

Otras perspectivas acerca del asunto de las Isapres

Dr. Cristian Rebolledo¹

Desconozco en absoluto cual será el estado de la “crisis de las Isapres” al momento de que se publique este texto, pues si hay algo que ha caracterizado el desarrollo de los acontecimientos de los últimos meses, es la incertidumbre y el dinamismo aparente de los fenómenos en tensión. Digo dinamismo aparente, pues si bien parece que están sucediendo muchas cosas, también es posible afirmar que, en concreto, este fenómeno tiene un derrotero particular que ya está trazado desde hace un tiempo.

En efecto, el cuestionamiento a las Isapres ya tiene algunos años y no solamente el cuestionamiento más conceptual respecto de su rol en un acuerdo de seguridad y las lógicas propias de seguro privado, sino que también a su estructura de gasto, con altos gastos de operación, poca contención de los costos desde la perspectiva sanitaria y un gasto elevado por pagos de licencias médicas, que configura la fragilidad financiera que se acrecentó durante el último tiempo y que tiene a las Isapres en este escenario de insolvencia e inviabilidad financiera. Dicho sea de paso, esta no es una situación futura, condicionada al cumplimiento del fallo respecto de la devolución de los cobros excesivos, es una situación actual, que ya genera consecuencias tanto en las personas beneficiarias como en prestadores institucionales e individuales. El conflicto actual, es que las isapres hoy mantienen deudas con prestadores privados, estimados en diciembre de 2022 en \$507.057 millones². Como consecuencia de lo anterior, algunas Clínicas han terminado sus convenios con ciertas isapres, con lo cual las personas ya no pueden comprar bonos y solo podrían acceder a la atención en la medida que tenga capacidad de pago para el posterior reembolso³. Debe haber quienes no se han podido atender al no tener esta posibilidad, lo cual como mencioné previamente constituye un problema real, actual; no potencial. La otra consecuencia, es que no se le paga a los prestadores a tiempo: a los prestadores institucionales, es decir clínicas y centros médicos y en consecuencia, a los prestadores individuales, principalmente médicos quienes reciben en la mayoría de los casos un porcentaje de la atención⁴.

Prefiero no enfocar la discusión en el fallo de la Corte Suprema, su pertinencia jurídica y las implicancias de sus indicaciones, ya que considero que eso nos llevaría nuevamente al ámbito legal. Tampoco quiero centrarme en la pertinencia de la respuesta a través de un proyecto de Ley, conocido como “Ley Corta”. Sin embargo, creo que hay un par de aspectos que se pueden mencionar. En términos generales, el proyecto de ley establece las condiciones necesarias para garantizar el cumplimiento del fallo, sin atender en ningún caso contra ello. Aunque es llamativo que la respuesta a un fallo de la Corte Suprema se dé a través de un proyecto de ley que modifica ciertas condiciones subyacentes al escenario en el que se emitió el fallo. Es posible que uno de los objetivos de este proyecto de ley sea compartir la responsabilidad política de la decisión con el Parlamento.

En términos operativos, la ley busca brindar tiempo a FONASA para implementar mejoras y optimizaciones en su funcionamiento, de manera que pueda recibir a los usuarios de ISAPRES en caso que lleguen. Se está trabajando arduamente en este aspecto. Por otro lado, se busca dar tiempo a las ISAPRES, pero en este caso se enfoca en la devolución de cobros indebidos.

Es importante señalar que el problema principal no es la quiebra de las ISAPRES en sí misma, sino más bien la dificultad que enfrentan los beneficiarios de Isapres para acceder a atenciones que realmente necesitan desde una perspectiva sanitaria, individual y colectiva. Parte del problema radica en que una parte

1 MSP, PhD. Académico de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Presidente del Departamento de Políticas de Salud y Estudios, Colmed A.G. Correspondencia a: crebolledomd@gmail.com

2 <https://www.senado.cl/crisis-de-las-isapres-comision-de-salud-reune-a-actores-a-la-espera-de>

3 <https://www.clinicaalemana.cl/informacion-a-afiliados-de-isapres>

4 <https://cooperativa.cl/noticias/pais/salud/isapre/clinicas-de-chile-reconoce-compleja-situacion-tras-cancelacion-de/2022-09-10/114625.html>

significativa de la producción del sector privado de prestadores no está estrictamente justificada desde un punto de vista sanitario, y el sistema de libre elección permite que las personas accedan a servicios que no necesitan realmente, sino que tienen la capacidad de pagar o endeudarse, lo cual pone en riesgo la frágil estructura de costos de las ISAPRES. Este es un asunto importante pues cuando se plantea que FONASA asuma el aseguramiento de los pacientes de Isapre, en un escenario de colapso total, siempre se asume que FONASA debiera mantener las mismas condiciones de atención de las personas cuando estaban en ISAPRE, pero eso es justamente lo que no puede suceder. Sin duda hay un grupo de pacientes que actualmente están en Isapres cuyas condiciones deben mantenerse, idealmente en los mismos prestadores que se encuentran actualmente. Sería importante cuantificar a este grupo, para por ejemplo tener una estimación del gasto asociado a este tipo de pacientes.

No veo un escenario donde las Isapres puedan gozar de fuerza y vigor, ya sea por las ya famosas devoluciones o producto del fallo que exige modificaciones que restringen sus ganancias. No obstante, podrían mantenerse a flote por un par de años, con algunas estrategias que apuntan a la contención de costos operativos y a la gestión de la demanda. Dentro de estas propuestas se puede mencionar la creación de una estructura de atención primaria que ejerza el rol de Gate Keeping, de manera de disminuir la consulta banal y dar a la demanda de libre elección, alguna estructura sanitaria⁵. Otros ejemplos son la modificación del sistema de licencias y mandar pago por GRD a prestadores privados⁶.

Un asunto que no se ha abordado de manera directa, es el efecto que un nuevo escenario potencial tendría sobre los prestadores, pues de forma casi automática, respecto de este asunto se ha instalado la preocupación por parte de representantes de ambos sectores, prestadores individuales e institucionales, respecto de las consecuencias negativas que tendría la desaparición de las Isapres, para ambos. La verdad es que dicho escenario, repetido en varias oportunidades, es catastrofista y por otra parte desconoce las responsabilidades de las partes en esta situación. Uno de los factores relevantes en el desenlace de las Isapres, tiene que ver justamente con los montos de los cobros, por una parte, de las clínicas, e indirectamente de los honorarios médicos. De este modo, cuando

se habla de la necesidad de generar estrategias de control de costos, pues parte de los costos son los cobros y lo que se desliza, es que dichos costos deben bajar. Este para mí es un asunto de vital importancia, pues se debe plantear que en un escenario futuro, hay que regular los cobros. Es un asunto impopular, pero las consecuencias de no hacerlo están a la vista.

Toda esta situación del fallo y de la viabilidad de las Isapres es un asunto incómodo, pues desvía el foco de la discusión que debiese estarse dando energicamente, la reforma del aseguramiento.

Hay bastante consenso en que debemos propender a un solo fondo, universal, al cual llegue la totalidad de las contribuciones en salud, tanto las cotizaciones individuales de todas las personas, impuestos generales, así como eventuales impuestos marcados. Posteriormente a partir de este fondo, se debe diseñar una estructura de seguro: multiseuros, donde hay cabida para instituciones privadas o un seguro único público. Personalmente me inclino por la segunda opción. Probablemente las principales dificultades que son percibidas actualmente para un seguro único, tienen que ver con la idea que se ha instalado, que la totalidad de la población se atienda en la red pública. Está es una asociación espuria, pues como se ha dicho en varias instancias, por innumerables actores, el financiamiento y la prestación son dos cosas distintas.

Desde una lógica incremental, me parece un piso mínimo que podamos concordar al menos con la idea de un fondo mancomunado universal y que las alternativas de seguro puedan ser discutidas ampliamente. La mancomunación corresponde a la redistribución de los recursos financieros al interior del grupo de participantes del acuerdo de seguridad social, en inglés corresponde al concepto de “pooling”. La redistribución responde al principio de solidaridad en salud, la cual se refiere a que todos los miembros de una sociedad deben contribuir equitativamente al sistema de salud. Esta solidaridad implica que aquellos que tienen mayores recursos deben contribuir en mayor medida para garantizar que todos tengan acceso a los servicios de salud necesarios, independientemente de su capacidad de pago. Al menos en la teoría para mí suena excelente, pero requiere una reconfiguración cultural para que las personas separen conceptualmente la contribución financiera del uso del sistema. Es un gran desafío.

5 Sripa P, Hayhoe B, Garg P, Majeed A, Greenfield G. Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2019 May;69(682):e294-e303. doi: 10.3399/bjgp19X702209.

6 Mackarena Zapata M., importancia del sistema GRD para alcanzar la eficiencia hospitalaria, *Revista Médica Clínica Las Condes*, Volume 29, Issue 3, 2018, Pages 347-352, ISSN 0716-8640, <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.04.010>.