

LAS ISAPRES: SU INSERCIÓN ACTUAL Y FUTURA EN EL SISTEMA DE SALUD CHILENO

Cuad. Méd.-Soc., XXXIV, 1, 1993/ 44-54

*Sr. Héctor Sánchez Rodríguez,
Superintendente Instituciones de Salud
Previsional.*

I. INTRODUCCION

Las acciones de prevención, cuidado, fortalecimiento y recuperación de la salud deben ser una responsabilidad prioritaria de las personas, pero constituye también un derecho básico que la sociedad, a través del Estado, debe garantizar en términos del libre e igualitario acceso a todas las acciones dirigidas a su protección y de la libertad de elegir el sistema de salud estatal o privado al cual cada persona desee acogerse.

Por otra parte, el gasto en salud al igual que el gasto en educación y capacitación, entre otros, constituye una inversión en capital humano para la sociedad dado que, además de mejorar el bienestar de la población en el corto plazo, aumenta la capacidad de desarrollo del país al potenciar la calidad y la eficiencia de sus recursos humanos.

No obstante, el desarrollo de los sistemas de atención de salud difiere de un país a otro y depende, fundamentalmente, de como se presentan e inciden un conjunto de factores estrechamente relacionados. En efecto, las condiciones políticas de un país, su situación económica, sus características sociales, culturales y educacionales son determinantes en la forma, organización y financiamiento de los sistemas de salud. Así, dependiendo de factores como los ya señalados, en algunos países existen sistemas de salud únicos basados en sus propios sistemas de seguridad, mientras que en otros, como en el caso del nuestro, se desarrollan sistemas mixtos donde la participación del Estado y del sector privado se complementan para alcanzar los objetivos nacionales en el campo de la salud.

Más aun, la propia política de salud en Chile está

orientada a configurar un sistema mixto de salud, en el cual los sectores público y privado se complementan para ofrecer a toda la población la mejor atención de salud posible de acuerdo con la realidad económica del país y en un marco de creciente equidad, participación, solidaridad y eficiencia.

II. MARCO GLOBAL DE POLITICAS QUE ORIENTAN AL SECTOR SALUD

En nuestro país, desde mediados de la década de los setenta, se encuentra en aplicación un Modelo de Economía Social de Mercado que ha abarcado progresivamente los diferentes ámbitos del quehacer nacional. En un primer momento, se circunscribió a áreas del sector productivo, pero en la medida que ha ido evolucionando, se han incorporado al marco teórico de este modelo, el conjunto de organizaciones y estructuras que integran lo que se denomina "Área Social", principalmente educación, previsión social y salud.

Por tanto, es dentro de este contexto económico y social donde cabe analizar la inserción del sector salud y, particularmente, el rol, situación actual y perspectivas futuras del subsistema privado de salud.

1. El Modelo de Economía Social de Mercado

Como ya se anticipó, las políticas de salud se enmarcan dentro de la estrategia de desarrollo económico adoptada por el país, el Modelo de Economía Social de Mercado, que aspira a compatibilizar el crecimiento económico del país con la equidad social con miras a permitir el acceso

de toda la población a los bienes y servicios necesarios para satisfacer sus necesidades básicas.

En dicho modelo económico, se contempla el desarrollo de una economía mixta, regida por el principio de subsidiariedad del Estado, en la que a éste le cabe un rol preponderante en la definición de políticas, correspondiéndole asumir directamente sólo aquellas funciones o actividades que los particulares no están en condiciones de cumplir adecuadamente, ya sea porque desbordan sus posibilidades o porque su importancia para la sociedad aconseja no entregarlas a particulares. Asimismo, este modelo contempla la participación activa y preponderante del sector privado en casi todas las áreas del quehacer económico-social del país, entregando a la iniciativa privada la responsabilidad de desarrollar y ejecutar diferentes proyectos de interés general y particular.

Bajo la lógica del modelo, la asignación de recursos la efectúa el mercado, lo que implica que la relación de oferta y demanda es la que define en la práctica el interés de los particulares en desarrollar un proyecto específico, basándose la decisión de inversión principalmente en la rentabilidad del capital que dicho proyecto generará. En consecuencia, la mayor o menor participación privada en un sector determinado, estará determinada por el conjunto de políticas que el Estado defina para estimular y regular la participación del sector privado, por las características del mercado de ese sector de actividad y por la capacidad de inversión de los particulares en ese sector.

Es necesario destacar que dentro del principio de subsidiariedad que rige al modelo económico vigente, se contempla que el Estado debe establecer mecanismos y financiamiento que permitan a los grupos de más bajos ingresos acceder a la satisfacción de sus necesidades más básicas y fundamentales. Este nivel básico de necesidades que define la sociedad como objetivo principal de las políticas sociales, debe ser garantizado por el Estado mediante el otorgamiento de subsidios, que posibiliten a estos grupos el acceso a los bienes y servicios básicos que requieren.

2. Las Políticas Sociales

En este modelo de desarrollo de economía social de mercado, una acción prioritaria del Estado, consiste en garantizar un crecimiento económico sostenido concordante con una mayor equidad social, de forma tal que, posibilitando a todas las personas la satisfacción de sus necesidades básicas,

asegure la igualdad de oportunidades y la eliminación de la extrema pobreza. Por esta razón, el objetivo central de la política social es sentar las bases de un consenso nacional que permita lograr, simultáneamente, un desarrollo económico estable y un mejoramiento significativo de las condiciones de vida de los sectores más postergados.

Se plantean así metas fundamentales como: el crecimiento con equidad, la estabilidad y funcionamiento fluido de la economía y la integración de toda la sociedad.

2.1 Principios rectores de las políticas sociales

Las políticas sociales tienen un conjunto de principios rectores que guían y orientan los programas sociales del Estado y la asignación de los recursos que la comunidad destina para su ejecución. Dentro de estos principios rectores, destacan los siguientes:

Equidad: Es deber del Estado, velar porque la población pueda acceder a la satisfacción de sus necesidades básicas, disminuyendo la desigualdad de oportunidades originada por condiciones sociales y económicas. Para estos efectos, es necesario focalizar el gasto social hacia los sectores más desposeídos, gasto que debe financiarse principalmente con los impuestos pagados por los sectores de más altos ingresos de la sociedad.

Mayor eficiencia en el gasto social: Lograr el máximo de eficiencia en el uso de los recursos destinados a programas sociales y la mayor eficacia en el cumplimiento de las metas, a través de la correcta identificación de los grupos objetivos, adecuada focalización de los programas y oportuna utilización de mecanismos de seguimiento y evaluación de su cobertura e impacto.

Participación social: La comunidad debe ser un sujeto activo en la búsqueda, creación e implementación de las soluciones a los problemas sociales que la atañen. Por esta razón, deben crearse mecanismos que posibiliten su participación activa tanto en el diagnóstico y diseño de las soluciones como en la ejecución de los programas.

Solidaridad: El progreso social, el mejoramiento de la calidad de vida y la dignificación de los sectores más postergados es una responsabilidad de todos los chilenos. La redistribución de ingresos es el mecanismo que posibilita el logro de los objetivos sociales, correspondiendo a los sectores de mayores ingresos, vía impuestos generales, contribuir al financiamiento del gasto fiscal orientado a estos fines.

3. Criterios Orientadores de las Políticas de Salud

Las políticas del sector salud se encuentran enmarcadas en el conjunto de definiciones de política macroeconómica y en el conjunto de principios rectores de las políticas sociales, toda vez que el sector salud se encuentra inserto dentro del ámbito de los sectores sociales del país.

3.1 Principios rectores de las políticas de salud

Entre los principales principios rectores que orientan las políticas de salud destacan:

La persona es la principal responsable de su salud.

Cada persona, como tal, tiene un importante rol en la mantención de su situación de salud, por lo que debe tener una activa participación en las acciones para su fomento, protección, recuperación y rehabilitación. Asimismo, las personas deben contribuir al financiamiento de los programas de salud dirigido a estos fines en forma proporcional a su capacidad económica y en función de los beneficios privados que de ellos obtengan. En tanto al Estado, le cabe asumir un rol subsidiario en este financiamiento, subsidiariedad que debe manifestarse mayormente en la contribución que el fisco efectúa al sector para financiar los programas de salud de fomento y protección con beneficios principalmente públicos. De igual modo y al nivel que las condiciones macro-económicas del país lo permitan, el Estado debe participar en el financiamiento de los programas de recuperación y rehabilitación de la salud de aquellos grupos de la población que requieren de subsidio estatal para satisfacer sus necesidades básicas en esta materia.

La salud un derecho básico de toda la población

La atención de salud es un derecho básico de todas las personas, por lo que es deber del Estado garantizar el libre e igualitario acceso de la población a todas las acciones dirigidas a su protección así como la libertad de elegir el sistema de salud estatal o privado al cual cada persona desee acogerse.

Por lo tanto, bajo este concepto rector, también le cabe al estado un rol fundamental en el diseño de los sistemas de salud, tanto públicos como privados, a fin de que los diferentes subsistemas respondan a las orientaciones globales que definen las políticas de salud y contribuyan adecuadamente al cumplimiento de los objetivos sectoriales de salud pública.

Asimismo, el Estado tiene un importante rol en el financiamiento sectorial, regido éste bajo el principio de la subsidiariedad como ya se ha señalado. Sumado a ello, le compete al Estado un rol normativo y fiscalizador respecto del sector privado en aras de garantizar su desarrollo dentro del marco de las políticas sectoriales y dentro del contexto jurídico que lo rige.

La equidad dentro del sector salud

La equidad dentro del sector salud es otro principio que rige las políticas sectoriales, por lo que es un deber del Estado diseñar un sistema de atención que permitan reducir al máximo posible las desigualdades en el acceso a un nivel básico de salud, sobre todo si tales desigualdades se producen como consecuencia de las diferencias existentes en el nivel socioeconómico de la población o producto de situaciones de otra índole como, por ejemplo, ubicación geográfica, niveles de riesgo, etc. Lo anterior, se manifiesta principalmente a través del diseño y funcionamiento de un sistema de salud integrado, eficiente en la asignación de los recursos sectoriales y equitativo en el funcionamiento interno de cada subsistema.

La solidaridad en salud

La solidaridad es un cuarto principio rector de las políticas sectoriales, expresándose principalmente a través del origen y destino del financiamiento sectorial. En efecto, las personas deben contribuir al financiamiento de los programas sectoriales y al cuidado de su salud en función de su capacidad económica, debiendo el Estado, cargo a los impuestos generales de la nación, contribuir a financiar las necesidades de salud de los grupos más vulnerables desde una perspectiva socioeconómica y de riesgo biomédico.

En un esquema como el descrito, el principio de la solidaridad se manifiesta a través del sistema tributario, ya que si en la práctica éste tiene un diseño progresivo permite que, por la vía del gasto fiscal en salud, se produzca una redistribución de ingresos desde los grupos relativamente más poderosos de la sociedad hacia los grupos más desvalidos mediante la contribución al financiamiento de sus necesidades básicas de salud. Así, es recomendable tener presente que, a través del destino del financiamiento sectorial y principalmente del gasto fiscal, se puede afectar positiva o negativamente la solidaridad interna del sistema mediante una mayor o menor focalización del gasto público en los grupos más desprotegidos de la sociedad

III. MARCO SECTORIAL DE LAS POLÍTICAS DE SALUD

1. Un Modelo de Salud de Tipo Mixto

La política sectorial de salud contempla el desarrollo de un sistema de carácter mixto, en que el sector público asume un rol activo en el campo de la definición de políticas, normas, planes y programas de salud pública, así como la responsabilidad de supervisar y evaluar su ejecución. En la actualidad, también le cabe al sector público un activo rol en la ejecución de programas de salud pública y en el desarrollo y administración de un sistema de salud estatal, con dos modalidades de atención, una alternativa de atención de libre elección y otra opción de atención institucional.

Por otro lado, existe una activa participación del Estado en el financiamiento del sector público de salud, contribuyendo, en su rol subsidiario, al financiamiento de las prestaciones de salud de las personas de menores ingresos, de los programas para el cuidado del medio ambiente y de las campañas para prevenir los efectos negativos de cualquier factor condicionante de la situación de salud de la población.

Asimismo y en forma creciente, el carácter mixto del sistema contempla la participación del sector privado en el otorgamiento directo de las prestaciones de salud, en la administración de su financiamiento a través de las mutuales e ISAPRE y en el desarrollo de nuevos sistemas de atención privada.

2. Integralidad en la Atención de Salud

El sistema de salud debe desarrollarse bajo un enfoque de integralidad de la atención. Tal enfoque implica que deben implementarse acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación dentro de una lógica de atención progresiva por complejidad creciente. Su ámbito de acción debe abarcar tanto al sistema público de salud como al sistema privado, de modo de generar, particularmente en este último caso, los mecanismos e incentivos correctos que permitan que el subsistema privado también se desarrolle bajo este criterio de integralidad en la política sectorial.

3. Focalización del Gasto Fiscal en Salud

El Estado debe orientar el financiamiento fiscal hacia los grupos más necesitados, focalizando el gasto público bajo criterios de riesgo socioeconómico y biomédico.

4. Incremento del Aporte Estatal a Salud y Fortalecimiento de la Eficiencia y Eficacia en la Gestión Sectorial

Dentro de su rol subsidiario y en la medida que los recursos del país lo permitan, el Estado debe incrementar gradualmente sus aportes al sector con el objeto de que pueda superarse definitivamente la profunda crisis financiera del sistema público de salud. En aras del mismo objetivo, deben desplegarse todos los esfuerzos dirigidos a aumentar la eficiencia y la eficacia de la salud pública. Sólo así, contando con más recursos y gestionándolos en forma más eficiente, se podrán alcanzar plenamente los objetivos de solidaridad y de equidad dentro del sistema.

IV. MARCO DE POLÍTICA GLOBAL PARA EL SECTOR PRIVADO

1. Fomento del Sector Privado

Las políticas de salud deben continuar fomentando el desarrollo del sector privado de salud en áreas como el otorgamiento directo de las prestaciones de salud, la administración de su financiamiento y el diseño y administración de sistemas privados de atención. Este desarrollo, debe generarse en forma complementaria a la modernización del sistema público, contemplando la necesaria integración y/o intercambio cuando corresponda.

Lo anterior, puede lograrse a través de una adecuada coordinación en el desarrollo de proyectos de inversión y, además, mediante el diseño de modelos de compra y venta de servicios entre sectores sobre la base de una política de precios que no implique subsidios cruzados de ninguna naturaleza.

2. Enfoque Integral de Atención en el Sistema Privado de Salud

Como parte integrante del sistema global de salud chileno, corresponde promover un enfoque de integralidad en la atención del sector privado. Dicho criterio de integralidad, debe manifestarse a través del desarrollo de sistemas privados de salud que aborden la atención de las personas con estrategias y productos que combinen acciones de tipo preventivo con las acciones curativas y de rehabilitación. De igual modo, esta integralidad debe abarcar una cobertura adecuada de los riesgos de salud de las personas que libremente decidan adscribirse a un sistema privado de salud.

3. Colaboración en el Logro de los Objetivos de Salud Pública

Las políticas sectoriales deben generar los incentivos necesarios para que el sector privado contribuya al cumplimiento de los objetivos sectoriales de salud pública, de modo de integrarlos efectivamente a los esfuerzos públicos en el área del fomento y protección de la salud. En este campo, es necesario dejar claramente establecido que la participación del sector privado debe ser enmarcada con un criterio de complementariedad, en que el Estado y el sector privado deben compartir responsabilidades en el financiamiento y la ejecución de los programas de salud, sin perjuicio de una clara delimitación de las áreas de competencia en función de las capacidades de cada sector, de las características de las acciones en cuanto constituyan bienes públicos o privados y, por último, en función de la necesidad de subsidio de las personas.

4. Eficiencia en la Asignación de los Recursos.

Dentro del marco global de políticas para el sector privado, también corresponde crear los mecanismos e incentivos para que el sector privado aumente su eficiencia en la asignación de los recursos. Entre otros objetivos, tal acción conlleva la generación de toda la información necesaria para la correcta toma de decisiones, el diseño de mecanismos expeditos de intercambio, el diseño de mecanismos que permitan el uso de infraestructura estatal de salud y, especialmente, la materialización de proyectos de inversión privada dirigidos también a la atención de los beneficiarios del sector público como potenciales usuarios.

5. Perspectiva de Largo Plazo del Sistema.

A través de la corrección de los factores que lo limitan y del desarrollo de un marco jurídico que lo estimule, el diseño de políticas debe propender a la generación de mecanismos e incentivos para que el sistema privado de salud se desarrolle en una perspectiva de largo plazo.

6. Perfeccionamiento del Mercado Privado de la Salud

Finalmente, un marco adecuado de políticas debe apuntar al perfeccionamiento del mercado privado de salud, permitiendo que este subsistema se desarrolle en un mercado más transparente y con una mayor simetría en la información disponible tanto

desde el punto de vista de la oferta como de la demanda. De esta forma, mediante una mejor operación del libre juego de oferta y demanda, se posibilitará que el mercado de la salud privada asigne en forma más eficiente los recursos. Lo anterior, puede lograrse por medio de información y educación al consumidor, reglas claras del Juego, mayor transparencia en los contratos y, también, vía mecanismos que permitan a los usuarios del sistema poder elegir realmente aquella alternativa que más se ajusta a sus necesidades. Con todo, este esfuerzo por perfeccionar el mercado necesariamente se traducirá en una mayor competitividad dentro del sistema y, consecuentemente, en el logro de una óptima relación costo beneficio para todos los agentes involucrados en las transacciones.

V. LAS ISAPRE: SU INSERCIÓN ACTUAL EN EL SISTEMA DE SALUD CHILENO

1. Financiamiento y Gasto del Sistema ISAPRE dentro del Sistema de Salud Chileno

1.1 Análisis macroeconómico del financiamiento y del gasto del sistema ISAPRE dentro del sistema de salud chileno.

Al analizar la evolución del sistema ISAPRE en Chile, se puede observar que, aún cuando este sistema nace hacia 1980, sólo adquiere una importancia crecientemente significativa a partir de 1986, tras superarse la crisis económica general que afectó al país y después de haberse producido dos hechos relevantes para el desarrollo del sector: el ajuste de las tasas de cotización para salud desde un 4% a un 7% de las rentas imponibles de los trabajadores, junto al hecho de que el pago del subsidio maternal fuera asumido por el fisco.

En efecto, el año 1986 las ISAPRE recaudaban una cantidad cercana a 56.000 millones de pesos (en moneda de diciembre de 1991), lo que representaba aproximadamente el 21% del total de los recursos del sector salud (sub-sistemas público y privado), en cambio, en el año 1991 las ISAPRE recaudaron 182.000 millones de pesos, en moneda de igual valor, vale decir 3,32 veces más que en 1986, representando en cifras gruesas un 39% del total de los recursos que se gastan en el sistema de salud chileno.

En términos del Producto Geográfico Bruto (PGB), las ISAPRE canalizaban en 1986 un 0,64% del PGB y el sector público un 2,46%; en cambio, en 1991 las instituciones privadas de salud lograron canalizar recursos equivalentes al 1,53% del PGB, en tanto que la participación del gasto público se

redujo a un 2,34 %. Lo anterior, refleja el crecimiento del sector privado frente a una relativa estabilización del gasto del sector público, que en el periodo considerado registra un crecimiento inferior al promedio de la economía.

Desde otro punto de vista, al analizar el nivel de gasto en salud por beneficiario (excluido el subsidio maternal de cargo estatal), se observa que a 1986 el sistema privado de salud gastaba anualmente del orden de \$81.000 por beneficiario (en moneda de diciembre de 1991) y que a 1991 este nivel de gasto se ha reducido a aproximadamente \$78.000 en moneda de igual valor. En cierta medida, esta situación refleja la disminución de la renta imponible promedio de los cotizantes del sistema ISAPRE por la progresiva incorporación al sistema privado de grupos poblacionales de menor ingreso. En el sector público, durante el periodo considerado, el gasto anual por beneficiario (excluido el subsidio maternal) aumentó en 40%, desde aproximadamente \$21.000 en 1986 a \$29.500 en 1991 (ambos valores en moneda constante de diciembre de 1991).

El análisis de estos antecedentes permite concluir que en relación a 1986, se ha producido un aumento del gasto per cápita en salud de la población, caracterizado por un mejoramiento del gasto por beneficiario en el sector público y un incremento en la participación del sector privado con gastos per cápita significativamente superiores al promedio. Como resultado de estas tendencias, el gasto promedio per cápita en salud del total de la población afiliada a ambos sistemas ha aumentado en 55% entre 1986 y 1991, desde \$25.217 anuales a \$39.080, ambas cifras en moneda de diciembre de 1991.

Otro aspecto interesante en relación al financiamiento de la salud, es el análisis de las fuentes de financiamiento del gasto de los subsistemas público y privado. En 1991, los recursos fiscales destinados a salud alcanzaron un monto de 129.000 millones de pesos (en moneda de diciembre 1991). El 89% de estos recursos se destinó al sub-sistema público, orientándose el 11% restante a beneficiarios del sub-sistema privado, a través del subsidio de 2% de cotización adicional para cotizantes de menores ingreso afiliados a ISAPRE (que el empleador descuenta de impuestos) y del gasto en subsidio maternal correspondiente a cotizantes mujeres del sistema ISAPRE. Respecto de este último subsidio, cabe señalar que si bien se contabiliza como gasto en salud, en realidad cumple objetivos previsionales mucho más amplios que los estrictamente de salud, tales como asegurar la oportunidad de acceso de la mujer al trabajo, fomento de la natalidad, e inversión en capital humano.

Por su parte, las cotizaciones de salud (290 millones de pesos en moneda de diciembre de 1991) representan más de 60% del financiamiento del gasto en salud. Al respecto, es importante señalar que las ISAPRE con una cobertura cercana al 20% de los beneficiarios del sistema de salud captan el 61% de las cotizaciones aportadas, debido a que concentran cotizantes con mejores niveles de ingreso que los del sistema público y a que entre los beneficiarios de este último sistema se encuentran indigentes que no cotizan para salud.

1.2. Estructura de financiamiento y gasto del sistema ISAPRE.

Los subsidios estatales a los afiliados del sistema ISAPRE representaron en 1991, aproximadamente el 8% del gasto en salud del sistema privado, en tanto que el 92% restante se financió con cotizaciones. El 92% de los ingresos de las ISAPRE correspondiente a cotizaciones de salud está conformado, fundamentalmente, por la cotización legal obligatoria para salud de sus afiliados (80%), correspondiendo el resto a cotizaciones adicionales voluntarias (7%) y aporte de empleadores (5%).

Respecto del gasto del sistema privado de salud en 1991, cerca de un 61% correspondió a prestaciones de salud, un 17% a subsidios por incapacidad laboral y, aproximadamente, un 19% a gastos de administración y ventas, quedando un excedente de explotación de un 3% que sumado a los resultados no operacionales entrega un resultado final equivalente a un 6% de los ingresos de explotación o cotizaciones percibidas por las ISAPRE.

Al comparar estos resultados con el patrimonio neto de las ISAPRE (deducidas las utilidades), se aprecia que la tasa de rentabilidad de esta industria asciende al 31% del patrimonio, por lo que desde un punto de vista estrictamente financiero, puede calificarse como una actividad muy sólida y rentable en comparación con otras de similar riesgo.

Sin embargo, al analizar la industria de salud privada desde una perspectiva evolutiva se observan algunos elementos que generan algún grado de preocupación, aunque sin constituir por ahora un peligro para su estabilidad. En efecto, al analizar la composición porcentual del gasto de explotación del sistema ISAPRE, se observa que la participación del gasto en prestaciones de salud ha aumentado desde 1984 a la fecha en 7 puntos porcentuales, desde un 53,1% del gasto a un 60,5%, y los subsidios por incapacidad laboral en más de 1 punto porcentual, desde 16,2% a 17,5%. Lo anterior, ha sido absorbido en su totalidad con disminución de

los gastos de administración del sistema cuya participación en el gasto de las ISAPRE ha disminuido en el periodo considerado en casi 16 puntos porcentuales, lo que se explica principalmente por economías de escala derivadas del aumento volumen de negocios en relación a los costos fijos de las ISAPRE, junto a una mayor eficiencia administrativa del sistema.

En tanto, los ingresos de explotación por beneficiario que en 1991 ascienden a \$78.000 anuales (en moneda de diciembre del mismo año), en el período considerado (1984-1991) han tenido un valor fluctuante, alcanzando una cifra máxima de \$83.000 en 1984 y una mínima \$65.000 en 1987 (ambas cifras en moneda constante de diciembre de 1991).

Al evaluar la evolución de los costos de explotación por beneficiario valorados a precios constantes, se observa que éstos han subido en 6% entre 1984 y 1991, desde \$57.600 a \$60.800. En el mismo período, el margen de explotación por beneficiario disminuyó desde \$25.500 en 1984 a \$17.140 en 1991, reducción que no ha afectado significativamente los niveles de precio promedio del sistema ni su rentabilidad, porque, como ya se señaló anteriormente, la disminución del margen de explotación por beneficiario ha sido compensada con la expansión del número de cotizantes que ha permitido economías de escala en los gastos de administración.

2. Tamaño Relativo del Sistema de ISAPRE dentro del Sistema de Salud Chileno

El sistema ISAPRE cuenta en la actualidad con aproximadamente 2.500.000 beneficiarios, en comparación con los 9.500.000 de beneficiarios del sistema público. El sistema privado ha crecido en los últimos años a una tasa del orden de 25% anual, proyectándose para 1992 una tendencia de crecimiento superior al 20%. Así, en términos de importancia relativa, se puede señalar que la población afiliada al sistema representa un 18% de la población total del país y un 20% de la población adscrita al sistema de salud.

Al analizar la importancia relativa del sistema privado de salud en relación con la variable financiamiento de las atenciones de salud (con base en estadísticas de prestaciones del Ministerio de Salud), puede observarse que en la actualidad las ISAPRE financian cerca del 21% de las consultas médicas, el 20% del total de exámenes de apoyo de diagnóstico, el 19% de los partos y el 13% del total de intervenciones quirúrgicas que se realizan en el país.

En lo que respecta a la frecuencia de prestaciones

anuales por beneficiario, se observa que en prestaciones ambulatorias y partos, las ISAPRE registran una mayor frecuencia de prestaciones que el subsistema público, situación que se revierte en el caso de prestaciones hospitalarias en las cuales se registra una mayor frecuencia en el sistema público. En cierta medida, esto último se explica por la mayor edad promedio y el menor nivel socioeconómico de los beneficiarios del sistema público, lo cual incide en una mayor demanda de atenciones hospitalarias.

Las ISAPRE financian alrededor de 2,95 consultas por persona/año, y el sector público, 2,69. En el caso de los exámenes, esta relación es de 2,7 exámenes por persona año en ISAPRE y 2,67 en el sector público. En partos, se observa una tasa anual de 3,2 partos por cada 100 beneficiarios en ISAPRE y de 2,8 en el sector público. Por último, en lo que respecta a intervenciones quirúrgicas los beneficiarios de ISAPRE registran una tasa anual de 8,2 intervenciones por cada 100 beneficiario, frente a 11 intervenciones por cada 100 beneficiarios en el subsistema público.

En todo caso, habida consideración de las diferencias existentes en el nivel socioeconómico, demográfico, epidemiológico y de riesgo, esta información no permite evaluar eficiencia, calidad y resultado de las acciones de salud de ambos subsistemas, tanto en lo que respecta a su calidad técnica y costos beneficios, como a la oportunidad y calidad de la atención desde la perspectiva del usuario y al resultado final de éstas prestaciones en el nivel de salud de los respectivos grupos de población.

Uno de los supuestos que permanentemente está presente en el análisis de los sistemas privados de salud, es que en ellos existen incentivos que tienden a generar incrementos tanto en la frecuencia de uso como en el valor unitario de las prestaciones. En el caso de Chile, la estadística disponible para el período 1986-1990 no es concluyente al respecto, advirtiéndose más bien una tendencia a la baja en la frecuencia de consultas e intervenciones quirúrgicas por beneficiario año. Tal evidencia, permite concluir que las ISAPRE han tenido relativo éxito en el control del uso de prestaciones y sea vía incremento en los niveles de copago, mayor integración vertical de la industria u otros. En relación al costo unitario de las prestaciones, no existe información fidedigna que permita efectuar un juicio, ya que, si bien es cierto se ha podido observar un incremento en los precios de algunas prestaciones (días cama, UTI, algunos exámenes), como también en el gasto en prestaciones médicas por beneficiario, es necesario tener presente que debido a la creciente incorporación de tecnología en los últimos

años, estos productos pueden no ser estrictamente comparables en el tiempo y, por esta razón, un juicio definitivo en tal sentido también requiere incorporar esta variable al análisis.

3. Operación del Sistema ISAPRE

3.1 Funcionamiento y estructura del mercado de la salud privada

Una característica relevante del mercado privado de la salud es que se trata de un mercado con un alto grado de imperfección en su funcionamiento, imperfección que proviene principalmente de la naturaleza del producto que se transa y que se origina tanto en su complejidad como en la naturaleza del proceso de compra de este producto. En la práctica, existen dos consumidores en el mercado de la salud: por una parte está el médico que en gran medida genera la demanda, pero sin tener responsabilidad en su financiamiento y, por otro lado, un paciente que, no teniendo la información suficiente para tomar decisiones, en importante número de ocasiones debe acatar la indicación del consumidor primario que es el médico.

Por otro lado, si se analiza la operación del mercado privado de seguros de salud, representado por las ISAPRE, se observa también una situación similar. En este caso, el mercado es imperfecto debido a que existe una gran asimetría de información entre la oferta (ISAPRE) y la demanda (usuarios), con claro perjuicio para esta última. Esto genera una importante diferencia en el poder de negociación que afecta la competitividad del mercado e impide que este mecanismo opere a plenitud en la correcta asignación de los recursos. Una situación como la descrita, genera deseconomías y malas decisiones individuales que se traducen en ineficiencias e insatisfacción de los usuarios.

Asimismo, es conveniente tener presente que para el seguro privado, la cotización legal obligatoria de salud constituye un precio mínimo fijado por Ley, al cual la personas se ajustan en forma importante. Sin embargo, por ser este precio función de la renta del trabajador y no de su riesgo, se producen deseconomías y exceso de gasto de algunos grupos de cotizantes jóvenes con mínimos niveles de riesgo, originando en otras oportunidades excedentes por sobrecotizaciones, las que de acuerdo a lo que establece la actual ley pasan en general a ser propiedad de las ISAPRE. Otra característica del mercado ISAPRE es su relativa concentración. Midiendo la participación de mercado vía el número de beneficiarios, puede establecerse que en la actualidad 7

empresas disponen del 82% del mercado en tanto que las 27 empresas restantes reúnen en conjunto sólo el 18%.

De ahí que, al analizar el grado de aceptación del sistema por parte de los afiliados (en un estudio de opinión efectuado a comienzos de 1992 por la empresa TIME por encargo de la superintendencia de ISAPRE), se establece que los afiliados califican a las ISAPRE con una nota de 4.6 en una escala de 1 a 7, asignándoles como principales atributos: agilidad, rapidez, eficiencia y, como principales críticas, aspectos relacionados a la mantención de restricciones al uso y al déficit en la información que estas empresas entregan a sus afiliados. Otros estudios de opinión muestran grados inferiores de aceptación, pero coinciden en señalar la falta de información y las restricciones al uso de él como elementos de insatisfacción de los usuarios del sistema.

Por otra parte, cuando se analizan las principales razones que dan motivo a las controversias que tienen lugar entre afiliados e ISAPRE, se constata que éstas provienen en gran medida del desconocimiento por parte del afiliado de aspectos centrales de su contrato.

3.2 Fortalezas del sistema privado de salud

Indudablemente que el sistema ISAPRE tiene importantes fortalezas, dentro de las cuales se pueden destacar las siguientes:

Situación financiera

La excelente situación financiera del sistema, manifestada en el alto nivel de rentabilidad de las empresas, representa una gran fortaleza del sistema ya que al menos en el 80% del mercado existe un respaldo financiero muy alto para enfrentar situaciones críticas. Asimismo, esta situación financiera ha permitido que esta industria se encuentre ejecutando importantes proyectos de inversión en salud, iniciativas que de acuerdo a estimaciones preliminares superarán en 1992 la cifra de \$ 7.000 millones como inversión en infraestructura de salud ambulatoria y hospitalaria. Dicha cifra, no incluye otros proyectos de inversión del sector privado en atención de salud que se están desarrollando sobre la base de la demanda generada por las ISAPRE.

Imagen del sistema.

Las ISAPRE tienen una mejor imagen relativa que el sector público de salud, basada en su propia

capacidad y eficiencia, pero también en el gran deterioro que ha sufrido el sector público, principalmente en lo relacionado a infraestructura, equipamiento y modernización. Por otra parte, la progresiva disminución de cobertura del sistema de libre elección que se ha observado durante años y que sólo ha tenido parcial mejoría en el periodo 1990-1991, ha deteriorado significativamente su imagen pública, lo que ha tenido una importante influencia en las tasas de crecimiento del sector privado de salud.

Aceptación social.

El sistema ISAPRE ha tenido una importante mejoría en su aceptación social, principalmente, a nivel de gremios de trabajadores y a nivel de gremio de prestadores de servicios médicos. Esta última situación tendrá importante influencia en el desarrollo futuro del sistema y en su estabilidad, ya que permitirá iniciar relaciones económicas de más largo plazo entre el sistema de ISAPRE y los principales proveedores del sistema.

Control de costos

Las ISAPRE han mostrado una creciente capacidad para controlar parte importante de sus costos de explotación, lo que permite visualizar un futuro de alguna estabilidad en esta materia que permitirá sostener tasas de crecimiento cercanas al 20% anual por los próximos 3 a 4 años.

3.3. Principales problemas que deben enfrentar las ISAPRE

EL sistema ISAPRE enfrenta en la actualidad una serie de problemas entre los que destacan los siguientes:

Imperfecciones del mercado

Las imperfecciones en la operación del mercado constituyen un problema para la industria, ya que impiden una eficiente asignación de los recursos para salud y la optimización de la relación costo beneficio para el consumidor. En efecto, debido a las limitaciones de la competencia, en el caso de la salud no se alcanzan los resultados que el mercado, a través de la oferta y la demanda, logra en otras áreas de la economía. Asimismo, a causa de su nivel de desinformación, los usuarios del sistema no están en condiciones de evaluar a plenitud sus decisiones y muchas veces ignoran a cabalidad el producto que

han comprado, desconocimiento que se transforma en fuente de conflicto e insatisfacción.

Visión de corto plazo

El sistema ISAPRE, basado en planes anuales de salud, se ha desarrollado con una perspectiva de corto plazo, por lo que no existen incentivos para que la industria avance en forma decidida desde una perspectiva eminentemente curativa hacia una de atención integral que contemple, como parte importante de los programas de salud, las acciones de fomento y protección. De igual modo, se observa poca preocupación por enfrentar los mayores costos que significan para las personas su natural envejecimiento. Esta falta de preocupación ha sido posible debido principalmente a la existencia de un sistema público de salud abierto totalmente a las personas del sistema privado cuando estas se transforman en captadores netos de recursos, junto a la posibilidad que tiene el sistema privado para ajustar sus precios en función de los mayores riesgos de salud de las personas de acuerdo a su edad. En sí mismas, ambas situaciones no constituirían problema si decidiera enfrentarse con realismo esta situación en la estructura del financiamiento del sistema privado de salud.

Dependencia de subsidios estatales

Actualmente, las ISAPRE dependen de subsidios estatales para sostener su actual tamaño y crecimiento. En efecto, al analizar la estructura de ingresos del sistema se observa que los subsidios estatales percibidos por los cotizantes del sistema ISAPRE (más de 14.000 millones de pesos en 1991, en moneda de diciembre del mismo año) representan una suma superior a las utilidades netas del sistema.

Precio fijado por ley

La cotización legal obligatoria de salud, fijada en función de la renta del cotizante con independencia de su nivel de riesgo constituye un problema para el sistema toda vez que genera deseconomías, excedentes anormales e ineficiente asignación de los recursos.

Aumento progresivo de los costos de salud

La incorporación del progreso tecnológico y el aumento de la demanda, favorecido por el abaratamiento del costo directo de las prestaciones que posibilita el seguro, presiona a un incremento de los costos unitarios de las prestaciones y a la utilización

muchas veces innecesaria de recursos de atención de salud y exámenes de apoyo de diagnóstico. Este problema, se ve acentuado por la incorporación de tecnología de punta muchas veces inadecuadas a los requerimientos y recursos del país, las que en condiciones de una mayor perfección del mercado y de no existir sobre seguros, resultarían poco rentables en la mayoría de los casos.

Envejecimiento de la población

Por la posibilidad de selección a la entrada, las ISAPRE cuentan en la actualidad con una población relativamente joven. Sin embargo, a futuro deberán enfrentar el envejecimiento de la cartera, situación que se verá agudizada por el aumento en la esperanza de vida de la población y por el desarrollo tecnológico que permite prolongar la vida en condiciones extremas. Este es otro desafío que el sistema privado de salud tendrá que enfrentar a futuro, ya que en caso contrario se constituirá en un problema económico que afectará su crecimiento y, eventualmente, su estabilidad, ya sea que estos grupos de población vuelvan al sistema público o, que las ISAPRE traspasen a precios los mayores costos que originará la situación descrita, ambas situaciones producirán la insatisfacción de los afiliados y deterioro de la imagen del sistema.

VII. PERSPECTIVAS DEL SISTEMA ISAPRE

Para poder enfrentar con éxito los problemas descritos con anterioridad, las ISAPRE deberán, en los próximos años, desarrollar estrategias de productos adecuados a los cambios demográficos y epidemiológicos de sus beneficiarios. Ello implica, no sólo abordar el cambio de orientación de los productos desde un enfoque meramente curativo hacia uno preventivo, sino que además, en estrecha relación con el sector público y sus respectivas políticas de inversión, deberán implementarse también políticas de inversión ajustadas a los problemas que el propio sistema ISAPRE tendrá que enfrentar.

La industria deberá desarrollar, también, estrategias comerciales de largo plazo que permitan generar productos integrales para la satisfacción de las necesidades de salud de la población y a costos compatibles con la capacidad económica de sus usuarios. Probablemente, esto implicará la intensificación de políticas de integración vertical de la industria y acuerdos entre empresas para el desarrollo de proyectos económicamente viables, evitando duplicaciones.

Lo anterior, supone también la realización de

proyectos conjuntos con el Estado en el desarrollo de infraestructura, principalmente en áreas geográficas o niveles de tecnología en los cuales no se justifica la existencia de redes paralelas. La capacidad del sector privado para producir servicios acordes con la capacidad de pago del sector público de salud será una variable determinante en el desarrollo futuro del sistema. Asimismo, será clave para el desarrollo del sistema, la capacidad del Estado para eliminar las trabas burocráticas que impidan el desarrollo de estos proyectos conjuntos o el intercambio de productos a través de la compra y venta de servicios.

Por otro lado, la capacidad del sector privado para enfrentar las presiones al alza de los costos de la salud también será determinante en su tamaño y potencialidad de desarrollo. En efecto, dado que este sistema se desarrolla principalmente sobre la base de pagos de cargo del trabajador, los incrementos en los costos que tengan que trasladarse a precios influirán en el tamaño futuro de la industria.

Adicionalmente, el perfeccionamiento del funcionamiento del mercado privado de salud es un desafío que la industria y el Estado deben enfrentar conjuntamente mediante el desarrollo de mecanismos, normas, incentivos y acciones tendiente a aumentar su transparencia, lograr la simetría en la información entre la oferta y la demanda y, en suma, una competitividad tal que permita alcanzar la óptima relación de costo beneficio para el consumidor. Sin duda, ello implica una toma de conciencia por parte de las empresas de que, en aras de su estabilidad y desarrollo, tendrán que sacrificar grados de poder en su relación con la demanda a fin de permitir que esta última se exprese con mayor equilibrio respecto de la oferta.

El sistema privado de salud debe tener presente que la administración de la cotización obligatoria para salud no es el único camino de desarrollo, toda vez que existen otros mecanismos de acción conjunta con el Estado a través de provisión de servicios, desarrollo conjunto de proyectos de inversión, o asumiendo funciones por cuenta del Estado en áreas de salud o niveles de atención. Es posible pensar, por ejemplo, que sea conveniente para el Estado tener en los niveles primarios de atención alternativas diferentes a las municipalidades mediante proveedores privados que, a cambio de un per-capita por población adscrita voluntariamente, quieran generar una competencia en este nivel de atención, siempre que tal acción permita mejorar los niveles de atención de salud de la población por la vía de generar mayor capacidad y mejor calidad de atención. Evidentemente, este planteamiento supone

que los privados serán capaces de producir a los niveles de costo actuales de la atención primaria, corregidos por la incorporación de los costos ocultos del sistema en este nivel (depreciación del capital fijo en infraestructura y rentabilidad del capital invertido).

Del mismo modo, también es posible pensar en la conveniencia para el Estado de que el sector privado invierta en niveles secundarios o terciarios de atención y que atienda por su cuenta a parte de los actuales beneficiarios del sistema público, obviamente, a precios de transferencia compatibles con el nivel de financiamiento del sector estatal.

Por todo lo anterior, no es relevante, a mi juicio, proyectar el crecimiento de las ISAPRE sólo en su condición de tal, sino que resulta mucho más relevante proyectar su desarrollo en función de un actuar conjunto con el Estado en la atención integral de las necesidades de salud de la población. En efecto, con el actual sistema de financiamiento y con los actuales niveles de crecimiento de la economía, el sistema de ISAPRE puede llegar a crecer hasta en un 25 a 30 %. Sin embargo, existe un 75 a 80% de la población, actualmente beneficiaria del sector público, que no tiene capacidad económica y a la cual el Estado, en su rol subsidiario, financia y provee de servicios de salud. Claramente, este es un ámbito donde se visualiza el mayor potencial de crecimiento del sistema privado de salud a través de ISAPRE, Mutuales e Instituciones Privadas con o sin fines de lucro, entidades que, mediante proyectos conjuntos, debieran integrarse a absorber las necesidades de la población de acuerdo a la capacidad económica del sector y bajo la orientación de las políticas de salud del país. En consecuencia, la alternativa no puede resumirse a privatizar o no la salud en Chile, ni tampoco a postular ISAPRE para

todos o sólo para los más ricos. El verdadero desafío es lograr para el país la mezcla público-privada óptima que garantice la mejor asignación de los recursos y la mejor administración de los mismos dentro de un marco económico acorde con la realidad del país. En la actualidad, tamaño desafío significa poder otorgar atención de salud a la población con un presupuesto anual del orden de 30.000 pesos por persona al año.

Para que lo anterior sea posible, es necesario avanzar simultáneamente en el perfeccionamiento del sistema privado de salud y en la modernización del sector público, a fin de que este último pueda asumir a plenitud su rol subsidiario en el campo de la definición de las políticas y su supervisión y evaluación, en el financiamiento y, por último, en el diseño y administración de sistemas de salud plenamente integrados.

En la medida que el tema de la salud se analice con menos carga ideológica, se podrá avanzar con mayor velocidad hacia la consecución de los objetivos nacionales de salud pública, lográndose un desarrollo y crecimiento del sector privado que no dependa de las deficiencias del sistema público de salud o de los incentivos que éste le entrega, sino, fundamentalmente, de sus propias fortalezas y capacidades para desarrollar alternativas económicamente viables dentro de las políticas de salud pública del país.

Definitivamente y ahora más que nunca, la proyección que alcance el sector privado depende más de su propia capacidad que de las limitantes que pueda introducir el Estado, toda vez que en una economía social de mercado se plantea como elemento central el desarrollo del sector privado bajo criterios superiores de justicia social y equidad. —Ω—