

# Luces y sombras en el proyecto de reforma a las isapres<sup>1</sup>

Rafael Urriola<sup>2</sup>

En abril de 2019, el Ejecutivo envió al Senado una indicación sustitutiva (es decir, una propuesta que sustituye, modifica o adiciona al texto de un proyecto de ley que pueden presentar los parlamentarios durante la tramitación legislativa) con el fin de regularizar la situación de las isapres. Cabe notar que prácticamente todos quieren reformar las isapres, pero los motivos de unos y otros pueden ser muy diversos.

Este documento tiene un carácter más bien informativo de los objetivos generales y específicos que se discutirán en los meses próximos en materia de sistemas de salud. Se trata de un tema en gran parte de larga data, que ya ha pasado por tres comisiones presidenciales organizadas para llevar a cabo una reforma que no logra consolidarse.

---

1 Nota de los Editores: Este documento fue escrito cuando el ministro Emilio Santelices lo presentó al Congreso. Con el cambio de autoridades ministeriales, el ministro Jaime Mañalich indicó (*La Tercera y Radio Duna* del 15.7.2019) que “será ingresada una indicación nueva que toma el Plan de Salud Universal, la potestad de la Superintendencia, un seguro catastrófico en isapres. Creo que vamos a llegar al mejor de los mundos”. Se ha considerado pertinente reproducir de todos modos el artículo, toda vez que aclara los conceptos de las propuestas en juego en la reforma de las isapres, aun si cambia el articulado que presentará en definitiva el Ministerio de Salud.

2 Rafael Urriola, magister en Economía Pública y Planificación, Universidad de París X, Francia; presidente de la Asociación de Economía de la Salud de Chile. Las opiniones vertidas en este documento no comprometen a las instituciones en que se desempeña.

## 1 ¿Por qué reformar las isapres?

El texto enviado por el Ejecutivo al Congreso Nacional en abril de este año — una indicación sustitutiva (en adelante IS2019) al proyecto de ley que modifica el sistema privado de salud<sup>3</sup>— plantea que “existe un diagnóstico común de las deficiencias del actual Sistema Privado de Salud, las que se pueden resumir en: discriminación por preexistencias, género y edad; falta de una mayor competencia; falta de transparencia en los planes ofrecidos; protección financiera insuficiente; fragmentación de mercado; falta de solidaridad y baja contención de costos, además de una fiscalización y solvencia patrimonial que no dicen relación con los actuales desafíos del sistema”.

Este diagnóstico, que probablemente se comparte ampliamente en la sociedad, omite un elemento central, como es la consideración del alza indiscriminada en los precios de los planes de salud. No por casualidad los procesos que han llegado a judicialización entre 2010 y 2017 alcanzaron a 822.825 recursos de protección (IS2019, Fundamentos). De este modo, para no pocos usuarios, la reforma a las isapres también debiese estar enfocada a una mayor transparencia en los mecanismos de ajuste de los precios de los planes, sin pérdida de los beneficios de calidad, cobertura y electividad que se había ofrecido en los contratos iniciales.

De su parte, las isapres no desconocen la existencia de un problema de costos y precios. De hecho, en el entorno de gestión de la Asociación de Isapres se ha difundido el texto “No + Posverdad en Isapres” (2019), que realiza un análisis financiero de la situación de estas instituciones en que se destaca la reducción de sus utilidades en el último año. Asimismo, la IS2019 señala que “con la presente indicación sustitutiva, buscamos también mejorar la solvencia y estabilidad financiera de las entidades de Salud Previsional”. No es entonces casual que el articulado de la IS2019 coincida en partes fundamentales con otro documento elaborado en la Asociación de Isapres y publicado en el mismo mes de abril de 2019, que se titula “Ideas para una reforma al sistema de isapres”.

Ahora bien, cuando el problema se sitúa en la distribución de los costos y utilidades y en los mecanismos de financiamiento, las propuestas pueden afectar a tres actores: usuarios, isapres y Estado. En este texto se revisan las propuestas fundamentales de reforma y el efecto posible sobre los actores mencionados en los escenarios que propone la IS2019.

3 Plan de Salud Universal. Senado de la República. Formula indicación sustitutiva al proyecto de ley que modifica el sistema privado de salud, incorporando un plan garantizado (Boletín n°8105-11). Santiago, 22 de abril de 2019. N° 038-367/. [http://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin\\_ini=8105-11](http://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=8105-11)

## 2 Reformulación de las coberturas

Los planes de salud de las isapres se construyen a partir de las tablas de factores de riesgo por grupos de edad y por sexo. De acuerdo a tales parámetros, las tablas establecen un riesgo o probabilidad de gasto anual según cada afiliado (incluyendo aditivamente a sus dependientes). Las coberturas, entonces, son individualizadas según ese riesgo, a lo cual se han agregado “castigos” por preexistencias de enfermedades, especialmente crónicas. Según la teoría elemental de evaluación que realizan las compañías aseguradoras (análisis actuarial), mientras más agrupadas están las cohortes se provoca una mayor solidaridad de los que cuestan menos a los que resultan más caros. La ventaja de la solidaridad tiene como contraparte —desde una visión empresarial— que pueden perderse los usuarios que demandan menos servicios.

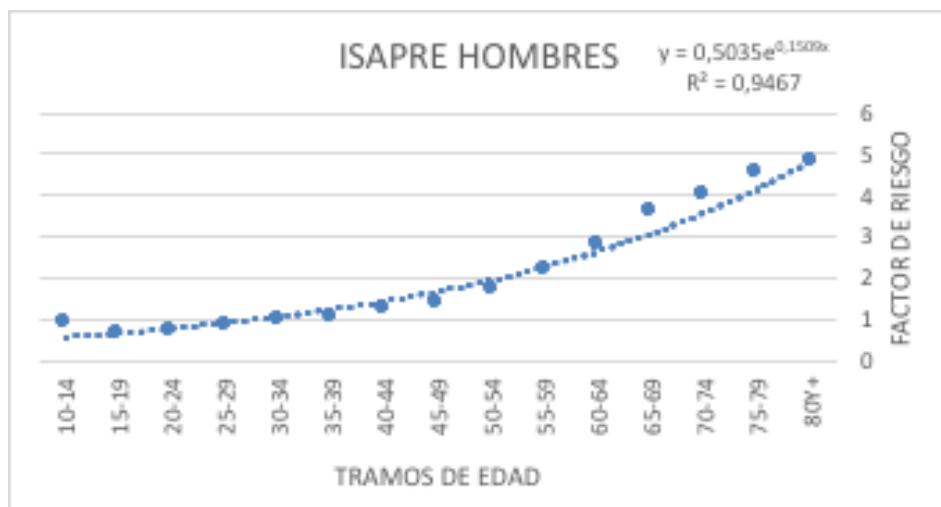
En efecto, el encarecimiento de los planes de los adultos mayores, de las mujeres en edad fértil o de las personas con preexistencias ha sido materia de una disputa de larga data en el sistema isapres. Por razones sociales y de las transformaciones en favor de la igualdad de género, hay un consenso relativamente fuerte en que todos (mujeres y hombres) aporten a los gastos asociados a los partos. Sin embargo, como lo explicó el propio expresidente de la Asociación de Isapres, Rafael Caviedes, existe menor o ninguna disposición de las empresas a hacerse cargo de las personas con necesidades mayores, generalmente producto de enfermedades crónicas.

La legislación y las resoluciones judiciales de los últimos años han restringido los reajustes excesivos en los planes, especialmente de adultos mayores, con lo que las isapres han debido asumir parte importante de quienes han cotizado en el sistema privado durante los años de menor demanda de servicios sanitarios y que se ven rechazados cuando estos servicios les son más necesarios.

A modo de ejemplo, los costos de la “cartera” de beneficiarios de isapres podrían incrementarse hasta en 40% si la estructura etaria fuese como en Fonasa (Urriola, 2017).<sup>4</sup> No cabe duda de que después de los 65 años las curvas de gastos toman una forma exponencial, como se observa en los gráficos siguientes.

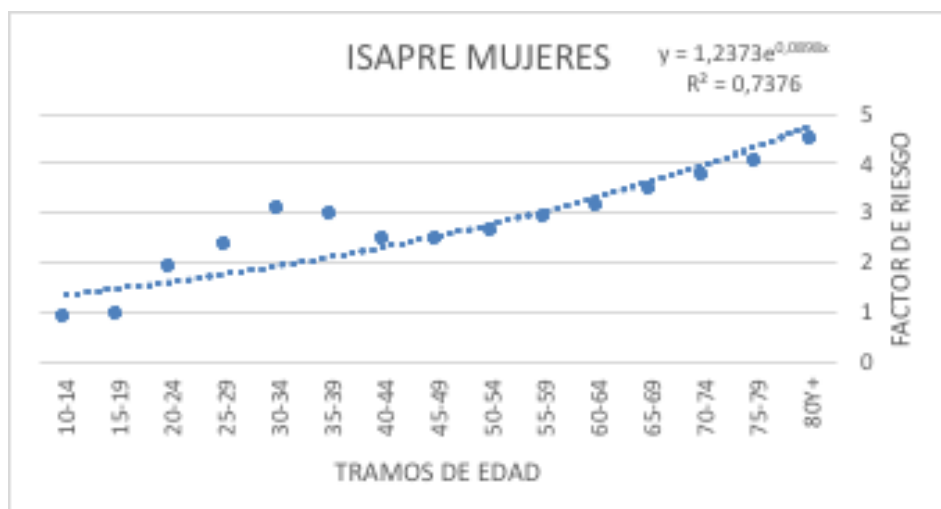
4 Rafael Urriola, “Las isapres frente a Fonasa: historia de un mercado segmentado e Inequitativo”. En *Barómetro de Política y Equidad*, 13: *Bachelet II. El difícil camino hacia un Estado democrático social de derechos* (pp. 99-119). Santiago: Ediciones SUR / Fundación Equitas / Friedrich Ebert Stiftung, 2017. <https://bit.ly/31shPN8>

**Gráfico 1. Distribución de riesgos según tramos (quinquenios) de edad (isapres – hombres, 2017)**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Superintendencia de Salud.

**Gráfico 2. Distribución de riesgos según tramos (quinquenios) de edad (isapres – mujeres, 2017)**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Superintendencia de Salud.

Considerando los datos de los gráficos anteriores, se puede adelantar algunas consideraciones:

- a) La correlación entre los factores de riesgo y la edad ( $R^2$ ) es aceptable en ambos casos, y permite establecer que el criterio de relación entre las variables involucradas se representa mejor con una ecuación exponencial. Esto es, que en la medida en que se avanza en los tramos de edad hay mayores riesgos de enfermedad, en una relación exponencial.
- b) La correlación entre los factores de riesgo y la edad ( $R^2$ ) es mayor en hombres que en mujeres, debido esencialmente a la mayor dispersión que se provoca en el período de edad fértil en las mujeres.

Este aumento de costos de los servicios demandados por los adultos mayores se debe a la frecuencia de uso de los servicios, al alargamiento de la esperanza de vida y a las nuevas tecnologías involucradas en la atención sanitaria.

En consecuencia, la sorpresiva expresión de que “las isapres no están para recibir enfermos” no es más que una verificación de una estrategia empresarial que se ha desarrollado en estos treinta años. En efecto, el impacto del envejecimiento es aún más fuerte en Fonasa, porque el 95% de los adultos mayores son afiliados al seguro público.

Para este efecto, el articulado de la IS2019 propone varias alternativas que limiten las alzas de costos, sea separando o restringiendo las coberturas; y determina los factores que incidirán en el costo de los planes de salud, el tope de los pagos y el uso de los excedentes.

## **2.1 Alternativas que limitan el alza de los costos**

### ***El Plan de Salud Universal (PSU)***

La IS2019 establece que “el Plan de Salud Universal será obligatoriamente cubierto, pero lo demás podrá ser ofrecido como beneficio complementario a ser financiado aparte”. Ahora bien, lo que incluya o descarte el PSU es fundamental para comparar el impacto en los costos de quienes tenían previamente planes más ventajosos. En las presentaciones de las autoridades, se enfatizó que el PSU cubriría lo siguiente: servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencias; maternidad y cuidado del recién nacido; servicios pediátricos; medicamentos e insumos hospitalarios; servicios y dispositivos de rehabilitación; servicios de laboratorio y rayos; servicios preventivos de la salud y de bienestar; servicios para manejo de enfermedades crónicas.

De este listado, todo, salvo los servicios preventivos de la salud y de bien-

estar, que no se encuentran tratados en el texto, está en las coberturas actuales de los planes de isapres, pero pueden cambiar notoriamente según la cobertura específica de cada plan. Para dilucidar si este nuevo PSU es mejor que las coberturas anteriores, será necesario disponer de un detalle pormenorizado de las coberturas de cada rubro, lo que no está ni estará en la ley, si se aprobase como indica la IS2019, porque esta tarea, como la mayoría de las decisiones, quedará en manos de un Comité Técnico Asesor.

Actualmente, según datos de la Superintendencia de Salud, se estima que la cobertura de las isapres alcanza al 55% de la atención ambulatoria y a cerca del 65% de la atención hospitalaria. La IS2019 introduce la figura del deducible, una nueva modalidad inexistente hasta ahora, que consiste en un monto que asume el usuario a todo evento (similar al de los seguros para automóviles), a partir del cual entran a jugar los seguros. En la IS2019 no se especifica el monto de este deducible, pero algunos comunicados a la prensa de directivos de las isapres lo establecen en 40% del costo de la prestación, lo que es incluso superior al pago del arancel en Fonasa para prestaciones ambulatorias de la Modalidad de Libre Elección.

¿Qué cubrirá exactamente el PSU? Una vez más, la propuesta del Ejecutivo entrega esta responsabilidad al Consejo Técnico, que “propondrá, anualmente, el arancel de prestaciones del Plan de Salud Universal”, mientras la Superintendencia de Salud elaborará un índice de referencia de la evolución del costo de este arancel.

En todo caso, las prestaciones que no estén cubiertas por el plan universal serán pactadas entre el asegurado y la isapre, sin que quepa ninguna posibilidad de judicializar estos planes complementarios, lo que ha sido expresamente una de las principales reivindicaciones de las empresas. Actualmente, los seguros complementarios promedio pagados directa y adicionalmente por los usuarios a las isapres, ya alcanzan el 30% de la cotización obligatoria del 7% (esto hace que la cotización en promedio en las isapres sea 10%, y no el 7% obligatorio que rige en Fonasa).

Estos seguros adicionales (o la parte adicional del seguro obligatorio) han formado parte del valor de los planes, razón que esgrimen los abogados defensores para evitar sus reajustes excesivos. En la modalidad planteada por la IS2019, los seguros adicionales quedarían fuera del Plan de Salud Universal, y las isapres no arriesgarían este tipo de recursos por parte de los usuarios.

### ***El Plan Nuevo Asegurado (PNA)***

Actualmente, la ley establece que los trabajadores tienen derecho a elegir un sistema de seguro de salud entre Fonasa y las isapres. Esta elección ha sido restringida por las instituciones privadas de salud mediante los costos de los pla-

nes, que incluyen castigos por riesgo a quienes tienen enfermedades preexistentes, adultos mayores y mujeres en edad fértil. Esto debe terminar, según lo dice expresamente la IS2019. No obstante, el nuevo articulado de la propuesta de la ley crea una figura especial: el Plan Nuevo Asegurado (PNA).

Este PNA está evidentemente diseñado para evitar que se produzca una migración desde Fonasa a isapres, por parte de las personas que tienen mayores necesidades de atenciones en salud y son, por tanto, más caras en el sistema. En efecto, el PNA incluye los siguientes aspectos:

- i) Solo prestaciones codificadas en la Modalidad de Libre Elección (MLE). Esto es, que no podrá incluir sino lo que Fonasa está dispuesto a pagar a sus propios afiliados. Cabe notar, por ejemplo, que los medicamentos de ningún tipo están codificados, por lo que el nuevo PNA excluye esta cobertura.
- ii) Solo prestaciones otorgadas en la red de prestadores cerrados. Si bien la ley actual prohíbe la integración vertical, las empresas han eludido esta norma, porque las isapres y las clínicas son parte de un *holding* superior, lo que implica que en lo formal no hay verticalidad, aunque ambas, clínica e Isapre, pertenezcan a un mismo dueño.
- iii) Los nuevos afiliados no hacen contribución solidaria y no son tampoco beneficiarios de este fondo.
- iv) Los nuevos afiliados no tienen derecho a deducible, pero, además, tienen un copago de 40% y no aplica en su caso el monto máximo de gasto por beneficiario.
- v) Esta situación excepcional no cambia en los primeros 24 meses.

Como es fácil colegir, este cuadro ahuyenta a cualquier persona que pretenda “infiltrarse” en las isapres con preexistencias, aunque ya las restricciones incorporadas en el PSU aseguran que no estarán cubiertas patologías de baja prevalencia (y excepcionalmente caras) del estilo de las enlistadas en la ley Ricarte Soto. El problema que podría ocasionar esta propuesta es que los jóvenes recién ingresados al sistema verán pocos incentivos para afiliarse a las isapres, o bien deberán estimar sus primeros dos años de cotización como una suerte de derecho de inscripción.

### ***Las redes preferentes***

Las Instituciones de Salud Previsional solo podrán ofrecer para sus Contratos de Salud, hasta tres redes.

El texto IS2019 señala que “la Isapre se encontrará obligada a financiar todas las prestaciones contenidas en el Plan de Salud Universal, considerando el Deducible pactado, y en exceso de éste, el Copago aplicado sobre el

Arancel de Prestaciones del Plan de Salud Universal, en las entidades que componen la red preferente o en el prestador elegido por el beneficiario en caso de que se haya pactado la libre elección de prestador". Sin embargo, si se trata de un prestador elegido por el beneficiario, las cosas cambian de manera notoria.

En efecto, el texto establece que "en el evento que el afiliado opte porque las prestaciones del Plan de Salud Universal le sean otorgadas por una entidad que no esté comprendida dentro de la red preferente pactada, la Isapre se encontrará obligada a financiar solo el menor valor entre el cincuenta por ciento del Arancel de Prestaciones del plan de Salud Universal y el cincuenta por ciento del precio efectivamente pagado por la prestación". Es decir, tal como se empieza a ver en la publicidad de las páginas web de las isapres, ya no se está contratando un plan de libre elección, como se proclamó al inicio del sistema, sino de redes preferenciales acotadas a ciertas clínicas.

No es casualidad que los *holdings* que controlan las isapres hayan estado últimamente organizando esta nueva forma de oferta. En efecto, el sistema de aseguramiento privado ha cambiado. El "modelo de negocio" —como se denomina en la jerga administrativa— ahora es diferente, trasladándose a un *holding* integrado que agrupa isapres, atención cerrada y ambulatoria, y servicios conexos (exámenes, laboratorios, etcétera).

Cinco de las seis isapres han cambiado de dueño en los últimos cinco años. La British United Provident Association (BUPA), a comienzos de 2014, tomó el control de la Isapre Cruz Blanca (22% de los afiliados); la norteamericana Nexus recuperó la cartera en problemas de la Isapre Más Vida en 2017, creándose la Isapre Nueva Más Vida (12% de la cartera); otra transnacional norteamericana, United Health Group, compró las isapres Banmédica y Vida Tres en 2017 (26% de los afiliados entre ambas). Poco antes, en 2013, Larraín Vial, inversores de fondos, adquirió con un fondo especial la Isapre Colmena (19% de los afiliados). La única que permanece en manos de los mismos propietarios, la Cámara Chilena de la Construcción, es la Isapre Consalud (con 21% de los afiliados).

Un ejemplo del nuevo modelo de negocios es el carácter concentrado de la oferta y de la cartera. Por ejemplo, la inglesa BUPA preveía que la ley se orientaría a privilegiar a los prestadores preferentes, y ha diseñado un modelo con una amplia integración de oferta de servicios. En Chile, Bupa Chile S.A. y las sociedades subsidiarias del Grupo —se indica en su página web— están integradas por empresas del área de la Salud. Sus principales áreas de negocios, subsidiarias operacionales de primer o segundo nivel, son: el Área Aseguradora (Isapre Cruz Blanca S.A. y Bupa Compañía de Seguros de Vida S.A.); y el Área Prestadora de Salud Hospitalaria (Inversiones Clínicas CBS S.A., Promotora de



Salud S.A., Desarrollo e Inversiones Médicas S.A., Inversiones Clínicas Pukará S.A.). Este cuadro incluye el recinto hospitalario de alta complejidad más grande del grupo en el mundo: la Clínica Bupa Santiago. También hay clínicas Bupa en Reñaca y Antofagasta. Integra Médica es parte de Bupa, así como ELSA (Exámenes de Laboratorio S.A.). En 2016, Bupa Chile lanzó una nueva área de servicios: Dental Bupa.

El tipo de concentración del “negocio” descrita no solo perjudica las expectativas de libre elección de los usuarios de las isapres, sino que también debe haber puesto en alerta a los profesionales, especialmente médicos, puesto que sus posibilidades quedan también supeditadas a estar vinculados con los seis *holdings* de la salud privada.

## **2.2 ¿Cuánto costará el aseguramiento de la salud en las isapres?**

El texto IS2019 es explícito en materia del costo de la salud en las isapres: “El precio del Contrato de Salud corresponde a la suma de la Prima cobrada por la Isapre, más la Prima Universal establecida en la ley N° 19.966, más el monto de la Contribución Solidaria, más el precio del Subsidio por Incapacidad Laboral, menos el monto de la Compensación Solidaria”. Ahora bien, esto es, en concreto, el plan habitual + el valor GES (ahora separado) + el Subsidio por Incapacidad Laboral que hasta hoy también está incluido en la prima. Esta diferenciación hará que, en primera instancia, el cálculo podrá tener diferentes tipos de cobertura, deducible y copagos para los tres niveles señalados, quedando fuera las coberturas adicionales. Los otros aspectos (contribución solidaria menos compensación solidaria) son el fondo solidario en favor de quienes tengan preexistencias al interior de las isapres.

## **2.3 El tope de los pagos**

La propuesta IS2019 establece para el Plan de Salud Universal “un monto máximo a soportar por el beneficiario equivalente a 40% de la suma de las rentas anuales de cada uno de los beneficiarios del contrato”. Este tope había sido establecido, en el caso de la ley de Garantías Explícitas de Salud (GES) de 2004, en solo de alrededor de 20% del ingreso anual; es decir, en la nueva propuesta PSU se estaría encareciendo el tope para los usuarios.

A mayor abundamiento, la propuesta de ley estipula: “En ningún caso el monto máximo de monto por beneficiario podrá ser una suma inferior al 40% del ingreso mínimo mensual vigente al cierre del ejercicio anterior multiplicado por 12 [nota nuestra: o sea \$3.600.000] y luego dividido por el número total de beneficiarios del contrato del plan universal”. En consecuencia, si el PSU incluye el régimen de GES —como está dicho— significaría una reducción en la cobertura financiera para los usuarios.

## 2.4 *El uso de los excedentes*

Actualmente hay personas que cotizan en isapres, pero cuyo plan tiene un valor inferior al 7% que les corresponde aportar, por tener ingresos superiores. En este caso se genera un excedente que puede ser descontado con prestaciones no cubiertas, como salud dental o en medicamentos. Esto les ocurre esencialmente a adultos jóvenes, profesionales, es decir, la clase media que se pretende proteger.

La ley enviada transforma en favor de las isapres la gestión del excedente. En efecto, señala que los excedentes “incrementarán una cuenta corriente individual que la Institución [la Isapre] deberá abrir a favor del afiliado aumentando la masa hereditaria en el evento de fallecimiento”. Esta cláusula sin duda perjudica a los usuarios, porque se les está quitando la ya restringida posibilidad de uso de dichos excedentes para trasladarla a los herederos, con los consiguientes perjuicios de depreciación. Constituye, así, un daño inmediato para este grupo de beneficiarios.

## 3 **El Consejo Técnico de Salud: la madre de todas las batallas**

### 3.1 *Funciones del Consejo Técnico de Salud*

Según la propuesta del Ejecutivo,

El Consejo Técnico de Salud tendrá las siguientes funciones:

- 1.- Proponer el conjunto de las prestaciones y servicios que formarán parte del Plan de Salud Universal.
- 2.- Proponer los tramos y montos a pagar por concepto de Deducibles en el Plan de Salud Universal, utilizando como antecedente, entre otros, los gastos por beneficiario del año precedente.
- 3.- Proponer el monto de la Contribución Solidaria.
- 4.- Proponer modificaciones a los Deducibles y Copagos, así como otras condiciones aplicables a los contratos del “Plan Nuevo Asegurado”, establecido en el artículo 189 ter de la presente ley.
- 5.- Proponer, según la metodología establecida en el reglamento, la valoración de los costos efectivos de las prestaciones y servicios que conforman el Plan de Salud Universal, las que representarán el Arancel de Prestaciones del Plan de Salud Universal.
- 6.- Proponer el reglamento y sus modificaciones para el cálculo de las Compensaciones Solidarias. Para estos efectos, el Consejo podrá requerir de todas las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud y de las instituciones de salud previsional de las Fuerzas Armadas, Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones y Gendarmería de Chile, los datos que estime necesarios para proponer

los grupos de compensación. Para el caso de las personas que no se encuentren afiliados [sic] a ninguno de los sistemas previsionales anteriores, el consejo dispondrá de un formulario de carácter reservado con el fin de recabar directamente de ellos, la información necesaria para estos fines.

- 7.- Proponer conjuntos de Grupos de Compensación para efectos de la Prima de acuerdo a lo establecido en el artículo 188 ter.

Como puede observarse, **todos** los problemas anteriormente presentados que conducen a decisiones de distribución de pagos, costos o aportes monetarios, debiesen estar en manos de este Consejo. La responsabilidad es enorme, puesto que, sobre todo, esta entidad tendrá la posibilidad de zanjar acerca del financiamiento de 3,6 millones de ciudadanas y ciudadanos afiliados a las isapres.

¿Por qué la propuesta misma no toma decisiones sobre los temas financieros o de cobertura (que es lo mismo, en fin de cuentas)? Al consultar a algunos especialistas, se expresan tres posibilidades: aún no se sabe con precisión cuál es la propuesta en términos de valores; segundo, no se sabe cuánto de alza están dispuestos a aceptar los afiliados actuales de las isapres; y tercero, hay incertidumbres en cuanto a la separación de los valores del Subsidio por Incapacidad Laboral, del de la cobertura del seguro de salud.

No obstante, lo que está en el tapete de discusión es extremadamente simple. Los usuarios quieren al menos mantener sus planes y coberturas, independientemente de la edad, sexo y prevalencias, mientras que las isapres quieren reducir la cobertura básica al nivel del PSU —que también lo decidirá el Consejo Técnico— y negociar con contratos privados y revocables todo lo que complementa este plan.

Evidentemente, el problema es quién pagará las coberturas por sobre el PSU o planes complementarios, que —como se ha mostrado en este documento— es la piedra angular del debate.

¿Estarán dispuestos los usuarios a asumir esta alza de precios de planes?  
¿Aceptarán el Senado una ley que sin duda afectará especialmente a las llamadas clases medias?

### **3.2 *Cómo y quién elegirá al Consejo Técnico de Salud***

Como se ha dicho, este es el tema crucial de la Reforma. La propuesta de ley dice:

Artículo 215 septies.- El Consejo estará compuesto por seis miembros, los que deberán contar con una reconocida idoneidad y trayectoria, en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario o disciplinas relacionadas.

Dichos miembros serán nombrados de la siguiente manera:

- 1.- Un miembro designado por el Ministerio de Hacienda.
- 2.- Un miembro designado por el Ministerio de Salud.
- 3.- Dos miembros nombrados por el Presidente de la República, los que serán seleccionados conforme al Título VI de la ley N° 19.882 y que cuenten con una experiencia de al menos 10 años en el campo de la salud y que hayan ejercido la docencia o ejercido cargos en instituciones de salud.
- 4.- Dos miembros nombrados por el Presidente de la República, los que serán seleccionados conforme al Título VI de la ley N° 19.882 y que cuenten con una experiencia de al menos 10 años en el campo de la economía o finanzas y que hayan ejercido la docencia o ejercido algún cargo de gestión en una institución de salud.

Los consejeros durarán 4 años en sus cargos y podrán ser renovados por una sola vez.

El presidente del Consejo será designado por el Presidente de la República de entre los miembros titulares del mismo, quien durará 2 años en su cargo, sin posibilidad de reelección como presidente.

Hasta antes de este acápite, el lector estaba seguramente pensando que el poder del Consejo era muy grande. Al revisar las maneras en que se espera designar a sus miembros, se verifica que, directa o indirectamente, el Presidente de la República tendrá el total control de su nombramiento. En alcances de prensa se ha dicho que estos consejeros serán nombrados mediante sistema de concurso del estilo de Alta Gerencia, pero eso no consta en el articulado. En suma, los destinos de los afiliados a isapres dependen de seis personas que, a su vez, solo podrán acceder a tan importante puesto si el Presidente de la República los ha aprobado.

#### **4 Discusiones y conclusiones**

La revisión que se ha presentado en este documento conduce a una gran interrogante. La encuesta de la Universidad de Concepción de 2018, citada en la IS2019, destacaba que el principal aspecto negativo (63%) que la población atribuye a las isapres era el alza de los precios de los planes. Es evidente que si, de su parte, las empresas estiman que “el negocio” o la industria está dejando de ser rentable, hay un *trade off* sin solución, puesto que las personas piensan que debiesen pagar menos por sus planes de salud y las empresas estiman que las personas debiesen pagar más.

En fin de cuentas, el problema radica en cómo podrá hacerse compatible el objetivo “d) Entregar una protección financiera y de contención de gastos a los afiliados, mediante el establecimiento de montos de gasto más predecibles por las prestaciones requeridas” de la IS2019, con lo señalado en la página 8 del mismo documento: “Por último, debemos agregar que, con la presente

indicación sustitutiva, buscamos también mejorar la solvencia y estabilidad financiera de las entidades de Salud Previsional”.

Los cambios de propiedad de las isapres expresan una estrategia bien reflexionada, y sustentable en el sector privado, para enfrentar los problemas del alza de los costos de la salud. Se trata de profundizar la integración vertical de hecho con un sistema basado en aseguradoras con prestadores preferentes —generalmente priorizando aquellas empresas que formen parte del *holding*—, lo que permite captar los márgenes en tanto prestadores de servicios y aseguradoras.

Las isapres reclaman que hay un aumento de sus costos debido a mayor uso y mayores precios de las prestaciones. Sin embargo, no existen estudios robustos que permitan definir las causas de esta presión de costos. El sector salud está ocupando el 9% del Producto Interno Bruto en la actualidad; el crecimiento del gasto en salud de la población ha sido de 7% anual promedio entre 2003 y 2016; el envejecimiento poblacional explica alrededor de un 11% de este crecimiento (es decir, 0,76% del 7%).<sup>5</sup>

Sin duda, hay efectos en los gastos en salud que provienen tanto del cambio demográfico como del cambio epidemiológico, que implican pacientes por más tiempo con enfermedades crónicas y tratamientos cotidianos o permanentes. También las personas están ejerciendo con mayor frecuencia acciones preventivas (consultas y exámenes), pero poco se sabe acerca de los precios de estos bienes y servicios de salud.

Es necesario evaluar cuánto de lo que aparece como variación de precios se debe a cambios en productividad, y cuánto a inflación (cambios de precios). Esto es una pregunta central, porque su respuesta tiene implicaciones muy diferentes para las políticas sectoriales. El sector salud aumenta sus precios más rápidamente que otros sectores. El Índice de Precios al Consumidor de la atención médica (IPS) canadiense aumentó un 4,6% anual entre 1949 y 2003, mientras que el IPC general aumentó un 4% anual; es decir, el IPS es 15% superior al IPC.<sup>6</sup> En EE. UU., la Oficina de Presupuesto del Congreso (2008)<sup>7</sup> estima que el efecto de la sola variación de precios no es mayor a 20% del aumento total del gasto sanitario, lo que, en cualquier caso, es relevante. Según nuestros

5 Rafael Urriola, “Cambio demográfico y envejecimiento: ¿está preparado el sistema de salud?”. *Boletín Economía y Salud* (Departamento de Economía de la Salud [Desal], Ministerio de Salud [Minsal]), Vol. 13, N.º 1, 2019.

6 Ruolz Ariste, Bachir Belhadji, Charles Mallory, “Are health care prices really rising? Evidence from heart attack treatments in Canada”. *CEA [Canadian Economic Association] 39th Annual Meetings*, May 27-29, 2005. McMaster University, Hamilton. <https://economics.ca//2005/papers/0341.pdf>

7 Congress of the United States, Congressional Budget Office (CBO), “Technological change and the growth of health care spending” [Report]. *A CBO Paper*. January 2008. <https://www.cbo.gov/publication/41665>

cálculos, la tasa anual de crecimiento del Índice de Precios al Consumidor del subsector salud entre 1999 y 2018 para Chile fue de 3,7%, mientras que la del IPC global fue de 3,1%, lo que significa una diferencia de 19%, cada año.

Cabe entonces preguntarse si una reforma al sector salud que busca ajustar gastos y costos no debiese evaluar los componentes del gasto en salud para tomar medidas globales y reales que eviten que la población pague alzas sin cesar, algunas de las cuales solo existen por debilidad en las regulaciones y en la aplicación de políticas alternativas eficaces en la contención de costos.