

REFORMA A LAS ISAPRES: SOLUCIONES ACOTADAS A PROBLEMAS URGENTES

- El sistema de Isapres se ha visto afectado por constantes procesos de judicialización. Ello, debido al vacío legal existente en determinadas materias y al descontento ciudadano frente a precios diferenciados según sexo y edad, cautividad por preexistencias y alzas de precios poco transparentes para los usuarios.
- Algunos proponen un seguro único nacional de salud, y otros crear un fondo único de compensación de riesgo que incluya tanto a FONASA como a las Isapres. Agrupar el sistema público y el privado es inviable e innecesario.
- Se requiere una reforma acotada que incluya un plan básico obligatorio, tarifas aplanadas y un fondo de compensación de riesgos inter-Isapres.

El sistema de seguros de salud privado resuelve razonablemente las necesidades de cobertura de cerca del 20% de la población chilena, pero ha ido perdiendo legitimidad por la existencia de algunos problemas concretos. Hay descontento en algunos usuarios y mala percepción en la ciudadanía debido a la existencia de precios diferenciados según sexo y edad; a que el sistema genera cautividad para personas con preexistencias y enfermedades crónicas, y a la falta de transparencia en los planes y reajustes de precios, que son considerados excesivos.

Desde hace tiempo los tribunales han tomado un rol activo en la materia y, de hecho, están definiendo aspectos de política pública en el país, incluso cambiando en ocasiones el sentido de la ley. Ello sucede con fallos que anulan reajustes de precios o la aplicación de tablas de factores de riesgo que se ajustan a la ley. El aumento explosivo de causas, con los costos públicos y privados que ello implica, hace que la incerteza jurídica sea insostenible. Las soluciones que han dado los tribunales a estos problemas son parciales y carecen de una visión de conjunto acerca de lo que es justo y razonable hacer frente a diversas situaciones de insatisfacción de los usuarios. No son los jueces los indicados para formular políticas públicas en salud ni en otras materias. Los jueces están llamados a interpretar y a aplicar las leyes, no a modificarlas.

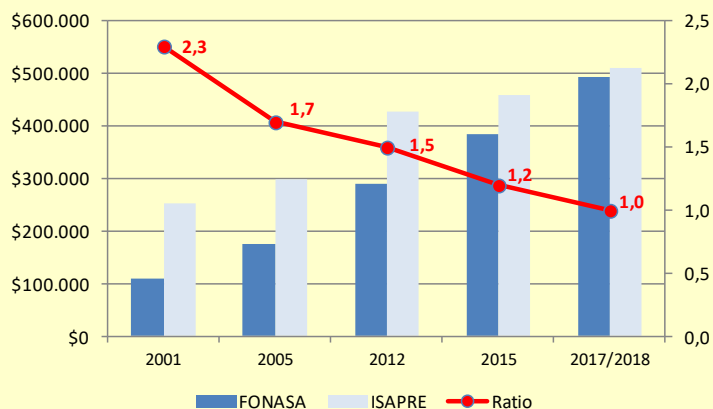
Frente a esto, el gobierno del Presidente Piñera anunció el envío de un proyecto de ley de reforma a los seguros de salud. La reforma ha sido esperada y debatida por mucho tiempo. En efecto, el año 2011, durante su primer gobierno, el Presidente Piñera presentó un proyecto de ley de reforma al sistema de seguros de salud privados. Lamentablemente, no hubo voluntad política del Congreso para aprobarlo y, hasta el día de hoy, sigue existiendo un vacío legal que tampoco se resolvió durante el segundo gobierno de Michelle Bachelet.

INVIABILIDAD DE UN SISTEMA ÚNICO DE SALUD

Se han planteado propuestas que pretenden una reingeniería total al sistema de salud chileno. Con el fin de aunar todas las fuentes de financiamiento, algunos proponen juntar a los sistemas público y privado en un sistema de seguro único nacional de salud. Otros proponen crear un fondo de compensación de riesgo (FCR) que incluya tanto a usuarios de FONASA como de las Isapres. Estas propuestas parten de un enfoque equivocado que supone que los problemas del sector público de salud se deben principalmente a una falta de recursos que se solucionaría al agrupar a todos en un sistema único. Pero hoy los recursos per cápita disponibles para atenciones de salud en ambos sistemas son similares (Gráfico Nº 1). En los últimos años, el ratio de gasto per cápita para atenciones médicas Isapre/FONASA se ha estrechado sostenidamente, pasando de 3 en la década de los 90, a 2 a inicios del 2000, para ubicarse en la actualidad cerca de 1¹.

RECURSOS PER CÁPITA PARA SALUD SON SIMILARES EN FONASA E ISAPRES

Gráfico Nº 1: Gasto Per Cápita Asistencial en Salud



Fuente: Boletín Fonasa 2015 y 2017 – 2018 estimación de Asociación de Isapres, citado en libro Caviedes, R. 2019, por publicar. *Cifras 2001-2015 en \$ 2015.

Es decir, ha existido durante estas dos décadas un aumento sistemático e importante de los recursos que se gastan en el sistema público de salud, sin que ello se haya traducido en un mejoramiento de las prestaciones que reciben sus afiliados. Sin modernizar la gestión en el sector público, es imposible que éste, aun con los mismos recursos per cápita que el sector privado, otorgue similares beneficios en tiempos de espera, calidad y oportunidad de la atención. Dentro de los problemas del sector público destacan: inercia de presupuestos históricos, problemas de infraestructura, la centralización de las decisiones que provoca que no haya incentivos suficientes en las unidades ejecutoras para administrar bien los recursos, políticas de recursos humanos obsoletas que no premian el mérito ni el buen desempeño, administradores con bajas atribuciones, fuertes gremios de salud, ausentismo laboral y uso desproporcionado de licencias médicasⁱⁱ.

Una clara muestra de ineficiencia es que los funcionarios de los establecimientos de salud estatales se ausentaron por enfermedad 23,7 días en 2017, duplicando la media nacional. Ello tuvo un costo en gastos de reemplazo de funcionarios de más de \$ 98 mil millones, equivalentes al costo de construcción de seis hospitales de baja complejidadⁱⁱⁱ. Más aún, el número de licencias médicas en el sector público de salud ha aumentado un 27% comparado con los 18,6 días de licencias médicas autorizadas en 2013^{iv}. Otro indicador de los problemas de gestión del sector son las largas listas de espera: el último registro a noviembre de 2018 cifró en 255.202 las cirugías No GES (Garantías Explícitas en Salud) pendientes en el sistema público, de las cuales el 42% lleva en espera más de un año. Si bien ello constituye una disminución del 11% respecto a enero de 2018, es aún una cifra excesivamente alta^v.

No es conveniente seguir postergando la reforma a la regulación sobre Isapres para pretender solucionar con ella los problemas de muy distinta índole y de gran envergadura que sufre el sector público. Para resolver estos problemas es necesario un cambio completo en el modelo de atención del sistema público de salud y en la forma de asignar los recursos a las unidades ejecutoras, cuyos alcances no han sido suficientemente estudiados. Hoy no hay un diseño básico para reemplazar el modelo vigente.

Es conveniente llamar la atención sobre el rol que cumplen las Isapres en la contención de costos en la salud, que se ve reflejado en la tendencia que han mostrado los gastos per cápita en salud en el sector privado. Ese rol de contención de costos, propio de un seguro, no se produce en el sistema público de salud como es evidente al mirar la evolución de estos en los últimos veinte años.

SOLUCIONES ACOTADAS A PROBLEMAS URGENTES DEL SECTOR PRIVADO

Para resolver los problemas urgentes del sistema de seguros privados de salud, basta con reformas acotadas al sistema de Isapres, sin necesidad de complejos cambios legislativos ni de un cambio estructural a la institucionalidad existente.

En primer lugar, el problema de la diferenciación de precios por sexo y edad se puede abordar estableciendo primas aplanadas y un fondo de compensación de riesgos inter-Isapres (FCR).

Cada Isapre sería libre de fijar sus propias primas, pero éstas serían iguales entre hombres y mujeres, y serían más parejas entre rangos etarios que en las antiguas tablas de factores. Las diferencias en costos de salud entre hombres y mujeres tienden a estar en un rango acotado de factores entre 2-3 veces, y se concentran durante la edad fértil de la mujer. En este contexto, parece razonable establecer primas parejas para que la mujer no cargue sola con el costo de tener hijos. Sin embargo, las diferencias en costos de salud entre rangos etarios pueden llegar a ser del orden de 5 o 6 veces. Ello hace inviable proponer tarifas iguales para todas las edades. Además de las dificultades de financiamiento que conlleva, una propuesta como esa sería regresiva dada la distribución de ingresos de los afiliados de Isapres. En efecto, lo más probable es que afiliados jóvenes relativamente más pobres terminarían subsidiando a afiliados de mayor edad pero más ricos. Una alternativa más factible es disminuir (no eliminar) las diferencias por edad en las primas, y complementarlo con una cuenta de ahorro individual de salud que permita reservar recursos cuando los cotizantes son jóvenes y tienen mayor poder adquisitivo para aliviar los mayores costos de los planes durante la vejez.

Desde el punto de vista de los usuarios, una tarifa plana siempre tiene el problema de incentivar un comportamiento oportunista o de “selección adversa”, independientemente que exista un FCR o no. Una tarifa plana es un subsidio cruzado desde los afiliados de bajo riesgo (jóvenes y sanos) a los de alto riesgo (adultos mayores y enfermos). Los de bajo riesgo tenderán a evitar su condición de aportantes netos, optando por cambiarse a FONASA o a seguros complementarios. Esta salida hace que el riesgo promedio de la cartera de la Isapre suba y, por lo tanto, sea necesario subir las primas promedio. Ello a su vez incentiva a los afiliados que ahora son los de más bajo riesgo a salirse del sistema, lo cual sube el riesgo de la cartera y vuelve a subir las primas, y así sucesivamente. El proceso de selección adversa afecta la sostenibilidad financiera del sistema y al cabo de un

tiempo las Isapres pueden quebrar. Por eso, si bien es cierto que se pueden nivelar más los riesgos etarios, no es conveniente aplanarlos completamente.

Desde el punto de vista de la Isapre, si se le obliga a cobrar tarifas planas habría un incentivo a atraer a los afiliados menos riesgosos, lo que se conoce como “selección de riesgo” o “descreme”. Un FCR evitaría la selección de riesgo porque compensaría a la Isapre con un pago adicional por cada afiliado que tuviera gastos esperados mayores al promedio (mujeres en edad fértil, adulto mayor, enfermo crónico). Al contrario, la Isapre pagaría al FCR un aporte por cada afiliado con gastos menores al promedio. Como resultado, todos los afiliados serían igual de rentables para la Isapre y no habría incentivos al desceme. Esto en teoría y si los montos de compensación están bien calculados. En la práctica, existen desafíos importantes para implementar un FCR que funcione bien, pero son abordables.

En segundo lugar, existe un descontento ciudadano por el problema de la cautividad por preexistencias. Los afiliados que adquieren una condición crónica de alto costo ya no tienen la alternativa de cambiarse de compañía (una nueva aseguradora no los aceptaría). La regulación actual obliga a las Isapres a renovar las pólizas a pacientes con enfermedades crónicas y estos quedan cautivos en la compañía donde adquirieron esta condición o cambio en su estatus de salud.

Una de las propuestas para resolver el problema de la cautividad es el “seguro de estatus de salud”^{vi}, que consiste en que cuando se deteriora el estatus de salud del afiliado, el seguro lo compensa por el mayor costo que tendría para éste contratar una póliza a un mayor precio que sea atractivo para cualquier aseguradora. Así, en caso de irse a otra Isapre, se iría con su “mochila” que cubre sus mayores costos en salud. De esta forma, el afiliado con enfermedad crónica seguiría siendo un cliente atractivo para cualquier Isapre y desaparece la cautividad.

Alternativamente, es posible diseñar un mecanismo de compensación de riesgos que incluya variables relacionadas al estado de salud de la persona.

Por último, el problema de falta de transparencia y alzas de precios puede abordarse a través de un plan básico obligatorio (PBO) acotado y que incentive la contención de costos y, por ende, el alza de precios. Un plan básico acotado facilita la comparación de información, promoviendo una mayor transparencia y competencia en el sistema. El PBO debe ser un plan de coberturas y no de prestaciones. En vez que una autoridad central seleccione entre una gran cantidad de prestaciones o insumos médicos específicos (y determine burocráticamente sus

vectores de valoraciones), se propone que el PBO especifique las enfermedades a ser cubiertas y deje que el mercado decida cómo atenderlas de manera más eficiente. Permitir al sector privado aprovechar su capacidad de innovar y de reaccionar rápidamente a los cambios tecnológicos es clave para contener el alza de costos, y por ende, el alza de precios en los planes de salud. En la misma línea, se propone implementar un sistema de pago por resultados clínicos (*value based care*) y dejar atrás el pago por prestaciones (*fee for service*) que estimula hacer más, pero no necesariamente hacerlo mejor.

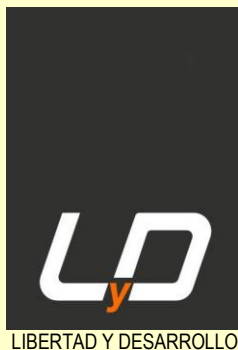
Un panel de expertos independientes estaría a cargo de realizar estudios que, en base a criterios técnicos objetivos, proporcionen información de costo-efectividad que ayude a seleccionar las enfermedades cubiertas por el PBO. Con esto también se espera disminuir la influencia de presiones políticas para incluir una cobertura cada vez más amplia y de mayor costo para el sistema. Este mismo panel de expertos podría tener el rol de examinar y opinar (de manera no vinculante) sobre los aumentos de precios de los planes.

CONCLUSIONES

El sistema de Isapres se ha visto afectado por un costoso proceso de judicialización. Esto es consecuencia del vacío legal existente junto al descontento ciudadano frente a precios diferenciados según sexo y edad, cautividad por preexistencias, y alzas de precios poco transparentes para los usuarios.

Para resolver los problemas del sistema de seguros privados de salud no es necesario un cambio estructural de toda la institucionalidad existente en el sector salud, iniciativa que requeriría un tiempo largo de estudio e implementación, que estaría plagado de dificultades políticas y técnicas. Agrupar el sistema público y el privado en un sistema único es inviable e innecesario. Lo que se requiere es una reforma acotada que incluya tarifas aplanadas y un fondo de compensación de riesgos inter-Isapres.

Si se pretende resolver estos problemas realizando una reforma generalizada al sistema de salud chileno, juntando en un solo fondo todos los recursos, lo que ocurrirá es que los afiliados al sistema Isapre tendrán un empeoramiento sustantivo de las prestaciones a que pueden acceder, sin que ello redunde en mejores prestaciones para los asegurados públicos porque se volverá a repetir la historia de aumento importante de recursos en el sistema público que no se traduce en mejor atención.



ⁱ Caviedes, R. 2019, por publicar.

ⁱⁱ Asociación de Isapres de Chile. Mayo 2018. “Comentarios a la Propuesta de Reforma Integral al Financiamiento de Salud realizada por la Escuela de Salud Pública de la U. de Chile y el Colegio Médico”.

ⁱⁱⁱ La Tercera, 17 de septiembre de 2018, “Costo del ausentismo laboral en salud de 2017 equivale a seis hospitales de baja complejidad”.

^{iv} Subsecretaría de Redes Asistenciales, marzo 2016, “Ausentismo laboral y uso de la licencia médica”.

^v La Tercera, 14 de enero de 2019, “El 42% de pacientes Fonasa inscritos para cirugía debe esperar al menos un año”.

^{vi} Cochrane, John. “Health-status Insurances: How Markets Can Provide Health Security”. Cato Institute. Policy Analysis No. 633, 2009.