

ALGUNAS IDEAS EN TORNO AL SISTEMA ISAPRES*

Francisco Quesney L.^{}**

El presente estudio contiene un análisis de las principales críticas que se hacen a las Instituciones de Salud Previsional. Dichas observaciones, argumenta el autor, carecen en su gran mayoría de una base de sustentación real, y, más bien, obedecen a discrepancias de orden ideológico con los principios que han informado el sistema de Isapres.

Por otra parte, el Dr. Quesney señala que las Isapres presentan debilidades que pueden afectar su estabilidad en el futuro. Entre

* Trabajo preparado dentro del marco del proyecto *Humanitas* del Centro de Estudios Públicos, y presentado en seminario sobre el tema el día 25 de enero de 1990 en esta misma institución. Cabe hacer presente que con fecha 9 de marzo de 1990, fue publicada en el *Diario Oficial* la Ley N° 18.933, que deroga la actual legislación sobre Isapres contenida en el D.F.L. N° 3 de Salud de 1981. Entre las disposiciones de la nueva ley que vienen a modificar algunas de las situaciones planteadas en este estudio están las siguientes: creación de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional; las Isapres pueden acoger a personas que no están actualmente bajo un régimen previsional; los contratos son de plazo indefinido, el afiliado puede retirarse sólo una vez al año y la Isapre sólo podrá poner término al contrato por incumplimiento de las obligaciones del cotizante; las Isapres no podrán establecer planes de salud exclusivos para determinadas edades.

** El Dr. Quesney es Médico Cirujano de la Universidad Católica de Chile, Magister en Salud Pública de la Universidad de Chile y ha realizado estudios de posgrado en la Universidad de Cornell (EE.UU.) y en la Universidad de Londres (Inglaterra). Actualmente es Ejecutivo de Banmédica.

ellas: la asimetría entre afiliado e Isapre en relación al período de vigencia del contrato, los abusos y malos usos de parte de los usuarios y la excesiva dependencia del sistema respecto de una legislación que ha sido objeto de continuas revisiones.

Consideraciones Previas

En la mente de muchas personas, salud, medicina y atención médica son sinónimos. Quedan perplejas, entonces, cuando alguien afirma que los indicadores de salud del país son excelentes y, a renglón seguido, dice que la atención que brindan los hospitales estatales es deplorable.

La verdad es que no son sinónimos, y si bien los tres conceptos apuntan más o menos en la misma dirección, ellos difieren significativamente en cuanto a ámbito de acción.

Así, el concepto salud, o al menos la definición que de él ha dado la OMS (ese estado de perfecto bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de una enfermedad), se toca con el concepto calidad de vida o bienestar —el *well being* de los ingleses—. A ello contribuyen una serie de factores ajenos al quehacer de la medicina, como educación, nivel de ingreso, alimentación, legislación laboral, por nombrar sólo algunos.

La medicina engloba todo el trabajo de las profesiones de la salud que, además de doctores en sus más variadas especialidades, incluye a enfermeras, matronas, tecnólogos y otros, y ejerce las clásicas acciones de promoción, protección, recuperación de la salud y rehabilitación del enfermo.

La atención médica, punto central de estas reflexiones sobre el sistema de Instituciones de Salud Previsional o Isapres, forma parte de la actividad de la medicina y este es uno de los factores que influyen en el estado de salud de las personas.

Origen Político de las Isapres

Desde la década de 1920 la medicina en Chile se organizó sobre la base de un modelo estatista que culminó en los años cincuenta con la creación del Servicio Nacional de Salud. La aplicación de dicho modelo se caracterizó por su subordinación a los diversos regímenes previsionales

existentes, de tal modo que el acceso a la atención médica estaba determinado por una u otra denominación previsional.

El gobierno de las Fuerzas Armadas que asumió el poder después del pronunciamiento de 1973 se abocó desde un principio a redefinir políticas en el ámbito económico y social. Es así como temprano se explicitó que el Estado debía asumir un rol eminentemente subsidiario frente al quehacer de las personas, las que debían tomar la iniciativa de buscar la satisfacción de sus necesidades.

Aplicadas estas ideas al quehacer de la medicina resulta, por una parte, que el Estado sólo actúa frente a la incapacidad técnica o económica de las personas y, por otra, que a las personas se les otorga el pleno derecho de procurarse sus propias soluciones en materia de atención médica. El Estado tiende, entonces, a retirarse de su papel hegemónico y las personas se alzan como las protagonistas esenciales en el quehacer médico.

Además de lo mencionado, dos aspectos adicionales en este lineamiento político son dignos de destacar: se valida al sector privado como alternativa de opción en la elección que libremente pueden hacer las personas, y, en previsión de la tradicional imprevisión de los chilenos, se establece una cotización obligatoria, cuyo destino es cubrir total o parcialmente los costos de la atención médica.

En síntesis:

- Estado subsidiario
- Libertad de elección por parte de las personas
- Validación del sector privado como opción para atención de salud
- Cotización obligatoria para salud

De este modo, las Isapres son la respuesta organizada del sector privado al desafío que significaron los lineamientos políticos enumerados.

Origen Legal de las Isapres

- a) Las Actas Constitucionales, primero, y luego la Constitución Política de 1980, explicitan las ideas enunciadas anteriormente.
En efecto, éstas se incluyen en el número 9 del artículo 19 de la Constitución, bajo el rubro "El derecho de la protección de la salud".
- b) En seguida, el D.L. 3.500 de 1980, en su artículo 84, establece la cotización obligatoria de salud para los trabajadores dependientes, y

en el artículo 92 para los independientes. El mismo artículo 84 faculta a los trabajadores para aportar esa cotización a alguna institución o entidad diferente al Estado que le proporcione prestaciones y beneficios de salud.

- c) Luego el D.L. 3.501 radica definitivamente dicha cotización de cargo del trabajador.
- d) El D.F.L. N° 3 de 1981 del Ministerio de Salud, a través de toda su normativa, regula la creación y funcionamiento de Instituciones de Salud previsional o Isapres y las coloca bajo la supervisión del Fondo Nacional de Salud, Fonasa.
- e) Finalmente, la Ley 18.469 que crea el Régimen General de Prestaciones de Salud, en reemplazo de la antigua legislación de salud, reafirma el derecho de la persona para elegir como opción diferente a la estatal el afiliarse a una Isapre. Además establece los beneficios mínimos legales que ésta se obliga a otorgar.

Este régimen general de prestaciones afilia automáticamente a todos los trabajadores activos y pasivos, dependientes e independientes, personas indigentes o carentes de recursos y a las cargas de todos ellos. La desafiliación del régimen se produce por la incorporación a una Isapre y para los que permanecen en él ofrece una modalidad institucional y una de libre elección, que no es otra cosa que el sistema de medicina curativa del ex Sermena. A los afiliados al régimen, el Estado les otorga un subsidio bajo la forma de una bonificación que varía según la remuneración de la persona, y que llega al 100 por ciento del valor de una prestación, para los de más bajos recursos.

Sin embargo, la ley más importante desde el punto de vista de las Isapres, sin duda, es el D.F.L. N° 3 de 1981 del Ministerio de Salud, ya que las otras normas citadas no hacen sino pavimentar el camino para que el sistema de Isapres nazca y se desarrolle. Este cuerpo legal, en esencia, crea una figura nueva: el contrato de salud que obliga a la Isapre a otorgar prestaciones a cambio del pago por parte del interesado de su cotización obligatoria de salud como mínimo, o una cantidad superior si él lo desea. Precio y beneficios se pactan libremente entre cotizante e Isapre. La duración del contrato es de un año como mínimo. Con todo, el cotizante está facultado para rescindirlo en cualquier momento.

La ley asigna a Fonasa la calidad de supervisor del sistema y norma una serie de otras materias de menor entidad. Y, por último, establece la obligación de las Isapres de enterar en Fonasa una garantía equivalente al 80 por ciento del monto total de las cotizaciones percibidas durante un mes, con sus respectivos mecanismos de ajustes cuando éstas varían más allá de un cierto límite.

Finalmente, es necesario mencionar que obra en poder del Poder Legislativo analizar un proyecto de ley que crea una Superintendencia de Isapres e introduce una serie de modificaciones al citado D.F.L. 3, con lo que se propone sustraer al Fonasa, que en la práctica es una suerte de gran Isapre estatal, de su rol de juez y competidor. Asimismo, se pretende perfeccionar el D.F.L. en una serie de aspectos en que ha demostrado imperfecciones, a la luz de la experiencia adquirida desde el inicio del sistema en 1981.

Críticas Recurrentes al Sistema Isapres

El tema "salud" en general y las Isapres en particular han sido noticia últimamente. Sobre la materia han abundado debates políticos de diverso nivel e, igualmente, artículos de prensa y de revistas especializadas. Sería, entonces, ocioso intentar emularlos y hacer otro análisis descriptivo detallado sobre las Isapres. En su lugar parece más interesante recoger algunas de las críticas reiterativas que se han hecho, referidas a ciertos aspectos de ellas o de su funcionamiento, y estudiarlas para decidir qué grado de razón tienen. De dicho estudio emergerá información sobre el sistema que polemistas y articulistas generalmente omiten.

Crítica N° 1: El gobierno ha ayudado a las Isapres dándoles incontables "manitos" a lo largo de estos años.

Entre ellas se citan: la facultad de desafiliar unilateralmente a los cotizantes que no resultan rentables; las alzas que ha sufrido la cotización de salud de un 4 por ciento a un 7 por ciento de las remuneraciones y, últimamente, un 2 por ciento adicional en ciertos casos; la exención del pago de los subsidios maternales que ahora son de cargo del Fondo Único de Prestaciones Familiares; la facultad que tienen de negarse a afiliar a determinadas personas o bien de someterlas a períodos de carencias de beneficios o total exclusión de algunos, y otras.

A continuación se analizará el concepto global de "ayuda" de gobierno y más adelante se volverá sobre algunos aspectos específicos de esta supuesta ayuda.

Las Isapres son el resultado lógico —no sólo lógico, sino esperado y deseado— de las políticas del gobierno en atención médica. Esas políticas podrán gustar o disgustar y, seguramente, disgustan a los críticos, pero son una realidad. Ahí han estado y las Isapres estaban consideradas en esas políticas. Las políticas que reafirman el concepto del Estado subsidiario y la responsabilidad de la persona libre de buscar y elegir las mejores opciones para satisfacer sus necesidades de atención médica —por las que pagará en la medida de sus recursos— significan una paulatina disminución de la participación del Estado y su infraestructura en el quehacer médico. Se produce así un vacío que las Isapres, entes constituidos de plena conformidad a la ley, han intentado llenar sobre la base de constituirse en alternativas atractivas para esas personas, que ahora pueden optar por ellas como soluciones válidas.

Negar, entonces, que el gobierno de las Fuerzas Armadas, consecuente con un pensamiento político consistente, ha ido estableciendo la normativa necesaria para que el sistema Isapre, nazca, crezca y se desarrolle, sería faltar a la más elemental verdad. Pensar, por otra parte, que ese mismo gobierno hubiese puesto obstáculos a que prosperara una de sus iniciativas políticas, sería casi odioso.

En todo caso, parece perfectamente legítimo discrepar con las políticas aludidas y es razonable que se las critique. Pero no lo parece criticar a las Isapres que son el epiproducto, el resultado lógico de esas políticas. Lo que sí habría que evaluar es si las Isapres han logrado o no, dentro del marco político descrito, transformarse en alternativas que hayan concitado el interés de las personas, y si han sido o no eficientes en satisfacer las necesidades de atención médica de esas personas.

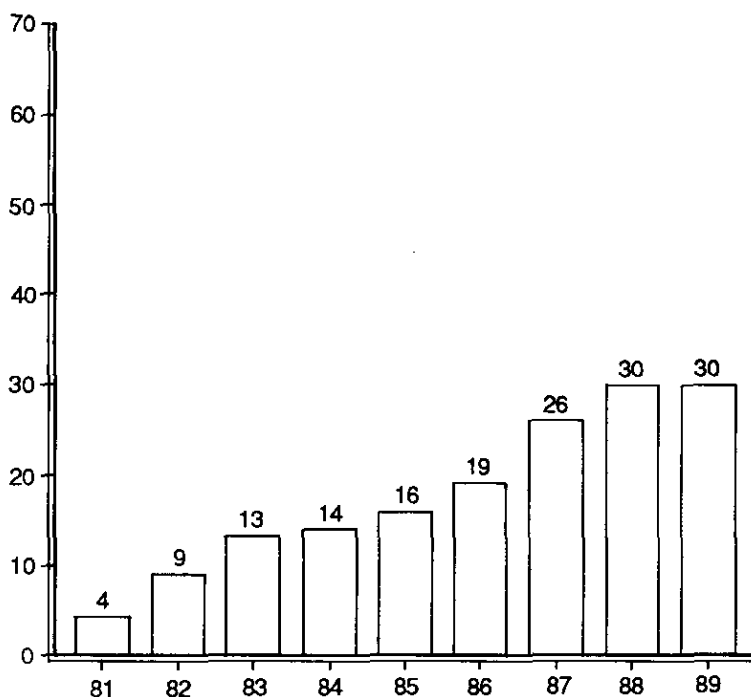
Dicho sea de paso, durante 1988, ante Fonasa, órgano contralor, 1.500.000 beneficiarios del Sistema interpusieron un total de 223 reclamos responsablemente. Es decir una tasa de 1 reclamo por cada 85.000 personas al mes.

A continuación se entregan una serie de gráficos que muestran cómo ha evolucionado el sistema desde sus inicios en términos de número de Isapres, cotizantes y beneficiarios, algunas prestaciones seleccionadas, monto de la cotización promedio y remuneración de los cotizantes.

Tal como se puede observar en la Figura N° 1, el número de Isapres operando ha aumentado de cuatro en 1981 a treinta en 1989. De las 30 instituciones que existen actualmente, 11 son Isapres cerradas.

Figura N° 1

Número de Isapres

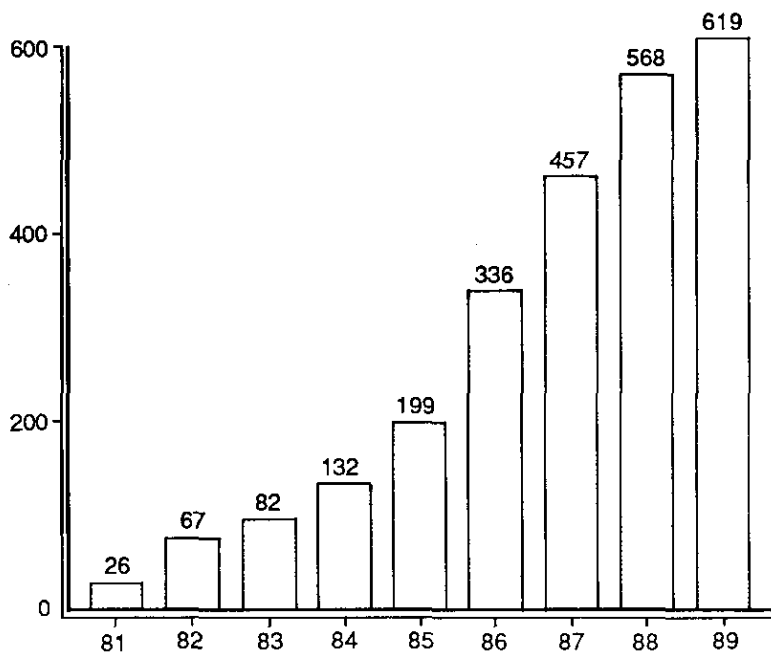


Fuente: Memoria Asociación de Isapres año 1989

En las Figuras N°s 2 y 3 se consigna la evolución del número de cotizantes y beneficiarios, respectivamente. Los primeros se incrementan de 26.000 en 1981 a 619.000 en 1989, en tanto que los segundos lo hacen de 62.000 en 1981 a 1.566.000 en 1989. Asimismo, cabe señalar que en los últimos 18 meses se incorporaron al sistema más de 150.000 cotizantes y 300.000 nuevos beneficiarios.

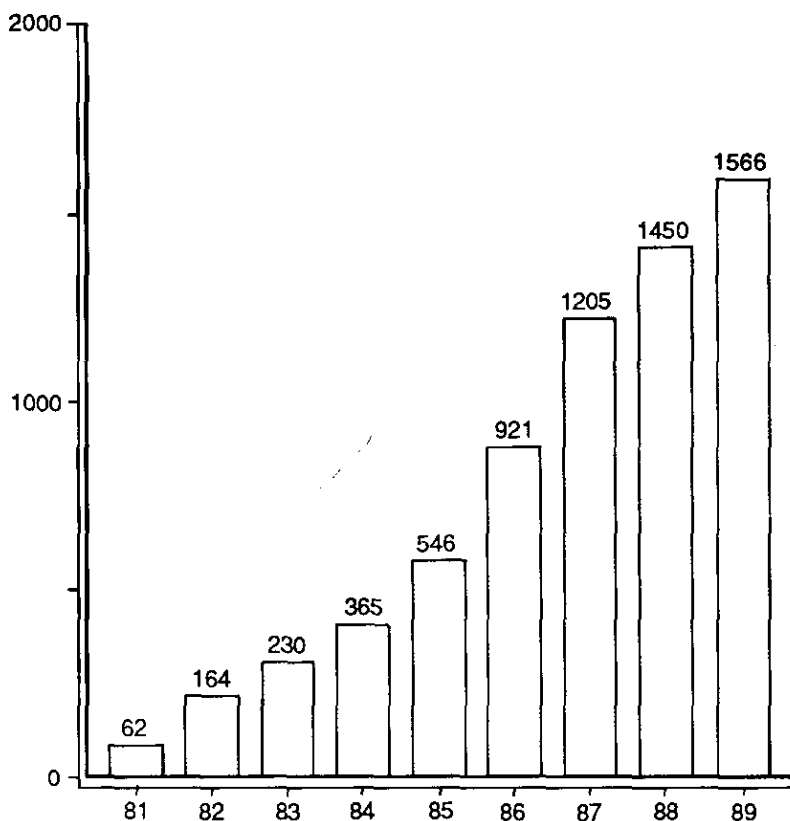
Figura N° 2

Número de Cotizantes
(En Miles)



Fuente: Memoria Asociación de Isapres año 1989

Figura N° 3
Número de Beneficiarios
(En Miles)

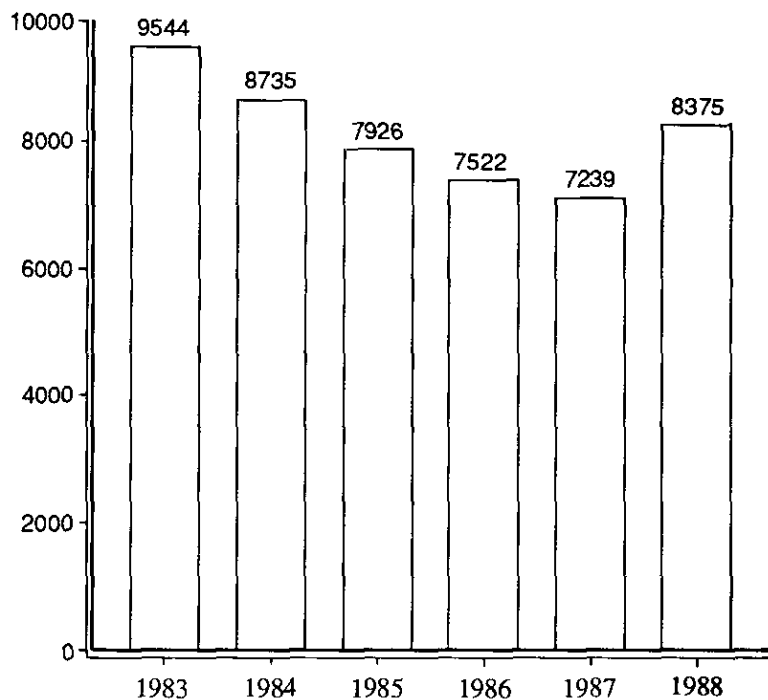


Fuente: Memoria Asociación de Isapres año 1989

La cotización promedio, Figura N° 4, desciende de \$9.500 en 1981 a \$7.200 en 1987, para luego tener una pequeña alza: \$8.300 en 1988 (pesos diciembre 1988). Con todo, la tendencia sostenida es a la baja.

Figura N° 4

Cotización Promedio
(Pesos de Diciembre 1988)

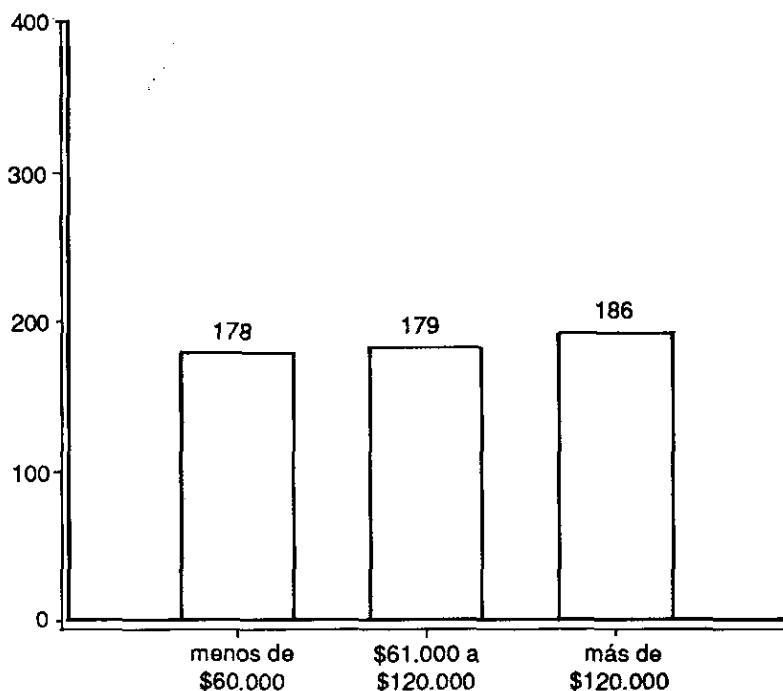


Fuente: Memoria Asociación de Isapres año 1989

La Figura N° 5 consigna la distribución por tramo de remuneración. El 34 por ciento de los afiliados tiene remuneraciones inferiores a \$60.000 mensuales.

Figura N° 5

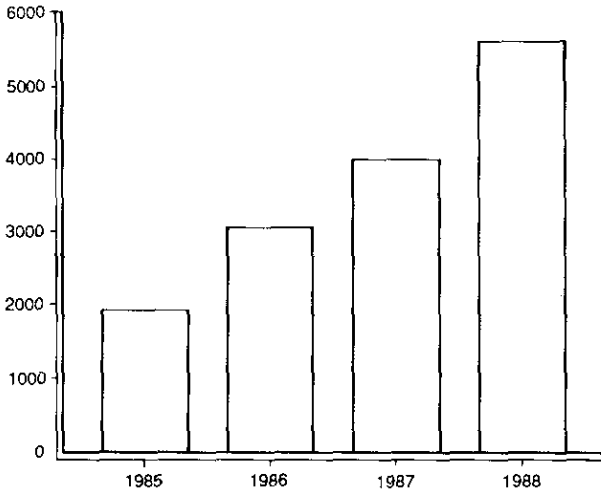
Número de Cotizantes
por Tramos de Ingreso



Fuente: Memoria Asociación de Isapres año 1989

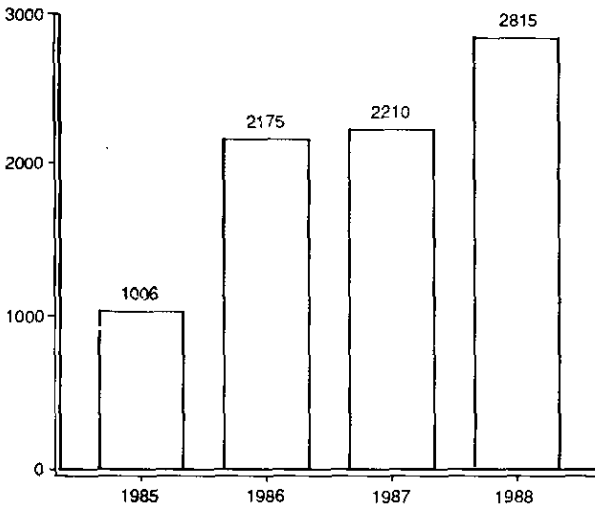
En las Figuras N°s 6, 7, 8, 9 y 10, respectivamente, se ven las variaciones del total de diversas prestaciones otorgadas por el sistema desde 1985 a 1988. Ellas se refieren a consultas médicas que ese año totalizaron 5,617.000; a exámenes de laboratorio que alcanzan a 2.815.000; a días cama con una cifra de 442.000; a partos que suman 60.000; y a prestaciones de medicina física y rehabilitación con un total de 1.350.000.

Figura N° 6
Número de Consultas



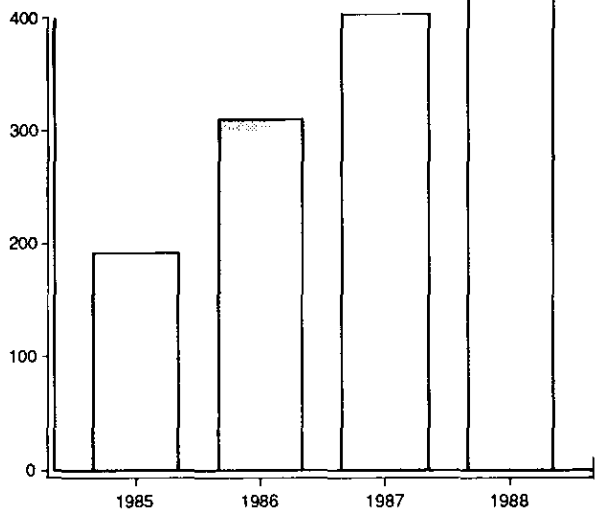
Fuente: Memoria Asociación de Isapres año 1989

Figura N° 7
Número de Exámenes en Laboratorio
(En Miles)



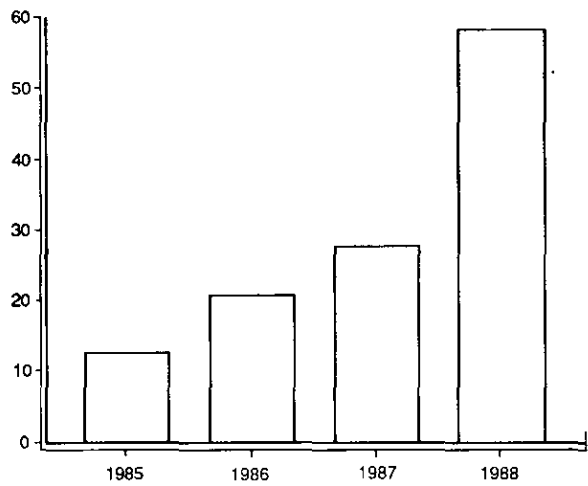
Fuente: Memoria Asociación de Isapres año 1989

Figura N° 8
Días Cama



Fuente: Memoria Asociación de Isapres año 1989

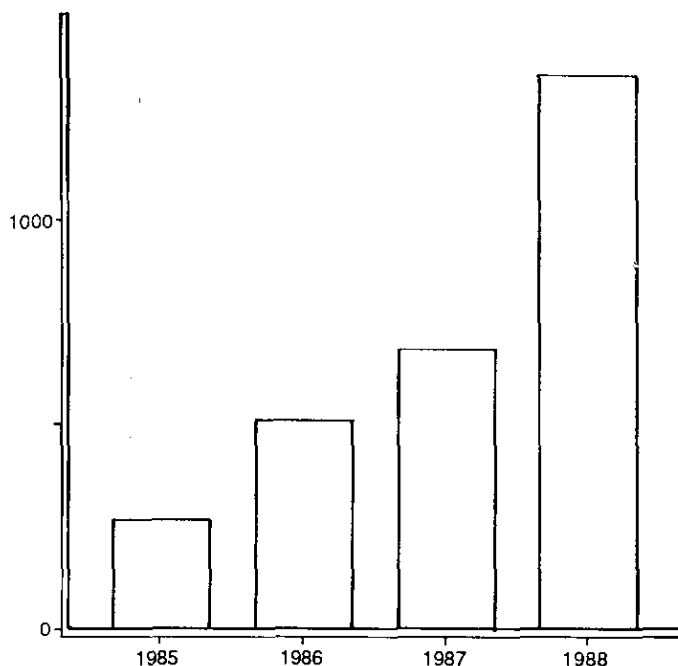
Figura N° 9
Partos y Cesáreas



Fuente: Memoria Asociación de Isapres año 1989

Figura N° 10

Medicina y Rehabilitación

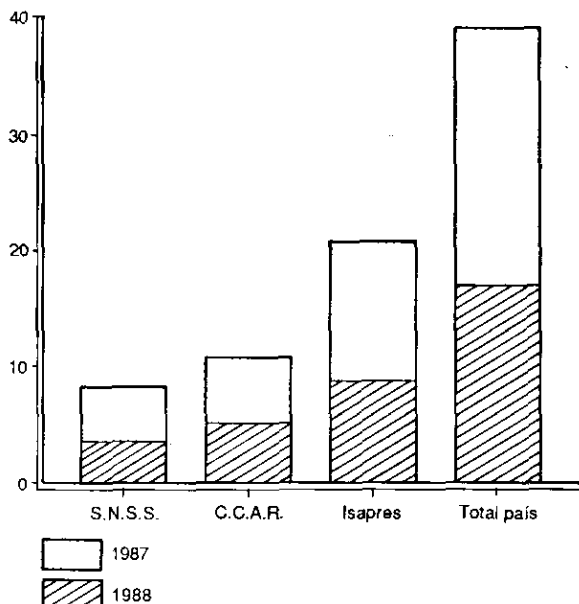


Fuente: Memoria Asociación de Isapres año 1989

Las consultas aumentaron a más de 5 millones 617 mil, lo que significa más de 3,9 consultas por beneficiario al año, y los exámenes de laboratorio subieron en un 27,4 por ciento. En 1988 hubo 442 mil "días cama", y se atendieron cerca de 60.000 partos y cesáreas, un aumento del 110 por ciento en ese año. Las prestaciones en medicina física y de rehabilitación también tuvieron un fuerte incremento de 101,7 por ciento durante 1988.

En la Figura N° 11 se muestra la participación del sistema Isapre como ente pagador de subsidios, en comparación con el Sistema Nacional de Servicios de Salud y las Cajas de Compensación dentro del total pagado en el país.

Figura N° 11
Costo Total de Subsidios del País



Fuente: Memoria Asociación de Isapres año 1989

Crítica N° 2: Las Isapres son —al menos varias de ellas— instituciones con fines de lucro.

Este tema ha sido ya ampliamente discutido; sin embargo, conviene agregar algo al respecto, lo que, naturalmente, es más bien subjetivo que objetivo. El ser humano reacciona a estímulos positivos y negativos. Entre los positivos, aquellos que incentivan el progreso, está el lucro, sin desconocer que existen otros. El quehacer en el campo de la salud, justamente por tratar con un bien tan especial y tanpreciado por la persona, tiene características que lo diferencian de otros quehaceres, pero en ningún caso ellas obligan a que este trabajo se desarrolle sin que las personas que participan en él se benefician y se sientan estimuladas por el lucro. De hecho, lucran en esta actividad clínicas, farmacias, laboratorios, médicos y personal de colaboración. Las Isapres son entidades financieras intermediarias entre las personas y la estructura médica. Dicho de otra manera, administran la cotización de sus afiliados y de paso asumen un riesgo nada despreciable, como se verá al analizar los márgenes de la gestión. Cabe entonces preguntarse qué lógica existe detrás de esta crítica.

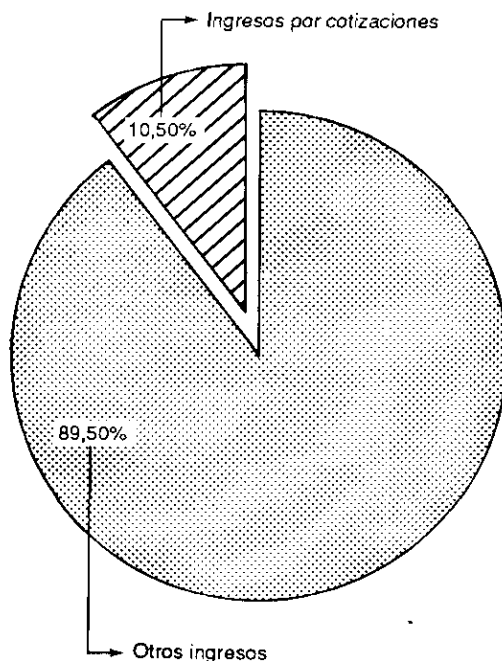
Por el contrario, si actúan dentro de las normas éticas y legales, el interés por ganar dinero se transforma (como estímulo positivo) en un acicate poderoso para optimizar la eficiencia de su gestión.

A continuación se presentan dos figuras que muestran el origen y el destino de los fondos administrados por las Isapres con los porcentajes respectivos.

Cabe consignar que el margen de utilidad es de sólo un 5,2 por ciento.

Figura N° 12

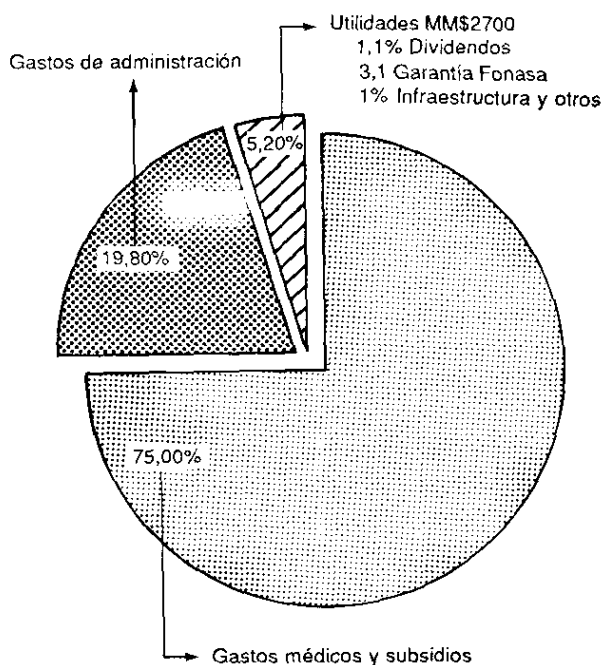
Fuentes de Recursos



Fuente: Memoria Asociación de Isapres año 1989

Figura N° 13

Usos de Recursos



fuente: Memoria Asociación de Isapres año 1989

Crítica N° 3: El Sistema Isapre, al haber afiliado a las personas con mejores remuneraciones, sustrajo de Fonasa las cotizaciones más altas.

El hecho criticado es verdadero. Lo fue más al iniciarse el sistema y menos al desarrollarse éste, toda vez que se ha ido "deselitizando" como se aprecia al observar la evolución de la cotización promedio y la distribución de los afiliados por tramo de remuneraciones.

La crítica sería válida si se acepta que el quehacer sectorial de salud debe tener un rol redistribuidor de la riqueza, en cuyo caso las remuneraciones más altas a través de sus cotizaciones mayores deberían subsidiar a las remuneraciones menores.

La crítica no es válida si al quehacer del sector se le exige sólo excelencia técnica. En este caso lo que importa es otorgar una buena atención médica, y se recurre a otros mecanismos para la tan deseada redistribución.

A esto es necesario añadir otros elementos que restan aún más fuerza a esa crítica. Las remuneraciones altas, esas que emigraron de Fonasa, son justamente las que soportan la carga tributaria, que es de donde el Estado obtiene fondos para subsidiar el gasto en salud de los más pobres.

Esas remuneraciones altas renuncian al subsidio estatal para salud, ya que el gasto no cubierto por las cotizaciones debe ser pagado por el usuario, a diferencia de lo que ocurre en el sistema estatal, donde es el Estado el que lo sufraga a través del subsidio que otorga.

Desde el momento en que no existe información histórica al respecto, nadie puede afirmar que las personas con remuneraciones altas no eran las más caras para Fonasa, en cuyo caso ellas hubieran estado recibiendo el subsidio de las remuneraciones bajas. De paso, vale la pena hacer notar que la posibilidad que ello ocurra es otro elemento negativo de la redistribución intra sector, ya que ella puede ser regresiva.

La cotización obligatoria para salud tiene dos elementos positivos: hace que a la persona le cueste algo la atención médica, y se establece en previsión de la imprevisión del chileno que si no fuese por ella, al momento de enfermar apoyaría todo su peso en el Estado.

Sin embargo, si ella supera cierto límite o se transforma en una suerte de impuesto único para salud, se torna francamente regresiva ya que no grava a las personas jurídicas ni a las personas naturales de rentas más altas no afiliadas al régimen previsional.

Crítica N° 4: El sistema Isapres, a diferencia de lo que éste sostiene, no es un sistema de seguro de salud sino un mero pre-pago en salud.

Más que una crítica se trata realmente de una diferencia de opinión. La diferencia nace cuando a las Isapres se las critica, como se verá más adelante, de no aceptar afiliados de edad avanzada o portadores de patologías pre-existentes, y éstas responden que, como verdaderas compañías de seguros, ellas aseguran contra riesgo pero no contra siniestros.

Si para ser un seguro se requiere una compañía formalmente constituida y supervisada por la Superintendencia de Seguros, las Isapres no lo

son y el sistema es en efecto uno de pre-pago. Por otra parte, si el pre-pago se hace con el fin de cubrir los gastos que demandará un siniestro previsible, son seguros de salud. No se está prepagando un bien tangible como una casa o una máquina de coser; se está prepagando el siniestro que derivará de un riesgo previsible y cuantificable, como el que un automovilista se siniestre o una casa se incendie.

Crítica N° 5: Las Isapres establecen períodos de carencia y no aceptan enfermedades pre-existentes, ni a personas de edad avanzada.

La crítica referida a las carencias, vale decir al período durante el cual el afiliado cotiza sin tener derecho aún a percibir beneficios, es infundada. Se trata de una práctica generalizada en todos los regímenes de seguridad social, como es el caso, por ejemplo, de los subsidios por incapacidad laboral. En el sistema Isapre se justifica plenamente, ya que, dada la facultad que tiene el afiliado de desafiliarse en cualquier momento, es usual que se ingrese a una Isapre a un excelente plan de salud con el solo propósito de buscar un beneficio de alto costo y retirarse tan pronto como lo obtenga, dejando a la Isapre con la cuenta por pagar. Ello se debe a que existe una asimetría en cuanto a la información que se dispone sobre el estado de salud del cotizante al momento de suscribir el contrato. En tanto que éste puede conocer con certeza su estado de salud, la Isapre jamás tendrá esa certeza.

Las pre-existencias y los ancianos son otra cosa. Representan grados máximos de riesgo, cercanos al siniestro (que estaría representado, en salud, por la muerte). Por consiguiente, el costo de cubrir ese riesgo máximo, es también máximo.

Este problema se puede abordar de tres maneras:

- a) Gravar la cotización del portador del alto riesgo con el costo estimado inherente a ese riesgo. Esto en la práctica lo dejaría al margen de poderse afiliar.
- b) Gravar todas las cotizaciones, prorrateando entre ellas el mayor costo. Con esto se elevaría el costo del sistema a personas de menores recursos con quienes se sería francamente "no solidario".
- c) No aceptarlos como afiliados y dejar que permanezcan en un régimen donde opere el subsidio estatal, entendiéndose que se trata de verdaderos indigentes médicos - ésta es una de las condiciones donde el Estado asume su rol subsidiario-.

Esta última alternativa es la que han elegido las Isapres, por considerarla la más honesta.

No se trata, entonces, de un problema de seguro o no seguro. Es simplemente un problema de costo y de quién debe asumirlo. No corresponde a las Isapres asumir un rol subsidiario.

Crítica N° 6: Las Isapres tienen la facultad de desafiliar unilateralmente.

El sistema Isapre, como se señaló, se basa en la suscripción por ambas partes, afiliado e Isapre, de un contrato de salud. Un contrato es una convención, algo que conviene a los dos. Cuando deja de convenir, ya sea por mutuo acuerdo o por decisión de una de las partes, el contrato puede desahuciarse. Así operan todos los contratos, salvo el matrimonio, al menos en teoría.

Los contratos de salud tienen una diferencia respecto de la norma general. Obligan a la Isapre por un mínimo de un año; en tanto que el afiliado, previo aviso dado con treinta días de anticipación, puede rescindirlo en cualquier momento.

Esta asimetría en las obligaciones se estableció en un intento por proteger al afiliado de posibles incumplimientos por parte de las Isapres, cuando el sistema recién se iniciaba y no existía experiencia alguna sobre 6l.

En la práctica, las Isapres sólo han hecho uso de su facultad frente a casos comprobados de abusos o mal uso de los beneficios por parte de un escaso número de afiliados. Sin embargo, nadie ha reparado ni menos criticado la facultad del afiliado de retirarse de la Isapre de su elección en cualquier momento. Esta facultad que él puede ejercer todos los meses le ha otorgado al sistema una inestabilidad del todo indeseable, ya que ella se ha traducido en gastos de administración innecesarios, imposibilidad de hacer proyecciones a mediano plazo y desincentivo a una acción programada en el área de la medicina preventiva, que, de paso, es otra crítica que se le hace al sistema.

Tanto es así, que son las propias Isapres las que han propiciado que se estudie, como modificación al DFL N° 3, un régimen de contrato de larga duración si no vitalicio. Es más, varias de ellas ya ofrecen a los afiliados este tipo de contratos.

Crítica N° 7: Las Isapres son ineficientes, ya que exhiben gastos de administración muy altos.

Los gastos de administración del sistema bordean el 20 por ciento de los ingresos de operación, ¿Con qué situación puede compararse esta cifra para concluir que es muy alta? Con ninguna, ya que no existe otro sistema con características similares que sirva de punto de referencia.

Si se compara el sistema consigo mismo, en el tiempo, se observa que los gastos de administración han disminuido desde representar el 33 por ciento de los ingresos en 1984 a sólo un 19,8 por ciento en 1988.

Sin embargo, el meollo del problema no está ahí. Lo esencial es que los gastos de administración no son relevantes en tanto el usuario esté satisfecho con el servicio que se le brinda y los propietarios de las Isapres estén satisfechos con los resultados: Si ello se logra con un 50 por ciento, un 20 por ciento o un 1 por ciento es indiferente. Si existe insatisfacción de cualquiera de las dos partes, recién el problema adquiere relevancia.

Con todo, no puede plantearse como una crítica a un sistema. En el mejor de los casos se podrá criticar a una empresa por estar mal administrada, y en esa instancia el mercado se encargará de sancionarla.

Crítica N° 8: El sistema Isapre es elitista.

Tal como fue concebido, el sistema jamás pretendió ser populista. Dificilmente puede serlo si por igual porcentaje de cotización, y sin contar con el subsidio estatal, otorga beneficios substancialmente superiores a los que proporciona Fonasa. No parece ajustarse a la lógica criticar un sistema por ser mejor y más caro que otro. Sería como criticar al automóvil por ser mejor y más caro que el micro.

Sin embargo, cuando se plantea que si el subsidio del Estado, mediante algunos ajustes, se entregase a la demanda (y no a la oferta como en la actualidad), la base popular del sistema crecería en forma significativa acercándose peligrosamente a la idea de "Isapre para todos", esas mismas voces críticas, en lugar de acallarse y quedar satisfechas con un sistema no elitista, se tornan más vociferantes y ahora abogan por medicina estatal para todos.

El sistema, en todo caso, es cada día menos elitista ya que un 30 por ciento de los afiliados tiene remuneraciones inferiores a \$60.000 mensuales, salvo que esa sea la élite a que se alude.

Existen otras numerosas críticas menores, que no es del caso tratar por ser de escasa entidad o centrarse en aspectos puntuales, como aquellas que se refieren a la actitud de algunos agentes de venta, lo difícil de

comprender los contratos de salud, la elevada cifra de planes de salud que se ofrecen, y otras.

Debilidades Detectadas en el Sistema

Con el correr de los años y con la experiencia adquirida, el sistema exhibe algunas debilidades que es conveniente señalar.

Debilidad N° 1: la asimetría en la vigencia de los contratos.

Este aspecto, así como la inestabilidad del sistema como consecuencia de él, ya fueron abordados latamente.

Debilidad N° 2: sobre uso, mal uso y abusos al sistema.

El sobre uso se comprueba al comparar la frecuencia de uso entre dos poblaciones, la de los afiliados a las Isapres y la de Fonasa, en donde la primera, con un promedio de edad menor, y por definición un mejor estado de salud (no existen afiliados con enfermedades preexistentes), usa la prestación consulta médica con una frecuencia promedio igual al doble de la otra, más anciana y en peores condiciones de salud.

El abuso se refiere a la obtención de beneficios más allá de lo necesario, como se comprueba, por ejemplo, al analizar la duración de las licencias médicas.

El mal uso va desde el "pecadillo" de obtener beneficios para un no afiliado, facilitándole credenciales ajenas, hasta la franca estafa cometida por máquinas extraordinariamente bien montadas en donde, incluso, se llegó a falsificar instrumentos públicos.

Los montos involucrados en estas prácticas, difíciles de cuantificar por lo complejo que es detectarlas, seguramente superan los varios centenares de millones de pesos al año.

Ellas constituyen una debilidad en un sistema que, en buena medida, se basa en el concepto de la buena fe y la honestidad. Por desgracia, ambos están ajenos a la manera de ser de muchos chilenos que, por el contrario, creen más en la viveza del engaño.

Debilidad N° 3: las licencias médicas y subsidios por incapacidad laboral.

La debilidad radica en que sea el sistema Isapres el que deba pagar dichos subsidios con cargo a la cotización de salud.

Desde ya, existe una duda razonable, conceptual, sobre si dicho beneficio que viene a reemplazar a la remuneración durante el período de enfermedad se deba cargar a esa cotización cuyo destino debería ser pagar el costo de las prestaciones de salud.

Luego se impone a las Isapres la carga administrativa de hacerlo y de controlar, a la vez, su correcto uso.

La alarmante alza en el gasto por concepto de subsidios, que no aparece justificada por un deterioro del estado de la salud de las personas, ya que éste no existe, hace pensar que la legislación que rige este beneficio es inadecuada.

De los tres protagonistas lógicos en este problema, uno permanece indiferente ante él y los otros dos se benefician.

En efecto, al empleador el asunto no le va ni le viene. Su trabajador no trabaja, pero él se ahorra la remuneración. Permanece indiferente.

El enfermo solicita el subsidio que lo beneficia, incluso más allá que la remuneración, porque sigue recibiendo una suma igual a ésta sin tener que trabajar y es por eso que presiona por una licencia tan larga como sea posible, ojalá más allá de la convalecencia.

El médico otorga graciosamente un producto que a él no le cuesta nada y que en cambio lo gratifica ante los ojos de sus pacientes agradecidos.

El precio lo paga la Isapre.

En síntesis, no existe ningún estímulo que apunte a su uso moderado y ningún desincentivo a su uso excesivo.

Debilidad N° 4: excesiva dependencia de una legislación en constante revisión.

Finalmente, es necesario señalar que el sistema Isapre depende fuertemente de decisiones legislativas que suelen adoptarse más por razones pseudo-sentimentales que técnicas y por personas que usualmente no dominan el tema con la suficiente profundidad. Dado lo estrecho de los márgenes de rentabilidad del sistema, decisiones que aparentemente son intrascendentes pueden provocar efectos no previstos. A título de ejemplo, una disminución en la cotización de salud de 0.5 punto borra de inmediato todo margen positivo. Otro tanto ocurriría con un traspaso de la responsabilidad del pago de determinados subsidios o el otorgamiento obligatorio de ciertos beneficios médicos al margen de la atención médica propiamente tal, como vacunas o alimentación complementaria.

En este sentido sería deseable la mayor estabilidad posible en las reglas del juego.

Es de esperar que este análisis a críticas y debilidades del sistema Isapre, que ha intentado ser todo lo franco y directo posible, ayude a desmitificar conceptos que se manejan con cierta liviandad y permita una comprensión desapasionada de un tema de suyo complejo. ☐