

ISAPRES: NO + POSVERDADES

Abril 2019

Cada vez que se informan los resultados financieros de las Isapres o se reactiva la discusión de reforma a las Isapres, como gremio nos vemos enfrentados a opiniones que no tienen un sustento técnico y una y otra vez caemos presa de juicios que lo que develan es una profunda desinformación respecto al rol de las Isapres, su forma de financiamiento y al marco legal que las rige. Con ello, lo único que se consigue es desinformar a la población y generar desconfianza, involucrando a los seguros de salud privados en discusiones infructuosas.

En este contexto, el propósito de este documento es contribuir a la construcción de un diálogo constructivo, evitar la creación de posverdades¹, e informar a la opinión pública. Para ello, recogimos distintas declaraciones que suelen repetirse y que no tienen que ver con la realidad, pero que de tanto repetirlas se van estableciendo como verdades.

Asimismo, también se aclara cómo la normativa que rige a este sistema unido al hecho de que las Isapres son seguros de salud y por tanto deben tarifarse según riesgos, conlleva a resultados que mantienen disconformes a sus usuarios. Pero se debe entender que cualquier cambio en la forma de cobrar por parte de las Isapres -fin discriminación por riesgos contra mujeres y adultos mayores- necesariamente requiere una reforma legal o una decidida acción regulatoria para avanzar en ese mismo camino.

¹Una posverdad es una “mentira emotiva”, es la distorsión de la realidad debido a apelaciones emotivas y a creencias personales, pero que no tienen que ver con hechos objetivos. En algunos casos esta distorsión de la realidad es deliberada, con el fin de crear y modelar la opinión pública e influir en las actitudes sociales.

1ª POSVERDAD:

“Las Isapres registran utilidades millonarias”

REALIDAD: Las Isapres tienen la obligación de otorgar beneficios por toda la vida del afiliado², razón por la cual márgenes muy cercanos a 0% dejarían al sistema expuesto a una incapacidad de responder a sus obligaciones con sus afiliados y proveedores de salud. Lo importante es que las cotizaciones de los afiliados se usen para pagar beneficios de salud.

Los \$63 mil millones³ de utilidades registradas en el 2018 por el sistema equivale a un promedio de \$1.600 mensuales por beneficiario, lo que desde ningún punto de vista podría calificarse como inadecuado. A modo de ejemplo, ese año las utilidades del sistema Isapre equivalieron al 3% de las utilidades de los bancos, mientras que el sistema de AFP en el año 2015 tuvo utilidades 5 veces mayores a las del sistema Isapre.

Alta siniestralidad: Las utilidades de las Isapres no debiesen ser el foco de preocupación, sino que lo relevante para los afiliados es que los ingresos de las Isapres que provienen de sus cotizaciones se destinen efectivamente a otorgar beneficios de salud (prestaciones y licencias médicas) y no que parte importante de ellas se vayan a utilidades. En la práctica, normalmente de cada \$100 que el afiliado paga a su Isapre, \$87 se le entrega directamente a los afiliados (87% siniestralidad) a través del pago de prestaciones (\$67) y licencias médicas (\$20); \$11 se destina a gastos de administración y atención de sucursales y con ello \$2 corresponde a utilidades.

2ª POSVERDAD:

“Los costos de salud no crecen por sobre el crecimiento de la UF”

REALIDAD: Los costos de salud crecen a mayor tasa que el alza del IPC, los que a su vez se incrementan por aumentos en la frecuencia de uso, mejoras en las tecnologías médicas e incrementos de precios de los servicios médicos.

Los costos de salud crecen por sobre el IPC, por sobre las remuneraciones y por sobre el crecimiento del PIB, fenómeno que no sólo ocurre en Chile sino que en el mundo. En el año 2018, el IPC se elevó 2,6% anual, las remuneraciones reales 1,2% y el PIB 4,0%, mientras que el costo operacional de las Isapres (prestaciones y pago de licencias médicas) crecen en torno a 8% real al año.

El alza en el gasto de salud es un fenómeno mundial, consecuencia de la aparición de nuevas y mejores tecnologías que son más caras, una población que envejece y que enferma más y porque a medida que los países se desarrollan, la gente demanda más servicios de salud.

²Los planes de salud son contratos a plazo indefinido.

³Todo el sistema Isapre, incluido pérdidas de Isapre Masvida que continuó operando entre enero y septiembre de 2017.

En promedio, en el año 1990 los beneficiarios hacían uso de 9 prestaciones al año, ahora se realizan 27 (en promedio se demanda una prestación por persona más al año) y los países de la OCDE utilizan cerca de 40. Los adultos mayores demandan en promedio 65 prestaciones y los menores a 60 años 23, las mujeres 32 prestaciones en promedio mientras que los hombres 23.

En cuanto al envejecimiento, en el caso de Isapres, los mayores de 60 años representan el 10% de la cartera, pero a ellos se destina algo más del 20% del gasto en atenciones de salud. En promedio, los adultos mayores gastan 3 veces más que los menores de 60 años, pero lo aún más relevante, es que mientras, la cartera de menores de 60 años ha crecido a una tasa promedio de 2% en los últimos 5 años, la cartera de adultos mayores ha venido haciéndolo a una tasa del 6% (8% mayores de 70 años), presionando así al alza los costos de salud.

Cuando se reformó el sistema en el año 2005, las autoridades entendiendo hay distintos grupos de riesgo (demanda) asociados a características como el sexo y la edad, estableció que el precio final del contrato depende de ello, por lo que el precio base se multiplica por el factor de carga del beneficiario. Adicionalmente, reconociendo los costos en salud son crecientes y en el entendido que los planes de salud son un contrato indefinido, la ley permitió que las Isapres anualmente elevaran los precios bases de los planes de salud, pero en condiciones que no implicaran discriminación entre afiliados de un mismo plan y con variaciones de precios similares dentro de una misma Isapre (banda).

En este contexto, lo que la ley quiso hacer fue solidarizar las alzas de precios entre todos, lo que no fue comprendido ni por las personas ni por Tribunales. En los fallos en contra del alza de precio de los planes se ha señalado que debe considerarse como aumento de costo sólo el aumento del precio de cada prestación, en circunstancia que, además, debe reflejarse también el aumento en la frecuencia de uso de esa prestación; es evidente que 27 prestaciones por beneficiario inciden en los costos, más que 9. Además, se le pide explicar por qué a una persona en particular se le subió el plan lo que es imposible dada la legislación que define el ajuste de riesgo en conformidad a la cartera y no en forma individual.

3ª POSVERDAD:

“La judicialización no tiene un costo social relevante, al contrario, se beneficia el cotizante de Isapre al lograr evitar el alza de precio”

REALIDAD: La judicialización contra Isapres es una acción individual que conlleva a un costo social creciente y que está siendo avalado por los Tribunales del país. Esta acción perjudica a los afiliados e indirectamente a todos los chilenos debido al recurso en tiempo y monetario que deben destinarse a atender estas causas.

La judicialización tiene un costo social, el que recae fundamentalmente sobre los afiliados que no judicializan, puesto que las Isapres requieren de los recursos financieros provenientes de las cotizaciones para cumplir con los beneficios pactados con sus afiliados, de acuerdo con el crecimiento en los costos de salud como por el pago de costas de los abogados. A ello

hay que sumar, que el costo que significa para el Poder Judicial, que cada año debe destinar más recursos para atender estas causas, lo que es financiado a través de los impuestos.

El mayor beneficio lo obtiene un grupo reducido de abogados, que han transformado el recurso de protección en una acción más administrativa que constitucional, los cuales se presentan en forma masiva y en donde los abogados saben que el fallo será favorable a la congelación de los precios y que por ello recibirán el pago de las costas (dinero que no recibe el cotizante), lo que ha incentivado una verdadera industria de la litigación⁴.

Para tener una idea, entre los años 2010 y 2018 se han presentado 788.168 recursos contra el alza del precio base de los planes y 180.374 recursos contra el alza GES, en total 968.542 los que se han traducido en un pago de 175 millones de dólares sólo en costas⁵. Con ese dinero se hubiesen podido financiar 4,4 millones de consultas o 160 mil partos, por nombrar algunos.

En suma, la judicialización perjudica a sus afiliados, pues se están desviando dineros de su cotización a pagar a un grupo de abogados que tienen el juicio ganado, además el Tribunal con ello incumple la ley que exige que todos los afiliados a un mismo plan paguen lo mismo (discrimina), pero lo peor es que la judicialización pone en riesgo la viabilidad del sistema y puede llevar al fin del sistema y con ello que cerca de 3,5 millones de personas se queden sin su asegurador privado de salud. Ya van 10 años en que se suma una judicialización creciente del ajuste del precio base, a lo que se añade que desde el año 2010 se congeló la tabla de factores⁶, por lo que, si no cambia el modelo de financiamiento del sistema, en el corto plazo no se podrá financiar el incremento en la demanda de atenciones y licencias médicas.

4ª POSVERDAD:

“Si sube el precio del plan y algún beneficiario no puede pagarlo, éste es obligado a irse de la Isapre”

REALIDAD: Si sube el precio del plan y el beneficiario no puede pagarlo, éste no está obligado a irse de la Isapre. La Isapre está obligada a ofrecer al usuario un plan alternativo que se asemeje al actual en términos de precio.

Los planes de salud son contratos a plazo indefinido y la Isapre puede poner fin a dicho contrato sólo frente a los siguiente incumplimientos contractuales por parte del cotizante: (i) Falsar o no entregar de manera fidedigna toda la información en la Declaración de Salud; (ii) No pago de cotizaciones por parte de los cotizantes voluntarios e independientes; (iii)

⁴En el último año se ha visto como la facultad que tienen las Cortes para reducir (o eliminar) las costas de estos recursos de protección, ha hecho menos atractivo para los abogados la presentación de estas causas, incrementándose los litigios a regiones donde sí lo son. Ello deja de manifiesto que esto es un negocio y no busca la protección de sus clientes.

⁵ A ello hay que agregar los ingresos que se dejan de percibir por parte de los afiliados que logran congelar sus precios. Hoy en promedio 10% de la cartera esta judicializada, pero hay Isapres que tienen el 20% de su cartera judicializada.

⁶ En discusión la entrada en vigencia circular 317, que obligará a bajar factor de carga a beneficiarios perjudicados con congelamiento tarifas del 2010 (niños menores a 2 años y mujeres al cumplir 40años) cuando cambien de tramo.

Obtener indebidamente, para él o para alguno de sus beneficiarios, beneficios que no le correspondan o cuando se beneficie a un tercero ajeno al contrato; (iv) Omitir del contrato a algún familiar beneficiario que perciba asignación familiar o que cumpla los requisitos que exige la ley para ser causante de asignación familiar de un trabajador dependiente, con el fin de perjudicar a la Isapre.

En este contexto, es una falacia el que las Isapres echen a las personas de edad (los mayores de 65 años es el grupo que más crece) o con preexistencias. Lo que si ocurre es que el precio del plan sube –pero igual para todos no sólo a mayores o enfermos- y algunos beneficiarios no puede pagarlo, pero éstos no están obligados a irse de la Isapre. La Isapre está obligada a ofrecer al usuario un plan alternativo que se asemeje al actual en términos de precio. Las Isapres son entidades que ofrecen un beneficio opcional al Fonasa, pero que no reciben subsidio público alguno, por lo cual su operación debe financiarse con los aportes de los propios cotizantes, en caso contrario se desequilibra la operación de la institución e impide su funcionamiento para todos afiliados.

5ª POSVERDAD:

“Las diferencias de precios según sexo y edad corresponden a discriminaciones arbitrarias⁷”

REALIDAD: Existe una discriminación de precios por sexo y edad, pero no es arbitraria, pues así fue establecido por ley por una razón económica (lógica seguros).

Se debe tener presente que las Isapres son seguros privados, pero que están facultadas por ley para captar la cotización de salud de los trabajadores que así lo deseen, sustituyendo en estos casos al Estado (Fonasa) en el otorgamiento y financiamiento de las prestaciones de salud y las licencias médicas.

Por tanto, las Isapres pese a estar insertas en la seguridad social, operan como seguros privados, y en virtud de la legislación vigente (DFL 1 de 2005) tarifican según riesgos (según gastos esperados en salud por grupos de población). En este contexto, la diferencia de precios según sexo y edad, son el resultado del diferente uso –y por tanto gasto- en prestaciones y licencias médicas que cada grupo realiza. Para tener una idea, los mayores de 60 años gastan en promedio entre 3 veces más que el grupo conformado por los menores de 60 años, mientras que las mujeres gastan en promedio 30% más que los hombres en prestaciones y el doble que los hombres en licencias médicas⁸. Es decir, es un hecho que los adultos mayores y mujeres gastan más y en el DFL N° 1 de 2005 se estableció a través de la tabla de factores que se les cobraría, en parte, en función de ello.

⁷ Declaración a través de Twitter, del Ministro de Salud Emilio Santelices, el día miércoles 25 de abril de 2018. *“Tenemos una gran oportunidad como país. La nueva ley de Isapres del Presidente @sebastianpinera pondrá fin a la discriminación por sexo, edad y preexistencia. Diremos BASTA con firmeza a las discriminaciones arbitrarias. Con el respaldo ciudadano, le pondremos el cascabel al gato”.*

⁸ En términos per cápita. Esto para aislar el efecto que tiene sobre el gasto el número de beneficiarios en cada grupo de edad o sexo.

A mayor abundamiento, las Isapres están sometidas a una estricta regulación, la que establece que la obligación de éstas a suscribir contratos a plazos indefinidos con sus cotizantes, pudiendo modificar de dicho contrato anualmente sólo el precio base de los planes de salud, en condiciones que no impliquen discriminación entre afiliados de un mismo plan y con variaciones de precios similares dentro de una misma Isapre (banda).

Por tanto, dado que por ley se le exige a cada individuo hacer un mismo aporte para el financiamiento de un plan específico, es que se producen las diferencias de precios por sexo y edad (tabla de factores), pues como se indicó hay diferencias de uso en prestaciones y licencias médicas entre grupos de beneficiarios. De este modo, existe un precio base que es igual para todos los beneficiarios adscritos a ese mismo plan (mismo criterio para todos, no es discriminador), pero que se multiplica por el factor de riesgo que depende del sexo y edad de un individuo en particular perteneciente a ese plan⁹.

En suma, en el sistema Isapre existe una discriminación, pero no es arbitraria, pues así fue establecido por ley. Ahora, otro tema es que esta forma de operar se perciba como arbitraria, pues hay un trasfondo social, donde pareciera no ser justo que a una mujer o a un adulto mayor se le cobre más, debido a que hace un mayor uso (gasto) del sistema. Sin embargo, este es un tema del cual debemos hacernos cargos como sociedad y no es de responsabilidad de las Isapres que operan bajo un modelo y normas establecidas y que por lo mismo no puede generar los cambios por autorregulación, sino sólo a través de una modificación legal. Es por esto, que tanto la sociedad como el propio sistema aboga desde hace ya más de una década, por una reforma que se haga cargo de la discriminación de precios por sexo y edad y de la condición de cotizante cautivo (preexistencias), pues para lograr movilidad entre Isapres y cobrar un mismo precio a todos se requiere de compensaciones entre instituciones, pues los gastos/riesgos seguirán generándose y deberán poder ser financiados si queremos que el sistema siga existiendo.

6ª POSVERDAD:

“La integración vertical en salud es mala persé”

REALIDAD: No existe evidencia que sustente que la –limitada- integración vertical existente en Chile entre Isapres y prestadores privados de salud genere efectos

⁹ En el año 2010, el Tribunal Constitucional dictó una sentencia que derogó parte de la normativa de la Tabla de Factores. En la práctica congeló la aplicación de dicha tabla para aumentar los precios de los afiliados y beneficiarios cuando cambiaran de tramo de edad, pero se sigue aplicando para el tramo en que se encontraba el beneficiario en el año en que se congeló. En la actualidad, sólo varía y cambia al tramo de edad correspondiente si el afiliado se cambia de plan.

anticompetitivos. Así lo han demostrado estudios realizados tanto por la FNE¹⁰, como por destacados economistas expertos en el tema¹¹.

Antes que todo, se debe entender es que, en el mercado privado de la salud chilena, la relación existente entre Isapres y prestadores con controladores comunes (holdings), no es lo que en temas de competencia se entiende por integración vertical. Para que exista integración vertical no basta con tener controladores comunes, sino que los miembros de estas jerarquías deben estar coordinados y tener metas comunes.

Las Isapres no son entidades que integran al 100% el aseguramiento con el tratamiento médico, así como sí ocurre en el caso de las Mutuales de Seguridad y que, dicho sea de paso, la ley no pone ninguna objeción a ello. Además, la integración vertical¹² existente en el sector privado es limitada, no más del 25% de las prestaciones médicas se transan entre empresas relacionadas, pues la mayoría de los prestadores no tiene relación con una Isapre.

No sólo la evidencia no avala la conducta anticompetitiva de la integración vertical, sino que el hecho que tanto Isapres como prestadores tengan distintos incentivos económicos y maximicen sus utilidades por separado, lleva a que en estos mercados exista competencia. En concreto, las Isapres pagan las prestaciones con una cobertura estipulada en el plan, la que puede ser mediante libre elección o prestador preferente, mientras los prestadores aceptan todo tipo de pacientes, ya sea con Isapre relacionada o no relacionada, pacientes de Fonasa o pacientes privados. Las Isapres firman un contrato con sus afiliados, por lo que no es posible que un asegurador no quiera pagar las prestaciones médicas a un prestador que no esté en su holding. A su vez, los afiliados escogen donde atenderse si mediante la libre elección o un prestador preferente, el que no necesariamente es el prestador integrado. Adicionalmente, las Isapres al negociar con los prestadores lo que quieren es conseguir el mejor precio con la mejor calidad para resolver los problemas de salud de sus afiliados, independientemente de si ello se lo provee un prestador relacionado o no.

Con todo, en el mercado de salud chilena la existencia de holdings dueños de Isapres y prestadores, no genera barreras de entrada para competidores no integrados, no induce el consumo de prestaciones innecesarias y no eleva artificialmente los precios de las prestaciones.

¹⁰FNE, Rol 2182-13 y Rol 2244-13. La FNE ha analizado la integración vertical en el mercado de la salud privada en Chile tanto en términos abstractos como en un caso particular de supuesta exclusión. En términos abstractos, no fueron claros los efectos de la integración vertical. En el caso concreto de la investigación Rol 2244-13, no fue posible establecer que las conductas denunciadas constituyesen una infracción al artículo 3 del DL 211. Finalmente, la FNE opinó que las cuestiones propias de la estructura actual del mercado pueden ser más eficazmente abordadas a través de reformas legislativas y regulatorias. Lo anterior, es en el entendido que la FNE está monitoreando constantemente las conductas específicas en los distintos mercados.

¹¹GaletovicA. y Sanhueza R (2013). “Un análisis económico de la integración vertical entre Isapres y prestadores”.

¹²Se hablará de integración vertical, pero se debe tener presente que en estricto rigor no se trata de dicha figura de modelo de negocio en el sistema privado de salud chileno.