

Las ISAPRES y su impacto en el sistema de salud chileno

Carolina Teteboin y José Arturo Granados

Resumen

Las ISAPRES son las instituciones privadas de salud que se forman durante la dictadura militar con el objetivo manifiesto de hacer accesible un tipo de atención de mayor calidad y cercanía a la gente. Su aparición motiva –además de una fuerte y sostenida crítica a la actividad pública de prestación de servicios– la profunda transformación de la más importante institución de salud de naturaleza pública, el Servicio Nacional de Salud (SNS). Terminada la dictadura, durante los dos primeros gobiernos de la concertación, el sistema de salud se mantiene tal como se constituyó entonces, excepto cambios menores. El panorama sin embargo, es percibido por diversos sectores atravesado por una profunda crisis, tanto de las instituciones públicas como de las privadas. En el presente artículo se entrega información sobre el comportamiento de las ISAPRES en los noventa con el fin de ubicar su papel, ponderar los objetivos inicialmente planteados y su participación en esta crisis.

Abstract

ISAPRES are the private health institutions created among the military government by the declared objective to increase the possibility of population for accessing to health services with a better quality and near to people. Those were created with a strong criticism around the public activity that exist in health, and produced deep transformation into modifying the most important institution, the National Health Service, SNS. At the end of the dictatorship, though little changes were intruded during the Concertacion government, the health system remained untouched. Although, today many sectors perceives that all the health system is in crisis, either the public or private. This article discusses information about the ISAPRES behavior in the ninetins, to value their role, ponderate its initial objectives and their participation on the crisis.

Palabras claves: ISAPRES, Sistema de salud, acceso.

Key words: ISAPRES, Health system, acces.

Fecha de recepción: noviembre 1999
Fecha de aprobación: diciembre 1999

Correspondencia: Carolina Teteboin, Calz. del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Coyoacán. Tel. 54 83 72 04, fax 54 83 71 73, e-mail: tehc3955@cueyatl.uam.mx

Antecedentes

Durante el gobierno de la dictadura militar en Chile, se realizaron importantes transformaciones estructurales en el sistema de salud. Ellas consistieron en una reorientación de los objetivos y prioridades hacia una lógica privada. Sin embargo, a la luz de las condiciones políticas para hacerlo, el planteamiento inicial de masificar la atención privada y terminar con lo público, no se impuso. Tampoco lo hizo el que proclamaban los grupos médicos vinculados al pinochetismo, que desde el Colegio Médico pensaban dirigir su curso hacia una profundización de la atención privada tradicional. La solución final se concretó en 1981 con la creación de un nuevo, fuerte y dinámico sector privado constituido por los grupos económicos que emergían en ese momento, y que dieron vida a los llamados Institutos de Salud Previsional (ISAPRES). Para su viabilidad, el Estado debió regular, es decir dirigir y crear, el conjunto de condiciones para garantizar su existencia al interior de la sociedad y del sistema de salud. A través de la transformación de un conjunto de elementos de política pública y social, entre los que destacan los realizados al sistema de seguridad social y laboral, además del propio cambio constitucional,¹ se operó uno de los cambios más audaces de los últimos tiempos en el rumbo social del país.

En el sistema de salud, se produce una modificación radical del discurso sanitario del tradicional a otro antiestatista y privatista,² y la transformación de las instituciones pública y mixta de salud. Tal situación afectó de manera trascendente a la más importante de ellas, el Servicio Nacional de Salud (SNS). Ello ocurre incluso desde antes que se hubiera acuñado la idea de las ISAPRES. Inmediatamente después del golpe de estado, el SNS fue presa de un control inmediato por su carácter de institución estratégica por los recursos que movilizaba, alrededor del 80% del gasto en salud, y por el hecho que concentraba a uno de los contingentes de trabajadores más numerosos del país. Después, vinieron las campañas antiestatista que lo sumieron en la descalificación sistemática, en el control

extramédico y en la disminución de todos sus recursos, y que terminaron por afectar su imagen en el imaginario social y su actividad. Este proceso concluye en 1979 con su desaparición legal. Al año siguiente, el sector público es reestructurado a partir de sus partes: el Ministerio de Salud adquiere un papel relevante en el impulso de la política gubernamental; el sistema de atención primaria se transforma en un sistema municipal de salud, dependiente del ministerio del interior, financiado fundamentalmente por la capacidad de cada entidad; la administración financiera es convertida en un sistema de recaudación y distribución de recursos público y privado, el Fondo Nacional de Salud (FONASA); la prestación de servicios hospitalarios queda a cargo del Ministerio de Salud, desconcentrada en 32 servicios de salud, cada uno con personería jurídica y a cargo de un secretario regional ministerial de confianza de Pinochet. El sistema mixto SERMENA, pequeño sistema creado por el gobierno de Eduardo Frei para satisfacer una demanda de atención privada de los empleados particulares, se integra como subsistema al FONASA.

Así, de un sistema de salud básicamente público (SNS) vinculado a los diversos sistemas de seguridad social entonces existentes, y de un pequeño sistema mixto formado por un sistema particular de seguridad social y copago, se forma el sistema público actual. Pese a los discursos, la cobertura de las instituciones públicas, si se incluye al sector municipalizado, es similar al anteriormente existente bajo una sola institución integrada nacionalmente, con sistemas de referencia, financiamiento tripartito y distribución equitativa del presupuesto basado en criterios médicos y de población.

Por otro lado, el sistema privado quedó compuesto por instituciones tradicionales, las ISAPRES y las MUTUALES.³ Sin embargo la más dinámica de ellas son las ISAPRES que han tenido un crecimiento importante en el número de instituciones, participación en el gasto en salud, en los trabajadores incorporados, aunque en términos de cobertura podría hablarse de alrededor de un 15%-17% de crecimiento aproximadamente respecto a la atención privada anterior. Las instituciones de salud y de seguridad social de las fuerzas armadas permanecieron invariables respecto al pasado.

¹ Al respecto, véase Tetelboin, Carolina, tesis de Doctorado en Ciencias Sociales, UIA, México, 1996, pp. 99.

² Una revisión de este proceso puede encontrarse en Tetelboin, C, y Darío Salinas, en "Estado y políticas de salud en Chile: el proceso de conformación de un nuevo proyecto para el sector salud, 1973-1979", en Revista *Estudios*, El Colegio de México, vol. 2, núms. 5-6, mayo-diciembre, 1984, pp. 351-385.

³ Las Mutuales son instituciones creadas por los empresarios de ramas industriales para la atención de los accidentes del trabajo, algunas de ellas preexistentes a este cambio. Sin embargo, durante este periodo el crecimiento de su infraestructura ha sido superior a sus propias necesidades.

En conjunto, estas son las instituciones que actualmente constituyen el sistema de salud del país. ¿Qué cambió, que se creó y que se mantuvo?, ¿qué avances supone respecto al pasado sistema de salud? son preguntas claves que ya pueden ser evaluadas con base en resultados y pueden orientar su análisis. En un avance preliminar, pareciera según la opinión pública, las demandas de los trabajadores de la salud, el Colegio Médico y los propios planteamientos oficiales, que un grupo de problemas que constituyeron el origen de estos cambios, aquellos vinculados al mal servicio público, lejos de eliminarse, se han profundizado; a la vez, las promesas de creación de nuevas instituciones tampoco ha demostrado haber sido una panacea y ha contribuido a la creación de nuevos problemas que sin embargo afectan al conjunto del sistema. Tal situación, hipotetizamos aquí, puede deberse a que los objetivos de los cambios no atendían a la resolución de las condiciones de salud de los chilenos, sino que la transformación de los servicios y la creación todavía vigente de lógicas y sistemas de profundos vínculos entre el sector público y privado, atendían a la necesidad de crear un nuevo mercado en salud cuyos beneficios, especialmente a través de subsidios y formas de complementación diversa, fortaleció una alternativa que no satisface a sus usuarios, pero que además produjo una profunda deformación en criterios, recursos y objetivos en el conjunto del sistema de salud.

En ese sentido, el presente artículo se propone entregar algunos elementos que permitan entender las características y comportamiento de las ISAPRES en los noventa a fin de contar con elementos para evaluar su participación en la crisis del sistema de salud.

La crisis del sistema de salud chileno

Actualmente en Chile se reconoce ampliamente que el sistema de salud padece de una profunda crisis. Ni el sector público ha podido resolver los problemas derivados de la acción del gobierno militar "destinadas" entonces a su superación, sino que por el contrario, desarticuló su estructura y aplicó una política de eliminación de inversiones y disminución del gasto corriente; posteriormente, los dos gobiernos de la concertación no lograron superar los rezagos producidos por el gobierno militar, ni realizaron los cambios estructurales necesarios para restablecer las prioridades. Pero tampoco el sector privado ha demostrado ser una buena alternativa para la prestación de servicios de salud, ni mucho menos contribuir a resolver la atención de la salud en el país. Esta situación general de crisis sin embargo no ha podido ser resuelta, ni siquiera planteada en su verdadera magnitud, tal

vez por incapacidad consciente a enfrentar al poder e influencia de estas empresas o a la decisión de mantener este estado de cosas, imputable a los compromisos y amarres contraídos para la transición política del país.

Lo cierto es que el sistema de salud chileno padece múltiples problemas que tienen que ver fundamentalmente con la particular relación entre el sistema público y el privado, creado a partir de una política expresa de incentivo a este último y que le ha permitido beneficios sistemáticos desde su creación en 1980. El resultado de esta situación se sintetiza en el hecho que las ISAPRES participan aproximadamente de un 45% del presupuesto en salud del país, cuando contradictoriamente, sólo atiende a un rango limitado y variable de la población que fluctúa entre un 25 y 27 por ciento.

Sólo recientemente, a medida que la vida democrática se recompone, se han hecho más evidentes y se han socializado sus formas perversas de operar y sus dramáticos efectos en la vida de las personas, que cada vez más asocian los eventos de salud con el riesgo de la no atención y la pérdida de los bienes obtenidos durante sus vidas, incluso de la libertad. Cada vez es más evidente su sistema de exclusión y sus altos costos, que constituyen dos polos de una profunda insatisfacción y problemática social. En ese sentido, la visión de diversos actores y la población en general, en la medida que se han ido restableciendo los controles del público, ha ido ubicando los rasgos constitutivos de la incapacidad de las ISAPRES frente al riesgo de enfermar y su identificación como un buen negocio empresarial. Esta representación se correlaciona directamente con la condición social y que hace evidente que en la sociedad chilena "el problema de salud se visualiza en términos económicos".⁴

Las inequidades de las ISAPRES y sus repercusiones en el sistema de salud

El sistema de salud vigente ha polarizado la población de manera más profunda que el anterior. Las razones de este proceso tienen que ver directamente con las características de las ISAPRES, que generaron un campo de salud que presta sus servicios de manera selectiva, cubriendo preferentemente a personas que requieren de poca atención, pero que son económicamente rentables (población joven

⁴ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, *Desarrollo humano en Chile*. 1998, PNUD, marzo, 1998.

económicamente activa, de los estratos socioeconómicos altos y zonas urbanas). Por el contrario, el sistema público ha mantenido a la población de los estratos socioeconómicos bajos y que requiere de más atención (personas en situación de pobreza e indigencia, ancianos, niños y de zonas rurales), pero también a los excluidos total o parcialmente de las ISAPRES.

Aunque no existe una política abierta, las estadísticas permiten inferir que estas instituciones han concentrado esta población, excluyendo a otros grupos. Mientras que el sistema público en 1990, cubría al 82.7% de la población de menor estrato socioeconómico (quintil 1), las ISAPRES cubrían el 3.5% de ésta. De la población situada en el estrato socioeconómico superior (quintil 5), el 43.3% se concentraba en las ISAPRES y el 36.9% en el sistema público (MIDEPLAN, 1996; cuadro 2.1). Dicha distribución se acentuó a 49.8% en 1992 (cuadro 2.1 y 2.2; MIDEPLAN, 1996). Para ese año, de la población que atendía el sistema público el 54.6% se encuentra en los dos primeros quintiles, es decir entre los más pobres; en el caso de la población adscrita a las ISAPRES, el 66.6% se concentra en los quintiles 4 y 5, los más ricos (MIDEPLAN, 1996; cuadro 3).

La inequidad también se da entre las zonas rurales y urbanas. Las ISAPRES se dirigen más hacia la población urbana, quedando la población rural de menor rentabilidad atendida principalmente por el sistema público. En 1992, 4.5% de la población rural estaba adscrita a alguna ISAPRE, seguramente vinculada a la propiedad de la tierra, o empresarios rurales, mientras que en el área urbana dicho porcentaje fue de 23.4% que es prácticamente el tope de las atenciones por este sistema. La atención del sistema público en las zonas rurales en cambio cubría el 79.4% de la población rural y el 59.0% de la población urbana (MIDEPLAN, 1996; cuadro 4.2).

La discriminación de las ISAPRES también va dirigida hacia los grupos que por su edad todavía no pueden acceder o han dejado de pertenecer a la clase trabajadora. De la población atendida en 1992 por las ISAPRES, el 51.3% tenía entre 20 y 49 años y 3.9% contaban con 60 y más años. En efecto, el primer grupo pertenece a las edades preferentes en términos de menores riesgos de uso de servicios de salud a diferencia de los extremos de la vida; aun cuando entre ella se encuentran las mujeres en edad fértil, éstas sí sufren diversos procesos de exclusión de los programas habituales por su condición, particularmente frente al parto normal; en el caso de los adultos mayores de escasos recursos, estos dejan de cotizar generalmente en los diferentes sistemas. En el caso del Sistema Público estos porcentajes fueron de 40.8% y 11.9% respectivamente (MIDEPLAN, 1996; cuadro 8).

Esta diferencia también se verifica en la composición de los grupos de edad al interior de las ISAPRES y del Sistema Público. Si se considera la edad y el quintil de ingreso, se observa que de la población mayor de 60 años afiliada a las ISAPRES en 1992, el 65.3% pertenecía al quintil 5, y sólo 6.5% pertenecía al quintil 1 (MIDEPLAN, 1996; cuadro 10.2). Así, las ISAPRES atendían a un bajo número de ancianos, pero éstos pertenecían principalmente a los estratos socioeconómicos más altos. Otras fuentes (SISS, 1995) confirman que las ISAPRES prefieren (o han cubierto) principalmente a población joven de mayores ingresos. La proporción de población mayor de 60 años incorporada a las ISAPRES no ha crecido entre 1991 y 1994. Del total de cotizantes en 1991, el 4.09% tenía más de 60 años, para 1992 fue de 3.86%; para 1993 de 4.34% y para 1994 de 4.41% (SISS, 1995, cuadros 3.17 y 3.20), aunque las tendencias poblacionales indiquen un crecimiento de los ancianos.

Los niños menores de cinco años también se ven afectados por las diferencias entre grupos de edad. De los niños pertenecientes al primer quintil, el 87.1% estuvo en 1992 afiliado al sistema público, y el 6.1% a las ISAPRES; en los niños del quintil 5 dichos porcentajes son de 20.9% y 68.4% (MIDEPLAN, 1996; cuadro 11.1).

Para 1996 (MIDEPLAN, 1997) la situación no cambió mucho: de la población menor de 15 años la mayoría (62.3%) fue atendida en el sistema público, y en menor medida por las ISAPRES (25.7%). Ahora bien, al interior de este grupo etario se observan diferencias según al quintil de ingreso al que pertenecen: de la población menor de 15 años situada en el quintil 1, el 86.9% fue atendida en el sistema público, porcentaje que disminuye en el quintil cinco (16.9%). Lo contrario sucede con la población atendida en las ISAPRES: el 5.9% de la población del quintil 1 es atendida en alguna ISAPRE, porcentaje que se eleva a 70.7% en el quintil V.

Las personas con discapacidad son otro de los grupos vulnerables, que sin embargo también ha resentido el trato del sistema. De acuerdo con la CASEN de 1996 (MIDEPLAN, 1997), de la población con discapacidad que se localiza en el primer quintil de ingreso, el 87.5% es atendido en el sistema público, mientras que las ISAPRES atienden al 2.1%. Estas proporciones cambian en el grupo de discapacitados situados en el quintil V, donde el 41.5% es atendido en el sistema público y 30.0% en las ISAPRES. De manera similar que los ancianos, las personas con discapacidad son atendidas principalmente en el subsistema público, pero los discapacitados atendidos en alguna ISAPRE pertenecen a los grupos socioeconómicos más altos.

En 1990, de la población que acudió a un establecimiento público, el 80.6% fue atendida de forma gratuita. Este porcentaje

sin embargo disminuyó a 34.5% en 1992; esta disminución es reemplazada por aumento de los pagos parciales y totales cuyos porcentajes en el mismo periodo pasaron de 8.8% y 6.2% a 11.4% y 11.9%, respectivamente (MIDEPLAN, 1996; cuadro 57a y 57b). Aún cuando el sistema público sigue siendo la única opción para la población de menores recursos, este sistema también comienza a ser "más caro" ya que son menos las personas que reciben sus servicios sin pago alguno.

Lo que sostiene al sistema de salud son las cotizaciones directas de los trabajadores. Como es sabido, éstos cotizan el 7% de su salario para la cobertura de servicios públicos de salud. El FONASA transfiere este porcentaje a las ISAPRES en caso de que el usuario ingrese a este sistema, cobrándole adicionalmente un *plus* que puede llegar hasta un 25% del salario para las coberturas más amplias. Eso no significa que esta población quede integralmente cubierta por estas instituciones, ya que en sus contratos existen siempre una serie de condiciones restrictivas que no garantizan la protección en todos los casos. Tal situación constituye un importante sistema de subsidio del sector público al privado, en la medida que estas atenciones frecuentemente deben ser realizadas por parte del sistema público, y frecuentemente también sin la retribución económica correspondiente por parte de la ISAPRE. El sistema público atiende a población indigente y pobre, aunque ésta no cotice. Además, cualquier caso de emergencia debe ser atendido gratuitamente en establecimientos públicos, independientemente del sistema al que se esté afiliado, al menos hasta la derogación del cheque de garantía ocurrida en 1999 que teóricamente obliga la atención sin previo pago.

De las personas que están afiliadas a alguna ISAPRE, éstas se concentran principalmente entre los 20 y 49 años. A pesar de ser la población preferente, de ellas, en 1996 los siguientes porcentajes se atendieron en establecimientos públicos: 29.9% en controles, 38.9% en consultas de urgencias, 39.9% por días de hospitalización, 26.8% en atenciones quirúrgicas y 41.9% en atenciones de parto (MIDEPLAN, 1996; cuadros 14, 17, 19, 20 y 21). De estos porcentajes es importante mencionar que los días de estancia hospitalaria y las atenciones quirúrgicas son servicios que implican las atenciones de mayores gastos.

Entre la población de menos recursos económicos (que no es aceptada o no puede cotizar en las ISAPRES) que por lo regular es atendida en el sistema público, en 1990 el primer quintil que asistió a algunos de sus establecimientos, el 80.0% no pagó cuota alguna. De los que acudieron a alguna ISAPRE este porcentaje fue de 20.2% a pesar que se supone que tienen cobertura según determinados paquetes. Tal dato permite advertir que probablemente la afiliación a una ISAPRE

pone en riesgo a las familias en el caso que el diagnóstico demuestre que su padecimiento está fuera de las cláusulas contraídas.

En el caso de los medicamentos, de la población total que acude al sistema público el 48.7% los recibe de forma gratuita, mientras que los que acuden a las ISAPRES o con médicos particulares el porcentaje es de 12.0% y 26.0%, respectivamente. Esta diferencia es similar en el caso de la población del quintil 5. El 65.1% de los que acudieron al sistema público recibieron gratis todos los medicamentos; mientras que en las ISAPRES fue de 18.4% y en los servicios particulares de 41.0% (MIDEPLAN, 1996).

Por otra parte, las prestaciones que proporcionan las ISAPRES se han concentrado en el nivel curativo, quedando el nivel preventivo y la atención materno-infantil desplazadas o simplemente inexistentes. A partir de 1991 las ISAPRES dejan de destinar recursos a la atención preventiva, mientras que la atención materno-infantil deja de recibirlos desde 1988 (SISS, 1995; Cuadro 2.10). Recientemente se han producido algunas medidas para su restablecimiento.

De ser cierto lo anterior, es evidente que las ISAPRES no cubren todas las necesidades de sus asegurados a través de los servicios correspondientes, principalmente los relacionados a controles normales de mujeres en edad fértil y niños, las enfermedades crónico-degenerativas o crónicas; lo más probable es que estos servicios sean proporcionados por el sistema público o por médicos particulares en los casos ambulatorios.

Como ya se ha mencionado, la población más pobre (de los quintiles más bajos) es atendida principalmente en los servicios públicos, y es sabido que esta población es la que más se enferma o padece bajos niveles de salud. Es decir, los servicios públicos atienden a la mayoría de la población enferma (MIDEPLAN, 1996).

Estas diferencias y las inequidades observadas entre el sistema público y las ISAPRES se reproduce también al interior de este mismo sistema, en sus modalidades abiertas y cerradas. Mientras las primeras atienden a individuos o familias que contratan sus servicios directamente, las segundas, creadas ante su agotamiento para extender el sistema a nuevos sectores de la población, suscriben convenios con empresas para la cobertura de grupos de trabajadores, aquellos con mayores niveles de ingreso entre la masa asalariada y permanencia en el trabajo.

Una comparación entre ambas modalidades muestra que las abiertas tienen mayor rentabilidad que las cerradas. La

rentabilidad, medida como utilidad/capital y reservas, alcanzó su mayor nivel en 1989 con 50.17%, para 1994 esta fue de 29.71% (SISS, 1995), disminuyendo en 1995 a 24.4% (SISS, 1995b), situación que probablemente puede relacionarse con el aumento de controles sociales sobre estos sistemas en los años posdictadura. Las ISAPRES cerradas alcanzaron su mayor rentabilidad en 1990 con un 11.67% y para 1994 esta fue de -4.51% (SISS, 1995) y para 1995 de 15.4% (SISS, 1995b).

Pero, si en cambio la rentabilidad es medida como utilidad/activo total y utilidad/ingreso explotación, los valores para las ISAPRES abiertas fueron en 1994 de 11.23% y 4.79%; y para las cerradas de -1.56% y -0.98%, respectivamente (SISS, 1995; cuadro 2.19 y 2.20). Desde luego que en estas diferencias pasan por compensar las contingencias a través de diversos mecanismos que permiten maximizar las ganancias de las ISAPRES, entre las cuales se pueden enumerar criterios como el aumento de las cotizaciones, recorte de personal, disminución de los servicios prestados, disminución de los salarios, y en los últimos años, captar y concentrar un mayor número de cotizantes.

Estas diferencias también se explican por el número de cargas por cotizante de cada modalidad (número de asegurados por cada trabajador). El número de cargas por cotizante en las ISAPRES abiertas ha disminuido entre 1981 y 1994, de 1.2 a 1.0; en las cerradas en cambio ha aumentado de 2 a 3.2. El valor más alto alcanzado por éstas fue de 1.6 asegurados en 1985, 1986 y 1987 en las abiertas y 3.2 asegurados por cotizante en 1982 en las cerradas (SISS, 1995; cuadro 3.2.1). Es decir, en las ISAPRES abiertas se mantienen los trabajadores que aseguran a un menor número de familiares, porque el tamaño del grupo incide directamente en sus costos; las ISAPRES cerradas en cambio cuyos contratos se realizan por grupos de trabajadores, permite asegurar a un mayor número de cargas.

Las ISAPRES abiertas son rentables, entre otros motivos, porque son las que reciben más aportaciones (más cotizantes) y proporcionan menos servicios (menos asegurados), pero además porque concentran la población de mayores recursos. Las cerradas en tanto, agrupan a obreros o empleados de empleo formal y empresas dinámicas. En 1987, de los cotizantes pertenecientes a ISAPRES abiertas, sólo el 11.14% pertenecían al grupo de menor renta imponible (<30 M\$), proporción que fue de 8.92% en las ISAPRES cerradas. Para 1990, estos porcentajes fueron de 2.79% y 5.8%, respectivamente. Se puede observar que en un principio las ISAPRES abiertas tenían una mayor proporción de cotizantes con la menor renta imponible, pero después esta proporción ha disminuido; en 1990 fue mayor la proporción en las ISAPRES cerradas que en las abiertas (SISS, 1995; cuadros

3.7.1.1 y 3.7.1.2). Es decir, progresivamente las ISAPRES abiertas van eliminando de sus cotizantes a los trabajadores con menor renta, a la vez que las cerradas tienen una población cautiva de ingresos medios bajos.

Respecto a la viabilidad económica, el endeudamiento de las ISAPRES se ha elevado en los últimos años. En 1984 se registra el mayor endeudamiento de la década (medido como veces de pasivo exigible/patrimonio), siendo mayor de cuatro en las cerradas y aproximadamente de 1.5 en las abiertas. En ambos casos éste alcanza su valor más bajo en 1988, siendo de aproximadamente 1.5 en las cerradas y menor de 0.5 en las abiertas; sin embargo a partir de esa fecha el endeudamiento ha aumentado progresivamente hasta alcanzar 2.0 en las cerradas y poco más de 1.0 en las abiertas (SISS, 1995b: gráfico 2.9, página 23). Es entendible que para iniciar sus actividades las ISAPRES hayan tenido que adquirir compromisos financieros (préstamos), los cuales se reflejan en el gran endeudamiento inicial; un comportamiento casi inverso al seguido por la rentabilidad (medida como porcentaje de utilidad/ingreso explotación), la cual en el caso de las ISAPRES abiertas verifica su valor máximo en 1989, año a partir del cual comienza a disminuir hasta poco más de 4.0 en 1994 (SISS, 1995b: gráfico 2.10, página 23), lo cual permite concluir que fue un buen negocio pero que está dejando de serlo al menos en términos relativos para las empresas.

Con el retiro de las aportaciones de los empleadores, los trabajadores han tenido que absorber todos los costos de salud incluyendo los del Sistema Público y de las ISAPRES abiertas. Esto incluye el pago de los gastos derivados de la publicidad que utilizan las ISAPRES para aumentar el número de afiliados. También se han añadido gastos de ventas y comisiones, que no existen en el Sistema Público. Para 1994, los gastos de publicidad en las ISAPRES abiertas fueron de 2,336 millones de pesos y las comisiones de ventas fueron de 13,662 millones de pesos, cantidades que representan 3.55% y 20.8% del total de gastos administrativos y de ventas (65,682 millones de pesos) (SISS, 1995; cuadro 2.13), cifras cercanas a la de los sistemas más caros como el norteamericano.

Evaluación de un sistema de salud a partir de la situación de salud de los chilenos

Como bien es sabido, la participación de los servicios en las condiciones de salud no es directamente proporcional, sino que en esta influyen las condiciones generales de vida. La aparición de deterioros debido a las condiciones de vida significan por lo tanto una sobrecarga para los sistemas de salud, a la vez que plantean un énfasis curativo insoslayable,

frente a otras estrategias como la prevención. De ahí que sea importante conocer el estado de salud de la población en un intento por correlacionarlo con los servicios que se proporcionan. Se esperaría en este sentido, y en un segundo momento, que la población con bajos niveles de salud, independientemente de su tamaño, debiera ser prioritaria en el gasto y la atención de los servicios de salud (MIDEPLAN, 1996). Sin embargo, los datos previamente aportados no demuestran esta prioridad, y tampoco lo hacen en los términos tradicionalmente entendidos desde la salud pública. En efecto, uno de los grandes problemas que se están produciendo en la actualidad es que aún cuando se mantiene la diferenciación según ingreso por tipo de servicio público o privado, también destaca una dispersión regional y local seguramente atribuible a las características de distribución de los recursos producidos por la regionalización y municipalización.

En el caso de la desnutrición, la prevalencia es mayor entre los niños menores de seis años pertenecientes al quintil 1 (7.4%) en comparación a los del quintil 5 (0.4%); mientras que la normalidad es menos frecuente en los primeros (80.3 % vs 93.3%), (MIDEPLAN, 1996; cuadro 38), entre los niños menores de seis años que son indigentes la prevalencia de desnutrición es de 7.0%, mientras que para los no pobres es de 3.1% (MIDEPLAN, 1996; cuadro 39).

En 1992, la prevalencia de bajo peso entre mujeres embarazadas fue de 11.1% entre las pertenecientes al quintil 1 y 3.0% entre las pertenecientes al quintil 5 (cuadro 42). También existieron diferencias por regiones. En las zonas rurales el bajo peso entre embarazadas tuvo una frecuencia de 14.8%, mientras que en las zonas urbanas fue de 10.2% (cuadro 45 MIDEPLAN, 1996).

Las enfermedades infecciosas pueden considerarse como indicador sensible de la situación de salud de una población, en tanto que aumentan su prevalencia cuando las condiciones de vida se han deteriorado, y/o bien, cuando no existe una atención adecuada a la aparición de enfermedades. La evolución de la morbilidad de algunas enfermedades de notificación obligatoria en el periodo de transformación del sistema de salud (periodo 1980 a 1996), muestran que cinco enfermedades incrementaron sus tasas: tuberculosis, varicela, hepatitis, influenza y meningitis y han afectado principalmente a la población de grupos socioeconómicos bajos. Más aún, cuando las nuevas instituciones privadas de salud no incorporan las actividades de prevención. De esta forma, poca atención se ha puesto al resurgimiento de la tuberculosis, o a la elevación brusca de las tasas de morbilidad de la influenza y la varicela, las cuales aumentaron en el periodo estudiado en 326.47% y 253.48%,

respectivamente. El primer reporte nuevo de casos de tuberculosis ocurre exactamente a dos años después de iniciada etapa definitiva de transformación del sistema de salud. Para 1982 la tasa fue de 60.4. Si bien el resurgimiento de la tuberculosis no es un fenómeno exclusivo de Chile, por lo menos en este país se dio casi de forma paralela a los cambios y en medio de una crisis económica muy importante.

En relación con la evolución entre 1980 y 1996 de los principales grupos de causas de mortalidad, este indicador no presenta aumento; por el contrario las tasas tienden a disminuir. Al respecto hay diversas interpretaciones a este fenómeno, uno de los cuales tiene que ver con las políticas focalizadoras desarrolladas durante la dictadura, entre ellas, las destinadas a la población infantil a través de los programas de complementación alimentaria y que dieron pie a la instauración de diversas experiencias internacionales discutibles por los riesgos éticos que la aplicación de la ciencia y la tecnología supone en estas condiciones. Pareciera que tales políticas se orientaban a contrarrestar los efectos de otras enfermedades sistémicas que incidieron en esa época dramáticamente sobre las condiciones de vida de las familias; en ese sentido su objetivo fue, más que mejorar la calidad de vida de las personas, evitar la muerte.

Conclusiones

Puede decirse que una de las razones que están en la base de la crisis del sistema de salud chileno, es imputable a las condiciones antidemocráticas bajo las cuales se creó el sistema de salud vigente. Estas sin embargo permanecen, amarradas por algún tipo de decisión por mantener el estado de cosas, entre otras formas, a través de la imposibilidad de una lectura apropiada sobre los orígenes del sistema de salud actual y las necesidades a las que responde, y por lo tanto imposibilidad para diseñar y aplicar nuevas políticas de fondo tendentes a la resolución de la crisis. Entre las tareas en este sentido, parece importante devolver la centralidad en términos prioridad política, en recursos, avance científico y tecnológico al sector público y en segundo lugar garantizar su independencia respecto del sector privado. Terminar con los diversos subsidios que operan en beneficio de las ISAPRES y con el paso de la población del sistema privado al público cada vez que ésta es excluida de sus programas por desempleo, menores ingresos, jubilación, aumento del tamaño de las familias o la aparición de enfermedades crónicas, supone una necesidad para el saneamiento de las instituciones del país. Por su profundidad, salir de la crisis supone enfrentar un cambio estructural que restablezca una lógica de independencia entre ambos mundos que le permita al primero sustentarse por sus propios medios y riesgos, y al

segundo, operar en condiciones de una lógica pública, donde la competencia es aceptable en la medida que beneficie a las personas. En ese sentido, la independencia de las mismas, o todavía más, una vinculación en sentido inverso, que permita mantener una competencia real, es una necesidad inminente. Esta situación que emana de la articulación con la que se montó inicialmente el sistema, poniendo al público a expensas del privado, sólo recientemente empieza a modificarse. En diciembre de 1999 y aunque seguramente presionada por el marco de las elecciones presidenciales, se resolvieron dos de las manifestaciones más evidentes y obvias de esta relación irracional del pensamiento privado en salud: el cheque de garantía que impide la atención de urgencia inmediata, y la "asignación familiar", subsidio histórico que desde la creación de las ISAPRES, el FONASA canalizaba pero que no se traspasaba a los beneficiarios reales. Estos hechos marcan el inicio de un tránsito en este sentido.

Por otro lado, aunque el sistema público atiende a la población más vulnerables y mayoritaria, alrededor del 75% de la población con sólo el 54% de los recursos, las ISAPRES atienden preferentemente a población que es económicamente rentable, alrededor del 25-27%, con el 45% aproximadamente del presupuesto.

Del comportamiento de las ISAPRES puede derivarse que su creación no obedeció a un principio de equidad en términos de igual acceso a la atención, ni al derecho de elección de la población. Esto que constituyó la promesa que justificó las reformas, sólo es válido para la población de los estratos socioeconómicos altos en tanto sea sana y productiva (no cesante ni jubilada) que puede acceder a ciertas atenciones en condiciones de "calidad" expresada en uso intensivo de recursos de diagnóstico y de tratamiento y en las condiciones físicas y humanas de atención, cuando la alcanzan. Se trata en definitiva de un sistema que aunque logra en condiciones ideales otorgar cobertura a ciertos sectores de la población de manera siempre "condicionada" ante los nuevos riesgos a los que cotidianamente se enfrentan las personas en términos psico-biológico y social, su actividad, que es la atención de la salud, choca permanentemente con las restricciones que le impone su naturaleza mercantil, poniendo de manifiesto su irracionalidad. Tal modelo, no puede, ni menos en las condiciones de sociedades como las latinoamericanas, ser el patrón de conducta de las reglas del sistema, sino tan sólo una excepción.

En cambio, se tiende en la actualidad a privilegiar un sistema privado cuyas características no sólo son inconsistentes en términos de protección a la salud —a la luz de los datos que indican exclusión, inequidad intra y extrasistema, altos costos— sino que además su presencia ha significado la deformación y condicionalidad del sistema público. De esta manera, aquí se postula que los cambios en política social y de salud llevados a cabo bajo el régimen militar no tuvieron como objetivo principal superar las condiciones deficientes de acceso y prestación de servicios del sistema público, sino fundamentalmente la creación de un espacio de acumulación en los servicios de salud inexistente hasta ese momento.

Una de las lecciones de la crisis actual es, al igual que en otros temas de la vida nacional, la necesidad de abrir debates sobre las estructuras generadas en condiciones antidemocráticas para el advenimiento de la sociedad futura. Tal discusión debe realizarse en torno a los beneficios que se generan como contribución a la salud de la población en cada caso, más que a las lógicas del mercado y a los negocios exclusivamente como ha sido en este periodo. Planteadas estas limitaciones estructurales, uno de los retos centrales que la reconstrucción democrática todavía en ciernes debe plantearse, se relaciona con la exigencia al poder político que renueve a los actores del campo, y en segundo lugar, que asuma su capacidad reguladora ya no para beneficiar a algunos grupos, sino para reconstruir un nuevo sistema de salud para la ciudadanía basado en el derecho y las garantías para la atención de la salud, vinculado a costos y corresponsabilidad social; además, debe retomar un segundo asunto postergado de la discusión por las circunstancias de inmovilidad, falta de participación y dedicación a temas reactivos en los que ha estado sumido el país por sus condiciones políticas, y que se refiera a los retos "médicos" pendientes. Es decir, aquellos asociados a la definición del modelo de salud y atención que mejor cumple determinados objetivos y para quienes.

De tal manera, mientras al primero de los retos le toca definir a quiénes se debe atender y en qué condiciones de costo, al segundo le corresponde definir cómo hacerlo y a través de qué medios. En tales condiciones pueden resolverse los retos de cada uno de los sistemas apegados a sus propias lógicas y con independencia. Naturalmente, un proceso de este tipo, restablece su propia necesidad y redefine los términos de las características estructurales y de la definición de los sistemas basados preferentemente en necesidades de salud.

Bibliografía

- TETELBOIN, C. (1996). *Neoliberalismo y sistema de salud. La experiencia chilena*. Tesis de doctorado, Universidad Iberoamericana, México.
- MIDEPLAN (marzo, 1996). División de Planificación, Estudios e Inversiones. *Análisis de algunos aspectos de la situación de salud*. Encuesta CASEN 1992, Santiago de Chile.
- MIDEPLAN (octubre, 1997). *Situación de las personas con discapacidad en Chile, 1996*. Resultados de la CASEN, 1996, Santiago de Chile.
- MIDEPLAN (1997). *Situación del trabajo infantil en Chile, 1996*. Resultados de la CASEN, 1996, Santiago de Chile.
- SISS (1995). Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, *Series estadísticas*, 1981-1994, República de Chile.
- SISS (1995). Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, *Boletín estadístico*, enero-septiembre, República de Chile.
- PNUD (1998). *Desarrollo Humano en Chile. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*.

VIII CONGRESO LATINOAMERICANO DE MEDICINA SOCIAL
8th LATIN-AMERICAN CONGRESS OF SOCIAL MEDICINE
XI CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL
DE POLÍTICAS DE SALUD
11th CONGRESS OF THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF
HEALTH POLICY

3 al 7 de julio de 2000

GLOBALIZACIÓN, REFORMAS Y EQUIDAD EN SALUD

july 3 - 7, 2000

GLOBALIZATION, REFORMS AND EQUITY IN HEALTH

ÁREAS TEMÁTICAS

1. Economía y políticas de salud para el tercer milenio
2. La salud: derecho o mercancía
3. Ciudadanos, clientes y pacientes: participación, seguridad social y aseguramiento individual
4. Lo público, lo privado y lo estatal en salud
5. Condiciones de vida, ambiente y salud
6. Salud internacional: la indivisibilidad de la salud
7. Estados nacionales vs organismos y empresas transnacionales
8. Intersectorialidad: nuevas fronteras para el saber y la práctica
9. Descentralización y municipalización en salud
10. Inclusión y exclusión: satisfacción de necesidades y democratización de oportunidades
11. Calidad, equidad y eficiencia
12. Viejos problemas y nuevos actores en salud
13. El mundo del trabajo: impacto de la globalización
14. Defensa de la vida, promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad
15. Género y salud: un camino hacia la equidad

MODALIDADES DE PRESENTACIÓN

- ❖ Paneles
- ❖ Comunicaciones coordinadas
- ❖ Carteles
- ❖ Presentación de libros

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

Remita un resumen, antes del 30 de diciembre de 1999, cuya extensión no debe exceder de 300 palabras. La estructura será: título, autor(es), institución y país, objetivos, métodos, resultados y conclusiones; y temática propuesta en la que se enmarca, en formato *Word*, fuente Arial de 10 puntos. Debe ser entregado . Se enviará por correo electrónico, fax o correo postal.

Correo electrónico: concuba@infomed.sld.cu