

REFORMA DEL SUBSISTEMA ISAPRE

Cuad. Méd. Soc. XLI, 3-4, 2000/ 3-4

Uno de los sectores de la vida nacional relevados a la más alta prioridad, tanto en el programa electoral como en el año y medio de gobierno del Presidente Ricardo Lagos, es el de salud. Ello se ha reflejado en iniciativas dirigidas a corregir falencias crónicas, como la eliminación de las "colas" para ser atendido o el reforzamiento en la atención de patologías infantiles de invierno.

Simultáneamente, el gobierno dio señales de su firme voluntad de acometer una reforma integral del sistema de salud, instrumentada en una Comisión de Reforma *ad hoc* y, al parecer, independiente de la tecnocracia ministerial. De esta Comisión se esperaba la presentación de un proyecto de reforma integral del sistema chileno de salud, es decir, *un sistema de salud formado por un conjunto de partes interrelacionadas armónicamente en la perspectiva de valores irrenunciables*. Una de esas partes es el subsistema de seguro privado o isapre y de servicios de salud.

Hasta aquí, la estrategia elegida para la reforma de salud era concordante con una visión integral de la tarea. Sin embargo, el discurso del Presidente al Parlamento el 21 de mayo y el envío al Parlamento de un proyecto de ley sobre Los Derechos y Deberes de las Personas en Salud como el primer paso de la reforma, indicó un cambio de estrategia. Lo anterior se reafirma con un segundo proyecto de ley en elaboración, orientado a reformar el subsistema isapre, anunciado a la prensa por el Superintendente respectivo y ratificado por los periódicos *La Tercera* y *El Mercurio* el 6 de agosto 2001.

¿Cuál es el cuadro que estos hechos reflejan? La visión integral de la Comisión de Reforma se cambia por una visión reduccionista y parcelar del sistema, sin participación de proveedores y usua-

rios y, lo más importante, sin una *política sectorial* previa que condicione y oriente los cambios.

El subsistema de isapres fue creado y legalizado por la dictadura e inspirado en una política privatizadora al estilo neoliberal. La esencia de su estructura legal se tradujo en una normativa obsequiosa al fortalecimiento comercial a través de mecanismos y facultades unilaterales que les permiten seleccionar a discreción a los afiliados más rentables.

Nos parece que la *reforma del subsistema isapre requiere, como condiciones necesarias previas: (1) un enunciado del Ministerio de Salud que defina la Política Nacional de Salud y, especialmente, de financiamiento del sector, y (2) un proceso de participación que incorpore a los grupos de interés, especialmente a los proveedores y a los usuarios de isapres.*

A su vez, *política nacional de financiamiento del sistema de salud* debe definir y acotar la naturaleza y los roles del sistema nacional de financiamiento; esclarecer el papel que esta política le asigne a cada componente y a sus interrelaciones (Turner, P.W. and Kotzian, P., 2001) y acotar las condiciones de operación de los seguros privados en el contexto orgánico del sistema de salud total.

Pero eso no es todo. La reforma de cualquier componente del sistema de salud, y obviamente del subsistema de isapres, se focaliza en, a lo menos, dos niveles sistémicos. Un nivel a reformar es de carácter administrativo-operativo, para cuya implementación en la mayoría de los casos basta con normativa ministerial. Cabe mencionar en este nivel la transparencia de los contratos; el equilibrio de aquellas facultades favorables a las isapres; la modificación del mecanismo de administración de

las licencias médicas, eliminando el rol de juez y parte que hoy goza el subsistema de isapres, y regular precios y contenido de los planes y convenios. *Si se corrigieran estos aspectos administrativos, el seguro privado sería un poco menos sesgado, pero no igualitario ni tampoco solidario.*

El otro nivel sistémico es el estructural, que requiere de cambios legales e incluso constitucionales. Es el nivel que tiene más importancia, no sólo para los usuarios y las isapres, sino que para todo el sistema chileno de salud. Vale mencionar los más importantes:

- *Integración vertical de las funciones de servicio con la de seguro de salud en una misma institución.* "La integración de ambas funciones en una misma empresa provoca males como concentración económica, competencia desleal y arroja serias dudas acerca de si la solicitud a los pacientes de exámenes y procedimientos adicionales responde a una necesidad médica o económica"¹. Esta integración no existe ni es aceptable en ningún tipo de seguro y no sólo en los de salud.
- *Planes con exclusiones de patologías específicas.* La exclusión de determinadas enfermedades es otra práctica inmoral, que no existe en otros países, ni aun en las más de 15.000 "isapres" norteamericanas (Hackney, David and Rogan, Debra, 2001). Se pueden limitar servicios prestados, pero no eventos de salud-enfermedad.
- *Mejorar la calidad por medio de la integración de la promoción, la prevención y el diagnóstico precoz* como servicios sistemáticos, integrales, permanentes y continuos. La omisión de y la negligencia con estos servicios, cuya rentabilidad económica es baja, define la precaria calidad en el cuidado de la salud. Porque la calidad de la atención de salud se mide sobre los resultados en el nivel de salud y no la calidad de elementos adjetivos del cuidado de la salud.

¹ CORPUSAPRE. *Usuarios de isapres exigen participación en la reforma.* Junio 2001, Santiago.

- *Revisar el sistema obligatorio de cotización del 7% del sueldo o salario con el objetivo de incentivar la competencia que, según la lógica del neoliberalismo, debería llevar a las isapres a bajar y controlar sus costos.*
- *Legislar sobre los mecanismos de utilización del subsistema público en beneficio de beneficiarios del subsistema de isapres.*

El subsistema de isapres requiere modificaciones urgentes, la mayoría discutidas pero no implementadas, especialmente en los problemas que hemos calificado de estructurales. Si el esfuerzo reformador, especialmente en los problemas estructurales, se hace sin la participación de proveedores y usuarios, continuarán los desequilibrios. Todo este esfuerzo debe ser esencialmente analizado para avanzar a la gran meta de ir construyendo un sistema de cuidado de la salud igualitario y solidario.

DR. MARIANO REQUENA BICHET
Editor

Julio de 2001

REFERENCIAS

1. Bodenheimer, Thomas & Grumbach, Kevin, 1998. *Understanding Health Policy. A Clinical Approach.* Appleton and Lange, Stanford, Connecticut.
2. Burner, S.T.; Waldo, D.R; Mac Kusick, D.R., 1992. *National health expenditure projection through 2030.* Health Care Fin Rev, 14 (1): 1.
3. CORPUSAPRES, 2001. *Declaración de la Corporación de Afiliados y Usuarios de Isapres.* Santiago, Chile.
4. Hackney, David and Rogan, Debra, 2001. *A Single Payer Health System for the United States.* www.amsa.org
5. Thurner, P.W. and Kotzian, P., 2001. *Comparative Health Care Systems. Outline for an empirical application on New Institutional Economics approaches.* ECPR Meeting, Grenoble, France.
6. Werner, David and Sanders, David, 1997. *The politics of Primary Health Care and Child Survival.* Health Wright, Palo Alto, California, p. 23.