

ISAPRES ISAPRES (PREVISIONAL HEALTH INSTITUTES – PRIVATE INSURANCE COMPANIES)

Introducción

Las ISAPRES fueron ofrecidas a comienzos de los ochenta como camino para la clase media chilena en materia de servicios de salud. Estas organizaciones previsionales privadas administraron recursos financieros de uso obligatorio para salud y, tal como era predecible y esperado por sus impulsores, produjeron un creciente y vigoroso desarrollo del mercado de la prestación de servicios médicos privados.

Las ISAPRES han funcionado durante 35 años desde su creación y hoy enfrentan tres problemas propios de la naturaleza y estructura del negocio: primero, la cautividad de sus cotizantes, que no pueden cambiarse de ISAPRES por ser portadores de una carga de enfermedad que operaría como preexistencia. Segundo, un fallo del Tribunal Constitucional cuya solución está pendiente y en manos del Ejecutivo, que congeló el uso de la tarificación por riesgo de enfermar y, tercero, a mi entender derivado de lo anterior, recursos de protección interpuestos por los ciudadanos en los tribunales de justicia frente al alza del precio de los planes, los que se fallan por lo general en favor de los cotizantes.

Las ISAPRES en sus primeros años fueron resistidas desde el mundo médico organizado, que vio en ellas la irrupción de una interferencia en la fijación de los aranceles privados por parte de los propios profesionales, además de un modelo que conspiraba contra la tradición de desarrollo de la infraestructura de prestación pública que los médicos habían logrado controlar y manejar en función de sus intereses de formación. Adicionalmente y en la medida en que el Colegio Médico fue asumiendo posiciones de vanguardia en la lucha contra la dictadura militar, la oposición a las ISAPRES adquirió también un sello político-ideológico, por su impronta privatizadora.

Sin embargo, la organización de los médicos no fue capaz de contrarrestar la fuerza con que las nuevas instituciones irrumpieron y en particular el enorme volumen del negocio instituido por las mismas. De hecho, rápidamente los intereses de estas compañías convergieron con los de los propios médicos, quienes vieron ampliarse sustantivamente, por este medio, las fronteras y márgenes para el ejercicio de una medicina privada basada en alguna medida en la libertad de elección y, en consecuencia, para la generación de importantes ingresos para la profesión.

En un extremo, un grupo de médicos penquistas decidió ingresar en el negocio fundando una ISAPRE (Masvida) de la cual cada uno era socio, be-

neficiario y prestador al mismo tiempo. Lamentablemente, Masvida enfrenta hoy una profunda crisis, crisis esperada por la evidente incompatibilidad entre tener acceso a un plan de salud de muy buena cobertura para los médicos socios y prestar servicios, al tiempo que hacer del negocio uno rentable para los mismos; crisis adelantada, a su vez, por decisiones incorrectas en materia de tarificación de planes –para crecer se mantuvieron los precios de las primas esperando poder controlar el comportamiento de los médicos socios en tanto prestadores y dispensadores de licencias médicas– y producto de la compra de cuantiosos activos que redujeron significativamente la “caja” de la ISAPRE –“holding” mediante– para responder a sus obligaciones.

Ahora bien, tratándose las ISAPRES de compañías aseguradoras de corto plazo que tarificaban en función de los riesgos de enfermar, empezaron a ponerse en evidencia situaciones que resultaban ajenas a las tradicionales lógicas de la seguridad social en salud (carencias, preexistencias, cautividad, alzas de tarifas de las primas, etc.), todos asuntos más cercanos al lenguaje de los seguros privados de salud tradicionales. Producto de aquello y dada la ausencia de soluciones a los citados fenómenos, las ISAPRES se han situado en los últimos años en las peores posiciones de “aprecio ciudadano” y se ha llegado al punto, como ya dijimos, de que el Tribunal Constitucional y los tribunales de justicia en general se hayan pronunciado en contra de la tarificación por riesgo, el primero y en contra del alza unilateral de tarifas que cada compañía realiza anualmente, los segundos.

Dado que en ninguno de los últimos dos gobiernos –Piñera y Bachelet– hubo condiciones para impulsar una solución global, el problema consiste hoy en cómo resolver los acuciantes problemas del sistema asegurador previsional privado con una reforma representada por el proyecto otrora en discusión en el Parlamento, que sancionaba la existencia de un Plan Garantizado de Salud (PGS) con una tarifa independiente de los riesgos de los cotizantes o uno parecido que derivaría de recomendaciones de una Comisión Presidencial de Salud formada por este gobierno para esos efectos y que habría de ser remitido al Parlamento. Esto no ha ocurrido ni parece que vaya a ocurrir a estas alturas. Ahora bien, avanzar en esa dirección viabilizaría la construcción de seguridad social con la concurrencia del sector privado, bajo los principios universales de la primera y quizás eso explique la duda del gobierno de la Nueva Mayoría.

Considerando el PGS como resultado final de la Comisión de Financiamiento de la Salud conformada durante el gobierno de Piñera, ambas comisiones realizaron un planteamiento global que involucraba a FONASA; es decir, la creación de un seguro universal para la totalidad de la población. En el caso de la primera comisión, se hizo explícito que se trataría de un modelo de seguro único pero con múltiples aseguradores entre los cuales FONASA era uno más –es decir, requeriría de portabilidad de subsidios públicos–, mientras que en el caso de la segunda comisión esto no fue explicitado pero estaba implícito en la figura de la mancomunidad de fondos que se propuso como destino final de la transformación del sistema.

Entonces ¿qué nos depara el futuro? Dos opciones que se desarrollan del siguiente modo:

Primero, un seguro universal en un esquema multiasegurador, que incluya a FONASA e ISAPRES. Esto es más que lo planteado para el Plan Garantizado de Salud –PGS– pues incluye a FONASA. El modelo encontrará referentes variados en el contexto mundial, pero en lo esencial no operaría con un asegurador único, habida cuenta de los mecanismos de compensación de riesgos que se diseñen para su operación. La complejidad política de este diseño radicaría en el “*modus integrantii*” entre seguro público y seguros privados previsionales, después de muchos años de operación del modelo que instaló la dictadura militar y que dañó la lógica de las soluciones colectivas.

En este esquema las ISAPRES deberían ser transformadas en agentes de la seguridad social. Es decir, se les despojaría definitivamente de esas pulsiones propias de quienes se desenvuelven en un contexto abiertamente competitivo. De partida, el negocio de los seguros privados previsionales de salud ya no estaría enfocado en gestionar bien la tarificación de los riesgos, pues aquello quedaría abolido.

Entonces cabe preguntarse, ¿cuán lejos o cuán cerca de la naturaleza del giro ISAPRE estará una solución como ésta? Tiendo a creer que estará más bien lejos. A su vez, ¿cuán obvio podrá ser para la población en general esto de la solidaridad en la seguridad social, después del camino de individualismo recorrido por Chile en las cuatro últimas décadas?

La otra alternativa es un seguro universal a cargo exclusivamente de FONASA, donde las ISAPRES serían puestas fuera de la seguridad social, en el mercado de los seguros complementarios, no previsionales. Esto implicaría que un volumen importante de recursos que alimentaba al sistema ISAPRE –las cotizaciones obligatorias– ya no estaría disponible para aquél.

En este escenario las ISAPRES se ubicarían en el ruedo que con frecuencia ellas mismas reclaman: el mercado. Solo que los volúmenes de financiamiento se reducirían, al menos en el componente protegido por el Estado, el 7% de las remuneraciones imponibles. Y en el futuro, los recursos deberían obtenerlos de expandir lo que denominamos “el financiamiento voluntario”, en la actualidad cercano al 3% de las remuneraciones.

Como es posible apreciar, la diferencia entre una solución y otra tiene que ver principalmente con dónde situar a las ISAPRES, que siendo en la actualidad un componente de la seguridad social, se viven a sí mismas como agentes de un mercado competitivo.

Sin embargo, es inevitable decir que la opción del seguro universal provisto solo por FONASA debería incluir un pensamiento muy cuidadoso en torno a las aspiraciones de nuestra famosa clase media, cuyo 7% en adelante tendría como único destino el Fondo Nacional de Salud. Mientras la Modalidad de Atención Institucional –MAI– no haga evidente para sus usuarios las fortalezas de la gestión en red y las mejorías de calidad, será necesario aprovechar el marco institucional vigente para la modalidad de atención de libre elección –MLE– y los paquetes asociados a diagnóstico –PAD–, cuyo desarrollo decidido permitiría una transformación sin demasiada conflictividad social y bajo reglas del juego conocidas. Preciso es recordar también que a los médicos sí les interesa que los pacientes tengan la opción de elegir donde se atienden y reconocer también que en las clínicas privadas, en la actualidad, una proporción muy importante de los pacientes son los beneficiarios de FONASA, a través de sus modalidades habituales de atención.