

*Columna escrita en mayo 2019 para El Definido, nunca publicada*

*Por Joaquín Baraño. Comentarios, sugerencias: [@JoaquinBaranao](#)*

## **Salud pública para todo público**

En 1981, en el marco de un amplio abanico de reformas, se redibujó el sistema de salud. En virtud de este, **cada trabajador debe reservar el 7% de sus ingresos para crear una suerte de seguro colectivo**. El objetivo principal fue que los tratamientos particularmente caros sean financiados en forma solidaria en lugar de arruinar al desafortunado paciente. Ese 7% puede ser destinado a prestadores privados, lo que lo que dio pie a la conformación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). Sonaba razonable. Especulo que, con la información disponible en 1981, yo habría apoyado ese rediseño.

Pero los experimentos son para testarlos, y 39 años después a mi juicio es claro que este **no funcionó**. La calidad ha cumplido, pero no así los precios. Las tarifas de las clínicas privadas suelen desencajar mandíbulas. "Bueno, nadie te obliga a escogerlas, gozas de libertad para optar por alternativas muchísimo más baratas", me dirán. Por supuesto. Sigue leyendo para que entiendas mi punto.

### **6 veces una suite en el Sheraton**

De entre cientos de posibles ejemplos, hablemos por un momento de la [Clínica Alemana](#), miembro del segmento alto, pero no la más exorbitante de todas. Es filial de la Corporación Chileno-Alemana de Beneficencia, organismo de derecho privado sin fines de lucro.

**El día cama [cuesta 611 lucas](#)**. Es indudable que hay una serie de circuitos, mecanismos de seguridad y herramientas tecnológicas aplicadas por la clínica que no son baratos de mantener ni de instalar. Pero ¿611 lucas? ¿En serio? Una habitación con cama king en el Sheraton [vale 92 lucas](#). Por 258 lucas accedes a esta maravilla de dos ambientes, la suite club en el mismo hotel:



Suite club del Sheraton. [Fuente](#)

Por supuesto, **los hoteles no monitorean signos vitales ni gastan en una serie de otras prestaciones**. No manejo la información para hacer una comparación justa, manzanas con manzanas, pero el sentido común sugiere que no hay cómo abultar 6,6 veces el Sheraton.

El día cama no es lo único que cobra la clínica. **Cuando se trata de insumos, algunos establecimientos privados se aprovechan en forma inmisericorde de la situación de captura de sus clientes**. No es imposible que el paciente adquiera insumos por su cuenta, pero saben que nadie lo hará y que nadie cotizará tampoco en medio de un proceso en que la atención está puesta en sanar. Así, es cosa de añadirlos en la boleta final esencialmente al precio que quieran. En el caso de la [Clínica Las Condes](#), he sido testigo de precios icinco veces superiores! a los de las tres cadenas principales, ubicadas a una cuadra de distancia, ya considerablemente más caros que los de las farmacias económicas.

Luego están los **honorarios médicos**. Cito la [cirugía LASIK](#) para corrección de la miopía o astigmatismo, por tratarse de un procedimiento muy corto, altamente estandarizado y que para los ejecutores no exige el sacrificio de responder a urgencias en horarios satánicos.

**Los oftalmólogos de la Alemana cobran 812 lucas por cada ojo, y los anestesistas 284**. Me operé los dos de un tirón en 2010 (prodigioso, por cierto, nunca podré agradecer lo suficiente la tecnología del siglo XXI y al talentoso especialista que me atendió). Créanme que mientras rebanaban mis glóbulos oculares mi mayor preocupación no era cronometrar los hechos, pero diría que el asunto no tardó más de media hora en total.

Supongamos que un especialista realiza solo una cirugía de dos ojos en la mañana y otra en la tarde. **Con 22 días hábiles al mes, recaudaría unos 71,5 millones de pesos**, excluyendo consultas y otras actividades remuneradas. Una tajada no menor se destina a impuestos, pero ese monto de todas formas proviene del sufrido bolsillo del

beneficiario, y el problema que aborda esta columna no es lo cuanto ganan los médicos sino cuanto desembolsan los pacientes.

En cuanto al anestesista, ¿cuánto tiempo directo invirtió para hacerse acreedor de esas 284 lucas? Difícil decirlo. ¿Una decena de minutos?. No pongo en duda lo delicada de esta hiperespecializada disciplina, ni los años de estudio durante los que se han deslomado, ni el hecho de que los errores se pagan muy caro. **Pero ¿284 lucas por un puñado de minutos?**

## **A continuación, la ISAPRE**

Por la lógica de seguro con que fueron diseñadas, no es posible aislar el margen de un procedimiento puntual, pero veamos números generales. El sistema [cuenta](#) con 3,4 millones de afiliados y en 2018 las utilidades fueron de \$64,4 miles de millones, lo que arroja un margen de 18,9 lucas anuales por cabeza. En [un estudio](#) de 2014, **se cita una rentabilidad sobre activos del 13%**, mientras que en rubros cercanos como los seguros generales, los seguros de vida o el sistema bancario, no superan el 2%.

A esas 18,9 lucas hay que sumar los costos de administración, adicional a los gastos asociados a la salud misma. En 2018 alcanzaron 303 mil millones, o 89 lucas por persona y año. Es que no es barato administrar esa enmarañada constelación de planes, gestionar millones de desembolsos mes a mes –muchos de ellos contenciosos– y reclutar un ejército de abogados para litigar por las alzas de tarifas. Dato escabrosamente freak: en 2012, durante el apogeo de la judicialización, **el 78% de los recursos de protección presentados en todo el sistema estuvieron dirigidos contra las ISAPRES.**

Utilidades y gastos de administración suman entonces 108 lucas anuales por individuo. **Una familia de cuatro gasta 356 lucas anuales en ISAPRES solo para que existan.** Recién entonces comienzan los gastos en salud.

## **¿Por qué observamos montos de esta envergadura?**

Hay varios factores que se confabulan.

### **1. Síndrome “¡Me salió súper barato! Me lo cubrió casi todo la ISAPRE”, o su variante “...y el resto, el seguro complementario”:**

Es muy común escuchar frases de ese tipo. El 7% mensual está tan interiorizado en nuestras vidas –de hecho, solemos hablar de sueldos líquidos en lugar de brutos– que cuando surge una coyuntura médica, **lo que nos duele en realidad es el copago.** El resto, pareciera, “lo pagó la ISAPRE”.

Salvo casos catastróficos donde opera la lógica del seguro colectivo, no “lo pagó la ISAPRE”. Lo pague tú, solo que durante meses o años de antelación, en cada una de esas docenas de descuentos por planilla. Podría parecer un mero asunto semántico; podría argüirse que da lo mismo la etiqueta que le pongamos a cada casillero porque igual todo lo pagamos nosotros. No es así por una razón muy poderosa: trastoca la elasticidad de los usuarios. **Dado que lo que duele es el copago, se desembolsan montos astronómicos mientras el grueso “lo pague la ISAPRE”.**

Ante los aumentos de precios, los copagos se han vuelto cuantiosos para ciertos tratamientos y lugares. **Por eso han proliferado los seguros complementarios.** Ello diluye el rol del copago de desincentivar el sobreuso de prestaciones. Las visitas a urgencias y especialistas o la realización de exámenes complejos, se vuelven comunes más allá de lo que resulta eficiente. Las urgencias se han convertido en atajos para sortear las esperas asociadas a las consultas o atenciones ambulatorias. Los economistas llaman a esto "riesgo moral".

**Tan inelástica se vuelve la demanda, que las clínicas pueden elevar los precios sin mayores secuelas.** Por eso las de mayor prestigio pueden darse el lujo de cobrar [ocho, diez o incluso veintiún veces más](#) por los mismos procedimientos que otras clínicas privados. Son abismos colosales, que jamás observamos en los mercados de las ampollitas o de las salchichas. Saben que muchos no cotizarán ni se desplazarán a otro lugar, porque la verdadera envergadura del desembolso ha sido insensibilizada por la ISAPRE y el seguro. Es también es por esto que en ciertos recintos pitucos se normalizan estándares injustificados de confort; estándares por los que **pocos pagarían si experimentarían el costo real en nuestra cuenta corriente.**

¿La consecuencia? **El aumento del costo general del sistema,** que las ISAPRES traspasan a sus afiliados a través de reajustes de los planes.

## **2. "Con la salud no se juega. No te fijes en gastos"**

**Para todo bien o servicio, hay oferta a precios deschavetados.** Hay bicis que valen lo que un auto, carteras por las que podrías comprar un pasaje alrededor del mundo y vinos con cuya boleta podrías financiar un año de comida. Su sola existencia no es un problema. Toleramos que los jeques petroleros las gocen mientras el resto recurrimos a las alternativas de los mortales.

La salud, sin embargo, es diferente. Cuando nos enfrentamos a un caso complicado, solemos apelar al principio de "en salud no hay que fijarse en gastos". Si nos recomiendan a tal cirujano porque él/ella es el as en esa dolencia puntual, la mayoría de nosotros nos resignaremos. **"Me endeudaré si es necesario", diremos, "nada es más importante que la salud"**. Desde luego, estos semidioses de la medicina suelen trabajar en las clínicas más caras.

**Lo cierto es que ignoramos cuánto mejoramos nuestras chances recurriendo a ellos.** Esa información no existe, ni existirá jamás. Quizás un joven cirujano que todavía no ha acumulado suficiente currículum para encaramarse al pedestal de los semidioses actuaría tan bien o mejor. Lo que sí sabemos, es que al optar por los consagrados habremos puesto todo de nuestra parte. En lo que a nosotros tocaba, cumplimos. Si después la intervención no salió como esperábamos, no nos penará el resto de la vida el fantasma de "y todo por ahorrarme unos viles pesos".

**Este fenómeno es aún más agudo cuando el paciente no somos nosotros mismos, sino un ser querido.** Quien pueda pagarlo no dejará de hacerlo cuando lo que está en juego es la integridad de uno de los suyos, porque ¿cómo ponerlos en la misma balanza con lo que sea material que haya que sacrificar? A los genuinos afectos se añade

la reputación personal. Nadie quiere ser estigmatizado para el resto de su vida como el avaro que no desembolsó lo que hacía falta para salvarlo.

Como resultado, se cobra lo que se quiera. Los especialistas pueden recaudar decenas de millones de pesos al mes, y las clínicas que los cobijan cobrar 611 lucas por la noche de cama y cinco veces el precio de insumos. Las ISAPRES suben los precios de los planes porque todo esto de alguna manera hay que costearlo. El vicioso círculo se agudiza como consecuencia de la **integración vertical entre ISAPRES y prestadores de salud**. Esto es, cuando los accionistas son los mismos en ambos casos. Aunque la integración vertical está prohibida desde 2005, se utiliza como subterfugio el holding de salud, una empresa que es propietaria de una ISAPRE y un prestador, pero sin relación directa entre ambos. Hay [cuatro](#) holdings en funcionamiento.

### **3. Cotizar planes de ISAPRES es el desafío supremo**

El libre mercado puede funcionar razonablemente bien cuando se cumplen ciertos requisitos básicos. Uno de ellos es el acceso a la información. Para que las variaciones de precio surtan efecto en los consumidores, deben ser percibidas y procesadas por los demandantes. Funciona cuando se comparan cervezas en una góndola de supermercado o pasajes de avión en una página web. **Evaluar la oferta de planes de ISAPRE, en cambio, es imposible.**

La Superintendencia de Salud [informa](#) que en 2018 hubo **“58.347 planes vigentes, de los cuales, 6.738 (11,5%) se encuentran en comercialización (oferta)**. El 88,5% restante, son planes antiguos o de stock”. Si las señales de precio no surten efecto, entonces el oferente pierde motivos para ganar cuotas de mercado disminuyéndolos.

**Muchos cotizantes optan por confiar en los asesores de las propias ISAPRES para seleccionar el plan**, un nítido incentivo a la adopción de aquellas alternativas que resulten más rentables a la empresa.

Esta dificultad es reconocida y abordada de frente por [la reforma a la salud](#) presentada en 2019.

### **4. Chicoteando la demanda**

Los prestadores están sometidos a fuertes incentivos para azuzar los requerimientos con el objetivo de aumentar su rentabilidad, fenómeno conocido como inducción de la demanda. Dado que la ISAPRE por lo general remunera al prestador con el modelo “pago por servicio”, al prestador le conviene suministrar la mayor cantidad de servicios posibles. Luego, **como la complejidad de los planes vuelve escasa la competencia entre las ISAPRES, esos sobrecostos se traspasan a sus beneficiarios**, aumentando el precio de los planes.

Sé de dos buenas fuentes, independientes entre sí, que **hay clínicas que exigen a sus médicos cumplir con cierta tasa anual mínima de prestaciones**: no menos de tantos exámenes, no menos de tantas [cesáreas](#) (que en la Alemana [cuestan el doble](#) que los partos normales y, convenientemente, se pueden programar), etcétera. Aunque no cuento con la “pistola humeante” como para presentar una denuncia formal, sí [sabemos](#)

que la tasa de cesáreas en hospitales públicos fue del 33% mientras que en clínicas privadas fue del 63%, guarismo que supera con holgura al 58,1% de República Dominicana, el país con [la tasa de cesáreas más alta del mundo](#).

## **5. El descreme**

Al verse surcando estas aguas de precios estratosféricos y operar, como cualquier empresa privada, con lógica de maximizador de utilidades, las ISAPRES descreman. Esto es, **vuelven los planes impagables para las personas cuyos tratamientos son costosos o que presentan riesgos de requerirlos en el futuro, forzándolos a migrar a FONASA**. La jubilación favorece naturalmente al descreme, dado que los menores ingresos suelen resultar insuficientes para solventar los planes (en el centro de estudios Espacio Público, [le pusieron números al descreme](#)). **Se desdibuja así la lógica de seguro solidario del diseño original y se recarga la mano al sector público.**

Más aún, en un contexto de progresivo envejecimiento demográfico, **pesarán cada vez más las patologías que suponen tratamientos prolongados y caros, como diabetes o cáncer**. Es un cambio sustancial respecto al perfil epidemiológico de antaño, cuando predominaban morbilidades asociadas a infecciones. Si no reformamos el sistema, el precio de los planes de las ISAPRES se nos escapará de las manos.

No es de extrañar que hace un par de semanas el ministro de salud actual, miembro de un gobierno no precisamente marxista, [declaró](#) en entrevista en *La Tercera* que **el sistema de ISAPRES ya no da para más**.

## **¿Qué hacer?**

Tras seis años de trabajar en el Legislativo y en el Ejecutivo, escribí [dos largas columnas](#) detallando las razones 100% prácticas de por qué **el sector público es tanto menos eficiente que el privado**. El costo de velar por el buen uso de los recursos de todos, la discontinuidad que generan los ciclos políticos, el hecho de que las reparticiones no pueden quebrar y la configuración del estatuto administrativo, son realidades de diseño, no premisas ideológicas. Por eso abogo por restringir el radio de acción del Estado a rubros donde un privado no tiene cabida: defensa, servicio exterior, policías y labores de ese tipo. También [he escrito](#) sobre cómo los países con mayor libertad económica logran mejores índices de desarrollo humano, y por qué en este caso específico la correlación si sugiere causalidad.

Así y todo, he arribado a una suerte de "conclusión preliminar" de que **la salud es como la defensa o el servicio exterior: no puede no ser pública**. No porque en el caso de la salud sí será posible sortear toda esa familia de fricciones, sino porque, reconociendo su inevitable existencia, **son menos gravosas que los vicios de la salud privada**. No por nada [tantos de los países más desarrollados del mundo](#) han optado por esta vía. No pondría mis manos al fuego de que es la mejor solución (por eso lo de "conclusión preliminar") pero, como con la democracia, no parece haber otra salida.

Debiésemos **redirigir el 7% de cotización a la salud pública y despachar las ISAPRES a mejor vida**. Tanto la salud misma como el pago por las licencias, serían



administrados por MINSAL. No más plata y energía destinada a diseñar y analizar la maraña de planes, no más batallas legales acerca de si “cubre o no cubre”, no más exclusión por preexistencias, no más sobrecarga a mujeres en edad fértil y adultos mayores, no más descreme que pervierta el espíritu de seguro colectivo.

Esto no quiere decir que toda prestación sería suministrada sin costo. **La gratuidad es, salvo casos muy excepcionales, una muy mala manera de asignar recursos escasos.** Ya mencioné el sobreuso que generan los seguros complementarios. **Seguiría habiendo un copago** como es hoy el caso general de FONASA, solo que la fracción que no proviene del bolsillo del paciente provendría del gran cofre fiscal. Los usuarios podrían optar por pagar extra por confort dentro del sistema público si así lo desean –habitaciones privadas, por ejemplo– pero el personal médico sería el mismo para todos.

Por supuesto **no me refiero a prohibir la salud privada.** Seguiría habiendo prestadores ofreciendo sus servicios en convenios con FONASA, tal como es hoy. **El punto es que si alguien opta por tratamiento al margen del sistema deberá cubrirlo con su peculio desde el primer peso.** Muy pocos lo harían, por lo que solo un puñado de los semidioses de más renombre laborarían en forma exclusiva en el pequeño bastión privado remanente. Si nuestro 7% mes a mes fuera a parar al sector público, habría que gozar de demasiada holgura financiera para despilfarrarla toda y pagar desde cero.

Sí, lo sé. Es una bomba termonuclear. ¿Conocen el adagio aquel de que no se pueden hacer tortillas sin quebrar huevos? Pues bien, aquí hablamos de crear una gigantesca tortilla, quebrando una tracalada de huevos.

La mayoría de los usuarios de la salud privada me miran con cara de espanto cuando les planteo la idea. Visualizan listas de espera de seis meses y consultorios atestados de niños con virus sincial y mocos colgando.

Primero, hay más de mito que de verdad en esto. **El sector público ya responde,** si bien con menores estándares de confort, con razonable velocidad en *la mayoría* de los casos (no omita el énfasis, el drama de las listas de espera es innegable).

Segundo, muy importante, la calidad de atención del sector público experimentaría una maciza mejora con los nuevos ingresos. **Sí, las ISAPRES atienden a solo 3,4 millones de personas, pero ahí están los 7% más jugosos de nuestra sociedad** (y, podríamos añadir, los ciudadanos más exigentes y más influyentes). Aun considerando el tope imponible, en 2018 las ISAPRES recaudaron 2,77 millones de millones de pesos. Hay que restar impuestos de los especialistas que hoy ganan decenas de millones de pesos y que dejarían de hacerlo, pero el balance seguiría siendo muy favorable.

Ese platal, recaudado año tras año, le podría cambiar la cara a nuestros hospitales. Por eso esta columna no es solo una disquisición de ricos: **todos quienes hoy acceden a FONASA se verían beneficiados.** ¿Que habría riesgos de corrupción, de despilfarros en burocracia y de favores políticos asociados a este turro de billetes? Sin duda, pero recuerda que por ISAPRES ya estamos destinando cada año \$64,4 mil millones en utilidades y 303 mil millones en gastos de administración.

Es posible que para ciertos tratamientos no AUGE el nuevo sector público seguiría exhibiendo listas de espera que los actuales afiliados de ISAPRE considerarían intolerables. En esos casos específicos, la llave de descompresión del ahora reducido sector privado seguirá disponible. No habrá ningún tipo de apoyo esta vez y el monto será doloroso en ese momento, pero en el agregado **casi todos habrán pagado menos en salud a lo largo de su vida porque los precios serán mucho menores**. Además, y solo para esa "tormenta perfecta" que ocurre quizás una vez en la vida, siempre existirá la opción de contratar un seguro catastrófico, un modelo que no propicia el riesgo moral.

Ahora, tampoco se debe idealizar. **El estándar de confort bajaría respecto a lo que muchos acostumbra**n. En parte, bueno, es uno de los muchos huevos que se rompen para cuajar esta tortilla. Y en parte, reconozcamos que los incentivos del esquema actual tienen a muchos malacostumbrados a estándares que en otros países desarrollados son privativos de un estrecho círculo de ricachones. Que el puerperio se viva en tres días de habitación privada estándar Clínica Alemana no es lo más común para las mujeres profesionales de países como Estados Unidos o Reino Unido. En España, por ejemplo, la guagua no la recibe un ginecólogo, quien solo está disponible para casos de complicaciones. En la Alemana hay que sufragar 975 lucas por médicos que en Barcelona ni asoman su cabeza.

¿Y cuánto debieran ganar los médicos en un escenario así? Es una profesión a la vez muy demandante y escogida por personas brillantes. Deben ser muy bien remunerados, sin duda. Hoy la cifra del sector público es de \$27.500 por hora, que equivale a 5,4 millones al mes para 45 horas semanales, un monto que la mayoría suplementa con su ejercicio privado. Dado los nuevos ingresos que recibiría el sistema propongo que, en un proceso escalonado, **los especialistas terminen ganando 9,34 millones de pesos brutos en la madurez de su carrera**.

Alguien podría sostener que es injusto, que otras carreras no enfrentan un techo semejante, y que un límite así desincentivaría a nuestros más habilidosos estudiantes a optar por la medicina. No lo niego. Para un ingeniero o un abogado *sky is the limit*. Pero ¿saben qué? Ese es el monto que [ganan](#) los ministros, los senadores y los ministros de la Corte Suprema. Como país hemos acordado que ese **es un equilibrio razonable entre generar incentivos adecuados y no desfinanciar al Estado**.

**Sí, la medicina perderá algunas personas muy capaces para quienes ganar veinte millones de pesos al mes es prioritario**, pero es lo que ya hicimos y seguimos haciendo con esas mentes privilegiadas que descartaron convertirse en ministros, senadores o jueces de la Corte Suprema. Si hemos impuesto ese techo en ese tipo de cargos, ¿cómo no va a ser razonable hacerlo en el área de la salud, cuando lo que está al otro lado de la balanza es que las familias no deban endeudarse hasta el cuello para acceder a la mejor salud posible?

No entraré en el área de la *realpolitik*. Quizás el proceso para disolver las ISAPRES es simplemente inviable. O tal vez una fracción de sus propios usuarios montarían una oposición insalvable. **Solo escribo acerca del camino que creo que debemos seguir, no de si acaso es políticamente factible**.



Puedo imaginar el caudal de inconvenientes que visualizas en tu cabeza. Te adelanto: muchos de ellos son genuinos, y no pretenderé negarlos. En parte a eso me refiero con la quebradura de huevos. Si tabuláramos ventajas y desventajas de esta revolución, la columna de desventajas no sería breve. Cuando los aliados planificaron el desembarco en Normandía sabían que habría bajas, pero lo que estaba en juego era la liberación de Europa. Lo que debes evaluar pese a todos los contras, es lo siguiente: pese a la letanía de contras ¿estaríamos mejor o peor que antes?