

368.382
CCHC
C172
c.1



" V I S I O N E C O N O M I C A D E L A S A L U D "

" F U T U R O D E L A S I S A P R E S "



17
CCHC
V832

CAMARA CHILENA DE LA CONSTRUCCION
CENTRO DOCUMENTACION

449

MAYO 1989

I N D I C E

- =====
- 1.- VISION ECONOMICA DE LA SALUD.
EXPOSICION DEL SEÑOR MINISTRO DE SALUD
DON JUAN GIACONI GANDOLFO EN EL
CONSEJO ECONOMICO Y SOCIAL - ABRIL 1989.
 - 2.- PRESENTE Y FUTURO DE LAS ISAPRES.
PREINFORME DE COMISION ESPECIAL DEL
CONSEJO ECONOMICO Y SOCIAL - ABRIL 1989.
 - 3.- BREVE ANALISIS DEL SISTEMA ISAPRE.
DOCUMENTO DE CONSALUD PRESENTADO AL DIRECTORIO.
NOVIEMBRE 1988.
 - 4.- ANALISIS Y EVOLUCION DEL GASTO EN SALUD DE CHILE.
UNIDAD DE ESTUDIO DE CONSALUD PRESENTADO AL
DIRECTORIO - MARZO 1989.
 - 5.- VISION GLOBAL DEL SECTOR SALUD.
ANINAT MENDEZ Y ASOCIADOS - MARZO 1989.
- =====

V I S I O N E C O N O M I C A D E L A

S A L U D

Exposición del señor Ministro de Salud
don Juan Giaconi Gandolfo en el
Consejo Económico y Social - Abril 1989

•SR. MINISTRO DE SALUD
SR. PRESIDENTE DEL CES
SRA. Y SR. VICEPRESIDENTE
ESTIMADOS COLEGAS CONSEJEROS Y COORDINADORES
SEÑORAS Y SEÑORES

UNA VISION ECONOMICA DE LA SALUD.

LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, DEFINE EL CONCEPTO DE SALUD, COMO "EL COMPLETO ESTADO DE BIENESTAR FISICO Y MENTAL DE LA PERSONA Y NO LA MERA AUSENCIA DE ENFERMEDAD"...." EL COMPLETO ESTADO DE BIENESTAR FISICO Y MENTAL DE LA PERSONA Y NO LA MERA AUSENCIA DE ENFERMEDAD".

AL TENOR DE UNA DEFINICION TAN EXIGENTE COMO LA QUE ACABAMOS DE ENUNCIAR, SE PODRIA CONCLUIR QUE NINGUNO DE LOS QUE ESTAMOS PRESENTES EN ESTA SALA SE ENCUENTRA EN "ESTADO DE SALUD" YA QUE SI BIEN, PROBABLEMENTE LA MAYORIA DE NOSOTROS NO ESTAMOS PADECIENDO HOY DIA DE UNA ENFERMEDAD, ME ATREVERIA A DECIR QUE CASI NINGUNO DE NOSOTROS SE ENCUENTRA ACTUALMENTE EN ESTADO DE "COMPLETO BIENESTAR FISICO Y MENTAL".

AUN CUANDO LA CONDICION DE SALUD QUE SUGIERE ESTA DEFINICION ES PRACTICAMENTE INALCANZABLE, CONSTITUYE SIN EMBARGO UNA ORIENTACION HACIA LA CUAL DEBEMOS ENCAMINAR NUESTROS ESFUERZOS PARA CONSEGUIRLA.

ESTA MISMA DEFINICION ES POR OTRA PARTE, EL ORIGEN DE LA PERMANENTE CONTROVERSIA QUE SE PRODUCE AQUI EN CHILE Y EN OTRAS PARTES DEL MUNDO, EN RELACION AL TEMA DE LA SALUD. EN EL HECHO, AL HABLAR DE "COMPLETO BIENESTAR FISICO Y MENTAL", SE ESTA SUGIRIENDO LA IDEA DE "COMPLETO FINANCIAMIENTO", Y COMO ESTO ULTIMO ES UNA UTOPIA, SE PRODUCE UN TREMENDO DIVORCIO ENTRE EL NIVEL DE SALUD QUE SE QUIERE LOGRAR Y EL QUE EFECTIVAMENTE SE PUEDE ALCANZAR Y CON ELLO SE ESTA PERDIENDO DE VISTA EL ANALISIS ECONOMICO QUE NECESARIAMENTE DEBE EXISTIR DETRAS DE CUALQUIER ACTIVIDAD.

COMO EJEMPLO DE LA INSATISFACCION CRONICA QUE SE PRODUCE EN LOS USUARIOS EN RELACION AL TEMA DE LA SALUD, BASTA SEÑALAR QUE EN CHILE, CADA HABITANTE DESTINA ANUALMENTE NO MAS DE 100 DOLARES A FINANCIAR SU SALUD, MIENTRAS QUE EN U.S.A., DICHA CIFRA LLEGA A US\$ 2.000 ANUALES POR HABITANTE, VALE DECIR 20 VECES MAS. ESTO SIGNIFICA QUE CADA HABITANTE NORTEAMERICANO GASTA EN SATISFACER SU SALUD, MAS DE LO QUE CADA CHILENO GASTA EN SACIAR TODAS SUS NECESIDADES Y TANTO ELLOS COMO LOS CHILENOS CONSIDERAN INSATISFECHOS SUS REQUIRIMIENTOS DE SALUD Y EL TEMA OCUPA FRECUENTEMENTE EL MISMO ESPACIO PROPORCIONAL DE CRITICAS EN LOS PERIODICOS DE AMBOS PAISES.

ESTAMOS PUES FRENTE A UNA ACTIVIDAD DE DEMANDA INFINITA, ACENTUADA ENTRE OTRAS COSAS POR EL CRECIENTE APEGO DEL HOMBRE AL MUNDO MATERIAL Y POR SU PERDIDA DEL SENTIDO DE DIOS. EN ESTE ORDEN DE COSAS, RESULTA LAMENTABLE OBSERVAR COMO A MEDIDA QUE LOS HOMBRES VAN PERDIENDO LA FE EN LA VIDA ETERNA, SE AFERRAN MAS Y MAS A LA VIDA TERRENAL Y PRESIONAN SOBRE LOS GASTOS EN COMPLICADOS APARATOS DE SALUD, PARA "SALVARSE" DE LA MUERTE. EJEMPLOS EXTREMOS DE HASTA DONDE SE PUEDE LLEGAR EN ESTA MATERIA, LO HEMOS VISTO CUANDO ALGUNOS MILLONARIOS HAN SOLICITADO LOS SERVICIOS DE CONSERVACION EN FRIO DE SU CADAVER, EN ESPERA DE QUE EL FUTURO AVANCE TECNOLOGICO SEA CAPAZ DE RESUCITARLO.

UNA ACTIVIDAD DE DEMANDA EXPLOSIVA COMO LA QUE HEMOS DESCRITO REQUIERE, COMO CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD PRODUCTIVA DE SERVICIOS, DE UN ANALISIS ECONOMICO PARA SOLUCIONAR UNA SITUACION DE RECURSOS ESCASOS, ENFRENTADOS A NECESIDADES MULTIPLES.

"PRODUCIR SALUD", NO ES EN ESENCIA DEMASIADO DIFERENTE A "PRODUCIR EDUCACION" O "PRODUCIR ALIMENTACION", EN EL SENTIDO DE QUE TODAS ESTAS, SON ACTIVIDADES QUE REQUIEREN DE INVERSION DE VARIADOS RECURSOS Y DE ORGANIZACION DE DIVERSOS PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN LA CADENA DE SERVICIOS. TAL COMO LA EDUCACION PRECISA DE INVERSION EN ESCUELAS Y UNIVERSIDADES, DE GASTOS EN PROFESORES Y EN MATERIAL DIDACTICO; TAL COMO LA ALIMENTACION REQUIERE DE INVERSION EN

TRACTORES, DE GASTOS EN SEMILLAS, ABONOS Y DE PERSONAL QUE TRANSFORME EL PRODUCTO DE LA TIERRA EN SUSTANCIAS COMESTIBLES; ASI TAMBIEN "PRODUCIR SALUD" PRECISA DE FUERTES INVERSIONES EN HOSPITALES Y EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y DE GASTO EN REMUNERACIONES DE MEDICOS, ENFERMERAS Y ADMINISTRADORES. DESDE ESTE PUNTO DE VISTA, "PRODUCIR SALUD" ES POR LO TANTO, UNA ACTIVIDAD PRODUCTIVA MAS.

LO QUE COMPLICA EL ASUNTO, ES EL HECHO DE QUE LA SALUD ESTA MUY RELACIONADA CON LA VIDA, ELLO LA TRANSFORMA EN UNA ACTIVIDAD A LA QUE SE LE EXIGE UNA SOLUCION MAS URGENTE QUE A OTRAS, Y ESA MISMA URGENCIA ES LA QUE PRECIPITA LAS COSAS, CONFUNDE A LOS PROTAGONISTAS E IMPIDE DARLE LA ORGANIZACION QUE SE MERECE.

CONTRIBUYE TAMBIEN A FOMENTAR ESTA CONFUSION EL HECHO DE QUE TRADICIONALMENTE SE HAYA MANTENIDO ESTA ACTIVIDAD APARTADA DE CUALQUIER ATISBO DE ANALISIS ECONOMICO, ENTREGANDOLE AL ESTADO LA OBLIGACION DE PROVEERLA COMO POR ARTE DE MAGIA Y SUPONIENDO QUE LAS INSTITUCIONES RELIGIOSAS COMO FUERON EN UN TIEMPO LAS MONJAS DE LA CARIDAD U OTRAS ORGANIZACIONES CIVILES DE BENEFICIENCIA, DEBIAN PREOCUPARSE DE SOCORRER AL ENFERMO.

HOY DIA LA SITUACION REAL ES DIFERENTE, LA FILANTROPIA TIENDE A SER CADA VEZ MAS ESCAZA, LOS HOSPITALES SON CARISIMOS Y LA TECNOLOGIA DE DIAGNOSTICO HA AVANZADO TANTO, QUE PARA CURAR AL ENFERMO YA NO SE PRECISA TANTO DE PERSONAS DE BUENA VOLUNTAD, COMO DE INFRAESTRUCTURA Y DE EQUIPOS DE ALTO COSTO QUE HAY QUE PAGAR, MANTENER Y REPONER, Y DE MEDICOS Y OTROS PROFESIONALES CALIFICADOS QUE CON TODA RAZON DEMANDAN REMUNERACIONES SEMEJANTES A INGENIEROS, ABOGADOS U OTROS PROFESIONALES TAN CALIFICADOS COMO ELLOS.

ES PRECISO ENTONCES ENFOCAR DIRECTAMENTE ESTE PROBLEMA, COMO UNA ACTIVIDAD ECONOMICA MAS, COMO LO SON "LA ALIMENTACION" O "LA VIVIENDA" Y DESPRENDERSE CON ELLO DE LA CONFUSION QUE PROVOCA EL TABU DE LA VISION EMPRESARIAL Y LUCRATIVA DE LA SALUD. SI LAS COSAS NO FUERAN ASI, PREGUNTEMOSNOS ¿ CUANTO PAN HABRIA EN CHILE Y DE QUE CALIDAD SERIA,

SI NUESTRA SOCIEDAD CONSIDERARA QUE EL AGRICULTOR QUE SIEMBRA TRIGO, NO PUEDE OBTENER UTILIDADES EN SU ACTIVIDAD? O, ¿CON QUE INEFICIENCIA AVANZARIA LA POLITICA DE VIVIENDA SI SE DECIDIERA QUE NI CON EL CEMENTO, NI CON EL LADRILLO, NI CON LA MADERA SE PUDIERA LUCRAR?

LA SALUD ES QUIZAS LA UNICA NECESIDAD BASICA DEL SER HUMANO QUE SE ENCUENTRA ENREDADA EN ESTA CONCEPCION MITAD SOCIALISTA Y MITAD DE ETICA MAL ENTENDIDA, NO SOLO AQUI, SINO QUE TAMBIEN EN MUCHAS PARTES DEL MUNDO Y POR LO TANTO REQUIERE DE UNA MODERNIZACION. LAS ISAPRES SON EL PRIMER PASO DE ESA RENOVACION, TODAVIA TIMIDA, PERO COMO VERE MOS MAS ADELANTE SOSTENIDAMENTE CRECIENTE.

UNA VISION EMPRESARIAL DE LA ORGANIZACION DE LA SALUD COMO LA QUE HEMOS DESCRITO SOMERAMENTE, NO SIGNIFICA NECESARIAMENTE QUE EL ESTADO DEBA DESENTENDERSE DE SU OBLIGACION DE PREOCUPARSE DEL PROBLEMA. POR NINGUN MOTIVO. TAMPOCO LO HA HECHO CON LA VIVIENDA NI CON LA EDUCACION. MENOS PODRIA HACERLO DE MOMENTO QUE EL ARTICULO 90 DE LA CONSTITUCION QUE NOS RIGE DICE TEXTUALMENTE QUE "LA CONSTITUCION ASEGURA A TODAS LAS PERSONAS EL DERECHO A PROTECCION DE LA SALUD" PERO TAMBIEN AGREGA QUE "CADA PERSONA TENDRA EL DERECHO DE ELEGIR EL SISTEMA DE SALUD AL QUE DESEE ACOGERSE, SEA ESTE ESTATAL O PRIVADO".

ESTA ULTIMA FRASE ES LA QUE CONTIENE EL GERMEN DE LA PARTICIPACION PRIVADA EN LA ACTIVIDAD DE LA SALUD, DE LA EFICIENCIA Y DE LA MEJOR CALIDAD DE SERVICIO QUE ELLA GENERA Y DE LA CUAL YA ESTAN SIENDO TES TIGOS HOY DIA, MAS DE 1.200.000 BENEFICIARIOS DE LAS ISAPRES.

LO QUE SE PRETENDE CON ESA VISION ECONOMICA QUE ESTAMOS PROPONIENDO Y A LA QUE INDIRECTAMENTE ALUDE LA CONSTITUCION, ES DESLIGAR AL ESTADO DE LA GESTION MISMA DE LA SALUD Y DE LOS HOSPITALES, MANTENIENDO SU OBLIGACION DE COLABORAR AL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD DE AQUELLOS CUYOS INGRESOS NO SEAN SUFICIENTES PARA SOLVENTARLA, EN OTRAS PALABRAS EL ESTADO CONTINUA CO-FINANCIANDO LA SALUD, PERO NO NECESARIAMENTE PRODUCIENDOLA NI ADMINISTRANDOLA.

ME REFERIRE AL FINAL DE MI EXPOSICION, CON MAS DETALLES A ESTE PUNTO, QUE A MI JUICIO ES LA CLAVE DE LA MODERNIZACION DE LA SALUD.

ORGANIZACION DE LA SALUD PREVISIONAL.

PASEMOS AHORA A REVISAR ESQUEMATICAMENTE COMO SE LOGRA LA SALUD DE UNA POBLACION Y COMO ESTA ELLO ORGANIZADO ACTUALMENTE EN CHILE.

EN EL CUADRO Nº 1, SE APRECIA COMO LA SALUD DE UNA POBLACION ES FUNCION DE CANTIDAD DE VARIABLES QUE VA MUCHO MAS ALLA DE LA SIMPLE GESTION CURATIVA. HAY TODA UNA ORGANIZACION PREVENTIVA Y DE APOYO QUE CHILE HA MANEJADO POR AÑOS, MUY ACERTADAMENTE.

EL CUADRO Nº 2, ES UNA VISION ESQUEMATICA DE LA ORGANIZACION PREVISIONAL DE LA SALUD CURATIVA EN CHILE. EN EL SE PUEDE APRECIAR COMO ACTUALMENTE LOS TRABAJADORES APORTAN UNA COTIZACION OBLIGATORIA EQUIVALENTE AL 7% DE SU SUELDO, PARA QUE, ADMINISTRADA POR LA INSTITUCION FINANCIERA QUE ELLOS ELIJAN (FONASA ESTATAL , ISAPRES PRIVADAS, CAJAS DE FF.AA. Y OTROS) RECIBAN EL PAGO DE LOS SERVICIOS MEDICOS CURATIVOS QUE REQUIERAN CUANDO SE ENCUENTREN ENFERMOS.

EL CUADRO Nº 3, MUESTRA LA DISTRIBUCION CUANTITATIVA DE LOS TRABAJADORES ENTRE EL SISTEMA FONASA, EL SISTEMA ISAPRES Y OTRAS, ASI COMO TAMBIEN UNA CUANTIFICACION DE LA INFRAESTRUCUTURA DE APOYO CON QUE CUENTA CADA UNO DE LOS SECTORES PREVISIONALES PARA DAR EL SERVICIO CURATIVO DE SALUD.

LA CREACION DE LAS ISAPRES.

ANALICEMOS AHORA EL SISTEMA DE ISAPRES EN PARTICULAR. ESTE NACIO A MEDIADOS DE 1981, CASI JUNTO CON EL SISTEMA DE LA A.F.P. DESDE ESA FECHA HASTA AHORA , LAS ISAPRES HAN IDO INCORPORANDO TRABAJADORES Y SUS FAMILIAS HASTA LLEGAR HOY DIA A 1.205.000 BENEFICIARIOS, LO QUE ARROJA UN RITMO DE CRECIMIENTO PROMEDIO ANUAL SUPERIOR AL 50%, SEGUN SE PUEDE APRECIAR EN EL CUADRO Nº 4.

ESTAS CIFRAS HABLAN POR SI SOLAS. EN NUESTRA OPINION ESTAMOS EN PRESENCIA DE UN SISTEMA QUE A PESAR DE SU JUVENTUD HA SABIDO CAPTAR LA INQUIETUD LATENTE EN LOS TRABAJADORES DE CONTAR CON UN SISTEMA COMPETITIVO, AGIL Y EFICIENTE CAPAZ DE SOLVENTAR SUS GASTOS CURATIVOS EN SALUD. SI SE CONSERVARA A FUTURO LA TASA DE CRECIMIENTO PROMEDIO ANUAL OBSERVADA HASTA AHORA, Y EN AUSENCIA DEL PROBLEMA DE FALTA DE CAPACIDAD FINANCIERA DE LOS QUE ACTUALMENTE NO PUEDEN INGRESAR POR FALTA DE RECURSOS PARA HACERLO, AL CABO DE SEIS AÑOS TENDRIAMOS A TODA LA POBLACION DEL PAIS CUBIERTA POR UN SISTEMA DE SALUD PRIVADO.

EN EL CUADRO Nº 5, SE PUEDE OBSERVAR LA EVOLUCION DE LA CREACION DE ISAPRES DURANTE LOS ULTIMOS SIETE AÑOS, COMO SE PUEDE APRECIAR, HOY DIA EXISTEN 26 ISAPRES, DE LAS CUALES 16 SON ABIERTAS, ES DECIR DISPUESTAS A RECIBIR LA AFILIACION DE CUALQUIER PERSONA Y 10 SON CERRADAS, ESTO ES ORGANIZADAS POR Y PARA GRUPOS DE TRABAJADORES GENERALMENTE LIGADOS A EMPRESAS GRANDES Y A TRAVES DE LA CUALES ELLOS MISMOS HAN DISEÑADO Y REGLAMENTADO, A SU PROPIA MEDIDA LOS BENEFICIOS DE SALUD QUE HAN QUERIDO OTORGARSE. DESTACA ADEMAS EL HECHO QUE DURANTE EL ULTIMO AÑO SE HAN CREADO 5 ISAPRES DE PROPIEDAD DE MEDICOS, LO QUE SIGNIFICA UN PASO IMPORTANTE DE ESTE SECTOR DE PROFESIONALES HACIA UNA VISION EMPRESARIAL DE LA ORGANIZACION DE SALUD, DE LA CUAL INICIALMENTE SE HABIAN MARGINADO. FINALMENTE CABE DESTACAR QUE LAS 26 ISAPRES SON CHILENAS, ORGANIZADAS POR EMPRESARIOS, CAPITAL Y TECNOLOGIA CHILENAS, HECHO QUE ES UN MOTIVO DE ORGULLO PARA NOSOTROS, TODA VEZ QUE SE TRATA DE UNA ACTIVIDAD NUEVA, CUYAS ESTADISTICAS DE PROBABILIDAD, COSTOS MEDICOS Y DE ADMINISTRACION, ERAN TOTALMENTE DESCONOCIDAS PARA EL MEDIO LOCAL.

EL CUADRO Nº 6, MUESTRA ALGUNAS DE LAS EMPRESAS CUYOS TRABAJADORES Y SU GRUPO FAMILIAR RECIBEN HOY DIA EL FINANCIAMIENTO DE SU SALUD A TRAVES DEL SISTEMA PRIVADO. ELLO CONSTITUYE UN MENTIS A LA ANTIGUA CRITICA QUE RESERVABA A LAS ISAPRES SOLO A UN "PUÑADOS DE RICOS". ESA CRITICA PUDO HABER SIDO VALIDA EL AÑO '82, CUANDO EL SISTEMA TENIA 200.000 PERSONAS, PERO YA NO LO ES HOY DIA, CUANDO CUENTA CON UN NUMERO SEIS VECES SUPERIOR.

UNA MUESTRA ADICIONAL DE LA ACEPTACION POTENCIAL QUE TIENE EL SISTEMA ISAPRES, DENTRO DE LA POBLACION, COMO UNA ALTERNATIVA NOVEDOSA Y EFICIENTE PARA DAR SOLUCION AL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD DE LA POBLACION, LA CONSTITUYE LA ENCUESTA REALIZADA POR GALLUP PARA EL CENTRO DE ESTUDIOS PUBLICOS, CUYOS RESULTADOS SE MUESTRAN EN EL CUADRO Nº 7.

RESULTA SUMAMENTE HALAGADOR, OBSERVAR COMO EL 30% DE LA POBLACION PREFIERE EL SISTEMA DE ISAPRES, EN CIRCUNSTANCIAS QUE RECIEN ESTAMOS CUBRIENDO EL 10%. EN OTRAS PALABRAS EXISTE AL MENOS UN 20% ADICIONAL QUE HOY DIA ESTA ESPERANDO DE NUESTROS SERVICIOS.

FINALMENTE DESTAQUEMOS EN ESTE MISMO ORDEN DE COSAS LA ACEPTACION EXPLICITA QUE RESPECTO A LAS ISAPRES, HACE EL PROGRAMA DE GOBIERNO OPOSITOR RECIENTEMENTE PUBLICADO. EN EFECTO, LLAMA PODEROSAMENTE LA ATENCION QUE DENTRO DE UN CONTEXTO DE VAGEDAD CON QUE SE TRATAN LA MAYORIA DE LAS MATERIAS, LA OPOSICION HAYA RECONOCIDO AL FIN, LA EVIDENCIA DE LA BONDAD DEL SISTEMA AL DECIR "DECLARAMOS QUE LAS ISAPRES QUE CUENTAN CON ALREDEDOR DE UN MILLON DE AFILIADOS, PODRAN HACER TAMBIEN UNA CONTRIBUCION SIGNIFICATIVA EN LA ATENCION DE SECTORES MEDIOS Y ALTOS".

LA COMPETENCIA ENTRE ISAPRES.

LA INCURSION DE LA EMPRESA PRIVADA EN LA SALUD, HA SIGNIFICADO COMPETENCIA Y CON ELLO EFICIENCIA, AGILIDAD Y LO MAS IMPORTANTE:

LIBERTAD DE ELEGIR. EN EFECTO, EL TRABAJADOR TIENE HOY DIA LA POSIBILIDAD DE ELEGIR EL DESTINO DE SU 7% OBLIGATORIO, ENTRE UNA VEINTENA DE INSTITUCIONES EN CONTRASTE CON LA OBLIGATORIEDAD DE IMPONER EN FONASA QUE TENIA ANTES. ELLO HA PROVOCADO QUE CADA ISAPRE SE ESMERE EN OFRECER UNA MULTIPLICIDAD DE PLANES DE SALUD CON DIFERENTES NIVELES DE ARANCELES Y BONIFICACIONES QUE HOY DIA SUPERAN LAS CIENTO ALTERNATIVAS.

POR OTRA PARTE, CONOCIDA LA GAMA DE POSIBILIDADES QUE TIENEN LOS BENEFICIARIOS, LAS ISAPRES HAN DESARROLLADO SU CREATIVIDAD OFRECIENDO COBERTURAS DENTALES, OPTICAS, PSIQUIATRIA Y FOTOAUDIOLOGIA Y OTRAS, A LAS CUALES ELLOS NUNCA TUVIERON ACCESO EFECTIVO CON EL ANTIGUO SISTEMA ESTATAL Y QUE QUIZAS TAMPOCO ESPERARON OBTENER DEL SISTEMA PRIVADO EN SUS INICIOS.

ESTA LIBERTAD DE ELECCION ES TAN IMPORTANTE QUE SI A ALGUIEN NO LE GUSTA EL SERVICIO DE UNA ISAPRE, SE PUEDE CAMBIAR A OTRA (O INCLUSO VOLVER A FONASA) EN UN PLAZO DE 30 DIAS. ESTA LIBERTAD ES LA QUE EN TERMINOS PRACTICOS CONSTITUYE LA DIFERENCIA ENTRE QUE EL AFILIADO EXIJA PERENTORIAMENTE SUS DERECHO FRENTE AL MESON DE UNA ISAPRE O SE CONFORME CON ROGAR TAL O CUAL ATENCION MEDICA EN LA SALA DE ESPERA DEL SISTEMA ESTATAL. ESTA LIBERTAD ES LA QUE FINALMENTE HACE LA DIFERENCIA ENTRE QUE EL COTIZANTE PERCIBA QUE SU COTIZACION DE SALUD SEA UN IMPUESTO MAS CUYO DESTINO DESCONOCIA EN EL SISTEMA ANTIGUO, O SE CONSIDERE COMPRANDO UN SEGURO DE SALUD PARA EL Y SU FAMILIA, CUYO CONTENIDO VALORA Y DEL CUAL ESTA PLENAMENTE CONSCIENTE.

LO NOVEDOSO DEL SISTEMA PRIVADO EN CONTRASTE CON EL ESTATAL, ESTA NO SOLO EN LA CANTIDAD DE COBERTURAS QUE PUEDE CREAR, SINO QUE TAMBIEN EN LA SANIDAD Y ESTABILIDAD FINANCIERA CON QUE ES CAPAZ DE HACERLO, EN OTRAS PALABRAS, EN LA CORRECTA ASIGNACION DE RECURSOS QUE LLEVA IMPLICITO, DESDE EL MOMENTO EN QUE EL COTIZANTE ESTA COMPRANDO UNA COBERTURA, LA CONTRAPARTE TIENE LA OBLIGACION DE PROVEERLA, PORQUE ELLA ESTA FINANCIADA Y ASI SUCESIVAMENTE SUCEDERA CON TODAS LAS NUEVAS COBERTURAS DE SALUD QUE EN EL FUTURO QUIERA O PUEDA SEGUIR DEMANDANDO, CONTRIBUYENDO CON ELLO A CREAR RELATIVO EQUILIBRIO ENTRE OFERTA Y DEMANDA DE SALUD, A CUYA AUSENCIA NOS REFERIAMOS AL COMIENZO DE ESTA EXPOSICION.

UNA IDEA CUANTITATIVA DE COMO HA EVOLUCIONADO LA COMPETENCIA EN EL SECTOR DESDE 1981 HASTA HOY SE PUEDE APRECIAR EN EL CUADRO Nº8.

LOS RESULTADOS DE LAS ISAPRES.

ANALIZADA LA COMPETITIVIDAD DEL SISTEMA ISAPRES, PASEMOS AHORA A REVISAR SUS RESULTADOS DURANTE EL AÑO RECIEN-PASADO, SEGUN SE PUE DE APRECIAR EN EL CUADRO Nº 9.

SEGUN LAS CIFRAS DISPONIBLES A SEPTIEMBRE DE 1987, EL SISTEMA DEDICA EL 76% DE SUS INGRESOS A FINANCIAR LOS GASTOS DE EXPLOTACION, ES DECIR REEMBOLSOS POR GASTOS MEDICOS Y SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL, 23% A GASTOS DE ADMINISTRACION Y VENTAS QUEDANDO, 4.7% CO MO UTILIDAD. PROYECTADA A DICIEMBRE DE 1987, LA UTILIDAD GLOBAL DEL SISTEMA ISAPRES SE SUPONE EN \$ 1.500 MILL. (EN REALIDAD SE ESPERA UNA CIFRA MUCHO MENOR, POR CUANTO EL ULTIMO TRIMESTRE DEL AÑO NO ES BUENO EN UTILIDADES Y POR TANTO UNA PROYECCION LINEAL, NO SERIA VALIDA EN ESTE CASO).

ESTA RENTABILIDAD, TAN FRECUENTEMENTE CRITICADA, ES A NUESTRO JUI- CIO MAS BIEN BAJA Y HASTA PELIGROSA, TENIENDO EN CONSIDERACION QUE ESTAMOS EN PRESENCIA DE UN SISTEMA SUJETO A TANTO RIESGO DE VARIA- BILIDAD EN SUS COSTOS DE EXPLOTACION. ESTOS \$ 1.500 MILL. QUE A PRI MERA VISTA PUDIERAN IMPRESIONAR, SIGNIFICAN EN LA PRACTICA QUE CADA ISAPRE HABRIA GANADO CERCA \$ 1.400 AL AÑO POR BENEFICIARIO CUBIERTO. EN OTRAS PALABRAS BASTARIA QUE CADA PERSONA HUBIESE DEMANDADO 1 CON SULTA MEDICA MAS EN EL AÑO O QUE CADA COTIZANTE SE HUBIESE QUEDADO 1 DIA MAS EN CAMA EN EL AÑO, PARA QUE LAS MENTADAS UTILIDADES DE LAS ISAPRES, SE ESFUMARAN.

LAS PRESTACIONES DE LAS ISAPRES.

ANALICEMOS AHORA UN RESUMEN DE LAS PRESTACIONES OTORGADAS POR EL SISTEMA ISAPRES DURANTE 1986, SEGUN SE EXPONE EN EL CUADRO Nº 10. EN EL SE APRECIA EL NIVEL DE CONSUMO DE CONSULTAS, DIAS CAMAS Y OTRAS PRESTACIONES DE SALUD, ASI COMO TAMBIEN LOS DIAS DE LICEN- CIAS MEDICAS FINANCIADAS POR EL SISTEMA DE ISAPRE, DE ACUERDO CON LA ULTIMA INFORMACION ANUAL DISPONIBLE.

PROPOSICION FINAL. LA ASIGNACION DE SALUD.

¿I PARTIMOS DEL HECHO DE QUE LA PLENA CAPACIDAD FISICA Y MENTAL DE LA PERSONA ES AL MENOS UNA META HACIA LA CUAL DEBEMOS DIRIGIR NUESTROS ESFUERZOS.

SI TOMAMOS NOTA DE QUE NUESTRA CONSTITUCION POLITICA ASEGURA A TODOS LOS CHILENOS EL DERECHO A PROTECCION DE LA SALUD. MEDICOS, ADMINISTRADORES EMPRESARIOS Y POLITICOS ESTUVIERAN DE ACUERDO EN INCENTIVAR LA ORGANIZACION EMPRESARIAL DE LA SALUD.

SI RECONOCEMOS EL CRECIENTE NIVEL DE AFILIACION EN LA POBLACION AL SISTEMA PRIVADO DE ISAPRES,

¿ COMO PODER LOGAR QUE LA MAYORIA DE LOS CHILENOS PARTICIPE DE SUS BENEFICIOS?

HOY DIA EL ESTADO, A TRAVES DE FONASA, ADMINISTRA CERCA DE \$ 100.000 MILL. AL AÑO PARA FINANCIAR SU APARATO CURATIVO DE SALUD, ESTO ES, EL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD. TAL SUMA PROVIENE EN UN 60% DE LAS COTIZACIONES DE LOS AFILIADOS A FONASA Y EN UN 40% DE APORTE FISCALES DIRECTOS A DICHO FONDO.

SI EL ESTADO DECIDIERA DESPRENDERSE DE LA ADMINISTRACION DIRECTA DE TODO EL APARATO DE SALUD, ES DECIR DE " PRODUCIR SALUD", DEBERIA AL MENOS FINANCIARLA, DISTRIBUYENDO ESOS \$ 100.000 MILL. ENTRE SUS 8.800.000 BENEFICIARIOS, CON LO CUAL CADA UNO DE ELLOS RECIBIRIA CERCA DE \$ 12.000 AL AÑO, ESTO ES \$ 1.000 MENSUALES.

CON ESOS \$ 1.000 MENSUALES POR PERSONA, CADA BENEFICIARIO PODRIA INTENTAR INGRESAR A UNA ISAPRE, PERO SI ANALIZAMOS EL PRECIO DE UNA COBERTURA DE SALUD DE LAS ISAPRES MAS BARATAS (PROMEPART Y CONSALUD), NOS ENCONTRAMOS QUE ESTE SEGURO CUESTA \$ 1.600 AL MES.

QUEDA ENTONCES UNA DIFERENCIA POR FINANCIAR EQUIVALENTE A \$ 600.- MENSUALES POR BENEFICIARIO, CANTIDAD QUE PROPONEMOS QUE EL ESTADO ENTREGUE A CADA PERSONA EN CALIDAD DE "ASIGNACION DE SALUD" PARECIDA

A LA ACTUAL ASIGNACION FAMILIAR CON LA UNICA RESTRICION DE QUE SEA DESTINADA A LA COMPRA DE UNA COBERTURA DE SALUD EN UNA ISAPRE. CON ELLO EL ESTADO SE LIMITARIA A DAR UNA ATENCION MINIMA AL INDIGENTE EN SALUD.

UNA MODERNIZACION COMO LA EXPUESTA TENDRIA LA TRIPLE VENTAJA DE PRIVATIZAR LA PRESTACION DE SALUD, CON TODOS LOS BENEFICIOS DE EFICIENCIA QUE ELLO SIGNIFICA, DESCARGANDO AL ESTADO DE LA ADMINISTRACION DE UN APARATAJE CUYO TAMAÑO YA NO LE ES MANEJABLE. POR OTRA PARTE HARIA PARTICIPAR AL AFILIADO DE LAS VENTAJAS DE UN SISTEMA QUE CLARAMENTE LE REPORTA MEJOR SERVICIO Y MAYORES POSIBILIDADES DE SATISFACER SU DEMANDA EN SALUD. FINALMENTE, PROVOCARIA UNA CORRECTA ASIGNACION DE RECURSOS EN UNA ACTIVIDAD TRADICIONALMENTE MUY HUERFANA DE ELLO, ATRAYENDO ASI A INVERSIONISTAS Y PROFESIONALES PRIVADOS A DESARROLLAR TANTO LA INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS DE SALUD, COMO SEA EL NIVEL QUE SUS CONSUMIDORES QUIERAN Y PUEDAN DEMANDAR.

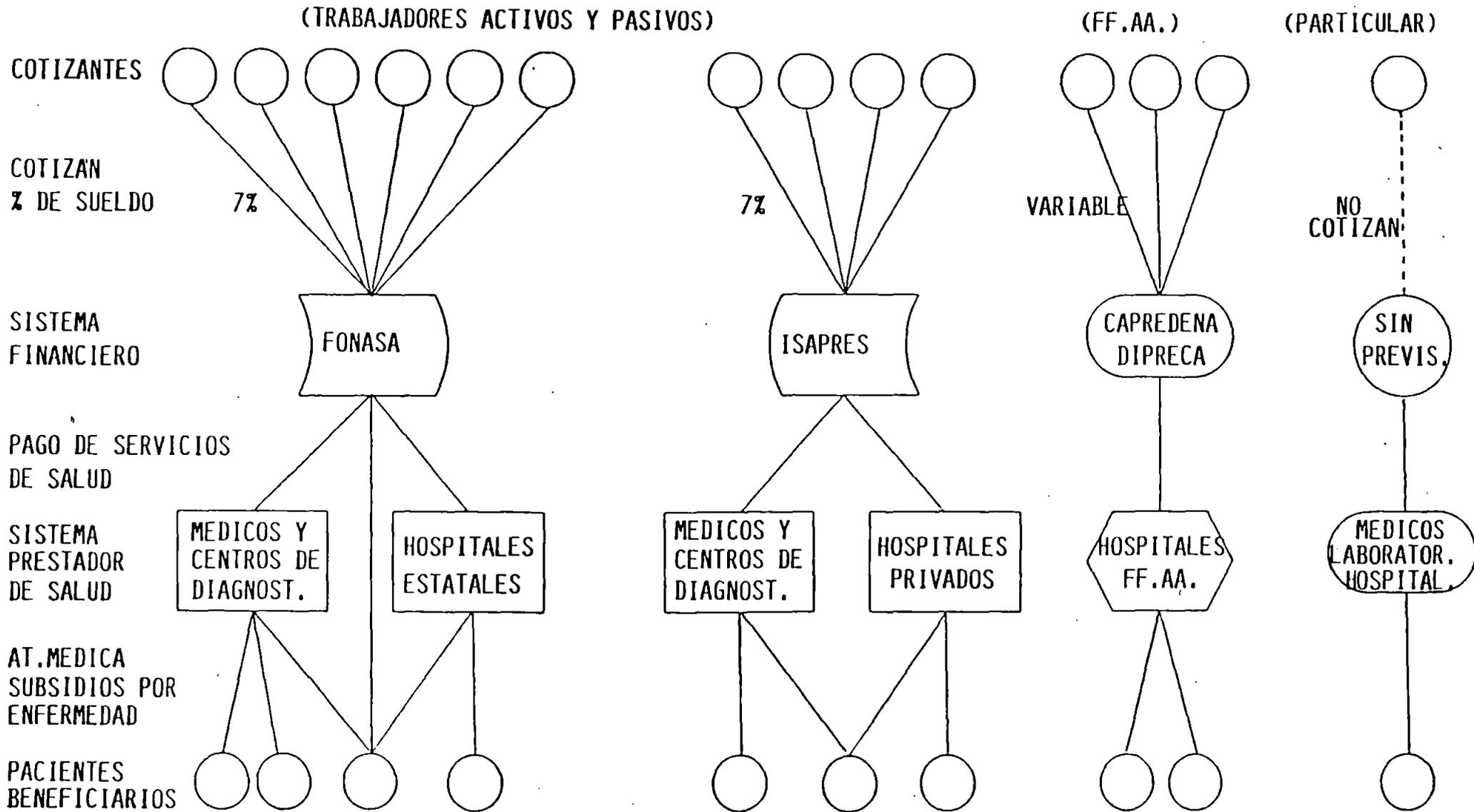
CUADRO N° 1

COMO LOGRAR LA SALUD DE LA POBLACION

- . MEDIANTE CONTROLES DEL NIÑO SAÑO
- . MEDIANTE PROGRAMAS DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA
- . MEDIANTE PROGRAMAS DE VACUNACION
- . MEDIANTE CONTROL DE LA MADRE EMBARAZADA
- . MEDIANTE INVERSIONES DE AGUA POTABLE
- . MEDIANTE INVERSION DE ALCANTARILLADO
- . MEDIANTE EDUACION PARA LA SALUD
- . MEDIANTE CONTROL DE FABRICACION DE ALIMENTOS
- . MEDIANTE CONTROL DEL MEDIO AMBIENTE
- . MEDIANTE MEDICAMENTOS
- . MEDIANTE MEDICINA CURATIVA

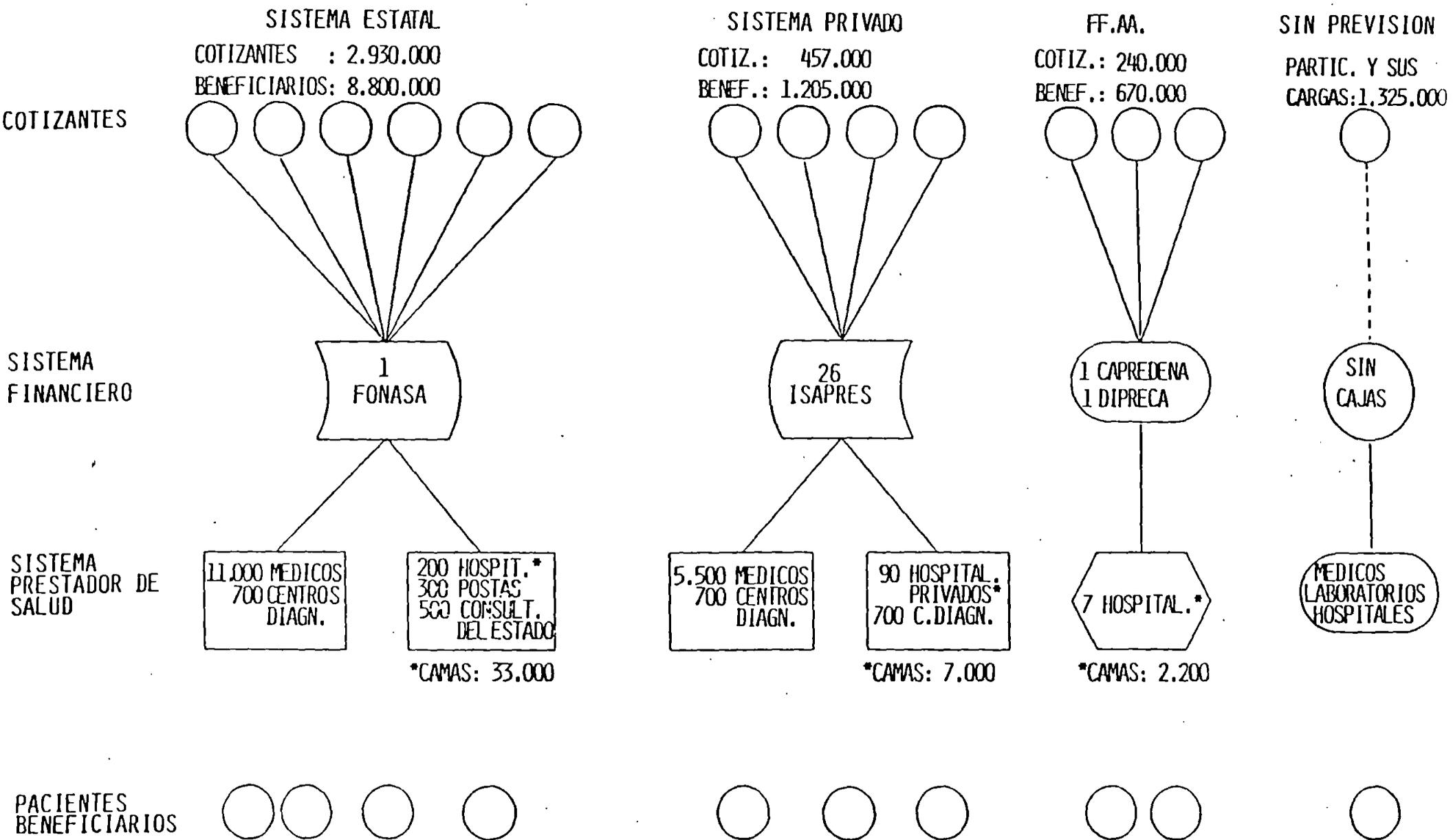
CUADRO N° 2

ESQUEMA DEL SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD



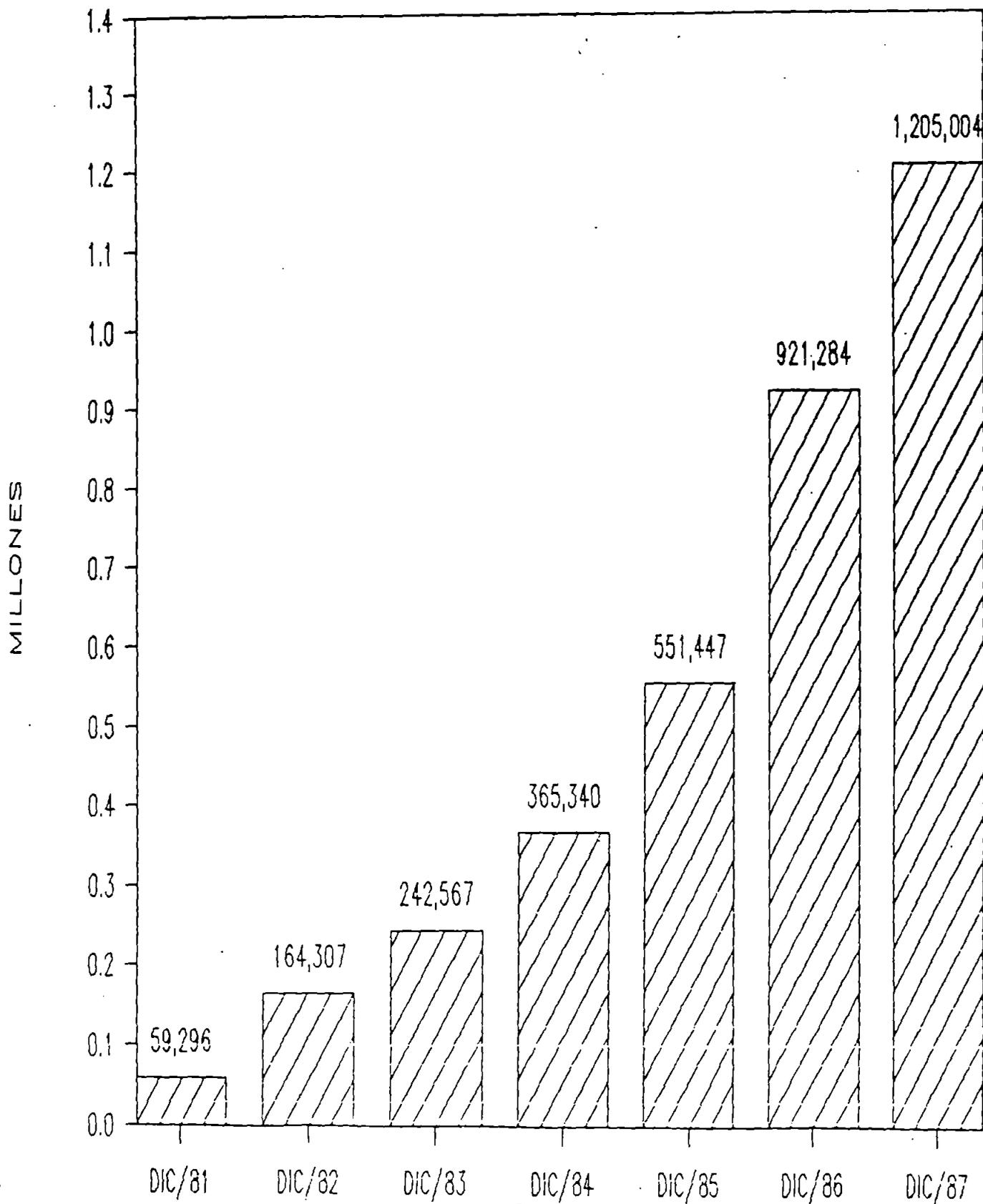
DISTRIBUCION CUANTITATIVA ENTRE SISTEMAS PREVISIONALES DE SALUD

CUADRO N° 3



EVOLUCION DE LOS BENEFIC. SIST. ISAPRES

CUADRO No 4



| | DIC/81 | DIC/82 | DIC/83 | DIC/84 | DIC/85 | DIC/86 | DIC/87 |
|-----------------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| BANMEDICA | X | X | X | X | X | X | X |
| CRUZ BLANCA | X | X | X | X | X | X | X |
| CONSALUD | | | | X | X | X | X |
| PROMEPART | | X | X | X | X | X | X |
| LUIS PASTEUR | X | X | X | X | X | X | X |
| SUD AMERICA | | X | X | X | X | X | X |
| COLMENA | X | X | X | X | X | X | X |
| LA CUMBRE | | | | X | X | X | X |
| NORMEDICA | | | X | X | X | X | X |
| INTERCLINICAS | | | | X | X | X | |
| VIDA TRES | | | | | | X | X |
| ISMED | | | | | | | X |
| GALENICA | | | | | | | X |
| COMPENSACION | | | | | | | X |
| ISAMEDICA | | | | | | | X |
| UNIMED | | | | | | | X |
| MAS VIDA | | | | | | | X |
| TOTAL ABIERTAS | 4 | 6 | 7 | 10 | 10 | 11 | 16 |
| BANCO CENTRAL | X | X | | | | | |
| SAN LORENZO | | X | X | X | X | X | X |
| EL TENIENTE | | X | X | X | X | X | X |
| CHUQUICAMATA | | X | X | X | X | X | X |
| RIO BLANCO | | | X | X | X | X | X |
| ISPEN | | | X | X | X | X | X |
| SHELL CHILE | | | | | X | X | X |
| BANCO DEL ESTADO | | | | | X | X | X |
| FERROSALUD | | | | | | X | X |
| ISAGAS | | | | | | X | X |
| ISTEL | | | | | | | X |
| TOTAL CERRADAS | 1 | 4 | 5 | 5 | 7 | 9 | 10 |
| TOTAL SISTEMA | 5 | 10 | 12 | 15 | 17 | 20 | 26 |

CUADRO N° 6

ALGUNOS TRABAJADORES AFILIADO AL SISTEMA ISAPRES

- . CARBONIFERA SCHWAGER
- . SOQUIMICH
- . MINERA MANTOS BLANCOS
- . MINERA EL INDIO
- . IANSA
- . CEMENTO MELON
- . CEMENTO POLPAICO
- . CAP HUACHIPATO
- . SOPORLE
- . CALAF TALCA
- . CHILECTRA
- . STANDARD ELECTRIC
- . COBRE CERRILLOS
- . ENAMI
- . MINERA DIPUTADA
- . LAN
- . MINISTERIO DE OBRAS PUBLICAS
- . CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA
- . CELULOSA ARAUCO Y CONSTITUCION
- . CORFO
- . DOS ALAMOS
- . LA TERCERA
- . EL MERCURIO
- . TODOS LOS BANCOS

CUADRO N° 7

ATENCION DE SALUD

(ENCUESTA GALLUP PARA EL CENTRO DE ESTUDIOS PÚBLICOS)

| | | FONASA | ISAPRE | NO SABE |
|---------------------|---------------|--------|--------|---------|
| | TOTAL | 37.7 | 29.3 | 32.9 |
| SEXO | : HOMBRES | 39.4 | 30.3 | 30.2 |
| | : MUJERES | 36.3 | 28.4 | 35.2 |
| EDAD | 18 A 24 | 31.0 | 35.4 | 33.7 |
| | : 25 A 39 | 41.0 | 32.0 | 27.0 |
| | 40 Y MÁS | 38.4 | 23.7 | 37.9 |
| GR. SOCIO ECONOMICO | ALTO | 27.5 | 59.2 | 13.3 |
| | : MEDIO | 37.4 | 35.5 | 27.1 |
| | BAJO | 40.1 | 18.4 | 41.5 |
| ESTRATIF. POLITICA | IZQUIERDA | 32.8 | 27.4 | 39.8 |
| | CENTRO IZQ. | 39.8 | 34.2 | 26.0 |
| | CENTRO | 40.0 | 36.2 | 23.8 |
| | : CENTRO DER. | 27.3 | 55.0 | 17.7 |
| | DERECHA | 28.0 | 33.3 | 38.7 |
| | INDEPENDIENTE | 41.6 | 28.3 | 30.1 |
| | NO DEFINIDO | 33.7 | 20.4 | 45.9 |

CUADRO N° 9

RESUMEN RESULTADOS DEL SISTEMA ISAPRES

(CIFRAS EN MILL. \$ A SEPTIEMBRE DE 1987)

| | INGRESOS | COSTOS DE EXPLORACION | GASTOS DE ADMIN. Y VTAS. | UTILIDAD FINAL A SEPTIEMBRE/87 | PROYECCION UTILIDAD A DICIEMBRE/87 (*) |
|------------------|----------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|---|
| ISAPRES ABIERTAS | 19,984 | 14,472 | 4,947 | 1,161 | 1,548 |
| ISAPRES CERRADAS | 4,075 | 3,846 | 646 | (26) | (35) |
| TOTAL SISTEMA | 24,059 | 18,318 | 5,593 | 1,135 | 1,513 |
| % | 100.0 | 76.1 | 23.2 | 4.7 | 4.7 |

(*) : SE SUPONE COMPORTAMIENTO LINEAL.

RESUMEN DE PRESTACIONES R/G/ POR EL SISTEMA ISAPRES AÑO 1986

| PRESTACIONES | SISTEMA ABIERTO | | SISTEMA CERRADO | | TOTAL SISTEMA | |
|------------------|-----------------|--------|-----------------|--------|---------------|--------|
| | N° | TASA | N° | TASA | N° | TASA |
| CONSULTAS | 2,341,775 | 3.945 | 734,010 | 5.696 | 3,075,785 | 4.258 |
| DIA CAMA | 224,630 | 0.378 | 91,755 | 0.712 | 316,385 | 0.438 |
| PARTOS | 20,074 | 0.034 | 1,008 | 0.008 | 21,082 | 0.029 |
| EX. LABORATORIO | 1,793,580 | 3.022 | 381,125 | 2.957 | 2,174,705 | 3.010 |
| EX. RADIOLOGICOS | 551,844 | 0.930 | 76,849 | 0.596 | 628,693 | 0.870 |
| OTRAS | 1,384,387 | 2.332 | 402,829 | 3.126 | 1,787,216 | 2.474 |
| TOTAL | 6,316,290 | 10.642 | 1,687,576 | 13.095 | 8,003,866 | 11.079 |

RESUMEN DE SUBSIDIOS OTORGADOS POR EL SISTEMA ISAPRES AÑO 1986

| | SISTEMA ABIERTO | | SISTEMA CERRADO | | TOTAL SISTEMA | |
|------------|-----------------|-------|-----------------|-------|---------------|-------|
| | N° DIAS | TASA | N° DIAS | TASA | N° DIAS | TASA |
| CURATIVA | 1,119,137 | 4.911 | 263,948 | 7.145 | 1,383,085 | 5.223 |
| PREVENTIVA | 25,676 | 0.113 | 9,954 | 0.269 | 35,630 | 0.135 |
| MATERNAL | 601,570 | 2.640 | 23,934 | 0.648 | 625,504 | 2.362 |
| HIJO MENOR | 27,537 | 0.121 | 598 | 0.016 | 28,135 | 0.106 |
| TOTAL | 1,773,920 | 7.785 | 298,434 | 8.078 | 2,072,354 | 7.826 |

PRE INFORME
COMISION ESPECIAL

C. E. S.

PRESENTE Y FUTURO DE LAS ISAPRES

SANTIAGO, ABRIL 1989

I. INTRODUCCION

En respuesta a la consulta formulada por el Presidente de la República al Consejo Económico y Social, en relación con la actividad presente y la proyección futura de las ISAPRES, el día 22 de Noviembre de 1988 se constituyó una Comisión Especial de Trabajo integrada por los siguientes Consejeros:

Sra. Verónica González
Sra. Mary Díaz
Sra. Aurora Zúñiga
Sr. José Miguel Errázuriz
Sr. Jorge Escobar
Sr. Jorge Garrao
Sr. Carlos Guajardo
Sr. Julio Luengo
Sr. Domingo Márquez
Sr. Hugo Navarrete
Sr. Rafael Rosales
Sr. Santiago Sanhueza
Sr. Mario Santander
Sr. Walter Toro
Sr. Jorge Troncoso
Sr. Fabio Valdés

Coordinadores: Sres. Rafael Avaria y Carlos Galvarini.

Se eligió como Presidente de la Comisión al Consejero Sr. Fabio Valdés y como Vicepresidente a la Sra. Aurora Zúñiga.

La Comisión se reunió en 5 oportunidades entre el 22 de Noviembre de 1988 y el 13 de Marzo de 1989. En algunas de ellas, sus miembros intercambiaron puntos de vista sobre el sistema privado de salud, en otras, la Comisión recibió el testimonio de invitados especiales,

tales como; el Director de FONASA, Sr. Rafael Caviedes, el Presidente de la Asociación de ISAPRES, Dr. René Merino y el Presidente de la Comisión de Salud del Partido Demócrata Cristiano, Dr. Jorge Jiménez de la Jara. También fue invitado el Dr. Mario Lillo, Coordinador del programa de salud del Partido por la Democracia (PPD), quien luego de aceptar la invitación desistió a última hora, aduciendo recomendaciones de la directiva de su partido.

En la última Sesión de fecha 13 de Marzo de 1989, se eligió la comisión redactora del presente informe, integrada por los consejeros Sres. Jorge Escobar, Jorge Garrao, Santiago Sanhueza y Fabio Valdés, y por el Coordinador Sr. Rafael Avaria.

II. EL PRESENTE DE LAS ISAPRES

La cotización obligatoria para salud

Desde hace muchos años, la legislación social chilena instituyó el concepto de cotización obligatoria para salud, como descuento de la remuneración de los trabajadores dependientes. Tal cotización es hoy día de un 7% del sueldo y constituye en la práctica una "prima de seguro", que el trabajador paga todos los meses para financiar total o parcialmente sus futuros gastos de salud y los de su grupo familiar, además del 100% de su renta imponible en caso de padecer alguna enfermedad que le signifique ausencia del trabajo.

La libertad de destino de la cotización de salud

Hasta el año 1981, la cotización para salud no sólo era obligatoria sino que también su destino era obligatorio: Al Estado, a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA). A partir de Agosto de 1981,

con la creación del sistema de ISAPRES, se liberalizó el destino de la cotización de tal forma que desde esa fecha puede enviarse voluntariamente a FONASA o a alguna ISAPRE, las que desde ese momento constituyen alternativas privadas al sistema estatal.

Con ello se extendió también al campo de la salud previsional, el principio de libertad de elección que muy poco antes (en Mayo de 1981) se había comenzado a aplicar en el rubro de pensiones y rentas vitalicias, con la creación del sistema de Administradoras de Fondos de Pensiones, A.F.P.

Desarrollo de las ISAPRES

Hoy día, a siete años de creado el sistema, ya existen 30 ISAPRES alternativas al FONASA, donde los trabajadores pueden depositar su cotización de salud y más de 250 planes de salud diferentes.

Según se puede apreciar en el cuadro N°1, de las 30 ISAPRES, 19 son "abiertas" y 11 "cerradas", es decir formadas exclusivamente para atender a trabajadores de aquellas empresas que han contribuido a su formación (Banco del Estado, CODELCO, ENDESA, etc.). Por su parte, de entre las "abiertas", las hay netamente privadas, otras formadas por corporaciones mutualista o cooperativas y las llamadas "ISAPRES Médicas", de propiedad preferentemente de médicos.

El sistema de ISAPRES ha conservado un ritmo sostenido de crecimiento durante los últimos cuatro años, tal como se puede apreciar en el cuadro N°2. Las cifras demuestran que en cada mes ingresan cerca de 25.000 nuevas personas al sistema, lo que significa que éste va caminando cada vez más hacia sectores de más bajos ingresos.

Una prueba de ello se puede apreciar en el cuadro N°3, donde se observa como el sistema ha buscado crear planes de menor cotización

promedio (más baratos), para ir alcanzando con ello sectores de la población de menores ingresos.

Ventajas del sistema ISAPRES

Existe relativo consenso dentro de la Comisión y entre los invitados, que las ISAPRES han significado una notoria mejoría en los siguientes aspectos:

- Permiten la libertad de elección.
- Incentivan la competencia ofreciendo más y mejores planes.
- Mejoran el nivel de recursos financieros y aranceles médicos.
- Mejoran la administración de la salud.
- Mejoran el poder de negociación del afiliado frente al ente prestador.

La Libertad de Elección.

La libertad de elección es quizás la ventaja matriz del sistema de ISAPRES, ya que de ella se derivan varias de sus bondades restantes. Ella es tan importante que en la práctica ha significado cambiarle el status a la cotización obligatoria del 7%. En efecto, antes, cuando su destino era obligatorio a FONASA, el afiliado la percibía como un impuesto cuyo destino desconocía. Hoy, lejos de ser un impuesto, el 7% es de su propiedad y por tanto de libre destino. Este cambio se refleja en el hecho de que frente a una ISAPRE, el afiliado "exige" el servicio que compró con su cotización, en cambio frente al FONASA, el afiliado "pide" que se le atienda lo mejor posible.

La Competencia.

La competencia entre ISAPRES ha sido muy fuerte, la gran cantidad

de ISAPRES y de planes que existen hoy día, reportan al afiliado, otros beneficios de salud complementarios, cuya solución ha estado muy poco presente en el sistema estatal. Es el caso de la odontología, los anteojos, audífonos, prótesis, ortesis y otros accesorios médicos de uso cada vez más frecuente.

Mayores recursos.

Los mayores recursos financieros que el sistema ISAPRES ha inyectado a la actividad prestadora de salud, se han manifestado a través del mejor nivel de aranceles y remuneraciones, al que hoy día tienen acceso los médicos, enfermeras y administrativos que prestan sus servicios en las ISAPRES. A título de ejemplo, un médico de ISAPRE recibe en promedio \$ 1.750 por hora médica, en cambio en el Estado se contrata -también en promedio- por \$ 1.050 por hora médica. Una enfermera gana cerca de \$ 120.000 mensuales en la actividad privada, en cambio en el Estado su sueldo promedio es de \$ 84.000.

También este influjo de mayores recursos económicos, ha significado construcción, ampliación o mejoría del nivel de ocupación de las clínicas. En el primer caso se encuentran las siguientes nuevas clínicas: Centro Traumatológico San Marcos de Arica, Clínica Mutual y nueva Clínica Schweitzer de Iquique, Clínica Calama, Clínica Antofagasta, Clínica Central, del Norte, Mutual Cámara Construcción y Baquedano de Antofagasta, Clínica Copiapó, Clínica Santa Teresa de Vallenar, Clínicas La Serena y Manuel Rodríguez de La Serena, Clínica Los Carrera de Quilpué y Reñaca de Viña del Mar, Hospital FUSAT y Clínica Las Dalias de Rancagua, Clínicas San Carlos y Adventista de Chillán y Los Angeles, Clínica Los Alerces de Concepción y Clínica Siresa de Temuco.

La ampliación, como alternativa a veces económicamente más recomendable, ha llegado a las siguientes clínicas de Chile: Cadena de Hospitales de las Mutuales de Seguridad, Asociación Chilena de Seguridad e Instituto de Seguridad del Trabajo, que hoy día también venden servicios del sistema de ISAPRES. Clínicas Lautaro y Maternidad de Arica, Clínica San Francisco de San Fernando, del Maule en Talca e IMEGA de Punta Arenas. Clínicas Alemana, Las Condes, Santa María, Dávila y Carolina Freire de Santiago.

Por último, la mejoría en el índice ocupacional, es un fenómeno del que hoy día gozan sin excepción todas las clínicas y hospitales del país. El sistema de ISAPRES, salvó incluso de la quiebra a muchas de ellas, cuyo índice ocupacional era muy precario.

Capacidad Negociadora del Afiliado.

Otro aspecto digno de destacarse, es el importante papel negociador que las ISAPRES han transferido a sus afiliados al hacerlos partícipes de sus sistemas de convenios con clínicas, laboratorios y médicos, lo que ha redundado en beneficios económicos para sus beneficiarios. A juicio de los Consejeros, existen en todo caso, algunos ejemplos, en algunos lugares del país, en que tal ventaja no ha podido materializarse o se ha visto disminuida, debido a comportamientos monopólicos de médicos y/o clínicas, que a juicio de los Consejeros debería sancionar la Comisión Antimonopolios por el daño que ello está provocando a los afiliados.

En resumen, en opinión de los Consejeros las ISAPRES están cumpliendo bien su papel en aquel sector de la población que ha podido acceder a ellas.

Subsiste sin embargo la inquietud entre los Consejeros, de que esta mejoría -aún cuando sea bienvenida- ha creado una notoria diferencia de acceso a la salud, en relación a aquellas personas que por razones económicas aún no pueden acceder al sistema. Tal diferencia se ve más agravada por la insuficiencia del servicio hospitalario estatal.

Son múltiples las razones que se esgrimen para tratar de explicarse tal diferencia. Unas apuntan a escasos recursos fiscales, otras a mala administración hospitalaria y algunas al hecho de que el sistema de cobro estatal no incentiva el pago de las prestaciones por cuanto algunos trabajadores, a veces incluso de acuerdo con su empleador, ocultan sus verdadero ingreso, con el fin de caer en la categoría de sueldo que le reporta gratuidad hospitalaria.

Aún cuando los problemas de la salud estatal no corresponden precisamente a este informe, su diferencia con la salud privada lleva a los Consejeros a plantear una redefinición del aporte estatal para salud, transformándolo en una "asignación de salud" que reciba cada chileno y que le permita cada vez a más individuos traspasarse desde el sistema estatal, al privado de las ISAPRES, logrando con ello que cada vez más personas puedan acceder a sus ventajas.

Deficiencias del sistema ISAPRES

Si bien se reconoce al sistema ISAPRES significativos avances como los descritos, en opinión de los Consejeros hay algunos temas que las ISAPRES no han abordado bien y que es preciso corregir, entre los cuales destacan:

- Duración de los contratos.
- Exclusiones y enfermedades preexistentes.
- Falta de organismo rector.
- La salud preventiva.

Duración de los Contratos.

Quizás la crítica más frecuente expresada por los Consejeros fue la posibilidad de las ISAPRES de caducar los contratos sin expresión de causa, una vez al año. Asimismo, se considera excesiva la periodicidad mensual con que hoy día los afiliados pueden cambiarse de ISAPRE. De entre otras alternativas pareció emerger como más razonable aquélla en virtud de la cual la ISAPRE otorgue cobertura vitalicia al afiliado, y éste, pueda cambiarse de ISAPRES sólo cada dos años, por ejemplo. Ello daría más estabilidad al sistema por lado y lado. El afiliado sentiría que su contrato queda a salvo de un arbitrio y la ISAPRE contaría con una masa asegurada más estable, que le permitiría reducir sus gastos de administración y aplicar con más certeza sus estadísticas de probabilidad.

Por su parte, el sistema de contrato vitalicio otorga también solución a los pensionados, en el sentido de que ya no se les podrá discriminar por su calidad de tales. En otras palabras, si bien se reconoce que el paso de la vida activa a la vida pasiva puede significar mayores gastos en salud y por ende mayores costos, ello no obsta para que en ese transcurso, el afiliado pueda continuar gozando de los beneficios del sistema de ISAPRES y no deba volver, contra su voluntad, al sistema estatal.

Enfermedades Preexistentes.

Otra materia que los Consejeros consideran conflictiva, es el

tratamiento de las enfermedades preexistentes y las exclusiones de cobertura que hoy día tienen algunas ISAPRES. No existe una solución fácil al problema. Una de ellas consiste en dar cobertura a las preexistencias después de un período de dos o tres años de estadía en la ISAPRE. Otras se encaminan a cobrar una tarifa especial a través de una especie de "cuenta paralela para salud", destinada a solventar su cobertura.

Superintendencia.

En lo que se refiere al organismo rector, la Comisión está conciente del hecho de que actualmente se encuentra en tramitación un proyecto de ley que crea la Superintendencia de ISAPRES, tal como lo informó el Director del Fondo Nacional de Salud. Aún cuando hoy día FONASA cumple el papel contralor de las ISAPRES, los consejeros esperan ver en la nueva Superintendencia un organismo independiente de control de la sanidad financiera del sistema, y del cumplimiento de sus obligaciones legales, atribuyéndole especial importancia a su papel de árbitro en los conflictos entre ISAPRES y afiliados.

Salud Preventiva.

Aún cuando existe conciencia que la ausencia de contratos a largo plazo conspira en contra de ello, se recomendó a las ISAPRES hacer mayor fomento a la Prevención de la Salud de lo que hoy día hacen. Ello a través de programas o campañas educativas que orienten a sus usuarios a adoptar conductas de vida sana, que redunden en una mayor expectativa de vida y en un estado físico saludable. En todo caso, es preciso aclarar que según todos los entendidos en la materia, la mejor prevención se encuentra más allá del área de la

salud, esto es, el suministro de agua potable, de alcantarillado, la buena alimentación, el buen aire y los hábitos de vida correctos, razón por la cual esta materia no es atribuible a las ISAPRES ni a FONASA, porque trasciende sus ámbitos de acción.

El Lucro.

También se abordaron críticas tales como la de "conversión de la salud en una mercancía", de los "afanes de lucro del sistema de ISAPRES", las que si bien tienen poco fundamento conceptual, son frecuentes y dañinas para el sistema de ISAPRES. Detrás de ellos está la resistencia de esos críticos a reconocer en la salud como una actividad económica, un servicio caro, que tiene costos crecientes y demanda infinita. En otras palabras, que requiere de un análisis económico para enfrentar el típico dilema de recursos limitados frente a demanda ilimitada.

Estamos aquí frente a una etapa de transición y por ende de confusión. Estamos pasando desde un sistema de salud estatal, donde la participación privada no se conocía y donde se prefería la ineficiencia de un gran aparato estatal de salud, antes de que ninguna empresa privada de salud pudiese tener utilidades. La Comisión admite que ésta es una cuestión de juicio de valor sobre el cual cada uno de los miembros tiene aproximaciones diferentes. Lo concreto es reconocer en todo caso, que la raíz de esa crítica proviene de allí y va a persistir hasta que la sociedad chilena vaya aceptando el concepto de que la "salud" tal como la "alimentación" y el "vestuario" son actividades "privatizables", esto es administrables también por empresas privadas.

Uso Incorrecto.

Finalmente se planteó el agudo problema que hoy día enfrentan las ISAPRES con algunos usuarios que hacen uso fraudulento del sistema, a veces incluso, sin especial mala fe. Aunque algunos casos ya han sido sancionados por la justicia, es deseable educar a los afiliados sobre los efectos que ello tiene en el alza general de precio de los planes de ISAPRES, con lo cual se está haciendo pagar a "justos por pecadores".

III. FUTURO DE LAS ISAPRES

Son múltiples y variadas las ideas surgidas al interior de la Comisión, tendientes a perfeccionar el sistema de ISAPRES. Entre ellas destacan:

- Asignación de salud.
- Diversificación del Fondo de Garantía.
- Mecanismos control de uso del sistema.
- Planes de administración delegada.

Analizando el futuro, un cálculo simple en base a la proyección de la actual tasa de crecimiento de las ISAPRES (25% anual), nos lleva a la conclusión de que en 7 años más toda la población laboral chilena y su respectivo grupo familiar podría estar incorporada al sistema privado de salud. No obstante, surge aquí el impedimento económico para que ello se materialice, debido a que el 7% de sueldos cada vez menores son cantidades de dinero también inferiores, que no alcanzan para comprar, aún el plan más bajo de las

ISAPRES. Aquí se presenta entonces el rol redistributivo del Estado, haciendo posible el derecho constitucional relativo al derecho de la salud.

Asignación de Salud.

Bajo el actual esquema de salud chileno -vigente por lo demás por muchos años- el Estado está cumpliendo su papel redistributivo, bajo la forma de lo que se denomina "**subsidio a la oferta**" esto es, financiando directamente gran parte del aparato estatal de salud. La Comisión debatió la posibilidad alternativa de transformar ese aporte estatal o uno mayor, en un "**subsidio a la demanda**", esto es una "**asignación de salud**" para que, sumada al aporte del 7%, cada individuo decida si destina esa cotización a FONASA o a una ISAPRE. Esta sería una alternativa mucho más libre para la persona, porque con ello "**hace suyo**" el aporte fiscal, cuyo destino hoy no maneja y sobre el cual no puede hacer nada, para que se use mejor.

Inversión de Garantía.

En otro orden de cosas, la Comisión estimó como una medida que podría incentivar el desarrollo de las ISAPRES a futuro, el hecho de que la legislación les permitiera invertir parte de los **FONDOS DE GARANTIA**, en construcción hospitalaria, tal como está autorizado hoy día a las Mutuales de Accidentes del Trabajo y que tanto ha fomentado su desarrollo hospitalario. Hoy las ISAPRES tienen depositados en FONASA cerca de 18 millones de dólares, cifra que se estima suficiente para construir cuatro hospitales de nivel medio. Una liberalización parcial de estas inversiones podría fomentar los "**planes cerrados**" que son más baratos y fomentar la expansión del sistema hacia sectores de más bajos ingresos.

Uso Controlado.

Se comentó además la idea de sugerir a las ISAPRES que instauren mecanismos que incentiven a sus afiliados a no sobre-usar el sistema evitando de paso, lo que está sucediendo en países desarrollados, donde las enormes facilidades de acceso a la salud hacen que sus habitantes consulten al médico casi una vez al mes, esto es 4 veces más que en Chile. Ello -cuando es innecesario- encarece enormemente las "primas" de las ISAPRES y se vuelve a producir el círculo vicioso que afecta a las personas de menores recursos, que finalmente no pueden pagar esta alza de costos y terminan otra vez en sistemas estatales más deficientes.

Planes de Administración.

En otro orden de cosas, se propone sugerir otras formas de financiamiento de la salud, a través de "planes de administración" en conjunto con asociaciones de empleados o de pensionados, en virtud de los cuales la ISAPRE aporte su conocimiento en la administración del plan y la Asociación modere el uso del mismo y financie sus eventuales déficit y recoja también sus utilidades.

Conclusión.

Finalmente, cabe destacar como hecho significativo de los debates de la Comisión, que todos los Consejeros -ya sea por su calidad de dirigentes sindicales, gremiales o por trabajar directamente en la prestación o administración de la salud- se manifestaron muy preocupados del tema y vivamente interesados en buscar soluciones, seguramente porque sus bases, sus pacientes o sus clientes así lo requieren. La salud y su administración tienen una sensibilidad

política sumamente alta en la población y por lo tanto el diseño de un sistema privado, estatal o mixto que sea moderno y efectivo, es una materia que requiere alta preocupación dentro de las autoridades de Gobierno.

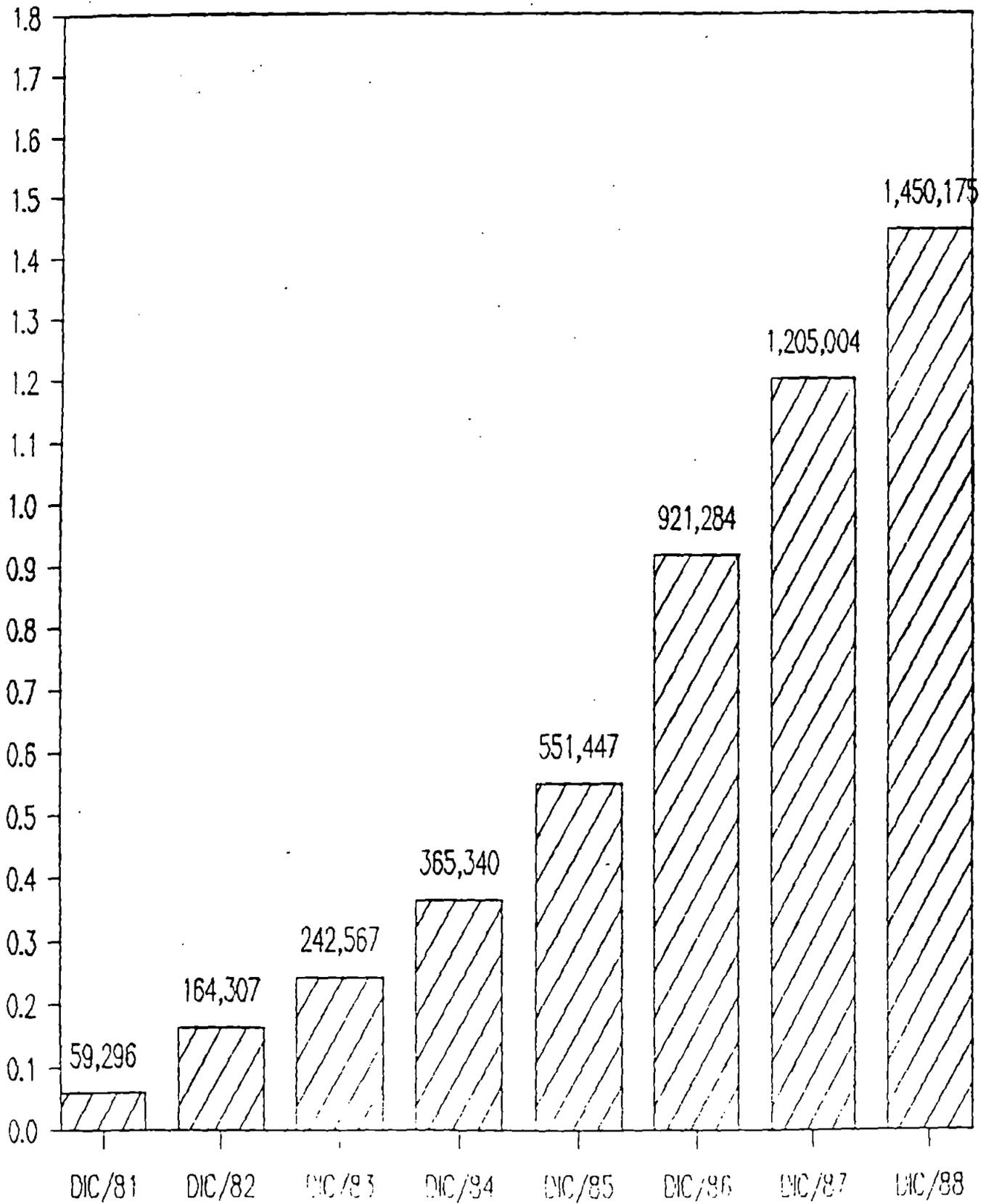
En opinión de los Consejeros las ISAPRES contienen el germen de esos atributos, razón por lo cual la Comisión estima que su desarrollo futuro está fuertemente ligado con la solución que se busca.

CUADRO N° 1

ISAPRES A DICIEMBRE 1988

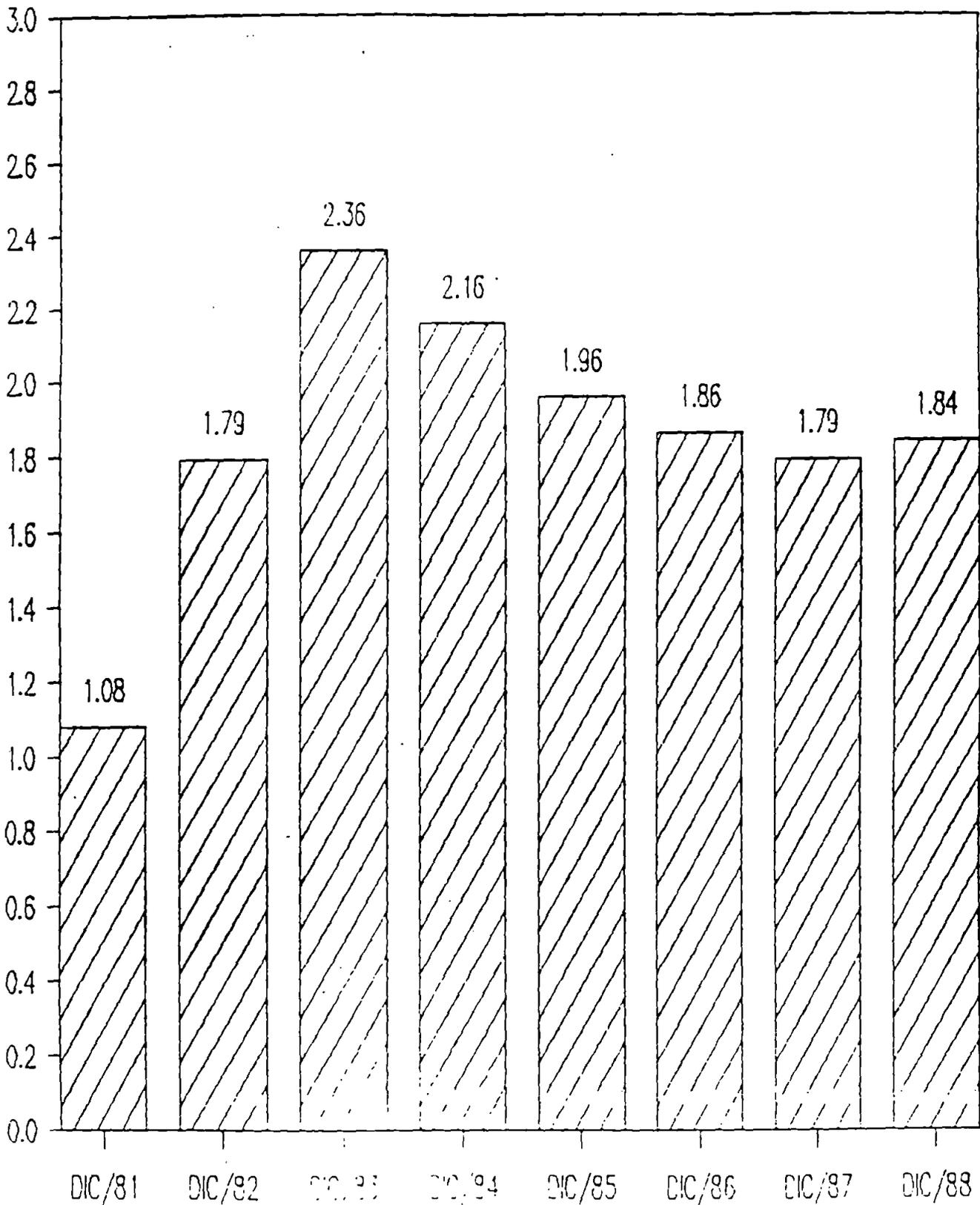
| ISAPRE | COTIZACIONES (M\$ Dic.88) | BENEFICIARIOS (Dic.88) |
|-------------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| 1 Consalud | 833,992 | 316,531 |
| 2 Banmédica S.A. | 699,274 | 209,885 |
| 3 Cruz Blanca S.A. | 510,350 | 115,052 |
| 4 Colmena | 508,050 | 143,279 |
| 5 Promepart | 488,835 | 184,641 |
| 6 Vida Tres S.A. | 323,787 | 55,513 |
| 7 Compensación S.A. (E. Sudamérica) | 194,455 | 95,893 |
| 8 Luis Pasteur | 162,791 | 44,979 |
| 9 Compensación S.A. | 112,533 | 48,503 |
| 10 Normédica | 77,933 | 28,073 |
| 11 La Cumbre | 74,987 | 11,184 |
| 12 Unimed S.A. | 23,143 | 6,760 |
| 13 Mas Vida S.A. | 23,029 | 6,827 |
| 14 Isamédica S.A. | 18,530 | 7,594 |
| 15 Coral S.A. | 14,994 | 7,761 |
| 16 Galénica S.A. | 6,913 | 2,667 |
| 17 Ismed S.A. | 4,946 | 2,438 |
| 18 Cigna Salud S.A. | 3,493 | 1,103 |
| 19 Los Lagos | 3,031 | 695 |
| Total Abiertas | 4,085,066 | 1,279,378 |
| 1 Bco. Del Estado | 113,958 | 33,965 |
| 2 Chuquicamata | 111,391 | 34,361 |
| 3 El Teniente | 100,685 | 33,106 |
| 4 Ispen | 49,392 | 12,726 |
| 5 Istel Ltda. | 41,209 | 12,934 |
| 6 San Lorenzo | 35,896 | 12,849 |
| 7 Rio Blanco | 23,377 | 8,056 |
| 8 Ferrosalud S.A. | 15,918 | 13,182 |
| 9 Crisol Ltda. | 12,715 | 5,437 |
| 10 Shell Chile | 8,539 | 1,941 |
| 11 Isagas | 7,775 | 2,260 |
| Total Cerradas | 520,855 | 170,797 |
| Total Sistema | 4,605,921 | 1,450,175 |

EVOLUCION DE BENEFIC. SISTEMA ISAPRES



EVOLUCION COTIZACION PROM. SIS. ISAPRES

CIFRAS EN U.F.



ISAPRE CONSALUD

BREVE ANALISIS DEL SISTEMA ISAPRE

- I. ANTECEDENTES GENERALES DEL SISTEMA
- II. ISAPRE CONSALUD
- III. EXTINCION DEL SISTEMA ISAPRE (HIPOTESIS)
- IV. REFORMAS AL SISTEMA ISAPRE (HIPOTESIS)

CONCLUSIONES

SANTIAGO, NOVIEMBRE DE 1988.

I. ANTECEDENTES GENERALES DEL SISTEMA

Origen de las Isapre

1. La Constitución Política de 1980 establece como garantía el derecho a la protección de la salud.

El artículo 19 Nº 9 dispone que el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.

Es deber preferente del Estado, expresa la Carta Fundamental, garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, pudiendo establecer cotizaciones obligatorias.

También establece que cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.

La norma constitucional citada es de la mayor importancia porque :

- a) Consagra la posibilidad de que coexistan sistemas de salud estatales y privados. Significa una prohibición de un sistema monopólico de salud. No podría existir un sistema único.
- b) Establece y reconoce el derecho individual de escoger libremente entre los distintos sistemas de salud.

En otras palabras, el acceso a la salud lo tienen los habitantes de nuestro país a través del sistema estatal o, a través de lo que el sector privado ofrezca.

2. Las Isapres (instituciones de salud previsual), forman parte del sistema privado de atención de la salud y surgen de la norma contenida en el DL 3.626, de 1981, que modificó el artículo 84 del DL 3.500 de 1980, permitiendo que los trabajadores aportaran su cotización para salud a una entidad distinta a las instituciones de previsión existentes hasta ese momento, con el propósito de obtener prestaciones y beneficios de salud.

El 1º de junio de 1981 entra en vigencia el D.F.L. Nº 3 del Ministerio de Salud, que es el cuerpo legal que regula la constitución y el funcionamiento de las instituciones de salud previsual (ISAPRE).

Sus normas consagran el contrato de salud, como el instrumento jurídico que vincula a la Isapre con el trabajador, quien pasa a llamarse afiliado.

En 1985, se dicta la ley Nº 18.469, y su Reglamento, el DS. Nº 369 del Ministerio de Salud. Estas normas regulan el sistema de atención de salud estatal y establecen ciertas obligaciones para las isapres.

Características básicas de las Isapres

1. Las prestaciones que puede obtener un afiliado a este sistema serán todas aquellas que pacte directamente con la Isapre, la que cual esté obligada, en todo caso, a entregar ciertos beneficios mínimos que la ley fija.
2. La misma ley ha dispuesto que los beneficios que se pacten con un afiliado se extienden de pleno derecho a las personas que sean sus cargas familiares.
3. La cotización mínima legal para salud es actualmente de un 7% de la remuneración imponible del trabajador. Existen cotizaciones distintas, pactadas, superiores al 7% mencionado, que se expresan en pesos, unidades de fomento u otras unidades.
4. Las modalidades de atención están indicadas en los planes que la institución ofrece, que podrán ser abiertos, cerrados, de libre elección, mixtos, etc.
5. Los aranceles que debe pagar el afiliado también están determinados por el plan pactado y generalmente cada isapre tiene su arancel.
6. Finalmente, el afiliado y sus beneficiarios pueden: a) obtener las prestaciones de salud de los profesionales, centros médicos, laboratorios o clínicas con los que la institución tenga convenio; b) de aquellos que utilice según su libre elección y c) a través de la infraestructura propia que la isapre pueda ofrecerle.
7. La institución que tiene a su cargo la fiscalización de las isapres, es en la actualidad el Fondo Nacional de Salud (FONASA), por mandato del artículo 1º del D.F.L. Nº 3, de 1981, del Ministerio de Salud.

Aunque su campo de acción no está del todo delimitado, FONASA ejerce un estricto control en varias materias y tiene facultades disciplinarias, incluso la de cancelación del registro de las Isapres.

II. ISAPRE CONSALUD

1. Naturaleza jurídica :

Dentro del marco legal que se describe anteriormente nace Isapre Consalud, creada en el año 1983 como una Corporación de carácter privado, sin fines de lucro.

Son sus socios fundadores la Cámara Chilena de la Construcción, la Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción, el Servicio Médico de la Cámara Chilena de la Construcción, la Caja de Compensación de Los Andes y la Sociedad de Inversiones y Servicios La Construcción S.A.

Está regida por sus Estatutos, que fueron reducidos a escritura pública el 5 de septiembre de 1983 ante el Notario de Santiago don Enrique Morgan Torres; por las disposiciones del Título Trigésimo Tercero del Libro Primero del Código Civil y por las demás disposiciones legales y reglamentarias pertinentes.

2. Personalidad jurídica :

Le fue concedida por Decreto Supremo N° 1.026 de 24 de octubre de 1983, del Ministerio de Justicia, que se publicó en el Diario Oficial de 10 de Noviembre del mismo año.

3. Autorización para operar como Isapre :

La solicitud de Registro de Isapre Consalud como Institución de Salud Previsional fue aprobada por Resolución Exenta N° 3474 de 30 de noviembre de 1983, del Fondo Nacional de Salud, que le asignó el Código N° 71.

4. Objetivos de la Isapre :

Están señalados en sus estatutos y son los siguientes :

- a) Constituirse como una Institución de Salud Previsional, conforme a las normas del Decreto con Fuerza de Ley N° 3, de 1981 del Ministerio de Salud, a fin de prestar atención médica en la forma y condiciones que se señalan en dicho texto legal;

- b) Celebrar convenios y/o. contratos tanto con entidades de características similares, como con organismos, instituciones, empresas y profesionales, salvo las excepciones legales, para la mejor consecución de su objetivo;
- c) Optimizar el manejo de sus recursos, tendiendo a la mayor eficiencia, que permita crear, mantener o incrementar la infraestructura y las acciones específicas de la Corporación;
- d) Realizar todas las acciones que sean necesarias para la más completa atención médica de los cotizantes y sus cargas familiares, para el incremento del patrimonio de la Corporación y para su desarrollo armónico y sostenido.

Actualmente se tramita una autorización de reformas de sus Estatutos, a fin de que se le permita atender a beneficiarios de Fonasa, en el Nivel 3, y así favorecer a afiliados al Servicio Médico C.CH.C. en Temuco.

5. Duración de la Isapre

El artículo 3º de los Estatutos establece que —la existencia de la Corporación será indefinida, sin perjuicio de las causas de disolución establecidas por la legislación y reglamentación vigente.

6. Disolución de la Corporación

De acuerdo con el artículo 559 del Código Civil, las Corporaciones no pueden disolverse por sí mismas, sin la aprobación de la autoridad que legitimó su existencia, lo que se hace mediante la dictación de un Decreto Supremo.

Según los estatutos, la disolución anticipada de la Isapre debe ser acordada en Asamblea Extraordinaria, celebrada ante notario, con la asistencia de la mayoría absoluta de los socios o de sus representantes. El acuerdo debe adoptarse por los dos tercios de los asistentes.

La Corporación también puede disolverse por disposición de la ley, a pesar de la voluntad de sus miembros, si ella o éstos llegan a comprometer la seguridad o los intereses del Estado, o no corresponden al objeto de su institución.

7. Destino de los bienes en caso de disolución

Señala el artículo 561 del Código Civil que una vez disuelta una corporación, se dispondrá de sus propiedades en la forma que para este caso hubieren prescrito sus estatutos.

EL artículo 35º de los estatutos señala que, acordada la disolución, los bienes de la Corporación serán transferidos a la Cámara Chilena de la Construcción o a su sucesora legal o al Servicio Médico de la Cámara Chilena de la Construcción.

8. Estatutos de Consalud

El contenido y la estructura de los Estatutos de Isapre Consalud se encuadran dentro de las normas que establece el Decreto Supremo Nº 110, de 1979, de Justicia, sobre concesión de personalidad jurídica a Corporaciones y Fundaciones.

Se puede sostener que estos Estatutos no tienen ninguna característica especial que los diferencie con los de otras corporaciones, salvo en lo que dice relación con sus particulares objetivos y finalidades. Y precisamente por tener dicha cualidad, no parece necesario, ni recomendable, por ahora, sugerir modificaciones a ellos con un propósito que no pasa de ser teórico, como sería el de hacer invulnerable a la institución frente a eventuales modificaciones de las leyes que regulan su funcionamiento.

Creemos que una legislación que pretenda impugnar o modificar radicalmente el marco jurídico en el que se desenvuelven las Isapres tendería, básicamente, a cambiar aquellos puntos que digan relación con la materia que es objeto de la actividad que desarrollan tales entidades, más que alterar aspectos relativos a la organización, estructura o patrimonio de las mismas.

III. EXTINCION DEL SISTEMA ISAPRES (HIPOTESIS)

Situaciones posibles

Partiendo de una concepción extremadamente pesimista, que considere que en el futuro se pondrá término al sistema de salud previsional privado, habría que tener en cuenta que, estando ya en actividad un Congreso Nacional - natural contrapeso a la iniciativa del poder ejecutivo -, la ley que así lo dispusiere debiera regular, a lo menos, la forma en que se liquidarían las instituciones existentes siendo lo más lógico pensar que se remitirá para ello a los Estatutos respectivos.

No creemos que sea fácil con un Congreso heterogéneo la promulgación de una ley que no respete el derecho de propiedad, aunque siempre es posible la dictación de una ley expropiatoria.

En todo caso, de no existir voluntad política, en los futuros gobiernos, para mantener el sistema Isapre, obviamente se idearán los mecanismos que tiendan a entorpecer su actividad, de manera que las instituciones desaparezcan por muerte natural.

Una vía por la cual la autoridad administrativa puede terminar con algunas de las isapres es la cancelación de su personalidad jurídica (Corporaciones) o de su registro en FONASA.

a) Cancelación de personalidad jurídica

El artículo Nº 1º del D.F.L. Nº 3 de 1981, del Ministerio de Salud, dispone que las instituciones de salud previsional serán personas jurídicas regidas por las disposiciones legales o reglamentarias que les sean propias de acuerdo a su naturaleza jurídica.

Partiendo de la base que Isapre Consalud es una Corporación, con personalidad jurídica concedida por decreto supremo, habría que remitirse a la normativa existente a este respecto.

El artículo 25 del Decreto Supremo N° 110 del año 1979 del Ministerio de Justicia, sobre concesión de personalidad jurídica, faculta al Presidente de la República para cancelar la personalidad jurídica a una Corporación desde el momento en que la estime contraria a las leyes, al orden público o a las buenas costumbres, o no cumpla los fines para que fue constituida o incurra en infracciones graves a sus estatutos, siendo el Ministerio de Justicia el que por sí, o a través de otras dependencias del Estado, practique la investigación para verificar los hechos justificativos de la cancelación.

Es decir, puede la autoridad administrativa cancelar la personalidad jurídica de la Corporación, acreditando la concurrencia de cualquiera de las causales mencionadas.

Una vez privada de su personalidad jurídica, la Corporación no puede continuar funcionando legalmente como institución de salud previsional, y es obligatoria su disolución.

b) Cancelación del Registro como Isapre en Fonasa

Como se dijo antes, el Fondo Nacional de Salud es, en este momento, el organismo encargado del control y fiscalización de las Isapres.

Señala el artículo 4° inciso 1° del D.F.L. N° 3 que las Isapres, para operar como tales deben estar registradas en el Fonasa, y agrega el artículo 5°, inciso 1° del mismo texto legal, que ninguna entidad puede arrogarse la calidad de Isapre, sin estar registrada.

El artículo 27 del D.F.L. N° 3 determina que mediante resolución fundada, Fonasa puede cancelar el registro, determinación de la cual se puede reclamar al Ministerio de Salud, siendo de advertir que contra el dictamen de éste no procede recurso alguno.

Las facultades que tiene el ente fiscalizador para cancelar el registro están limitadas a la concurrencia de alguna de las causales que dicha norma contempla, las que, en general, dicen relación con la infracción a las normas legales, quiebra e incumplimiento de instrucciones que imparta FONASA. La cancelación del registro determina, en consecuencia, la extinción de la isapre, pero los cotizantes y sus cargas quedan por este hecho afectos al sistema Fonasa, mientras no opten a otra Isapre.

Soluciones posibles

Ante la inminencia de una extinción de las instituciones de salud previsual, se podría estudiar una opción de transformar la actual Isapre en otra entidad, que no esté regida por el D.F.L. N° 3, de 1981, pero que cumpla los mismos objetivos de otorgar prestaciones de salud a las personas que voluntariamente quieran incorporarse a ella, efectuando un aporte mensual en dinero.

Esto podría materializarse mediante la disolución de la actual isapre, según sus Estatutos y la normativa aplicable, y crear una nueva entidad, con la naturaleza jurídica que se estime más conveniente, v.gr. sociedad, cooperativa, fundación, etc., la cual quedaría regulada por las normas que en el acto constitutivo se indiquen. Ejemplos de este tipo de entidades son la Sociedad Española de Socorros Mutuos y el propio Servicio Médico de la Cámara Chilena de la Construcción.

Cabe considerar además que, como en los Estatutos de Consalud se determina que, en caso de disolución de la isapre, sus bienes pasan a la Cámara Chilena de la Construcción o a su sucesora legal, o al Servicio Médico de la Cámara Chilena de la Construcción, podría llegar a pensarse en la fusión de esta última entidad con la Isapre. Se formaría una institución diversa que conjugara los objetivos de ambas pero aparecería como organización única, privada, con infraestructura propia que otorgaría ciertos beneficios a quienes contrataran sus servicios.

Finalmente, no se debe olvidar que, al marginarse de la actividad de las isapres, Consalud debiera adaptar sus planes, estructura de beneficios y población beneficiaria, porque perdería, entre otras cosas, la posibilidad de obtener financiamiento estatal para el pago del subsidio maternal y por permiso por enfermedad del hijo menor.

IV. REFORMAS AL SISTEMA ISAPRE (HIPOTESIS)

Necesidad de reformas inmediatas

1. Antes de aventurar juicios sobre la suerte que seguirá el sistema Isapres a partir de la fecha en que entren en vigencia las disposiciones constitucionales permanentes, que dan inicio a un régimen de gobierno presidencial, y del funcionamiento de un Congreso Nacional, es oportuno señalar que en la actualidad hay ya una preocupación en las isapres con respecto a las normas que las regulan.

En efecto, habiendo transcurrido ya siete años desde la dictación del D.F.L. Nº 3, de Salud, y por ende desde que empieza a desarrollarse esta actividad, las organizaciones que decidieron entrar en ella han detectado ciertas deficiencias legislativas, que además de entorpecer su actuación llegan, en algunos casos, a constituir un medio para que los usuarios de los servicios que éstas prestan, abusen de los beneficios y cometan fraudes en perjuicio de ellas.

En este momento las isapres, a través de la Asociación Gremial que las reúne, estudian modificaciones legales que hagan más estrictos y rígidos ciertos requisitos relacionados con el derecho a licencia médica y el derecho a subsidios por incapacidad laboral, materias que frecuentemente son motivo de conflictos por los grandes efectos económicos que ellos tienen.

Podría decirse entonces que es necesario, en estos momentos, corregir el marco legal de las isapres para defenderlas de usuarios inescrupulosos que han traído como consecuencia de su actuación, un aumento progresivo del gasto en salud, más allá de los cánones normales esperados.

2. Aunque no debiera ser preocupación de la autoridad administrativa, dado el sistema económico imperante, existe una gran inquietud entre las isapres por el aumento sostenido del gasto en salud y por la responsabilidad que en ello tienen los médicos y las demás entidades prestadoras de servicios, cuyos honorarios han ido elevándose progresivamente.

Se hace imperativo poner un freno a esta situación cuyo origen puede explicarse por el notable incremento en la demanda de beneficios en salud a través del sistema isapre.

3. También es considerado tema importante la falta de coherencia en las normas que regular la actividad de las isapres.

El D.F.L. Nº 3 de 1981, de Salud otorgó facultades de control al FONASA, pero no es claro en cuanto al límite que tiene dicho organismo en su labor fiscalizadora. Es común por ello, que se produzcan conflictos a raíz de la dictación de resoluciones exentas o simples circulares por FONASA, cuyo incumplimiento podría acarrear sanciones tan drásticas como la cancelación del registro, lo que puede considerarse una aberración jurídica.

Existen por otro lado, preceptos que permiten a las isapres ejercer ciertos controles respecto de las licencias médicas que reciban, disposiciones que en la práctica son letra muerta frente al poder omnimodo que tienen los COMPIN, organismos dependientes del Ministerio de Salud que conocen de las reclamaciones que los afiliados plantean cuando se les rechaza una licencia.

Se requiere por tanto considerar estas situaciones, bien sea a través de la dictación de otras normas, o modificando las existentes, de manera que las isapres puedan defendirse de este ordenamiento jurídico que resulta hostil y que favorece injustificadamente al afiliado.

Futuras Reformas (hipótesis)

Si quisiéramos partir de una hipótesis que considere una reforma importante en el sistema de salud previsual, creemos que deben precisarse las materias que probablemente serían objeto de cambios.

En nuestra opinión, aparecen como puntos vulnerables de este sistema, que serían afectados por reformas legislativas los siguientes :

a) Tasa de cotización obligatoria para salud

Por razones variadas y con finalidades que pueden ser también múltiples, una ley puede disponer en el futuro una rebaja de la actual tasa de cotización para salud, que es equivalente al 7% de la remuneración imponible del trabajador.

Frente a lo anterior, Isapre Consalud estaría cubierta, dado que los contratos de salud que empleará a partir del próximo año establecen una cotización pactada, equivalente a lo menos, al 7% de las remuneraciones imponibles del afiliado. Ello implica que el cotizante contractualmente está obligado a pagar lo que pactó con Consalud, independientemente de lo que la ley disponga.

Sin perjuicio de lo dicho, esto es de la rebaja en la cotización, aun cuando ésta fuera la pactada y no meramente legal, puede derivarse un conflicto, ya que los cotizantes podrían negarse a pagar más de lo que la ley pudiera disponer (p. ej. si la ley dispusiera un mínimo de 4% para salud y, en virtud del contrato el afiliado debe pagar el equivalente a 7% de sus remuneraciones).

b) Financiamiento de los subsidios de reposo maternal y de permiso por enfermedad del hijo menor de un año

En la actualidad, en virtud de la ley 18.419 y sus posteriores modificaciones, el financiamiento de los subsidios por reposo maternal y permisos por enfermedad del hijo menor de un año corresponde al Fondo Unico de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía, establecido en el D.F.L. 150, de 1981, que hace una provisión de fondos a las respectivas isapres para el pago de tales beneficios. Esta provisión comprende el monto líquido del subsidio y, si bien no el porcentaje destinado a financiar prestaciones de salud, sí cubre el monto de los aportes destinados a financiar el sistema de pensiones de invalidez y sobrevivencia al que esté adherido la subsidiada.

Si una ley modifica o deroga la normativa en actual vigencia y, por ejemplo, establece que el financiamiento total de estas prestaciones vuelve a ser cargo de las isapres, es posible que Consalud, para poder asumir este costo no considerado, deba rebajar otros beneficios pactados en el contrato de salud. Ello obviamente sería una medida que afectaría la relación con los afiliados.

c) Afiliación de población anciana

Es un hecho público el alto costo que representa el gasto médico de los ancianos. Ese solo hecho importa una traba al ingreso de esta población a una isapre.

Es motivo de crítica constante, en este momento, el que no se permita el ingreso de ancianos, o se establezcan altas cotizaciones como condición para que sí puedan hacerlo.

Esta es una materia que la Asociación de Isapres ha estudiado, pero cuya solución no se ve cercana.

Isapre Consalud estudia un sistema de ahorro para eventos futuros que bien podría orientarse a solucionar este problema.

d) Duración de los contratos

La rotación excesiva de afiliados de una isapre a otra es objeto de una crítica diaria; es una complicación que sin dudas afecta al trabajador, pero fundamentalmente constituye un gravamen patrimonial para las isapres. Además inhibe cualquier iniciativa de desarrollo de programas de prevención en salud.

Se advierte como necesaria la fijación de un plazo mínimo de duración al Contrato de Salud, quizá igual al actual, pero exigible a ambas partes.

Podríamos señalar que esto no representaría un mayor problema para el sistema si existiera reciprocidad en las reglas para la isapre y para el afiliado. En otras palabras, si se establece un plazo mínimo de duración del contrato, sería justo también restringir la posibilidad del cotizante de desahuciarlo las veces que él lo estime conveniente. En la actualidad el afiliado puede cambiarse de isapre, si lo quiere, cada treinta días sin expresión de causa, facultad ilimitada que significa un enorme gasto administrativo para las isapres.

- e) Hay otros puntos que también sirven de base a críticas al sistema, pero pareciera más bien que se relacionan con la concepción que cada isapre tiene acerca de lo que debe ser esta actividad. Tales son por ejemplo: las carencias, es decir, aquellos períodos en los cuales las isapres no dan cobertura, o sólo la dan parcialmente; las exclusiones para las enfermedades preexistentes; las enfermedades catastróficas, que por su alto costo, hacen de quien las padece un contratante no querido por las isapres; la política de algunas instituciones de no renovar contratos si el afiliado o sus beneficiarios sufren de alguna enfermedad que demanda importantes gastos de recuperación; y la complejidad y vaguedad de los contratos, que han sido calificados como instrumentos que por sí solos no muestran al afiliado cuáles son los beneficios que obtendrá y cuáles son sus derechos; es decir que el producto no estaría claramente definido y, por lo tanto, no es posible una mayor competencia que haga más transparente el sistema.

Conclusiones:

A pesar de las críticas que se hacen, podríamos señalar que el sistema de salud previsional se halla justificado por la gran cantidad de beneficiarios que han optado por él. Sin embargo, existen materias cuyas normas obviamente deben perfeccionarse, con el propósito de contribuir a consolidarlo.

Asimismo, si los afiliados no valoran el sistema, y hacen un uso indiscriminado de él, o abusan y cometen fraudes, terminarán por hacerlo desaparecer, por lo que es importante considerar modificaciones legales que tiendan a evitar tales hechos, que constituyen un atentado contra el sistema. En este sentido cabe apuntar que existen iniciativas en la Asociación Gremial de Isapres para sugerir reformas sobre el particular.

No obstante, lo dicho en los párrafos precedentes, es natural presumir que, de no existir voluntad política, el sistema no subsistirá. Sin embargo no parece probable que ello ocurra en un futuro inmediato. Los comentarios de amplios sectores, incluso de oposición al actual gobierno, que creó el sistema, se refieren a eventuales reformas del mismo, más no a su terminación. Alguien ha señalado incluso que el sistema es "...un experimento de organización de salud interesante"; "... las isapres se ganaron el derecho a existir, pero el sistema requiere ajustes".

Todo hace suponer que existirán reformas pero no radicales.

Según lo dicho, los esfuerzos futuros de las propias isapres debieran tener por finalidad consolidar el sistema, demostrando a la opinión pública que son una buena alternativa de salud. Lo propio debe hacerse con las autoridades, a las que es necesario prestar la cooperación para perfeccionar aquellos aspectos normativos no del todo afinados, evitando así la proliferación de disposiciones meramente punitivas y el surgimiento de órganos dotados de poderes ilimitados con una finalidad técnica de garantizar el proceder correcto de las isapres.



Benjamín Cid Clavero
Asesor Jurídico
ISAPRE CONSALUD

BCC/bai.

Noviembre 1988.-

ANALISIS Y EVOLUCION
DEL
GASTO EN SALUD DE CHILE

ELABORADO POR : UNIDAD DE ESTUDIOS
CONSALUD
MARZO 1989

INDICE

| <u>CONTENIDO</u> | PAGINA |
|---|--------|
| Introducción | 1 |
| Producto Geográfico Bruto | 2 |
| Evolución del Gasto Fiscal | 2 |
| Distribución del Gasto Fiscal | 3 |
| Distribución del Gasto Social | 3 |
| Estado comparativo entre ingresos y gastos en salud | 4 |
| Proyecciones del Gasto en Salud | 5 |
| Anexo | |

INTRODUCCION.

El propósito de este informe es analizar el comportamiento y desarrollo del Gasto Social realizado por el Estado en el Sector Salud, principalmente en la última década, para en una segunda etapa proyectar su comportamiento futuro.

Para el logro del objetivo antes señalado, se ha procedido a recolectar la información relevante existente en el medio: estadísticas, cifras y antecedentes históricos.

El presente informe presenta en primer lugar una reseña del Producto Geográfico Bruto (PGB), se sigue con una descripción del comportamiento del Gasto Fiscal y de las principales partidas que lo componen, se continúa con la distribución del Gasto Social, para posteriormente comparar las fuentes de ingresos y gastos en salud, finalizando con una Estimación del Gasto de Salud Pública y Privado para los años venideros.

Producto Geográfico Bruto (P.G.B.) -

La evolución que presenta el P.G.B., en las dos últimas décadas es bastante dispar (ver Cuadro Nro.1), apreciándose importantes aumentos en los años 1966 (11,15%), 1971 (8,96%), 1977 (9,86%), 1978 - 1979 (8,2%), y 1980 (7,78%), estas tasas de crecimiento son superiores al promedio del periodo 64-87 que es de un 2,72%. Frente a las cifras anteriores tenemos las caídas generadas por causas internas y externas (falta de liquidez internacional, crisis del petróleo y deuda externa), que se reflejan en el comportamiento del P.G.B. de los años 1973 (5,6%), 1975 (12,9%), y 1982 (14,1%).

Al analizar los periodos de los últimos gobiernos que han regido a Chile, tendríamos un crecimiento promedio anual mayor entre los años 64-69 (4,12%), y uno menor para 70-73 (1,06%).

Respecto al P.G.B. per cápita, basándonos en los periodos de los últimos gobiernos, se puede indicar que los años en que se presentan los mayores valores corresponden a 1981 (\$ 354,733), 1971 (\$ 337,947), y al año 1969 (\$ 314,977).

Evolución del Gasto Fiscal -

El Gasto que efectúa el Gobierno entre sus diferentes Carteras (Ministerios), se conoce como Gasto Fiscal.

En el Cuadro 2, se presenta la evolución que ha tenido el Gasto Fiscal entre 1978 y 1987, tanto en monto como también en porcentaje respecto al PGB. Al analizar sus cifras se diferencian 3 periodos :

- 1.- Periodo 1978 - 1981 : Tanto el Gasto Fiscal como el PGB presentan un crecimiento sostenido, en virtud de lo cual el porcentaje de Gasto Fiscal vs. PGB se ha mantenido en un 36%.
- 2.- Periodo 1982 - 1984 : El que presenta una baja del monto destinado a Gasto Fiscal producto de la fuerte contracción económica del País (reflejada por la caída del PGB) como resultado de la recesión internacional. Sin embargo se destaca la importancia que toma el Gasto Fiscal en relación al PGB, llegando a un 41,5% en 1982, este hecho se explica por la menor flexibilidad que tiene el Gasto Fiscal para ajustarse a las nuevas condiciones económicas.
- 3.- Periodo 1985 - 1987 : La evolución del Gasto Fiscal en este periodo es negativa tanto en monto como en porcentaje en relación al PGB. Esto estaría explicado, por una parte, por el terremoto de 1985, lo que se tradujo en un aumento importante del Gasto Fiscal, situación que se fue revertiendo en los años siguientes y también en términos relativos dado los buenos resultados que obtuvo nuestra economía, situación que se demuestra por el aumento sostenido que presenta el PGB.

Distribución del Gasto Fiscal.-

Entre las principales partidas que componen el Gasto Fiscal se destacan el Gasto Social, Tesoro Público, Gasto del Ministerio del Interior y Gasto Ministerio de Defensa Nacional.

El cuadro 3 presenta la participación de las partidas indicadas anteriormente y su evolución para el período 1978 - 1987.

De este cuadro se desprende que el Gasto Social comprende más del 47% del Total de Gasto Fiscal del País, le sigue el Tesoro Público (18%), que corresponde al gasto realizado por el Gobierno para solventar los déficit que presentan los distintos Ministerios, y Ministerio de Defensa Nacional con un 12% del Total de Gasto Fiscal.

Al analizar la evolución del Gasto Social, se aprecia un sostenido aumento desde 1978 a 1982, año en que el Gasto Social alcanza su mayor relevancia dentro del Gasto Fiscal (54,5%), para después decaer hasta 1987 a un 43% del Total de Gasto Fiscal.

En relación al Ministerio del Interior su evolución ha sido positiva, destacándose el año 1982 con un fuerte incremento producto de los mayores recursos destinados a las Municipalidades (dado el nuevo rol que deberían cumplir las municipalidades en los años venideros), situación que se ha mantenido hasta hoy en día.

En relación a las restantes partidas (ministerios) que componen el Gasto Fiscal, éstas presentan un fuerte aumento a partir de 1983 en adelante, situación que está explicada por los fuertes incrementos de los gastos incurridos por los Ministerios de Economía - Fomento y Reconstrucción y de Obras Públicas.

Distribución del Gasto Social.-

En relación al Gasto Social, principal componente del Gasto Fiscal, las partidas que lo componen son las siguientes :

- Gasto en Salud
- Gasto en Asistencia Social y Previsión
- Gasto en Vivienda
- Gasto en Educación
- Gasto en Desarrollo Regional

En el cuadro 4, se puede observar la evolución de las partidas del Gasto Social entre 1978 - 1987.

Al analizar sus principales componentes se observa que :

La principal partida del Gasto Social, es la destinada al Gasto en Previsión, la que representa en promedio un 57% del total, presentando una evolución constante en los últimos años analizados.

El segundo componente corresponde al Gasto en Educación, con un promedio de un 18% para el período analizado. Sin embargo se destaca la baja que presenta a partir de 1985 en adelante.

La Tercer cuenta corresponde al Gasto en Salud, con un promedio de un 16% en relación al total. Al analizar los montos destinados a Salud durante el período analizado, se observa una clara tendencia al descenso a partir de 1982, esta situación puede estar explicada por la promulgación del D.F.L. # 3, que da origen a las Instituciones de Salud Privadas (Isapres).

Estado Comparativo entre los Ingresos y Gastos más relevantes en Salud.-

Es interesante conocer cuales son las fuentes de ingresos y de gastos del ámbito salud y así comprender en forma más acabada la tendencia de este sector en los últimos años.

En el cuadro 5, se presentan tanto los ingresos como los gastos en salud, entre 1982 y 1987.

En relación a los ingresos de salud, destaca la variación en la distribución de sus partidas, siendo el Fonasa su principal componente a partir de 1984 en adelante. Asimismo, los montos recibidos por cotización se han incrementado sostenidamente, este hecho está explicado por el cambio de la cotización pactada de un 4% inicial al 7% en 1986 y por otra parte por el mejoramiento de la economía, lo que se ha traducido en una disminución de la tasa de desempleo. En tanto que, en relación a los copagos, éstos han disminuídos producto de los aumentos en las bonificaciones efectuadas por el Fonasa.

Respecto a los gastos de salud, éstos se concentran en el Fonasa con un promedio del 52% del total en el transcurso de período analizado, le sigue los gastos del Sistema Nacional de Servicio de Salud (S.N.S.S.) (38%).

Por otra parte, la evolución que presenta el gasto de fonasa es levemente descendente, lo que podría estar explicado por la disminución de cotizantes en este sistema, dada la incorporación del sistema privado de salud (Isapres). Asimismo, las restantes partidas de gastos se han mantenido constantes.

Proyecciones del Gasto en Salud.

La salud en los años venideros, y muy en especial en la década de los 90, presentará serios problemas e inquietudes en cuanto a la satisfacción de esta necesidad vital del individuo. Por un lado el Sector Público, que absorbe a la gran mayoría de la población, se verá ante la disyuntiva de seguir con la política de nacionalización implementada, ó ceder en beneficio de esa gran mayoría ante las presiones y aspiraciones de mejorar los niveles y la infraestructura del sistema, de manera que no aumente la brecha existente en comparación con el Sistema Privado, representado por el Sistema Isapre.

El Sistema Isapre, que dada la aceptación y magnitud que ha alcanzado, respaldado por un amplio sector, deberá seguir siendo una alternativa del Sistema de Libre Elección; sin que ello implique que no vayan a introducirse variaciones o modificaciones en su normativa y estructura. Dependiendo esto último de las directrices del gobierno que rija al país en un determinado momento.

En el Sector Público, al amparo de las cifras y antecedentes expuestos, que muestra una clara tendencia de un menor Gasto Social, ya sea en comparación con el P.G.B. como en términos reales, es dable esperar que este gasto, de mantenerse las condiciones actuales, debería continuar con dicha tendencia. Ello podría darse aún cuando en términos reales el monto global se mantuviese, toda vez que el crecimiento vegetativo de la población incidiría en un menor gasto per cápita.

A continuación se presentan cifras estimadas de gasto en Salud, para los años 1989-1995, basadas en la mantención del Gasto per Cápita calculado para el año 1987:

| | | |
|----------|--------------|-------------------|
| Año 1989 | Gasto Salud: | Mill.\$ 99,156.- |
| Año 1990 | Gasto Salud: | Mill.\$ 100,059.- |
| Año 1991 | Gasto Salud: | Mill.\$ 101,129.- |
| Año 1992 | Gasto Salud: | Mill.\$ 102,372.- |
| Año 1993 | Gasto Salud: | Mill.\$ 103,807.- |
| Año 1994 | Gasto Salud: | Mill.\$ 105,339.- |
| Año 1995 | Gasto Salud: | Mill.\$ 106,994.- |

Nota: 1. Número de Habitantes está formado de proyecciones censales del INE.
2. Gasto Salud per cápita de 1987 es de \$ 9,362.
3. Factor de población atendida por el Sector Público: 90,34%.
4. Pesos de 1987.

Para 1989, según información disponible, el presupuesto para el sector alcanza a Mill.\$ 147,700 (incluido los Mill.\$ 19,700 adicionales producto de las nuevas políticas dadas a conocer para este sector.

Proyectado el Gasto de Salud Pública para los años 1989 - 1995, nos centraremos en la estimación del Gasto en Salud del Sistema Isapres. Es necesario señalar que se ha considerado, al igual que en el sistema de salud público, al gasto de las isapres como la suma de las bonificaciones por prestaciones médicas, gastos de Administración y Finanzas y resultado no operacional.

Las Estimaciones del Gasto en Salud del Sistema Isapres son los siguientes :

| | | |
|----------|--------------|------------------|
| Año 1989 | Gasto Salud: | Mill.\$ 46,004.- |
| Año 1990 | Gasto Salud: | Mill.\$ 48,754.- |
| Año 1991 | Gasto Salud: | Mill.\$ 51,182.- |
| Año 1992 | Gasto Salud: | Mill.\$ 53,222.- |
| Año 1993 | Gasto Salud: | Mill.\$ 54,814.- |
| Año 1994 | Gasto Salud: | Mill.\$ 56,180.- |
| Año 1995 | Gasto Salud: | Mill.\$ 57,300.- |

- Nota: 1. Número de Beneficiarios esperados para 1989 (1,674,533), para los años siguientes se determinó una tasa de crecimiento de 6% (1990), 5% (1991), 4% (1992), 3% (1993), 2.5% (1994), 2% (1995)
2. El gasto en salud corresponde a la diferencia entre los ingresos operacionales y la utilidad antes de impuestos. El gasto se obtiene al aplicar modelo de regresión.
3. Cifras en Millones de pesos de 1987.
4. Fuente Fonasa.

A N E X O S

CUADRO Nro. 1

| ANO | P.G.B. | % | PERIODO 6 AÑOS | POR GOBIERNOS | PGB PER CAP. | TASA |
|-------|-----------|---------|----------------|----------------|--------------|---------|
| 1964 | 2,331,318 | 2.23% | CREC. PROM. | CREC. PROM. | 279,859 | -0.82% |
| | | | 4.12% | 4.12% | | |
| 1965 | 2,350,162 | 0.81% | INCR.PGB | INCR.PGB | 276,161 | -1.32% |
| | | | 566,226 | 566,226 | | |
| 1966 | 2,612,232 | 11.15% | INCR.PGB ANUAL | INCR.PGB ANUAL | 300,740 | 8.90% |
| | | | 94,371 | 94,371 | | |
| 1967 | 2,697,048 | 3.25% | | | 304,448 | 1.23% |
| 1968 | 2,793,599 | 3.58% | | | 309,379 | 1.62% |
| 1969 | 2,897,544 | 3.72% | | | 314,977 | 1.81% |
| 1970 | 2,957,126 | 2.06% | CREC. PROM. | CREC. PROM. | 315,677 | 0.22% |
| | | | -1.28% | 1.06% | | |
| 1971 | 3,221,943 | 8.96% | INCR.PGB | INCR.PGB | 337,947 | 7.05% |
| | | | (313,933) | 48,604 | | |
| 1972 | 3,182,856 | -1.21% | INCR.PGB ANUAL | INCR.PGB ANUAL | 328,233 | -2.87% |
| | | | (52,322) | 8,101 | | |
| 1973 | 3,005,729 | -5.57% | | | 304,824 | -7.13% |
| 1974 | 3,035,019 | 0.97% | | CREC. PROM. | 302,714 | -0.69% |
| 1975 | 2,643,193 | -12.91% | | 2.62% | 259,229 | -14.37% |
| 1976 | 2,736,180 | 3.52% | CREC. PROM. | | 263,804 | 1.76% |
| | | | 7.20% | INCR.PGB | | |
| 1977 | 3,005,938 | 9.86% | INCR.PGB | 1,124,743 | 284,894 | 7.99% |
| | | | 1,270,251 | | | |
| 1978 | 3,252,946 | 8.22% | INCR.PGB ANUAL | | 303,080 | 6.38% |
| | | | 211,708 | | | |
| 1979 | 3,522,330 | 8.28% | | INCR.PGB ANUAL | 322,634 | 6.45% |
| | | | | 80,339 | | |
| 1980 | 3,796,421 | 7.78% | | | 341,885 | 5.97% |
| 1981 | 4,006,431 | 5.53% | | | 354,733 | 3.76% |
| 1982 | 3,442,074 | -14.09% | CREC. PROM. | | 299,643 | -15.53% |
| | | | 0.90% | | | |
| 1983 | 3,417,600 | -0.71% | INCR.PGB | | 292,551 | -2.37% |
| | | | 717,688 | | | |
| 1984 | 3,634,385 | 6.34% | INCR.PGB ANUAL | | 305,963 | 4.58% |
| | | | 119,615 | | | |
| 1985 | 3,723,312 | 2.45% | | | 308,365 | 0.79% |
| 1986* | 3,934,105 | 5.66% | | | 325,606 | 4.94% |
| 1987* | 4,159,765 | 5.74% | | | 337,286 | 4.23% |

FUENTE: BANCO CENTRAL.

NOTA : CIFRAS EN MILLONES DE PESOS DE 1987.

NOTA : (*), CIFRAS PROVISORIAS

CUADRO Nro. 2

| ANO | TOTAL GASTO FISCAL | PRODUCTO GEOGRAFICO BRUTO | PORCENTAJE |
|------|-----------------------|------------------------------|------------|
| 1978 | 1,245,779 | 3,252,946 | 38.30% |
| 1979 | 1,242,965 | 3,522,339 | 35.29% |
| 1980 | 1,309,895 | 3,796,421 | 34.50% |
| 1981 | 1,448,431 | 4,006,431 | 36.15% |
| 1982 | 1,429,577 | 3,442,074 | 41.53% |
| 1983 | 1,268,341 | 3,417,600 | 37.11% |
| 1984 | 1,320,921 | 3,634,305 | 36.35% |
| 1985 | 1,451,097 | 3,723,312 | 38.97% |
| 1986 | 1,448,184 | 3,934,105 | 36.81% |
| 1987 | 1,440,601 | 4,159,762 | 34.63% |

FUENTE: SOBRE CIFRAS BANCO CENTRAL Y CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA
 NOTA : MILLONES DE PESOS DE 1987.

CUADRO Nro. 3

| AÑO | GASTO SOCIAL | | TESORO PUBLICO | | MIN. INTERIOR | | MIN. DEFENSA | | OTROS GTOS.GOB. | | TOTAL GASTO FISCAL | |
|------|--------------|--------|----------------|--------|---------------|-------|--------------|--------|-----------------|--------|--------------------|---------|
| | MONTO | % | MONTO (2) | % | MONTO (1) | % | MONTO | % | MONTO (3) | % | MONTO | % |
| 1978 | 588,627 | 47.25% | 227,089 | 18.23% | 42,519 | 3.41% | 166,892 | 13.40% | 220,651 | 17.71% | 1,245,779 | 100.00% |
| 1979 | 606,652 | 48.81% | 201,334 | 16.20% | 43,951 | 3.54% | 179,932 | 14.48% | 211,095 | 16.98% | 1,242,965 | 100.00% |
| 1980 | 631,907 | 48.24% | 265,504 | 20.27% | 58,310 | 4.45% | 170,538 | 13.02% | 183,635 | 14.02% | 1,309,895 | 100.00% |
| 1981 | 691,486 | 47.74% | 309,609 | 21.38% | 95,035 | 6.56% | 174,744 | 12.06% | 177,556 | 12.26% | 1,448,431 | 100.00% |
| 1982 | 778,796 | 54.48% | 179,171 | 12.53% | 132,606 | 9.28% | 180,745 | 12.64% | 158,258 | 11.07% | 1,429,577 | 100.00% |
| 1983 | 625,597 | 49.32% | 193,325 | 15.24% | 108,393 | 8.55% | 164,291 | 12.95% | 176,735 | 13.93% | 1,268,341 | 100.00% |
| 1984 | 636,578 | 48.19% | 216,446 | 16.39% | 102,856 | 7.79% | 164,954 | 12.49% | 200,086 | 15.15% | 1,320,921 | 100.00% |
| 1985 | 632,877 | 43.61% | 336,692 | 23.20% | 104,800 | 7.22% | 159,895 | 11.02% | 216,832 | 14.94% | 1,451,097 | 100.00% |
| 1986 | 629,538 | 43.47% | 270,066 | 18.65% | 106,823 | 7.38% | 160,997 | 11.12% | 280,760 | 19.39% | 1,448,184 | 100.00% |
| 1987 | 620,058 | 43.04% | 288,267 | 20.01% | 112,413 | 7.80% | 147,620 | 10.25% | 272,243 | 18.90% | 1,440,601 | 100.00% |

FUENTE: DE CIFRAS CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.

NOTA 1: SE DESCONTO MONTO ASIGNADO A GASTO SOCIAL POR DESARROLLO REGIONAL Y FONDO SOCIAL.
INCLUYE ITEMS MINISTERIO DEL INTERIOR Y MUNICIPALIDADES.

NOTA 2: CORRESPONDE A GASTO DEL ERARIO NACIONAL PARA SOLVENTAR DEFICITS Y GASTOS, MEDIANTE TRANSFERENCIAS.

NOTA 3: CORRESPONDE A GASTO DE LOS DISTINTOS MINISTERIOS, DONDE DESTACAN LOS DE ECONOMIA Y OBRAS PUBLICAS.

NOTA : MILLONES DE PESOS DE 1987.

CUADRO Nro. 4

| AÑO | SALUD | | PREVISION | | VIVIENDA | | EDUCACION | | DES. REGIONAL | | TOTAL GTO. SOCIAL | |
|------|---------|--------|-----------|--------|----------|-------|-----------|--------|---------------|-------|-------------------|---------|
| | MONTO | % | MONTO | % | MONTO | % | MONTO | % | MONTO | % | MONTO | % |
| 1978 | 96,231 | 16.35% | 349,483 | 59.37% | 39,036 | 6.63% | 92,221 | 15.67% | 11,656 | 1.98% | 588,627 | 100.00% |
| 1979 | 106,131 | 17.49% | 322,796 | 53.21% | 52,715 | 8.69% | 110,647 | 18.24% | 14,363 | 2.37% | 606,652 | 100.00% |
| 1980 | 102,856 | 16.28% | 360,565 | 57.06% | 51,671 | 8.18% | 100,376 | 15.88% | 16,439 | 2.60% | 631,907 | 100.00% |
| 1981 | 116,180 | 16.80% | 384,934 | 55.67% | 48,426 | 7.00% | 129,104 | 18.67% | 12,842 | 1.86% | 691,486 | 100.00% |
| 1982 | 126,158 | 16.20% | 450,007 | 57.78% | 34,204 | 4.39% | 138,254 | 17.75% | 30,174 | 3.87% | 778,796 | 100.00% |
| 1983 | 104,725 | 16.74% | 359,493 | 57.46% | 27,142 | 4.34% | 115,956 | 18.54% | 18,280 | 2.92% | 625,597 | 100.00% |
| 1984 | 105,636 | 16.59% | 362,672 | 56.97% | 36,802 | 5.78% | 118,256 | 18.58% | 13,212 | 2.08% | 636,578 | 100.00% |
| 1985 | 100,829 | 15.93% | 352,432 | 55.69% | 48,715 | 7.70% | 123,670 | 19.54% | 7,232 | 1.14% | 632,877 | 100.00% |
| 1986 | 97,736 | 15.53% | 351,057 | 55.76% | 43,537 | 6.92% | 115,619 | 18.37% | 21,589 | 3.43% | 629,538 | 100.00% |
| 1987 | 98,571 | 15.90% | 350,351 | 56.50% | 48,602 | 7.84% | 104,180 | 16.80% | 18,353 | 2.96% | 620,058 | 100.00% |

FUENTE: DE CIFRAS CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.

NOTA : MILLONES DE PESOS DE 1987.

NOTA : GASTO EN SALUD CORRESPONDE A GASTO MINISTERIO SALUD.

NOTA : GASTO EN PREVISION Y ASISTENCIA SOCIAL CORRESPONDE A GASTO MINISTERIO TRABAJO.

NOTA : GASTO EN VIVIENDA CORRESPONDE A GASTO MINISTERIO VIVIENDA Y URBANISMO.

NOTA : GASTO EN EDUCACION CORRESPONDE A GASTO MINISTERIO EDUCACION PUBLICA.

NOTA : GASTO EN DESARROLLO REGIONAL CORRESPONDE A RECURSOS ASIGNADOS A LAS REGIONES DESTINADO A SALUD; EXTREMA POBREZA, VIVIENDA Y EDUCACION, INCLUYE FONDO SOCIAL. FORMA PARTE DEL GASTO MINISTERIO INTERIOR.

CUADRO Nro. 5

| INGRESOS SALUD | 1982 | % | 1983 | % | 1984 | % | 1985 | % | 1986 | % | 1987 | % |
|------------------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|
| APORTE FISCAL | 55,984 | 57.41% | 46,051 | 50.85% | 43,635 | 49.17% | 39,767 | 47.71% | 36,917 | 43.45% | 36,933 | 44.51% |
| INGRESOS FONASA | 41,526 | 42.59% | 44,506 | 49.15% | 45,102 | 50.83% | 43,593 | 52.29% | 48,055 | 56.55% | 46,043 | 55.49% |
| - COTIZACION | 27,541 | 28.24% | 30,841 | 34.06% | 32,408 | 36.52% | 31,316 | 37.57% | 35,880 | 42.23% | 36,865 | 44.43% |
| - COPAGOS | 13,985 | 14.34% | 13,665 | 15.09% | 12,694 | 14.31% | 12,277 | 14.73% | 12,175 | 14.33% | 9,178 | 11.06% |
| SUMA DE INGRESOS | 97,512 | 100.00% | 90,557 | 100.00% | 88,737 | 100.00% | 83,360 | 100.00% | 84,972 | 100.00% | 82,976 | 100.00% |

FUENTE: CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.
FONDO NACIONAL DE SALUD.

NOTA : MILLONES DE PESOS DE 1987.

| GASTO SALUD | 1982 | % | 1983 | % | 1984 | % | 1985 | % | 1986 | % | 1987 | % |
|--------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|---------|--------|---------|
| FONASA | 68,746 | 54.49% | 56,140 | 53.61% | 56,119 | 53.12% | 52,887 | 52.45% | 52,642 | 53.86% | 50,394 | 51.12% |
| S.N.S.S. | 48,094 | 38.12% | 39,042 | 37.28% | 40,346 | 38.19% | 37,926 | 37.61% | 37,177 | 38.04% | 38,075 | 38.63% |
| OTROS GASTOS | 9,318 | 7.39% | 9,542 | 9.11% | 9,171 | 8.68% | 10,016 | 9.93% | 7,917 | 8.10% | 10,102 | 10.25% |
| TOTALES | 126,158 | 100.00% | 104,725 | 100.00% | 105,636 | 100.00% | 100,829 | 100.00% | 97,736 | 100.00% | 98,571 | 100.00% |

FUENTE : CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.

NOTA : MILLONES DE PESOS DE 1987.

NOTA : S.N.S.S., SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD.

| SUPERAVIT/(DEF.) | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 |
|------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | (28,646) | (14,168) | (16,899) | (17,469) | (12,764) | (15,595) |

NOTA : LOS DEFICIT SE FINANCIAN CON ENDEUDAMIENTO, Y TRANSFERENCIAS DEL TESORO PUBLICO.

CUADRO Nro. 6

SISTEMA ISAPRE

| AÑO | VALORES REALES | |
|------|-------------------|----------------------|
| | BENEFICIARIOS (1) | GASTO SISTEMA ISAPRE |
| 1985 | 551 | 16,049 |
| 1986 | 921 | 24,324 |
| 1987 | 1,235 | 32,598 |
| 1988 | 1,450 | 40,708 |

| AÑO | VALORES PROYECTADOS | |
|------|--------------------------|-------------------------------------|
| | NUMERO BENEFICIARIOS (1) | GASTO PROYECTADO SISTEMA ISAPRE (2) |
| 1989 | 1,675 | 46,004 |
| 1990 | 1,775 | 48,754 |
| 1991 | 1,864 | 51,132 |
| 1992 | 1,938 | 53,122 |
| 1993 | 1,996 | 54,814 |
| 1994 | 2,046 | 56,130 |
| 1995 | 2,087 | 57,300 |

MODELO: GASTO SISTEMA ISAPRE = a + (b * BENEFICIARIOS)

PARAMETROS: a = Mill\$ 130 b = \$ 27,265

SECTOR PUBLICO

| AÑO | VALORES REALES | |
|------|----------------|-------------|
| | BENEFICIARIOS | GASTO SALUD |
| 1985 | 11,271 | 100,829 |
| 1986 | 11,456 | 97,736 |
| 1987 | 11,632 | 98,571 |
| 1988 | | |

| AÑO | VALORES PROYECTADOS | |
|------|---------------------|-------------|
| | BENEFICIARIOS | GASTO SALUD |
| 1989 | 10,490 | 99,156 |
| 1990 | 10,586 | 100,059 |
| 1991 | 10,699 | 101,129 |
| 1992 | 10,831 | 102,372 |
| 1993 | 10,983 | 103,207 |
| 1994 | 11,145 | 105,339 |
| 1995 | 11,320 | 106,994 |

MODELO:

GASTO = \$ 2,452 + POBLACION

NOTA : (1) NUMERO DE BENEFICIARIOS AÑO 1989 ESTIMADO DE AÑOS ANTERIORES. PARA LOS AÑOS SIGUIENTES SE ESTIMO CRECIMIENTO DE UN 5% (1990), 5% (1991), 4% (1992), 3% (1993), 2.5% (1994), 2% (1995).

NOTA : (2) CORRESPONDE A DIFERENCIA ENTRE INGRESOS OPERACIONALES MENOS LA UTILIDAD ANTES DE IMPUESTO DEL SISTEMA ISAPRE. CALCULADA SEGUN MODELO DE REGRESION, SOBRE AÑOS ANTERIORES.

NOTA : CIFRAS EN MILLONES DE PESOS DE 1987.

FUENTE: FONDO NACIONAL DE SALUD.

V I S I O N G L O B A L D E L

S E C T O R S A L U D

ANINAT, MENDEZ Y ASOCIADOS

MARZO 1989.

VISION GLOBAL DEL SECTOR SALUD

El presente trabajo pretende ser una apretada síntesis sobre el Sector Salud, enfatizando los aspectos financieros del sector público y abordando tópicos relacionados con las características, desarrollo y desafíos del Sistema Isapre. Obviamente, no se pretende agotar los temas en cuestión, sino aportar a una discusión que evidentemente guarda una vital importancia.

1. Aspectos Generales

Con los inicios de la presente década, y en realidad, desde fines de la pasada, se vienen sucediendo en nuestro país cambios de envergadura en el Sector Salud. Con la dictación del D.L. Nº 2763 de 1979, se pone en marcha la reestructuración del Ministerio de Salud (MINSAL) con la finalidad de incrementar su eficiencia. Así, se definen tres niveles de funciones básicas que corresponden a distintas entidades del sector público:

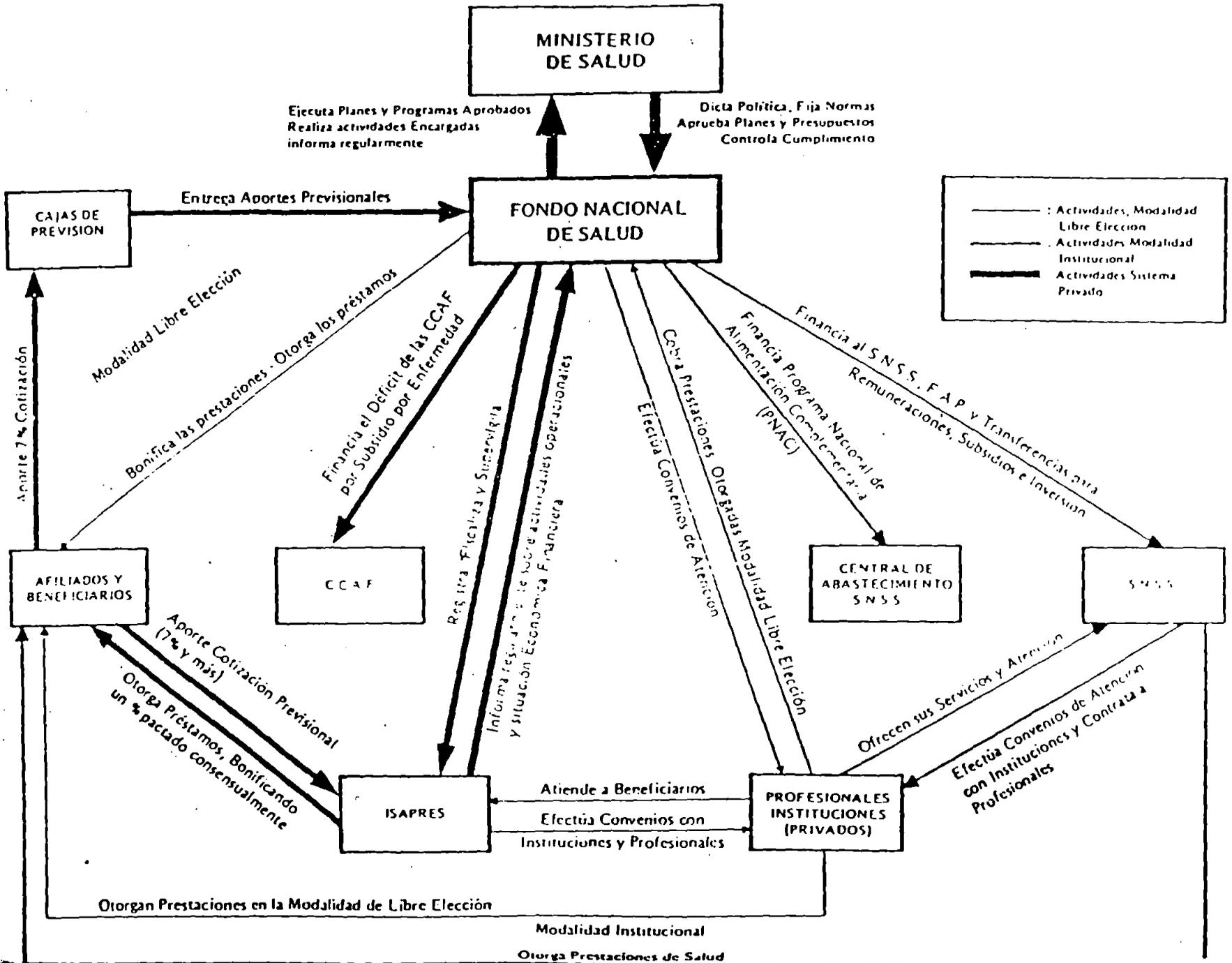
- a) Función normativa: corresponde al MINSAL
- b) Función Financiera: le compete al Fondo Nacional de Salud (FONASA)
- c) Función Operativa: se la asigna a cada uno de los 27 servicios Salud (SNSS), a la Central de Abastecimientos y al Instituto de Salud Pública

Cada uno de los organismos mencionados son funcionalmente descentralizados, con personería jurídica y patrimonio propio.

Con posterioridad, mediante el DFL Nº 3 de 1981, se reglamenta el funcionamiento del Sistema de Instituciones de Salud Previsional (ISAFRE), permitiéndole a cada individuo ejercer la opción de elegir la institución que le administrará su cotización previsional en salud.

En el Cuadro Nº 1 se presenta un diagrama de interrelación del Sector Salud en la actualidad.

CUADRO Nº 1



Si se centra la atención en los afiliados y beneficiarios (1) del sistema puede observarse que los primeros aportan en salud el 7% de su ingreso imponible. Para esto tienen dos opciones, una Institución de Salud Previsional privada (ISAPRE) o el Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Por otro lado, los beneficiarios reciben prestaciones de salud a través de la modalidad de libre elección, caso en el cual son profesionales e instituciones privadas las encargadas de realizar la prestación misma, o por medio de la modalidad institucional, situación en que el beneficiario se atiende a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).

El gasto que genera cada prestación es pagado, en el caso del mecanismo de libre elección, en parte por el beneficiario (copago) y en parte por FONASA o la ISAPRE, según sea el caso. Estas entidades bonifican una parte de la atención que varía de acuerdo al contrato de salud respectivo y al tipo de atención incurrida.

Si la prestación se lleva a cabo a través del SNSS existe una clasificación estipulada por Ley, que se resume en el cuadro siguiente (2).

Cuadro Nº 2

| Grupo | Ingreso | El afiliado paga |
|-------|-----------------------|------------------|
| A | 0 | 0 |
| B | Hasta \$ 16.288 | 0 |
| C | \$ 16.288 - \$ 25.455 | 25% nivel 1 |
| D | más de \$ 25.455 | 50% nivel 1 |

- 1/ Se entiende por afiliado a aquel que efectúa cotizaciones en salud. Los beneficiarios son todos los que potencialmente pueden recibir alguna prestación en salud.
- 2/ De acuerdo a informaciones recientes, esta clasificación sería modificada en el futuro próximo.

2. Sistema de Salud Público

En lo que respecta al sector público, el financiamiento del sistema depende básicamente del aporte fiscal, los ingresos por cotización que recibe FONASA de parte de sus afiliados y del pago o copago del beneficiario al momento de la atención. Conocer la trayectoria que han tomado estas variables a partir de la reforma en el Sector Salud es un elemento clave para comprender la evolución seguida por este sistema.

En el Cuadro Nº 3 se muestra un conjunto de cifras relacionadas con esta materia.

En primer término, puede apreciarse que a partir de 1981, año en que comienzan a funcionar las Isapres, el aporte fiscal disminuye consistentemente hasta 1986, este último año es un 37% menor que el primero. Posteriormente en 1988 éste es levemente más alto. En el mismo período la población beneficiaria del sistema de salud público también desciende debido a que parte de esta pasa al sistema privado de salud (Isapre). Luego, lo relevante es analizar qué ha pasado con el aporte fiscal por beneficiario del sistema de salud público, es decir, descontándose aquellos que se cambiaron a las Isapres. Esta relación, como puede observarse, también ha caído en prácticamente un 37% entre 1981 y 1986, recuperándose en 1988 en casi siete puntos porcentuales. Si se mide el aporte fiscal como proporción del PGB se descubre que para el período en cuestión este alcanza sus puntos más altos en 1982 (1,6% y 1981 (1,5%), descendiendo posteriormente a 0,9% en los últimos tres años. En síntesis, en lo que respecta a esta fuente de financiamiento, ha disminuido sistemáticamente desde inicios de la década de los ochenta y sólo presenta una muy leve recuperación en 1988, aunque a niveles bastante menores que los de 1981.

En segundo término, los ingresos por cotización que recibe FONASA, han crecido en 20,9% entre 1981 y 1988. A nivel de beneficiario se llega a que estos subieron un 22,6% en dicho período.

CUADRO No. 3

EVOLUCION PRINCIPALES INGRESOS MINISTERIO DE SALUD

MILLONES DE \$ 1987

| AÑOS | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 |
|--------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| APORTE FISCAL | 58,510.0 | 55,986.0 | 46,051.0 | 43,635.0 | 39,767.0 | 36,917.0 | 36,933.0 | 40,303.9 |
| APORTE FISCAL POR BENEFICIARIO | 5.2 | 5.0 | 4.0 | 3.8 | 3.4 | 3.2 | 3.3 | 3.6 |
| APORTE FISCAL (COMO % DEL PSB) | 1.5% | 1.6% | 1.3% | 1.2% | 1.1% | 0.9% | 0.9% | 0.9% |
| INGRESO COTIZACIONES FONASA | 30,864.0 | 27,541.0 | 30,841.0 | 32,408.0 | 31,316.0 | 35,880.0 | 36,865.0 | 37,316.1 |
| ING. COT. FONASA POR BENEFICIARIO | 2.7 | 2.5 | 2.7 | 2.8 | 2.7 | 3.1 | 3.3 | 3.4 |
| COPAGO PRESTACIONES | 12,871.0 | 13,985.0 | 13,665.0 | 12,694.0 | 12,277.0 | 12,175.0 | 9,178.0 | 10,030.6 |
| COPAGO PRESTACIONES POR BENEFICIARIO | 1.1 | 1.2 | 1.2 | 1.1 | 1.1 | 1.1 | 0.8 | 0.9 |
| INDICE 1981=100 | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 |
| APORTE FISCAL | 100.0% | 95.7% | 78.7% | 74.6% | 68.0% | 63.1% | 63.1% | 68.9% |
| APORTE FISCAL POR BENEFICIARIO | 100.0% | 96.2% | 77.0% | 72.6% | 65.7% | 62.3% | 63.5% | 69.8% |
| APORTE FISCAL (COMO % DEL PSB) | 100.0% | 106.7% | 86.7% | 80.9% | 73.3% | 60.0% | 60.0% | 61.2% |
| INGRESO COTIZACIONES FONASA | 100.0% | 89.2% | 99.9% | 105.0% | 101.5% | 116.3% | 119.4% | 120.9% |
| ING. COT. FONASA POR BENEFICIARIO | 100.0% | 89.7% | 97.7% | 102.2% | 98.1% | 114.7% | 120.2% | 122.6% |
| COPAGO PRESTACIONES | 100.0% | 108.7% | 106.2% | 98.6% | 95.4% | 94.6% | 71.3% | 77.9% |
| COPAGO PRESTACIONES POR BENEFICIARIO | 100.0% | 109.2% | 103.8% | 96.0% | 92.2% | 93.4% | 71.8% | 79.0% |

FUENTES: CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA
ESTIMACIONES ANINAT, MENDEZ Y ASOCIADOS
FONASA
INE

CUADRO No. 4

EVOLUCION GASTO MINISTERIO DE SALUD

MILLONES DE \$ 1987

| AÑOS | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 |
|---------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|
| GTO.SALUD CONSOLIDADO | 116,190.0 | 126,136.0 | 104,719.0 | 105,639.0 | 100,850.0 | 97,722.0 | 98,571.0 | 103,353.3 |
| GTO.SALUD POR BENEFICIARIO | 10.3 | 11.3 | 9.1 | 9.1 | 8.7 | 8.6 | 8.8 | 9.3 |
| GTO.SALUD (COMO % DEL PGB) | 2.9% | 3.6% | 3.0% | 3.0% | 2.7% | 2.5% | 2.4% | 2.4% |
| INVERSION REAL | 3,482.0 | 3,147.0 | 1,047.0 | 1,832.0 | 2,621.0 | 1,530.0 | 1,455.0 | 2,025.4 |
| INVERSION REAL POR BENEFICIARIO | 0.3 | 0.3 | 0.1 | 0.2 | 0.2 | 0.1 | 0.1 | 0.2 |
| INDICE DE ING. MEDIO COT.FONASA | 100.0% | 110.7% | 87.0% | 80.1% | 73.5% | 69.3% | 72.0% | 71.3% |
| INDICE 1981=100 | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 |
| GTO.SALUD CONSOLIDADO | 100.0% | 108.6% | 90.1% | 90.9% | 86.8% | 84.1% | 84.8% | 89.0% |
| GTO.SALUD POR BENEFICIARIO | 100.0% | 109.1% | 88.2% | 88.5% | 83.9% | 83.0% | 85.4% | 90.2% |
| GTO.SALUD (COMO % DEL PGB) | 100.0% | 124.1% | 103.4% | 103.4% | 93.1% | 86.2% | 82.8% | 81.2% |
| INVERSION REAL | 100.0% | 90.4% | 30.1% | 52.6% | 75.3% | 43.9% | 41.8% | 58.2% |
| INVERSION REAL POR BENEFICIARIO | 100.0% | 90.9% | 29.4% | 51.2% | 72.8% | 43.4% | 42.1% | 59.0% |

FUENTES: CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA
ESTIMACIONES ANINAT, MENDEZ Y ASOCIADOS
FONASA
INE

Las razones que subyacen a la trayectoria que han seguido tales variables, son en alguna medida encontradas. Por una parte, han operado como principales fuerzas tendientes a incrementar los fondos recaudados, el alza en el porcentaje de aporte en salud, que llega a un 75% en cinco años (1), y la recuperación económica que permite aumentar importante-mente los niveles de empleo. En sentido contrario, actúa el hecho que las personas de ingresos más altos se traspasaron a las Isapres, por lo cual, FONASA dejó de percibir impor- tantes montos de cotización.

Finalmente y en tercer término, los ingresos que recibe FONASA por efecto del copago (que realiza el beneficiario contra cada prestación) han disminuído a partir de 1983. Si se mide esta variable de acuerdo a la cantidad de beneficia- rios, se llega a que en 1988 era un 21% menor que en 1981.

El impacto del comportamiento de estas tres fuentes básicas de financiamiento en el gasto del MINSAL se expone en el Cuadro Nº 4.

El gasto en salud es en 1988 un 11% más bajo que en 1981 y si se cuantifica a niveles por beneficiario el resultado es similar; nótese que la mayor parte del periodo es menor que en dicho año. Medido como proporción del PGB, esta variable crece en 1982 de un 2,9% a un 3,6%, posteriormente se man- tiene en un 3% entre 1983 - 1984, y a partir de 1985 comien- za a descender hasta llegar a un 2,4% en los últimos dos años.

1/ En 1981 el aporte en salud era de un 4% del Ingreso Imponible, a comienzos de 1983 sube a un 5%, en junio de ese mismo año a un 6% y a fines de 1985 a un 7%.

Una consecuencia de estas circunstancias es la fuerte caída que presenta la inversión real en salud del sector público. Hacia 1983 ésta era un 70% más baja que la de 1981, en los años 1986 - 1987 apenas ha superado el 40% de tal año y en 1988 aún es un 48% más baja que a inicios de la década. Medida de acuerdo al número de beneficiarios del sistema, las conclusiones son análogas (Ver cuadro Nº 4).

En el mismo cuadro puede observarse cómo ha variado el ingreso medio del cotizante en FONASA: en 1988 es prácticamente un 30% menor que el de 1981. Esta situación se explica principalmente porque los individuos de mayores ingresos se cambiaron a las Isapres.

Esto trae por consecuencia que en 1988 existe una situación en la cual el gasto en salud es menor que a principios de la década, y por otro lado, la población beneficiaria de este gasto tiene menores ingresos y probablemente, riesgos más altos; en otras palabras, se trata de personas con mayor necesidad de apoyo estatal.

Manifestaciones concretas de esta situación ocurren cuando se percibe la existencia de un déficit de oferta de salud en el aparato estatal (1). Recordemos que no se puede hablar de exceso de demanda en la medida que el acceso a la salud se entiende como un derecho; esto se traduce en dificultades, demoras e ineficiencias en la atención en salud por la falta de equipos, personal e infraestructura adecuada.

Para 1989 el aporte fiscal en salud será un 4,5% más alto en términos reales que el de 1988; a esto se le agregó un monto adicional por \$ 12.000 millones (2), lo que se traduce en un significativo aumento de 24 puntos porcentuales, lo cual llevará a que el incremento de 1989 con respecto a 1988 sea aproximadamente de un 28% en moneda constante.

-
- 1/ Conocido es el hecho del alto tiempo de espera que se requiere para llevar a cabo una operación: muchas veces se supera los sesenta días; o la política hospitalaria de fijar cupos a los centros de atención primaria, lo que equivale a restringir la oferta de servicios.
 - 2/ Este monto se destinará a reparar, construir y equipar hospitales, consultorios y postas, es decir a inversión real.

3. El Sistema Isapre: Características, desarrollo y desafíos

3.1 Actores y Escenarios

En términos generales es posible distinguir tres actores: los beneficiarios (demandantes de salud); los prestadores (oferentes de salud, constituidos por clínicas, profesionales de la salud, laboratorios, etc.); y los intermediarios financieros o Isapres. Estos interactúan en un escenario formado por la institucionalidad y el sistema económico-social y cultural.

La relación más básica o primaria entre estos actores se manifiesta cuando un beneficiario acude a un prestador de salud y éste le ofrece sus servicios por un cierto precio, el cual es cancelado en parte por el beneficiario y en parte por la Isapre, de acuerdo a un convenio previamente pactado (contrato de salud). Este convenio es un seguro de salud, mediante el cual el beneficiario se compromete a cancelar mensualmente una cantidad de dinero (7% o más de cotización en salud) a cambio de obtener de la Isapre una bonificación en caso de siniestro, es decir, cuando el beneficiario requiere una prestación en salud.

Por su propia naturaleza, la interrelación que se produce entre estos tres estamentos puede tender, si no se efectúan algunas correcciones, a maximizar el beneficio de algún o algunos de los actores en perjuicio del sistema como un todo, lo que en casos extremos puede derivar en situaciones muy graves.

Un ejemplo de esto es que si bien el demandante de salud es el beneficiario, normalmente la toma de decisiones en la determinación de la demanda reside en el médico. Es este último quien especifica los requerimientos de apoyo, diagnóstico u otras atenciones de salud. Considerando que generalmente no existen incentivos económicos que operen en el sentido de controlar o ajustar las presta-

ciones de salud a lo estrictamente necesario (1), puede derivarse en el sobre-uso del sistema, con el consiguiente incremento en los costos. Esto puede encarecer el precio de los planes o disminuir bonificaciones, en definitiva el costo adicional se transmite de alguna manera.

Una posible forma de regular esta situación es estableciendo una especie de integración vertical entre prestadores de salud y la Isapre. De esta forma se crearán incentivos económicos que tiendan a controlar más eficazmente el nivel de prestaciones de salud. Ejemplos reales de esta circunstancia se presentan cuando la Isapre es propietaria de una clínica, médicos participan de los resultados de la Isapre, y otros.

Un segundo caso sucede a causa del incentivo que tiene la Isapre a seleccionar una cartera de beneficiarios con el menor costo en relación a los ingresos que aporta. Esto deriva en que se ponga una barrera a la entrada al sistema que impide el ingreso de potenciales beneficiarios de mayor costo relativo (por ejemplo, mayores de edad) o de bajos ingresos, y además, se margina del sistema a quienes estando en él signifiquen grandes erogaciones si continúan adscritos (2) (3). Esto se traduce en que en la actualidad el Sistema Isapre sea altamente selectivo y con un tamaño, si bien importante, relativamente "bajo" respecto de la población total (aproximadamente un 11% a junio de 1988).

Una probable solución a circunstancias como las planteadas requeriría de modificaciones institucionales y creatividad empresarial, de tal forma de adecuar las

-
- 1/ Un concepto muy relativo por cierto.
 - 2/ Un caso muy típico son las personas a las cuales se les detecta alguna enfermedad de tratamiento caro, como puede ser el cancer, y que una vez diagnosticado, la Isapre procede a terminar el contrato en el tiempo mas breve posible.
 - 3/ Una excepción a esta situación la constituyen aquellas Isapres que renuncian a poner fin al contrato a partir de una permanencia minima del afiliado en ella.

reglas del juego y orientar los incentivos involucrados a situaciones más deseables desde la perspectiva social y los intereses del conjunto de los actores involucrados. Ciertamente esto requeriría especificar una correcta distribución de los costos, riesgos y beneficios sociales y privados, y por tanto delimitar las responsabilidades públicas y privadas.

Podríamos continuar citando casos en que la relación de estos tres actores bajo el escenario actual, especialmente el institucional, afecta en algunas situaciones negativamente al sistema en su conjunto; sin embargo, interesa reparar en algo muy sencillo pero crucial, y es concebir el Sistema Isapre como una organización nueva que busca el equilibrio de largo plazo y a lo cual se la puede ayudar mediante la implementación de las políticas adecuadas para ello. Por cierto, la búsqueda de estas políticas será un importante desafío futuro.

3.2. Dimensión del Mercado

En el cuadro siguientes se exponen algunas cifras destinadas a medir el tamaño y crecimiento del mercado.

Cuadro Nº5

Isapres Abiertas 1/
(a Diciembre de cada año)

| | 1981 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 (Junio) |
|------------------|--------|---------|---------|-----------|--------------|
| Nº Isapres | 5 | 10 | 11 | 14 | 19 |
| Nº Cotizantes | 26.415 | 165.181 | 295.760 | 412.286 | 468.653 |
| Nº Beneficiarios | 61.659 | 426.543 | 776.642 | 1.052.146 | 1.179.024 |
| % Población | 0,5 | 3,6 | 6,4 | 8,5 | 9,5 |

Isapres Cerradas 2/

| | | | | | |
|------------------|---|---------|---------|---------|---------|
| Nº Isapres | - | 7 | 9 | 10 | 11 |
| Nº Cotizantes | - | 33.630 | 40.565 | 45.129 | 50.049 |
| Nº Beneficiarios | - | 119.028 | 144.642 | 152.958 | 166.192 |
| % Población | - | 1,0 | 1,2 | 1,2 | 1,4 |

Total Sistema

| | | | | | |
|------------------|--------|---------|---------|-----------|-----------|
| Nº Isapres | 5 | 17 | 20 | 24 | 30 |
| Nº Cotizantes | 26.415 | 198.811 | 336.325 | 457.415 | 518.702 |
| Nº Beneficiarios | 61.654 | 545.581 | 921.284 | 1.205.004 | 1.345.216 |
| % Población | 0,5 | 4,6 | 7,6 | 9,3 | 11,0 |

Fuente: Fonasa
Ine

1/ Abiertas al público en General

2/ Solamente pueden incorporarse los trabajadores de la empresa respectiva

Como puede observarse en el Cuadro Nº 5, el crecimiento del Sistema Isapre en su conjunto ha sido rápido, alcanzando a mediados de 1988 a cubrir las prestaciones de salud de un 11% (1) de la población. La tasa de creci-

1/ Antecedentes a noviembre de 1988 indican que esta proporción habría subido al 11,5%

miento acumulativa mensual del número de beneficiarios ha sido de un 4%, lo que significa que anualmente esta tasa ha superado en promedio el 50%.

Por otra parte, el número de Isapres se ha incrementado, de 5 instituciones que existían en 1981, a 30 entidades, en junio de 1988, de las cuales 19 eran abiertas y 11 cerradas.

Ciertamente gran parte de este crecimiento se debe a que el sistema es nuevo y por lo tanto está en plena etapa de expansión. Con el correr del tiempo es posible esperar que la variación en el número de cotizantes guarde una relación más determinante con el crecimiento económico y población ocupada.

3.3 Población Incorporada al Sistema.

La entrada al mercado de las Isapres se produjo a través de aquellos sectores que les permitieran mayores ingresos (es decir se incorporó a los individuos de altas rentas) y, en la medida que fuere posible discriminar, menores costos (gente de buena salud). Estas circunstancias permitieron sostener una estructura administrativa de alto costo relativo, ya que inicialmente los costos fijos, que se derivan en parte importante de esta estructura, se debían distribuir entre escasos afiliados. Sin embargo, hoy en día ya se ha incorporado al sistema a las personas de más altos ingresos y, por tanto, la futura expansión de este mercado, más allá de los factores mencionados en el párrafo anterior, deberán considerar fórmulas apropiadas para llegar a estratos de ingresos menores. Al respecto, el Cuadro Nº 6 permite tener una cuantificación de esta situación.

Cuadro Nº 6

Distribución de Cotizantes por Intervalo de Ingreso
(Junio 1988)

| Intervalo de Ingreso (miles de \$) | Isapre (%) | AFP (%) | Isapre como % de AFP |
|---------------------------------------|-------------|---------|----------------------|
| Hasta 20 | 3,6 | 38,6 | 2,7 |
| 21 - 30 | 6,1 | 17,1 | 10,7 |
| 31 - 40 | 9,2 | 11,2 | 24,3 |
| 41 - 50 | 9,9 | 7,2 | 41,1 |
| 51 - 60 | 8,8 | 4,8 | 53,4 |
| 61 - 120 | 31,5 | 12,6 | 82,0 |
| Mas de 120 s/d | 31,0 | 8,5 | 100,0 |
| TOTAL ^o | 100,0 | 100,0 | |
| Ingreso Medio Imponible | (\$) 89.241 | 42.105 | |

Fuente : FONASA
Superintendencia AFP
A, M y Asoc.

A junio de 1988 existe una importante diferencia entre el salario medio imponible en las Isapres (\$ 89.241) y en las AFP (\$ 42.105): el primero es más del doble del segundo. Además, las Isapres concentran la mayor parte de sus cotizantes en los dos intervalos más altos (sobre \$ 61 mil) y las AFP en los dos primeros (menos de \$ 30 mil).

Esta situación pone en el tapete la discusión referida a la futura expansión del sistema. Para visualizar alguna respuesta, en la columna 3 del Cuadro anterior se indican los cotizantes de Isapres como proporción de los cotizantes de AFP. La primera observación que se puede realizar, es que los cotizantes de altos ingresos están prácticamente todos en Isapres; del tramo entre \$ 61

mil y \$ 120 mil sólo resta el 18% de los cotizantes de AFP por incorporarse al Sistema Isapre; sin embargo, bajo ese nivel de ingreso la proporción de personas en Isapres; en relación a las de AFP es notablemente más baja. Solamente en los intervalos de ingreso que están entre \$ 30 mil y \$ 60 mil la población fuera del sistema Isapre (y dentro del sistema AFP) alcanza a 253 mil personas, esto equivale a un 50% del total de cotizantes en Isapres a junio de 1988.

En síntesis, se puede concluir que existe un amplio mercado potencial para extender el Sistema de Isapres bastante más allá de lo que es actualmente, aunque esto requerirá planes y condiciones específicas para incorporar a estratos económicos más bajos de los que ya forman parte del conjunto de cotizantes de las Isapres. Esta tarea requiere del aporte tanto del sector privado como del sector público. El primero tendrá un rol fundamental en la creación y desarrollo de modalidades concretas de incorporación de estos sectores a costos razonables. El segundo, en la profundización de apoyo económico para subsidiar la cotización individual y permitir el acceso a planes de salud considerados como adecuados (1), y en aquellos estratos de ingresos que definitivamente no ingresarán a las Isapres, intervenir directamente en las prestaciones de salud de esa población. Esto pone de manifiesto un importante desafío, cual es definir la frontera que limita y señala hasta dónde es posible y conveniente llegar en la atención de salud vía Isapres y dónde comienza la atención directa del Estado.

1/ De hecho existe en la actualidad un subsidio del 2% adicional para aquellos imponentes que no superan un determinado monto de cotización. Quizás sea necesario incrementar este porcentaje para estratos más bajos de ingreso.

3.4 Distribución del Mercado.

CUADRO No. 7

DISTRIBUCION DEL MERCADO ISAPRES
JUNIO 1988

| ISAPRE ABIERTA | COTIZANTES | % |
|-----------------------|----------------|---------------|
| BANMEDICA | 85,390 | 16.5% |
| PROMEPART | 79,130 | 15.3% |
| LUIS PASTEUR | 15,698 | 3.0% |
| COLMENA | 45,321 | 8.7% |
| NORMEDICA | 10,492 | 2.0% |
| CONSALUD | 114,426 | 22.1% |
| LA CUMBRE | 4,259 | 0.8% |
| CRUZ BLANCA | 46,143 | 8.9% |
| SUDAMERICA | 33,663 | 6.5% |
| VIDA TRES | 16,579 | 3.2% |
| COMPENSACION | 10,810 | 2.1% |
| ISMED | 1,089 | 0.2% |
| GALENICA | 864 | 0.2% |
| ISAMEDICA | 2,267 | 0.4% |
| UNINED | 1,311 | 0.3% |
| MAS VIDA | 503 | 0.1% |
| DE LOS LAGOS | 59 | 0.0% |
| CORAL | 649 | 0.1% |
| CISNA SALUD | 0 | 0.0% |
| TOTAL ABIERTAS | 468,653 | 90.4% |
| ISAPRE CERRADA | COTIZANTES | % |
| SAN LORENZO | 3,289 | 0.6% |
| EL TENIENTE | 8,266 | 1.6% |
| CHUQUICAMATA | 9,271 | 1.6% |
| RIO BLANCO | 1,802 | 0.3% |
| ISPEN | 3,843 | 0.7% |
| SHELL | 623 | 0.1% |
| BANCO DEL ESTADO | 13,860 | 2.7% |
| ISAGAS | 628 | 0.1% |
| FERROSALUD | 3,385 | 0.7% |
| ISTEL | 4,282 | 0.8% |
| CRISOL | 1,300 | 0.3% |
| TOTAL CERRADAS | 50,049 | 9.6% |
| TOTAL SISTEMA | 518,702 | 100.0% |

FUENTE: FONASA

En el Cuadro Nº 7 se muestra la participación de cada una de las Isapres en el total de cotizantes del sistema a junio de 1988.

De acuerdo a las cifras expuestas, las Isapres con mayor porcentaje de cotizantes son: Consalud (22,1%), Banmédica (16,5%), Promepart (15,3%), Cruz Blanca (8,9%) y Colmena (8,7%). Entre estas cinco entidades cubren un 71,5% del mercado total y un 79,1% del mercado de Isapres Abiertas.

De las Isapres Cerradas las de mayor tamaño son las del Banco del Estado (2,7%), El Teniente (1,6%) y Chuquicamata (1,6%).

Es importante destacar que en los últimos dos años se han incorporado al sistema 9 Isapres Abiertas, lo que significa prácticamente duplicar la cantidad de instituciones en dicho período. Varias de estas organizaciones son propiedad de médicos que se han asociado con la finalidad de invertir en salud, creando las denominadas Isapres-Médicas, que en la actualidad suman seis: Normédica (II Región), Ismed (I Región), Galénica (I Región), Isamédica (IV Región), Unimed (R.M) y Más Vida (VIII, IX, X, XI Regiones) (2).

3.5 Antecedentes Financieros de las Isapres Abiertas 1985-1988 (Junio)

En esta parte se ha optado por acotar el análisis de los antecedentes financieros al período 1985 - 1988, por presentar interesantes cambios en algunos aspectos claves de ingresos y costos. Por otro lado, sólo se estudiarán las Isapres Abiertas, ya que las Isapres Cerradas de alguna manera son prolongaciones de los

2/ Las regiones se han especificado de acuerdo a la residencia de los médicos propietarios.

servicios de bienestar de las empresas, reciben normalmente ingresos adicionales, sus costos presentan estructuras distintas a las Isapres Abiertas y generalmente constituyen entidades sin fines de lucro.

Del análisis de la estructura porcentual respecto de los ingresos de explotación del estado de resultado (Ver Cuadro N° 8) se deduce en primer término que la importancia relativa de la cotización legal se incrementa de 88,6% en 1985 a 93,5% en 1988 (junio). Esto se explica porque el crecimiento en la cantidad de cotizantes a través del tiempo ha incorporado paulatinamente a personas de estratos de ingreso menores y por lo tanto con menor propensión para aportar en salud más allá del mínimo de cotización legal.

Un segundo elemento de importancia que se visualiza es el crecimiento relativo de los costos de explotación. En efecto, estos representaban en 1985 un 66% de los ingresos de explotación, en 1987 esa proporción había crecido hasta alcanzar un 74,1%, descendiendo levemente en 1988 a 73,7%. Este aumento se debe principalmente a incrementos del valor real en las prestaciones de servicios de salud, lo que se manifiesta en el alza de los costos de bonificación de un 48,6% a un 55,5%. Estos, debido a la competitividad del mercado, no habrían sido traspasados al precio de los planes de salud ofrecidos por las Isapres. Este punto se tocará con mayor detalle más adelante.

Como consecuencia de lo señalado precedentemente, el margen de explotación como porcentaje de los ingresos de explotación cayó desde un 34% en 1985 a un 25,9% en 1986, subiendo levemente en 1988 a un 26,3%.

Un tercer elemento relevante de este período es el descenso en los gastos de administración y ventas. Estos eran en 1985 un 29% de los ingresos de explotación, en 1988 dicho porcentaje había caído a 21,3%. Esto se explica fundamentalmente por la pérdida de importancia

relativa de los gastos en publicidad y promoción, comisiones de venta, remuneraciones y gastos generales. Parte de este fenómeno refleja el aprovechamiento de economías de escala que han ido surgiendo en la medida que el sistema se ha expandido.

De esta forma, el resultado operacional se incrementó de 5,1% en 1985 a 6,7% en 1986, cayendo en 1987 a 1,2% y recuperándose en 1988 a un 5%.

Si se observan las cifras a nivel de cotizantes y/o beneficiarios (Cuadro Nº 9), se pueden obtener los siguientes antecedentes.

Los ingresos de explotación por cotizante son a junio de 1988 un 4,5% menores que en 1985. Estos pasaron de \$91,2 mil a \$ 87,1 mil. A nivel de beneficiarios la diferencia es menor (debido a una disminución del grupo familiar) en un punto porcentual (3,5%), cayendo de \$35,6 mil a \$ 34,4 mil. La reducción de esta variable, tal como se ha indicado, se debe básicamente a la estrategia de ingreso al mercado por parte de las Isapres. Así, en un primer momento incorporaron personas de más altos ingresos y con posterioridad abordaron los segmentos de mercado con ingresos menores; luego, el ingreso de explotación por cotizante y/o beneficiario ha tendido a descender (1), aunque en 1988 se incrementó respecto de 1987.

Los costos de explotación por cotizante se incrementaron en un 6,8% entre 1985 y 1988 (junio), éstos pasaron de \$ 60,2 mil a \$ 64,2 mil. A nivel de beneficiarios el aumento llega a un 7,9%, en términos absolutos éstos varían de 23,5 mil a \$ 25,4 mil.

1/ Esto a pesar que en 1985 la cotización en salud era de un 6%. De 1986 en adelante es un 7%.

CUADRO No. 8

ESTADO DE RESULTADOS ISAPRES ABIERTAS

ESTRUCTURA PORCENTUAL RESPECTO DE LOS INGRESOS DE EXPLOTACION

| | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 (JUNIO) |
|-----------------------------------|--------|--------|--------|--------------|
| INGRESOS DE EXPLOTACION | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| COTIZACION LEGAL | 88.6% | 89.3% | 90.8% | 93.5% |
| COSTOS DE EXPLOTACION | 66.0% | 66.1% | 74.1% | 73.7% |
| BONIFICACIONES | 48.6% | 49.4% | 57.2% | 55.5% |
| PRESTACION DIRECTA | 0.1% | 0.7% | 0.5% | 0.0% |
| SUBSIDIOS | 14.2% | 13.2% | 14.2% | 13.7% |
| EXAMEN SALUD PREVENTIVO | 0.5% | 0.2% | 0.1% | 0.8% |
| OTROS COSTOS | 2.6% | 2.6% | 2.1% | 3.8% |
| MARGEN DE EXPLOTACION | 34.0% | 33.9% | 25.9% | 26.3% |
| GASTOS DE ADMINISTRACION Y VENTAS | 29.0% | 27.1% | 24.7% | 21.3% |
| PUBLICIDAD Y PROMOCION | 1.5% | 1.6% | 0.9% | 0.7% |
| RENUNERACIONES | 9.7% | 10.4% | 9.3% | 8.6% |
| COMISION DE VENTA | 6.5% | 5.7% | 5.8% | 4.6% |
| GASTOS GENERALES | 8.8% | 7.7% | 6.7% | 5.8% |
| OTROS GASTOS | 2.5% | 1.7% | 2.0% | 1.6% |
| RESULTADO OPERACIONAL | 5.1% | 6.7% | 1.2% | 5.0% |
| UT. ANTES DE IMPTO. | 6.3% | 8.4% | 4.7% | 8.1% |
| UT. DEL EJERCICIO | 6.0% | 7.7% | 4.2% | 7.3% |

FUENTE: FONASA

CUADRO No. 9

INDICADORES ISAPRES ABIERTAS

EN MILES DE \$ DE 1987 Y PORCENTAJES

| | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 (JUNIO) |
|-------------------------------------|--------|--------|--------|--------------|
| GRUPO FAMILIAR (NUMERO DE PERSONAS) | 2.56 | 2.61 | 2.58 | 2.53 |
| ING.EXP./COT. | 91.2 | 92.6 | 81.0 | 87.1 |
| CTO.EXP./COT. | 60.2 | 61.3 | 60.0 | 64.2 |
| BONIF./COT. | 44.3 | 45.8 | 46.3 | 48.3 |
| SUBS./COT. | 12.9 | 12.2 | 11.5 | 11.9 |
| MARGEN EXP./COT. | 31.1 | 31.4 | 21.0 | 22.9 |
| GTOS.AD./COT. | 26.5 | 25.1 | 20.0 | 18.5 |
| RES.OP./COT. | 4.6 | 6.2 | 1.0 | 4.3 |
| UT.ANT.DE.IMPTO./COT. | 5.7 | 7.7 | 3.8 | 7.1 |
| ING.EXP./BENEF. | 35.6 | 35.5 | 31.4 | 34.4 |
| CTO.EXP./BENEF. | 23.5 | 23.5 | 23.2 | 25.4 |
| BONIF./BENEF. | 17.3 | 17.5 | 17.9 | 19.1 |
| EXAM.SAL.PREV./BENEF. | 0.2 | 0.1 | 0.0 | 0.3 |
| MARGEN EXP./BENEF. | 12.1 | 12.0 | 8.1 | 9.0 |
| GTOS.AD./BENEF. | 10.3 | 9.6 | 7.7 | 7.3 |
| RES.OP./BENEF. | 1.8 | 2.4 | 0.4 | 1.7 |
| UT.ANT.DE.IMPTO./BENEF. | 2.2 | 3.0 | 1.5 | 2.8 |
| GRUPO FAMILIAR | 100.0% | 102.0% | 100.9% | 98.9% |
| ING.EXP./COT. | 100.0% | 101.5% | 88.8% | 95.5% |
| CTO.EXP./COT. | 100.0% | 101.8% | 99.8% | 106.8% |
| BONIF./COT. | 100.0% | 103.2% | 104.5% | 109.0% |
| SUBS./COT. | 100.0% | 94.7% | 89.0% | 92.1% |
| MARGEN EXP./COT. | 100.0% | 100.9% | 67.5% | 73.6% |
| GTOS.AD./COT. | 100.0% | 94.9% | 75.6% | 70.1% |
| RES.OP./COT. | 100.0% | 135.4% | 21.1% | 93.9% |
| UT.ANT.DE.IMPTO./COT. | 100.0% | 135.6% | 67.0% | 123.5% |
| ING.EXP./BENEF. | 100.0% | 99.6% | 88.0% | 96.5% |
| CTO.EXP./BENEF. | 100.0% | 99.8% | 98.9% | 107.9% |
| BONIF./BENEF. | 100.0% | 101.3% | 103.6% | 110.1% |
| MARGEN EXP./BENEF. | 100.0% | 99.0% | 66.9% | 74.4% |
| GTOS.AD./BENEF. | 100.0% | 93.1% | 74.9% | 70.9% |
| RES.OP./BENEF. | 100.0% | 132.8% | 20.9% | 94.9% |
| UT.ANT.DE.IMPTO./BENEF. | 100.0% | 133.0% | 66.4% | 124.8% |

El ítem que más incide en el alza de esta variable es el de bonificaciones: a nivel de cotizantes sube un 9% (de \$44,3 mil a \$ 48,3 mil) y a nivel de beneficiarios un 10,1% (de \$17,3 mil a \$ 19,1 mil). Los subsidios por cotizante caen en este mismo período en 7,4%, de \$ 12,4 mil a \$ 11,9 mil.

Como resultado de lo anterior, el margen de explotación por cotizante es en 1987 un 32,5% menor que en 1985. En 1988 se recupera levemente llegando a ser un 26,4% menor que en 1985.

Los gastos anuales de administración por cotizante han descendido en un 30% desde 1985 (de \$ 26,5 mil a \$ 18,5 mil). A nivel de beneficiarios la caída es de un 29% (de \$ 10,3 mil a \$ 7,3 mil).

La consecuencia de lo anterior es que el resultado operacional por cotizante o beneficiario ha disminuido en 1988 en relación a 1985 (ver cifras en cuadro respectivo), es decir, las economías de escala que han permitido, conjuntamente con una administración más eficiente, bajar los costos de administración y ventas, no han podido compensar el alza en los costos de explotación unitarios (fundamentalmente por causa del incremento en las bonificaciones) y la disminución de los ingresos de explotación por cotizante y/o beneficiario.

3.6. El Gasto en Bonificaciones

Anteriormente se hizo referencia a las causas que explicaban la caída de los ingresos de explotación por cotizante y/o beneficiario; en este punto se intentará explicar a qué se debe el incremento en los costos de explotación, específicamente del gasto en bonificaciones que es ítem relevante en este caso.

Cuadro Nº 10

Gasto en Bonificaciones

| | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 |
|---------------------------------------|------|-------|-------|-------|
| - Como % del Ingreso de Explotacion | 48,6 | 49,4 | 57,2 | 55,5 |
| - Por Cotizante (miles de \$ 1987) | 44,3 | 45,8 | 46,3 | 48,3 |
| Indice (%) | 100 | 103,2 | 104,5 | 109,0 |
| - Por Beneficiario (miles de \$ 1987) | 17,7 | 17,5 | 17,9 | 19,1 |
| Indice (%) | 100 | 101,3 | 103,6 | 110,1 |

(aumento de cantidad), incremento del costo de éstas (aumento de precio) y cambios en la distribución de frecuencia de prestaciones que incrementan las más costosas y disminuyen las más baratas.

En el Cuadro Nº 11 se presentan cifras relevantes de la frecuencia de prestaciones por beneficiario anual para los años 1985, 1986 y 1987.

Como puede apreciarse, entre 1985 y 1987, en diez prestaciones la frecuencia por beneficiario anual ha descendido y en otras seis aumentado. La frecuencia del total de prestaciones es en este último año un 89,3% del primero; es decir más de un 10% menor. Esto significa que al menos, debido a un aumento en las prestaciones por beneficiario, no ha existido un incremento en los costos de bonificación.

CUADRO No. 11

FRECUENCIA DE PRESTACIONES POR BENEFICIARIO ANUAL

| PRESTACIONES DE SALUD | 85 | 86 | 87 |
|-----------------------------|-------|--------|-------|
| CONSULTAS | 4.082 | 3.949 | 3.475 |
| DIAS CAMAS | 0.383 | 0.379 | 0.324 |
| TAR.COMP.PARTO NORMAL | 0.018 | 0.015 | 0.015 |
| TAR.COMP.PARTO CESAREA | 0.017 | 0.019 | 0.013 |
| EXAMENES DE LABORATORIO | 2.336 | 3.024 | 1.799 |
| EXAMENES DE RADIOLOGIA | 0.627 | 1.028 | 0.615 |
| MEDICINA NUCLEAR | 0.024 | 0.017 | 0.010 |
| MED.FISICA Y REHABILITACION | 0.426 | 0.483 | 0.436 |
| TRANSF. Y BCO. DE SANGRE | 0.055 | 0.044 | 0.023 |
| ANATOMIA PATOLOGICA | 0.077 | 0.066 | 0.068 |
| ESP. PROCEDIMIENTO | 0.578 | 0.687 | 0.476 |
| ESP.INTERV. QUIRURGICAS | 0.544 | 0.655 | 0.680 |
| ANESTESISTA | 0.115 | 0.098 | 0.047 |
| DERECHO DE PABELLON | 0.149 | 0.157 | 0.422 |
| PROTESIS Y ORTESIS | 0.026 | 0.025 | 0.026 |
| TRASLADOS | 0.006 | 0.006 | 0.008 |
| TOTAL DE PRESTACIONES | 9.463 | 10.651 | 8.438 |

INDICE 1985=100

| | | | |
|-----------------------------|--------|--------|--------|
| CONSULTAS | 100.0% | 96.7% | 85.1% |
| DIAS CAMAS | 100.0% | 99.0% | 84.7% |
| TAR.COMP.PARTO NORMAL | 100.0% | 83.6% | 85.2% |
| TAR.COMP.PARTO CESAREA | 100.0% | 108.2% | 76.2% |
| EXAMENES DE LABORATORIO | 100.0% | 129.5% | 77.0% |
| EXAMENES DE RADIOLOGIA | 100.0% | 163.9% | 98.1% |
| MEDICINA NUCLEAR | 100.0% | 71.8% | 42.4% |
| MED.FISICA Y REHABILITACION | 100.0% | 113.3% | 102.5% |
| TRANSF. Y BCO. DE SANGRE | 100.0% | 80.7% | 41.5% |
| ANATOMIA PATOLOGICA | 100.0% | 85.3% | 87.9% |
| ESP. PROCEDIMIENTO | 100.0% | 118.8% | 82.4% |
| ESP.INTERV. QUIRURGICAS | 100.0% | 120.5% | 125.0% |
| ANESTESISTA | 100.0% | 84.9% | 40.6% |
| DERECHO DE PABELLON | 100.0% | 105.3% | 282.9% |
| PROTESIS Y ORTESIS | 100.0% | 97.7% | 101.4% |
| TRASLADOS | 100.0% | 95.1% | 131.3% |
| TOTAL DE PRESTACIONES | 100.0% | 112.6% | 89.2% |

FUENTE: FONASA

Por otro lado, si se analiza la distribución de prestaciones se descubre que existen crecimientos importantes en algunas de alto costo: Intervenciones Quirúrgicas y Derecho a Pabellón, con un 25% y 182,9% respectivamente. Sin embargo, también se aprecian disminuciones en otras prestaciones de alto costo, como por ejemplo Dias-Cama (-15,3%), Parto Normal (-14,8%), Parto Cesarea (-24,8%) y Medicina Nuclear (-57,6%). Esta situación dificulta tener una evaluación final al respecto, por lo cual se deja abierta esta posibilidad para explicar un incremento en los costos de bonificación.

Finalmente, la tercera hipótesis a considerar establece que el crecimiento en los costos se explica principalmente por alzas en los precios de las prestaciones. El argumento que fundamenta esto sostiene que las Isapres habrían posibilitado la expansión de la demanda por prestaciones de salud al concurrir con la mayor parte del pago de éstas, bajándole el perfil de precios a los cotizantes y beneficiarios. Este aumento de la demanda presiona sobre los precios empujándolos hacia arriba. Otro elemento que contribuye a lo mismo es la incorporación de nuevas tecnologías en salud, que implican un valioso avance toda vez que mejoran la precisión de los diagnósticos, intervenciones quirúrgicas y otras aplicaciones, sin embargo, son generalmente de alto costo lo que encarece la prestación misma.

Es probable que de las tres explicaciones presentadas sean las dos últimas las más certeras e importantes. En otras palabras, el incremento en los costos de explotación encontraría su principal origen en un incremento en el uso de prestaciones de más alto costo, lo que puede ser solo un efecto transitorio, y alzas en los precios de algunas prestaciones.

Mecanismos probables para bajar la presión sobre los precios de prestaciones de salud, y por tanto de los costos de explotación, pueden generarse a partir de conseguir disminuir la cantidad de prestaciones de salud mediante un mejor control sobre estas y expandir la oferta de prestadores aumentando la infraestructura. Un

ejemplo de esto puede ser que las mismas Isapres aumenten la inversión en infraestructura en salud. Esto conduciría a controlar mejor la cantidad de prestaciones ya que se efectuarían en mayor medida en locales propios, y aumentaría la oferta de la misma, creando tendencias a bajar los precios. Esta situación permitiría también controlar en algún grado la incorporación de las nuevas tecnologías en salud, lo que puede ser un elemento fundamental en la determinación de los costos.

3.7 Conclusiones

A nuestro juicio la principal conclusión que emana de los antecedentes expuestos sobre el mercado de Isapres Abiertas radica en el hecho de concebirlo como un sistema que busca el equilibrio. A futuro los desafíos más importantes no sólo requerirán de la creatividad empresarial sino también del aporte estatal. Por esto es necesario definir y desarrollar aspectos institucionales que permitan al sistema responder a determinados requerimientos que hoy aparecen sin una solución completa. Entre éstos se citaron anteriormente los siguientes:

- . Crear un sistema de incentivos que permita minimizar los costos de explotación, al tiempo que se brinda una adecuada atención a los beneficiarios.
- . Desarrollar mecanismos institucionales y productos específicos que posibiliten acabar con situaciones indeaseables desde el punto de vista social, como por ejemplo la expulsión del sistema de los enfermos de alto costo.
- . Intentar delimitar el campo de acción de las Isapres y la competencia directa del sector público en lo que a sistemas de salud se refiere. Esto requiere definir hasta dónde es conveniente subsidiar y desde dónde es más eficiente atender directamente a las personas. Para esto se necesita especificar una correcta

distribución de los costos, riesgos y beneficios sociales y privados, y definir las responsabilidades públicas y privadas.

A lo expuesto habría que agregar al menos dos aspectos:

La necesidad de seguir fomentando la competencia requiere aumentar el nivel de información que manejan las personas al momento de tomar sus decisiones. Desde el punto de vista del demandante de salud, éste se ve enfrentado a decidir sobre un bien complejo y difícil de entender. Además quien le ofrece el bien es normalmente un vendedor que ha sido capacitado en el conocimiento del producto, lo que se traduce en una situación donde existe una importante asimetría en la información que sobre el bien tiene el demandante y el oferente, que en este caso es el vendedor, lo que limita una competencia adecuada, ya que permite a este último seleccionar y, en algunos casos, alterar la información hacia el primero, creando un set de conocimiento sesgado en el demandante. Hay que agregar a lo afirmado el hecho que el producto no sólo es complejo sino también es dificultoso de comparar, ya que existen múltiples maneras de definirlo; concretamente hay diversos aranceles con distintos valores de base, exclusiones diferentes, etc.

Ayudaría notablemente a superar estas dificultades el hecho de homogenizar más la definición del producto, de tal forma de hacerlo comprensible para un individuo cualquiera. Un mecanismo para lograr esto es a través de fijar un arancel base para el mercado, lo que facilitaría enormemente los procesos de información y toma de decisiones; así los productos podrían ofrecerse en número de veces ese arancel, sin perjuicio de las prestaciones adicionales que se desee agregar. Esto aumentará en definitiva la competencia, lo que redundará en mejores y mayores beneficios para los afiliados. Todo lo que pueda hacerse en este sentido colaborará en ganar eficiencia para el sistema (1).

1/ Obviamente la idea de fondo es fomentar la competencia y no dañarla.

Finalmente, conviene recordar que a futuro las Isapres tendrán una cartera de clientes de mayor edad, ya que muchos de sus actuales beneficiarios y cotizantes habrán envejecido, y en consecuencia, representarán mayores costos. Considerando que es absolutamente indeseable que llegado a determinada edad el cotizante sea marginado del sistema porque potencialmente significa la posibilidad de grandes erogaciones, es preciso definir una solución para esto. Una alternativa para resolver esta situación puede consistir en estimar el valor presente del costo en salud de un beneficiario medio para toda la vida; en base a esto se podrían derivar diferentes planes, adiciones voluntarias u otras modalidades, que permitan al cotizante asumir ese costo en forma paulatina (mes a mes) a través del tiempo.

Finalmente, conviene recordar que un paso importante que se ha dado recientemente en el sentido de desarrollar la institucionalidad del sistema y abordar los desafíos del caso, lo constituye la decisión de crear una Superintendencia de Isapre, la que probablemente comience a funcionar antes de que finalice el presente año.