

Regulación de las ISAPRES: ¿Hacia dónde vamos?

En la lógica de mercado neoliberal, todos los intercambios humanos están sujetos a la oferta y la demanda de usuarios iguales en sus niveles de información frente al producto, aún si su demanda efectiva, –o capacidad de pago–, sea desigual. La salud no hace excepción. Se sabe, sin embargo, que este principio nunca se cumple, menos aún en salud, donde la asimetría entre profesionales, –ahora transferida a los directorios de negocio de las empresas de salud–, y la gran mayoría de los pacientes/usuarios es incuestionable, poniendo a los últimos en la subordinada posición de acatar el dictamen profesional; a lo sumo, podrán rechazarlo e irse a otro profesional, donde se repetirá la misma situación. Pero incluso esta posibilidad desaparece con la contratación de “planes” en las ISAPRE, mientras que su obligación de pago (7% legal o más), de todos modos consume su capacidad de demanda: doble cerrojo. Como las ISAPRES se han integrado verticalmente, la ejecución de los servicios de diagnóstico instrumental y de intervención, –no ya sólo de diagnóstico clínico–, recae en las entidades productoras de servicios así integradas, –las Clínicas, de las cuales las ISAPRE son propietarias conspicuas (ver resumen de propiedad en El Mercurio, 27.01.13): triple cerrojo. La libre elección de servicios de salud, pilar de su adscripción al mercado, es una falacia.

Las ISAPRE son compañías de seguro de salud que han estado cuestionadas este último tiempo, debido en gran medida a los reclamos que han presentado sus clientes acerca de la legalidad de la existencia de las tablas de factores de riesgo, mismas de las cuales han sido cuestionadas por el Tribunal Constitucional de la república (TC) y por numerosos fallos judiciales a favor de pacientes que han interpuesto reclamaciones a ese nivel.

Merece la pena dar cuenta que cubren al 17% de la población nacional, misma de la cual cuenta con la capacidad de pago para afrontar este gasto por asegurar su situación financiera frente a los gastos en la atención de salud. La rentabilidad del 2012 ha sido 66 mil millones de pesos y se espera que a este año lleguen a 75 mil millones.

El gobierno ha respondido con proyectos de ley que intentan regular la existencia de tales ajustes de riesgo (tablas de factores, edad, etc.), pues permiten, de acuerdo al fallo del TC, la discriminación arbitraria de ciudadanos, que tienen acceso a la atención de salud garantizado constitucionalmente (Art. 19).

No obstante, la idea de discriminar de acuerdo al riesgo ha permanecido. Si bien no está en la propuesta hacerlo por factores de riesgo, aparecen los tramos etéreos. ¿No tiene mayor riesgo de morir un octogenario que un niño? Esta lógica de ajustar el pago de acuerdo al riesgo ha sido una de las claves del diseño financiero del negocio de las ISAPRE, por lo demás es la base de cualquier compañía de seguros.

En esta lógica, los más jóvenes pagarían algo y luego, por tramos más envejecidos, pagando progresivamente por el mayor riesgo a morir. Es decir, se mantiene la lógica de pago asociado al riesgo. También se ha propuesto un IPC de la salud, alguna forma de detener la escalada de costos en el sistema privado de atención de salud. Esta medida intenta que los prestadores no suban los precios de manera arbitraria, sino que sea el regulador, la autoridad estatal, quién determine cuanto varían los precios.



¿Cómo ha funcionado el negocio? Para que sea lucrativo, se deben generar controles a los siempre ascendentes costos en la atención de salud. Aquí se entiende el espíritu de una medida como el IPC de la salud. El control de costos no ha sido una actividad olvidada por las ISAPRE. SU respuesta ha sido la integración vertical, esto es, un mismo dueño de una ISAPRE y una MEGAPRESTADORA de servicios médicos. Así, el *control* de precios pasa a manos de un directorio, que crea las condiciones necesarias para que el prestador no escale costos año a año, al ofrecer planes de atención cerrada a sus clientes de menores recursos. Por esta razón las ISAPRE han buscado integrarse con los prestadores, pues siendo una misma empresa, se controlan costos, estableciendo incentivos en los sitios *correctos*, es decir, prestadores, a que entreguen planes de salud definidos ex ante por la propia empresa integrada. Pero conforme menor es el pago, más cerrado es el plan, y menos posibilidades de libre elección existen para el afiliado.

Hay afiliados que pueden pagar más del 7% obligatorio y así acceder a un plan que cubre una atención más liberal. Estos afiliados cubren otra experiencia del negocio, orientada a la atención de elite y centrada en el control y puje constante por el aumento del costo del plan de salud.

Si sumamos ambas dimensiones del negocio, se entienden las razones de la oposición de las ISAPRE al cese definitivo del pago asociado a riesgo que tanto bienestar les ha producido, es tan sencillo como establecer que sin ese pago, el negocio, como lo concebimos arriba, se acaba, y la amenaza velada, que sienten nuestras autoridades, es que eso generaría un traslado de casi tres millones de personas al sistema de atención estatal, lo cual en sí no es ningún problema; el sistema tiene las capacidades instaladas para hacerse cargo de esa población. Pero el mecanismo financiero habría que crearlo: un seguro único de salud y seguros de salud complementarios, del tipo “segundo piso” regulados por el Estado.

A la lógica de mercado anterior se opone la lógica (ética) de la solidaridad, aún en una sociedad de mercado. En este caso, la tesis básica es que la competencia de oferta y demanda debe darse entre iguales, no sólo en la

información, sino en la capacidad de hacer frente al producto/servicio requerido, el cual aparece sin intervención de voluntad propia: el enfermo(a) NO decide su enfermedad, y está, por definición, en minusvalía frente a su atención. Por tanto, la solidaridad requiere que estos servicios, –de salud, (hay otros, pero caen fuera de este tema y sector)–, NO se regulen por la capacidad individual de demanda, sino por la capacidad colectiva de respuesta. Como en cualquier momento habitual de una sociedad (no sujeta a epidemias u otras catástrofes como guerra, huracanes, terremotos, etc...) la inmensa mayoría de la población está sana, ella cotiza sin usar su cotización, de modo que se empozan recursos monetarios que permiten subsidiar a los que sí necesitan atención de salud, estando claro que tales roles pueden revertirse y rotar, permitiendo que todos sus miembros sean siempre iguales ante la atención de salud.

Tal arreglo requiere que los servicios de salud NO se transen a precios de ‘mercado’ sino a ‘costos de producción’, una dimensión técnica, científica, y planificable, y no al libre albedrío y lucro de un conglomerado de ejecutivos y empresarios, como es pertinente que suceda con otros bienes como los automóviles, los i-phone o los viajes de vacaciones, por mencionar algunos.

CUADRO N° 1					
RESULTADOS FINANCIEROS COMPARADOS DEL SISTEMA ISAPRE					
Período Enero-Septiembre					
Variables seleccionadas	2011		2012		Variación anual
	Valores	Estructura porcentual	Valores	Estructura porcentual	
Nº de isapres en operación	13		13		0,0%
Estado de resultados por función (en mill. de \$)					
Ingresos de actividades ordinarias	1.129.621	100,0%	1.247.788	100,0%	10,5%
Costos de ventas	955.709	84,6%	1.051.571	84,3%	10,0%
Ganancia bruta	173.912	15,4%	196.217	15,7%	12,8%
Otros Items de ingresos y gastos (1)	-112.029	-9,9%	-110.792	-8,9%	1,1%
Ganancia (pérdida) antes de impuestos	61.883	5,5%	85.425	6,8%	38,0%
Gasto por impuestos a las ganancias	13.124	1,2%	19.074	1,5%	45,3%
Ganancia (pérdida)	48.759	4,3%	66.352	5,3%	36,1%
Estructura del ingreso actividades ordinarias (en mill. de \$)					
Cotización legal 7%	802.064	71,0%	890.968	71,4%	11,1%
Cotización adicional voluntaria	301.365	26,7%	326.195	26,1%	8,2%
Aporte adicional	25.587	2,3%	29.930	2,4%	17,0%
Ingresos por Fondo Compensación	605	0,1%	695	0,1%	14,9%
Otros Ingresos	0	0,0%	0	0,0%	-211,6%
Total ingreso actividades ordinarias	1.129.621	100,0%	1.247.788	100,0%	10,5%
Estructura del costo de ventas (en mill. de \$)					
Prestaciones de salud	782.546	69,3%	857.863	68,8%	9,6%
Subsidios incapacidad laboral	165.910	14,7%	187.446	15,0%	13,0%
Prestaciones ocurridas y no liquidadas	4.787	0,4%	1.657	0,1%	-65,4%
Prestaciones en litigio	-219	0,0%	230	0,0%	205,0%
Egresos Fondo Compensación	451	0,0%	820	0,1%	81,9%
Otros costos	2.233	0,2%	3.555	0,3%	59,2%
Total costo de ventas	955.709	84,6%	1.051.571	84,3%	10,0%
Indicadores financieros					
Liquidez (activo corriente/pasivo corriente) (veces)	1,1		1,0		
Endeudamiento (pasivo corriente y No corriente/patrimonio) (veces)	1,7		2,0		
Rentabilidad (Ganancia o pérdida/capital y reservas) (%)	36,6%		33,9%		
Indicadores promedio mensual (en \$)					
Cotización total por cotizante	84.893		88.907		4,7%
Cotización adicional voluntaria por cotizante	22.648		23.242		2,6%
Cotización total por beneficiario	43.810		46.663		6,5%
Renta imponible promedio por cotizante	861.094		906.904		5,3%
Costo de ventas por beneficiario	37.065		39.325		6,1%
Costo en prestaciones por beneficiario	30.544		32.182		5,4%
Costo en subsidios por cotizante	12.468		13.356		7,1%
Gasto de adm. y otros gtos. Por función por beneficiario	5.066		5.211		2,9%
Fuente: Superintendencia de Salud					
(1) Incluye: Gastos de Administración, Ingresos y Costos Financieros, Otros Ingresos y Gastos, Otras Ganancias o Pérdidas					
Cifras expresadas en moneda de septiembre de 2012					

Una sociedad desarrollada es, entre otras cosas, una sociedad solidaria, proceso que, históricamente, comienza con la abolición de la esclavitud, esto es, el primer paso para hacer a todos sus miembros, iguales. Según datos de la Superintendencia de Salud:

La imagen de la portada corresponde al diseño arquitectónico del panóptico, del inglés Jeremy Bentham (1748-1832) que está en la galería del Hôtel-Dieu. Tomada por el dr. Sergio Sánchez Bustos.