

Artículo de Opinión

Medwave. Año XI, No. 6, Junio 2011. Open Access, Creative Commons.

¿Estamos frente a un "efecto Colombia" en la seguridad social de salud en Chile?

Autor: Fernando Rosas Carrasco⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Salud Un Derecho

Correspondencia: fernando.rosascarrasco@gmail.com

doi: 10.5867/medwave.2011.06.5054

Ficha del Artículo

Citación: Rosas F. ¿Estamos frente a un "efecto Colombia" en la seguridad social de salud en Chile? *Medwave* 2011 Jun;11(06). doi: 10.5867/medwave.2011.06.5054

Fecha de envío: 6/4/2011

Fecha de aceptación: 13/5/2011

Fecha de publicación: 1/6/2011

Origen: no solicitado, ingresado por FTS

Tipo de revisión: con revisión externa por 2 pares revisores, a doble ciego

Palabras clave: seguridad social, salud

Introducción

En Chile, el sistema de salud se caracteriza por una dualidad en la que coexiste por un lado el sistema público, a cargo de los hospitales y del Fondo Nacional de Salud (FONASA); y por otra parte, el sistema privado constituido por las clínicas (hospitales privados) y las Instituciones de Previsión de Salud (ISAPRE). El sistema en general, según Drago², es de escasa complementariedad o interacción y muestra altos niveles de discriminación, inequidad y segmentación; esto antes de las reformas del plan AUGE y de la modificación a la Ley de Isapres en 2005. Estas medidas buscaron mitigar la discriminación y la desigualdad dentro del sistema, sin embargo, no lograron ese ambicioso objetivo.

Las aseguradoras privadas (ISAPRE) utilizan para el cálculo de los precios de los planes de salud la "tabla de factores de riesgo", una herramienta que determina la siniestralidad de los cotizantes, y que está reconocida por el Decreto con Fuerza de Ley (DFL) número 1 de 2005, en su artículo 199. Pero el 6 de agosto de 2010 el Tribunal Constitucional de la República de Chile se pronunció a través de sentencia Rol N° 1710⁴, respecto de la inconstitucionalidad de esta tabla. El Tribunal Constitucional argumentó que el mecanismo de cálculo es arbitrario e ilegal, pues hace una distinción infundada entre mujeres y hombres, entre enfermos y sanos, y entre jóvenes y ancianos; lo que a juicio del Tribunal Constitucional vulnera los derechos fundamentales de igualdad ante la ley, como el de la libre elección del sistema de salud. Podemos interpretar que el Tribunal Constitucional comprende el derecho al acceso a la salud y el derecho a la previsión social en una relación de dependencia, donde el segundo estaría dependiendo del

primero, por ser un derecho humano de primera generación.

Este fallo del Tribunal Constitucional ha generado una incertidumbre jurídica, por lo que el mismo organismo señaló al Ejecutivo la necesidad de una nueva legislación en la materia, que obligó al Gobierno a enviar al Congreso de la República un proyecto de ley para superar esta coyuntura.

En definitiva, esta sentencia asestó un golpe mortal al sistema privado de aseguradoras financieras en salud, ya que éstas no podrían ajustar sus precios al alza sin verse demandadas en Tribunales por sus cotizantes, lo que atentaría a la viabilidad del negocio.

La actual coyuntura chilena puede ser estudiada desde el análisis de lo sucedido años atrás en Colombia. En este país se realizó una reforma al sistema de salud (Ley 100, 1993) en la que se buscó reorganizar a los múltiples actores involucrados, romper la desigualdad y hacer más solidario el sistema³. Sin embargo, este objetivo no pudo verse concretado, ya que si bien la reforma reguló el mercado de aseguradores financieros, esto no significó un rompimiento de la tendencia a la desigualdad. En Colombia existe un "sistema contributivo", en el que las personas cotizan el 12% de su ingreso, y quienes no cuentan con esa posibilidad quedan cubiertas por el "sistema subsidiario", pero éste no cubre más del 70% del *Plan Obligatorio de Salud* con que cuenta el sistema contributivo. Esto representa una desigualdad en el acceso a la seguridad social y, a través de ella, en el acceso efectivo de la prestación médica.

Esta incapacidad del sistema colombiano de satisfacer al *Plan Obligatorio de Salud*, ya sea a través del sistema

contributivo o del subsidiario, ha provocado -desde la década de los noventa- un incremento sostenido de las "acciones de tutela" (acciones de protección en Chile) del derecho a la salud, fundamentalmente en demanda de medicamentos y atenciones de salud, lo que ha generado un sistema alternativo de acceso a las prestaciones médicas, que según Vélez⁵ terminaría por colapsar el sistema. Efectivamente, estas demandas han provocado que el presupuesto en materia de salud del estado colombiano se vea incrementado, ya que en la mayoría de los casos la Corte Constitucional ha fallado la inmediata entrega de la prestación médica al demandante, y todos con cargos al fisco colombiano, afectando con ello el PIB y el presupuesto de esta nación¹.

El caso colombiano nos alerta de lo que puede suceder en Chile. Sabemos que el marco legal actual comparte varios de los principios que el sistema colombiano ha consagrado, como por ejemplo la universalidad y el acceso. Si en Colombia el problema es la judicialización del acceso a las prestaciones médicas, en Chile el caso no es muy diferente, de suerte que lo judicializado no es el acceso a la salud, sino los precios de los planes de salud. Una extrema judicialización en Chile podría llevar a la extinción de las ISAPRE y provocar así un descalabro en todo el sistema, escenario en el cual el Estado deberá hacerse cargo de todo el sistema, con un inimaginable costo para todos los ciudadanos.

La pregunta de rigor es ¿por qué vemos un empeño por parte de las autoridades en mantener un modelo que requiere del Estado para "hacer rentable" el negocio de la salud? Una respuesta legítima puede estar basada en la sospecha de que los intereses de quienes lo promueven radican en el lucro y no en las necesidades sanitarias de la población. Ello porque existe una contradicción fatal entre los intereses lucrativos de la actividad médica privada y la

atención sanitaria de toda la población -incluyendo a enfermos crónicos, ancianos y mujeres en edad fértil con sus respectivas demandas-. Si se expandiera el acceso a la salud privada a la población más vulnerable, que hoy queda fuera de las ISAPRE por los altos costos de cotización, el grado de inversión de los particulares debería aumentar, con lo que descenderían sus abultadas utilidades, y tal vez por esta razón perderían interés en ser parte del sistema de salud.

Notas

Declaración de intereses. El autor es socio fundador de la corporación [Salud Un Derecho](#) en Santiago de Chile. Este artículo es parte del material de su tesis de grado en Ciencias Políticas en la Universidad ARCIS sobre la institucionalidad en salud y su protección.

Referencias

1. Álvarez L. El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. Rev Panam Salud Publica vol.18 no.2 Washington Aug. 2005. [↑](#) | [Link](#) | [CrossRef](#) |
2. Drago M. La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos. CEPAL, Serie Políticas Sociales 2006(121). [↑](#) | [Link](#) |
3. Hernández, M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. Cad. Saúde Pública vol.18 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2002 [↑](#) | [Link](#) | [CrossRef](#) |
4. Tribunal Constitucional de Chile. Sentencia Rol 1710 de 06 de agosto de 2010. Santiago de Chile. [↑](#)
5. Vélez, A. La acción de tutela ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso externo para acceder a las prestaciones de salud? Revista Colombia Médica Vol. 36 nº3 (Jul-Sep) PP 199-208. Santiago de Cali, 2005.



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.