

Isapres: Un debate inconducente y confuso

Lo ocurrido demuestra la incapacidad del sistema político ante una amenaza que puede afectar la vida de muchos y acarrear incalculables perjuicios sociales: se echa de menos un debate por un sistema centrado en las personas, y no en modelos económicos o ideológicos acerca de cómo debería ser la salud ideal.

Fernando Vio

Médico cirujano, exdirector del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. Miembro honorario de la Academia de Medicina del Instituto de Chile

⊗ Hace más de un año, el 30 noviembre 2022, la Corte Suprema dictaminó su fallo de que las Instituciones de Salud Previsional o isapres debían acogerse a la Tabla Única de Factores y devolver el exceso del cobro de planes a los usuarios, lo cual desencadenó de inmediato una crisis en el sector salud. En esa oportunidad planteamos que esto podría afectar a los pacientes, en particular a los más vulnerables, y que era necesario aplicar el principio hipocrático de «*Primum non nocere*» o «Primero, no hacer daño» y tener como primera prioridad preocuparse de las personas. Desde entonces, la crisis de salud ha afectado no solo a los usuarios de isapres y pacientes, sino también al sistema de salud en su conjunto, sin que hasta el presente se vislumbre una solución.

Ley Corta en Salud

Una vez dictaminado el fallo de la Corte Suprema, la Superintendencia de Salud estableció que la devolución debía ser de 1.400 millones de dólares, lo que ponía en serio riesgo la sustentabilidad del sistema de las isapres, especialmente después de tres años de pandemia con pérdidas importantes que ascendían a más de 300.000 millones de pesos. Ante esta situación, el Gobierno y el Congreso se movilizaron para buscar una solución al problema, proponiendo una «Ley Corta en Salud» que buscaba modernizar Fonasa, regular las isapres y fortalecer la Superintendencia de Salud con la finalidad de dar tranquilidad y seguridad a las personas en la continuidad de sus atenciones y coberturas asociadas. Para cumplir el fallo, se entregaron facultades a la Superintendencia

de Salud, que debería dictar una circular al respecto. Las atribuciones del organismo se refieren a la obligación de adecuar el precio final de todos los contratos previsionales que no empleaban la Tabla Única de Factores aprobada el 2020, la obligación de suspender el cobro por las cargas no natas y de menores de dos años de edad, y la obligación de hacer restituciones por cobros en exceso.

Comité Técnico y «mutualización»

Para establecer cómo se deberían devolver los excesos de los planes, intervino la Comisión de Salud del Senado, que formó un Comité Técnico transversal, con representantes de todos los partidos, que tuvo por misión hacer recomendaciones a este proyecto. El Comité Técnico, por unanimidad, planteó la necesidad de «mutualizar» con el fin de delimitar bien el pasivo, es decir, a cuántas personas se les devolvería el exceso. De hecho, los expertos señalaron una deuda total de 451 en vez de los 1.400 millones de dólares. Sin embargo, el Minsal respondió que no estaba por «mutualizar» el riesgo porque jurídicamente el fallo no contemplaba ese criterio.

Por «mutualización» se entiende que, para el cálculo de lo que deben devolver las isapres, no solo debe considerarse el exceso del pago al aplicar la tabla de factores, sino también las alzas de precios para aquellos que están pagando menos. Esto, considerando que las isapres son aseguradoras, es decir, instituciones cuya función es distribuir un riesgo —en este caso, el costo asociado a la ocurrencia de problemas de salud— entre todos los asegurados. Para ello, es inherente a toda institución aseguradora la solidaridad o la «mutualización» que opera a través de subsidios cruzados entre los distintos beneficiarios. Es decir, los que pagan más —por ejemplo, embarazadas— subsidian a jóvenes sin riesgo de salud que pagan menos. Con el cambio en la tabla de factores, el 46% de los contratos habrían subido o mantenido su precio final, y 54% de los contratos deberían bajar de precio.



© WIKIPEDIA

La Superintendencia de Salud estableció que la devolución debía ser de 1.400 millones de dólares, lo que ponía en serio riesgo la sustentabilidad del sistema de las isapres.

Fallo prima Garantías Explícitas en Salud (GES)

En noviembre 2023 la Corte Suprema dictaminó que el aumento de la prima GES por parte de las isapres excedía el alza del costo de la vida, obligando a rebajar este cobro, lo que significó una reducción del 12 por ciento de los ingresos del sector. Las isapres consideraron que este fallo afectaba la solvencia de varias de ellas que ya estaban en situación crítica y que no podrían seguir funcionando el 2024.

Para resolver este problema inmediato, se incorporó en la Ley de Reajuste del Sector Público 2024 el artículo 99, que adelanta el alza de los planes de las isapres, que debía materializarse en junio, para marzo del 2024, de acuerdo al Índice de Costos de la Salud (ICS A). Este cambio legislativo fue respaldado por el Congreso con el compromiso del Ejecutivo de poner discusión inmediata a la Ley Corta de Isapres, para que sea promulgada a más tardar en abril.

También se planteó la necesidad de avanzar en el diseño de una reforma de la seguridad social en salud. Este proceso se haría con la participación de ambas cámaras del Congreso, representantes de diversas instituciones, asociaciones, universidades, aseguradores y prestadores públicos y privados, y exautoridades de salud, y sería conducido por el Ejecutivo.

A continuación, un análisis de los actores involucrados en esta problemática.

Corte Suprema

En Chile existe un Estado democrático con independencia de poderes del Estado, con tres ramas: ejecutivo, legislativo y judicial, lo que tiene rango legal y constitucional

(artículos 6 y 7 de nuestra Constitución). Sin embargo, en el Caso Isapres, el Poder Judicial se inmiscuyó en las atribuciones del Poder Ejecutivo, al dictar un fallo que afecta directamente el funcionamiento del sector salud.

Sin embargo, esto no es solo responsabilidad del Poder Judicial, porque los otros dos poderes no cumplieron con sus funciones. El sistema legislativo no avanzó en leyes sobre las isapres que están en el Congreso desde hace muchos años, como la Ley de Cobertura de Gastos Catastróficos para beneficiarios públicos y la ley que crea un Plan Garantizado de Salud. Tampoco se ha avanzado en la reforma al sistema de las isapres, pendiente desde hace más de veinte años, a pesar de dos Comisiones Presidenciales (2010 y 2014). Recién en abril de 2023 el Gobierno envió con urgencia el proyecto de «Ley Corta» que el Congreso se ha visto obligado a discutir en la Comisión de Salud del Senado, nombrando un Comité de Expertos transversal para emitir un informe técnico sobre el tema.

Por otra parte, el ejecutivo no cumplió su rol regulador cuando el Tribunal Constitucional eliminó las tablas de factores el año 2010 y las isapres continuaron aumentando el costo de sus planes de salud. Esto obligó a los usuarios a poner recursos de protección individuales ante los tribunales de justicia, lo que llevó a la «judicialización de la salud», que culminó con el fallo de la Tercera Sala de la Corte Suprema cuando el número de demandas llegó a niveles insostenibles.

Un problema a tener a la vista es que en nuestro país no existe una estricta separación de poderes. En Chile, el Congreso quiere cogobernar y abusa de su poder fiscalizador creando un gran número de comisiones investigadoras y haciendo frecuentes acusaciones constitucionales a ministros de Estado. El Gobierno legisla al ser el Presidente quien envía las leyes al Congreso y les pone urgencia, y sus ministros pasan gran parte de su tiempo en comisiones del Congreso dando cuenta de su gestión o discutiendo las leyes. El Poder Judicial interpreta las leyes y judicializa muchos temas, como ha sido el caso de las isapres.

Gobierno

A los diferentes gobiernos de la Concertación les ha correspondido regular a las isapres. Para ello se creó la Superintendencia de Salud en 1990, la que ha regulado parcialmente el aumento de precio de los planes mediante la modificación en el modelo tarifario en el DFL N°1 de salud, lo que no evitó la judicialización de la salud mediante recursos de protección individuales, que aumentaron en forma explosiva entre el 2010 y 2022.

Sin embargo, el Estado de Chile nunca logró corregir los problemas más graves de abuso de las isapres, como es el mayor cobro a personas de riesgo, como embarazadas y adultos mayores; la exclusión de personas con patologías previas o preexistencias; el cobro exagerado de copagos, que hace de Chile uno de los países con mayor «gasto de

bolsillo» en salud del mundo, y el rechazo sistemático de licencias médicas.

Ante la crisis actual, el Ministerio de Salud envió la «Ley Corta» para enfrentar el primer fallo, que obliga a devolver el cobro excesivo según la Tabla Única de Factores, y la Superintendencia de Salud adelantó el alza de planes de acuerdo al ICSA de julio a abril del 2024, para paliar la disminución de ingresos por la prima GES. Sin embargo, no se ha visto una preocupación extraordinaria que anticipe lo que sucederá con los pacientes en tratamiento que pierden su cobertura por parte de las isapres y pasan a Fonasa.

Congreso

La Comisión de Salud del Senado ha tomado el tema con gran interés y acogió la tramitación de la «Ley Corta» en abril 2023. Para ello creó una Comisión Técnica con los mejores especialistas y conocedores del tema de todos los ámbitos políticos, que después de dos meses llegaron a acuerdos consensuados, siendo el más importante la aplicación del concepto de «mutualización» que reducía la deuda de las isapres de 1.400 a 451 millones de dólares. Sin embargo, el Gobierno rechazó la propuesta aduciendo razones «jurídicas», sin dar mayores explicaciones. Por otra parte, la Cámara de Diputados puso problemas para aprobar la Ley de Reajuste del Sector Público 2024 con el artículo 99 que adelanta el alza de acuerdo al ICSA, aduciendo que esta había sido dejada de lado por el Senado en la discusión del tema de las isapres.

Isapres

Las isapres fueron creadas en 1980 con la Reforma de Salud de la dictadura, siguiendo el «principio de subsidiaridad» para liberar al Estado de la atención de salud de aquellos que pudieran pagar. Pero su concepción fue dual: por una parte, siguió principios de la seguridad social al recibir el 7 por ciento de imposición obligatoria y la obligación de pagar licencias médicas, pero por otra parte aplicó principios de seguros privados al excluir a personas con preexistencias; cobrar más en los planes de las personas con riesgo, como embarazadas y adultos mayores, tener multiplicidad de planes de salud y aplicar copagos diferenciados de acuerdo a cada plan. Este doble origen de las isapres ha estado presente en toda la discusión, ya que el gobierno insiste en que son instituciones de seguridad social, y los directivos de isapres en que son entidades de seguros privados.

La administración de las isapres ha sido siempre con criterio de negocio con ganancias importantes: fue muy lucrativo hasta la pandemia de coronavirus, en que hubo un aumento de hospitalizaciones y licencias médicas por parte de los usuarios, con un alza del precio de las clínicas privadas. Esto hizo que las isapres declararan pérdidas por más de 300.000 millones de pesos en los

últimos tres años y aumentaran las deudas con las clínicas privadas. A lo anterior se agrega el fallo de la Corte Suprema sobre la tabla de factores y luego la eliminación del cobro excesivo de la prima GES, todo lo cual ha puesto en riesgo la sostenibilidad del sistema.

Como consecuencia, cientos de miles de usuarios de isapres han migrado a Fonasa, especialmente los jóvenes con menor riesgo de salud, quedando en el sistema privado las personas con mayor edad y riesgo, muchos de los cuales están en tratamiento y temen perder la continuidad de su cobertura.

En la actual crisis, la Asociación de Isapres —que las representa— no ha hecho aportes significativos para superar el problema y se ha limitado a exponer su grave situación actual y riesgo de quiebra, anunciando que no podrán seguir atendiendo pacientes. Esto ha significado la salida de la Asociación de dos de sus integrantes, Banmédica y Vida Tres. En la práctica, las isapres han respondido disminuyendo su aparato administrativo, cerrando centros de atención, no emitiendo bonos y obligando a pagar en forma directa a los usuarios para reembolso posterior, dejando de pagar a las clínicas, lo que ha aumentado su deuda, a médicos y otros prestadores. Esto ha obligado al cierre de centros de atención, como sucedió con un centro médico y cuatro centros de imagenología y laboratorio de Bupa¹. En un país donde existen largas listas de espera, con demandas insatisfechas en salud en temas tan complejos como el cáncer, que requieren alta tecnología que es escasa en el sistema público, es grave que se cierren cuatro centros de imagenología y laboratorio que no solo atienden isapres, sino también Fonasa.

Expertos en salud

Los expertos en salud convocados a las comisiones que se han formado por parte del Gobierno y el Congreso son en general exautoridades ministeriales de diferentes gobiernos, en su mayoría ex Superintendentes de Salud, pero que en su gestión no lograron resolver los problemas que llevaron a la crisis actual de las isapres. En consecuencia, no han existido aportes relevantes de los expertos y el único que hubiese significado un avance concreto para solucionar la crisis, que fue la «mutualización» para rebajar de 1.400 millones a 451 millones de dólares la deuda a los usuarios, no fue aceptado por el gobierno.

Situación de los usuarios en salud

Para entender la situación de los usuarios de salud hoy día en Chile, es necesario conocer de qué se enferman y mueren las personas en el país. Por supuesto, este tema ha estado fuera de la discusión de la crisis actual de las isapres, lo cual dificulta que haya una solución integral. Hasta el presente,

lo que ha existido, en palabras del escritor Agustín Squella, no ha sido una negociación sino una «transacción», en que la discusión ha estado focalizada en el dinero que se debe devolver y no en las personas que sufren las consecuencias, que son pacientes con riesgo de vida.

Chile es un país envejecido, con una expectativa de vida de más de 80 años. El grupo de población mayor de 60 años ha aumentado, y con ello lo ha hecho también el número de personas que sufren enfermedades crónicas como obesidad, diabetes, cardiovasculares, respiratorias y cáncer, que es la primera causa de muerte en Chile. Además, por el envejecimiento, aparecen enfermedades degenerativas y neurológicas, como Alzheimer y Parkinson, lo cual hace más compleja la atención de salud. En el 2020, con la pandemia de coronavirus, se agravaron las enfermedades crónicas por falta de control y tratamiento, aumentaron la obesidad y diabetes, los problemas de salud mental se masificaron y aparecieron nuevas cepas de coronavirus y otros virus emergentes. A esto se agrega el ingreso a Chile de 1.700.000 personas vulnerables de otros países de América Latina con problemas de salud diferentes y con alta natalidad, lo que hace que el sector público de salud debe enfrentar al mismo tiempo la epidemia de enfermedades crónicas, las enfermedades virales y los problemas de salud que provienen de otros países, como los materno-infantiles e infecciosos.

Ante esta compleja situación epidemiológica, la atención de salud se hace crítica con incremento de las listas de espera y del número de pacientes que fallecen por falta de atención.

El último informe del Ministerio de Salud (7 de marzo, 2024) muestra que las listas de espera GES aumentaron de 61.000 a más de 72.000 entre 2022 y 2023; las por atención de especialidades superaron los 2,4 millones, 9 por ciento más que el 2022, con un promedio de espera de 353 días; la espera por intervenciones quirúrgicas llegó a 449 días y 31.772 personas fallecieron el 2023 mientras estaban en listas de espera.

Cientos de miles de usuarios de isapres han migrado a Fonasa, quedando en el sistema privado las personas con mayor edad y riesgo, muchos de los cuales están en tratamiento y temen perder la continuidad de su cobertura.

¹ Ver *El Pulso, La Tercera*, 2 de diciembre, 2023.

Lo primero que habría que hacer es definir si el Estado chileno está dispuesto a transitar hacia un Estado de Bienestar, abandonando el modelo norteamericano en salud que inspiró la creación de las isapres.

En el caso del cáncer, el retraso en la atención puede llevar a la muerte inmediata. En este contexto, en vez de aunarse los esfuerzos del sector público y privado, como se hizo en la pandemia, aparece la crisis de las isapres que amenaza con dejar de atender a 2.000.000 de personas y afectar severamente a los prestadores privados que atienden Fonasa, que ya está colapsado.

Desde que la Corte Suprema falló sobre la Tabla Única de Factores, la situación de los usuarios de las isapres ha empeorado. Del cobro excesivo de los planes no se ha devuelto un peso y las posibilidades de que esto suceda son remotas, al no existir acuerdo de cómo y cuánto debe devolverse. Si hubiese devolución, lo más probable es que sea a largo plazo y la mayor parte en servicios o prestaciones, y muy poco en dinero en efectivo.

La atención se ha deteriorado al tener que pagar los usuarios en forma directa muchas prestaciones, las que no son devueltas o demoran meses en pagarse. Muchas oficinas administrativas han cerrado, desaparecieron algunos prestadores y otros no reciben bonos de las isapres. La atención se ha hecho más lenta y difícil en un sistema administrativo con menos personal y recursos, sin que los planes de salud hayan bajado de precio. Al contrario, desde abril del 2024 subirán de acuerdo al ICSA.

Modelo de atención

La razón de fondo de por qué no se ha podido enfrentar el tema de las isapres se vincula con el contexto político del país. Con la Reforma de 1980 se separó la imposición del 7 por ciento en salud del sector público y privado. Con ello se formaron las isapres, financiadas con el 7 por ciento obligatorio pero con criterio de seguro privado, que solo llegó a cubrir al 20 por ciento de la población con mejores ingresos. Con esta lógica de mercado se lograron grandes ganancias, las que atraieron a médicos e inversores en salud que construyeron centros médicos y clínicas en todo el país, con una gran inversión privada que en muchos

casos superó a la pública, que quedó estancada a pesar de atender al 80 por ciento de la población. Este modelo no se modificó y se ha mantenido en todos los gobiernos desde 1990 en adelante.

A pesar del crecimiento económico en los primeros treinta años de democracia y de llegar a un PIB per cápita de alrededor de 25.000 dólares, no se ha planteado un diseño del modelo para avanzar hacia un «Estado de Bienestar» que garantice el acceso igualitario en salud, educación y pensiones, temas que se mantienen en discusión permanente, sin resolverse y con un futuro incierto.

Por lo tanto, lo primero que habría que hacer es definir si el Estado chileno está dispuesto a transitar hacia un Estado de Bienestar, como los países europeos (España, Francia, Alemania, países nórdicos e Inglaterra antes de Thatcher), Canadá, Nueva Zelanda y Australia, abandonando el modelo norteamericano en salud que inspiró la creación de las isapres, controlado por las empresas de seguros, industria de tecnología médica y laboratorios farmacéuticos. El modelo norteamericano ha sido analizado por especialistas en salud pública como ejemplo negativo por su alto costo per cápita (el más alto del mundo) y por sus malos resultados en indicadores de salud, como la disminución de la expectativa de vida y alta prevalencia de obesidad, diabetes y crónicas, aunque con excelentes beneficios económicos para las empresas relacionadas con salud. Es lo que se ha denominado «the non-system of health» o «anti-sistema de salud», que desafortunadamente ha servido de modelo para el sistema privado de salud chileno desde 1980.

Como la discusión y decisiones para llegar a un «Estado de Bienestar» requiere del consenso político y puede demorar mucho tiempo, se debería avanzar en un modelo público-privado como el que funcionó durante la pandemia, basado en las necesidades de salud de la población y no solo en seguros y medios de pago. Para ello se requiere una visión de salud pública y no economicista que lleve a un acuerdo político que aumente el gasto público en salud para reforzar la atención hospitalaria y primaria, atrayendo más recursos humanos al sector público, especialmente médicos especialistas y personal especializado.

Además, esta crisis de las isapres debería servir para regular definitivamente al sector privado en los temas pendientes de pago excesivo de grupos de riesgo, eliminar las preexistencias y copagos más allá de lo razonable.

Conclusiones

Ante lo sucedido en más de un año de crisis en salud y siguiendo la famosa frase del presidente Ricardo Lagos —«dejar que las instituciones funcionen»—, la pregunta es si en este caso las instituciones del Estado han funcionado: ¿Ha funcionado el Poder Judicial con los dos fallos emitidos, que claramente interfieren con la

función ejecutiva del país? ¿Funcionó el Poder Legislativo tramitando rápidamente la Ley Corta para intentar frenar la crisis? ¿Funcionó el Poder Ejecutivo, tomando medidas para proteger a los usuarios del sistema de las isapres frente al claro deterioro de la atención? ¿Han funcionado los expertos con propuestas coherentes y concretas para superar la crisis que muchos de ellos contribuyeron a crear?

Por la evidencia que tenemos hasta el presente, la respuesta es negativa.

Las instituciones, más que dedicarse a discutir transacciones monetarias, deberían ser capaces de analizar los problemas de salud que afectan a los chilenos, así como enfrentarlos de la mejor forma posible en forma inmediata con tratamientos oportunos y eficaces para evitar que se agraven, y sobre todo, prevenir muertes evitables por efecto de una crisis que se prolonga desde hace mucho tiempo y que hoy día irrumpe sin que haya una respuesta clara de cómo revertirla. Lo inaceptable e inmoral es que las únicas propuestas realizadas hasta el presente sean aumentar el precio de los planes de las isapres y adelantar su alza, ambas medidas que afectan directamente a los usuarios.

Como me señaló un paciente en espera de ser operado de cadera por más de un año, lo que lo tiene imposibilitado de trabajar: «Lo curioso es que tenemos autos, celulares, internet, carreteras pavimentadas, electrodomésticos, hijos en la universidad, pero no tenemos salud».

Esto demuestra la incapacidad del sistema político de dar una solución coherente a un problema complejo. Es decir, la discusión del modelo de salud debería centrarse en el beneficio de las personas y no en modelos económicos o ideológicos de cómo debería ser la salud ideal.

La situación actual, desencadenada por una resolución judicial y no por una decisión de política pública, significaría uno de los mayores fracasos de la salud pública y del funcionamiento del Estado chileno, al afectar no solo al sector privado sino especialmente al sector público, que ya tiene problemas graves, con consecuencias directas en la calidad de vida de las personas.

En consecuencia, la primera prioridad es evitar una crisis del sistema de salud que afecta la vida de los ciudadanos, con costos humanos, sociales y políticos para el gobierno y para el país, que pueden ser incalculables.

M

WWW.RADIOCATOLICAS.CL

ASOCIACIÓN DE RADIOS
CATÓLICAS DE CHILE



COMUNICANDO ESPERANZA
PARA UNA SOCIEDAD MEJOR

