

AGONIZA EL SISTEMA DE SALUD ¿DÓNDE ESTÁ EL DOCTOR?

En Chile, la situación del sistema de salud es crítica, pero próximamente podría ser catastrófica si la actual administración del Presidente Gabriel Boric no hace nada.

Son muchas las señales que dan alerta de lo crítico que está el sistema de salud del país. Ya no son sólo las miles de personas que están en una lista de espera retrasada para poder acceder a una consulta médica, sino que ahora se suma el aumento de la deuda de Fonasa a los prestadores de salud, ahogándolos financieramente.

Sin lugar a dudas, la gota que rebalsó el vaso para los mismos prestadores es la crisis en las Isapres. La tormenta en salud está recién comenzando y, al parecer, las autoridades no están haciendo nada para revertir este escenario.

En el siguiente documento de estudio, podrás conocer los principales problemas y el daño colateral que podrían padecer miles de pacientes y cotizantes del sector público y privado, si es que no se toman acciones concretas.

I. INTRODUCCIÓN

La población de Chile, según datos actualizados del Banco Mundial, dan cuenta que habitan esta larga y angosta franja de tierra aproximadamente 19,4 millones de personas a febrero de 2023¹. Los inscritos en Fonasa, con datos de agosto de 2022, dan cuenta que 15.233.814 son beneficiarios del sistema público, los que se encuentran distribuidos en 12.266.629 como titulares y 2.967.185 son cargas. En cambio, el sistema privado de salud – de acuerdo a datos de la Superintendencia de Salud- congrega a 3.212.080 beneficiarios a junio 2022, los que se distribuyen en 1.934.635 cotizantes que pagan el 7% de salud, 1.277.445 de los cuales son cargas.

Lo anterior, es el primer gran antecedente que nos debería llamar la atención, ya que en el sistema privado el 39,77% son cargas, lo que contrarresta en el sistema público donde este número alcanza el 24,19%. Al parecer, las familias prefieren o privilegian el sistema de aseguramiento de las Isapres. Ahora bien, en el mundo de las Isapres Cerradas, que son las del Banco Estado, Codelco y SQM, hay inscritas 72.263 personas y, por otra parte, en los sistemas de las Fuerzas Armadas, que cotizan en Capredena y Dipreca, hay 184.000 personas.

Al mirar las cifras, podemos esbozar una segunda gran observación, que es la existencia de cerca de 800.000 personas no inscritas en el sistema, más la población migrante que de todas formas requiere atención de salud de urgencia, los que, por defecto, se atienden como Fonasa A, clasificación que aplica para las personas carentes de recursos y personas migrantes, además de los causantes de subsidio familiar de la Ley 18.020.² Es importante este número porque, sin duda, repercute en aquellas prestaciones no proyectadas en el financiamiento de Fonasa, incidiendo en su operación financiera.

En el mismo sentido, una tercera gran conclusión es que en el mundo de las Isapres cerradas, las FFAA y FONASA, sólo se cobra el tope de la cotización 7%; el costo por la mayor cobertura es cubierta o financiada por la institución, a diferencia del sector privado, donde los mayores costos son asumidos por los propios cotizantes de salud. Para hacernos una idea, en el mundo FONASA, la recaudación del 7% de salud sólo significa el 23% de FONASA y el mayor gasto del 77%, que se concentra principalmente en el pago de licencias médicas, corresponde al 90% del gasto se financia con impuestos generales.³

II. EL PROBLEMA

Aclarado lo referido a la magnitud del estado del arte en el mundo de la salud al día de hoy, vale la pena esclarecer cuál es el problema del sector. En ese sentido, son varios los problemas que afectan a la industria de la salud, los que han se han venido acrecentando:

I. La falta de solución de las prestaciones de salud de los beneficiarios del Fonasa y sus cargas en la red pública de salud.

Grandilocuentes han sido los anuncios de salud estos últimos meses, por varias autoridades de Gobierno. Anuncios de disminución de tiempos de atención y más presupuesto para resolver las grandes necesidades de la ciudadanía en salud, referidos a atenciones GES pendientes y de consultas de especialista sin atención. Lamentablemente, al contrastar los anuncios con dos documentos que emanan del Ministerio de Salud, las buenas nuevas no son reales. El oficio N° 2523, de 23 de julio, y el oficio N° 3973, de 28 de octubre, ambos de 2022, enviados por el Subsecretario de Redes Asistenciales al Congreso, dan cuenta que, a julio, se registraron 1.764.937 personas en listas de espera por una consulta de especialista y, a octubre, 2.150.796, o sea, aumentó en un 21,86% en un trimestre y las atenciones GES retrasadas pasaron de 67.417 a 70.363, o sea, aumentaron en un 4,37%. Esa realidad, no sólo debe incomodar a cualquier autoridad, si no que se deben remecer a tal nivel, que tienen que reaccionar de acuerdo a las necesidades de los pacientes, porque detrás de cada dígito hay una persona, o sea, una familia que espera una respuesta real por parte del Estado. Mejor ni pensar qué pasará y cómo se engrosará esa lista de rezagados, si el sistema privado sucumbe y todos esos pacientes, muchos con preexistencias, terminan en un servicio público que funciona a medias. Anuncios más, anuncios menos, en realidad los números simplemente no cuadran.

En definitiva, existe una discriminación por tiempo de espera y el sistema de salud no entrega una adecuada respuesta sanitaria respecto de quienes cotizan en él, menos aún respecto de cirujías AUGE, que por ley se deben otorgar.

II. La falta de pago oportuno del Fonasa y de los Servicios de Salud del sector público a los prestadores privados de salud.

De acuerdo a documentos emanados de la propia Asociación de Clínicas de Chile, muchas de ellas estarían operando con déficit, debido a que tanto el sector público (Fonasa) como el privado (Isapres), les adeudan \$860 mil millones, al cierre de noviembre de 2022.

Según la propia Asociación, el sector público tiene una deuda de \$300 mil millones y los aseguradores privados, entre marzo y noviembre, aumentaron sustancialmente sus deudas en porcentajes cercanos al 80%, desde \$307 mil millones a \$567 mil millones en el período. Esto, sin duda afecta el financiamiento del sector, con aumentos de capital que son cercanos a los 100 mil millones, de acuerdo a lo planteado por la propia Asociación, que agrupa a los 46 prestadores de salud privado más grande de la nación.

La deuda que acumula el sistema frente a los prestadores privados podría, en poco tiempo, colapsarlos por falta de caja o de efectivo para cumplir con sus obligaciones más próximas en plazo, lo que además dificulta cualquier nuevo desarrollo de expansión de infraestructura privada, como la creación de nuevos centros, laboratorios, o de pabellones.

III. La imposibilidad de las Instituciones de Salud Previsional de alzar sus precios más allá de lo que permiten los últimos fallos de las Cortes de Apelaciones, Corte Suprema y el fallo del Tribunal Constitucional del año 2010.

Desde mediados de la primera década del 2000, se ha generado una corriente de judicialización por parte de varios cotizantes de Isapre, para impedir que los precios base de sus planes de salud se aumenten más allá de la reajustabilidad del IPC, lo que se encuentra considerado en los planes de salud, al estar pactados en UF. En ese sentido, el año 2010 el fallo del Tribunal Constitucional que conoció por la inconstitucionalidad de esta norma, resolvió derogar del DFL N° 1 de Salud algunas de las facul-

tades de la Superintendencia de Salud para regular la tabla de factores de los planes. Además, debido a los múltiples fallos de las Cortes de Apelaciones de la República que prohibían el alza de los planes de salud respecto de su precio base, la Corte Suprema en dos sendos fallos de 2022, acogió recursos de protección y determinó una nueva doctrina jurisprudencial respecto a diferentes aspectos contractuales de las Isapres y cotizantes como lo son el plan base, la tabla de factores, incorporación de nonatos y niños y niñas hasta los dos años, entre otros.⁴

En dichas sentencias (roles 16.630-2022; 25.570-2022; 14.513-2022 y 13.979-2022), la Tercera Sala del máximo tribunal dejó sin efecto el alza de precio de los planes de salud de las Isapres, debido a cuatro elementos centrales:

1.- Se debe contar únicamente con un plan base por cada contrato de salud y no por cada beneficiario.

2.- Las Isapres no pueden elaborar tabla de factores por sexo y edad, por ser inconstitucional, pero la Corte Suprema legitimó una tabla confeccionada por la Superintendencia de Salud.

3.- Al nonato y luego de nacido hasta los 2 años, lo cubre completamente el GES, por lo tanto, no se le puede aplicar una tabla de factores. Después de esa edad legal, se le aplica un plan correspondiente a los dos años, el que es inmodificable en el tiempo, salvo que sea a la baja.

4.- La tabla de factores diseñada por la Superintendencia de Salud se aplica solo cuando el cotizante ingresa a la Isapre y es inmodificable en el tiempo, salvo que sea beneficioso para el cotizante.

Además, en los fallos de 2022 se le dio efecto extensivo a todos los cotizantes del sistema, en orden a que la Isapre no podría reajustar los precios base a discreción y debía devolver los excedentes cobrados en exceso a sus propios cotizantes.

Esto ha colocado a varios actores de la industria en eventuales dificultades financieras, lo que sin duda debe ser una señal de alerta para la industria.

III. LA PROPUESTA

Como forma de solucionar los problemas que se han generado en la industria de salud, creemos que es necesaria la creación de un plan de salud que incorpore un plan mínimo con prestaciones garantizadas, único para todos los afiliados y beneficiarios, independientemente del sexo, edad y condición de salud de las personas que quieran contratarlo. Además, es necesario establecer índices referenciales para el alza de precios del plan y de la Cobertura de los Subsidios por Incapacidad Laboral (SIL).

Ese plan debiese, al menos, contener las Garantías Explícitas en Salud (GES), la Cobertura de Gastos Catastróficos (CGC), la cobertura ante eventos de emergencia vital (Ley de Urgencias), el examen de Medicina Preventiva incluido en el régimen GES e incluir otras prestaciones curativas no incluidas en las GES.

El precio tiene que ser definido por cada Isapre, pero debe ser único para todos los cotizantes y beneficiarios. Cabe señalar que este plan no incluiría el costo del SIL, que deberá ser cobrado adicionalmente.

Para acceder a este plan, los afiliados deberán pagar el precio (tarifa plana) para él y por cada beneficiario de su cargo (con descuento por edad), más el valor por la cobertura por SIL, en el caso de los trabajadores. Si fuese trabajador dependiente, ello lo hará con cargo a su 7% de cotizaciones para salud; si no fuese suficiente, podrán completar el costo con una cotización voluntaria, la que, al igual que hasta hoy, no tendrá exención tributaria. Las personas que no son trabajadores dependientes, podrán comprar sólo el Plan de Salud al precio establecido como tarifa plana.

La cobertura entregada por el Plan de Salud podrá variar según el tipo de prestación considerada. En el caso de las GES y el examen de medicina preventiva, se mantendrían los copagos establecidos por las respectivas leyes y con preferencia de un prestador en red. Además, el plan de Salud contemplaría un beneficio denominado Cobertura de Gastos Catastróficos que contempla la cobertura de todos los gastos de salud una vez que un beneficiario haya acumulado un deducible con sus copagos, con independencia del diagnóstico o patología que haya generado el gasto respectivo.

Para todas las demás prestaciones, se establecería una bonificación fija en pesos, la cual podrá variar anualmente. Esta bonificación no dependerá del valor cobrado por el prestador, y su diferencia entre ambas cifras deberá ser de cargo del asegurado (copago).

Para las personas que se encuentren afiliadas previamente al sistema privado de salud, las Isapres no les podrán negar la afiliación y tampoco les podrán imponer limitaciones a las coberturas o períodos de carencia en razón de condiciones de salud pre-existentes. Por lo tanto, en el contexto del Plan, no existirán afiliados “cautivos”, pero sí tiempos mínimos de cobertura, en los que se impedirá a los cotizantes tener conductas oportunistas frente al sistema, tiempos que podrán ser de, por ejemplo, dos años.

El contenido del plan, su estructura de bonificaciones y copagos del componente no-GES, serán propuestas anualmente por un Consejo Consultivo del Plan de Salud creado al efecto, que podrá ser un órgano consultivo del Ministerio de Salud, pero que funcionará independientemente.

Además, se debe considerar un fondo de compensación de riesgo que operará de forma similar al actualmente establecido para el GES. El actual fondo de compensación GES sería reemplazado por este nuevo, más amplio. Los factores de riesgo a considerar serán, al menos, sexo y edad. Adicionalmente, se espera incluir, en la medida que la información disponible lo permita, algunos diagnósticos como variables adicionales para efectuar la compensación de riesgos, de acuerdo a lo definido por la Comisión Plan de Salud, asimismo, la transición podría comenzar gradualmente con aquellas prestaciones GES.

Una parte del precio del Plan de Salud se destinará a un fondo, el cual se repartirá entre las ISAPRE de acuerdo a su cartera de clientes, destinando mayores montos a las que tengan una población de mujeres en edad fértil, recién nacidos y adultos mayores, superior al promedio del sistema.

Sin duda que los planes de salud considerarán beneficios complementarios, los que podrán ser contratados incluso entre distintas compañías aseguradoras para promover la competencia entre las distintas Isapres.

IV. CONCLUSIÓN

Considerando múltiples problemas expuestos, los llamados de alerta frente a las variadas señales o síntomas del enfermo – el sistema de salud-, éste sigue empeorando y el doctor a cargo, que son las autoridades de salud del nuevo Gobierno, nada hacen. Por el contrario, no sólo no entregan un tratamiento, sino que entregan múltiples diagnósticos, sin siquiera tratar al enfermo. No existe ninguna preocupación o estado de alerta frente a la enfermedad. Por ejemplo, la alta deuda de Fonasa y de los servicios de salud a los prestadores privados, que según datos de Fonasa tienen una magnitud de 70 mil a 110 mil millones, pero que la industria de salud cuantifica con precisión de un monto de 300 mil millones a enero de 2023,⁵ son ejemplos de cómo los encargados de dar soluciones al sistema sólo lo van enfermando cada día más al paciente.

Tampoco ha existido una respuesta ágil frente a los dos fallos de la Corte Suprema que se referían a congelar y darle efecto extensivo a las alzas de los planes de salud; no existen propuestas legislativas del Gobierno que se encuentren en tramitación y tampoco ha existido una adecuada administración de las listas de espera GES, donde hay una gran cantidad de prestaciones retrasadas referidas a atenciones GES y no GES en el sector público. Sólo en lo referido a este asunto, la Subsecretaria de Redes Asistenciales informaba que, al 28 de octubre de 2022, las cirugías suspendidas eran 20.087 y, al 31 de diciembre de 2022, daban cuenta de que el número era de 28.813, sólo para adultos, elevándose a más de 31 mil si se incluían las cirugías pediátricas; es decir, en 3 meses casi se duplicó esa cifra, la que representa la mitad de la lista de espera GES retrasada.

La implementación de las leyes de cáncer, cuidados paliativos y las campañas de vacunación – no sólo covid-19-, dan cuenta de la dilación en materias tan urgentes como necesarias para atender los problemas de salud que aquejan a los millones de chilenos que son parte de los sistemas de salud, tanto públicos como privados. Todo lo anterior, sólo da cuenta que no sabemos dónde está el Doctor, porque un buen médico no sólo diagnostica a un enfermo, sino que lo trata y, frente a la urgencia, hace todo lo que esté a su alcance para poder salvarlo, lo que da cuenta de la inobservancia del Gobierno, que gatillará el ocaso de una sistema, si es que nada hace.

REFERENCIAS

- 1.- Consultado en <https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/> el 16 de febrero de 2023.
- 2.- Consultado en Fonasa <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/tramos> el 15 de febrero de 2023.
- 3.- Consultado en Fonasa [https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/noticia/7_cotizaciones#:~:text=Con%20el%207%25%20y%20los,Licencias%20M%C3%A9dicas\)%20y%20pr%C3%A9stamos%20m%C3%A9dicos.](https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/noticia/7_cotizaciones#:~:text=Con%20el%207%25%20y%20los,Licencias%20M%C3%A9dicas)%20y%20pr%C3%A9stamos%20m%C3%A9dicos.) El 15 de febrero de 2023.
- 4.- Consultado en <https://www.pjud.cl/prensa-y-comunicaciones/noticias-del-poder-judicial/83477> el 16 de febrero de 2022.
- 5.- Publicada en <https://www.ex-ante.cl/deudas-por-567-mil-millones-y-boletas-de-garantia-en-riesgo-las-alarmantes-cifras-denunciadas-por-las-clinicas-privadas-ante-la-crisis-de-las-isapres/>

IDEAS 
REPUBLICANAS

www.ideasrepublicanas.cl

 [@i_republicanas](https://twitter.com/i_republicanas)  [@ideas_republicanas](https://www.instagram.com/ideas_republicanas)  [Ideas Republicanas](https://www.facebook.com/IdeasRepublicanas)