

## CRISIS EN SALUD: ¿Cómo llegamos a esto?



Durante años se postergaron decisiones, pese a que se acumulaba evidencia sobre las carencias del sector público y las tensiones financieras y operacionales que afrontaba el mundo de la medicina privada.

**FERNANDO VIO DEL RÍO**

Médico cirujano, exdirector del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. Miembro honorario de la Academia de Medicina del Instituto de Chile

La salud previsional privada enfrenta una coyuntura crítica. La comisión Gobierno-Isapres permanece estancada al no lograr acuerdo sobre la devolución del exceso de cobro de cotizaciones resuelta por un fallo judicial. Es un escenario complejo, que podría amenazar integralmente a todo el sistema de salud.

¿Cómo se llegó a esta situación? Es una historia de postergación de decisiones y acumulación de tareas y déficits.

En rigor, la controversia sobre las isapres es de larga data. Comenzaron a operar en 1981 con la Reforma de Salud que reemplazó el Servicio Nacional de Salud (SNS), el cual disminuyó la mortalidad infantil desde 160 niños muertos por cada mil nacidos vivos (1960) a 30 por cada mil nacidos vivos (1980), junto a la mortalidad materna y la desnutrición. Lo logró aumentando la cobertura de salud en todo el país, mediante la política de los Médicos Generales de Zona y la construcción de consultorios y hospitales tipo IV, incluso en los pueblos más apartados. La medicina se desarrolló en hospitales públicos, que concentraban el trabajo médico y la mejor tecnología. Había docencia universitaria dirigida

por profesores que eran jefes de servicio del SNS, en un trabajo conjunto docente-asistencial que hizo de la medicina chilena una de las mejores de América Latina. Fue la «edad de oro de la medicina chilena». Prácticamente no existía la medicina privada y más del 90% de los médicos trabajaba en el sector público. Solo después de la jornada hospitalaria algunos atendían en consultas privadas.

En la década del sesenta e inicio de los setenta se planteó la creación de un Servicio Único de Salud (SUS), pues había condiciones para ello, pero no se concretó por la crisis política.

Después del golpe militar la inversión se trasladó, en la lógica de la subsidiariedad, a construir centros de salud privados. La atención materno-infantil se mantuvo en consultorios y postas rurales, donde la población recibía leche y alimentos del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), y había atención a embarazos, recién nacidos y lactantes. Esa atención, junto a los programas alimentarios, como el PNAC y la Corporación para la Nutrición Infantil CONIN, permitió continuar reduciendo la mortalidad infantil y materna, y erradicar la desnutrición a fines de la década del ochenta.

**Isapres y Reforma de la Salud de 1980**

El año 1980 se decide hacer una Reforma de Salud que terminó con el SNS para transformarlo en un Sistema de veintisiete Servicios de Salud, dependiente del Ministerio de Salud, y se efectuó el traspaso a los municipios de la Atención Primaria de Salud (APS), que dejó de depender de los hospitales. Con esta separación se rompió la red asistencial que iba directamente de los consultorios y las postas a los hospitales. Para el financiamiento, se creó el Fondo Nacional de Salud, FONASA, encargado de entregar los recursos directamente a los Servicios de Salud y a la APS por medio de un «per cápita» que llegaba a cada uno de los 341 municipios del país. El FONASA se financiaba con los aportes del 7% del salario de los usuarios, más ingresos directos del presupuesto estatal. Al mismo tiempo, y siguiendo el principio de la subsidiariedad, se crean las Instituciones de Salud Previsionales (conocidas hoy con el acrónimo «isapres»), con el objetivo de que las personas de más altos ingresos accedan al sector privado, destinando su 7% obligatorio a este sistema y no al FONASA, lo que hizo que este último fondo partiera desfinanciado. De esta forma, se inicia el fortalecimiento del sector privado en salud con la concentración de los médicos y la construcción de clínicas con la mejor tecnología en salud, junto con centros médicos privados para atender a afiliados de las isapres y del sistema de libre elección de FONASA.

La idea fundacional del sistema de las isapres era reemplazar al sistema público, dejándolo con el 30 o 40%

más vulnerable. Era una lógica similar a la previsional, donde los ciudadanos debieron abandonar el sistema público e imponer su 10% previsional en Aseguradoras de Fondos de Pensiones o AFP.

Sin embargo, el sistema de las isapres no llegó a cubrir a más del 20% de la población. A pesar de ser un sistema de seguridad social, se regía por principios de seguros privados, como la exclusión de pacientes con patologías previas; aumento del cobro de personas con mayor riesgo, como mujeres en edad fértil en riesgo de embarazo; exclusión de los mayores de 60 años o cobro exagerado de sus primas por aumentar el riesgo de enfermar con la edad; el copago en la mayor parte de las prestaciones; o el rechazo sistemático de licencias médicas, aun cuando tuviesen justificación médica, porque significaban un alto costo para el sistema.

### Isapres en democracia

Con el inicio de la democracia en 1990, pese a las quejas, nada se hizo para cambiar y menos aún para regular el sistema en temas tan obvios como las preexistencias, exclusión de mujeres en edad fértil y adultos mayores.

Al mismo tiempo, el negocio se hizo muy lucrativo: en 1994 la Cámara de Diputados lo consideró «el mejor negocio legal existente en el país»<sup>1</sup>. Mientras, muchos usuarios entablaron demandas por el aumento excesivo del precio de los planes de salud, las que eran aprobadas por la Corte de Apelaciones y ratificadas por la Corte Suprema. Tal proceso de «judicialización de la salud» se mantiene hasta hoy, reemplazando, en la práctica, el sistema regulatorio estatal.

### Política de Salud de la Concertación

La Concertación volvió a invertir en hospitales públicos para así revertir la falta de inversión del período anterior, pero los cambios demográficos —rápido envejecimiento de la población— y epidemiológicos —predominio de enfermedades crónicas de alto costo—, hicieron que aumentara en forma explosiva la demanda en salud. La respuesta fue la creación del Plan AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas) el año 2005, para enfrentar desde lo curativo un cierto grupo de enfermedades, abandonando definitivamente políticas de promoción y prevención de salud en desarrollo desde la década del noventa. Este Plan AUGE o GES (Garantías Explícitas en Salud) se extendió también al sector de las isapres, aumentándose posteriormente a 87 las patologías cubiertas.

Sin embargo, no hubo una política clara para transformar el sistema de salud pública en un sector potente que diera una atención integral y oportuna a la población. Por lo tanto, esta quedó segmentada entre los que podían acceder a una atención de buena calidad

y alto costo —isapres— y los que pertenecían al sector mayoritario de menos recursos, cubiertos por FONASA, con largas listas de espera en hospitales públicos que muchas veces carecían de condiciones para dar un servicio adecuado. Además, en FONASA se produjo otra fragmentación entre los que quedaban bajo el sistema AUGE-GES y tenían atención garantizada, y los «NO AUGE», sometidos a listas de espera o a la necesidad de asumir una difícil y onerosa migración al sector privado.

### Comisiones presidenciales

Ante los problemas de financiamiento, la insatisfacción de los usuarios y la carencia de medicamentos y especialistas, el año 2010 se creó una Comisión Presidencial durante el primer gobierno de Sebastián Piñera, que elaboró un extenso informe con recomendaciones que no tuvo un impacto real en el sector<sup>2</sup>. El año 2014, al inicio del segundo período de Michelle Bachelet, se designó una comisión para proponer cambios, pero no llegó a consenso y sus recomendaciones no se implementaron<sup>3</sup>. Las isapres continuaron funcionando prácticamente igual, sin cambios en su regulación, aunque cada año aumentaban las demandas judiciales, las que eran en general aceptadas. Esto significaba un alto costo para las isapres en gastos administrativos, los cuales eran cargados a los usuarios del sistema, aumentando el valor de sus planes.

### Pandemia COVID-19 y Corte Suprema

La pandemia de COVID-19, de casi tres años de duración, obligó a las isapres a trabajar junto al sector público para enfrentar el incremento explosivo de casos graves y hospitalizaciones. El aumento de los costos de las clínicas privadas y del número de licencias médicas hizo que las isapres comenzara a tener pérdidas importantes, que se calculan en más de 300.000 millones de pesos en los últimos años. Al tiempo, la Tercera Sala de la Corte Suprema decretaba que las isapres debían atenerse a una tabla de factores de riesgos diferente a la que estaban aplicando y devolver a sus afiliados el cobro en exceso de sus planes. Este se ha calculado en 1.400 millones de dólares, monto impugnado por las isapres, produciéndose un *impasse* no resuelto. A esto se agrega la deuda de las isapres a las clínicas privadas, que asciende a aproximadamente 5.000 millones de pesos, lo que además pone en riesgo al sector de prestadores de servicios, según declaraciones del Presidente de Clínicas de Chile A.G.

Esta crisis ha hecho migrar desde las isapres a más de 100.000 de sus afiliados a FONASA en los últimos meses.

Se prevé una crisis de las isapres de tal magnitud que podría hacerlas desaparecer y sus 3.100.000 afiliados deberían pasar al sector público bajo FONASA. Sin



embargo, este último no se ha recuperado del impacto de la pandemia, que postergó la atención a miles de pacientes con patologías crónicas, que se postergaron y agravaron, y miles de cirugías atrasadas que no pudieron atenderse durante la pandemia.

Esta situación hizo que gobierno y parlamento se movilizaran para buscar una solución al problema y no dejar de atender a los pacientes de las isapres ni sobrecargar al colapsado sistema público del FONASA.

### Estado de Bienestar y Salud

Al referirse a su programa de gobierno, el Presidente Boric señaló: «Los principios por los cuales llegamos hasta acá son transformaciones y la creación de un Estado de bienestar en Chile»<sup>4</sup>. Por Estado de bienestar se entiende aquel que provee el cumplimiento de los derechos sociales a la totalidad de los habitantes de un país; en especial, el cuidado de salud y educación. Quizás su ejemplo más paradigmático es el de Suecia, donde el gobernante Partido Socialdemócrata lo consolidó (1932-1976). Su modelo sanitario pertenece al grupo de los sistemas nacionales de salud. El derecho a la asistencia sanitaria está ligado a la condición de ciudadano y la sanidad es financiada con impuestos regionales, aunque existe un copago obligatorio, independiente de la situación económica del paciente. La provisión de servicios está descentralizada a nivel regional y se realiza mediante un sistema mixto de centros públicos y privados.

En Chile, durante los últimos treinta años de gobiernos democráticos, estuvimos lejos de crear un «Estado de bienestar» y se mantuvo la lógica del «Estado subsidiario». En Previsión, existen las AFP. En Educación aumentaron los colegios privados con subvención estatal, llegando a ser más del 50% del total de las escuelas, quedando el sector municipal reducido al 30% de la población más vulnerable. En Salud se mantuvo el sistema de las isapres, se fortaleció el sector privado concentrando la alta tecnología y el trabajo del 60% de los médicos y una parte importante del gasto en salud, correspondiente a un 4% del Producto Interno Bruto (PIB), quedando el sector público con un gasto del 4 a 5% del PIB para atender al 80% de la población.

### Situación actual y posibles soluciones

Ante las pérdidas que han tenido las isapres en los últimos años y la obligación de devolver los excedentes cobrados a los usuarios por la decisión de la Tercera Sala de la Corte Suprema, existe la posibilidad real de que quiebre el sector de las isapres por no poder cumplir con estas condiciones. A esto se agrega la deuda de las isapres a las clínicas privadas, y la fuga masiva de usuarios al FONASA. Por otra parte, es posible que

**Lo más razonable pareciera ser un seguro único de salud para toda la población, con seguros complementarios de acuerdo al ingreso de los pacientes para que puedan escoger el lugar donde atenderse.**

los propios grupos económicos dueños de las isapres decidan retirar sus capitales e invertirlos en negocios más lucrativos.

En cualquier situación, el Estado a través del sistema público de salud tiene la obligación de hacerse cargo de los afiliados de isapres que queden desprotegidos. Sin embargo, el sistema público no está en condiciones de hacerlo debido a las enormes listas de espera de atención de especialistas y de cirugías que quedaron postergadas por la pandemia del COVID-19. Ante esta situación, lo primero que hay que hacer es proteger a los pacientes para que puedan ser atendidos en cualquier sistema.

Las posibilidades de crear un servicio único de salud, como se pensó en la década de 1960 e inicio de los setenta, es prácticamente imposible por estar la mayor parte de los médicos y de la alta tecnología en el sector privado. La inversión que el Estado debería hacer para poner al sistema público en condiciones de atender al 100% de la población correspondería prácticamente a lo mismo que hoy gasta el sector público, con lo que debería aumentar de un 4% a un 8% del PIB, (lo que gastan en el sector público de salud otros países de la OCDE), lo cual es imposible, considerando la situación económica actual. Por lo tanto, hay que buscar la colaboración público-privada como se hizo durante la pandemia y que resolvió una buena parte de los problemas de hospitalizaciones, exámenes de laboratorio y tratamientos ambulatorios.

Lo más razonable pareciera ser un seguro único de salud para toda la población, con seguros complementarios de acuerdo al ingreso de los pacientes para que puedan escoger el lugar donde atenderse, con copagos,

1 Vio, Fernando: «Crisis en las isapres», *Mensaje* N°427, marzo-abril 1994.

2 Informe de la Comisión Presidencial de Salud, Diciembre de 2010. [www.minsal.cl/portal/url/item/96c1350fbfa856ce04001011f015405.pdf](http://www.minsal.cl/portal/url/item/96c1350fbfa856ce04001011f015405.pdf)

3 Informe de la Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado del 8 de octubre de 2014. [www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL\\_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf](http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf)

4 «Boric y el programa de gobierno», *El Mercurio*, 16 de marzo, 2023.

## La política fue ahorrar en el gasto público en salud y permitir que el mayor gasto en inversión lo hicieran los privados en base a las ganancias exageradas de las isapres y al pago de bolsillo de las propias personas.

en caso necesario. De esta forma se aprovecharía la red privada, que seguiría operando financiada por quienes pueden pagar y liberaría al sector público de un grupo importante de la población para poder seguir atendiendo a los actuales beneficiarios de FONASA.

FONASA ha propuesto un seguro voluntario financiado por cada afiliado, que cubra parte de los copagos y mantenga la libre elección. En el Congreso, en tanto, están la ley de cobertura de gastos catastróficos para beneficiarios públicos y la ley que crea un Plan Garantizado de Salud, ambas detenidas en su tramitación a pesar de su urgencia.

### Conclusiones

«No son 30 pesos, son 30 años» fue la queja inicial del estallido social, donde la población pedía más acceso a la salud, mejor educación y una previsión digna en un sistema equitativo sin las grandes diferencias existentes en el país. Las demandas en salud eran muy concretas: no tener que levantarse al alba para conseguir hora en los consultorios; disminuir las listas de espera de meses o años; mejorar el trato en la atención; ser atendido por especialistas cuando se necesitase y no tener que gastar parte de los ahorros en el sector privado cuando no eran atendidos en el sector público. También se solicitaba disminuir el precio de los medicamentos y tener atención oportuna que evite la muerte en casos de cáncer, sida u enfermedades graves y catastróficas.

Estas necesidades eran deudas pendientes de los gobiernos de la Concertación, que en vez de satisfacer estas necesidades básicas focalizaron sus esfuerzos en el crecimiento económico, manteniendo los equilibrios macroeconómicos y evitando gastos excesivos en salud y educación, que son permanentes y en los cuales el mayor gasto es en recursos humanos. Esto llegó a su extremo cuando el gobierno logró tener ahorros sustantivos, pero se negó a aumentar el gasto en salud y educación. Un ejemplo concreto fue cuando, al tér-

mino del primer gobierno de la presidente Bachelet, el Ministerio de Hacienda había logrado superar la crisis *sub prime* del año 2009 y estabilizar sus finanzas. Entonces se planteó prolongar el posnatal de tres a seis meses y que los mayores de 65 años no pagaran el 7 por ciento de FONASA, medidas mínimas para aliviar a sectores vulnerables, como madres y adultos mayores. La respuesta de Hacienda fue un *no* categórico, porque ambas medidas significaban un gasto permanente que afectaría las arcas fiscales. En cambio, se repartieron bonos a la población, lo cual aumentó enormemente la popularidad al final del gobierno. Lo paradójico fue que al asumir el gobierno siguiente el año 2010, una de las primeras medidas que se tomaron fue la prolongación del posnatal de tres a seis meses y la exención del pago del 7 por ciento para los adultos mayores.

Por lo tanto, la política fue ahorrar en el gasto público en salud y permitir que el mayor gasto en inversión lo hicieran los privados en base a las ganancias exageradas de las isapres y al pago de bolsillo de las propias personas. Chile es uno de los países del mundo que tiene uno de los mayores «gastos de bolsillo» en salud por parte de la población. De esa forma se llegó a estructurar el gasto en salud del sector público en un 4 por ciento, igual al otro 4 por ciento que gasta el sector privado.

De ahí que sea tan grave la quiebra o desaparición de las isapres, que debilitará al sector privado, pero también a los usuarios de FONASA que se atienden en el sector privado pagando de su propio bolsillo.

### Problema de fondo

El problema de fondo es si en salud vamos a crear un «estado de bienestar» o continuaremos con políticas correspondientes a un «estado subsidiario». Esto va a depender en cuánto está dispuesto a invertir el Estado en salud pública. Hasta la década del 70 la inversión en salud era completamente estatal, con excelentes resultados en políticas públicas de salud. Desde la década del 80 la mayor inversión pasó a ser del sector privado, llegando a tener un gasto del PIB similar al del sector público, para atender a un sector reducido de la población. Con esta política no se ha logrado resolver los urgentes problemas de salud de la población.

La inversión en el sector público de salud, especialmente en promoción y prevención de salud, se hace aún más urgente con los recientes cambios epidemiológicos en que tenemos una población envejecida, con enfermedades crónicas y degenerativas de alto costo de atención, junto a la aparición de enfermedades infecciosas virales pandémicas, que requieren de una fuerte y rápida acción del Estado, como ha sido la pandemia de coronavirus que aún persiste, la viruela del mono y actualmente la amenaza de la gripe aviar. /M