La crisis de las Isapres y la salud dividida

En 1979, la dictadura militar realizó una reforma que dividió el Servicio Nacional de Salud en 27 servicios, creó el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) como seguro público, e introdujo las Isapres como seguros privado en el sistema. Al mismo tiempo, municipalizó la Atención Primaria, se decretó el rol subsidiario del Estado en salud y relegó al Ministerio de Salud a cumplir funciones normativas y de control.

Para 1990, en el proceso de retorno a la democracia, las autoridades de salud de la época aseguraban unánimemente que el principal problema del sistema de salud consistía en la dramática inequidad en los servicios y en el estado de salud de la población. Esto como consecuencia de las transformaciones en el sistema durante el periodo de la dictadura. En 1994, el ministro de salud del ex Presidente Frei, Carlos Massad, hizo grabar en mármol a la entrada del Ministerio las palabras “equidad”, “descentralización” y “participación”.

Con el paso del tiempo, la promesa de una mayor equidad en la atención de salud se fue perdiendo y hoy sigue pendiente. **Los datos en este sentido son decidores: se estima que el gasto por beneficiario de Isapre es 39% mayor que el de un beneficiario de Fonasa. Por otro lado, el monto per cápita disponible por beneficiario Isapre es 30% mayor que de Fonasa. Al observar la diferencia en recursos disponibles, se evidencia también que la mayor parte de las horas médicas se concentran en el sector privado de salud, produciendo que el sector público cuente con menos del 50% de las horas médicas para atender a un 78% de la población.**

Esta diferencia de recursos económicos y prestaciones entre ambos sistemas de aseguramiento se debe, en gran parte, a **la**

posibilidad que tienen las Isapres de discriminar, por diversos mecanismos de selección, a la población para quedarse con aquella menos riesgosa y de mayores ingresos económicos. Una de las estrategias es la discriminación por sexo y edad mediante la aplicación de tablas de factores para calcular los precios de las primas de los planes. Esta herramienta generó múltiples reclamos de los afiliados, que en el 2010 derivó en una sentencia del Tribunal Constitucional, que declaró como inconstitucional el uso de la tabla de factores de riesgos previamente definida por la Superintendencia de Salud. Este dictamen no se acompañó con generación de un mecanismo alternativo para el cálculo. Desde ese entonces hasta la fecha, se han generado miles de recursos de protección por parte de los afiliados del sistema Isapre por las discriminaciones que sufren y la subida unilateral del precio de los planes.

La Corte Suprema resolvió de manera abrupta el vacío, interpretando que el problema se había resuelto el año 2019, cuando la Superintendencia de Salud estableció una tabla única de factores con menos tramos etarios, sin diferencias por sexo y con mínima diferencia entre cotizantes y cargas. El fallo de la Corte Suprema obligó a las Isapres a cambiar su tabla de factores de riesgo con la finalidad de evitar la discriminación y selección sobre sus afiliados.

Esta situación es la que ha generado la crisis actual del sistema de Isapres, las cuales han señalado este fallo como un elemento principal para entrar en insolvencia económica, en un sistema que acumula 24 meses de pérdidas.

Paradójicamente, las Isapres han tenido un aumento sostenido de sus ganancias en todo los años previos mediante el traspaso de los costos a sus cotizantes. La tasa de crecimiento real de las primas totales per cápita ha sido de 5.2% al año, y desde 1990 se ha elevado 3.5 veces. En el mismo periodo, no solo la cotización voluntaria ha aumentado 8 veces, sino que también ha existido una tendencia a la disminución de las tasa de

reembolso promedio del sistema a sus afiliados. Hasta el año 2021, las utilidades de las Isapres ascendían a $1.3 billones de pesos.

En la discusión actual, se ha posicionado mediáticamente la frase de que el gobierno “no deje caer a la Isapres”. Esta afirmación intenta, de manera tendenciosa, invisibilizar el problema estructural del sistema de aseguramiento en salud y disfrazarlo como un tema menor que puede resolver la Superintendencia de Salud con mera “voluntad política”.

El sistema de las Isapres funciona como una rareza en el contexto internacional. Se le permite discriminar (por ingreso, sexo, edad y condiciones de salud), y realiza escasas actividades preventivas al no tener incentivos para hacerlas, dado que descansa en las medidas que realiza Fonasa, y no presenta mecanismos de control de costos.

El fallo de la Corte Suprema viene a regular un problema histórico del sistema de las Isapres que no ha encontrado su solución política a pesar de dos comisiones presidenciales que realizaron informes para una reforma al sistema de salud. Esta ausencia de soluciones políticas la han pagado, en primer lugar, las y los afiliados al sistema de Isapre que han sufrido una discriminación por riesgo, y en segundo lugar, el sistema de aseguramiento público de Fonasa, que termina recibiendo a la población discriminada del seguro privado, asumiendo todos los costos de los sectores con mayor riesgo.

Por lo tanto, **el fallo de la Corte Suprema es una oportunidad para poner sobre la mesa las prioridades de reforma en el sistema de salud que apunten a mayor equidad del sistema en su conjunto.** Un elemento central para este objetivo es el aumento de la solidaridad del sistema, que debe estar por sobre los intereses particulares de los controladores de las Isapres.

Aumentar la equidad y solidaridad del sistema en su conjunto no significa que no puedan existir actores privados en el

sistema de salud, sino que se establezca un real sistema de seguridad social en salud que se eliminó producto de la visión ideológica de una dictadura militar. Una medida que nunca fue validada democráticamente.

El ejemplo alemán

Esta idea no es nueva ni especial, sino que se aplica en distintas partes del mundo de manera exitosa. En el caso de Alemania, el sistema de seguros de salud es una mezcla de opciones públicas y privadas. Todos los ciudadanos alemanes y residentes legales están obligados a tener un seguro de enfermedad, y la mayoría de las personas están cubiertas por planes de seguro de enfermedad obligatorio (SHI) ofrecidos por "cajas de enfermedad" que son sin fines de lucro y reguladas por el gobierno. Los empleadores y trabajadores suelen repartirse el coste de la cobertura con una fuerte carga hacia los empleadores.

Las cajas de enfermedad obligatorias deben ofrecer un paquete mínimo de prestaciones que incluye la asistencia hospitalaria y ambulatoria, la atención preventiva, la atención a la maternidad y los medicamentos con receta. Todos los alemanes pueden elegir una caja de enfermedad obligatoria, que no está autorizada a denegar la cobertura basándose en enfermedades preexistentes.

El sistema obligatorio de seguro de enfermedad en Alemania se basa en el principio de solidaridad, lo que significa que los costes del sistema se reparten entre todos los afiliados, independiente de sus ingresos o su estado de salud.

Este principio de solidaridad se aplica de diversas maneras en las cajas del seguro de enfermedad. Una de ellas es el sistema de «igualación de riesgos», cuyo objetivo es distribuir los costes de asegurar a las personas de alto riesgo entre todos los miembros del sistema. Esto significa que los fondos del SHI con una mayor proporción de afiliados de más edad o más

enfermos reciben financiación adicional del gobierno para ayudar a cubrir los costes de asegurar a estas personas.

Seguridad social en salud

El ejemplo alemán demuestra que la solución al problema de las aseguradoras privadas en Chile no tiene por qué basarse en la visión maximalista de sacar a todos los actores privados del sistema de salud. El problema es la mantención de una serie de privilegios que les ha permitido llevar un negocio lucrativo subsidiado por el Estado a costa de aumentar la inequidad en salud de la población.

El fallo de la Corte Suprema debe ser una oportunidad para reunir a los actores en salud en una salida política al conflicto que tenga como horizonte la reposición de un principio de seguridad social en salud, cumpliendo la promesa de una mayor equidad en el sistema. Mantener la salud dividida entre la población es el problema central, no el salvataje a un sector financiero.