riesgo de enfermarse. Una mujer con cargas paga más que un hombre en la misma condición. En el 2013 el 45,8% de los beneficiarios se concentraba entre los 20 y 44 años y un 28,5% de las personas tiene entre cero y 19 años. Así el 74,3% de la cartera posee menos de 44 años y sólo el 25,7% restante tiene 45 años y más. En cuanto a cotizaciones, según el análisis de la Superintendencia de Salud, las mujeres son

quienes más aportan. De esta manera, si están en edad fértil (entre 15 y 49 años) pagan \$ 81.456, mientras que un hombre en esa condición paga \$ 58.232. En el caso de las familias, una mujer con cargas (a un promedio de 0.6 beneficiarios) cotiza \$ 103 mil. Mientras la cifra disminuye a \$ 83.745 si es un hombre quien está en esa misma situación. Los adultos mayores de 60 años han aumentado progresivamente su presencia en las aseguradoras. Los hombres mayores de 69 años: en 2009 eran 4,5% del total de beneficiarios, mientras que en 2013 la cantidad aumento al 10% de los inscritos. Esta tendencia podría haberse modificado luego de la reforma a la salud de 2005 y tras el fallo del Tribunal Constitucional de 2010, que derogó las tablas de factores de riesgo. Por otro lado el 72% de la cartera abandona las aseguradoras entre los 20 y 44 años. Esto sucede porque muchos piensan que no se enfermarán o creen no necesitar el seguro, pues no poseen una familia aún. En cuanto a las licencias médicas que tramitan las aseguradoras, las enfermedades al sistema respiratorio lideran las causales, con un 20% del total. Le siguen, en importancia cuantitativa, los trastornos mentales, con un 18.7% del total de subsidios por incapacidad laboral, y las patologías del sistema osteomuscular, con un 15.8%.

ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Mostrar las razones por la que es preciso hacer una RSP.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Preocupación e interés social y político.
ANÁLISIS: No están a tono con los tiempos actuales, puesto que la población chilena está envejeciendo y los adultos mayores son cada vez más. El SPS se queda con los menos riesgosos. Según Pavlovic, un tercio de la cartera está cautivo.	
CONCLUSIÓN: ¿Se podrá por ley cambiar la concepción mercantilista del sistema, si finalmente es la Constitución Política de 1980, la que prevalece?	

DIARIO PULSO: 08 DE JULIO

DISCURSO DE LA COMISIÓN DE REFORMA A LA SALUD PRIVADA	
<p>Cid informa que "ya tenemos prácticamente el diagnóstico listo. Se ha ido consensuando". En términos generales el diagnóstico tiene como puntos centrales los problemas del sistema de Isapres y sus causas como "la discriminación del riesgo, alzas de precios indiscriminadas, movilidad de los cotizantes, los cautivos y las preexistencias. Todas son cosas que tenemos que solucionar con un cambio más o menos importante". Cid descarta que el trabajo de la comisión se haya enfocado sólo en base a tres tipos de sistemas de salud que se aplican en el mundo. Afirmó que estos "han estado presentes como esquemas en la discusión. Lo que hacemos es tener presentes esos modelos a la hora de discutir, cuáles son sus características y aspectos, pero son marcos generales. En ningún caso son propuestas". La comisión sesiona todos los jueves, en La Moneda para escuchar a distintos actores, tales como a las comisiones de salud del Parlamento, a los directivos de las Isapres, para que expongan su visión de manera particular y no a través de la Asociación de Isapres. Uno de los temas que contempla el diagnóstico es el alza de los planes de salud de las Isapres. La semana pasada, la Superintendencia del área justamente decidió detener el alza de 81 planes de salud. Una medida que contó con el respaldo de los parlamentarios. Ayer, el Superintendente de Salud, se reunió con miembros de la Comisión de Salud del Parlamento con el objeto de darles a conocer a fondo esta medida. Los parlamentarios expresaron su respaldo a la decisión de la autoridad de recoger los criterios de los tribunales para la resolución de los reclamos.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Demostrar orden, eficiencia y consenso.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Importancia de las personas versus en lucro.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Tener un diagnóstico certero.
ANÁLISIS: A pesar del sigilo de Cid, seguramente no ha sido nada fácil consensuar los intereses de los actores que, a la fecha, se vislumbrar casi con claridad. De hecho, los resultados de la comisión estaban programados entregarlos a mediados de junio. Ahora será a mediados de agosto, septiembre u octubre. Lo más seguro que ello dependa de lo solicitado o difícil que se presente el debate en adelante.	
CONCLUSIÓN: ¿Quién y cómo se detendrán los abusos?	

LA TERCERA: 20 DE JULIO

DISCURSO DE LA COMISIÓN REFORMA
<p>Camilo Cid informa que, para hacer el informe que será la base de una nueva regulación para el sistema privado de salud, se ha mirado la experiencia a nivel internacional y que tras el informe, en noviembre de este año, se entregará una iniciativa legal en base al estudio. Los puntos que se discuten hoy es la afiliación abierta, es decir, que los seguros no pueden negar el ingreso a una Isapre por preexistencia (enfermedad previa a afiliarse). Este debe ser respetado y tiene que ver con la no discriminación.</p>

En cuanto a precio debe ser de tipo 'comunitario de riesgos'. Las Isapres evalúan a la persona y a sus cargas. No puedo decir cuál será el diseño de esto, pero es un principio.

Cid aclara que para que haya mayor solidaridad en el sistema se requiere de una compensación de riesgos. Esto promueve un financiamiento más solidario y que algunos grados de compensación de riesgo pudiera haber en la propuesta, lo que se suele llamar fondo. También se discute mejorar la forma en que se asignan los recursos: mejores formas de pago entre seguros y proveedores. Hoy, el mundo privado funciona en base a un pago por acto, eso debe cambiar a un modelo más eficiente. Asimismo, señaló que se piensa en un conjunto de beneficios que se debiera dar a las personas. Debería incluir aspectos como el Plan Auge, la modalidad de libre elección de Fonasa, el seguro catastrófico y otras prestaciones que no están aranceladas. Este conjunto de beneficios debe ser equivalente al 7% en promedio que se cotiza. Respecto de las diferencias entre la actual iniciativa y la presentada en el gobierno anterior sobre el Plan Garantizado de Salud, Cid sostiene que el gobierno pasado se fijó un plan de cosas que no representaba el 7%, sino que era menos. Un plan de seguridad social debiera ser aquel que se financia con el 7% que cotizan los chilenos. Sobre qué es el 7% de la cotización en salud, Cid sostiene que esto se discutió bastante: es una prima obligatoria de la seguridad social y este último sistema es el que determina cómo debe funcionar. Allí hubo consenso mayoritario, pero no absoluto. En relación a la integración vertical por la posible manipulación de precios. Uno desearía que los seguros se opusieran a los proveedores, en el sentido de controlar sus costos.

Cid, considera que esta será una reforma importante. Dice que no se pudo hacer antes porque nunca ha estado tan clara, como ahora, la necesidad de entender que estos seguros si quieren participar en la seguridad social tienen que seguir sus reglas. Estos seguros no son privados, porque poseen el 7% de la cotización. Acerca de Fonasa y la reforma, cuenta que en el mundo, los sistemas de seguridad social son integrados y nosotros vivimos en un sistema dual y segmentado. Es un problema: la existencia de Fonasa e Isapres, que debieran ser uno solo, segmentado entre pobres y enfermos, ricos y sanos, hace que el sistema esté en desequilibrio. Lo que sucede en las Isapres tiene un impacto en Fonasa. No es casualidad que sólo el 5% de los mayores de 70 años estén afiliados a las aseguradoras. Los demás se fueron a Fonasa, gastan más porque están enfermos y usan recursos que antes estaban disponibles para otros. Lo que más ha impresionado a Cid de las Isapres es el grado de alejamiento de los conceptos de seguridad social que tienen, debido a la discriminación, a la lógica de consumo en la relación paciente-seguro y la pérdida de todo concepto de solidad y equidad. Sin duda, Chile es un país raro en seguridad social en el mundo: es una excepción. (...) Acá el tema está desregulado: las Isapres aparecen como seguros privados, pero, desde que tienen el 7%, no lo son.

ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	No comunicar, sino más bien incomunicar. Entregar retazos de información.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Posición más social, pero etérea por el momento.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	a. Plan Garantizado de Salud que considera el 7% de la cotización obligatoria de cada afiliado. b. Afiliación abierta. c. Un precio 'comunitario de riesgos'.

ANÁLISIS: se hace un juego confuso de palabras en el discurso, siempre está en el nivel del deber ser y queda en la nebulosa qué se hará para que haya -por ejemplo- mayor solidaridad en el sistema. En general, no queda claro si algunos temas "son o serán tratados en la comisión y cuál es el resultado por el momento. Este es un discurso ambivalente, puesto que se indica que "para que haya mayor solidaridad en el sistema se requiere de una compensación de riesgos. Esto promueve un financiamiento más solidario y que algunos grados de compensación de riesgo pudiera haber en la propuesta".

Convergencia: Sobre qué es el 7% de la cotización en salud, corresponde a una prima obligatoria de la seguridad social y este último sistema es el que determina cómo debe funcionar.

CONCLUSIÓN: Cid reconoce que el país vive en un sistema dual y segmentado. Es un problema: la existencia de Fonasa e Isapres, que debieran ser uno solo, segmentado entre pobres y enfermos, ricos y sanos, hace que el sistema esté en desequilibrio. Lo que sucede en las Isapres tiene un impacto en Fonasa. No es casualidad que sólo el 5% de los mayores de 70 años estén afiliados a las aseguradoras. Los demás se fueron a Fonasa, gastan más porque están enfermos y usan recursos que antes estaban disponibles para otros.

EL MERCURIO: 26 DE JULIO

DISCURSO DEL GOBIERNO, LAS ISAPRES, LA CR Y COMISIONES DE SALUD DEL PARLAMENTO
Las declaraciones de la directora de Fonasa, Jeanette Vega, sobre que el 7% de cotización obligatoria de salud "no es propiedad de las personas", sino un impuesto, generaron alarma entre las Isapres y al interior de la comisión asesora presidencial. Al respecto, la posición mayoritaria que excluye al mundo privado fue que "el 7% es una cotización de la seguridad social de salud, no de las personas". La posición de las Isapres es que con esto "se vulnera el derecho constitucional de los afiliados al disponer del destino de su cotización". Sin embargo, la comisión sostiene que "lo hemos analizado con el fallo de agosto de 2010 del Tribunal Constitucional a la vista. Además dijo que invitaron a uno de los ministros de ese fallo, está la experiencia internacional y llegamos a la conclusión que ya en el fallo del TC se entienden las cotizaciones como parte de la seguridad social. Cid aclara que en la ardua discusión hubo matices con lo propuesto por Vega,

porque bajo esa concepción "la directora del Fonasa habla de la desaparición de las Isapres y el paso automático a un fondo único total. Sobre esta materia Cid sostiene que eso puede darse en un tiempo prudente, pero hay un proceso de transición que hay que discutir". También se vislumbra la coexistencia de seguros públicos y privados, pero con componentes solidarios. Para tomar la decisión están mirando experiencias en el extranjero: uno de los modelos es el **Seguro Nacional de Salud**, experiencia del sistema de salud de Canadá y Corea, donde existe un fondo único administrado por una sola entidad que es la que recibe las cotizaciones de todos los ciudadanos. Con ese dinero el seguro nacional de salud compra las prestaciones a los proveedores (hospitales y clínicas) sin la intermediación de ningún otro organismo. En general dicho fondo único está a cargo de una entidad estatal con un consejo integrado por representantes de los empresarios y del gobierno. El segundo modelo que se podría considerar es el **Fondo Único con Multiseguro**, este sistema funciona en Holanda, Suiza o Alemania, en el que si bien en esos casos se crea el fondo único que recibe todos los recursos a cargo de una institución que los centraliza, los seguros son los que operan con intermediarios en la compra de las prestaciones de salud. De esa forma, desde el fondo central se le entrega dinero a cada seguro de acuerdo a las necesidades de riesgo de su cartera de afiliados.

Asimismo Cid subraya que, el mandato presidencial a la comisión es reformar y no terminar con el sistema privado. "Lo que va a ocurrir es que las Isapres como las conocemos como funcionan hoy día, deberían cambiar radicalmente porque les vamos a cambiar la cancha con un sistema regulatorio totalmente distinto al estilo de la seguridad social, afirmó Cid. Añadió que "es cierto que estamos pensando en juntar toda la plata en un fondo único como objetivo de mediano o largo plazo".

Por su parte, el Senador PPD Guido Girardi, presidente de la Comisión de Salud, sostuvo que Vega "abrió un debate central en la discusión de salud que vine". A su juicio, la propuesta del fondo común podría tener el apoyo masivo de la "Nueva Mayoría", pues "fue un tema de consenso cuando el Presidente Lagos planteó el AUGE y el fondo solidario, pero ahí no teníamos los votos en la Cámara ni en el Senado y la derecha vetó esto". Dice que se puede discutir varios mecanismos de financiamiento de la salud, como "la eliminación del 7%, para financiar la salud de todos con impuestos generales".

El Diputado Juan Luis Castro (PS), la cotización en salud "es de carácter estatal, porque se aplica a todos los ciudadanos del Estado, por lo tanto la propuesta (de Jeanette Vega) no es descabellada". Explica que esto no quiere decir que se acaben las clínicas: "la persona es libre de elegir entre la salud pública y o privada". Coincide con Girardi en que existía consenso hace años en avanzar en un fondo común y añade que hoy esta idea encontraría el respaldo parlamentario para ser aprobada. "Es una idea muy revolucionaria, pero a la vez muy sensata para un modelo donde fracasaron las Isapres".

ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Desmarcarse del discurso de las Isapres para concluir lo más próximo posible al interés de estos agentes comerciales. Representar cambios en las reglas del juego.
---	---

CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Concepción mixta Estado/Privados. PS-PPD con una visión más estatista.
---	---

PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Una de las alternativas que se barajan es la creación de un fondo común entre las Isapres solamente y, luego de un tiempo, unir a Fonasa. La coexistencia de seguros públicos y privados, pero con componentes solidarios.
---	---

ANÁLISIS: Cid es el responsable de filtrar y conducir el debate. Para ello, palabras como: tiempo, prudencia, pero, proceso, transición, discutir, cambiar, deberían, etc. le son útiles para dicho propósito. Lo mismo para algunos parlamentario con frases como "podría" tener apoyo, entre otras.

La discusión entre 18 personas que deciden el futuro de 3.2 millones de personas y, en definitiva, de la necesidad de salud de todo un país es una práctica constante en este tipo de democracia procedimental y, por tanto, profana.

Se establece que el mandato presidencial a la comisión es reformar y terminar con el sistema privado. Y, si como lo dice Cid "Lo que va a ocurrir es que las Isapres como las conocemos como funcionan hoy día, deberían cambiar radicalmente. Ese acontecimiento debería producir ruido comunicacional. No obstante, surge la duda sobre los cambios que se pretenden, puesto que la ley manda, prohíbe y también permite e igual se viola la legalidad que ellos mismos se han dado. Entonces ¿qué garantiza que no se vulnerará la ley? ¿La ley misma?

Poca claridad sobre cuándo se producirán los cambios regulatorios, puesto que el comisionado señala que están pensando en juntar toda la plata en un fondo único como objetivo a mediano o largo plazo.

Convergencia: el 7% es una cotización de la seguridad social de salud, no de las personas (excluye posición minoritaria de Isapres), quienes piensan que "se vulnera el derecho constitucional de los afiliados a disponer del destino de su cotización".

Divergencia: Desaparición de las Isapres y el paso automático a un fondo único total.

CONCLUSIÓN: Por su parte, el Senador PPD Guido Girardi, presidente de la Comisión de Salud, sostuvo que Vega "abrió un debate central en la discusión de salud que vine". A su juicio, la propuesta del fondo común podría tener el apoyo masivo de la "Nueva Mayoría", pues "fue un tema de consenso cuando el Presidente Lagos planteó el AUGE y el fondo solidario, pero ahí no teníamos los votos en la Cámara ni en el Senado y la derecha vetó esto".

Esta es la discusión dónde se verá cuál es la real posición que cada parlamentario tiene y, si efectivamente, pesa más el dinero que las Isapres aportan a las campañas y a los parlamentarios de las comisiones de salud del Parlamento. Aquí es donde se verá para qué fueron elegidos los parlamentarios y a quién sirven.

El diputado Juan Luis Castro, hace un guiño a las Isapres cuando señala que "la persona es libre de elegir entre la salud pública y o privada". Coincide con Girardi en que existía consenso hace años en avanzar en un fondo común y añade que hoy esta idea encontraría el respaldo parlamentario para ser aprobada. "Es una idea muy revolucionaria, pero a la vez muy sensata para un modelo donde fracasaron las Isapres".

Un poco más o un poco menos Estado o un poco más o un poco menos mercado, el resultado es el mismo.

EL MERCURIO: 29 DE JULIO

DISCURSO DEL GOBIERNO	
<p>Después que la directora de Fonasa, Jeanette Vega, planteara que la cotización obligatoria del 7% de salud "no es de propiedad de las personas" y propusiera la creación de un fondo único entre el seguro público y las Isapres -lo que generó inmediato rechazo del mundo privado y acusaciones de "sobreideologización" de parlamentarios de la Alianza- la ministra del ramo, Helia Molina, salió a aclarar la intención del Gobierno: el objetivo es poner fin a las discriminaciones y las inequidades dentro del sistema privado de salud, pero no terminar con este. "Nosotros estamos siguiendo un camino que tiene que ver con hacer una buena ley de Isapres en este gobierno y no hacer profundos y tan potentes cambios". Por lo mismo, la autoridad explicó que si bien la comisión asesora presidencial a la que se le encargó la elaboración de una reforma a las Isapres ha analizado distintos modelos de financiamiento de la salud, incluyendo la puesta en marcha de un fondo único, eso no significa que se busque terminar con los seguros privados.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	<p>Aclarar la intención del Gobierno consistente en "(...) hacer una buena ley de Isapres y no hacer profundos y tan potentes cambios".</p> <p>¿Se busca dar tranquilidad y/o un espaldarazo a los empresarios de la salud?</p>
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	<p>¿Cuál es la verdadera ideología que predomina en el Gobierno? ¿un bien social supeditado a las leyes del mercado?.</p>
<p>ANÁLISIS: Del momento que el 7% de cotización de aporte obligatorio que hace cada persona de este país es obligatorio, deja de pertenecer a las personas, por tanto, no veo cuál es el perjuicio a que sea visto como del Estado, puesto que de todos modos lo es. ¿Se equivocó la ministra al evidenciar la verdadera intención del gobierno?; ¿Fue una mala estrategia comunicacional?, teniendo en cuenta que se arriesga el poder político de la "Nueva Mayoría"?</p>	
<p>CONCLUSIÓN: Eso no significa que se busque terminar con los seguros privados dijo la Ministra.</p>	

EL MERCURIO: 08 DE AGOSTO

DISCURSO DE LA COMISIÓN REFORMA
<p>La comisión asesora de reforma al SPS, reunidos hoy desde las 10:00 y las 19:00 horas y, luego de arduas discusiones, sostuvieron dos votaciones clave para la propuesta que harán a la Presidenta, Michelle Bachelet. Primero fue definir qué tipo de cambios requiere el actual sistema de seguros de salud; es decir, si se desean modificaciones estructurales o no. Por 15 votos a favor y dos en contra ganó la primera idea (modificaciones estructurales). La segunda discusión versó sobre qué visión de futuro, a largo o mediano plazo, se tiene para el sistema. "Esto era fundamental para poder ver cuál es el marco referencial de una reforma a corto plazo, porque lo que le proponíamos a la Presidenta no puede ir en contra de los que pensamos para unos años más", explicó Cid. Así, luego de discutir tres modelos distintos, 11 comisionados se inclinaron por la idea de crear un fondo único y un seguro nacional de salud. En este se reunirían las cotizaciones obligatorias de salud (el 7%) de todos los trabajadores del país, además del aporte del Estado para financiar las prestaciones, generando un solo gran comprador que negocie directamente con los prestadores de salud, que pueden ser públicos o privados, modelo parecido al de Canadá y Corea.</p> <p>De esta manera, las Isapres desaparecerían a largo plazo, tal como lo propuso Jeanette Vega, pues dentro de la seguridad social no habría espacio para ellas. Cid explica que sólo "se admite la creación de seguros complementarios, pero no dentro de la seguridad social". Esta idea genera molestia entre los representantes del mundo privado en la comisión (Gonzalo de la Carrera de Colmena; Ana María Albornoz de Clínicas de Chile; Fernando Matthews de la Asociación de Isapres y Marcelo Dutilh de Consalud), ya que consideran que se trata de una "estatización de la salud" y que sus cotizantes se verán afectados. Incluso, no está descartado que se retiren de la comisión. "Es un escenario posible", reconoce un cercano a la discusión.</p> <p>La segunda opción que sólo tuvo dos votos, implicaba la creación del mismo fondo único, pero manteniendo el esquema actual con Fonasa e Isapres, aunque a estos se les asignarían los recursos desde un organismo central, de acuerdo a los riesgos de sus carteras, modelo similar al de Holanda, Suiza o Alemania.</p> <p>La última opción, conocida como "el fondo Isapre" dentro de la comisión, es la propuesta que hizo el gremio de aseguradoras y que, si bien fue valorada -pues plantea mejoras en la transparencia y el fin de las restricciones para los afiliados con enfermedades preexistentes, entre otras- lo consideraron insuficiente. Esta opción obtuvo los cuatro sufragios de los representantes del mundo privado, informó Cid. "Lo que se votó es la imagen, objetivo que queremos a largo plazo. Algunos piensan que eso puede ser en el gobierno siguiente, otros en el subsiguiente".</p> <p>La fórmula que se discute para esta etapa intermedia es que se genere progresivamente el fondo único, que vaya incorporando parte de las cotizaciones de salud (al comienzo cercano a un punto porcentual), tanto de Fonasa como de Isapres para la compra de prestaciones específicas. Ahora se debe estudiar cuáles serán, pero entre las opciones están, por ejemplo, los medicamentos. Con los seis puntos de cotización restantes se pretende crear un fondo que se repartiría entre Isapres y Fonasa, pero con un solo plan de salud que cubra, al menos, todo lo que hoy está presente en el seguro público,</p>

<p>más la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas de las Isapres. Fuera de este plan, se dejaría espacio para que estos seguros complementarios con regulaciones, fijen -por ejemplo- sus primas de acuerdo al riesgo de la cartera y no de cada individuo, como ocurre hoy. Además, estos seguros complementarios permitirían acceder a prestaciones o tecnologías que no están en el sistema público y a comodidades en ciertas clínicas o recintos privados. El objetivo es que durante este gobierno quede implementado este periodo de transición del sistema.</p>	
<p>ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE</p>	<p>¿Doblarle la mano al mundo privado?</p>
<p>CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE</p>	<p>Mantener el poder del Estado. Un fondo único y un seguro nacional de salud. En este se reunirían las cotizaciones obligatorias de salud (el 7%) de todos los trabajadores del país, además del aporte del Estado para financiar las prestaciones, generando un solo gran comprador que negocie directamente con los prestadores de salud, que pueden ser públicos o privados.</p>
<p>PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS</p>	<p>Cimentar el camino hacia la reforma mayor (desaparición de las Isapres), a través de la elaboración y discusión de proyectos de ley, para que el fondo único esté vigente dentro de los próximos diez años. Para eso es necesario que entre en vigencia la etapa de transición consistente en generar progresivamente el fondo único, que vaya incorporando parte de las cotizaciones de salud (al comienzo cercano a un punto porcentual), tanto de Fonasa como de Isapres para la compra de prestaciones específicas. Ahora se debe estudiar cuáles serán, pero entre las opciones están, por ejemplo, los medicamentos. Con los seis puntos de cotización restantes se pretende crear un fondo que se repartiría entre Isapres y Fonasa, pero con un solo plan de salud que cubra, al menos, todo lo que hoy está presente en el seguro público, más la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas de las Isapres. Fuera de este plan, se dejaría espacio para que estos seguros complementarios con regulaciones, fijen -por ejemplo- sus primas de acuerdo al riesgo de la cartera y no de cada individuo, como ocurre hoy. Además, estos seguros complementarios permitirían acceder a prestaciones o tecnologías que no están en el sistema público y a comodidades en ciertas clínicas o recintos privados.</p>
<p>ANÁLISIS: ¿Hay contradicción entre lo que plantea la Ministra y lo que da a conocer hoy la comisión? Sí, si pensamos que la comisión mayoritariamente es proclive a un fondo y a un asegurador único. Podría pensarse que la CR le dobló la mano al mundo privado, y no si se pretende revertir el escenario actual, con la presión del gobierno a través de la ministra Molina. Asimismo, resta camino por recorrer, no sólo en la Cr, sino que también dependerá de lo que resuelva el Ejecutivo, la discusión parlamentaria y la votación final del proyecto. Está claro, el tiempo juega a favor de las Isapres. Este insumo para que el ejecutivo redacte el proyecto de ley que modifique el SPS ¿tendrá una acogida íntegra y con las proyecciones que se esperan, vale decir, que esté vigente en una década?. ¿Llegarán a buen puerto en el Parlamento?.</p>	
<p>CONCLUSIÓN: ¿El Gobierno se compromete a implementar el escenario actual, es decir, el período de transición? y el ideado para el largo plazo (10 años).</p>	

LA TERCERA: 09 AGOSTO

DISCURSO DE LAS ISAPRES	
<p>Gonzalo de la Carrera, da a conocer muestras de disconformidad con el tinte que ha tomado la discusión en torno a la reforma al sistema Isapre y los efectos que tendría en el bolsillo de los afiliados de Isapres optar por un seguro único financiado con el 7% de cotizaciones en salud. Asimismo informó que la comisión apuesta a la reforma estructural del sistema completo y estatizar la salud en Chile. Sin embargo -según de la Carrera- el mandato presidencial era entregar una propuesta de reforma a la salud privada y solucionar los problemas que atentaban contra los principios de la seguridad social. Explica que a la larga habría un único comprador de servicios de salud, que sería Fonasa. Te van a obligar a atenderte en Fonasa porque el 7% se va a diluir entre 17 millones de chilenos. Asegura que ese fondo común no logrará cubrir ninguna de las clínicas de alto nivel. El estándar de la salud va a cambiar. Asegura que es inviable tener un sistema único de salud, porque el sistema de salud público no está a la altura. Auguró que habrá generación de seguros suplementarios (rol que cumplirán las Isapres), pues los complementarios cubren lo que no cubre la Isapre. Añade que chilenos de clase media van a poner plata en este fondo y van a tener que atenderse en Fonasa, porque no van a poder reponer el nivel de salud al que estaban acostumbrados. Hacerlo significa un sacrificio económico equivalente a pagar dos veces el 7%.</p>	
<p>ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE</p>	<p>Instalar en el imaginario colectivo el caos que se producirá si se estandariza la salud: la generación de seguros suplementarios, pues los complementarios cubren lo que no cubre la Isapre. Habrá chilenos de clase media que van a perder plata y tendrán que atenderse en Fonasa, porque no van a poder reponer el nivel de salud al que estaban acostumbrados. Hacerlo significa un sacrificio económico equivalente a pagar dos</p>

	veces el 7%.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Visión de que el mercado es más eficiente a la hora de otorgar salud de calidad versus la ineficiencia del Estado en esta materia.
ANÁLISIS: Si los problemas del SPS son estructurales ¿de qué manera se debe enfrentar dichas falencias? Divergencia. Comisión apuesta a la reforma estructural del sistema y las Isapres se defienden, recurriendo al mandato presidencial que, según ellos, era entregar una propuesta de reforma a la salud privada y solucionar los problemas que atentaban contra los principios de la seguridad social.	
CONCLUSIÓN: ¿La opción es Estado o Mercado? o ¿es posible otras alternativas? o, acaso ¿la vida es dual?	

LA TERCERA: 10 DE AGOSTO

DISCURSO DE LA CR E ISAPRES	
Respecto al seguro complementario, Pedro Barría sostiene que la gente se siente angustiada frente a cualquier posible enfermedad, al pensar en patologías en que, pese a que tengan un copago bajo, pensemos del 20%, le llega una cuenta de \$ 100 millones. Sigue siendo una cantidad alta. Además, "la gran mayoría de los complementarios son anuales, y si una familia de cuatro personas toma un seguro y un miembro tiene un cáncer ese año, es absolutamente seguro que va a recibir una carta diciéndole que no se lo renuevan el próximo año". El tema se ha planteado al interior de la CR. "No pueden seguir sin regulación, y así se ha planteado en la comisión. Deben estar regulados y bajo la tuición de la Superintendencia de Salud. También deben ser indefinidos porque, sino, es competencia desleal para las Isapres, en un contexto de reforma como la que se ha planteado". Por su parte Caviendes aseguró que "hay un mercado de gente que está dispuesta a sobreasegurarse, porque la cobertura de enfermedades catastróficas muchas veces es insuficiente. Pero los seguros funcionan exclusivamente porque existen las Isapres, pero ellos pueden poner fin a los contratos de forma unilateral y los ajustes de tarifas no están cuestionados".	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Regulación del SPS. Interés de las personas por los seguros complementarios.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Modelo socioeconómico neoliberal.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	La necesidad de regular a las aseguradoras complementarias.
ANÁLISIS: Más del 38 por ciento de la población tiene más de un seguro complementario.	
CONCLUSIÓN: ¿Es posible asegurar una salud a todo evento con el 7 por ciento?	

DIARIO FINANCIERO: 13 DE AGOSTO

DISCURSO DE LAS ISAPRES	
Replantean la posibilidad de igualar los costos de los planes para hombre y mujeres para evitar las discriminaciones actuales y poner fin a la cautividad, a través de un Fondo de Compensación de Riesgo por edad, sexo y estado de salud. Adicionaron que seguirán intentando cumplir el mandato de la Presidenta de la República, que fue de "reformular el sistema privado de salud", y no como sostienen algunos, hacer que desaparezca.	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Apostar a que en la segunda fase, correspondiente a la elaboración fina del proyecto que hará el Ejecutivo, para enviarlo a discusión parlamentaria, se eliminen las cláusulas que propenden de aquí a 10 años, desaparezcan las Isapres.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Mantener el negocio de la salud con algunos importantes ajustes.
ANÁLISIS: Aún quedan etapas decisivas en la tramitación del proyecto que reformará al SPS.	
CONCLUSIÓN: ¿Qué acontecerá en el Ejecutivo y los Parlamentarios?	

DIARIO PULSO: 13 DE AGOSTO

DISCURSO DE LA COMISIÓN DEREFORMA, EL GOBIERNO Y LAS ISAPRES	
<p>Según Camilo Cid, "nada se ha acordado aún". Y en esa dirección, indica que respecto de las propuestas de corto plazo, las líneas matrices van por el lado de usar herramientas de seguridad social para corregir problemas más patentes del sistema privado. En este caso, por ejemplo, de un plan de seguridad social estándar y universal para permitir acceso equitativo y eficiente; ajuste de riesgos entre Isapres para eliminar preexistencias, discriminación y cautivos e introducir solidaridad; precio de seguridad social del plan (7%) y precios comunitarios en riesgos de planes complementarios para evitar las alzas unilaterales y desmedidas; regulación de relaciones seguro-proveedores para evitar el abuso de poder de mercado y permitir mayor control de costos. "El conjunto de medidas permitiría llevar a que estas instituciones funcionen como entidades de la seguridad social". Pero es la idea de un seguro único de salud que se financie a través de la cotización legal del 7% -que es una idea a aplicar en el largo plazo y que se votó la semana pasada en la comisión- lo que ha encendido las alertas dado que se estima que implica el fin de las Isapres como se conocen hoy.</p> <p>Sobre los efectos que produciría esta idea en el sector de las Isapres, el Superintendente Pavlovic indicó que "todo el análisis que nosotros hacemos al funcionamiento del sistema, justifica la necesidad de cambios profundos". No obstante, indicó que para hacer un juicio más acabado de dicha propuesta es necesario esperar el informe final de la comisión presidencial.</p> <p>En tanto el sector de las aseguradoras privadas se estima que dicha idea es inviable y, según Hernán Doren, este planteamiento a largo plazo colapsaría el sistema. El sector se concentra en las propuestas que la Asociación hizo a la comisión y que busca mayor transparencia y equidad, y que en materia de cobertura considera la existencia de un Plan de Beneficios de Salud -que sería para todos los afiliados y que consideraría cobertura catastrófica, GES, examen de medicina preventiva, modalidad libre elección y ley de urgencia- a lo que se sumaría un plan complementario, que sería voluntario.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	La reiteración de los cambios posibles y la propuesta de las Isapres.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Refuerzo de ideas y consecuencias de cambios estructurales versus ajustes al modelo privado de salud. Más Estado menos mercado y más mercado y menos Estado.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Un plan de seguridad social estándar y universal para permitir acceso equitativo y eficiente; ajuste de riesgos entre Isapres para eliminar preexistencias, discriminación y cautivos e introducir solidaridad; precio de seguridad social del plan (7%) y precios comunitarios en riesgos de planes complementarios para evitar las alzas unilaterales y desmedidas; regulación de relaciones seguro-proveedores para evitar el abuso de poder del mercado y permitir mayor control de costos. "El conjunto de medidas permitiría llevar a que estas instituciones funcionen como entidades de la seguridad social". La idea que mayor controversia ha causado es la de implementar, en el largo plazo, un seguro único de salud que se financie a través de la cotización legal del 7%.
<p>ANÁLISIS: a la ofensiva de las Isapres le falta innovación, creatividad y justificación.</p> <p>Convergencias: necesidad de cambios en el SPS.</p> <p>Divergencias: Cambios estructurales por un lado y ajuste a lo existente por otro.</p>	
<p>CONCLUSIÓN: Los avances de la comisión mantienen en alerta a las Isapres. Mientras la comisión cuenta con apoyo mayoritario en su interior, así como fuera de ella, dado que el Superintendente de Salud y la Directora de Fonasa, potencian y complementan las ideas surgidas de la instancia presidencial.</p>	

EL MERCURIO: 13 DE AGOSTO

DISCURSO DEL GOBIERNO Y LAS ISAPRES	
<p>La Superintendencia de Salud entregó ayer las cifras de las ganancias de las Isapres durante el primer semestre de 2014, las que crecieron 45,7% en comparación con igual período de 2013, alcanzando \$ 49.804 millones. Los datos se conocieron cinco días después de que la comisión para la reforma a las Isapres definiera la creación de un fondo único en la salud, escenario en el que podrían desaparecer las aseguradoras. Referente a esto, el superintendente aclaró que las cifras se entregan todos los años en la misma fecha, pero que todos los análisis que han efectuado "no hacen llegar a la conclusión de que el sistema requiere cambios profundos". Sobre las alzas de las ganancias, la superintendencia y el gremio de las aseguradoras coincidieron en que la principal razón era el aumento de la prima por el programa GES, que en julio de 2013 pasó a cubrir 80 enfermedades.</p> <p>En la Asociación de Isapres llamó la atención esta coincidencia. Hernán Doren, evitó hablar de que existiera una "maniobra" para validar la decisión de la comisión, pero dijo que "hay que ver cuál es la estrategia que va a primar, y hay que preguntarles a los actores".</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Justificar el cambio estructural, dando a conocer las millonarias ganancias de las Isapres. Sigilo por parte de las Isapres, frente a la coincidencia de la información con los

	cambios que propone la comisión.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Frenar el lucro de las Isapres. Silencio de las Isapres.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Fondo Único en la Salud.
ANÁLISIS: ¿Cuál es la estrategia de la comisión de reforma al SPS y del Gobierno?	
CONCLUSIÓN: ¿Dejar ser a la comisión y luego plantear sólo los cambios propuesto por la presidencia?	

LA TERCERA: 13 DE AGOSTO

DISCURSO DE LAS ISAPRES Y EL GOBIERNO	
<p>Un plan de beneficios de salud (PBS), con cobertura de libre elección, precios diferenciados y con un reajuste regulado por ley, es la propuesta que presentaron las Isapres a la comisión e reforma del SPS, informó Hernán Doren.</p> <p>En relación a sus utilidades, el Superintendente de Salud, explicó que el resultado estaría dado, en parte, por las alzas de las primas GES, aplicadas por las aseguradoras en julio de 2013. Esto se debe a que sólo una de cada cuatro personas usa este beneficio, lo que se debería a "problemas de información y a que las redes ofrecidas por las Isapres para el goce de la Garantías GES no son suficientemente atractivas". En tanto, sobre la baja en 1,3% de la siniestralidad, Pavlovic lamentó que no se traduzca en bajas en el precio de los planes. "Los usuarios no terminan siendo beneficiados (de las ganancias), porque sus costos siguen aumentado", finalizó.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Reiterar propuesta de Isapres. Presentar la inconveniencia del SPS tal como está.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Sólo ajustar el modelo. El lucro no beneficia a las personas.
ANÁLISIS: Las Isapres reaccionan con una contrapropuesta a la propuesta de la CR sobre un el asegurador único.	
CONCLUSIÓN: Dado el escenario, las Isapres buscan soluciones que les permita mantenerse en el mercado de la salud.	

LA TERCERA: 16 DE AGOSTO

DISCURSO DE LAS ISAPRES	
<p>"Tenemos que perfeccionar lo que ha existido por 30 años y que agrupa a unos tres millones de chilenos", dice Marcelo Dutilh. Sostiene que al fundir los 7% se está imponiendo un impuesto adicional a toda la clase media, que está ejerciendo su derecho y lo perderían, porque el Estado sería el único seguro y el principal prestador de resolución de los problemas serían los centros de salud públicos, como ocurre actualmente en Fonasa. Añade que si el plan único público da una baja cobertura, la gente va a estar obligada a buscar un seguro complementario y gastar más. Advierte que las experiencias internacionales sobre el tema son muy diferentes, puesto que Chile tiene un grave déficit de personal de salud, tenemos una gran diferencia en la atención de una clínica privada y los hospitales públicos. En otros países desarrollados tienen un per cápita el doble al chileno y la cotización también es mayor y no tienen estos problemas.</p> <p>En relación a la regulación de los precios de prestadores y de medicamentos afirma que se puede avanzar, en soluciones integrales de salud, que ayuda en la comparación de los precios con que cada prestador resuelve un mismo problema de salud a una persona que tenga el mismo riesgo. Además, promueve la eficiencia en los prestadores. En Alemania el sistema de salud partió regulando a los prestadores de salud. Ratifica que el mandato de la Presidenta es proponer un nuevo régimen para mejorar el sistema privado de salud, no para destruir este sistema.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Arremetida de la Isapres sobre el panorama negativo que se vislumbra con el plan único de salud y potenciar el discurso presidencial sobre la propuesta de un nuevo régimen para mejorar el sistema privado.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Unificación y alineación de posiciones de las Isapres sobre la reforma.
ANÁLISIS: ¿Destruir?	
Divergencias: De quién es el 7%. La comisión sostiene que es de la seguridad social y las Isapres que es de las personas.	
CONCLUSIÓN: Se están dando señales concretas de cambios en la salud pública y con el eventual nuevo escenario, en el que ingresarían mayores cotizaciones, también fortalece la prestación y la calidad.	

LA TERCERA 16 DE AGOSTO

DISCURSO DE LA CR	
<p>David Debrott plantea cambios profundos al sistema de salud y señala que era un paso lógico en la discusión. Sobre continuar con el sistema dual de salud, sostiene que las Isapres se focalizan en un segmento de la población que tiene rentas altas, y ponen barreras de ingreso y, por lo tanto, su financiamiento per cápita de las Isapres es más alto. Todo esto genera efectos en los prestadores privados que, a su vez, van teniendo mayor disponibilidad de recursos para mejorar su atención y en la práctica tenemos dos sistemas que van alejándose en el tiempo. Agrega que si se eliminan las Isapres y Fonasa es el seguro público, no significa que las personas que se atienden en clínicas van a llegar a los hospitales, eso es mitología y nunca se ha planteado de esa manera. Lo que va a pasar con ellas es que el 7% va a ir al seguro público que cubre un estándar, y lo que hoy se paga extra a las Isapres, porque se cotizan sobre lo legal (10%), lo van a seguir pagando extra, pero ahora a un seguro complementario. Así, el 7% que aportan las personas lo entregan obligatoriamente, no es un impuesto, pero tampoco es de propiedad privada. Esa cotización ingresa a un fondo de la seguridad social y se gasta para las prestaciones que el Estado define. En el caso chileno, es para atenciones de salud y licencias médicas. Debrott, dice que el nivel de gasto en salud es bastante similar a países en desarrollo, alrededor de 8% del PIB. El problema a resolver es que el gasto público es muy bajo, porque no recibe cotizaciones de rentas altas. El gasto de bolsillo es muy alto, porque el aporte fiscal es muy bajo y este gasto fiscal tiene que aumentar. Hay países que no tienen nada que ver con Cuba, Corea del Norte o China, donde estos sistemas funcionan. Adiciona que en un sistema como Fonasa, como pagador único, por el tamaño de las compras que hacen, ellos pueden definir a qué precio comprar, eso no es fijar los precios. Añade que hay personas que han planeado que esto se reduce exclusivamente a un problema de las tablas de factores y de cómo se reajustan los precios de los planes y no es así. El Problema de las Isapres es general, es sobre cómo funciona el aseguramiento de la salud en Chile, cómo funcionan los proveedores, y las brechas que existen.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Persuadir que el Estado puede administrar la salud de los chilenos.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Más Estado y menos mercado.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA REFORMA DEL SPS	El 7% va a ir al seguro público que cubre un estándar, y lo que hoy se paga extra a las Isapres, porque se cotizan sobre lo legal (10%), lo van a seguir pagando extra, pero ahora a un seguro complementario.
<p>ANÁLISIS: Hoy, el 7% es de propiedad privada. Si el problema a resolver es que el gasto público es muy bajo, porque no recibe cotizaciones de rentas altas. El gasto de bolsillo es muy alto, porque el aporte fiscal es muy bajo y este gasto fiscal tiene que aumentar.</p>	
<p>CONCLUSIÓN: Sería muy fácil si los problemas que presenta el SPS fuera un problema de las tablas de factores y de cómo se reajustan los precios de los planes, sin embargo, no es así, el problema es de funcionamiento, es decir, estructural, generando brechas ostensiblemente amplias que requieren de honestidad, para hacer los cambios estructurales que se requieren.</p>	

LA TERCERA: 16 DE AGOSTO

DISCURSO DE LAS ISAPRES Y LA COMISIÓN REFORMA
<p>Gonzalo de la Carrera, sostiene que la mayoría de los integrantes de la comisión reforma ha decidido proponer una reforma brutal, que no beneficiará a nadie, donde se crea un fondo único de salud, que reúne el 7% de las cotizaciones obligatorias de todos los chilenos, expropiando esos recursos del sueldo de los cotizantes de Isapres. La propuesta transformará a Fonasa en un único asegurador y comprador a clínicas y hospitales, que fijará los precios a los prestadores y determinará los honorarios que cobran los médicos, transformándolos -en la práctica- en empleados del Estado. Con esta reforma dice, perderá la clase media, 3 millones de beneficiarios de las Isapres verán sus recursos diluidos entre 17 millones de personas. La gente perderá el nivel de cobertura al que estaban acostumbrados. ¿Será verdad, como afirma la directora de Fonasa, que los cotizantes conservarán sus planes, sus coberturas y sus lugares de atención?. Además, señala que se engrosarán las listas de espera. Nadie gana con esta propuesta. Nadie resulta favorecido con un sistema que en manos estatales ha probado tener graves deficiencias en calidad y oportunidad de servicios, y peores resultados en gestión, pese al continuo incremento del gasto público en salud. Asegura que esta propuesta no es un ataque a las Isapres, es una embestida directa y demoledora en contra de la clase media, que terminará cautiva y sin opción de escoger. El sector privado puede y debe seguir existiendo, porque ha demostrado ser capaz de garantizar la libertad de elección y está dispuesto a dar solución a los problemas e inquietudes de sus usuarios, como terminar con las preexistencias, entre otros problemas que presenta el SPS. Por otro lado, Oscar Ortega, asegura que desde que se aprobó la construcción de un Fondo Nacional de Salud que operaría como un seguro para toda la población, se ha intentado levantar una polémica con omisiones y con argumentos incorrectos. Tilda, al actual sistema de aseguramiento en salud, de anómalo en contexto internacional. No reconocer que las Isapres no son seguros privados, sino que instituciones privadas que administran un seguro social es una omisión relevante. Alude a la interpretación de "nivelar hacia abajo" como incorrecta, pues un arreglo de seguridad social de fondo único puede desarrollarse con prestadores públicos y privados. Es básico entender que una cosa es un fondo único de salud para toda la</p>

población y otra distinta son las instituciones que entregan atención de salud. Dice que la existencia de un seguro único obligará a toda la población sólo a hacer uso de los prestadores públicos es errado. Se omite, además, informar que las personas afiliadas a Isapres cotizan ya un promedio de 3%, adicional al 7% obligatorio. En los hechos, se están pagando seguros complementarios a las mismas Isapres. En consecuencia un plan de seguridad social para toda la población no excluye la posibilidad de continuar con planes complementarios que gran parte de los afiliados a Isapres ya paga.	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Desprestigiar el rol del Estado en materia de salud y apelar a la clase media para defender el SPS. Están haciendo una campaña del miedo y el desprestigio, a través de la omisión de información y una tergiversación de lo que se espera de la reforma. La comisión busca poner en contexto las declaraciones de las Isapres.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Pregonar que si el sector privado no existe no hay libertad de elección y se producirá una debacle social en salud. Según la comisión de RSP se busca avanzar hacia una sociedad más integrada y que el desarrollo pasa por terminar con las desigualdades.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Fondo Único de Salud que incluya seguros complementarios.
ANÁLISIS: Las Isapres están "sangrando por su propia herida" y les está doliendo la pérdida de espacio en el mercado de la salud, por lo que hacen una agresiva defensa de sus intereses económicos, para lo que toman el nombre de la clase media y los enfermos, a quienes abandonan cuando se agrava su patología. Esta distorsión de la realidad y la manipulación informativa intenta confundir a la población, generando un clima de inseguridad y desprotección.	
CONCLUSIÓN: los representantes de las Isapres no escatimarán ningún tipo de esfuerzo por continuar ocupando el espacio de privilegio que han ocupado hasta hoy, por lo que salen en su defensa con toda la artillería posible.	

DIARIO EL PULSO: 18 DE AGOSTO

DISCURSO MIEMBRO DE LA COMISIÓN DE SALUD DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS	
Juan Luis Castro, apoya los lineamientos que hasta ahora ha planteado la comisión de RSP. Lo nuevo es que el parlamentario en su planteamiento argumenta que si hoy el 80% de la gente está en el sistema público y sólo tenemos un 20% en el privado, es lógico que haya solidaridad entre los más jóvenes con los más viejos, entre las personas con enfermedad y las personas sanas, entre las que tienen muchas cargas y las que son jóvenes y solteras, para que así tengamos un sistema solidario. Hoy en el sistema público existe una gran barrera, que es la lista de espera, mientras en el privado existe otra gran barrera: el dinero.	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Modelo sociopolítico un tanto "más progresista".
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Que haya solidaridad entre los más jóvenes con los más viejos; entre las personas con enfermedad y las personas sanas; entre las que tienen muchas cargas y las que son jóvenes y solteras, para que así tengamos un sistema solidario. La barrera del sistema público es la lista de espera y la barrera en el privado es el dinero.
ANÁLISIS: efectivamente las enormes ganancias del SPS indican que algo importante y esencial no anda bien.	
CONCLUSIÓN: el sector privado de salud llama implícitamente a defender lo individual que responde a su esencia y a su idea de libertad y a desechar lo social, lo colectivo y lo solidario.	

EL MERCURIO: 22 DE AGOSTO

DISCURSO DE LA COMISIÓN REFORMA	
Camilo Cid informa que hay acuerdo en que exista un plan único de salud para todos, un fondo común entre las Isapres para que se repartan los dineros de acuerdo al riesgo de sus afiliados y se termine así con los problemas de movilidad y discriminación del sistema, y otro pequeño fondo entre las Isapres y Fonasa, éste último -que hasta ahora se estaría destinado a la compra de medicamentos de alto costo- sin llegar a acuerdo. La opción mayoritaria plantea que ese fondo común se puede financiar progresivamente descontando a las Isapres 0,7 puntos del aporte del afiliado cada año durante una década, pero otros aseguran que al hacer eso, se terminarían los seguros privados, porque al no contar con ese dinero no podrían cumplir con las coberturas pactadas en los contratos de salud vigentes. Por eso, tantean que el fondo común se debe financiar con aportes adicionales.	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Dar a conocer cuál es el tope en la discusión final.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS	A quién le cargan el fondo común.

PRESENTES EN EL DEBATE	
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	El fondo común podría financiarse con aportes adicionales de los usuarios.
ANÁLISIS: el financiamiento del fondo común está en la nebulosa.	
CONCLUSIÓN: no queda claro quién pagará el fondo común.	

LA TERCERA: 22 DE AGOSTO

DISCURSO DE LA COMISIÓN REFORMA	
Los cambios al sistema de administración, regulación y financiamiento de las licencias médicas, evalúa la comisión presidencial de reforma al SPS, para que esté a cargo de un ente autónomo, que no sea juez y parte como ocurre actualmente. Para esto se habrían solicitado informes sobre los gastos en que incurren los seguros públicos y privados en los subsidios de incapacidad laboral. La intención es que el nuevo organismo, que financiaría las licencias con parte del 7%, también administre los reposos por accidentes del trabajo, que en muchas ocasiones, afirman algunos comisionados, se paga como licencias médicas.	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Esclarecer cuál será el destino de las licencias médicas, puesto que ello requiere de un cambio.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Velar por el derecho al reposo médico a través de un ente independiente a las aseguradoras.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Cambiar el sistema de administración, regulación y financiamiento de las licencias médicas, para que esté a cargo de un ente autónomo, que no sea juez y parte
ANÁLISIS: Sucede que las licencias médicas son para reposo médico. No obstante, las personas deben deambular de un lado a otro para que se les reconozca la licencia y puedan percibir su remuneración sin el menor daño pecuniario posible, como sucede actualmente.	
CONCLUSIÓN: Este deambular, con todo lo que ello significa para que te consideren la licencia es un castigo para quienes se enferman.	

LA TERCERA: 23 DE AGOSTO

DISCURSO DE LA CR	
En relación a los cambios propuestos por la comisión en los que las Isapres -supuestamente- irán desapareciendo progresivamente, Camilo Cid explica que la iniciativa votada el pasado 7 de agosto, sólo buscó sentar las bases de la discusión, para ahora centrarse en "una propuesta concreta" enfocada en el funcionamiento de las Isapres. Así, la comisión ya se ha encauzado en la reforma. No de forma antojadiza, pues, según trascendió, dos elementos llevaron al gobierno a disipar las dudas respecto de los objetivos que se busca de los expertos: la intervención de la directora de Fonasa, Jeanette Vega, quien públicamente propuso un modelo que elimina las Isapres y la encuesta CEP, donde el 51% de los encuestados puso la salud como principal problema que preocupa.	
El comisionado Mario Parada, basado en el decreto presidencial que creó la comisión y que habla de reformar el "sistema de salud en su conjunto" y que alude a la "equidad y solidaridad", conceptos que generan discordia en el grupo, defiende el accionar de la comisión, señalando que "si la Presidenta sólo necesitara un proyecto de ley no habría recurrido a la comisión. Tiene equipos capaces de hacerlo. Ella quería asesoría de expertos con amplia representación ideológico y política para plantear una política pública".	
Las propuestas van por el lado de crear un Seguro Público de Salud que terminaría con las Isapres, financiado por el Estado y el 7%, que tiene un plan estandarizado y coberturas adicionales con seguros complementarios. Fondo Mancomunado en el que se mantendría el seguro privado y se crea un fondo compensatorio de riesgo entre Isapres y otro fondo que lo une con Fonasa para financiar atenciones determinadas y Sistema dual con cambios , cambios se enfocarían sólo en las Isapres. También proponen un fondo compensatorio de riesgo y otro para promover la medicina preventiva.	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Imponer las visiones de mundo en juego, opuestas de los grupos de poder al interior de la CR. En algunos casos políticas y, en otros, economicistas.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Mayoritariamente de centro izquierda y del interés del rol que debe jugar el Estado en la protección de las personas. Por otro lado, una visión liberal o neoconservadora respecto al rol preponderante que debe jugar el mercado en la salud y la reducción máxima de la intervención estatal.

PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	<p>Seguro Público que terminaría con las Isapres. Seguro público financiado por el Estado y el 7% que tiene un plan estandarizado y coberturas adicionales con seguros complementarios.</p> <p>Fondo Mancomunado en el que se mantendría el seguro privado y se crea un fondo compensatorio de riesgo entre Isapres y otro fondo que lo une con Fonasa para financiar atenciones determinadas.</p> <p>Sistema dual con cambios, los que se enfocarían sólo en las Isapres. También proponen un fondo compensatorio de riesgo y otro para promover la medicina preventiva.</p>
<p>ANÁLISIS: Para el sector privado esto constituye una amenaza directa a las Isapres, por lo que su constante llamado es a regirse por el mandato presidencial consistente en la generación de un informe técnico que daría forma a un proyecto de ley. Acusan a los 18 comisionados de ampliar el mandato de Bachelet, al punto de votar la creación de un seguro público que elimina las Isapres del Sistema, considerando este hecho como un incumplimiento y un debilitamiento del Minsal. Se cuestiona el trabajo y la finalidad para la que fue creada la comisión. El incidente incomodó a La Moneda, provocó un quiebre en la mesa y puso en riesgo la constitución de la comisión, luego que los representantes del sistema privado discutieron la opción de abandonarla. Las posiciones se radicalizan en la medida que se acortan los plazos para entregar la propuesta. Las votaciones por las ideas del grupo "progresista" al interior de la comisión, fueron de la de Fernando Matthews y Marcelo Dutilh, de las Isapres Banmédica y Consalud, respectivamente cuando se votó la idea de hacer cambios macros al sistema privado.</p>	
<p>CONCLUSIÓN: Con esto, se les "quita el piso" y merma el poder a las aseguradoras privadas.</p>	

LA TERCERA: 23 DE AGOSTO

DISCURSO DE LA COMISIÓN DE SALUD DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS	
<p>El presidente de la Comisión de Salud de la Cámara, Marco Antonio Núñez, entrega un espaldarazo a la ministra Molina por las críticas que ha recibido del oficialismo y que dicen relación con rumores de cambio de la autoridad. Asegura que el Minsal fue recibido por el gobierno actual con severos daños institucionales, producidos por una gestión autoritaria e ineficiente que confundió liderazgo político con maltrato y abusos administrativos. Dice que llegó la hora de que las Isapres se conviertan en instituciones de seguridad social sin discriminaciones, exclusiones, ni preexistencias, con costos razonables y con mayor transparencia en su funcionamiento. Agrega, que la propuesta de Jeanette Vega fue malinterpretada de manera interesada, puesto que dicha idea se inscribe en un proceso a largo plazo. Agrega que finalmente serán la Presidenta Bachelet y la ministra Molina las que van a tomar la decisión final sobre el diseño técnico de la propuesta.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Alinear y equilibrar el debate político de la "Nueva Mayoría" y deslegitimar la gestión en salud del antecesor gobierno de derecha.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	PPD.
<p>ANÁLISIS: Esta entrevista sólo mantiene el estatus quo del debate, aunque da algunas señales que lo alinean a las posiciones de los comisionados más progresistas de la comisión reforma.</p>	
<p>CONCLUSIÓN: En la etapa de la discusión parlamentaria se apreciará de mejor forma el discurso de los parlamentarios.</p>	

LA TERCERA: 23 DE AGOSTO

DISCURSO DE MIEMBRO DE LA COMISIÓN DE SALUD DEL SENADO
<p>Una de las integrantes de la Comisión de Salud del Senado, Jacqueline Van Rysselberghe, declara que no es casual que los integrantes de la comisión reforma hayan optado por un modelo que eliminaría, a la larga, a las Isapres del sistema y que, lo que se busca, es "estatizar la salud". Sostiene que la comisión fue hecha a la medida para un objetivo predeterminado por el gobierno: eliminar las Isapres del sistema de salud; expropiar el 7% del sueldo que cada trabajador dedica a su salud y que libremente entrega a un tercero, público o privado, para que se lo administre, para entregárselo a un Fondo Solidario manejado por el Estado. Es una medida más de este gobierno que busca restringir la libertad del elegir de las personas y reemplazarla por una administración obligatoria del Estado en la salud. Denuncia que la Presidenta Bachelet anunció que crearía un grupo de trabajo técnico, pero en la práctica, lo que sucedió es que reunió a un grupo de 15 personas que pensaban ideológicamente igual, con sólo tres representantes del sistema privado, y se trabajó sobre una propuesta del secretario ejecutivo de la comisión (Camilo Cid), ante el cual se debe votar sí o no. Acrecienta que esto es escandaloso y es lógico -dice- que genere polémica y ruido, porque una cosa es buscar mejoras que el sistema privado necesita hace mucho tiempo, pero otra muy distinta es terminar estatizando la salud y obligar a todos los chilenos a estar en Fonasa.</p>

ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Desacreditar la posición mayoritaria de la comisión reforma con el mito de la estatización de la salud y restringir la libertad de las personas de elegir, para que todos ingresen a Fonasa.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	UDI y su irrestricto apego al neoliberalismo imperfecto.
ANÁLISIS: Desacreditar la posición mayoritaria de la comisión reforma con el mito de la estatización de la salud y que todos ingresen a Fonasa, como si todo pasará por el nombre de las instituciones públicas que, sin duda, enfrentan problemas que es preciso abordar. Sin embargo, no se observa que la propuesta del seguro único tenga la intención de hacer cambios con lo mismo existente. Asimismo, queda claro que esto requiere cambios radicales en el sistema público también. Pasa que la indolencia frente a las mayorías necesitadas es incalculable.	
CONCLUSIÓN: Como sostiene la parlamentaria, era esperable este resultado ¿por qué el SPS no tomó las medidas de resguardo, reemplazando los abusos por beneficios para los afiliados? Son o no eficientes. Al aparecer no era posible continuar con lo que de verdad es escandaloso, las millonarias ganancias alcanzadas por los privados en el negocio de la salud, entre otras graves prácticas que conllevaron a este momento.	

EL MERCURIO: 24 DE AGOSTO

DISCURSO DEL GOBIERNO	
Molina, informa que la comisión está muy encaminada, y no está por hacer cambios estructurales en salud. La comisión apuntará a una ley que regule mejor ciertas atribuciones de las Isapres y también de los usuarios, con mecanismos interesantes de compensación y alianzas que suavicen muchas cosas factibles, sin que dejen de ser un buen negocio y un buen sistema para los 4 millones de personas que quieren estar en él. Quedaría satisfecha si se terminara con la discriminación, por sexo, por edad, por preexistencia de patologías. Eso me parece sustantivo. Asimismo, alude a que su prioridad es "el 80% de los chilenos que se atienden en Fonasa, pero el gobierno es de todos los chilenos, y debe velar por el 17% que está en Isapres, para que también tengan un sistema más justo".	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Descartan cambios estructurales en el SPS.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	PPD y la continuidad del sistema dual de salud.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Mantención del sistema dual de salud (público y privado).
ANÁLISIS: Molina, informa que la comisión está muy encaminada, y no está por hacer cambios estructurales en salud. ¿Cómo es eso? ¿La idea es que parezcan estructurales? o que parezcan ¿de forma? Alguien está jugando o están coludidos en el juego de los decires. La voz del gobierno en esta materia es la Ministra no la comisión, por lo que lo oficial es que: la comisión apuntará a una ley que regule mejor ciertas atribuciones de las Isapres y también de los usuarios, con mecanismos interesantes de compensación y alianzas que suavicen muchas cosas factibles, sin que dejen de ser un buen negocio y un buen sistema para los 4 millones de personas que quieren estar en él. Quedaría satisfecha si se terminara con la discriminación por sexo, por edad, por preexistencia. Eso me parece sustantivo. "El 80% de los chilenos que se atienden en Fonasa, pero el gobierno es de todos los chilenos, y debe velar por el 17% que está en Isapres" y es que el estado y la calidad de la salud de ese 80% no tiene nada que ver con el otro 17% o, dicho de otra forma, Fonasa no tiene nada que ver con las Isapres o a la inversa. ¿No se afectan mutuamente? Y es que las Isapres no se benefician económicamente del sector público y con sus prácticas mercantiles no la afecta? ¿es que el sistema de salud dual no es parte sustantiva de la segregación?	
CONCLUSIÓN: las señales oficiales van por el lado de plantearse los ajustes necesarios que permitan ¿obligadamente la solidaridad y la no discriminación? Es que los principios se imponen por ley? La ministra quedaría contenta con eso, pero ella se preguntará si a las personas que están en las Isapres, eso las pone contenta, más aún si la alegría de la autoridad no contempla la tarificación. ¿La ministra no sabe cuántos afiliados tienen las Isapres? Quedaría satisfecha si se terminara con la discriminación por sexo, por edad, por preexistencia de patologías. Eso me parece sustantivo. "El 80% de los chilenos que se atienden en Fonasa, pero el gobierno es de todos los chilenos, y debe velar por el 17% que está en Isapres". ¿Esto es velar?	

LA TERCERA: 24 DE AGOSTO

DISCURSO DEL GOBIERNO	
<p>La ministra mantiene su discurso sobre que no se hará una reforma estructural. Sobre la propuesta de la directora de Fonasa dice que el gobierno lo representa ella. La línea del gobierno en salud la conduzco yo y la directora de Fonasa es subalterna mía y, agrega la autoridad que no tiene bozal para la gente que tiene ideas, pensamientos o que son académicos que se han pasado la vida investigando el tema.</p> <p>Sobre la propuesta de la comisión sostiene que cuando uno convoca a 18 personas del más alto nivel intelectual, académicos, abogados, lo obvio es que cada uno pensó en su sueño, pero que no necesariamente es parte del plan del gobierno. Los sueños son para el largo plazo, esperanza Molina. Dice que los modelos de financiamiento que propone la comisión no son novedad del año, son conocidos, pero el producto que nosotros (el gobierno) vamos a tener y que está prácticamente diseñado en general. No está el detalle fino, pero la arquitectura básica está hecha y hay bastante consenso sobre una ley de Isapres que dé garantías a la población y algunas innovaciones sobre seguros de salud.</p> <p>La Ministra descarta e insiste que no habrá un cambio estructural del sistema, por lo tanto un sistema de financiamiento diferente al que está tampoco, argumenta. El cómo vamos a regular que no hayan preexistencias y que a las personas no se las discrimine por edad o sexo, hay aportes súper interesantes también en términos de tener algunos factores para prestaciones universales que tendrían algún nivel de solidaridad, pero siempre manteniendo el esquema como está hoy.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	<p>Aclarar exactamente y reiterar el discurso del gobierno respecto a la reforma del SPS.</p> <p>Preparar el escenario de la segunda etapa que se avecina; la redacción del Proyecto de Ley que enviará el Ejecutivo para su tercera etapa, es decir, la discusión parlamentaria.</p> <p>Dar señales concretas a las Isapres que no serán tocadas en su esencia mercantil, manteniendo como dice la ministra, el esquema como está hoy.</p>
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	<p>"Nueva Mayoría", consumida por la corriente neoliberal.</p>
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	<p>Ajustes al SPS.</p>
<p>ANÁLISIS: Esto hace pensar que el gobierno ha estado trabajando paralelamente una propuesta. ¿Da lo mismo, los resultados de la comisión reforma?</p> <p>Si la ministra representa, como debe ser, la posición del gobierno entonces estamos frente a una propuesta de la comisión imposible de implementar. Es posible quedar igual o ¿peor? Las Isapres saben cómo mejorar y revertir su situación de aparente desmedro.</p>	
<p>CONCLUSIÓN: Seguramente estas señales del Gobierno, mantiene a las Isapres tranquilas, como metacomunicando: propongan lo que quieran, finalmente somos nosotros quienes golpeamos la mesa.</p> <p>Cada uno pensó en su sueño, implica que los comisionados cada uno con su propio imaginario, no necesariamente se traducirá al nivel simbólico, es decir, en el plan del Gobierno.</p> <p>Frente a este confuso escenario, a la ministra ¿le tocó bailar con el feo? Como autoridad, representante del Gobierno, ciertamente debe "poner la cara", desincentivando expectativas de la gente y señalando lo que se hará, porque pareciera que se busca con ello la gobernabilidad pacífica, con los consensos y los acuerdos que caracterizan a la democracia procedimental.</p> <p>Quizá habrá, en los próximos dos años, votación de un Proyecto de Ley tan consensuado que corresponderá a la cuarta y última etapa de este debate. Por lo mismo, y hasta ahora, la duda sigue siendo ¿qué pesará más, el dinero o la política? o ¿son parte de un mismo patrón? El poder dividido en los que no tienen dinero, los políticos y los que lo tienen el económico?</p>	

EL MERCURIO 25 DE AGOSTO

DISCURSO DEL GOBIERNO, PRESENTE COMISIÓN DE SALUD CÁMARAS BAJA Y ALTA E ISAPRES
<p>La ministra Helia Molina, tras desestimar la propuesta de la directora de Fonasa, Jeanette Vega, consistente en crear un Fondo único estatal que pondría fin a las Isapres y aprobada por la CR, declaró que "a la comisión le encargamos específicamente una ley de Isapres que mejore inequidades, discriminaciones y todas aquellas cosas que las hacen tan criticada por sus propios usuarios".</p> <p>El presidente de la Comisión de Salud de la Cámara, Marco Antonio Núñez, coincidió al decir que "los secretarios de Estado son la máxima autoridad después de la Presidenta, y eso es lo que representa la doctora Helia Molina en la salud chilena" y, agregó que a su juicio la ministra "cuenta con el máximo respaldo y lealtad por parte de la directora de Fonasa". Sobre el tema Núñez sostuvo que "el programa de gobierno es muy claro: aprobaremos una reforma del financiamiento del sector vinculado directamente a las Isapres". Informó además que, "el programa contempla cambios estructurales del sector de salud, como la ley de Isapres", aunque puntualizó que "obviamente no son reformas de la magnitud de la tributaria o la educacional".</p>

<p>Guido Girardi, quien ejerce el mismo cargo en la Cámara Alta, opinó que "lo que dicen ambas personalidades es cierto", en el sentido de que la ministra Molina dio cuenta de que es algo que no está contemplado en el programa, y Vega hizo un planteamiento en un espacio de reflexión, y con el que él coincide. Asimismo, junto con compartir plenamente la opinión de Vega, en el sentido de que "la política a futuro de la "Nueva Mayoría" debiese ser la construcción de un Fondo Único y generar financiamiento suficiente para la salud". El senador advirtió que si bien esto no está puesto como una prioridad para esta administración, "la situación de salud es mucho más crítica de lo que pensábamos cuando se hizo el diagnóstico que dio origen al programa". Girardi acusó que "heredamos del gobierno de Piñera un desastre. Se dismanteló el sistema de salud público, con un déficit de especialistas y con una lista de espera que ellos encubrieron, y eso va a obligar a hacer una redefinición en salud".</p> <p>Por su parte, Rafael Caviedes del gremio de las Isapres, apoya a la ministra, sosteniendo que "por ahora nos parece prudente no opinar y ver cómo marcha el curso de los acontecimientos. Aunque es obvio que la ministra ha sido suficientemente clara y está entregando sus orientaciones a la comisión". Así también Gonzalo de la Carrera dijo estar "muy de acuerdo con que la ministra recuerde el origen y el sentido de esta comisión. Esta es la cuarta vez que lo hace y esperamos que esta vez sea escuchada".</p>	
<p>ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE</p>	<p>Convencer que es posible bajo el mismo modelo actual, mejorar las inequidades, discriminaciones y todos aquellos vicios que conlleva el SPS, sin que eso pase por un cambio estructural que implique un cambio de modelo.</p> <p>Mostrarse por encima de dicha polémica, entregando su apoyo a la ministra y aceptando con gusto la "protección" de la representante del gobierno.</p>
<p>CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE</p>	<p>"Nueva Mayoría", sostiene visión neoliberal con ajustes.</p>
<p>PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS</p>	<p>El principal escenario que se plantea está relacionados con realizar sólo algunos ajustes al modelo, manteniendo el lucro del SPS.</p>
<p>ANÁLISIS: Si a la CR se le encargó -como lo dice la ministra- específicamente una ley de Isapres que mejore inequidades, discriminaciones y todas aquellas cosas que las hacen tan criticada por sus propios usuarios, de qué manera se espera cambiar esos vicios, sino a través de un cambio estructural que implica el cambio de modelo, por otro más humanizado que necesariamente requiere de cambios profundos. El presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, Marco Antonio Núñez, se alineó con la ministra Molina y señaló que "el programa de gobierno es muy claro: aprobaremos una reforma del financiamiento del sector vinculado directamente a las Isapres". ¿Dijo algo?</p> <p>En cambio, Guido Girardi, presidente de la Comisión de Salud de la Cámara Alta, opinó que "lo que dicen ambas personalidades es cierto" y se mostró de acuerdo con el planteamiento de Vega hecho en un espacio de reflexión, y con el que él coincide. Esta coincidencia ¿qué significa? ¿Apoyará la eliminación de las Isapres?, o él también tiene la misma reflexión, pero que es sólo eso -una reflexión- ¿qué camino tomará Girardi en el Senado? Jugado el Senador, esperamos que eso se refleje en la discusión parlamentaria sobre la RSP. Con las declaraciones de Girardi a la vista, se puede decir, por tanto, que por "culpa" del gobierno de Piñera, que ciertamente tienen cierto asidero, no se va a poder hacer una reforma profunda a la SPS? O, eso, va a obligar a hacer una redefinición en salud, como lo manifiesta el Senador Girardi.</p> <p>No sabían, cuando elaboraron el programa que la realidad en salud era peor de lo que creían, dónde está la supervisión de los parlamentarios o, es que acaso cuando Girardi visita los centros de salud, lo hace en busca sólo de votos?</p>	
<p>CONCLUSIÓN: Contradicciones en el PPD Molina y Marcos Núñez alineados por sólo los ajustes al modelo del SPS. Vega y Girardi, de acuerdo con Fondo Único de Salud que termine con las Isapres.</p> <p>En tanto, el gremio de las Isapres aprovecha la polémica a su favor.</p>	

LA TERCERA: 26 DE AGOSTO

DISCURSO DE LAS ISAPRES	
<p>El gremio de las Isapres valoró los dichos de la ministra Molina, quien aseguró que este gobierno no hará cambios estructurales al sistema, en el marco del trabajo que realiza la comisión de expertos que votó un modelo que a futuro termina con las aseguradoras. Doren dijo que están en línea "con el concepto original de la formación de la comisión, que es solucionar los problemas del sistema Isapres. Me parece lógico y razonable que ella (la ministra) haga cumplir ese mandato". Sobre el actuar de la directora de Fonasa, Doren dijo que la respuesta de Molina, quien aclaró "la línea del gobierno en salud la represento yo y la directora de Fonasa es subalterna mía", está "dentro de lo que significan los rangos y escalafones en el gobierno. Obviamente está primero la Presidenta, luego los ministros y después vienen los cargos inferiores".</p>	
<p>ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE</p>	<p>Establecer con claridad que las Isapres están en línea con el gobierno y a la inversa.</p> <p>Menguar a los actores que proponen la desaparición del sistema privado tal y como está.</p>
<p>CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE</p>	<p>Neoliberalismo imperfecto.</p>

PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Las Isapres continuarán con el mismo esquema trabajando, puesto que no habrá cambio estructural, las cosas seguirán tal y como están, sólo con algunos ajustes.
ANÁLISIS: la ministra, que representa al Gobierno, y las Isapres tienen el mismo discurso y se apoyan y retroalimentan mutuamente. La ministra, como representante de gobierno, clausura toda posibilidad de estudio profundo que requiere una reforma estructural, porque lógicamente no está en la línea del gobierno.	
CONCLUSIÓN: Hoy está más claro cuál es el rol de cada actor involucrado en la RSP y que reforma estructural no habrá, por lo que en lo esencial, se mantendrá el <i>statu quo</i> que resguarda el SPS.	

EL MERCURIO: 26 DE AGOSTO

DISCURSO DEL GOBIERNO Y COMISIÓN REFORMA	
Molina sostiene que: No habrá cambio estructural, pero sí cambios importantes; se busca tener una mejor relación entre las prestaciones y sus costos, el acceso, la calidad y oportunidad de atención de las personas, pero "manteniendo la institucionalidad que tenemos". De esta forma deslizó que durante este Gobierno no se terminará con el sistema de seguros privados, como ocurriría al implementar un fondo único y seguro de salud, que es la idea de largo plazo que aprobó por mayoría la comisión asesora. Hoy día no estamos en un gobierno que va a hacer una cuarta reforma, porque es imposible hacer tantas cosas en cuatro años, pero vamos a avanzar, haciendo alusión a los cambios en materia tributaria, educacional y constitucional que actualmente están en discusión. Por su parte, Camilo Cid, advirtió que la comisión reforma existe "porque salud es una política prioritaria", y en el caso del sistema de Isapres, "implica una transformación que, en una primera etapa, se hace cargo de las principales deficiencias de los seguros privados y que sus beneficiarios ya no toleran". Cid, aclaró que si bien esos son los cambios "que se pueden hacer por ahora, estoy convencido desencadenarán a mediano plazo una reforma de alcance estructural". Agrega que aunque lo que les ha encargado la Presidenta es fundamentalmente una solución a los problemas de discriminación, movilidad y precios de las Isapres, que es lo que le entregarán, sí han hecho y expondrán un panorama más completo que incluirá las proyecciones de esa medida en el largo plazo..	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Comunicar que la institucionalidad que tenemos en el ámbito de la salud, se mantendrá. Camilo Cid, morigera su discurso más radical del cambio estructural, chutendola como una medida para el largo plazo.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Neoliberal.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	No habrá cambios estructurales en el sistema de salud privada.
ANÁLISIS: El cambio estructural, afectaría la concepción del modelo político y económico que lleva adelante la ex Concertación y la "Nueva Mayoría" por más de 3 décadas.	
CONCLUSIÓN: Se inicia la alineación de Camilo Cid.	

DIARIO FINANCIERO: 26 DE AGOSTO

DISCURSO DE LAS ISAPRES	
Conformes se muestran los actores del sistema privado de salud del país, luego de que la ministra del sector, dijera que no habría cambios estructurales. "Esperamos que este nuevo llamado de la titular de la cartera tenga receptividad entre quienes no han estado por obedecer el mandato presidencial", declaró Gonzalo de la Carrera. Dijo que las declaraciones de la ministra, según el ejecutivo, apuntan a reencaminar el trabajo de la comisión y a enfocarse en una mejor ley de Isapres, "que dé respuestas a las inquietudes de los afiliados". En la misma línea opinaron Ana María Albornoz y Hernán Doren.	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Defensa gremial de la minoría integrante de la comisión reforma, desacreditando el trabajo de la comisión reforma y reducir con cambios que se necesitan a sólo: mayor transparencia, movilidad y preexistencia.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Estrecho acercamiento de las posiciones del Gobierno y las Isapres sobre la mantención del modelo.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Cambios parciales.

ANÁLISIS: El llamado que hacen las Isapres a la comisión reforma sobre perfeccionar el sistema, ubica a la comisión en una incómoda situación, puesto que están trabajando no al servicio de las Isapres, ni mucho menos para que les vaya mejor.

CONCLUSIÓN: Confirma que el poder de las minorías elitistas, el que hasta ahora sigue indemne.

ESTRATEGIA: 26 DE AGOSTO

DISCURSO DE LA COMISIÓN REFORMA	
<p>Los integrantes de la comisión reforma, Pedro Barría y David Debrott, opinaron sobre su función en la comisión reforma. En ese sentido Barría se alinea con el Gobierno y sostiene que "si la Presidenta fija un itinerario, nosotros no podemos andar proponiendo otra cosa". Por su parte Debrott aclaró que no se "puede discutir una transformación específica si no se sabe la orientación que va a tener esa reforma".</p> <p>Respecto a las licencias médicas, Barría acotó que su reforma "no se propondrá en esta etapa porque requeriría un gasto". Debrott, por otro lado, manifestó que lo que se discute es el "separar de la cotización los recursos que permiten financiar las licencias". Además, respecto al seguro público único, dijo que este no se incluirá -en gran detalle- en el proyecto de ley porque no le competiría a este período presidencial. Por último Debrott adicionó que también estaría en discusión el "crear un sistema de ajustes de riesgo para permitir la movilidad de los afiliados y el regular el alza de precios en los planes".</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Comenzar a bajar los temas, para responder al requerimiento presidencial.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	En la centro izquierda gobernante, predomina una fuerte corriente neoliberal.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Se vislumbran cambios parciales que no corregirán importantes vicios del sector privado de la salud y que afectan a la totalidad del sistema.
<p>ANÁLISIS: Este medio de comunicación da cuenta del frenazo a la innovación y la creatividad de la comisión reforma, hace que temas importantes, como lo era el de las licencias médicas, materia en la que había una propuesta, para que las aseguradoras no fueran juez y parte, ya no se propondrá, entre otras bajadas.</p>	
<p>CONCLUSIÓN: ¿Qué puntos concretos incluirá la RSP? ¿Puede haber credibilidad en un trabajo profesional de expertos en salud, que comienzan a desplazar lo colectivo por lo individual, acotando temas tan importantes para un real cambio de modelo de salud.</p>	

EL MERCURIO: 29 DE AGOSTO

DISCURSO DEL GOBIERNO	
<p>La ministra Molina, a través de misiva declara sus dichos sobre que la comisión "no está por hacer cambios estructurales en salud". En el texto Molina dice que tiene una alta percepción del trabajo que ha realizado la comisión, la que busca proponer "una nueva ley" para el sistema de salud privado, pero en la que también "entendiendo se discuten elementos sustantivos en lo relativo a la universalidad de ciertas acciones y de mecanismos innovadores para lograrlo". Prosigue aduciendo que "las reflexiones y propuestas allí planteadas por todos y cada uno de los miembros es un insumo de primer nivel en lo académico y en lo estratégico, y que sin duda abren un camino a trabajar hacia adelante".</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Desmarcarse de la posición de las Isapres.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Partidos políticos de la "Nueva Mayoría" en el gobierno y la interrelación de respeto recíproco y acercamiento de posiciones aparentemente divergentes, entre el gobierno y la CR.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Se retoma la posición de crear un Fondo Único de Salud a largo plazo.
<p>ANÁLISIS: ningunear el trabajo de la comisión no es ético, sobre todo si la Ministra dice que es preciso fortalecer el sistema público de salud.</p>	
<p>CONCLUSIÓN: Por qué la ministra se muestra "más papista que el papa" frente a la RSP.</p>	

LA TERCERA: 29 DE AGOSTO

DISCURSO DE LAS ISAPRES Y COMISIÓN REFORMA	
<p>“Me preocupa que el llamado de la ministra (Molina), de que se le entregue una propuesta concreta que resuelvan los problemas del sistema Isapres, no sea escuchado por el secretario de la comisión (Camilo Cid)”, dijo Ana María Albornoz. La misma visión tuvo Gonzalo de la Carrera, quien dijo que aún se debaten cambios estructurales al sistema, posibilidad que fue descartada por el gobierno. “Se ha generado un escenario de incertidumbre al desconocerse las instrucciones de la ministra, quien ha sido clara en interpelar a la comisión para trabajar en la propuesta de ley de Isapres. La actitud de Cid es a no reconocer el llamado de la necesidad de hacer una buena y viable propuesta de ley”.</p> <p>Al respecto, Camilo Cid, respondió que “se comentó al comienzo de la reunión el tema de las declaraciones de la ministra, pero rápidamente nos enfocamos en el trabajo predeterminado. Hay algunos que pueden pensar que no se está cumpliendo el mandato, pero la mayoría no”, dijo.</p> <p>David Debrott, aseguró que “los comentarios realizados al comienzo no cambiaron la agenda de discusión que está planificada desde las primeras reuniones”.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Opacar y desprestigiar la labor de Camilo Cid (representantes Isapres). Trabajar con tranquilidad y proyección (comisión reforma).
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Una visión individualista y otra más social y cooperativa.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Fondo Único de Salud.
<p>ANÁLISIS: La tensión al interior de la comisión reforma se vuelve más evidente, dada la proximidad de la entrega del informe final.</p> <p>La doble militancia de algunos miembros de la comisión reforma, como lo son los representantes de la Isapres, tensiona convenientemente las situaciones, las manipula, incluso ocupan a los medios de comunicación como voceros de sus demandas.</p>	
<p>CONCLUSIÓN: La mayoría de la comisión reforma apoya la gestión de Camilo Cid.</p> <p>Los representantes de las Isapres no son capaces de respetar los acuerdos mayoritarios de la comisión, puesto que no dan cuenta de ellos (acuerdos), sólo se limitan a defender sus intereses y a socavar los acuerdos a los que ha sido muy difícil llegar, por las polarización en la visión de mundos opuestos.</p> <p>Al parecer el gobierno cambio la estrategia y está dejando ser a la comisión reforma, puesto que ya dejó instalado el discurso de que no habrá reforma estructural.</p>	

EL MERCURIO: 31 DE AGOSTO

DISCURSO DE INTEGRANTES DC DE LA COMISIÓN DE SALUD DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS	
<p>“La comisión debe entregar una propuesta al Gobierno para que el Ejecutivo lo traduzca en proyecto de ley y se está generando un debate en torno a una propuesta que está surgiendo como mayoritaria para construir un seguro de salud único con la cotización del 7%”, dice el diputado PS Manuel Monsalve, de la Comisión de Salud. A su juicio, habrá que ver cuánto de los US\$ 2.800 millones de la reforma tributaria que no van a Educación va a salud. Dice que se “está avanzando hacia la propuesta de un plan garantizado de salud, donde todos los chilenos cotizarían el 7% que sea administrado por un organismo que no sea ni las Isapres ni Fonasa”. Con él coinciden los diputados de la DC Víctor Torres y Gabriel Silber. “En materia de Isapres se requieren cambios estructurales y el seguro único va al fondo del tema. No queremos cambios cosméticos”, dice Silber.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Entregar su postura a favor del fondo único en salud con aportes importantes de la reforma tributaria.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	PS y DC una mirada más socialista.
<p>ANÁLISIS: Veremos que sucede con estos diputados en la discusión parlamentaria, cuando tengan el tema en sus manos y deban resolver.</p>	
<p>CONCLUSIÓN: A los parlamentarios de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, hasta fines de agosto, les complace la idea del fondo único en salud.</p>	

ESTRATEGIA: 03 DE SEPTIEMBRE

DISCURSO DE LA COMISIÓN REFORMA	
<p>David Debrott informa sobre las propuestas que se han estado elaborando al interior de la comisión reforma, entre las que se encuentran las licencias médicas. La idea es juntar el tema de las licencias médicas de Fonasa, de las Isapres y de las mutuales y generar una institucionalidad distinta a la de hoy. Sobre los seguros complementarios, hoy en día tienen la misma legislación que los seguros comunes y corrientes. Hay que regular el tema de los seguros que son creados desde los prestadores, porque en realidad sólo tienen incentivos personales. Cuando generan seguros, lo que hacen en el fondo es capturar e inducir demanda.</p> <p>En relación a las alzas de precios, sostiene que es opinión mayoritaria en la comisión que las tablas de factores deben dejar de existir. Otro problema es el reajuste anual de los precios de los planes. La idea es que haya una regulación que no sea unilateral; que haya una entidad que tutele que las alzas sean razonables y tengan algún fundamento económico.</p> <p>Debrott cuenta que el informe va a plantear que la mayoría de la comisión votó por avanzar desde ahora hacia la construcción de un fondo único de salud con seguros complementarios. La discusión es como se hace hoy día para llegar a eso, lo que tiene que ver con la existencia de un fondo mancomunado entre Fonasa y las Isapres, que sería un porcentaje pequeño por ahora, pero ese es un punto de partida para que en otro momento se plantee.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Informar sobre los avances de la discusión.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Compromiso y responsabilidad social.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Entre las propuestas que se han estado elaborando al interior de la comisión reforma, están el de las licencias médicas, los seguros, las alzas de precios, regulación, tablas de factores, fondo único de salud, etc.
ANÁLISIS: Ya anunciado y luego bajado de las prioridades. Ahora anunciado.	
CONCLUSIÓN: Se inicia el nuevo ciclo comunicacional de los actores de la reforma al SPS.	

LA TERCERA: 05 DE SEPTIEMBRE

DISCURSO DE LA COMISIÓN REFORMA	
<p>Que una mujer pueda tener su parto en un hospital público y que su Isapre le cubra esta prestación, es una de las ideas que plantearon en la comisión presidencial, esto con el propósito de mejorar el acceso de los usuarios de Isapres en regiones, y de paso bajar los costos del plan único que incluiría como piso lo que por ley cubre Fonasa en su modelo institucional y libre elección, además de las patologías de la lista GES y la Ley de Urgencia. Todo esto se financiaría con parte del 7% que se descuenta del sueldo de un trabajador para salud, y que en Isapres tiene un valor promedio de \$ 33 mil mensuales. Entre las atenciones que podrían abrirse a los seguros privados en los hospitales públicos y la atención primaria (consultorios), están los partos, los controles de niño sano, vacunas y otras prestaciones donde sea factible absorber la demanda de ambos sistemas de salud, público y privado. La idea genera controversia al interior del grupo, sobre todo entre las Isapres y prestadores, los que insisten en que esto se traduciría en un retroceso en el estándar de salud que hoy obtienen los usuarios del sistema privado.</p> <p>David Debrott, dijo que "no es primera vez que la comisión lo discute, ya que en la legislación actual existe prohibición de que las Isapres contraten prestaciones con el sistema público en general. El tema es que eso hace que el sistema de Isapres, por definición, tenga costos más altos que lo que podría tener si se pudiera contratar la red pública". Recalcó que esta idea sería de mucha ayuda en algunas regiones, donde "las Isapres no tienen prestadores privados a los cuales contratar sus servicios y, entonces, la gente recurre a los hospitales públicos. Hay determinados hospitales que son nuevos y que tienen camas suficientes para recibir cierta cantidad de partos que son del sistema privado; esa es la lógica", explicó.</p> <p>Por su parte, Pedro Barría, aseguró que "hay un amplio consenso en que ambos sistemas de salud no pueden seguir funcionando por separado y en este contexto se ha planteado que los afiliados de Isapre puedan ser atendidos en los hospitales, pero sin perjudicar a los pacientes institucionales de Fonasa". Subrayó que esta idea no es factible de realizar si no hay un plan de reforzamiento de la asistencia pública. Por eso, Barría se pregunta si "habrá alguna medida de mitigación previa para los afiliados a Fonasa".</p> <p>Otro tema discutido fue la posibilidad de que la cobertura catastrófica (Caec), que se usa para cubrir los gastos adicionales por eventos o enfermedades de alto costo, sea ofrecida a través de los seguros complementarios, mediante el mecanismo denominado "stop loss" o tope de desembolso que tiene que realizar el asegurado. Además se planteó que una parte del 7% se destine a las licencias médicas y que éstas saldrían del sistema para ser administradas por un organismo autónomo, que tenga un directorio integrado por trabajadores, empleadores y el Estado.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Informar acerca de los temas discutidos y los acuerdos sobre ellos.

CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Socializar y bidireccional las prestaciones de salud.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Atención de afiliados a Isapres en hospitales públicos y atención primaria (consultorios) y que la entidad privada le cubra la prestación.
ANÁLISIS: La ley impide la reciprocidad en el sistema de salud chileno, es decir, el sistema público puede comprar prestaciones al privado, pero no a la inversa.	
CONCLUSIÓN: Esta falta de reciprocidad es también una tendencia privatizadora que afecta al sistema público de salud.	

LA TERCERA: 07 DE SEPTIEMBRE

DISCURSO DE LAS ISAPRES	
La firma del economista y asesor de las Isapres Ricardo Bitrán, elaboró la propuesta que resuelve las deficiencias del sistema que han sido cuestionadas por el Poder Judicial y por el Tribunal Constitucional: reajustes de precios, cautividad de usuarios, coberturas y discriminaciones por sexo, edad o enfermedad, entre otros. Este documento fue expuesto ante la comisión reforma. Las Isapres reconocen que en su sistema y el entorno en que operan hay una serie de problemas. Piensan que el sistema ya no está apto para seguir funcionando de la misma manera. Es así como algunos de los cambios propuestos son: mejorar la transparencia con un plan de salud igual para todos; la creación de un fondo de compensación de riesgos interisapres; creación de un mecanismo para fundamentar las alzas; fomentar el consumo de atenciones preventivas; que una entidad especializada administre las licencias médicas; crear una comisión técnica que evalúe las tecnologías sanitarias que deben incorporarse en la cobertura del plan, entre otros cambios. Se niegan rotundamente a considerar una apertura hacia Fonasa, puesto que, argumenta Bintrán, el riesgo de las Isapres se elevaría dramáticamente y eso las haría aumentar sus primas.	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Proactividad frente a las propuestas que entregue la comisión reforma al Ejecutivo. Poner las cartas sobre la mesa sobre cuáles son los temas que están dispuestos a cambiar y cuáles no.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	El mercado de la salud como solución a los problemas de los usuarios de Isapres, sin apertura hacia Fonasa.
ANÁLISIS: Ciertamente el sistema de salud privado no debería haber funcionado de la manera que lo hacía, sin embargo, quienes debían cumplir el rol regulador, no lo hicieron, y las Isapres continuaron con sus nocivas prácticas, hasta que los usuarios de estas entidades, de manera masiva, alzaron la voz en los tribunales de justicia, provocando un contexto que exigía cambios al modelo y, claro está, las Isapres -ad portas a una reforma- y recién en septiembre de este año, concluyen que el sistema no está apto para seguir funcionando de la misma manera.	
CONCLUSIÓN: Los cambios propuestos por las Isapres tienen demasiada letra chica, como por ejemplo, estos cambios deberían ser costeados con el 7% de la cotización. No obstante, argumentan que ésta no sube a la misma velocidad del gasto médico, por lo que es preciso fijar una tarifa que bordeará los 17 a 20 mil pesos.	

EL MERCURIO: 13 DE SEPTIEMBRE

DISCURSO DE LA COMISIÓN REFORMA	
Tras culminar la etapa de audiencias de la comisión reforma, esta hizo públicas 22 presentaciones realizadas por distintas asociaciones y colegios profesionales que expusieron sus ideas: la Asociación de Isapres, la Clínica Collico de Valdivia, los jubilados de Banco Estado de la Región de La Araucanía, colegios profesionales, movimientos políticos y fundaciones con intereses en salud. La mayoría de estas instituciones coincidieron en proponer la creación de un plan único de salud que permita tanto acceso como cobertura de carácter universal y que exista un fondo que compense el riesgo de la cartera y ayude a financiar a quienes tienen menos recursos o más problemas de salud. Muchas de dichas ideas expuestas podrían ser consideradas por la comisión en su informe final.	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Demstrar que hubo participación y que se escuchó a los diferentes estamentos relacionados al ámbito de la salud.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	La importancia de escuchar a las instituciones de la comunidad, para la generación de participación social.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Escuchar a las organizaciones sociales.

ANÁLISIS: ¿Cuánto de lo expuesto se tomará en cuenta? Teniendo presente que la mayoría de estas instituciones coincidieron en proponer la creación de un plan único de salud que permita tanto acceso como cobertura de carácter universal y que exista un fondo que compense el riesgo de la cartera y ayude a financiar a quienes tienen menos recursos o más problemas de salud.

CONCLUSIÓN: El esfuerzo y el desgaste que significa el trabajo que lleva adelante la comisión reforma, ¿se compadecerá con el resultado final en el Ejecutivo y luego en el congreso?

DIARIO FINANCIERO: 22 DE SEPTIEMBRE

DISCURSO DE LAS ISAPRES Y DE LA COMISIÓN REFORMA

Gonzalo de la Carrera acusa a la comisión reforma de no escuchar a la ministra Molina y que sigue a firme la propuesta de crear el fondo y seguro único de salud. Afirma que el gobierno tiene la última palabra, porque es él quién enviará el proyecto de ley al Parlamento, la comisión sólo propone. El gobierno tendrá que ver si quiere llevar adelante la propuesta de la comisión, considerando que ésta va a perjudicar seriamente a 3 millones de chilenos.

Por su parte Guillermo Paraje sostuvo que "el funcionamiento y la línea de trabajo no cambiaron nada después de lo que dijo la ministra, porque nosotros ya estábamos haciendo eso". Comentó que la propuesta de fondo único de salud y la votación que se hizo, forman parte de una visión de largo plazo, "hacia donde debiera transitar Chile según la mayoría de los comisionados". Además enfatizó que "en ningún momento dejamos de tener claro que lo que se nos pedía de manera inmediata era reformar el sistema privado, dar propuestas del corto plazo para el sistema privado", replicando que se trata de una confusión mediática sobre lo que pasó dentro de la comisión. Sobre la visión de largo plazo, a la que se refieren con el fondo único, Paraje dijo que para optar a este sistema, primero "tienen que darse ciertas condiciones en el medio para llegar al largo plazo, tiene que haber una cierta transición". De esta manera, las Isapres pasen a funcionar no como entes de seguridad social, sino como seguros complementarios, y que la seguridad social en salud quede a cargo de un fondo único nacional.

ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE

Victimizar la posición de las Isapres y satanizar a la comisión reforma.

CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE

Todo lo que no sea el mercado, lo ven como estatización y expropiación. La inexistencia de la ética en los negocios y el autoritarismo a la hora de tomar decisiones. Si la democracia sirve para aumentar las ganancias, bienvenida, sino retoman su origen. (Isapres).
Aclarar confusión mediática.

PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS

Propuesta de fondo único de salud en el largo plazo, escenario en el cual las Isapres funcionarían no como entes de seguridad social, sino como seguros complementarios.

ANÁLISIS: Las Isapres usan el discurso de la ministra Molina para victimizarse y mostrar lo "ordenados" que son en materia de acuerdos y consensos sociales

Quieren prohibirle a la comisión pensar.

Al parecer el discurso público de la ministra en el que señala que no habrá cambios estructurales, no tiene nada que ver con su discurso privado o, al menos con sus creencias sobre el tema de la salud privada, puesto que en las reuniones sostenidas con Camilo Cid, no le ha pedido que cambie de derrotero. Las razones pueden ser múltiples, pero una puede tener relación con el respeto que merecen los profesionales de la comisión y, otra, también, el instinto de sobrevivencia de la élite política y la vocación por el poder, porque pensar distinto se traduciría en su renuncia.

De la Carrera, con una intencionalidad peyorativa, ninguna a Cid, tal como sucede cuando tratan a Cid de "subalterno", tras referirse a que la ministra "no le pidió a su subalterno cambio de rumbo", entre otros reiterados ataques y epítetos de miembros de las Isapres.

La comisión ha tenido que enfrentar y resistir, además, la intervención de los medios de comunicación.

CONCLUSIÓN: Las Isapres ven peligrar su continuidad y con una estrategia agresiva se defienden, en busca de su permanencia sin mayores costos.

LA TERCERA: 22 DE SEPTIEMBRE

DISCURSO DE LA COMISIÓN REFORMA

La mayoría de los comisionados optó por la creación de un fondo mancomunado, entre seguros de salud, que se financie con parte del 7% que se descuenta del sueldo a los trabajadores para salud y que se dividirá -eventualmente- en tres partes: el 0,35% para un fondo entre seguro público y privado; un 1,5% se destinará a la administración y financiamiento de las licencias médicas y el restante 5,15% serviría para financiar el Plan de Seguridad Social. También está presente la opción de establecer una tarifa plana al plan. Donde hay acuerdo es en la elaboración de un plan único para afiliados de Fonasa como de las Isapres, y el uso de seguros complementarios para cofinanciar las coberturas adicionales.

La divergencia está en el financiamiento del plan y la mirada a futuro que implica tener un seguro de salud público con las Isapres fuera del sistema.

El fondo mancomunado entre seguros de salud podría ser para la compra de medicamentos de alto costo. Esta medida es la que genera más diferencias por la posibilidad que el porcentaje crezca y termine en un seguro público único, según planteó el comisionado y representante de las Isapres, Gonzalo de la Carrera, quien dice que "la intención de la mayoría de la comisión es estatizar la salud en Chile, y se lograría a través de la captura del 7% de la cotización de la gente que está en Isapre y, la dilución de ese dinero en un fondo común". Otro de los comisionados, David Debrott subraya que entre las áreas que se discute está el tránsito a un sistema de seguro único y/o multiseguros.	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Entregar avances de los cambios que se barajan.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Mayor socialización de los recursos de salud, principalmente el 7% de cotización obligatoria por trabajador.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Crear un fondo mancomunado, entre seguros de salud, que se financie con parte del 7% de la cotización de cada afiliado, el que se dividirá -eventualmente- en tres partes: el 0,35% para un fondo entre seguro público y privado; un 1,5% se destinará a la administración y financiamiento de las licencias médicas y el restante 5,15% serviría para financiar el Plan de Seguridad Social.
ANÁLISIS: Las divergencia está en el financiamiento del plan y la mirada a futuro que implica tener un seguro de salud público, con las Isapres fuera del sistema y el financiamiento del seguro mancomunado.	
CONCLUSIÓN: Tanto seguro para arreglarle el negocio a las Isapres, genera incertidumbre a los afiliados, a la hora de decidir el contrato de alguno de ellos.	

LA TERCERA: 23 DE SEPTIEMBRE

DISCURSO DE LA COMISIÓN REFORMA E ISAPRES	
<p>Eliminar la declaración de salud que actualmente exigen las Isapres a los usuarios antes de permitirles el ingreso y reemplazarla por un sistema menos restrictivo, es uno de los aspectos que se debaten en la comisión reforma. Se busca flexibilizar, en cierta medida, la afiliación de personas al sistema privado, pero manteniendo algunas barreras de acceso, para evitar que un eventual ingreso masivo de usuarios desde Fonasa genere un impacto que ponga en riesgo financiero a las Isapres. "Se está debatiendo y no es sencillo porque si bien las intención es evitar las discriminaciones y preexistencias, hay que considerar que de un día para otro no se puede hacer que coexistan dos sistema que nunca han funcionado juntos. Hay que estudiar esto con cautela", comenta el comisionado Pedro García.</p> <p>Facilitar el acceso a usuarios del seguro público, sin embargo, no es bien visto desde el sector privado, por el gasto asociado que acarrearía el ingreso de pacientes de más edad o menos saludables. Similares aprensiones existen en el gremio respecto del fondo mancomunado que se busca crear entre Fonasa y las Isapres -para financiar medicamentos de alto costo, con cargo al 7% de la cotización- pues implicaría reducir el margen de ganancias de las aseguradoras. Se encuentra zanjado el Plan de Seguridad Social que será igual en todas las Isapres e incluirá lo mismo que ofrece Fonasa -en modalidad institucional y libre elección- más GES, la Ley de Urgencia y una cobertura catastrófica. Resta fijar si el financiamiento será sobre la base de un descuento de la cotización legal o si habrá una tarifa plana, con un fondo común interisapres, donde se distribuyan los recursos, para permitir la movilidad de los afiliados.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Bajada de cambios estructurales que ponían en riesgo financiero y la existencia de las Isapres.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	DC, neoconservadora. Actor: Pedro García.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Creación de un Plan de Seguridad Social que será igual en todas las Isapres e incluirá lo mismo que ofrece Fonasa, más GES, la Ley de Urgencia y una cobertura catastrófica.
<p>ANÁLISIS: Se eliminan barreras de ingreso a las Isapres (edad, preexistencia y sexo) y se crean otras para impedir el cambio de personas con enfermedades graves ya diagnosticadas, que estén hospitalizadas o hayan recibido el alta recientemente, entre otras, la idea es cuidar no poner en riesgo financiero a las Isapres.</p> <p>Al parecer, ya surtió efecto el recurrente discurso de la Ministra para morigerar el discurso y las propuestas de la comisión reforma.</p> <p>Este facilitar el ingreso de personas de Fonasa a Isapre, es un reconocimiento implícito al funcionamiento supuestamente eficiencia y de calidad de las aseguradoras-prestadoras.</p> <p>Se encuentra zanjado el Plan de Seguridad Social que será igual en todas las Isapres e incluirá lo mismo que ofrece Fonasa (en modalidad institucional y libre elección), más GES, la Ley de Urgencia y una cobertura catastrófica. Estos últimos siempre estuvieron, lo que sucedía era que las Isapres desincentivan su uso con artimañas de todo tipo.</p> <p>Si el objetivo es flexibilizar las barreras de ingreso a las Isapres para que las personas de Fonasa puedan migrar a las Isapres-clínicas, en busca de la eficiencia y calidad en salud, que al parecer no encuentran en el sector público, la pregunta que surge es ¿por qué si el Plan de Seguridad Social que será igual en todas las Isapres e incluirá lo mismo que ofrece Fonasa, las personas migrarán a las Isapres?</p>	

Divergencias: la comisión busca facilitar el acceso a usuarios del seguro público, sin embargo, no es bien visto desde el sector privado, por el gasto asociado que acarrearía el ingreso de pacientes de más edad o menos saludables. Otra diferencia es la creación del fondo mancomunado entre Fonasa y las Isapres -para financiar medicamentos de alto costo, con cargo al 7% de la cotización- pues implicaría reducir el margen de ganancias de las aseguradoras.

CONCLUSIÓN: Giro del discurso de la comisión reforma, morigeró propuestas.

EL MERCURIO: 25 DE SEPTIEMBRE

DISCURSO DE LA COMISIÓN REFORMA	
Lo que está aún en discusión es que si lo que se garantiza es un plan de salud único que apoya la mayoría de los comisionados, puesto que según sus argumentos esto iría en la línea de la "seguridad social" a la que se pretende llegar y, por otro lado, está la posición de los comisionados que apoyan a las Isapres y que lo que buscan es garantizar la prima que permita a la gente elegir dónde atenderse. En la comisión se asume que no habrá un informe de consenso, sino uno que expondrá votos de mayoría y minoría en gran cantidad de temáticas.	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Informar avances de la comisión reforma, convergencias y divergencias.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Posiciones irreconciliables que no permiten consenso.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Mejorar lo existente en materia de salud privada.
ANÁLISIS: Comienzan a variar las cifras. En la comisión se asume que no habrá un informe de consenso, sino uno que expondrá votos de mayoría y minoría en gran cantidad de temáticas.	
CONCLUSIÓN: En la fotografía aparecida este día en el medio de comunicación, presenta a los comisionados, representantes de las Isapres, en una ceremonia en el Palacio de La Moneda en primera fila y, en segunda, a los otros miembros de la CR y su secretario ejecutivo Camilo Cid, imagen en la que queda clara la primera línea que ocupa en La Moneda la visión economicista de la salud.	

DIARIO EL PULSO: 26 DE SEPTIEMBRE

DISCURSO DE LA COMISIÓN REFORMA	
La comisión reforma debatirá una alternativa de seguro de salud única o multiseuro. Con la primera, las Isapres dejan de existir. Con la segunda, las Isapres continúan. Ya se sabe que la mayoría del grupo está por un fondo común único mancomunado.	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Informar.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Más Estado.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Seguro de Salud Único
ANÁLISIS: ¿El Seguro de Salud Único continua en carrera?	
CONCLUSIÓN: Ad portas de entregar informe final al Ejecutivo, la comisión reforma, discute los últimos puntos que afinarán el documento.	

LA TERCERA: 27 DE SEPTIEMBRE

DISCURSO DE LA COMISIÓN REFORMA E ISAPRES
"Las Isapres no pueden lucrar con el 7% de cotización", uno de los puntos más álgidos que contiene el borrador de la propuesta de la CR. Esto, provocó un quiebre en el sector de la salud privada, luego de que los comisionados Gonzalo de la Carrera y Ana María Albornoz, renunciaran y se negaran a firmar la propuesta final, que se entregará a la Presidenta Michelle Bachelet. David Debrott dijo que "el tema del lucro se puso sobre la mesa porque no existe lucro en la seguridad social. En mi opinión, eso debería plantearse a largo plazo, cuando se transite hacia un seguro único o multiseuro, porque mantener este

punto en la propuesta a corto plazo no permitiría que las Isapres sigan administrando el seguro social en los próximos años". La situación destempló el ambiente y las gestiones se tensionaron. Finalmente se acercaron posiciones tendientes a evaluar la medida y a considerarla como parte de un voto de minoría.

En este escenario, Camilo Cid, aseguró que hubo más coincidencias que diferencias. "La sesión terminó con éxito, el informe quedó listo y será entregado el día 30 de la próxima semana", dijo. Sobre las renuncias Cid se manifestó sorprendido, ya que "renunciaron el último día por razones poco entendibles, creo que hacen una interpretación que no está de acuerdo con la mayoría. No quiero calificar las intenciones, pero hemos tenido 27 reuniones y renunciaron en la número 27. Las cuatro personas convocadas del área privada se llamaron por ser expertos y no como representantes de sus áreas". Trascendió que ambos comisionados leyeron cartas que tenían preparadas para renunciar. Ana María Albornoz señaló en dicha presentación que no ha actuado como representante de gremio, sino "en atención a mis conocimientos del sector privado de salud en Chile" y, argumentó que su salida se basa en que "la comisión se desvió significativamente del encargo y mandato efectuado, actuando fuera de la competencia que se otorgó, y se mantuvo en esa posición a pesar de que algunos comisionados, en cada una de sus sesiones, planteamos nuestra posición disidente". Finalmente sostuvo que "no puedo estar de acuerdo ni suscribir una propuesta que está desarrollada sobre la idea de un completo replanteamiento del sistema de salud en Chile (...). La propuesta de la comisión, aun cuando parece que aceptará la existencia de aseguradoras privadas, establece condiciones tales que hacen inmediata o prontamente inviable la existencia de un sistema asegurador privado", actitud que secundó Gonzalo de la Carrera, quien desde hacía varias sesiones acusó una suerte de "estatización de la salud" y una "expropiación del 7% de cotización" en la propuesta. Pese a esto, la visión de estos comisionados no fue compartida del todo por los representantes de las Isapres, quienes permanecieron en la cita y plantearon algunos puntos que podrían cambiar, entre los que destacan el de buscar una solución para el libre traspaso de Fonasa, es decir, poner alguna restricción que no necesariamente elimine la declaración de salud que se usa actualmente para conocer patologías de base de los usuarios que ingresan al sistema. También plantearon que el porcentaje que se saque para el fondo mancomunado no sea del 7%, sino con cargo adicional para poder financiar el Plan de Seguridad Social (PSS) y, finalmente, que se elimine el párrafo que les prohíbe lucrar con el 7%.

Por su parte, Camilo Cid aseguró que, pese a la renuncia, "se van a mantener sus observaciones".

Los elementos de reforma al sistema privado son: Plan de Seguridad Social, Financiamiento, Fondo InterIsapres, Planes Complementarios, Término al Lucro, Fin a declaración de Salud, Fondo Mancomunado, Licencias Médicas, Copagos, Transición a 10 años.

ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Dar a conocer la opinión de la mayoría de la CR. Generar tensión que deslegitime el trabajo de la CR.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Fin al lucro en Isapres (comisión reforma). Inexistencia de vocación democrática (Isapres).
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Plan de Seguridad Social, Financiamiento, Fondo Interisapres, Planes Complementarios, Término al Lucro, Fin a declaración de Salud, Fondo Mancomunado, Licencias Médicas, Copagos, Transición a 10 años.
ANÁLISIS: Si no se hace lo que ellos quieren se enojan y se van, no hay ni siquiera una actitud democrática. Pesan más sus intereses particulares que los de la mayoría. Es más, estos comisionados que fueron invitados como expertos y actuaron como representantes de las Isapres, se van en la última sesión (la 27).	
Divergencias: fin a declaración de salud porque, según las aseguradoras privadas, esto podría causar una fuga masiva desde Fonasa, poniendo al sistema en riesgo financiero; término al lucro del 7% de cotización obligatoria de los afiliados, por considerarlo parte de la seguridad social. Este punto aún está en negociación.	
CONCLUSIÓN: Las Isapres buscan cambios menores con la intención de seguir operando tal cual lo han estado haciendo hasta ahora. Buscan seguir lucrando con el 7% de los trabajadores, aunque se les propone otra forma de lucrar, mediante la oferta de seguros complementarios o suplementarios.	

LA TERCERA: 27 DE SEPTIEMBRE

DISCURSO DE LA COMISIÓN REFORMA
Plan de Seguridad Social (PSS) es un conjunto de beneficios "que el país debe otorgar a sus habitantes para dar cuenta de su derecho a la salud", según lo consigna el borrador de la propuesta. El PSS incluye tope de copagos y máximo anual en desembolso. Esto considera que el gasto de las personas sea homogéneo y asociado a rentas de los afiliados. Además, el plan se deberá otorgar sin considerar preexistencias, ni cautivos, admitiendo la movilidad plena de los cotizantes entre Isapres y en todo el sistema. Asimismo, se financiará con el 7% de la renta de los trabajadores e incluye un fondo interisapres, para solidarizar el riesgo de los afiliados y un segundo fondo mancomunado con Fonasa, para costear, en conjunto, prestaciones no cubiertas o medicamentos. Los copagos del PSS serán homogéneos y asociados a rentas, es decir, de acuerdo a un límite de gasto expresado como porcentaje de la renta y liberará del copago a algunas atenciones, como las relacionadas con la prevención en salud. El modelo se ofrecerá a nuevos afiliados y los antiguos no estarían obligados a cambiarse.

ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Informar los cambios al SPS.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Tendencia socialista.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Plan de Seguridad Social (PSS) que incluye tope de copagos y máximo anual en desembolso, esto es que el gasto de las personas sea homogéneo y asociado a rentas de los afiliados. El plan no considerará preexistencias, ni cautividad, se financiará con el 7% de la renta de los trabajadores e incluye un fondo interisapres, para solidarizar el riesgo de los afiliados y un segundo fondo mancomunado con Fonasa, para costear, en conjunto, prestaciones no cubiertas o medicamentos. Los copagos del PSS serán homogéneos y asociados a rentas y no habrá copago en las atenciones relacionadas con la prevención en salud y, finalmente, el modelo se ofrecerá a nuevos afiliados y los antiguos no estarían obligados a cambiarse.
ANÁLISIS: ¿Serán aceptados estos cambios por el Ejecutivo?, teniendo en cuenta que el gobierno busca sólo algunos cambios, bajo el mismo esquema actual.	
CONCLUSIÓN: Difícil resultó este desafío, toda vez que la mayoría de los comisionados se encontraban bajo una fuerte presión gubernamental y política, debate en el que los medios de comunicación social hicieron su trabajo, generando mucho ruido al interior de la comisión reforma.	

EL MERCURIO: 27 DES SEPTIEMBRE

DISCURSO DE LAS ISAPRES Y LA COMISIÓN REFORMA	
Tras su renuncia a la comisión de RSP, de la Carrera sostuvo que "(...) se trata de una propuesta que conduce a la destrucción de la iniciativa privada". En tanto, Camilo Cid, aseguró que en las sesiones, tanto Albornoz como de la Carrera se opusieron a algunos cambios "con argumentos muy de fondo, que en realidad se oponían a todo cambio en el sistema". A esto sumó que en el documento que se entregará al Ejecutivo, estarán las visiones de minoría.	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Aclarar las piedras de tope en la discusión sobre la RSP. (CR) Defensa de la iniciativa privada sin intervenciones de ningún tipo. (Isapres).
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Mirada más hacia la centro izquierda, más Estado versus mirada más centro derecha, más mercado.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	PSS.
ANÁLISIS: Es claro que la idea central en la defensa de las Isapres en la mantención de lucro en salud con las menos intervenciones posibles.	
CONCLUSIÓN: Debe terminar el lucro en la salud, ello permitirá mejorar verdaderamente las falencias, no sólo del SPS, sino que también del público.	

EL MERCURIO: 27 DE SEPTIEMBRE

DISCURSO DE LA COMISIÓN REFORMA	
El informe que entregará la CR al Ejecutivo, consta de una descripción del sistema de salud, un análisis técnico de los actuales seguros y la propuesta de un nuevo marco. El PSS Único será obligatorio para quienes se integran al mundo laboral y comienzan a cotizar, pero será optativo para quienes tienen cobertura, ya sea en Fonasa o en una Isapre. Si alguien quiere elevar las coberturas que otorgará el PSS, ya sea para disminuir los copagos o atenderse con prestadores distintos, entonces tendrá la opción de contratar seguros complementarios que podrán ofrecer las Isapres, pero con una regulación distinta a la actual. Asimismo, este seguro complementario, funcionaría con una prima comunitaria, es decir, con un precio único establecido, independiente de las condiciones de salud de quien lo contrate. De esta manera, se espera que el nuevo plan sea cada vez más competitivo, de manera de incentivar la incorporación de las personas.	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Acotar las propuestas realizadas por la CR.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Integración de valores tales como la solidaridad en el SPS.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	La propuesta de la CR constará de una descripción del sistema de salud, un análisis técnico de los actuales seguros y la propuesta de un nuevo marco.

ANALISIS: ¿Se sienten humillados los representantes de las Isapres?

Convergencias: ordenar y regular el mercado de los seguros complementarios.

CONCLUSIÓN: Aún hay muchas dudas sobre la legislación que se creará para la regulación de las aseguradoras. Sin embargo, se observa en la CR, voluntad política de cambio y de perfeccionamiento del sistema de salud privada.

LA TERCERA: 28 DE SEPTIEMBRE

DISCURSO DE LA COMISIÓN REFORMA	
<p>Cid aclara que el fondo mancomunado va a estar en el informe, porque es una necesidad para cumplir con ciertas prestaciones que deben ser universales. El fondo mancomunado va a cubrir enfermedades de alto costo y que tiene como intención comenzar a romper la segregación entre lo público y lo privado, con la aspiración de transitar hacia un sistema unificado. Esos son los dos principios del fondo mancomunado, el que se financiará con las cotizaciones de la seguridad social, eventualmente con aporte fiscal y, probablemente, con participación de los empleadores, es decir, no se ha determinado cómo se financia, sino que debe tener el financiamiento de la seguridad social.</p> <p>Cid, aseguró que en el nuevo sistema, las personas van a poder tener atención donde quieran tenerla y probablemente a costos mejores. No niega que para algunos habrá determinados ajustes. Sin embargo, este es un seguro de largo plazo, porque cuando sean adultos mayores, el sistema no los va a echar como ocurre ahora, los va a acoger, sin alzas de precios, con las mismas condiciones, con el mismo plan y con la misma calidad que se atendieron toda la vida.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Humanizar y dar a conocer los alcances de la propuesta de la CR.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Generación de una política de salud más personalizada y, por tanto, con más sentido social.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Supuestamente en el nuevo sistema, las personas van a poder tener atención donde quieran y a costos mejores. Al largo plazo este seguro, debiera acoger a los adultos mayores, sin alzas de precios, con las mismas condiciones, con el mismo plan y con la misma calidad, vale decir, no los van a echar como ocurre hoy día.
<p>ANALISIS: Este sistema segmentado, desigual, discriminatorio, con muchos recursos en el privado y carencias en el público. El sistema actual castiga al pobre y al enfermo.</p> <p>Divergencias: sacar la declaración de salud que evita la discriminación por enfermedad. Isapres continúan argumentando que han mejorado la salud de un grupo importante de la población.</p> <p>Convergencias: revisaron las herramientas que se usan para la seguridad social en otros países. Se abrieron al ajuste de riesgo, al fondo interisapres, admitieron que la información de los planes es confusa y también hubo acuerdo en el subsidio de incapacidad laboral.</p>	
CONCLUSIÓN: Sin duda la propuesta mejora al SPS.	

LA TERCERA: 28 DE SEPTIEMBRE

DISCURSO DE LAS ISAPRES	
<p>A dos días de la última reunión de la comisión de reforma al sistema privado de salud, las Isapres ingresaron su propuesta, que incluía la creación de un fondo común con Fonasa, para financiar medicamentos y enfermedades de alto costo. Al igual que la comisión reforma, también plantearon crear un Plan de Seguridad Social, para usarlo en una red establecida de clínicas o centros de salud, que sería financiado con el 7% de cotización de salud, más una prima comunitaria expresada en UF, fijada por la Isapre y cuyo reajuste lo defina un panel de expertos. Esto, entre otras propuestas similares a las realizadas por la comisión reforma.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Blanquear imagen de las Isapres, intentando empatar su discurso con el de los miembros de la CR.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	La percepción que es posible que las personas hagan más aportes económicos en salud.
ANALISIS: Luego que se oponían a todo a dos días de la última sesión "comprendieron" que ¿estaban equivocados?	
CONCLUSIÓN: Estiraron el elástico hasta cuando ya no dio más y cortado en parte, se apresuraron a hacer algunos cambios muy parecidos a los que trabajó la CR, no quedando claro toda la atrincherada y acérrima oposición a cambios que mejoren el SPS.	

EL MERCURIO: 30 DE SEPTIEMBRE

DISCURSO DE LA COMISIÓN REFORMA Y LAS ISAPRES	
<p>Una de las principales tareas que tendrá el Ejecutivo al momento de analizar la propuesta de la CR, será definir el precio y cuánto cubrirá el Plan de Seguridad Social (PSS), propuesto para superar los problemas del actual modelo.</p> <p>Por otro lado, la diferencia entre el Plan Garantizado de Salud (PGS) que se propuso durante el gobierno de Sebastián Piñera y el PSS propuesto por la CR es que la nueva propuesta tiene un cambio importante. "Al que gane más dinero le costará más obtener las mismas coberturas mínimas que a quien tenga menores ingresos", dice David Debrott, quien apunta a un "efecto redistributivo" del PSS.</p> <p>Por su parte Mario Parada sostiene que "la propuesta es más bien una declaración de principios que de cifras", puesto que no realizaron cálculos sobre el financiamiento que requiere el PSS. Sin embargo, informa Parada, se le hizo un encargo a la Superintendencia de Salud, consistente en preparar una presentación respecto de la situación actual en cuanto a montos de cotizaciones y coberturas reales a las que acceden los afiliados a Isapres, para conocer el escenario, pero asegura que "no hay precios establecidos ni coberturas prometidas para el plan. El Ejecutivo tendrá que analizar".</p> <p>En todo caso, los comisionados creen que el gasto no será muy diferente del actual: si bien la cotización en salud es el 7% del sueldo, los usuarios de Isapre desembolsan, en promedio, el 10%. En el futuro, esos tres puntos podrían destinarse a cubrir las mejores redes y coberturas financieras a través de seguros complementarios ofrecidos por Isapres, pero bajo ciertas reglas.</p> <p>El sector privado considera las propuestas como inviables. Gonzalo de la Carrera, explicó que el PSS "es de estándar público, en hospitales y con atención en consultorios. Esto quiere decir que los chilenos que libremente han escogido la salud privada, quedarán cautivos en Fonasa. Si 3 millones de personas quisieran ser atendidas con los problemas que hoy presenta la salud pública, ya lo habrían hecho".</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Descalificar, desacreditar y deslegitimar la propuesta de la CS.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Sólo dos: más Estado y más Mercado.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	PSS y término de las Isapres en el largo plazo (10 años)?
<p>ANÁLISIS: Estos facilitarán la redacción del Proyecto de Ley que enviará el ejecutivo al Parlamento para su discusión y resolución definitiva.</p> <p>Que los representantes de las Isapres, acusen de ideologización a la comisión, significa que ellos no son desideologizados?</p>	
<p>CONCLUSIÓN: Al parecer fue tanta la presión del Gobierno y las Isapres sobre la CR, que finalmente los integrantes sucumbieron a dichas presiones entregaron una propuesta a la que le faltó cerrar el círculo de análisis propositivo.</p>	

LA TERCERA: 30 DE SEPTIEMBRE

DISCURSO DEL GOBIERNO, CR E ISAPRES
<p>Cifras de la superintendencia de Salud, aluden que el 39,4% de los usuarios de Isapres cotiza el 7% legal para la cobertura de la salud. Se trata de 697.494 personas que, sin pagar más que lo obligatorio -el promedio en la cartera paga un 10,3%- obtiene un plan de salud. Y son, en su mayoría, jóvenes sin cargas, cuyos planes ofrecen libre elección, prestadores preferentes y coberturas que superan el 70% en ambulatorio y 90% en prestaciones hospitalarias, llegando, según sus ingresos, la bonificaciones del 100%, sin tope. De entrar a regir el PSS, este grupo podría requerir pagar montos adicionales para mantener el estándar que poseen actualmente con su aseguradora. Eso, porque el PSS -busca terminar con la discriminación por sexo y edad, al ofrecer un plan único, que se financiará con el 7% a cobrar, por igual, a todos los afiliados- operará en redes cerradas, es decir, convenios específicos entre clínicas, centro de salud e Isapres, que limitarían la elección de los usuarios.</p> <p>Según Hernán Doren "el plan que tiene una persona que hoy se asegura en Isapre con el 7%, depende mucho de su renta, pero en términos generales es un plan más completo y mejor de lo que le puede ofrecer este plan que está en discusión".</p> <p>El comisionado David Debrott, aseguró que los afiliados podrán ver beneficios a futuro. "Hay un segmento probablemente de jóvenes que gastan muy poco y que hoy pagan el mínimo. Ellos van a seguir pagando lo mismo o les va a subir un poco si quieren mejorar el plan (PSS). Pero eso ocurriría mientras son jóvenes, porque a largo plazo, cuando envejezcan, con el sistema propuesto, esto no va a ocurrir. Si seguimos en este esquema con las Isapres, a los adultos mayores les suben el valor del plan". Debrott agrega que los que podrían mejorar su situación con el PSS, respecto del gasto en salud, sería una parte del 60,6% restante de los cotizantes, 1.071.319 personas, que ahora pagan más del 7% de cotización por un plan, especialmente si esto es para incluir a su familia, puesto que el nuevo modelo propone que, con la cotización legal se asegure al núcleo familiar. "Los más beneficiados son las mujeres en edad fértil, los adultos mayores y las personas que tienen alguna condición de salud como enfermedad crónica, porque esas personas o no acceden al sistema o les cobran mucho".</p> <p>La propuesta de la CR incluye también la discutida visión a largo plazo que elimina a las Isapres, apuntando a cambios</p>

concretos como "primera etapa", en perspectiva a un solo fondo de salud único, publico, punto que genera honda molestia en el sector privado.	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Persuadir sobre la conveniencia -en el largo plazo- de los cambios propuestos por la CR. Menoscar la propuesta de la CR. (Isapres).
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Más Estado y menos mercado. (CR). Más mercado y menos Estado. (Isapres).
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	PSS único y público.
ANÁLISIS: La tendencia dual de la sociedad, se presenta en la discusión sobre la reforma al SPS y en el modelo de sociedad en general, manteniéndonos cautivos entre una cosa u otra, sin pensar en otras posibilidades. Las mujeres y los adultos mayores se verán beneficiados quintándoles beneficios a los jóvenes, puesto la idea debiera ser que los que están bien mantengan sus beneficios, no que los pierda producto del cambio. Otra cosa es la solidaridad, vale decir, si no ocupo mis recursos, que los ocupe otro, pero cuando los necesite pueda acceder a ellos, a través de una atención oportuna y de calidad, puesto que esto debiera ser un beneficio universal y a todo evento.	
CONCLUSIÓN: Sólo hay dos opciones: El Estado o el Mercado.	

DIARIO PULSO: 30 DE SEPTIEMBRE

DISCURSO DE LA COMSIÓN REFORMA	
<p>El último ejemplar del informe elaborado por la CR, trae algunas sorpresas: se permitirá lucrar con el 7% de la cotización obligatoria y que el voto disidente y los elementos que salieron en la discusión quedará contenido completo en el documento. Así, el informe concluye por mayoría que "se podría lucrar y no habría impedimento en obtener utilidades con el 7%, según confirmó Pedro Barría. Advirtió "no podemos resolver una barbaridad con otra. Actualmente las Isapres son las únicas empresas que entregan servicios a personas vulnerables que pueden fijar libremente el precio del servicio. Pero no podemos pasar a otra barbaridad que postula que no pueden sacar ni un peso de utilidad por las actividades que desarrollan por el 7%, porque ellos agregan valor. Lo que sí hay que vigilar es el monto de la utilidad".</p> <p>Pedro García sostiene que las visiones comunes consideran que al hablar de seguridad social, los aportes en esta materia tienen ciertas características, entre estos: universalidad, no discriminación y permanencia en el tiempo. En base a esta visión común hubo acuerdo mayoritario entre los integrantes de la comisión para plantear en el informe final el PSS por el 7% de cotización obligatoria, que será similar para Isapres y Fonasa. Además, se integra la opción de que las personas de Isapre que deseen tener beneficios adicionales puedan contratar un seguro complementario, pudiendo las Isapre cobrar una prima comunitaria por esta cobertura adicional. Este factor deberá ajustar su precio mediante un proceso más riguroso y objetivo. También se incluye la creación del fondo mancomunado, con cargo al 7% de la cotización de salud de los trabajadores afiliados a Fonasa o Isapre, que se destinará a comprar medicamentos de alto costo y enfermedades huérfanas. En línea, se establece la creación de un fondo para administrar y pagar las licencias médicas.</p> <p>El abogado Barría plantea que esta propuesta final mayoritaria no debería propiciar el fin de las Isapres, aunque reconoce que la sugerencia inicial si podría haber gatillado ese escenario.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Enmendar rumbo y girar la estrategia del fin al lucro hacia la continuidad del mismo.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Menos Estado y más mercado.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Continuación del lucro en salud.
<p>ANÁLISIS: Finalmente las "gestiones" de los representantes de las Isapres fueron exitosas. La CR se adaptó al requerimiento presidencial. Este factor deberá ajustar su precio mediante un proceso más riguroso y objetivo; a qué se refieren con los conceptos de riguroso y objetivo. ¿Riguroso para los usuarios y objetivo para las Isapres?</p> <p>Convergencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Que las características de la seguridad social son: universalidad, sin discriminación y permanente en el tiempo; → En base a esta visión común, el PSS por el 7% de cotización obligatoria, será similar para Isapres y Fonasa; → La opción de que las personas de Isapre que deseen tener beneficios adicionales puedan contratar un seguro complementario, pudiendo las Isapre cobrar una prima comunitaria por esta cobertura adicional; → Este factor deberá ajustar su precio mediante un proceso más riguroso y objetivo; → La creación del fondo mancomunado, con cargo al 7% de la cotización de salud de los trabajadores afiliados a Fonasa o Isapre, para la compra de medicamentos de alto costo y enfermedades huérfanas. 	

→ La creación de un fondo para administrar y pagar las licencias médicas.
El abogado Barría plantea que esta propuesta final mayoritaria no debería propiciar el fin de las Isapres, aunque reconoce que la sugerencia inicial sí podría haber gatillado ese escenario.

Diferencias: El derecho básico a elección está consagrado en la Constitución Política de 1980, por lo que si se adoptan medidas que dificulten esa opción, como sería por ejemplo mancomunarse todas las cotizaciones, este derecho estaría siendo conculcado.

“Estamos de acuerdo en avanzar en una segunda fase para que el derecho a elección de las personas afiliadas a Fonasa se concrete. Hay que adoptar medidas como la creación de un fondo de compensación de riesgo nacional”, afirmó Pedro Barría. Esto agregó, dado que las Isapres actúan con lógica de contribución y distribución, distinto a la de Fonasa, que es el principio de solidaridad.

CONCLUSIÓN: se pierde tiempo y recursos, además del ruido que se hace para llegar a lo mismo con distinto nombre y algunos cambios que pueden ser perfectamente vulnerados, porque como dice el académico de la Universidad de Chile, Carlos Ossa “Si todos fuéramos iguales, no existiría la ley” ¿qué paradoja no?

Como llega a tanto el “manejo” de algunos miembros de la CR que usan eufemismo para sostener cuál es la lógica de las Isapres como por ejemplo, cuando Pedro Barría sostiene que “dado que las Isapres actúan con lógica de contribución y distribución, distinto a la de Fonasa, que es el principio de solidaridad. ¿Por qué no dice claramente que la lógica de las Isapres es mercantil e individualista?

EL MERCURIO: 01 DE OCTUBRE

DISCURSO DE LA CR Y LAS ISAPRES	
<p>La propuesta de la CR incluye una nueva regulación para el mercado de los seguros complementarios de salud -que ofrecen compañías de seguros- el que hasta ahora se rige sólo por las normativas de la Superintendencia de Valores y Seguros y no cuenta con regulaciones sanitarias. Como la “visión de largo plazo” que expondrá el grupo es que el país debe avanzar hacia un seguro único y público de salud. El ámbito de negocios para las Isapres se reduciría a otorgar el PSS que se plantea y beneficios adicionales, que sólo se podrán entregar en el mercado de los seguros generales.</p> <p>Doren, explica que “con la creación de un plan básico, o como se quiera apellidar, todas las personas que deseen mejores coberturas o mayor libre elección que ese mínimo deberán contratar un seguro adicional, por lo que el sistema de los seguros complementarios cobra importancia”. Agrega que “todos los seguros del ámbito de la salud deben quedar en el mismo marco regulatorio”. Las Isapres históricamente, han pedido que los seguros complementarios sean regulados por la autoridad de salud. Así, el mercado de los seguros generales ya es visto como opción por parte de las propias Isapres. “Estamos formando la compañía de seguros. Por eso he dicho que nos vamos a reconvertir, en el evento de que no se permita obtener utilidades con el plan único, nos vamos a reconvertir en aseguradores especialistas de salud, y el problema con eso es el 1,5 millones de chilenos que no podrán recomprar su seguro de salud y que quedarán cautivos en Fonasa, argumentan. Hasta ahora existen dos grupos empresariales que poseen tanto una Isapre como una compañía de seguros: Banmédica y Cruz Blanca.</p> <p>Por otro lado, las clínicas y grandes prestadores ya no podrán ofrecer más seguros de salud. Esto, porque se reconoció que generan un efecto opuesto al que se espera, al incentivar el “sobreconsumo” de prestaciones de salud.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Reproducir el modelo de salud.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Reciclar y reconvertir el mercado de la salud.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	El ámbito de negocios para las Isapres se reduciría a otorgar el PSS que se plantea y beneficios adicionales, que sólo se podrán entregar en el mercado de los seguros generales.
<p>ANÁLISIS: El representante de las Isapres, Hernán Doren, sostiene que históricamente, han pedido que los seguros complementarios sean regulados por la autoridad de salud, los que hasta ahora no cumplen dicho rol. La Superintendencia tiene esa facultad, pero continúan hasta ahora los abusos en las relaciones sostenidas entre las Isapres y sus afiliados. En el que el poder de maniobra y libertad que tienen las Isapres, les ha permitido -por ejemplo- millonarias ganancias a costa del bolsillo de los trabajadores. Situándonos en su campo, nadie les ha prohibido lucrar con su negocio de la salud. Sin embargo, dichas ganancias son descabelladas.</p> <p>Mientras, las Isapres se reinventan para producir y quizá aumentar sus millonarias ganancias, están formando la compañía de seguros especialistas de salud.</p>	
<p>CONCLUSIÓN: El ingeniero, consultor y empresario, Luis Gerardo Romero Strooy, fue Superintendente de Salud, entre el 2010 y 2012, cargo que tiene entre sus tareas la fiscalización de las aseguradoras privadas de salud. Antes de asumir era gerente de la Isapre Colmena Golden Cross y luego que dejó la Superintendencia, retomó su representación como agente de Isapre. Finalmente, en este sistema pareciera no ser el lucro el problema, sino que se respeten los derechos fundamentales de las personas y se cumplan las leyes creadas por el poder político y económico, para luego permitirse vulnerarlas en nombre del lucro, sin que se respeten los derechos fundamentales de las personas, ni las normas básicas de una convivencia</p>	

medianamente sana y, eso no sólo pasa por la fiscalización, cosa que no hacen, sino que también con cambios estructurales serios al modelo económico y político vigente, sin la necesidad de actuar con la espectacularidad que lo han hecho hasta ahora, formando comisiones a las que tampoco respetan.

LA TERCERA: 01 DE OCTUBRE

DISCURSO DE LA CR	
<p>“Desde la puesta en marcha de la nueva ley y hasta un período de tres años, se acepta que las Isapres puedan seguir lucrando, aunque deben separar las cuentas del PSS y del Plan complementario”. Esto se refiere a las utilidades que obtienen las Isapres al administrar el 7% de la cotización legal que se descuenta a los afiliados. Tres años porque se consideró que las Isapres deben financiar el PSS, además del modelo actual, ya que los afiliados no estarán obligados a cambiarse de sistema y sólo sería obligatorio para los nuevos cotizantes. Así, el plan complementario es un mecanismo para que las Isapres puedan ampliar la oferta de redes de prestadores y cobertura que tendría el PSS. El plan complementario tendrá una prima comunitaria cuyo valor, en UF, sería fijado por las Isapres, pero regulado por un ente autónomo. Además, a las Isapres se les permitiría lucrar con los seguros suplementarios de salud, que son otro elemento propuesto para agregar prestaciones no incluidas en el PSS y que podrán otorgar las Isapres y compañías de seguros. En el largo plazo, fijado en un horizonte de 10 años para un nuevo modelo que elimina las Isapres, serían los únicos mecanismos para generar utilidades.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Informar y socializar los resultados que contiene el informe de la CR.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	La hegemonía del mercado en el sistema.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	PSS que incluye prestaciones de Fonasa en modo institucional y libre elección, el Ges, ley de urgencias, licencias médicas y Caec.
<p>ANÁLISIS: Serán 3 años, 10 o más lo que tendrán que esperar que la situación sea la deseada. Divergencias: Las Isapres no aceptan que se les niegue lucrar con la cotización legal (7%), puesto que estiman, no sería factible financiar el sistema de esta manera. Un voto de minoría que apoyó prohibir el lucro apenas rija el nuevo sistema. La regulación a la integración vertical entre las aseguradoras y las clínicas, porque esto -según el sector privado- no había sido discutido plenamente.</p>	
<p>CONCLUSIÓN: Un traje a la medida que busca sustituir el lucro con el 7%, pero abre otras formas a través de los seguros complementarios y suplementarios, salvaguardando el lucro de las Isapres, en el hipotético largo plazo.</p>	

LA TERCERA: 01 DE OCTUBRE

DISCURSO DE LA CR	
<p>El informe de la CR advierte que “la relación entre seguros y proveedores debe ser regulada para que no ocurra manipulación de precios, evitando la integración vertical que es ilegal y fiscalizando y regulando adecuadamente la libre competencia”. Para ello la CR propone “mecanismos de pago mixto, de modo que se evite el pago por acto médico que predomina hoy en el sistema”. Plantea que “los proveedores se desenvuelvan agrupados en redes integradas de salud, de manera que se promueva la eficiencia y el control de los costos”. Desde el interior de la CR se explicó que la lógica de regular la integración vertical responde a que el PSS operará en redes determinadas de prestadores, con las cuales debe establecer convenios.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Despejar el camino a la libre competencia.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Posición liberal.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	El PSS operará en redes determinadas de prestadores, con las cuales debe establecer convenios.
<p>ANÁLISIS: Sobre la integración vertical proponen fundamentalmente regulación y fiscalización, lo que implica no innovar en esta materia, puesto que esto debiera hacerse y no se hace.</p>	
<p>CONCLUSIÓN: La integración vertical continuará y también las alzas indiscriminada de los planes.</p>	

D. FINANCIERO: 01 DE OCTUBRE

DISCURSO DE LA CR E ISAPRES	
<p>La regulación de los seguros complementarios y suplementarios, la que "estará a cargo de la Superintendencia de Salud (y no de la de Valores y Seguros), la que deberá velar por la totalidad de estos seguros, incluyendo lo que hoy son regulados por la SVS.</p> <p>Los comisionados, representantes de las Isapres, estimaron que debe existir una entidad técnica independiente, para que analice estas alzas "conforme a la evolución objetiva del gasto de salud, conforme al comportamiento de consumo de sus carteras de clientes y, en conformidad al alza de precios, frecuencia y cambios de la oferta contemplada en la tarificación de los planes por parte de los prestadores".</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Legitimar a la Superintendencia de Salud como ente fiscalizador y regulador de las Isapres.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Neoconservadora.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Los comisionados, representantes de las Isapres, estimaron que debe existir una entidad técnica independiente, para que analice estas alzas "conforme a la evolución objetiva del gasto de salud, conforme al comportamiento de consumo de sus carteras de clientes y, en conformidad al alza de precios, frecuencia y cambios de la oferta contemplada en la tarificación de los planes por parte de los prestadores".
<p>ANÁLISIS: Tal cual lo deseaban las Isapres, la regulación de los seguros complementarios y suplementarios, estará a cargo de la Superintendencia de Salud, como ha sido hasta hoy, la que deberá velar por la totalidad de estos seguros, incluyendo lo que hoy son regulados por la SVS. Sin embargo, la Superintendencia hasta ahora no ha cumplido con dicho rol, prueba de ello, es la situación actual en la que nos encontramos. Por tanto, ¿cómo y qué hará? Esto explica, la irrupción en escena de manera activa y empoderada de la Superintendencia de Salud, este año, en los que trata los temas que afectan a las personas afiliadas a Isapres. ¿Qué sigue luego?</p>	
<p>CONCLUSIÓN: Se cambian las reglas del juego por otras que compensan igual o mejor la ventaja de la salud privada.</p>	

DIARIO PULSO: 02 DE OCTUBRE

DISCURSO DE LA CR	
<p>1) Las Isapres siguen siendo instituciones con fines de lucro: en la propuesta no se cuestiona la situación jurídica de las Isapres, que son instituciones con fines de lucro.</p> <p>2) Se reorganiza PSS: continuarán existiendo Fonasa y las Isapres, pero se generará un mecanismo de solidaridad entre ambos -conocido como Fondo Mancomunado- que financiará medicamentos de alto costo, comprando y entregando estos insumos. Además existirá el Fondo de Compensación de Riego Interisapres para permitir que las personas se puedan cambiar libremente de Isapres y no estén cautivas, reajustando el monto cotizado por riesgo, que dependerá de la edad y las condiciones de salud de cada afiliado.</p> <p>3) Cotización del 7% financiará licencias médicas y PSS: se fraccionan ambas cotizaciones. El porcentaje destinado a licencias médicas será administrado por una nueva entidad pública que recaudará y administrará estos recursos. El organismo deberá pagar tanto las licencias por enfermedades comunes, como las del trabajo, ítem que hoy pagan las mutuales.</p> <p>4) Desarrollar legislación de los seguros complementarios y suplementarios: ambos tipos de contratos podrán continuar siendo ofrecidos por las compañías de seguros y las Isapres.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Rectificación de alcances de la propuesta de la CR.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	La salud forma parte de los productos del libre mercado.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Las Isapres siguen siendo instituciones con fines de lucro; se reorganiza PSS; cotización del 7% financiará licencias médicas y se desarrollará legislación de los seguros complementarios y suplementarios.
<p>ANÁLISIS: Sin cambios en la situación jurídica de las Isapres.</p>	
<p>CONCLUSIÓN: Las Isapres mantienen su estatus jurídico y pueden seguir lucrando. Seguros Complementarios: mejoran cobertura financiera de determinadas prestaciones. Seguros Suplementarios: aumentan las prestaciones garantizadas.</p>	

EL MERCURIO: 02 DE OCTUBRE

DISCURSO DE LA CR	
Los planteamientos que más generaron polémica durante los últimos meses, en la CR, fue la creación de un fondo común; es decir, un pozo que reúna parte pequeña de las cotizaciones obligatorias de todos los chilenos afiliados a Fonasa e Isapres. Así las cosas, los cotizantes de Fonasa aportarían estimativamente en un mes, más de 7 mil millones de pesos mensuales y los de Isapres más de 5 mil millones de pesos.	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Informar sobre un cambio importante.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	La creación del fondo común es una decisión política, que recaudaría estimativamente más de 12 mil millones de pesos mensuales, para cubrir medicamentos y enfermedades de alto costo.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Creación de un fondo común, pozo que reúna parte pequeña de las cotizaciones obligatorias de todos los chilenos afiliados a Fonasa e Isapres.
ANÁLISIS: Para algunos, el monto que se recaudaría a través del fondo común, no se compadece con los tratamientos que cuestan varios millones a la semana o al mes, sin considerar el uso de los fármacos.	
CONCLUSIÓN: Los ajustes al SPS, corresponden sólo a eso: ajustes.	

LA TERCERA 02 DE OCTUBRE

DISCURSO DE LA CR	
La propuesta de reforma a las Isapres, próxima a entregarse al Ejecutivo, permitirá a las aseguradoras lucrar con la cotización legal de los afiliados. Esto, luego que las observaciones presentadas por el sector logran, en las últimas horas, flexibilizar la propuesta inicial incluida en el informe y que fijaba un plazo de tres años para que se concretara esta medida. La CR debió rectificar parte del informe. Otro de los puntos en que lograron avanzar las aseguradoras se refiere al financiamiento del PSS, que inicialmente debían ofrecer las Isapres a cambio, únicamente, del 7% de la cotización de los afiliados. Sin embargo, la nueva composición acordada permitirá, integrada al valor del PSS, el cobro de una prima comunitaria -expresada en UF y definida por cada aseguradora- que permitiría a las Isapres solventar los gastos asociados a las prestaciones. Esto se traduce, según el comisionado David Debrott, en que "las Isapres estarán obligadas a otorgar el PSS, eso está zanjado, pero podrán darlo sólo con el 7% de la cotización o podrán ofrecerlo cobrando además una prima comunitaria. La Isapre puede decidir si entrega sólo el PSS o si lo ofrece junto con esta prima". Esta prima adicional permitirá a los usuarios mejorar las redes de prestadores o coberturas del PSS básico y será una barrera de entrada de los usuarios de Fonasa al sistema privado, puesto que operará como un desincentivo económico, para el traspaso de usuarios de mayor riesgo y carga de enfermedad.	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Justificar la mantención del lucro a las Isapres y permitirles con esto, una barrera de entrada de los usuarios de Fonasa al sistema privado.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Protección al sector privado de salud.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Tras la eliminación del plazo de tres años para que se concretara en fin del lucro con el 7%, las Isapres podrán seguir lucrando con la cotización legal de los afiliados. Harán un cobro de una prima comunitaria -expresada en UF y definida por cada aseguradora- pudiendo la Isapre decidir si entrega sólo el PSS o si lo ofrece junto con esta prima. Además, esta prima, será la barrera de entrada de los usuarios de Fonasa de mayor riesgo y carga de enfermedad, al sistema privado.
ANÁLISIS: Ganan las Isapres, podrán lucrar con el 7%. La CR deja en manos de estas instituciones privadas la decisión de otorgar el PSS básico sólo con el 7% de la cotización o podrán ofrecerlo cobrando además una prima comunitaria. Así, la discriminación es reemplazada por otro tipo de barrera.	
CONCLUSIÓN: La mutación en el ejercicio del poder y la consiguiente capacidad de reinventarse de las Isapres las fortalece y cambia el escenario, para que el poder Ejecutivo elabore un proyecto de ley "a la medida" de las Isapres, lo que probablemente será ajustado en el Parlamento, según los intereses que primen en los integrantes de la Comisión de Salud del Parlamento.	

EL MERCURIO: 03 DE OCTUBRE

DISCURSO DE LA CR	
<p>El informe de la CR tiene un punto en común: la lógica de que Chile debe tender hacia un modelo donde todas las cotizaciones y aportes estatales en salud deben reunirse en un solo fondo, de forma gradual y progresiva, para que finalmente exista un seguro único de salud para todos los chilenos. Sobre esta base se plantearon propuestas de reforma inmediata que pretenden solucionar los vicios actuales del sistema, como la cautividad de los cotizantes, la preexistencia y la discriminación por riesgo. En el largo plazo la existencia de las Isapres sería sólo en el ámbito de los seguros suplementarios. Ese escenario se vislumbra de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Podría ser necesario ampliar el tope de cotización: actualmente corresponde a 72,3 UF, para garantizar suficiencia y mayor equidad en el financiamiento. 2) Seguros complementarios regulados por ley: Además, contar con la supervisión de la Superintendencia de Salud, ya que hoy sólo son catastrados por la SVS. 3) Plan universal: Isapres podrán ofertar tres planes complementarios. Tanto Fonasa como Isapres lo ofrecerán y, por sobre este las aseguradoras privadas podrán optar a mejorar las coberturas con mejores redes que las básicas garantizadas, pero con restricciones. El informe les permite un máximo de tres planes distintos, con contratos de tres años de duración, siempre que cada uno de estos sea ofrecido a un precio único para todos sus cotizantes. 4) Transición de contratos entre un modelo y otro: Los nuevos afiliados deberán entrar directamente al nuevo sistema, pero que de todas maneras se entregue la posibilidad a los antiguos cotizantes para cambiarse si lo desean. 5) Compensan riesgo entre Isapres: las cotizaciones de los afiliados a las Isapres ingresarán a un fondo entre las aseguradoras que luego distribuya los dineros de acuerdo con el riesgo de su cartera. 6) Licencias médicas forman otro pozo: se propone crear un fondo común de incapacidad laboral que se haga cargo de las licencias. Incluye aportes de los usuarios de Fonasa, Isapres y los empleadores. 7) Fin a la integración vertical entre seguros y prestadores: Hacer más estricta la ley en el sentido que las Isapres tengan por giro exclusivo el financiamiento de las prestaciones de salud, sin posibilidad de construir empresas relacionadas para desarrollar actividades prestadoras. 8) Fondo único requerirá de nueva institucionalidad en salud: La creación de un fondo único de salud -que la mayoría de la comisión entiende como paso previo a un seguro único, que deje a las Isapres fuera de la administración de las cotizaciones de salud- requerirá de una nueva institucionalidad que, en una primera etapa dependa del Minsal. 	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Detallar los cambios al SPS.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Corriente liberal.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Podría ser necesario ampliar el tope de cotización; seguros complementarios regulados por ley; plan universal; transición de contratos entre un modelo y otro; compensan riesgo entre Isapres; licencias médicas con fondo propio; fin a la integración vertical entre seguros y prestadores y nueva institucionalidad para fondo único.
ANÁLISIS: La nebulosa del análisis se dilucidará con el informe final de la CR.	
CONCLUSIÓN: Hay una estrategia discursiva tendiente a confundir la comprensión del mensaje.	

LA TERCERA 03 DE OCTUBRE

DISCURSO DE LA CR E ISAPRES
<p>Según cifras de la Asociación de Isapres, una persona mayor de 80 años se realiza, en promedio, unas 59,5 prestaciones al año, entre consultas médicas, exámenes, cirugías y otros procedimientos. Por cada uno de ellos debe hacer un copago, es decir, financiar parte del costo total de la atención, que varía según la cobertura que le entregue el plan de salud que tenga contratado con una aseguradora.</p> <p>De acuerdo con los datos de la Superintendencia de Salud y que fueron recogidos por la CR, durante el 2013, los afiliados a Isapres tuvieron un gasto anual, promedio de \$ 1.004.612, por concepto de copagos. "los copagos asociados a prestaciones ambulatorias son mayores para las mujeres en todos los niveles de renta y también mayores para los beneficiarios (hombres y mujeres) de más altos ingresos. En el caso de los copagos hospitalarios, la tendencia es menos clara en relación a mujeres y hombres, pero resultan claramente mayores en mujeres", señala el informe de la CR. Así, al sumar el sueldo anual de los afiliados, el gasto en copagos representa el 3,7% de la renta -promedio en el sistema- y se evidencia que los usuarios de menores rentas tienden a gastar más en salud. Las cifras muestran que, al comparar a los beneficiarios, la población que supera los 60 años en Fonasa llega al 17%, mientras que en Isapre apenas bordea el 8%.</p> <p>Por su parte Hernán Doren sostuvo que "todo el mundo querría tener un menor costo de bolsillo, pero cuando se hacen presentaciones de los costos en salud que hay en Chile y se comparan con otros países de la Oede, realmente nosotros gastamos mucho menos de la mitad, incluido el costo de bolsillo del usuario". (...) Agrega que pese a todo, es preocupante y</p>

tenemos que seguir trabajando en cómo contener los costos en salud, avanzar en soluciones integrales, trabajar el índices de calidad y referencia de cada clínica, que finalmente redunde en una buena calidad de atención y ojalá al menor costo”.	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Justificar los ajustes al sistema realizando comparaciones en los copagos. (CR) Justificar los copagos y los gastos en los que incurren las Isapres para otorgar atención de calidad. (Isapres).
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Comparar y develar los gastos excesivos en los que incurren los usuarios de Isapres más vulnerables. (CR). Justificar el modelo y los copagos en el SPS. (Isapres).
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Poner tope a los copagos.
ANÁLISIS: ¿Será posible llegar a acuerdo en los topes de los copagos, considerando el clima inquisitivo e impositivo que ha sufrido la CR, por parte del gobierno y el sector privado de salud?	
CONCLUSIÓN: Es mucho el camino que falta por recorrer y el tiempo que conllevan estos “cambios”, como para determinar el impacto positivo o negativo para los usuarios del sistema público y privado, puesto que no es claro si resguarda a los usuarios o a las instituciones de salud privada.	

DIARIO FINANCIERO: 03 DE OCTUBRE

DISCURSO DE LA CR E ISAPRES	
<p>Respecto del destino de los recursos del Fondo Mancomunado de Salud, según dice el documento de la CR, “para la posición de minoría debe ser exclusivamente para los medicamentos de alto costo y que en su propuesta se traduce en la creación del ‘Fondo Especial para Medicamentos de Alto Costo’. La principal diferencia se refiere a la definición del funcionamiento del fondo, que recibe aportes de la cotización para salud y no redistribuye de vuelta ajustado por riesgo las primas a los aseguradores (...) esto arriesga en el futuro la participación de múltiples aseguradores en la seguridad social y compromete la capacidad de las personas de elegir su sistema de salud”. Además, en la discriminación por ingresos que implica la existencia de prima comunitaria adicional a la cotización del 7% para financiar el PSS en las Isapres. En relación a este punto la propuesta consigna que “un grupo de minoría plantea que para las Isapres debiera ser obligatorio el otorgan un plan sólo por el 7%, sin prima comunitaria, además de aquellos planes que tengan primas comunitarias asociadas a características de las redes de prestadores”.</p> <p>Otra diferencia tiene que ver con las declaraciones de salud que hoy son exigidas por las aseguradoras. En este aspecto, se plantea que los alcances de la propuesta que busca eliminar esa declaración, “para un grupo debiera mantenerse en las personas que quieran cambiarse de Fonasa a Isapre; como una manera de evitar comprometer la sustentabilidad del nuevo modelo debido al desfinanciamiento del sistema privado, que sería consecuencia de la selección adversa que se registraría desde la constitución del nuevo sistema”. Además, la minoría de la CR plantea no tratar el tema de la integración vertical.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Eliminar barreras de discriminación. (CR). Mantener barreras de discriminación. (Isapres).
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Neoliberal.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	PSS, Fondo Mancomunado de Salud y eliminación de declaración de salud.
<p>ANÁLISIS: En los tira y afloja de la mayoría de los comisionados y sus integrantes minoritarios, pareciera que se impone la posición de la minoría, dada la relación de poder que esta minoría mantiene, no sólo con sus cotizantes, sino que también con los políticos y la política.</p> <p>Divergencias: Respecto del destino de los recursos del Fondo Mancomunado de Salud, para las Isapres debe ser exclusivamente para los medicamentos de alto costo y que en su propuesta se traduce en la creación del ‘Fondo Especial para Medicamentos de Alto Costo’, por lo que la principal diferencia estaría en la definición del funcionamiento del fondo, que recibe aportes de la cotización para salud y no redistribuye de vuelta ajustado por riesgo las primas a los aseguradores, arriesgando en el futuro la participación de otros aseguradores en la seguridad social y compromete la capacidad de las personas de elegir su sistema de salud.</p> <p>Además, en la discriminación por ingresos que implica la existencia de prima comunitaria adicional a la cotización del 7% para financiar el PSS en las Isapres, éstas consideran que debiera ser obligatorio el otorgan un plan sólo por el 7%, sin prima comunitaria.</p> <p>Otra diferencia tiene que ver con las declaraciones de salud que hoy son exigidas por las aseguradoras. Frente a la propuesta que busca eliminarlas. Las Isapres consideran que ésta, debiera mantenerse en la gente que quieran cambiarse de Fonasa a Isapre, debido a que esta migración de personas que tienen enfermedades serias y que se encuentran en lista de espera, comprometería la sustentabilidad del nuevo modelo debido al desfinanciamiento del sistema privado, que sería consecuencia de la selección adversa que se registraría desde la constitución del nuevo sistema.</p>	

Por otro lado, las Isapres proponen no tratar el tema de la integración vertical y recomiendan hacerlo en el futuro, de tal manera de profundizar el análisis.

CONCLUSIÓN: ¿Qué ideas y cuánto contenido prevalecerá de la minoría que representa a las Isapres?

LA TERCERA: 04 DE OCTUBRE

DISCURSO DEL GOBIERNO	
<p>No es un reforma, son ajustes. No es una reforma estructural ni de la institucionalidad. La comisión se llama: comisión presidencial para la elaboración de una ley de Isapres, no tiene puesta la palabra reforma en ninguna parte”, sostuvo la ministra de Salud, Helia Molia, poniendo así distancia entre el gobierno y la serie de polémicas ocurridas al interior de la comisión de expertos convocada para proponer cambios al sistema. “Es un producto referencial, no vinculante que tiene la Presidenta Bachelet para poder avanzar en el desarrollo de una ley. Son los insumos, pero no es letra grabada en piedra. Después habrá un proceso legislativo donde también va a haber consulta a más gente”. Las declaraciones de Molina ocurren tras los más de cuatro borradores que tuvo en los últimos días el informe de la CR. Los puntos que más preocupaban a los representantes de las Isapres y que fueron negociados fueron: que no se prohibiera generar ganancias o lucro con el 7% de la cotización de salud, que inicialmente debía cesar en tres años; cobrar una prima adicional asociada al valor del PSS para aumentar la recaudación; fijar barreras para evitar la migración masiva de afiliados de Fonasa y dejar fuera del texto el plazo de 10 años propuesto para transitar a un sistema de seguro público único, aprobado por la mayoría de la comisión, que a la larga eliminaba a las Isapres de la seguridad social. Además, se les permitió incluir, de forma íntegra, un modelo de reforma propio, que se anexó al informe como propuesta de minoría y que había sido presentada por el gremio antes de la última sesión.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Flexibilizar y dar facilidades a las propuestas de las Isapres, con el propósito de proporcionar tranquilidad y confianza a los representantes de las Isapres.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	El mercado seguirá siendo la hegemonía.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	No habrá reforma, sólo ajustes. No es una reforma estructural ni de la institucionalidad, lo que posiblemente habrá es: lucro con el 7% de la cotización de salud; cobro de una prima adicional asociada al valor del PSS para aumentar la recaudación; se fijarán barreras para evitar la migración masiva de afiliados de Fonasa y dejarán fuera del texto el plazo de 10 años propuesto para transitar a un sistema de seguro público único y se considerará un modelo de reforma propuestos por las Isapres.
<p>ANÁLISIS: Queda clara la posición del gobierno, son sólo ajustes, no reforma. Por lo que el informe de la CR tuvo más de 4 borradores, producto de las negociaciones que permitieron omitir de la última entrega los puntos que más preocupaban a los representantes del sector privado, aliviando con esto, a la posición minoritaria. ¿Cuáles serán las negociaciones que mantiene el gobierno mantiene con la oposición?</p> <p>La prioridad del gobierno, no es una cuarta reforma al SPS, sino que el fortalecimiento de la infraestructura de la red pública. Controversias: Tras la renuncia de los dos representantes de las Isapres, los dos que se quedaron consiguieron seguir lucrando con el 7% de la cotización de salud que inicialmente debía cesar en tres años; cobrar una prima adicional asociada al valor del PSS para aumentar la recaudación; fijar barreras para evitar la migración masiva de afiliados de Fonasa y dejar fuera del texto el plazo de 10 años propuesto para transitar a un sistema de seguro público único, aprobado por la mayoría de la comisión, que a la larga eliminaba a las Isapres de la seguridad social. Además, se les permitió incluir, de forma íntegra, un modelo de reforma propio, que se anexó al informe como propuesta de minoría y que había sido presentada por el gremio antes de la última sesión.</p>	
<p>CONCLUSIÓN: La dictadura de las minorías dejó sin opción a la CR que debió sucumbir a todas las observaciones de los representantes de las Isapres, apoyados por el gobierno.</p>	

DIARIO FINANCIERO: 06 DE OCTUBRE

DISCURSO DE LAS ISAPRES
<p>“Hay una visión de corto plazo que yo creo que va justamente al mandato que se le dio a la comisión que es solucionar aquellos problemas reales que tiene el sistema privado”, asegura Hernán Doren. Además, niega que a los viejos se les echa, que a los enfermos se les expulsa del sistema, dice que la ley no lo permite. Esas cosas ya fueron superadas. Respecto de las ideas que iban a tener los miembros de la CR, señaló que vamos a hablar de utopías o los sueños que algunas personas tienen, y que para muchos son pesadillas. Porque cuando estamos hablando de que todo lo debe solucionar el Estado, y que todo lo suministre el Estado, cuando hasta el momento ha demostrado ser poco eficiente, por decirlo suavemente, en solucionarle los problemas a la gente, de qué estamos hablando. Veamos el informe que es entregado oficialmente a la Presidenta. Porque están hablando a un plazo de diez años, queda mucho tiempo por recorrer. Es posible que venga otra gente con otras ideas que transforme esa pesadilla en situaciones normales y que seamos capaces de escapar de esa</p>

situación.	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Desacreditar el rol del Estado y blanquear la imagen del SPS; apostar a que con el tiempo se dilate y disemine la idea de eliminar a las isapres y normalizar sus prácticas.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	La derecha neoliberal.
<p>ANÁLISIS: Luego que la CR, hiciera todos los ajustes que fueron precisos para dar tranquilidad a los representantes de las Isapres, éstos están de acuerdo con el informe.</p> <p>El descaro es tal, que dicen que es falso muchos de los hechos que están comprobados, tales como que las personas de más edad son echadas de las Isapres, que a los más enfermos de les expulsa. Es hasta burlesco cuando señala que eso no lo permite la ley y, por tanto, ellos no lo hacen. Y peor aún, dice que esas cosas ya fueron superadas. ¿Cuándo? ¿Cuando se creó la CR?</p> <p>La pesadilla de Doren.</p> <p>Apuesta a que en 10 años venga otra gente con otras ideas que transforme su pesadilla en situaciones normales ¿Qué es lo normal para el representante de las Isapres?</p>	
CONCLUSIÓN: La normalidad para ellos constituye el <i>statu quo</i> económico, político y social.	

EL MERCURIO: 06 DE OCTUBRE

DISCURSO CR Y GOBIERNO	
<p>Una de las principales propuestas a la que llegó la CR, fue la regulación del mercado de los seguros complementarios de salud, de cara a que en un futuro se cree un seguro único para todos los cotizantes. De concretarse, este les dejaría a las Isapres "la posibilidad de reconvertirse en seguros complementarios y/o suplementarios, y sus prestadores en gestores de red". En ese escenario, algunas Isapres podrían transformarse y caminar hacia el campo de las compañías de seguros, donde competirían directamente con 28 empresas que hoy ofrecen planes complementarios de salud, considerando el crecimiento que experimenta este tipo de seguros y que el año pasado acumularon más de \$ 345 mil millones.</p> <p>Por su parte, Sebastián Pavlovic, dice que los seguros de salud "cambian las conductas de los actores del sistema", por lo que efectivamente podrían hacer que los costos de la salud se incrementen. También dice que "muchas veces se genera una integración vertical, donde una clínica ofrece seguros y va capturando usuarios a través de estos, haciéndolos cautivos de su propia red y los estimula a usar sus prestaciones". Asimismo, sostiene que "hay un vacío normativo y de conocimiento de cómo se está comportando el mercado de los seguros complementarios", reconoce que "falta estudiar la seguridad en atenciones ambulatorias, pero no para eventos catastróficos, lo que produce una sensación de falsa seguridad".</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Que las Isapres busquen otras oportunidades, generando estrategias que les permita encontrar y adaptarse a nuevos nichos de mercado.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Neoliberal.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Reconversión de las Isapres en seguros complementarios y/o suplementarios.
ANÁLISIS: Que compitan entonces con quienes deseen comprarles sus ofertas.	
CONCLUSIÓN: ¿El Gobierno busca la forma de reacomodar el negocio de las Isapres?	

ESTRATEGIA: 07 DE OCTUBRE

DISCURSO DE LA CR	
<p>Para el comisionado David Debrott no habría un cambio sustancial en el uso de la atención privada: "El volumen de pacientes no debiera cambiar sustancialmente. El precio de los planes podrían hasta moderarse en el sistema privado y, por lo tanto, más gente va a querer acceder a prestadores privados mientras la oferta del sistema público sea deficiente. Esto es también un desafío para el sistema público". Una opinión similar entrega Soledad Barría: "Creo que la atención privada no cambiará mucho. Hoy los cotizantes en Isapres están cotizando, en promedio, \$ 87 mil, por lo que las posibilidades del gran público de hacer esas cotizaciones es difícil".</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Dar tranquilidad al sector privado.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Neoliberal.

PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Ajustes.
ANÁLISIS: Ambos comisionados creen que la atención privada no cambiará mucho o que no habrá cambios sustanciales en ella. Por supuesto para eso trabajaron.	
CONCLUSIÓN: Se busca mitigar los efectos producidos por los ajustes al SPS.	

EL MERCURIO: 08 DE OCTUBRE

DISCURSO DEL GOBIERNO	
<p>Los comisionados pidieron a la Superintendencia de Salud analizar escenarios considerando diferentes coberturas para las prestaciones curativas (ambulatorias y hospitalarias), distintos toques de copago anual y usando los precios de referencia de diferentes redes de prestadores. El análisis muestra que si se aumentan las coberturas a 70% para prestaciones ambulatorias y 80% para las hospitalarias, las Isapres no podrían financiar el plan con las características propuestas en una red como la clínica Santa María, Indisa y el hospital Clínico de la U. Católica, que son los precios de referencia más altos usados en la revisión (no se consideraron los de clínica Las Condes ni Alemana). Menos aún si se establece un tope del copago anual de 20%. Las aseguradoras privadas necesitan \$ 1,3 billones para financiar las atenciones curativas bajo este esquema. Si se consideran los ingresos de las Isapres en 2013 (17 billones), el dinero no alcanzaría para cubrir esos copagos más las licencias médicas, las prestaciones de medicina preventiva y los gastos de administración y ventas. En las otras redes de prestadores analizadas, el sistema se alcanzaría a financiar, pero en la medida en que aumentan las coberturas y se impone un tope al copago anual, el gasto de las Isapres igualmente aumentaría hasta \$ 80 mil millones al año. En el informe se concluye que la "factibilidad financiera" de las Isapres bajo este modelo, "está directamente relacionada con la capacidad de estas instituciones de generar convenios y redes de atención que les permitan contener sus costos".</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Incentivar a las Isapres para que busquen su factibilidad financiera generando convenios y redes de atención que les permitan contener sus costos y no de la manera fácil que lo hacen hasta ahora.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	La posibilidad de generar sus propios nichos de negocio.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	La factibilidad financiera de las Isapres bajo el modelo que propone la CR, requiere que las Isapres usen su capacidad institucional para generar convenios y redes de atención que les permitan contener sus costos.
ANÁLISIS: A las Isapres no les interesa innovar, están muy situadas en el mercado, como para cambiar estructuralmente. No les hace falta ese cambio.	
CONCLUSIÓN: No puede ser tan fácil el enriquecimiento en este país, hace falta innovar y diseñar nuevas estrategias si se aspira a ganar tanto dinero, más aún, si se trata de lucrar con un bien social tanpreciado como es la salud.	

LA TERCERA: 08 DE OCTUBRE

DISCURSO DE LA CR	
<p>Hoy, a las 09:45 horas, en el Salón Montt Varas de La Moneda, el secretario ejecutivo de la comisión convocada para proponer una reforma a las Isapres, Camilo Cid, entregará a la Presidenta Michelle Bachelet el informe final, elaborado en los últimos cinco meses. El documento de 205 páginas, mantiene la estructura de una visión de futuro que apunta a un fondo único de salud y una propuesta de cambios inmediatos, que crea un Plan de Seguridad Social (PSS) -que pondría fin a la discriminación por sexo, edad y salud- con copagos estándar y tope de gasto anual asociado a la renta. Tendrá la cobertura que el seguro público actualmente entrega. El financiamiento del PSS será con el 7% de la cotización de salud -el lucro no será prohibido- y una prima comunitaria que podrán cobrar las Isapres, igual para sus afiliados y asociada a la red de prestadores. También se propone crear un fondo mancomunado entre Fonasa y las Isapres, otro interisapres y una entidad que administre las licencias médicas, financiadas por el Estado, empleadores y trabajadores.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Informar.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Neoconservador.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Mantiene la estructura de una visión de futuro que apunta a un fondo único de salud y una propuesta de cambios inmediatos, que crea un Plan de Seguridad Social (PSS) -que pondría fin a la discriminación por sexo, edad y salud- con copagos estándar y tope de gasto anual asociado a la renta. Tendrá la cobertura que el seguro público actualmente entrega. El financiamiento del PSS será con el 7% de la

	cotización de salud –el lucro no será prohibido- y una prima comunitaria que podrán cobrar las Isapres, igual para sus afiliados y asociada a la red de prestadores. También se propone crear un fondo mancomunado entre Fonasa y las Isapres, otro interisapres y una entidad que administre las licencias médicas, financiadas por el Estado, empleadores y trabajadores.
ANÁLISIS: Al revisar el informe completo, será posible comprender el real alcance de la propuesta. Falta camino aún por recorrer y ese camino lo trazará el Ejecutivo y luego el Parlamento.	
CONCLUSIÓN: ¿Estos cambios permitirán terminar con los abusos de las Isapres?	

EL MERCURIO: 09 DE OCTUBRE

DISCURSO DEL GOBIERNO, COMISIÓN DE SALUD DEL SENADO, CR E ISAPRES	
<p>Recién terminada la ceremonia de entrega oficial del documento de la CR, surgieron las primeras discrepancias sobre el futuro del proyecto de ley que deberá generarse a partir de dicho informe que en su mayoría opta por establecer una visión a futuro con un fondo que reúna cotizaciones de Fonasa e Isapres y aportes estatales y funcionará a la par de un seguro único. Bajo ese norte, se plantean ocho medidas de reforma inmediata que son las que deberán evaluarse para convertirse en una propuesta legal. Según este punto la ministra de Salud Helia Molina y parlamentarios oficialistas explicaron que la iniciativa legal estaría recién a fines de año, pero otro grupo de senadores de la Comisión de Salud, aseguraba que debe tomarse como base el proyecto presentado por el gobierno de Sebastián Piñera que crea el Plan Garantizado de Salud (PGS). El presidente de dicha instancia, Guido Girardi (PPD), aseguró que “le voy a pedir al Gobierno que en no más de un mes se elaboren las indicaciones para complementar el proyecto (de PGS), porque voy a poner en tabla, a fines de noviembre, el proyecto que veníamos tramitando”. A esto se sumaron Francisco Chahuán (RN) y Jacqueline Van Rysselberghe (UDI). La ministra Molina contestó a Girardi que “él es un parlamentario, un gran senador, presidente de la Comisión de Salud y nosotros somos el poder Ejecutivo. No quiero elaborar una ley que termine siendo una mala ley o improvisada. No me puedo comprometer por ningún motivo a tener la ley en un mes”.</p> <p>Durante su discurso, la Presidenta Bachelet valoró la inclusión de los disensos al interior de la comisión y que, en esencia, plantean que el país debe tender hacia el mismo fondo común que plantea la mayoría, pero con múltiples seguros disponibles, dando espacio así para que las Isapres continúen administrando dineros de la seguridad social. También afirmó que “este informe que hoy recibo contiene importantes acuerdos, pero también, tal como lo pedí, hay disensos y posiciones minoritarias. Valoro que todo esto esté considerado en el informe, porque no tenemos miedo a las diferencias. Y debemos ser capaces como país de hablar de todos los temas, sin tabúes y sin miedos”.</p> <p>Según los comisionados, algunos de los beneficios son: que de los más de 55 mil planes se pasará a uno; que los adultos mayores, mujeres y cotizantes cautivos, puedan moverse dentro del sistema sin que se eleven sus pagos del plan de salud. Esta corresponderá a una cobertura de por vida, que no variará de precio, porque siempre se va a pagar el 7% y la prima. Esto implica que cuando la persona envejezca seguirá pagando lo mismo, lo que no existe hoy. Para que todo esto ocurra los jóvenes sin cargas, contribuyen al cotizar su 7% más una prima, pero recibirán a cambio un plan de salud, una cobertura de por vida, que no variará de precio, porque siempre va a pagar el 7% y la prima.</p> <p>Además de ofrecer el PSS, la CR plantea que las Isapres brinden tres tipos de planes complementarios, utilizando las redes de prestadores que poseen. Pero en el mundo privado advierten que esta idea podría ser poco viable. Hernán Doren teme que “si se aumentan las coberturas para los usuarios, como se propone, y no se sacan bien los cálculos, podría haber prestadores con los que no se pueda hacer convenios, porque no se podrían financiar debido a los altos costos”. Pero el comisionado Ortega asegura que la propuesta es responsable y que “se sustenta sólo con el 7%. La cotización promedio de las Isapres supera el 10% de manera que hay espacio para agregar arreglos al PSS, como la opción de elegir otras redes de prestadores, a través de primas comunitarias”.</p> <p>La propuesta de la CR está a favor de que en el futuro se instaure un seguro y un fondo único para la salud. Para eso entrega una propuesta de corto plazo que sirva de transición y que incluye la creación de un PSS, para enfermedades caras: un Fondo Común de Incapacidad Laboral, para administrar las licencias y un Fondo Interisapres, para terminar con la cautividad. Además se plantea regulación de los planes complementarios que entregan las compañías de seguros, la mayor regulación a los prestadores y el ingreso automático de los nuevos cotizantes a este sistema.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Comunicar que todo está bien y todos se encuentran satisfechos con el resultado de la CR que seguramente requerirá más ajustes.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Neoliberal con matices que buscan corregir su dogma.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	La Presidenta Bachelet sostiene que el país debe tender hacia el mismo fondo común que plantea la mayoría de la CR, pero con múltiples seguros disponibles, dando espacio así para que las Isapres continúen administrando dineros de la seguridad social. La propuesta de la CR está a favor de que en el futuro se instaure un seguro y un fondo único para la salud. Para eso entrega una propuesta de corto plazo que sirva de transición y que incluye la creación de un PSS, para enfermedades caras: un

	Fondo Común de incapacidad Laboral, para administrar las licencias y un Fondo Interisapres, para terminar con la cautividad. Además se plantea regulación de los planes complementarios que entregan las compañías de seguros, la mayor regulación a los prestadores y el ingreso automático de los nuevos cotizantes a este sistema.
ANÁLISIS: El interés de la Presidenta Bachelet que se tienda hacia el fondo común que plantea la mayoría, pero con múltiples seguros disponibles, para que las Isapres continúen administrando dineros de la seguridad social. A la Presidenta le interesan las posiciones de mayoría y de minoría de la CR. Sin embargo, da la impresión que le importa más la posición de la minoría, representantes de la Isapres, fundamentalmente por todo el trabajo que les llevó presionar a la mayoría la CR, para que actuaran con moderación, es decir, les dieran facilidades a las Isapres.	
CONCLUSIÓN: La Presidente cuida el negocio de las Isapres. Para qué se van a mover si todas ofrecerán lo mismo.	

ESTRATEGIA: 09 DE OCTUBRE

DISCURSO DE LA CR	
El documento entregado a la Presidenta Michelle Bachelet tiene como eje central la seguridad social para toda la población, el concepto solidaridad como principio básico y una protección financiera lo más alta posible. Para ello se pretende erradicar la discriminación por riesgo, controlar el alza de precios y regular los planes en su beneficio y copago. Dentro de los requisitos mínimos del aseguramiento en salud, se menciona la universalidad del sistema con mecanismos de compra que aseguren eficiencia sanitaria y evaluación comunitaria de riesgos para la fijación de primas. Unas de las opciones de aseguramiento es un fondo con las cotizaciones de los afiliados, que luego se redistribuya de acuerdo al riesgo de cada grupo, eliminando cualquier discriminación por sexo y edad. En el informe se detalla tanto la postura mayoritaria de la comisión como la minoritaria. La primera plantea un Fondo Único con Seguro Nacional de Salud y seguros privados complementarios, regulados con la existencia de un seguro único en el mediano plazo y la existencia de seguros privados voluntarios. Para su financiamiento se usaría la cotización obligatoria del 7%. La posición minoritaria propone un Fondo con multiseuros como arreglo de seguridad social.	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Informar para dar la sensación de transparencia.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Crear que los conceptos de seguridad social y solidaridad son posibles en este modelo neoliberal.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	El eje central de reforma a la salud privada será la seguridad social para toda la población, el concepto solidaridad como principio básico y una protección financiera lo más alta posible. Para ello se pretende erradicar la discriminación por riesgo, controlar el alza de precios y regular los planes en su beneficio y copago. Dentro de los requisitos mínimos del aseguramiento en salud, se menciona la universalidad del sistema con mecanismos de compra que aseguren eficiencia sanitaria y evaluación comunitaria de riesgos para la fijación de primas.
ANÁLISIS: Que el documento tenga como eje la seguridad social y el concepto de solidaridad como principio básico, no garantiza nada. Está por verse que la protección financiera lo más alta, sea realmente palpable, en el mediano plazo, a la hora de otorgar servicios de salud a la población.	
Divergencias: La primera plantea un Fondo Único con Seguro Nacional de Salud y seguros privados complementarios, regulados con la existencia de un seguro único en el mediano plazo y la existencia de seguros privados voluntarios. Para su financiamiento se usaría la cotización obligatoria del 7%. La posición minoritaria propone un Fondo con multiseuros como arreglo de seguridad social.	
CONCLUSIÓN: Hay aspectos inentendibles que se espera sean aclarados al revisar el informe del 8 de octubre, sobre todo, lo relacionado a los seguros.	

ESTRATEGIA: 09 DE OCTUBRE

DISCURSO DE LAS ISAPRES	
<p>El comisionado Marcelo Dutilh, destacó en gran medida los efectos de la propuesta de un fondo mancomunado de salud, arguyendo que este, de concretarse, "afectaría principalmente a las personas de ingresos medios, que tendrían un costo mucho mayor para acceder al mismo nivel de servicios de cobertura que tienen actualmente", situación que sería "muy dañina para más de 700 mil cotizantes". A su vez, Dutilh aludió que dicha propuesta haría de las Isapres un "sistema de seguros privados complementarios, que por su alto costo serían utilizados por una élite de personas con más recursos". El ejecutivo rescató la propuesta minoritaria que consiste en un mecanismo de multiseguros que "redistribuiría el 7% de acuerdo al riesgo de las diferentes carteras", lo que mejoraría el sistema actual en cuanto a movilidad y transparencia.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Inculcar inseguridad y desconfianza, usando a las personas como blindaje para defender sus intereses económicos.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Neoliberal a ultranza.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	El objetivo es eliminar la discriminación por sexo, edad y enfermedad.
<p>ANÁLISIS: ¿A qué transparencia se refieren? Uno de los escenarios posible es que los representantes de las Isapres, tendrán una estrategia comunicacional y política, cada vez más agresiva y que, a pesar de la tranquilidad que el gobierno les expresa en su discurso, se centrará primordialmente, en el Ejecutivo, para continuar bajando temas de la propuesta de la CR, que los priva de la "libertad" de acción para operar en el mercado de salud a todo evento y sin contrapeso, de tal manera se obtener mejores resultados del Ejecutivo que es un aliado político importante. Luego irán por más al Parlamento, dónde desconocemos hasta qué punto los parlamentarios de la Comisión de Salud son beneficiados económicamente en sus campañas por estas instituciones, donde los más de 3 millones de afiliados aportan sin saberlo.</p>	
<p>CONCLUSIÓN: Habrá que evaluar la ofensiva que preparan los representantes de las Isapres, para defender su status socioeconómico.</p>	

ESTRATEGIA: 09 DE OCTUBRE

DISCURSO DE LA COMISIÓN DE SALUD DEL SENADO (RN Y UDI)	
<p>Los senadores de oposición Francisco Chahuán (RN) y Jacqueline Van Rysselberghe (UDI) hicieron un llamado a la Presidenta y a la Ministra de Salud, Helia Molina, porque si bien concuerdan en que existen cambios necesarios, no deben sobreideologizarse, ni coartar la libertad de los chilenos. Los senadores hicieron ver su preocupación, alertando –el Senador Chahuán sobre que "no debe primar la sobreideologización. Esto podría terminar con 3 millones de cotizantes del sistema privado, sobrecarguen al sistema público". Con una visión más crítica, la Senadora Van Rysselberghe recalco que "la comisión fue convocada para mejorar el sistema de Isapres y terminar abusos". Y advirtió, "lo que se está haciendo con la propuesta de mayoría es que un millón y medios de personas que cotizan y ganan 1,5 millones o menos tengan que volver al sistema público. Esa no era la idea, la idea era que pudieran elegir". Añadió que "creemos que el informe apunta a la expropiación del 7% de los afiliados. No podemos hacer que el Estado maneje todo".</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Atemorizar sobre lo que puede acontecer, si no se sigue la línea propuesta por las Isapres.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	RN y UDI. La corriente presente es la derecha neoliberal a ultranza.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Lobby político para cambiar los aspectos más básicos que finalmente, implicaría no cambiar nada.
<p>ANÁLISIS: Claramente la libertad para los sectores de la derecha, tiene que ver con el individualismo expresado, en la decisión de elegir cuál es el mal menor. Argumentan que no podemos hacer que el Estado maneje todo, pero si toda la carga la maneja el Estado, las Isapres sólo bailan con la bonita.</p>	
<p>CONCLUSIÓN: Qué manera de estar alineados en el discurso. El Estado al Servicio de las Isapres.</p>	

ESTRATEGIA: 09 DE OCTUBRE

DISCURSO DEL GOBIERNO	
<p>Una marcada posición de consenso adoptó la ministra Helia Molina en la entrega del informe de la comisión. En la instancia, Molina destacó como uno de sus principales objetivos “poner a los usuarios de la clase media que están en el sistema privado de salud en condiciones más afines a sus necesidades”. Asimismo, agregó que tanto los elementos de consenso como de disenso fueron incluidos en el informe, destacando que hay “elementos más que suficientes” para promulgar “una ley de unanimidad”. Además, Molina descartó de plano la expropiación del 7%. “Como lo vamos a expropiar, si el 7% va a la Isapre”, destacó, y agregó que solamente están “analizando aspectos que eliminen discriminación e inequidad en el sistema privado”. Respecto a los plazos de legislación, la ministra espera tener “a fin de año un borrador final de la propuesta de ley, que ojalá pueda ser enviada prontamente al congreso”. Frente a las declaraciones del senador Guido Girardi sobre enviar el proyecto este año, Molina argumentó que “nosotros somos el Poder Ejecutivo y no quiero elaborar una mala ley o una ley improvisada”.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Reafirmar y potenciar la idea de que no habrá cambios estructurales, ni reforma, sólo algunos cambios.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	La PPD, expresa una posición de continuidad y corte neoliberal.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Solamente se están “analizando aspectos que eliminen discriminación e inequidad en el sistema privado”. Respecto a los plazos de legislación, la ministra espera tener a fin de año un borrador final de la propuesta de ley, para ser enviada prontamente al congreso. El Gobierno busca el consenso para promulgar una ley por unanimidad.
<p>ANÁLISIS: La posición del gobierno es expresada, por ahora, por la ministra Molina, su discurso no cambiará y, desde que asumió en marzo de este año, ha dicho de forma majadera que no habrá cambios fuera del contexto existente, por lo que los cambios no serán estructurales, sólo se mejorarán algunos aspectos, tales como: discriminación, preexistencia e inequidades. La pregunta es cómo se logra dichos cambios, con el mismo accionar.</p>	
<p>CONCLUSIÓN: Finalmente se mantiene la coherencia discursiva de la Ministra, por la que ha trabajado e intervenido, para que la CR retome ese rumbo y no tome el de la reforma, porque como lo señala Molina, no la habrá.</p>	

DIARIO PULSO: 09 DE OCTUBRE

DISCURSO DEL EJECUTIVO, LA CR Y LA COMISIÓN DE SALUD DEL SENADO	
<p>Los cambios que contendrá el proyecto de ley, que se trabajará en los próximos tres meses, estará basado en las propuestas entregadas ayer por la CR para el estudio y propuesta de un modelo y marco jurídico para el SPS, que consideró casi medio año de trabajo.</p> <p>La Presidenta Michelle Bachelet, destacó que el documento propone mejoras para el sistema privado, buscando que sea coherente con los principios de seguridad social y promoviendo mayor equidad y solidaridad entre quienes optan por las Isapres. “El sistema privado ha sido sin duda relevante para quienes optan por él, pero es cierto que requiere de revisión que lo haga más solidario y que evite que las personas de clase media se sientan discriminadas por sexo, edad o preexistencia, o que se cometan abusos con ellas”, dijo la mandataria.</p> <p>En línea, la ministra Molina, indicó que “los aportes de las comisiones son muy considerados en el desarrollo legislativo (...)”. La presidenta Bachelet ha dicho que no estamos en ningún caso terminando ni atacando el sistema de Isapres, al contrario, estamos viendo cómo hacer del sistema de salud un mejor sistema, más afín a las necesidades de las personas y que mantenga la posibilidad de elegir de las personas respecto del sistema en el que quieren estar cotizando su 7%”.</p> <p>Las siguientes son algunas de las propuestas de la CR: 1) PSS, único, universal y estandarizado; 2) Fondo Mancomunado Universal; 3) Fondo Interisapres; 4) Relación Seguros y Prestadores; 5) Transición de Escenarios Contractuales; 6) Planes Complementarios; 7) Regulación de Precios y su Reajustabilidad y 8) Fondo Común de Incapacidad Laboral.</p> <p>Por otro lado, la Ministra Helia Molina, informó que conformará una comisión más reducida para redactar la reforma al SPS e invitará a Cid a participar en ella. Mientras, en la cartera de salud están evaluando dos opciones respecto del proyecto de ley, ingresado en el gobierno anterior. Aún no se descarta ingresar indicaciones a la iniciativa, aunque toma fuerza la creación de un nuevo proyecto, eliminando el que hoy se encuentra en el Senado. El Senador Guido Girardi, hizo un llamado al gobierno para que ingrese indicaciones a este proyecto, advirtiendo que tiene contemplado poner la iniciativa en tabla a fines de noviembre.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Posicionar el discurso presidencial de una forma maternal y protectora, subrayando que la libertad de las personas las lleva a decidir finalmente dónde dejan su 7% de cotización y, con esto, hacer corresponsable a la población.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Tanto la Alianza como la “Nueva Mayoría” presentan una línea consensuada en materia de reforma al SPS, en la que el lucro sigue presente.

PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Para terminar con la discriminación por sexo, edad o preexistencia, se propone lo siguiente: 1) PSS, único, universal y estandarizado; 2) Fondo Mancomunado Universal; 3) Fondo Interisapres; 4) Relación Seguros y Prestadores; 5) Transición de Escenarios Contractuales; 6) Planes Complementarios; 7) Regulación de Precios y su Reajustabilidad y 8) Fondo Común de Incapacidad Laboral.
<p>ANÁLISIS: La Presidenta Bachelet tiene un discurso audaz desde el punto de vista que asigna la responsabilidad de optar por el sistema privado, a las personas, tras declarar que "el sistema privado ha sido sin duda relevante para quienes optan por él (...). ¿Quién podría negar que finalmente son las personas las que desean estar en el SPS, puesto que si todos decidieran -por ejemplo- afiliarse a Fonasa, sabiendo que si no ocupa sus recursos porque es una persona que está sana, esos dineros serían socializados, es decir, otras personas, más pobres y enfermas podría usarlos y no se lo apropiarian privados, cuyo destino no es social, sino que de acumulación de riqueza individual.</p> <p>Además, es tan importante lo que dice la mandataria, pues queda la sensación de protección maternal, cuando señala sobre el SPS "(...) pero es cierto que requiere de revisión que lo haga más solidario y que evite que las personas de clase media se sientan discriminadas por sexo, edad o preexistencia, o que se cometan abusos con ella". Entonces provoca la sensación que, si no es por la buena que entiendan los privados, será por la mala, o sea, la ley.</p> <p>Además, sorprende como cuidan la imagen de la Presidenta, puesto que no es ella quien hace las declaraciones más duras, sino su representante Molina, tras señalar que "la presidenta Bachelet ha dicho que no estamos en ningún caso terminando ni atacando el sistema de Isapres, al contrario, estamos viendo cómo hacer del sistema de salud un mejor sistema, más afín a las necesidades de las personas y que mantenga la posibilidad de elegir de las personas respecto del sistema en el que quieren estar cotizando su 7%".</p> <p>Otra cosa distinta es tener la certeza de la imposibilidad de aunar solidaridad con la mirada esencialmente individualista, llamada neoliberalismo.</p> <p>Aunque también sabemos que la dualidad del sistema de salud chileno, no da otra alternativa, o eres pobres y te atiendes en el sistema público de salud con todo lo que ello significa o, eres de clase media hacia arriba y te "proteges" dejando tu 7% en el sistema privado, aunque no lo ocupes, porque entiendes que cuando lo necesites, éste será un par de escalones más eficiente que el público y, eso, puede salvar tu vida o la de un familiar, etc.</p>	
<p>CONCLUSIÓN: El proyecto de ley presentado por el gobierno anterior de Sebastián Piñera, está tomando forma, puesto que al parecer la coincidencia en más que las diferencias, por tanto, tienen razón en no seguir debatiendo algo que ya está determinado de antemano. Sólo resta hacer indicaciones para mejorar el proyecto de ley de la derecha.</p>	

DIARIO PULSO: 09 DE OCTUBRE

DISCURSO DE LAS ISAPRES	
<p>Si bien varios actores de la industria valoraron el consenso que consiguieron diferentes puntos contenidos en la propuesta inmediata de la CR: Marcelo Dutilh es enfático al señalar que en la propuesta de disenso existen "dos puntos fundamentales respecto del desarrollo del sistema privado de aseguramiento de salud". La propuesta "que plantea el Fondo Mancomunado creciente en el tiempo, administrado por un seguro único estatal significa la desaparición de las Isapres como las conocemos, contraviniendo el derecho constitucional de las persona a elegir", plantea Dutilh. En la misma línea, Hernán Doren, advierte efectos de fragmentar la cotización: "Hoy tenemos claro -las cifras y estadísticas lo señalan- que con el 7% no es suficiente como para financiar las necesidades de salud de la gente, menos va a ser posible financiarlo con una cifra inferior a esa". Asimismo Dutilh puntualiza que la eliminación de la declaración de salud, tal como se plantea en la propuesta de mayoría, es una "utopía": "De implementarse algo así significa la migración masiva de personas hacia las Isapres, porque las personas con graves problemas de salud que no han conseguido una oportuna solución en Fonasa, van a buscar exigir su garantía GES, por ejemplo, en el sistema de Isapres. Y frente a ese escenario, las Isapres quebrarían; ya que el fondo interisapres no tendría la capacidad de compensar este mayor costo, poniendo en riesgo la cobertura prometida al resto de los afiliados".</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Inicio de la arremetida comunicacional de las Isapres, en busca de eliminar aquellas cláusulas que afectan su estándar financiero, tras el monto al que se reducirá el 7%, debido a que una parte de él, se irá al Fondo Mancomunado y que además será administrado por un seguro único estatal.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	Visión neoliberal.
<p>ANÁLISIS: A pesar de que las Isapres lograron subir y bajar varios de sus puntos de interés en el informe de la CR, logrando con ello consenso, aún no están conformes con el resultado y van por más, puesto que las divergencias continúan: Se muestran en desacuerdo con el Fondo Mancomunado creciente en el tiempo, administrado por un seguro único estatal, puesto que significa la desaparición de las Isapres como las conocemos, contraviniendo el derecho constitucional de las persona a elegir, según los representantes del SPS.</p> <p>Les parece que fragmentar la cotización es un error y su argumento es que con el 7% no es suficiente como para financiar las necesidades de salud de la gente, menos con una cifra inferior.</p>	

Tampoco comparten la eliminación de la declaración de salud, puesto que la migración masiva de personas hacia las Isapres con graves problemas de salud que no han conseguido una oportuna solución en Fonasa y que van a exigir su garantía GES, por ejemplo, haría que las Isapres quiebren; ya que el fondo interisapres no tendría la capacidad de compensar este mayor costo, poniendo en riesgo la cobertura prometida al resto de los afiliados.

CONCLUSIÓN: Lo quieren todo y para ello, no escatiman esfuerzos y recursos.

LA TERCERA: 09 DE OCTUBRE

DISCURSO DE LAS ISAPRES	
<p>Hernán Doren veía como una amenaza el fin del lucro y aprobar la libre elección. Sin embargo, contó que el proyecto de ley recoge los consensos. Doren piensa que los problemas de los afiliados se solucionarán el 99,9%. Este modelo pone fin a las preexistencias, a la cautividad, crea tarifa plana, introduce un mecanismo para calcular los reajustes y esas son las cosas que la gente más reclama. De esta manera, estima que el modelo si se elabora en base a los consensos, podría haber ley en un año y medio. Además, dice que para aplicarse, tendría que haber un período para crear los fondos y hacer convenios con clínicas. Siendo optimista, veo a tres años plazo el sistema funcionando. El mayor desafío le parece que es la implementación. Es tremendo porque se mantienen las condiciones actuales para los afiliados existentes y se crean nuevas para los que ingresan. Encontrar el costo de este sistema, con personas de distinta lógica, no es fácil. En relación a quiénes beneficia el modelo, afirma que la lógica de la tarifa plana es que los más jóvenes pagan más y los más viejos pagan menos. Así, los que se ven afectados son los que están en las posiciones extremas.</p>	
ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Mostrar optimismo y seguridad en los resultados finales del proyecto de ley.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	¿Socialización de los recursos de salud?
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	PSS, fin a cautividad y preexistencias, mayor solidaridad, integración de Fonasa e Isapres y otros cambios importantes.
ANÁLISIS: ¿La CR trabajó para solucionarles a las Isapres los problemas que tenían con sus afiliados y dejarlas en mejor pie para el nuevo escenario?	
CONCLUSIÓN: Hay avances importantes que es preciso reconocer.	

DIARIO PULSO: 10 DE OCTUBRE

DISCURSO DE LA CR
<p>Para Camilo Cid el sistema no da más, por lo que es el momento exacto para hacer los cambios. El economista dice que Chile, con un per cápita en torno a US\$ 20.000, con todas las desigualdades que puedan existir, está en condiciones de dar un salto mayor hacia un arreglo de seguridad social de primer nivel, incorporando en el sistema privado estos principios rectores. Y si bien ya culminó el encargo que hiciera la Presidenta Michelle Bachelet, la labor no ha terminado, ya que integrará la comisión que redactará el próximo proyecto de ley, el que espera sea aprobado el 2015. Sostiene que esta propuesta se debería hacer de manera estructural, que empiece a funcionar todo al mismo tiempo porque está todo entrelazado. Uno no podría decretar la movilidad sin el fondo; es difícil regular los precios si no existe un solo plan (PSS). En términos técnicos, al menos, no es conveniente comenzar con cosas particulares, porque pueden generar crisis puntuales si el resto se demora mucho. Asimismo, sostiene que esperamos que la reforma no tenga un impacto fiscal significativo. Eso sucedería sólo si beneficiarios de Fonasa, aportantes netos de sus cotizaciones, se fueran masivamente a las Isapres, pero no creemos que eso pueda ocurrir. Analizamos esto en términos gruesos, pero lo suficiente como para permitirnos sugerir las propuestas.</p> <p>Cid, asegura que uno de los cambios más desafiantes a la hora de generar consensos en el Parlamento, sin duda, es el Fondo Mancomunado Universal (FMU). Es la única parte de la propuesta inmediata donde el financiamiento es mancomunado entre los dos sistemas Fonasa e Isapre. Lo pensamos como una señal en un primer momento, como el inicio de juntar el modelo dual de salud en uno solo, que financiará prestaciones muy relevantes y universales como los medicamentos de alto costo. También se debiera dar la discusión de si se pueden incluir otras cosas, como la atención pre hospitalaria (...), programas de atención primaria de adultos mayores tomando en cuenta que el país está envejeciendo. Ese es el sentido del FMU, romper con la segmentación y avanza en ese sentido, lo que es muy importante para la comisión. Respecto a la fragmentación de la cotización del 7%, señala que hoy parte del 7% se destina al SIL, ahí no hay cambio. Lo que sí, el FMU podría requerir algún porcentaje de la cotización porque está pensado más extensivamente; pero también incluye aporte fiscal y se planteó la reconstrucción del aporte de los empleadores. Eso está para la discusión (...). Pero cuando el gobierno ha dicho que, paralelamente a esto, está planificando un fondo de alto costo por la Ley Ricarte Soto, y que pondrá aporte fiscal para eso, entonces podría ser que no existiera gran impacto o que las personas tengan que poner muy poco frente a un gran beneficio: cobertura en caso de enfermedades caras. Esto tiene una contra prestación. No es que se esté expropiando parte del 7%. Asimismo, informa que lo que está verdaderamente en juego tiene que ver, más bien, con las</p>

visiones de largo plazo, ya que para algunos sería el inicio del seguro único. Pero a la mayoría de la CR no les gusta el fondo entre las Isapres, porque ese es el principio del escenario multiseuros y de mantención de la segmentación. Parece justo, entonces, que estén las dos visiones. Agrega que el FMU de ninguna manera podría duplicar el gasto fiscal en salud, puesto que en el momento inicial demandará pocos recursos, porque está pensado para medicamentos de alto costo. Existe la propuesta de incluir otros aspectos en el comienzo, pero siguen siendo niveles muy bajos comparados con el aporte fiscal o con el presupuesto sectorial o con el conjunto del 7%.

También asegura que la exención de la declaración de salud fue una cosa de principios. En la mirada de seguridad social no se puede discriminar por enfermedad. Y si bien admitimos que existan diferencias por ingreso, lo primero no era transable. Asimismo, sostuvo que hay un costo de oportunidad importante (económico) al ir de Fonasa a Isapre, por lo que descarta que una gran cantidad de gente vaya del sistema público al privado, aunque a nosotros no nos gusta esa barrera, ya que las prestaciones se consiguen en base a necesidades y no al ingreso. Asimismo, descartó el quiebre de las Isapres por esta eventual migración de usuarios de Fonasa a Isapres. Advirtió que ésta últimas entidades van a tener que ser organismos de seguridad social. Seguramente verán moderadas sus utilidades, tendrán que adaptarse al nuevo modelo de redes, a no discriminar, van a tener incentivos para promover la contención de los costos a través del control de las enfermedades crónicas, tendrán que hacer prevención y promoción de salud, de lo contrario no van a permanecer. Pero no será porque no haya oportunidad, no haya dinero o porque la gente se cambia de Fonasa a Isapre.

Respecto a la integración vertical, Cid dijo que será un desafío en el Parlamento. Finalmente Cid señaló que el rol fundamental del seguro frente al proveedor es incentivarlo a contener los costos, hacer que sea más eficiente. Cuando el seguro no hace eso, asume las alzas y las transfiere a las primas de los usuarios. Y nos parece que eso es lo que está pasando, no hay contrapeso entre el seguro y el proveedor. Por eso que la integración vertical ha sido mala en Chile. Por eso, se busca que el giro único de las Isapres sea más acotado y que de ninguna manera se preste para interpretaciones de que pueda abarcar la prestación de servicios de salud. Y, por otro lado, darle mayores facultades a la Superintendencia de Salud para que fiscalice el cumplimiento de la ley.

ESTRATEGIAS DISCURSIVAS PRESENTES EN EL DEBATE	Argumentar y justificar los cambios.
CORRIENTES Y POSICIONES POLÍTICAS E IDEOLÓGICAS PRESENTES EN EL DEBATE	La dualidad que presenta el modelo actual y el que vendrá, se centra en que se hace cargo el Estado o se hace cargo el mercado. Asimismo, se conjugaron dos aspectos: el técnico y el político, pesando en algunos cambios más el político y, en otros el técnico.
PRINCIPALES ESCENARIOS Y OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN LA EVENTUAL REFORMA DEL SPS	Se busca perfeccionar la mixtura del sistema, intentando que se respeten las leyes del mercado.

ANÁLISIS: Desigualdad no es sinónimo de que no hayan recursos. El tema es cómo se distribuyen. Finalmente la CR y todos los chilenos debemos circunscribirnos al rayado de cancha que nos ofrece el sistema neoliberal, como si no hubiera otra alternativa. Ese es el paradigma dogmático, todo se hace, pero dentro del enmarcado vigente. Divergencias: Fondo Mancomunado, integración vertical y otros. Hay propuestas de soluciones, que no está claro cómo se implementará.

CONCLUSIÓN: Hasta ahora, sólo es posible tener una visión parcial sobre los resultados entregados por la CR y que fueron revisados en los M.C.S. usados en esta investigación. A continuación se procede a revisar directamente el informe que fue entregado el 08 de octubre a la Presidenta, Michelle Bachelet.

Se consigna que se esperó por las primeras repercusiones hasta el 15 de octubre y no aparecieron, sino pasada esta fecha, por lo que se consideró el periodo desde marzo hasta el 10 de octubre del 2014.