(MARZO 2023)

CRISIS DE LAS ISAPRES Y EL SISTEMA DE SALUD CHILENO

APRECIACIONES DE LA FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES MÉDICAS DE SALUD PRIVADA

1.-INTRODUCCIÓN

El objetivo de este documento es analizar la situación de las isapres en Chile, complejizada los últimos meses debido al fallo de la Corte Suprema que, en noviembre de 2022, ordenó que éstas deben ajustar sus planes a la tabla de factores vigente, lo que podría concluir en devoluciones masivas de recursos a los usuarios y llevar a la quiebra a las instituciones de salud previsional.

Esto se suma al impacto que han tenido otras regulaciones publicadas anteriormente, como la Ley 21.247 de julio de 2020, que obligó a las isapres a financiar la extensión de las licencias médicas preventivas parentales, y la Ley 21.350 de junio de 2021 que, después de tres años de congelamiento de precios de los planes de salud, limitó el alza de éstos al promedio de dicho período.

En este escenario de inestabilidad, las isapres han solicitado mantener un sistema donde exista equilibrio entre los ingresos y los costos, expresando su voluntad de ser parte de la solución de los problemas.

La **Federación de Asociaciones Médicas de Salud Privada (Federación Médica de Chile)** reconoce que el futuro de las instituciones de salud previsional es trascendental para el funcionamiento de la salud en el país, considerando que resulta inviable que el actual sistema público, FONASA, asuma las prestaciones de los casi tres millones de afiliados a isapres.

De ahí que ha visto la necesidad de informarse y aportar en la solución del problema, en beneficio de todos los actores involucrados.

Para abordar el tema, la Federación recurrió a diversos estudios y documentos elaborados por especialistas. Asimismo, recogió la opinión de profesionales expertos, junto con la mirada de los médicos que trabajan para prestadores institucionales (jefes de servicio, referentes gremiales, entre otros) y aquellos que cumplen funciones mixtas, desempeñándose tanto en el sistema público como en el privado.

2.-ANTECEDENTES

2.1.-Estructura y organización del sistema de salud chileno como factor causante de la crisis actual.

En Chile, para el financiamiento y atención de las necesidades de salud de las personas (excluyendo accidentes del trabajo), existe un sistema de salud dual, compuesto de la siguiente manera:

a) **Sistema Público**: Representado por el Fondo Nacional de Salud **(FONASA)** en la gestión de los recursos y el financiamiento, y, en el ámbito de las prestaciones, el **Sistema Nacional de Servicios de Salud** y la **Atención Primara de Salud**, administrada esta última por las municipalidades del país.

b) **Sistema Privado**. Conformado por variados actores:

- **Isapres.** Las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) son aseguradoras privadas que tienen la autorización del Estado de Chile para captar cotizaciones sociales obligatorias en salud (7% del sueldo imponible) de las personas que optan por ellas, entregándoles a cambio una cobertura de salud acorde con sus preferencias.

- **Prestadores**. Participan en la prestación de servicios de salud y se dividen en **prestadores institucionales** (clínicas, centros médicos, laboratorios, centros de imagenología y centros de rehabilitación) y **prestadores individuales** (médicos y otros profesionales de la salud).

- **Seguros complementarios**. Complementan el pago de una prestación con cobertura parcial. Son empresas privadas (compañías de seguros, bancos, etc.) que operan bajo la premisa de la siniestralidad y, por lo tanto, están facultadas para seleccionar qué paciente o grupo de pacientes aceptan. La prima aumenta de acuerdo con las patologías y condición general de cada paciente.

3.- FUNCIONAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN CHILE

a) Sistema Público de Salud

El sistema público de salud funciona mediante dos modalidades de atención:

- **Modalidad de Atención Institucional (MAI)**, que regula la demanda a través de filas y tiempos de espera y opera en base a un modelo de atención organizado por complejidad creciente en diferentes niveles y con una puerta de entrada preferente: la **Atención Primaria**.

- **Modalidad de Libre Elección (MLE)**, que regula la demanda por precio y opera con tres aranceles diferentes. Los prestadores privados institucionales y/o personas naturales deben adherir a alguno de ellos y los beneficiarios voluntariamente deciden en qué nivel atenderse (1-2-3).

b) Sistema Privado de Salud

En el caso del sistema privado, las **isapres** funcionan a través de un sistema de **planes de salud** (más de 4.000 en funcionamiento) que reembolsan parte del costo de la atención médica que reciben sus beneficiarios. Por lo tanto, ajustan la oferta con la demanda por precio y operan bajo un modelo de atención basado en la libre elección de especialistas y el pago por acto médico, incorporando de forma lenta y progresiva modelos de atención y compra basados en soluciones a problemas de salud, tales como las patologías GES, Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD) y Grupos Relacionados al Diagnóstico (GRD).

c) Interacciones entre Sistemas

Ambos subsistemas tienen ciertos niveles de interacción, ya que el sistema público recurre al privado prestador a través de la **Modalidad de Libre Elección** o mediante la adquisición

de **servicios para patologías complejas y/o para reducir las listas de espera**. A su vez, el sistema privado recurre al sistema público prestador, en menor proporción, para la **atención de urgencias médicas** y también cuando se requiere **atención hospitalaria de alto costo** (cuando la cobertura de los planes de las isapres son insuficientes).

Sin embargo, la interacción más importante se da en el trabajo que realizan los **profesionales médicos**, que en una proporción mayor al 60% trabajan en ambos subsistemas. De ahí que aquello que ocurre en uno de los subsistemas afecta al otro.

4.-PROBLEMAS EN AMBOS SUBSISTEMAS

Cabe señalar que ambos subsistemas tienen sus propios problemas, principalmente, relacionados con los desajustes que existen entre la oferta y demanda de servicios de salud:

4.1.- Problemática del Sistema Público

- La principal manifestación de los problemas tiene que ver con los **tiempos de espera**, que en el caso de las **patologías NO GES** superan los **2 millones de personas** en espera por una consulta médica de especialista y/o exámenes de diagnóstico por cerca de 500 días, y **sobre 300 mil personas esperando una cirugía** por tiempos que, según la especialidad, se mueve entre los 300 y 500 días de espera. Las **patologías GES** también tienen listas de espera que superan las 60.000 personas, lo que demuestra que el sistema público, con el actual nivel de producción y eficiencia, **no es capaz de atender la demanda** de la población que ha crecido en forma sistemática en los últimos diez años. Esto, agravado aún más por la pandemia, a pesar de que el gasto en el sistema público en igual período se ha incrementado en más de un 100% en términos reales.

- El sistema público cuenta con un **bajo nivel de aprobación de la población,** relacionado, principalmente, con los tiempos de espera, pero también con la **calidad de la atención,** especialmente por el trato y lentitud en la resolución de los problemas de salud de las personas. Estudios realizados anualmente por el **Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello** desde 2011 en forma sistemática han mostrado una evaluación de la experiencia de las personas que ha fluctuado entre 3,8 a 4,0 en una escala de 1,0 a 7,0.

4.2.- Problemática del Sistema Privado

- El problema radica, principalmente, en la falta de transparencia del sistema, debido a la **gran multiplicidad de planes existentes**, que hoy suman más de 4.000. A esto se suma la baja capacidad de control de costos, el incremento de los precios de los planes y los servicios de salud y, finalmente, la **judicialización de los contratos.** Más de un 25% de los contratos existentes enfrentan un proceso judicial, ya sea por la relación isapre-cotizante en la fijación de los precios de los planes, la aplicación de las tablas de riesgo en el cálculo de los precios y los ajustes de la prima GES. En los dos primeros casos, ha habido dictámenes judiciales que afectan la estabilidad de la industria y se espera un tercero en las próximas semanas para el ajuste de la prima GES.

- Los estudios del Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello también muestran una **baja evaluación del sistema Isapre** que, aunque superior al del Fonasa, no supera la nota 5.0 en su mejor momento. Sin embargo, **cuando se mide la calidad de los servicios de los prestadores privados de servicios de salud, esta evaluación**

alcanza por varios años la nota 6.0, lo que demuestra una buena valoración de parte de los beneficiarios que los utilizan.

4.3.-Problemas del Sistema en su Conjunto

Si bien muchos indicadores indirectos sobre la **situación de la salud del país** son positivos (tasa mortalidad y esperanza de vida), la situación no es alentadora al referirnos a las principales enfermedades que caracterizan el perfil epidemiológico de Chile. Los indicadores de **enfermedades crónicas** (salud mental, obesidad, diabetes, enfermedades metabólicas, cáncer) se han deteriorado, pese a los continuos esfuerzos de mejora.

Por otro lado, hay un grave problema que afecta al sistema en su conjunto y es que, dada su estructura de funcionamiento y financiamiento, **segrega por nivel de ingresos**, **nivel de riesgos y nivel de salud.** Esto provoca una concentración mayor de la población de menor ingreso, mayor riesgo y menor nivel de salud en el sistema público y, por otro lado, inequidad en el acceso de la población a los servicios de salud, generando un reclamo permanente por reformar ambos subsistemas, ya que un porcentaje importante de la población está insatisfecha con su sistema de salud y sus problemas estructurales.

Esta es la base sobre la cual se ha ido profundizando **la crisis del sistema de salud en su conjunto** y en cada subsistema en particular. En el caso del subsistema público se ha atenuado con un mayor aporte fiscal en forma sostenida y permanente, sin lograr mejoras considerables en los niveles de satisfacción de la población (no supera la nota 4,0). En el subsistema privado, en tanto, se ha manifestado en la judicialización, desafiliación de cotizantes y en una baja legitimidad del sistema de isapres.

El **sistema político en su conjunto** (Gobierno y oposición) no ha contribuido a resolver estos problemas. Desde 2005, cuando se gestó la última reforma aprobada como política de Estado, el GES, no se ha logrado alcanzar los acuerdos mínimos necesarios para resolver las dificultades de ambos subsistemas y así reparar, en parte, la crisis, para avanzar paulatinamente hacia un proceso de reforma que ofrezca una solución integral a los problemas de salud de las personas.

Esto, porque **no ha existido la voluntad de los poderes Ejecutivo y Legislativo** para **aumentar las facultades de fiscalización** que establezcan el control, tanto de las entidades aseguradoras como prestadoras, en cuanto a la regulación de precios y costos. De esa forma, el **poder judicial asume subsidiariamente el rol del sistema político** para resolver la crisis del sistema de salud.

Otro de los problemas que enfrenta el sistema en su conjunto es la **resistencia al cambio.** En el **sistema de salud público**, los gremios han frenado reformas necesarias y trascendentales para generar transformaciones que permitan aumentar la calidad de los servicios y la productividad sectorial. En el **subsistema privado**, la resistencia ha sido principalmente de las isapres, que hasta algunos años se han opuesto de forma sistemática a una reforma sustancial del sistema que las transforme en **"Entidades Privadas de la Seguridad Social"** y avanzar así hacia un sistema público-privado más integrado y que funcione con lógicas más o menos parecidas.

En ambos casos, se ha postergado a las personas que exigen a través de diversos mecanismos (encuestas, manifestaciones públicas o judiciales), un sistema de salud más integrado, cuyos principios pongan a **los pacientes y sus necesidades en el centro,**

donde ambos subsistemas actúen bajo una mirada integral, de forma coordinada y colaborativa, donde las personas puedan elegir libremente cómo resolver sus problemas de salud, independiente de su nivel de ingresos, nivel social, nivel de riesgo o estado de salud.

5.- CÓMO HACEN FRENTE LAS PERSONAS A ESTOS PROBLEMAS

Dado que en ambos subsistemas no hay respuestas integrales a los reclamos, los usuarios han recurrido a múltiples caminos para resolver sus problemas, algunos de los cuales se presentan a continuación:

En el **subsistema público,** la judicialización tiene una gran barrera por parte del Estado. Éste obliga por Ley a un proceso de arbitraje frente a cualquier controversia entre los usuarios y el sistema, donde también tiene un rol importante el Consejo de Defensa del Estado si finalmente el debate se judicializa. Frente a estas "barreras de entrada", **las personas no litigan**, ya que saben que parten con una importante desventaja. Sin embargo, recurren a otros medios, que van desde la **violencia** en contra de funcionarios y profesionales de la salud; **protestas masivas** que terminan en soluciones parciales (ejemplo ley Ricarte Soto, o Ley de Enfermedades Raras); **encuestas** donde manifiestan su molestia con bajas evaluaciones y, finalmente, **actos de presión,** a través de asociaciones de enfermos cuyos resultados pueden ser más o menos exitosos de acuerdo con la magnitud de la organización. No obstante, el sistema político no se ha hecho cargo del problema, argumentando falta de financiamiento, lo que permite salidas transitorias a las crisis que se van produciendo que implican aumento del gasto público (**excepto crisis de las listas de espera**, que tiene en jaque al sistema público de salud, para la que no se ha presentado ninguna solución).

En el caso del **sistema privado**, desde el inicio de las controversias la conducta de los usuarios ha ido variando. Algunos han optado por **cambiarse de isapre** (lo que no es posible cuando el titular o alguno de sus beneficiarios del grupo familiar es mayor de 60 años y/o tiene preexistencias) y otros, el porcentaje más alto, han decidido **migrar a FONASA,** lo que tampoco ha sido una solución por la gran diferencia en los niveles de beneficio recibidos y los tiempos de espera. Al no tener alternativas, miles de afiliados han optado por la **judicialización de las controversias con las isapres**, sobre todo, en aquellos casos en que el sistema judicial les ha dado la razón en forma masiva, como la fórmula de cálculo de los precios (aunque este proceso está regulado por Ley) y la utilización de las tablas riesgo como uno de los factores para calcular el precio de los planes, totalizando en la actualidad más de un 25% de los contratos judicializados.

En esta situación, el **sistema político** (Gobierno y oposición) no ha logrado acuerdos para impulsar reformas. Ello por diferencias sustanciales en cuanto a las visiones respecto de lo que debe ser el sistema de salud chileno, con más o menos intervención del Estado, más o menos solidaridad, más o menos sector privado, más o menos libertad de las personas, más o menos organización de los modelos de atención, entre otros desacuerdos.

6.- RESULTADOS DE LOS PROCESOS DE JUDICIALIZACIÓN

Desde el año 2000 a la fecha, los Tribunales de Justicia han resuelto masivamente a favor de los afiliados frente a los recursos de protección presentados por éstos en respuesta al **alza de precios de los planes de las isapres.** Se ha generado un incentivo para

incrementar la judicialización al financiar las costas judiciales, llegando a que más de un 25% de los contratos de las isapres sean judicializados en forma simultánea año a año.

La **Corte Suprema** es la encargada de cerrar judicialmente estos procesos. Es así como en 2022 emitió un dictamen que aplica en forma retroactiva para toda la cartera de las isapres respecto del **cómo se debe aplicar el modelo de ajuste de precio de los planes** y sobre la forma en que éste debe ser justificado en la Superintendencia de Salud, entidad que, en definitiva, debe aprobarlos.

En 2010, el **Tribunal Constitucional** dictaminó que las tablas de riesgo definidas y/o aprobadas por la autoridad regulatoria no eran aceptables, de acuerdo con el régimen constitucional vigente, y estableció que el Congreso es el encargado de resolver mediante una ley este problema. Lamentablemente, ni las isapres ni el poder político tomaron debida nota de este dictamen y el problema de los recursos de protección por las tablas de riesgo se incrementó en forma exponencial hasta llegar a varias decenas de miles en 2022.

Nuevamente, es la Corte Suprema la que aborda este conflicto y, mediante un dictamen judicial, establece que **todos los contratos firmados con anterioridad al mes de abril del año 2020 deben ser revisados**. Esto, porque debían haber aplicado la tabla de riesgos definida por la autoridad reguladora a fines del año 2019 en forma obligatoria a partir del mes de abril de 2020.

Lo paradójico es que establece, a diferencia del Tribunal Constitucional, que “sí es legal” la existencia de tablas de riesgos en la fijación de los precios de los planes. Pero no se trata de cualquier tabla, sino que solamente la diseñada y aplicada por la autoridad reguladora desde abril de 2020. **Asimismo, determina que, si de esa aplicación surgen diferencias en favor de los usuarios, éstas deben devolverse, a lo que se suma una nueva condición a futuro para los menores de dos años, que afecta los precios de los planes vigentes. Además, fija un plazo de seis meses para que el Superintendente de Salud resuelva la forma de aplicar el fallo, sin poner en riesgo la supervivencia del sistema.**

6.1.-Consecuencias del Último Fallo de la Corte Suprema

De aplicarse este fallo en forma rigurosa y sin tener conciencia del contexto que vive el sistema, se prevén diversos impactos, que se analizan a continuación:

- **Respecto de las empresas**

a) Las consecuencias de este fallo no fueron previstas por la autoridad judicial, que no percibió que la industria, por diferentes razones, entre 2021 y 2022 arrastraba **pérdidas acumuladas por cerca de $300.000 millones**, además de una tasa de uso de licencias médicas creciendo en forma acelerada, lo que deterioraba aún más los resultados provocados por la pandemia. En forma paralela el sistema también enfrentó un importante deterioro de ciertas condiciones de salud de la población, junto con el envejecimiento de la cartera de afiliados.

b) Tampoco se previó la magnitud de los **costos de implementación** de este dictamen, que podría superar los $350.000 millones (el cálculo más optimista) e incluso en algunas isapres alcanzar a más de $600.000 millones, adicionales a las pérdidas ya producidas, haciendo inviable la industria.

c) Lo anterior, se ve agravado por el hecho de que el dictamen se aplica a **toda la cartera de afiliados** (reclamen o no), siendo la primera vez que se dicta un fallo de estas características en el sistema de salud. Además, determina **la aplicación en forma retroactiva** a todos los contratos firmados con anterioridad a abril del 2020. Esta resolución genera incertidumbre jurídica en los dueños de las isapres, muchos de ellos empresas extranjeras, y los incentiva a recurrir a tribunales internacionales en contra del Estado chileno por el cambio sustancial en las "reglas del juego", además de evaluar -como un probable escenario- no continuar aportando capital para salvar las empresas.

d) Esta situación puede terminar probablemente en una **quiebra masiva del sistema**, ya que la industria no podrá asumir estas pérdidas junto con la devolución de los excesos por tablas de riesgo, los que se consumirían en las actuales garantías que las isapres tienen para financiar los compromisos con los prestadores. Adicionalmente, en este escenario tampoco contarían con la renovación de las boletas de garantía de los bancos, ni menos con los créditos de proveedores del sistema prestador privado, que hoy superan los $580.000 millones.

e) La insolvencia y la **eventual quiebra de las isapres** provocará diferentes consecuencias en los prestadores institucionales (clínicas y centros médicos) y **prestadores individuales (médicos y otros profesionales de la salud).** Por ejemplo, aquellas prestaciones realizadas y en proceso de facturación y que, por lo tanto, no se encuentran informadas a la SIS (Superintendencia de Salud) para la generación de la garantía, no serán pagadas.

La quiebra de la **Isapre Más Vida** causó pérdidas a los prestadores por más de $79 mil millones producto de hospitalizaciones y prestaciones que fueron realizadas y no pagadas. Dichas pérdidas están calculadas previo a la recuperación parcial a través de los procesos judiciales (Fuente: Clínicas de Chile). Junto con esto, la Fundación de Asistencia Legal (FALMED) del Colegio Médico, lleva el caso de los médicos que no están adscritos a algún prestador institucional. La experiencia de la crisis **Más Vida** muestra algunos de los efectos que puede tener en los prestadores, tanto individuales como institucionales, la caída de una o más isapres, haciendo inviable el funcionamiento, como lo conocemos, de los centros privados de salud que atienden pacientes tanto Isapre como FONASA.

- **Respecto de las personas**

a) Aquí radican **los mayores costos de esta crisis** ya que, de acuerdo con la ley vigente, si quiebra una isapre el superintendente debe tratar de licitar la cartera de afiliados, pero si la quiebra es sistémica no habría isapres postoras para hacerse cargo de dichas carteras. En caso de no poder adjudicar la cartera de afiliados por cualquier razón, el superintendente debe pasar a los afiliados de las isapres que quiebren a **FONASA** En un escenario probable de una quiebra sistémica, serían **3,3 millones de personas que pasan de un día a otro a FONASA,** con el impacto que esto generaría en dicha institución.

b) En un escenario donde no exista una nueva ley y las personas pasen desde su isapre al plan D de FONASA u a otro que se cree, **el organismo público debería hacerse cargo de todos los afiliados**, sanos y/o menores de 60 años (1,8 millones) y mayores de 60 años y/o enfermos (1,5 millones), incluidos los enfermos que estén en tratamiento (300.000) y aquellos que estén en tratamientos de alto costo (350.000). Las personas

sanas deberán buscar una solución para seguir atendiéndose en el sistema privado mediante la compra de **seguros complementarios**. En cambio, los **enfermos** no tendrán la posibilidad de adquirir en forma individual un seguro complementario, ya que no serían elegibles por las compañías de seguro. De esa forma, o tendrán que suspender sus tratamientos o tendrán que asumir todo el costo directamente, lo que nos llevaría a un mayor retroceso en términos socioeconómicos, esta vez debido al **empobrecimiento de la clase media por una catástrofe sanitaria**.

c) Alternativamente, estas personas podrían acceder a la modalidad de **atención institucional**. Sin embargo, deberían enfrentar la barrera de entrada de las actuales listas de espera, que son más de 2 millones de personas en atención médica de especialista o apoyo diagnóstico y 350.000 en cirugía. Obviamente, las **listas de espera se incrementarían**, lo que afectaría a los beneficiarios actuales de FONASA.

d) La situación antes descrita sin duda generaría una **mayor tasa de mortalidad**, principalmente, por las enfermedades de alto riesgo en evolución y tratamiento de alto costo que no podrían ser atendidas a través de los planes actuales de FONASA (cáncer de diferente tipo, enfermedades cardíacas, enfermedades renales crónicas en tratamiento, diabetes e hipertensión, entre otras).

e) La incertidumbre en este grupo de población, con enfermedades complejas, generará también **dificultades sanitarias concurrentes**, tales como problemas de salud mental, angustia, depresión y la aparición de otras enfermedades que se agudizarían producto de la situación de estrés extremo en que deberán vivir.

- **Respecto de FONASA y el Estado**

a) **FONASA**, institucionalmente, **no tiene la capacidad organizacional para recibir a 3,3 millones de nuevos beneficiarios**, ya que ha demostrado que no puede gestionar con éxito los 17 millones que tiene a su cargo ni tampoco garantizar atenciones de calidad y oportunas, lo que se manifiesta en la baja calidad de los servicios percibida por los afiliados y las listas de espera.

b) **Una reforma que fortalezca FONASA es un proyecto de muy largo plazo en diseño, elaboración e implementación.** En el supuesto que se pueda implementar, implicaría que el Estado -para dar solución a las personas y asegurar la continuidad de sus beneficios-, debería crear nuevas formas de cobertura y hacerse cargo del mayor gasto fiscal que esto significa. Hay que considerar que la cartera de las isapres que hoy están con pérdidas está compuesta por personas de bajo, mediano y alto riesgo y, al quebrar una isapre, este equilibrio se rompe. Los usuarios de bajo y mediano riesgo buscarán soluciones individuales, mientras que los de alto riesgo quedarán a la deriva. Aquí es donde el Estado debería hacerse cargo, lo que puede implicar un altísimo gasto fiscal, posiblemente, imposible de asumir.

- **Respecto del sistema privado prestador**

a) El Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello realizó dos estudios el año 2022 que miden el impacto de la desaparición de las isapres en el **sistema prestador.** En sus conclusiones, señalan que el sistema privado prestador institucional (más de 1.100 empresas pequeñas, medianas y grandes) se contraería, ya que en su gran

mayoría sus ingresos se componen de un alto porcentaje de pacientes provenientes de isapres, **lo que provocaría una pérdida de empleos de entre un 11% y 30% de los trabajadores y profesionales del sector.** Es decir, **se perderían entre 35.000 y 110.000 empleos en el corto plazo**, sin considerar las quiebras que se producirían y aumentarían el tamaño del problema.

b) El efecto inmediato, al tener solo un arancel MLE Fonasa, es que **los profesionales perderán en promedio el 35% de los honorarios médicos y entre el 50% y 60% del valor de las consultas médicas**, comparando los precios de mercado actuales entre isapres y Fonasa. De igual forma, esto afectará directamente a los prestadores, ya que los costos de la tecnología de punta y el alto estándar de atención, no se logrará mantener con estos valores. **Por ende, la calidad de las prestaciones, así como su oportunidad, bajarán.**

7.- CAMINOS DE SOLUCIÓN A LA CRISIS

A base de los antecedentes analizados, queda en evidencia que **la crisis ha sido generada por múltiples causas y que no hay un solo responsable**. Por un lado, son las propias **isapres** que no han sido capaces de introducir modelos de atención y compras que reduzcan las alzas de costos y precios y, por otro lado, se han resistido por más de una década a los cambios necesarios para transformarse en entidades privadas de la seguridad social.

Sin embargo, también hay responsabilidad compartida de **los gobiernos desde 2010 a la fecha**, que no han sido capaces de conducir políticas públicas orientadas a reformar el sistema de salud privado para subsanar muchos de sus errores, incluido el uso de las tablas de riesgo que el Tribunal Constitucional en 2010, en un fallo en ningún caso categórico, declaró que no podían utilizarse para efectos de calcular el precio, si no eran definidas por ley. Este fallo dejó a la interpretación y criterio de las partes la continuidad o no de la tarificación en base a las citadas tablas de riesgo en uso en el momento en que se dictaminó.

Existe, además, responsabilidad del **Congreso**, ya que ni disputados ni senadores asumieron el compromiso de diseñar y aprobar una reforma al sistema de isapres que corrigiera sus imperfecciones, incluido el tema de las tablas de riesgo.

Los **reguladores**, desde 2010 a la fecha, también deben asumir parte de la responsabilidad, ya que sólo en 2019 la Superintendencia de Salud definió una tabla de riesgo única para el sistema que se aplica en forma obligatoria para todos los contratos suscritos a partir de abril de 2020, con el objeto de intentar resolver la judicialización del sistema, pero sin resolver los contratos firmados con anterioridad. Estos últimos fueron reclamados por los afiliados ante los tribunales, los que terminaron resolviendo a través de un fallo único aplicado a todos los contratos de las personas que reclamaron y a los de las que no reclamaron y para ser aplicado en forma retroactiva. Ello sin sopesar la magnitud del impacto que tendría, al punto que han debido, aclarar en dos ocasiones que el objetivo del fallo no era destruir el sistema, si no que corregirlo para que actuara dentro de lo que establece la ley.

En resumen, se trata de un **problema multicausal y con responsabilidades compartidas.** Pero dada la magnitud de la crisis, **es necesario actuar de forma coordinada y colaborativa** para lograr una solución con el fin de estabilizar el sistema y

evitar que colapse, afectando no solo a los afiliados -en especial a los adultos mayores y enfermos- sino que a todo el sistema de salud en su conjunto.

8.- PROPUESTAS

Las propuestas de solución que consideramos más viables, política y técnicamente, son aquellas que abordan la **crisis financiera del sistema**, pero simultáneamente se necesitan **reformas** para estabilizar el sistema de isapres, que deberían implementarse en el corto plazo.

Considerando lo anterior, la Federación Médica de Chile propone lo siguiente:

a) Para **resolver la crisis financiera del sistema**, es necesario encontrar una **fórmula que no implique gasto fiscal**, y que se resuelva con los propios recursos del sistema. Esto implica que, dado que en la fórmula de cálculo del precio de los planes hay que introducir una tabla única de riesgos de menor costo que la que se ha utilizado –acatando el fallo de Corte Suprema-, habría que **ajustar el precio de la prima base en igual proporción que disminuye el costo de la tabla de riesgos.** De esta forma, los precios de los afiliados no cambiarían respecto de los valores que estaban vigentes el día anterior a la fecha de aplicación del fallo de la Suprema.

   Esta solución implica que **no se efectuarían devoluciones ni alzas de precio.** De esta forma no existirían desequilibrios financieros, y en su aplicación no se usarían recursos fiscales. Para poder aplicar este ajuste, se necesitaría **una ley de un artículo** que permita un **ajuste de la prima base de los planes durante el año 2023** para resolver los desajustes financieros del sistema durante este período en que, paralelamente, se implementarían otras reformas. Es necesario evaluar si el cuerpo legal que se requiere, dado el dictamen de la Corte Suprema, debe ser una reforma constitucional o un cuerpo legal simple.

a. Tipificar a las **isapres** como **entidades privadas de la seguridad social** que se rijan por los principios de la seguridad social, donde no haya selección al ingreso, se encarguen de los riesgos de sus afiliados con contratos a largo plazo, exista un plan de salud base mínimo para todos que no seleccione por edad y sexo en su tarificación; se solidaricen los riesgos y se diseñen soluciones a los problemas de salud de las personas en forma eficaz y eficiente.

b. Definir un **plan de salud único** para el sistema de isapres que sea la base de organización del sistema y sobre el cual se calcule el precio base del referido plan, pudiendo las isapres u otras entidades ofrecer coberturas complementarias por pagos de adicionales voluntarios de los cotizantes.

c. **Eliminar la selección al ingreso** de los afiliados y también el cautiverio de los cotizantes en cuyos grupos familiares exista algún miembro con preexistencias.

d. Diseñar un **fondo compensatorio de riesgo** inter-isapres, para poder implementar el punto anterior, que impida la selección de riesgo y el comportamiento oportunista de diferentes actores, como el cautiverio de cotizantes.

e. Abordar el origen de los principales problemas operacionales del sistema, legislando para que exista un **modelo de atención basado en la prevención**, organizado por

complejidad creciente y orientado a las soluciones de los problemas de salud de los afiliados, que estimule la gestión de los riesgos de la población, incrementando la eficiencia y eficacia de estas entidades.

f. **Flexibilizar la regulación** para que se pueda estimular la existencia de modelos de compra que promuevan el resultado y la agregación de valor para los afiliados y sus familias.

g. Promover un **nuevo modelo de atención** basado en la Atención de Salud Primaria o médico de familia, y generar eficiencias a través de modelos de compra como “GRD–Día cama integral–paquetizar prestaciones”. Esto genera eficiencias en las clínicas y control de costos en las aseguradoras.

Las transformaciones que se requieren implementar son complejas, pero gozan hoy de un **alto grado de consenso** que podría hacerlas viables si políticamente hay voluntad de resolver esta crisis sin obtener ventajas de corto plazo con cambios que no serían políticas de Estado y que, en poco tiempo más, se volverán a reformar.

Es necesario aprovechar esta oportunidad para que logremos una **mejor política de Estado para el sector salud**. Resolviendo la crisis a partir de una reforma, Chile podrá dar un salto en la construcción de un **sistema de salud basado en principios de la seguridad social**, como ocurre en los países modernos y los miembros de la OECD.

FEDERACIÓN MEDICA DE CHILE
MARZO 2023