Isapres: Medidas para salir de la crisis

PATRICIO FERNÁNDEZ PÉREZ

ENERO 2023

HORIZONTAL

Isapres: Medidas para salir de la crisis

PATRICIO FERNÁNDEZ PÉREZ[1]

ENERO 2023

1. Patricio Fernández es abogado y académico, Magíster en Salud Pública y Magíster en Gerencia Pública. Fue Superintendente de Salud entre los años 2019-2022. El autor agradece la colaboración, comentarios y revisión de Soledad Hormazábal, Liliana Jadue, Juan José Obach y Enrique Paris.

El origen del problema

Han pasado 15 años desde que, en 2007 la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) elaborara un informe económico sobre el sistema de salud de Chile. Dicho informe, señalaba lo siguiente:

a) El mercado de la salud en Chile está segmentado sobre la base de las características socioeconómicas y de riesgo.

b) Las aseguradoras privadas (ISAPRES) seleccionan personas comparativamente más sanas a través de discriminación por precio, cobertura restringida y exclusión, mientras que los grupos de mayor riesgo de la población, incluyendo las personas de ingresos medios y bajos, el adulto mayor y las mujeres, están sobre representadas entre los beneficiarios del asegurador público, FONASA.

c) En 2003, el 91% de las personas en el quintil de ingreso más bajo estaban afiliadas al FONASA, mientras que 51% del quintil de ingreso superior estaba afiliado a una ISAPRE. En el mismo año, las mujeres constituían el 53% de los beneficiarios del FONASA y el 49% de los beneficiarios de las ISAPRES.

d) Las personas con al menos 60 años de edad representaban el 1% de los beneficiaros de las ISAPRES y alrededor de 13% de los beneficiarios del FONASA[2].

e) Como resultado, tanto las contribuciones como el gasto por beneficiario difieren significativamente entre FONASA y las ISAPRES, aunque esta diferencia ha disminuido con el tiempo: en 2005, el gasto por beneficiario era 1,7 veces más alto en las ISAPRES que en FONASA, comparado con las 3,5 veces en 1984.

En este sentido, era evidente que las frases contenidas en estos breves párrafos constituían un fuerte llamado al poder político (ejecutivo y legislativo) sobre la existencia de un problema que se debía resolver, a riesgo que se profundizara y se terminara convirtiendo en una crisis que afectara a una parte importante de la población.

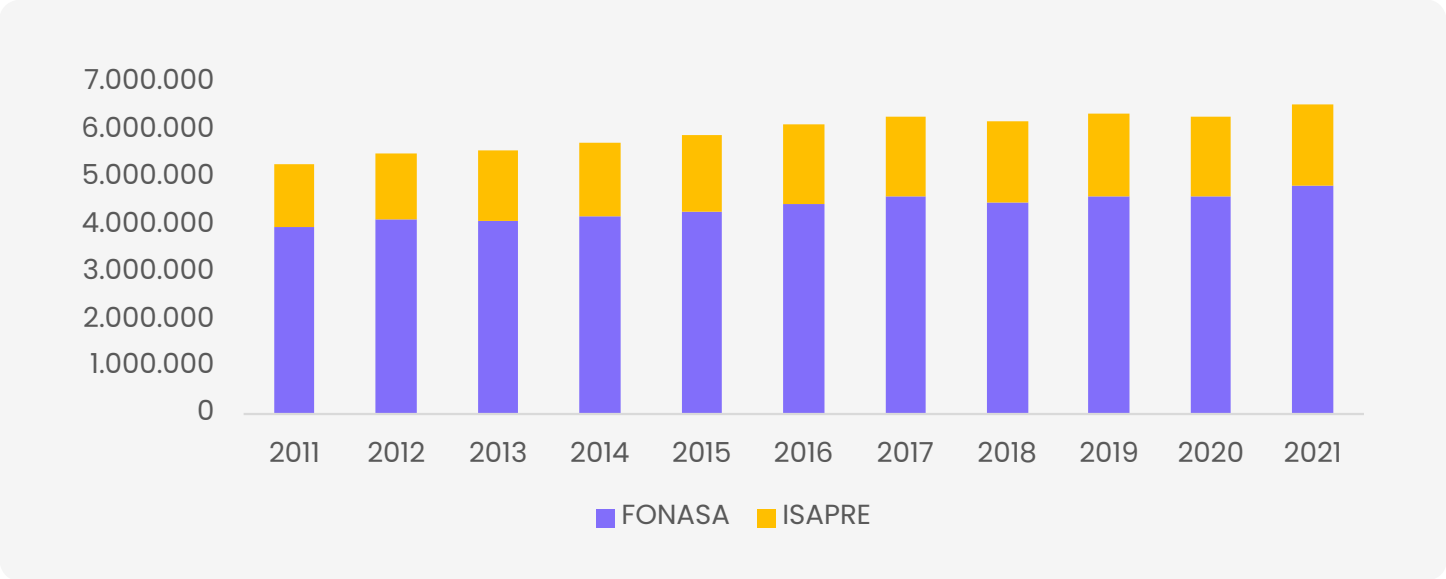
Ahora bien, en nuestro sistema de salud, la elección de cobertura es un derecho de carácter constitucional. En consecuencia, en Chile hay un mandato político de establecer una elección de cobertura que sea eficiente. Diversas mediciones de opinión pública demuestran y reflejan que la existencia de un Sistema Mixto de Salud, con la posibilidad de elegir, es lo que la mayoría de las chilenas y chilenos prefiere y espera mantener (Cadem, diciembre 2022, semana 4). Sin embargo, es fundamental modificar ciertos aspectos que hoy en día son inaceptables, tales como: discriminación por sexo y edad, población cautiva por preexistencias, aumentos sostenidos de precios en las primas, falta de transparencia, complejidad en los planes de salud. Desde un punto de vista sanitario, la ausencia de estrategias de promoción y prevención y la fragmentación en la atención, resaltan como dos problemas urgentes a atender.

Para acometer una reforma al sistema de salud, el primer obstáculo que enfrentamos es la falta de correlación entre lo que las personas esperan

2. Respecto de los cotizantes, en 2021, los mayores de 65 años representaron el 4,2% de los cotizantes a Fonasa y el 3,6% de los cotizantes a Isapres.

del sistema de salud y el ímpetu ideologizado de algunos sectores políticos, que pretenden cambios estructurales profundos y refundacionales, y que imponen al sistema público (actualmente con problemas de déficit presupuestario y gobernanza) cómo única forma de conducción de la salud de la población. Esta visión se ha visto reflejada en diferentes iniciativas como la propuesta de Constitución rechazada en septiembre de 2022 o en el propio programa de Gobierno del Presidente Boric, a través de la creación del Fondo Universal de Salud (FUS)[3]. Creemos que excluir la provisión mixta (público-privada) de salud, tanto en el aseguramiento como en las prestaciones, no es el camino correcto para mejorar nuestro sistema. Recordemos que una gran proporción de la clase media en Chile hoy está presente en el propio FONASA, a través de la utilización de la Modalidad de Libre Elección (MLE), que no es sino la consagración del derecho a elegir en el Seguro Público. En síntesis, el problema es que esta pugna ideológica –llevada al terreno legislativo– ha generado una inamovilidad y falta de modernización de nuestro sistema de salud, afectando la calidad de vida de millones de chilenas y chilenos.

Gráfico 1: Número promedio mensual de cotizantes, según seguro de salud años 2011 a 2021



Fuente: elaboración propia con datos Superintendencia de Salud.

3. "Generaremos un fondo universal de salud (FUS) que actuará como un administrador único de los recursos, a través de la universalización de la cobertura del Fonasa a todas las personas que residan en el país… Con ello terminaremos con el negocio de las Isapres, las cuales se transformarán en seguros complementarios voluntarios" (página 117, Programa de Gobierno Presidente Gabriel Boric).

Tabla 1. Perfil socioeconómico y demográfico de usuarios, por tipo de asegurador y grupo de Fonasa, 2017

VARIABLE	GRUPOS FONASA			ISAPRE
	A	B	C Y D	
Mujeres (% del total del grupo)	58	55	50	48
Edad promedio (años)	33	45	34	34
Niños (1-17 años) (% del total del grupo)	34	16	25	23
Adultos (18-64 años) (% del total del grupo)	55	58	69	70
Tercera edad (65 y más) (% del total del grupo)	11	26	6	7
Casado o conviviente* (% del total del grupo)	50	52	59	59
Reside en zona urbana (% del total del grupo)	79	85	92	95
Trabajadores dependientes** (% del total del grupo)	27	72	88	83
Contrato firmado*** (% del total del grupo)	6	64	84	78
Migrante (% del total del grupo)	2	4	4	4
Pertenece a un pueblo indígena (% del total del grupo)	15	9	10	5
Personas con dependencia funcional**** (% del total del grupo)	3	4	1	1
Años de escolaridad promedio	9	10	12	15
Ingreso per cápita promedio del hogar*****	$190.075	$281.616	$334.442	$871.741
Pobreza extrema (% del total del grupo)	6	2	1	0

Fuente: Silva y Velasco 2021, Radiografía a las necesidades de los grupos A y B de Fonasa.
Notas: *: Sólo mayores de 18 años. **: Incluye mayores de 14 años que declaran haber trabajado al menos una hora la semana anterior, empleados del sector público o privado. Excluye trabajadores por cuenta propia, patrones o empleadores y servicio doméstico, integrantes de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad y familiares no remunerados. ***: Incluye a mayores de 14 años que declaran haber trabajado al menos una hora la semana anterior. ****: Se incluye a mayores de 14 años *****: Excluye servicio doméstico puertas adentro.

Los intentos fallidos de reformas al sistema privado

Cabe recordar que han existido múltiples intentos por tramitar proyectos de ley de reforma al sistema privado de salud, de igual manera, distintos gobiernos han convocado a dos comisiones presidenciales (2010 y 2014) y se han discutido tres proyectos de reforma (2011, 2016 y 2019). Sin embargo, el más avanzado es el Proyecto de Ley que consta en el Boletín 8105-11 (ingresado en diciembre de 2011), que se encuentra en Segundo Trámite Constitucional. Los aspectos más relevantes de este proyecto de ley, que precisamente se hace cargo de muchos de los problemas del sistema actual, dicen relación con lo siguiente:

a) Se busca transitar a un sistema con mayores grados de transparencia y solidaridad, abordando el problema de las discriminaciones por género, edad y estado de salud de las personas, para lo cual se pone fin a la declaración de salud, las preexistencias y se elimina la figura del cotizante cautivo.

b) Como pilar central se crea un Fondo de Compensación de Riesgos que permite solidarizar los riesgos en salud entre los beneficiarios del sistema permitiendo mitigar los incentivos para la selección por riesgo. No se podrán establecer períodos de carencia entre ISAPRES que participan del Fondo.

c) Se establece la creación de un Plan de Salud Universal (PSU) único e igual para todos los afiliados, terminando así con la multiplicidad de planes en comercialización, permitiendo una mejor comprensión y comparación por parte de los beneficiarios. Asimismo, en este punto, resulta muy relevante que el GES[4] con sus 87 problemas de salud, pasa a integrar este plan único, de forma tal que los prestadores que quieran formar parte de la red de la Isapre, deben otorgar prestaciones GES. Esto es muy importante para terminar con la subutilización del GES en el sistema privado, con el subsecuente beneficio para el gasto de bolsillo de las personas, toda vez que muchos hacen uso de su plan complementario, sin utilizar la garantía de protección financiera que entrega el GES.

d) Se busca proteger financieramente a las familias, por lo que se establece un monto máximo de gasto de bolsillo anual por beneficiario, a partir del cual no existen otros desembolsos (seguro catastrófico con *stop loss*).

e) Se planea instaurar un mecanismo integral para la reajustabilidad del precio de los planes, el cual será propuesto por el INE. También se introducirán una serie de otras variables vinculadas directamente al logro de objetivos sanitarios en un esquema de seguridad social en salud[5].

f) Finalmente, se establece la posibilidad de contratar beneficios complementarios o adicionales al PSU, respecto de prestaciones no cubiertas por el plan o para mejorar las coberturas del mismo.

4. Garatías Explícitas en Salud: Son cuatro garantías exigibles por ley para las personas afiliadas a Fonasa y a las isapres: 1) Acceso, 2) Oportunidad, 3) Protección financiera y 4) Calidad. Éstas, se encuentran asociadas a los 85 problemas de salud vigentes por Decreto. Las isapres y el Fonasa deberán asegurar su otorgamiento.

5. La Ley 21.350 persiguió este objetivo alcanzándolo parcialmente, por esto creemos que esa ley debe ser complementada o modificada, incorporando obligación de ISAPRES de fundar las alzas, la creación de índices de reajustabilidad por Isapre, agregando indicadores con componente sanitario y con mecanismos de contención de costos.

Este proyecto, registra más de 35 urgencias y ha sido objeto de indicaciones en los años 2013 y 2019. La última votación de este proyecto de ley, tuvo lugar en la sesión de Comisión de Salud del Senado de fecha 22 de octubre de 2019, luego se decide por esa Comisión, no avanzar en el proyecto, nuevamente producto de la falta de voluntad de llegar a acuerdos y de avanzar en la modernización de un sistema de seguro privados de salud, que para muchos de los legisladores resultaba impopular apoyar.

La judicialización de las ISAPRES y la justicia material

De acuerdo con lo establecido en el DFL 1 de 2006 del Ministerio de Salud, en su artículo 170 letra n) la tabla de factores *"es aquella tabla elaborada por la Institución de Salud Previsional cuyos factores muestran la relación de precios del plan de salud para cada grupo de personas, según edad, sexo y condición de cotizante o carga, con respecto a un grupo de referencia definido por la Superintendencia, en instrucciones de general aplicación, el cual asumirá el valor unitario.*

Esta tabla representa un mecanismo pactado de variación del precio del plan a lo largo del ciclo de vida, el que es conocido y aceptado por el afiliado o beneficiario al momento de suscribir el contrato o incorporarse a él, según corresponda, y que no podrá sufrir variaciones en tanto la persona permanezca adscrita a ese plan".

El objetivo de la tabla de factores según lo señala el artículo 199 es ser utilizada para la determinación del precio de los planes de salud: *"Para determinar el precio que el afiliado deberá pagar a la Institución de Salud Previsional por el plan de salud, la Institución deberá aplicar a los precios base que resulten de lo dispuesto en el artículo precedente, el o los factores que correspondan a cada beneficiario, de acuerdo a la respectiva tabla de factores…".* Además, se establece que la Superintendencia de Salud fijará la estructura de las tablas de factores, tipos de beneficiarios, según sexo y condición de cotizante o carga, y los rangos de edad.

Desde 2010, debido a una resolución del Tribunal Constitucional[6], las ISAPRES han estado impedidas de modificar el precio por cambio de tramo etario de sus beneficiarios, en consecuencia, esta facultad contemplada en el contrato ha quedado desprovista de fundamento legal[7]. Sin embargo, no se derogó ni cuestionó la constitucionalidad de las demás normas que consagran la existencia de las tablas vigentes a la fecha de la dictación del fallo.

En definitiva, por efecto de la sentencia señalada, las ISAPRES no pueden elevar el precio del plan de salud durante el curso del contrato por modificación del factor etario. Así, si bien es posible aplicar la tabla de factores al momento de contratar el plan de salud y de incorporar beneficiarios, luego durante la vigencia del contrato está prohibido aumentar el precio por el hecho de cumplir un beneficiario una edad a la que corresponde un factor superior.

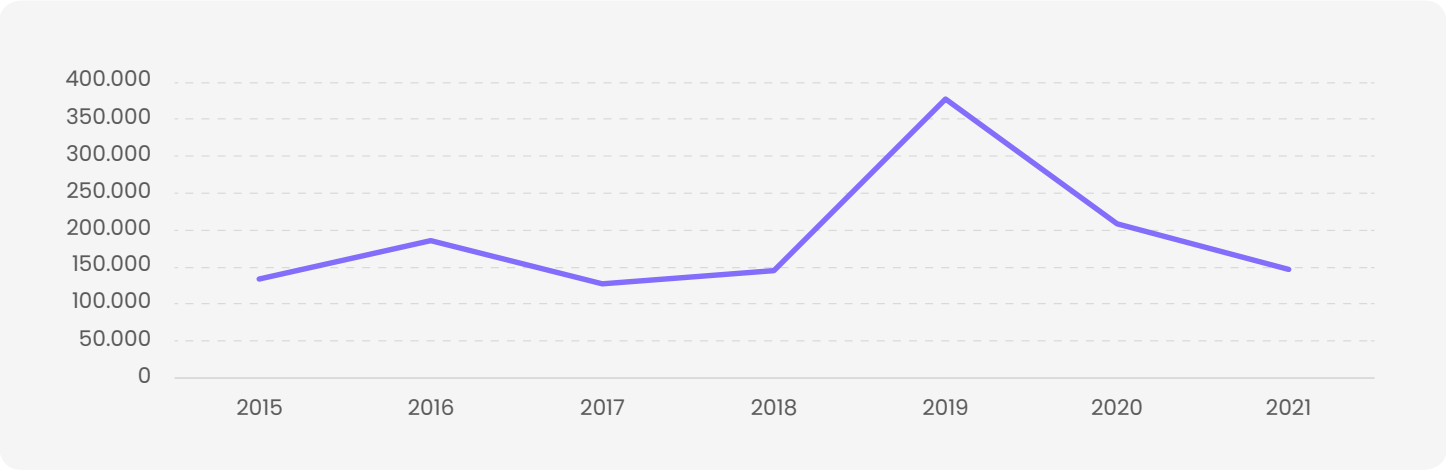
6. En 2010 el Tribunal Constitucional resolvió la declaración de inconstitucionalidad y consecuente derogación por la sentencia Rol Nº 1710-10 del Tribunal Constitucional, de los numerales 1, 2, 3 y 4 del inciso tercero del actual artículo 199 del Decreto con Fuerza de Ley Nº1, del año 2005, del Ministerio de Salud.
7. Oficio Ord. SS/Nº548, de 2011 de la Superintendencia de Salud.

Este fallo del Tribunal Constitucional, puede considerarse el puntapié inicial del cambio de las reglas en el sistema privado de salud, transformándose en un importante precedente para fundar miles de recursos de protección en esta materia, y que claramente era un primer aviso que la institucionalidad requería una actualización legislativa.

Así, pasaron gobiernos y distintas administraciones en la Superintendencia de Salud, que mantuvieron inalterable esta situación que estaba claramente generando un problema de estabilidad en el sistema, y solamente en el año 2019, la Superintendencia de Salud a través de la Circular IF N°343, ordena la aplicación de una tabla de factores única que elimina la discriminación de precios basada en el sexo y restringe aquella que se funda en la edad. Esta Circular[8] entró en vigencia el 1 de abril de 2020 y, por tanto, todos los planes que iniciaron su comercialización a partir de esa fecha deben contener la Tabla de Factores Única[9].

Por otra parte, la judicialización por alzas de precio base (que es otro componente del precio de los planes de salud), se comenzó a incrementar[10] generando como consecuencia el pago de costas judiciales y la imposibilidad para las ISAPRES de reajustar el precio a la parte de la cartera que reclamaba. El siguiente gráfico da cuenta de los recursos de protección contra las ISAPRES abiertas acumulados a 2021. Cabe destacar que en los años 2020 y 2021 se registra una menor cantidad de recursos ingresados debido a que no hubo adecuación de precios base por aplicación de la Ley 21.350 que suspendió las alzas en el contexto de la pandemia. El año 2019 se registra un incremento porque es el año en que hubo Decreto GES (lo que implica aumentos en el precio), situación similar y aún mayor se espera para el año 2022, por cuanto hubo alza de precio base y además un nuevo Decreto GES.

Gráfico 2: Recursos de protección de Isapres ingresados en Cortes de Apelaciones, años 2015 a 2021



Fuente: elaboración propia con datos Superintendencia de Salud.

8. http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/w3-article-18918.html
9. La circular solamente rige para los planes en comercialización a contar de abril de 2020, las regulaciones de la Superintendencia no pueden afectar los contratos vigentes, no pueden tener efecto retroactivo.
10. Situación que también se inició a través de un requerimiento al TC Rol N°1856-10 (2020-11)- INA, donde se dicta una sentencia que rechazó declarar inconstitucional la norma que permite las alzas de precio, pero que fue rechaza por falta de quórum, tras un empate a dos votos.

Ahora bien, la interposición de acciones de protección ante la justicia se ha transformado en una vía útil e idónea para contener las alzas de precio en las primas que cobran las ISAPRES; y además, en una industria bastante lucrativa para estudios de abogados, motivada por del pago de costas judiciales y por una línea jurisprudencial sentada que prácticamente garantiza una sentencia favorable sin un mayor esfuerzo de litigación. En un principio, solamente una parte de los afiliados interponía recursos de protección con un impacto controlado, que de alguna forma era traspasado en los precios de las primas y reajustes de éstas, respecto de aquellos que no reclamaban. Sin embargo, actualmente el porcentaje de la cartera que reclama en la Superintendencia de Salud o que judicializa las alzas, alcanza el 20% del total, generando costas que en el año 2019 alcanzaron los $30.000 millones de pesos.

Como anécdota, este inusual fenómeno judicial, provocaba que cada año en el discurso de inauguración del año judicial, se dedicara en la cuenta pública de la gestión, todo un acápite relativo a las estadísticas de Recursos de Protección interpuestos en contra de las ISAPRES, unido a un fuerte llamado de los diversos Presidentes de nuestro máximo tribunal, para que el poder político se hiciera cargo de este tema.

En junio de 2021, con la promulgación de la Ley N° 21.350, se creyó ingenuamente que el problema de la judicialización se acabaría. Dicha ley contenía una norma que determinaba el congelamiento por 2 años de los reajustes de precios base de los planes ofrecidos por las ISAPRES y, además, establecía un sistema de reajustabilidad de los planes de salud cuyos montos máximos serían fijados anualmente por la Superintendencia de Salud. Por primera vez, en mucho tiempo, se debía reconocer al legislador haber adoptado una medida orientada a enfrentar este problema. Sin embargo, la iniciativa no fue suficiente y la judicialización en la práctica incluso aumentó, ante lo cual la Corte Suprema, en un inédito fallo, retrotrajo el proceso de adecuación de planes para toda la cartera (no solamente respecto de los casos judicializados), ordenando al regulador que dicte normas y exija a las ISAPRES un fundamento concreto de las alzas de los planes, incluso más allá de lo que el propio texto legal exige y contempla. Veremos el resultado final en un corto tiempo respecto a este tema y si la Excelentísima Corte efectivamente logró zanjar el problema de la judicialización por esta materia en forma definitiva.

Cada tres años corresponde la dictación de un nuevo decreto GES que además de los múltiples beneficios que implica en materia de salud, se transforma en un nuevo motivo de judicialización, por la facultad que tienen las ISAPRES de reajustar el precio que por ley pueden cobrar a todos los cotizantes por el GES. En 2022, con la dictación del nuevo decreto GES, no solamente hubo récord de reajuste por parte de las ISAPRES (el alza promedio fue de 48,7%), sino que los números de reclamos se incrementaron explosivamente: los reclamos en la Superintendencia de Salud en materia GES fueron poco más de 26.000 en 2019 y en esta oportunidad fueron más de 88.000, que se deben agregar a los más de 106.000 reclamos por el alza de precio base. Esta es aún una noticia en desarrollo, y no sería extraño que la Corte Suprema nuevamente pretenda resolver esta materia con un fallo de aplicación general, ordenando un ajuste del precio para la totalidad de la cartera, incluso con reintegros de montos de dinero por lo ya cobrado en exceso, lo que a todas luces afectaría de sobremanera a la ya frágil estabilidad financiera del sistema asegurador privado.

Un último aspecto dice relación con la judicialización de la aplicación de la tabla de factores en la determinación del precio a pagar por los planes de salud, la cual comenzó a incrementarse fuertemente en el año 2021. Esta se puede resumir en 4 materias:

1. Aplicación de factor riesgo en incorporación de carga por nacer/recién nacida. En estos recursos, aproximadamente el 33% de los casos se resolvían con instrucción de aplicar factor cero, en los demás casos las ISAPRES debían aplicar factor 1.

2. Aplicación de factor de riesgo a cotizantes o grupo familiar, caso en el cual se resolvía la aplicación de un solo precio base en la mayoría de los fallos.

3. Rebaja de factor de riesgo por cambio tramo etario, tanto para el titular como beneficiarios.

4. Aplicación a los planes de salud la tabla única de factores de riesgo establecida en la circular IF N°343 de la Superintendencia de Salud.

De esta manera, miles de recursos de apelación llegaron a conocimiento de la Tercera Sala del máximo tribunal, quién toma la decisión de dictar un primer grupo de fallos (a nuestro juicio el más relevante es el Rol N° 16.630-2022 del 30 de noviembre de 2022), siguiendo la estrategia ya iniciada con las alzas de precio base, y resuelve haciendo aplicable lo dictaminado a la totalidad de los planes administrados por las ISAPRES respecto de todas las materias relacionadas con la tabla de factores. Lo anterior, lo podemos resumir en los siguientes aspectos:

a) Estableció que las ISAPRES sí pueden aplicar la tabla de factores a la determinación del precio de los planes, pero la tabla que definió la Superintendencia de Salud en diciembre de 2019 en la Circular IF N°343 y que el órgano regulador hizo aplicable a los nuevos planes comercializados a partir de abril de 2020. Con esto, se abandona la tesis de algunas Cortes de Apelaciones, que resolvían que las tablas de factores eran inconstitucionales y que, por ende, las ISAPRES solamente podían cobrar los precios base de los planes de Salud. Esta nueva tabla en su momento no se pudo aplicar a la totalidad de los planes vigentes, por cuanto las regulaciones de la Superintendencia de Salud no pueden tener efecto retroactivo y afectar los contratos vigentes, sin embargo, la Corte Suprema le dio aplicación general. Esta nueva tabla es más equitativa ya que elimina la discriminación a la mujer al equiparar los factores de riesgo al de los hombres y disminuyó el número de tramos de edad a la mitad (de 14 a 7).

b) Lo segundo, es que las ISAPRES sí pueden incorporar en el precio del plan de salud a las cargas de dichos afiliados, pero siempre y cuando se usen los mismos factores definidos en la tabla de factores fijada por la Superintendencia de Salud.

c) Lo tercero, es que cada vez que se incorpore una nueva carga, el precio de los planes de salud no se modificará y el cobro del alza se suspenderá hasta que la nueva carga cumpla dos años de edad en caso de ser neonata o menor de esa edad.

d) Finalmente, la Corte Suprema resolvió que la Superintendencia de Salud dispondrá, además, las medidas administrativas para que, en el evento de que la aplicación de la Tabla Única de Factores contenida en la Circu-

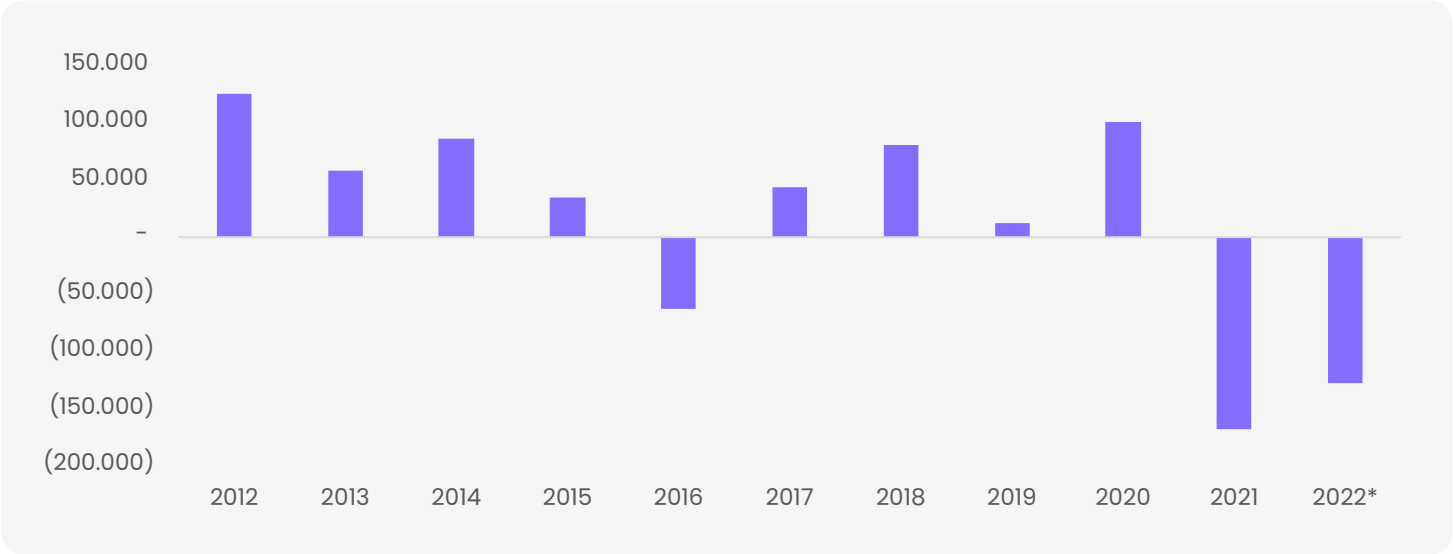
lar IF/Nº 343 de la Superintendencia de Salud determine un precio final del contrato inferior al cobrado y percibido por la ISAPRE recurrida, las cantidades recibidas en exceso y cuyo cobro no esté prescrito sean restituidas como excedentes de cotizaciones.

El último punto es, a nuestro entender, el más complejo del fallo. Las consecuencias de éste pueden hacer estéril cualquier intento de dar estabilidad a los más de 3 millones de afiliados y beneficiarios del Sistema Privado de Salud, con las subsecuentes consecuencias negativas para los prestadores privados, e indirectamente al resto de los beneficiarios del FONASA debido a la imposibilidad de que el sistema público de salud pueda recibir a los beneficiarios de ISAPRES y hacerse cargo de la totalidad de los requerimientos en salud de la población. En consecuencia, la falta de soluciones legislativas y políticas, determinaron la concurrencia de medidas de justicia material, pero que constituyen soluciones aisladas y carentes de sustento técnico- sanitario y lejos de lo que el Sistema de Salud necesita en estos momentos. Ahora, las eventuales consecuencias negativas en ningún caso pueden atribuirse al máximo Tribunal, sino que a la imposibilidad de resolver cómo país nuestros problemas, haciendo al poder político un actor incapaz de entregar respuestas a la población.

La situación Financiera de las ISAPRES

Durante el año 2021, la industria de las ISAPRES terminó con pérdidas por sobre los 130.000 millones de pesos, y para el 2022, se proyectan pérdidas sobre los 200 mil millones de pesos. Si bien, se conocieron los resultados parciales del tercer trimestre de 2022 con una baja de 7,4% en las pérdidas, para totalizar un acumulado de $127 mil millones, es evidente que existe un riesgo latente de profundizar su crisis financiera en una magnitud que dependerá de las decisiones que adopte la autoridad y el poder judicial. La Superintendencia de Salud, en el plazo de seis meses desde el fallo del 30 de noviembre de 2022, deberá interpretar los alcances de los resuelto por la Corte Suprema respecto de la tabla de factores, pudiendo ser el punto final del sistema si resuelve un reintegro de recursos que sea imposible de asumir para las ISAPRES, esto debido a la obligación de garantizar las deudas, la falta de liquidez, los planes deficitarios, entre otros. Además, será clave la resolución que haga la Superintendencia respecto de los reclamos en materia de precio GES. Por su parte, el poder judicial tendrá en sus manos la continuidad del sistema con el alcance que le dé a los miles de recursos de protección que se encuentran en tramitación para impugnar el alza de precio GES. Respecto de esto último no es descabellado pensar, si ya existen dos líneas jurisprudenciales previas, que se resolvieron con aplicación general.

Gráfico 3: Utilidades de las isapres abiertas en millones de pesos de 2022



** pérdidas acumuladas a septiembre de 2022*
Fuente: elaboración propia con datos Superintendencia de Salud y Banco Central

Propuestas

Propuestas administrativas de corto plazo

1. Acelerar el actuar de la mesa de trabajo entre el Ministerio de Salud y las ISAPRES, de la cual se requiere con urgencia que se anuncien medidas concretas desde el punto de vista regulatorio y legislativo. Además, considerando el impacto de lo que está en juego, es necesario que se incorpore a representantes de los prestadores privados y del Colegio Médico para tener una visión más sistémica del problema y hacerlos parte de la solución.

2. La Superintendencia de Salud debe resolver la interpretación del alcance del fallo de la Corte Suprema en un plazo menor al que se estableció, haciendo aplicable la nueva tabla de factores a todos los planes que administran las ISAPRES.

3. Evaluar la posibilidad de permitir administrativamente un ajuste en los precios base de los planes de salud, para mantener el equilibrio contractual y no tener planes deficitarios o desfinanciados.

4. Simplificar y circunscribir la cobertura de las prestaciones uniformando el arancel para todo el sistema de ISAPRES en base al Arancel de la Modalidad Libre Elección (MLE) del Fonasa, de modo de facilitar la comparación de coberturas de prestaciones entre los planes de las distintas ISAPRES y su comprensión por parte de los beneficiarios.

5. Establecer un procedimiento para el proceso de notificación al Paciente GES en los prestadores de salud públicos y privados, con el fin de mantener y mejorar el cumplimiento de

la obligación de notificar a los beneficiarios, haciendo que más personas lo utilicen y que ello contribuya a la contención de costos y disminución del gasto de bolsillo.

6. Regular la utilización obligatoria de mecanismos de pago con los prestadores, tales como GRD[11] o PAD[12], similares a lo utilizado por Fonasa, con el objetivo de controlar los costos y de incrementar eficiencia del sistema.

7. Mantener las medidas de mitigación de impactos financieros en ISAPRES, a través de un régimen controlado de liberación de garantías, monitoreo constante, flexibilización en la utilización de boletas de garantía, entre otros.

Propuestas legislativas de corto y mediano plazo

Empaquetar y sistematizar todas las propuestas legislativas que existen sobre la mesa, proponer las indicaciones por parte del Ejecutivo que se requieran, y retomar rápidamente la tramitación del Proyecto de Ley contenido en el Boletín 8105-11 sobre Reforma al Sistema Privado de Salud.

A nuestro juicio, las materias básicas que debe contener una iniciativa legal son:

8. Un Plan Único de Salud que sea base para todos los afiliados de FONASA e ISAPRES, debe contener a lo menos los tratamientos para la totalidad de los problemas de salud GES, haciéndolo obligatorio a las redes de prestadores que tengan las ISAPRES (actualmente la red GES es cerrada, definida por cada ISAPRE). Con esto, las personas afiliadas a ISAPRES aprovecharían los beneficios del GES, y no como hoy, donde solamente 1 de cada 4 personas hace uso de la garantía. El Plan Único de Salud también debe establecer un grupo de prestaciones que apunten a la prevención y promoción en salud, de carácter obligatorio, que permita fortalecer la educación en salud de la población, controlar costos e incorporar elementos que permitan tener una visión biopsicosocial de los pacientes.

9. Un seguro catastrófico con un *stop loss* o gasto máximo de bolsillo por grupo familiar, dando rango legal a esta figura que reemplazaría al actual CAEC (Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas) la que solamente tiene un reconocimiento regulatorio por parte de la Superintendencia de Salud. Este seguro supone un límite de gasto anual por grupo familiar, a partir del cual comienza la cobertura del seguro. En este sentido, se deben establecer límites máximos de copagos según el nivel de renta.

10. Un esquema de compensación de riesgos y un reaseguro lo que contribuiría a mitigar los incentivos a la selección de riesgos presente en el sistema actual. Para esto, se sugiere utilizar de base la propuesta generada por la Superintendencia de Salud en el año 2021, que amplía el actual Fondo de Compensación de Riesgos (FCR) de las Garantías Explícitas en Salud (GES) a otros ítems de gasto en salud, considerando para el ajuste de riesgo el estado de salud, el sexo y la edad. Adicionalmente, se propone un esquema de riesgo comparti-

11. Grupos Relacionados al Diagnóstico (GRD) son una herramienta de gestión de salud normalizadora utilizada ampliamente a nivel mundial que permite clasificar a los pacientes en grupos clínicamente similares y con usos de servicios de salud similares. Esta herramienta contribuye a evaluar el desempeño del sistema y es particularmente útil para conocer la estructura de costo por paciente.
12. Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) es un beneficio de Fonasa que permite a los beneficiarios acceder a un conjunto de prestaciones por un precio fijo conocido.

do, a través de un reaseguro. La idea es repartir el riesgo de salud entre todas las personas afiliadas al sistema privado, de manera que éstos no sean enfrentados individualmente, reduciendo la incertidumbre tanto para las personas beneficiarias, como para las aseguradoras y prestadores. Con esto, se pretende terminar con las barreras de entrada al sistema de ISAPRES debido a enfermedades preexistentes. Además, evaluar implementar en una segunda etapa, un seguro mancomunado con FONASA, permitiendo el paso de beneficiarios de un sistema a otro.

11. Dictar normas imperativas para la implementación de nuevos mecanismos de pago en los convenios que tengan las ISAPRES con los prestadores privados incorporando sus beneficios a los planes de salud vigentes, que precisamente busquen crear incentivos para mejorar la calidad y la eficiencia. Los mecanismos de pago que observamos en Chile (principalmente pago por servicio) dan cuenta de un sistema con una marcada fragmentación (o baja integración), donde no se promueve la eficiencia ni la equidad del sistema a través del mecanismo de pago. La mayor parte de los sistemas avanzados de financiamiento sanitario explotan varios métodos de pago a los prestadores de servicios sanitarios para intentar conseguir la combinación adecuada de incentivos (p.ej. GRD, pago por caso, pagos agrupados, pagos complementarios, entre otros).

12. Establecer la posibilidad de contratar beneficios complementarios para mejorar coberturas o incluir prestaciones no cubiertas en el Plan Garantizado de Salud. Es importante que estos beneficios complementarios estén bien regulados para no permitir prácticas de discriminación en su comercialización y contratación.

13. Aumentar la transparencia del sistema, regulando la obligación para los prestadores y aseguradoras de publicar los precios en convenio con las ISAPRES y FONASA, estableciendo una plataforma de fácil acceso que permita a las personas cotizar adecuadamente y no como es actualmente con precios de lista.

14. Otorgar facultades a la Superintendencia de Salud para resolver controversias que se generen entre prestadores e ISAPRES por la ejecución o término de convenios que puedan afectar los derechos de los afiliados. Establecer un sistema de depósito y registro de convenios cada vez que se suscriban o modifiquen.

15. Dotar de mayores facultades de fiscalización a la Superintendencia de Salud en cuanto a la situación financiera de las ISAPRES y respecto de los prestadores de salud. En relación con la situación financiera de las ISAPRES, es importante que la fiscalización de la Superintendencia pueda alcanzar a los controladores de éstas para evitar o prever situaciones que puedan afectar los derechos de los afiliados. En este sentido, es necesario que el fiscalizador tenga más información sobre los gastos de administración de las ISAPRES y las condiciones para el reparto de utilidades, además de las deudas con empresas relacionadas. Respecto de los prestadores de salud, se debiera modificar el régimen de sanciones, estableciendo además facultades de juez árbitro a la Superintendencia en la resolución de reclamos de personas en contra de prestadores.

Asimismo, es necesario modificar la actual normativa sobre mediación, para hacerla más resolutiva, sin costo para las personas de escasos recursos y evitar dilaciones excesivas en su resolución.

16. Crear un mecanismo de liquidación de garantía y cancelación de registro de ISAPRES, a través de una estructura permanente de monitoreo de riesgo financiero, estableciendo la posibilidad de licitar la totalidad de la cartera a privados interesados que no sean necesariamente ISAPRES (por ejemplo, compañías de seguro), con requisitos de funcionamiento y financieros, por un plazo máximo de 5 años, prorrogable, estableciendo condiciones de cobertura, reajustabilidad de primas y redes de atención mínimas.

17. Modificar el régimen de fiscalización, regulación y emisión de licencias médicas en nuestro país, lo cual sin duda impactará positivamente en la situación financiera del Sistema Público y Privado de Salud.

Comentarios Finales

El sistema de salud en Chile vive una profunda crisis, por lo que es urgente que nuestras autoridades avancen en soluciones concretas, tanto desde un punto vista legal como administrativo- regulatorio. Necesitamos rápidamente lograr mayor eficiencia en nuestro sistema de salud y que a su vez se resguarde la capacidad de elección.

La capacidad de elección necesita apoyarse sobre bases sólidas que permitan su ejercicio en condiciones de igualdad para la población, y hoy la institucionalidad sobre la que descansa nuestro sistema de salud está diseñada para amparar la selección por riesgo, el incremento de costos y la falta de transparencia.

Las opciones de reforma legal obligan a atender a los detalles y a reformular la institucionalidad de nuestro sistema de salud de manera urgente. Dicha reforma, debe dar elementos de sustentabilidad al sistema privado, y con ello, enfocar los esfuerzos del Estado en fortalecer el sistema de salud público, a fin que se ocupe satisfactoriamente de los múltiples problemas de financiamiento, gobernanza, oportunidad y acceso en la atención.

www.horizontalchile.cl
horizontal@horizontalchile.cl

horizontalchile horizontalchile horizontal_chile Horizontal Chile

HORIZONTAL