En 1981, en el marco de un amplio abanico de reformas, el régimen de la época decidió experimentar también con la organización del sistema de salud. Cada trabajador estaría obligado a reservar el 7% de sus ingresos a la salud para crear una suerte de seguro colectivo. De ese modo, los tratamientos particularmente caros podrían ser financiados en forma colectiva en lugar de llevar a la ruina al desafortunado que lo padeciera. Ese 7% podría 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 al menos habría apoyado la propuesta.

Pero los experimentos son para testearlos, y 38 años después a mi juicio es claro que este no funcionó. No por calidad, sino por precios. Las tarifas de las clínicas privadas, con descorazonadora frecuencia, desencajan mandíbulas. El lector de inmediato pensará “bueno, nadie te obliga a escogerlas, gozas de libertad optar por alternativas muchísimo más baratas”. Por supuesto. Sigues leyendo para que entiendas mi punto.

Podría mencionar cientos de ejemplos. Hablemos por un momento de la Clínica Alemana, que está en el segmento alto pero no es la más cara de todas. El recinto es filial de la Corporación Chileno-Alemana de Beneficencia, organismo de derecho privado sin fines de lucro.

El día cama [cuesta](https://www.alemana.cl/wls/arancel/buscarc.htm?idClasificacion=1&pagina=1&cantidad=100) $611 lucas. A ver, es indudable que hay una serie de circuitos, mecanismos de seguridad y herramientas tecnológicas en general que no son baratos de mantener ni de instalar. Pero ¿611 lucas? ¿En serio? Una habitación con cama King en el Sheraton [vale](https://www.espanol.marriott.com/reservation/rateListMenu.mi?defaultTab=standard) 92 lucas. Por 258 lucas accedes a esta maravilla de dos ambientes, la Suite Club:

Imagen que contiene sofá, interior, techo, sala

Descripción generada automáticamente

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

El día cama, por supuesto, 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 pacientes. No es imposible que el paciente adquiera insumos por su cuenta, pero saben que nadie lo hará y que nadie preguntará tampoco en medio de un proceso en que la atención está puesta en la recuperación. 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 ¡cinco veces superiores! a los de las tres cadenas principales, ya brutalmente más caros que los de las farmacias económicas

Luego están los honorarios médicos. Cito la [cirugía LASIK](https://es.wikipedia.org/wiki/LASIK) para corrección de la miopía o astigmatismo por tratarse de un procedimiento muy corto, altamente estandarizado y que no exige el sacrificio de responder a urgencias en horarios satánicos. Los oftalmólogos de la Alemana [cobran](https://www.alemana.cl/Aranceles/pdf/ArancelHonorariosMedicosCAS.pdf) 812 lucas, y los anestesistas 284. Yo me sometí este procedimiento (prodigioso, por cierto, nunca podré agradecer lo suficiente la tecnología del siglo XXI). Créanme que mi preocupación principal mientras rebanaban mis ojos no era cronometrar los hechos, pero diría que el asunto no tardó más de media hora. De hecho, un oftalmólogo me reveló que puede abordar cuatro cirugías al día sin mayor inconveniente. Seamos más conservadores y supongamos solo una cirugía en la mañana y una en la tarde. Con 22 días hábiles al mes un especialista en una clínica recaudaría unos 36 millones de pesos, excluyendo consultas y otras actividades remuneradas. Una tajada se destina a impuestos, pero esa tajada de todas formas proviene del sufrido bolsillo del paciente, y ese es el problema que aborda esta columna.

En cuanto al anestesista ¿Cuánto tiempo directo invirtió para hacerse acreedor de esas 284 lucas? Difícil decirlo. Estimo que del orden de la 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?

Luego la ISAPRE. Por la lógica de seguro con que fueron diseñadas no es posible aislar lo que nos cuesta un procedimiento puntual, pero veamos números generales. El sistema [cuenta](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-18135_recurso_1.xls) con 3,4 millones de afiliados y en 2017 las utilidades fueron de $64,4 miles millones, lo que arroja un margen de 18,9 lucas anuales por cabeza. En [un estudio](https://www.espaciopublico.cl/wp-content/uploads/2016/05/31.pdf) de 2014 se cita que las ISAPRES alcanzaron una rentabilidad sobre activos del 13%, mientras que rubros cercanos como los seguros generales, los seguros de vida o el sistema bancario no superaron el 2% en el periodo.

A esas 18,9 lucas hay que sumar los costos de administración, adicional a los gastos propiamente asociados a la salud, que el año pasado alcanzaron 306 mil millones, o 89,6 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%](https://www.espaciopublico.cl/wp-content/uploads/2016/05/30.pdf) de los recursos de protección presentados en todo el sistema estuvieron dirigidos contra las ISAPRES.

La suma de utilidades y gastos de administración suman entonces 108,5 lucas anuales por individuo

¿Por qué observamos montos de esta envergadura? Hay varios factores que se confabulan.

**Síndrome “¡Me salió súper barato! Me lo cubrió casi todo la ISAPRE”, o su variante “la ISAPRE y 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 solo nos duele el copago. El resto, pareciera, “lo pagó la ISAPRE”. De más aclarar que, salvo casos catastróficos donde opera la lógica del seguro colectivo, no “lo pagó la ISAPRE”. Lo pagaste 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 el aumento de los precios han proliferado los seguros complementarios, que cubren los copagos contemplados en los planes de las ISAPRES. 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 alternativas para sortear las esperas asociadas 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 clínicas de mayor prestigio pueden darse el lujo de cobrar [ocho, diez o incluso veintiún veces más](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-14341_recurso_1.pdf) por los mismos procedimientos que otros recintos privados, abismos colosales que jamás observamos en el mercado de las ampolletas o el de las salchichas. Saben que muchos no se darán la molestia de cotizar y de moverse a otro lugar. Junto con ello se vuelven habituales estándares de confort por lo que en muchos casos no pagaríamos si experimentáramos el costo real en nuestra cuenta corriente. El resultado es un aumento del costo general del sistema.

**“Con la salud no se juega. No te fijes en gastos”**

Todo bien o servicio cuenta con alternativas 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 cuenta podrías comer por un año. Su sola existencia no es un problema. Dejamos que los jeques petroleros las gocen mientras el resto de los mortales escogemos las alternativas estándar.

La salud, sin embargo, es diferente. Cuando nos enfrentamos a un caso complicado casi todos apelamos al principio de “en salud no hay que fijarse en gastos”. Si nos recomiendan a tal cirujano porque él/ella es el especialista en esa dolencia puntual la mayoría de nosotros nos resignaremos a algo de este tipo: “me endeudaré si es necesario, nada es más importante que la salud”. Para peor, este tipo de 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 funcionaría tan bien o mejor. Lo que sí sabemos es que al optar por los consagrados habremos al menos 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 haberme ahorrado 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 uno de los suyos, porque ¿cómo poner en la misma balanza la vida o integridad de nuestro cónyuge 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 quiso desembolsar 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 610 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 clínicas.

**Cotizar planes de ISAPRES es imposible**

El libre mercado funciona 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 poder ser percibidas y procesadas por los demandantes de ese bien o servicio. Funciona bien 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](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-17541_recurso_1.pdf) que en 2018 hay “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.

Los cotizantes optan por confiar en los asesores de las propias ISAPRES para determinar qué plan escoger, un nítido incentivo a la adopción de aquellas alternativas que resulten más rentables a la empresa.

**Inducción de la demanda**

Los prestadores están sometidos a fuertes incentivos para azuzar la demanda con el objetivo de aumentar su rentabilidad. 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](https://www.alemana.cl/Aranceles/pdf/ArancelHonorariosMedicosCAS.pdf) y se pueden programar), etcétera. Aunque no cuento con la “pistola humeante” como para presentar una denuncia formal, sí [sabemos](http://fen.uahurtado.cl/2019/noticias/altas-tasas-de-cesareas-en-clinicas-privadas-una-relacion-causal/) que la tasa de cesáreas en hospitales públicos fue del 33% mientras que en clínicas privadas fue del 63%. Si solo consideráramos el subconjunto privado, exhibiríamos [la tasa de cesáreas más alta del mundo](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31928-7/fulltext?code=lancet-site#seccestitle90), superando con holgura al 58,1% del líder actual, República Dominicana.

**El futuro siempre puede ser peor**

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 Espacio Público [le pusieron números](https://www.espaciopublico.cl/wp-content/uploads/2016/05/31.pdf) al descreme. Se desdibuja así la lógica de seguro solidario del diseño original y se recarga la mano al sector público.

Más aun, 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 cambia 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 acabará por volverse inmanejable.

No es de extrañar que hace un par de semanas el ministro de salud actual, miembro de un gobierno favorable a economías libres, 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 Congreso y en el Ejecutivo, escribí [dos largas columnas](https://www.eldefinido.cl/actualidad/plazapublica/9250/La-ineficiencia-del-Estado-no-es-un-problema-de-ideologia-sino-de-diseno-parte-I/) explicando las razones profundamente prácticas de por qué el funcionamiento del sector público es tanto menos eficiente que el de su contraparte privada. 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 argumenté sobre la conveniencia de restringir el radio de acción del Estado a rubros donde un privado no tiene cabida: defensa, servicio exterior, policías y labores de ese tipo.

Pues bien, he arribado a una suerte de conclusión preliminar. 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 citadas en el párrafo anterior, 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](https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_with_universal_health_care) 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.

La reforma que pienso que debemos abordar es 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 con que fueron diseñadas las ISAPRES.

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 a 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. Si alguien quiere tratamiento al margen del sistema está en su pleno derecho, pero 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 bastión privado remanente. Si nuestra plata mes a mes fuera a parar allá, habría que gozar de demasiada holgura financiera para perderla del todo 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 en el camino 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 sincicial 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.

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. Eso sí, para que el balance sea completo hay que restar en los flujos de las arcas públicas la tajada de impuestos de los especialistas que hoy ganan decenas de millones de pesos y que dejarían de hacerlo, pero es un monto inferior.

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. ¿Qué 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 miles de millones en utilidades y 306 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, seguirá existiendo la llave de descompresión del ahora reducido sector privado. 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 propende al riesgo moral.

Ahora, tampoco se debe idealizar. El estándar de confort bajaría respecto a lo que muchos acostumbran. 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 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. Les voy a dar una cifra: 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. No saqué esa cifra del sombrero, ya verás.

Alguien podría sostener que es injusto, que otras carreras no tienen un techo semejante, y que establecer un límite así desincentivará a nuestros más habilosos 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](https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/25576/2/Remuneraciones_de_las_mas_altas_autoridades_del_pais_REV_FINAL_Dip_def-1.pdf) 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 el Estado. Sí, la medicina perderá algunas personas muy capaces para quienes ganar veinte millones de pesos al mes es crucial, pero es lo que ya hicimos y seguimos haciendo con esas mentes privilegiadas que optaron por no ser ministros, senadores ni jueces. Si hemos impuesto es techo con 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 las calillas para entregarle la mejor salud posible a los suyos?

No entraré en el área de la *realpolitik*. Quizás el proceso para disolver las ISAPRES es simplemente inviable para cualquier gobierno. 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 viable.

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. Lo que debes evaluar es: pese a todos ellos ¿estaríamos mejor o peor que antes?