



ARCHIVO

00441/93

Santiago, noviembre 08 de 1993.-

Excmo. Señor  
Presidente de la República  
Don **Patricio Aylwin Azócar**  
Presente

REPUBLICA DE CHILE			
REGISTRO Y ARCHIVO			
NR.	93/26123		
A:	23 DIC 93		
P.A.A.	<input checked="" type="checkbox"/>	RCA	<input type="checkbox"/>
CBE	<input type="checkbox"/>	MLP	<input type="checkbox"/>
J.T.O.	<input type="checkbox"/>	EDEC	<input type="checkbox"/>
W.Z.O.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Estimado Señor Presidente :

Desde hace largo tiempo he planteado la conveniencia de retirar de la convocatoria el proyecto que modifica la Ley de Isapres. Concreté mis puntos de vista en un discurso que me permito adjuntar para su mejor comprensión.

Inicialmente pedí su retiro o su rechazo. Luego concordamos con Julio Montt una fórmula que abría posibilidades para resolver mis observaciones y voté su aprobación en general en ese entendido, tal como lo señalo en el discurso en sus manos.

Cumplido el plazo de las indicaciones y por razones de Gobierno, no fué posible concretarla. En virtud de esas observaciones, de la necesidad - que a mi juicio - hay de legislar simultáneamente sobre FONASA y del creciente rechazo que el proyecto produce en distintos grupos médicos, sociales o gremiales, es que me permito solicitarle respetuosamente que se retire. Entiendo que puede ser negativo dadas las experiencias recientes, pero éllo es un menor costo que continuar con él en su actual texto.

Me excuso de enviarle esta carta urgente para que conozca mi posición antes de reiterarla públicamente.

Con mi cordial aprecio y afecto.,

  
**Mariano Ruiz-Esquide Jara**  
Senador



INTERVENCION SENADOR DR.MARIANO RUIZ-ESQUIDE J. EN EL SENADO EL 08.09.93

Señor Presidente :

En reiteradas oportunidades este Senado ha escuchado antecedentes y proyectos relacionados con la salud de los chilenos. También los Senadores sabemos por experiencia personal y política que la Salud es un tema relevante y emergente cada cierto tiempo. Tal vez lo que nunca hemos hecho es discutir a fondo la manera en que concebimos la salud mas allá de las definiciones clásicas, qué valor antropológico le damos y cómo la valoramos en cuanto es la expresión de la internidad del hombre. Si así lo hiciéramos podríamos concordar cuan lejana está, en la concepción ética del ser, la sola visualización económica, técnica o estadística de la salud, o la Medicina. Concordaremos también en que la enfermedad jamás podrá ser analizada como un mero hecho biológico susceptible de una transacción comercial. La enfermedad, consustancial al hombre, debe entenderse como el momento de más dramática indefensión del ser humano. Nunca esta más a merced de solidaridad del cuerpo social y de la conmiseración de sus semejantes.

Por ende toda la voluntad como Nación debe concebirse en esa perspectiva a la que deben ser referidas las leyes y las estructuras técnicas. El valor ético de éstas dependerá de donde esté el centro de nuestro objetivo. Objetivo en el que nada - reitero nada puede hacer que unos estén más desprotegidos que otros porque esa protección atañe al ser del Hombre, que nacen siendo iguales en sus derechos. Ello no obsta para que la modernidad proteja la eficiencia.

El proyecto que hoy discutimos, también debemos entenderlo en esa dimensión. Se refiere a las modificaciones introducidas al Sistema de Salud Previsional, forma institucionalizada de atención privada. Fue concebido como un Seguro de Salud con características sui generis en la historia de la medicina chilena y también en el mundo. Los sistemas que se le asemejan carecen de los privilegios y protecciones que tiene el modelo que se estableció en Chile en 1981 en las condiciones legislativas de ese



entonces. De ahí la complejidad de su análisis y de la dificultad para su real valoración a los 12 años de su funcionamiento.

No es por ello mi ánimo, en esta discusión general, hacer ese análisis a fondo de sus virtudes y defectos, como tampoco pretendo agotar el tema de la salud y su estructura. Permítaseme señalar que el cambio epimedialógico, la mayor exigencia cultural por el derecho a la salud y el mayor costo de la atención médica como expresión de su mayor sofisticación, han puesto en crisis a los modelos más socializantes y también a los más privatizadores que hoy vienen de vuelta a una forma más realista y adecuada a cada país. Ese contexto es también necesario tenerlo presente.

Sin embargo, dada la trascendencia que para la atención de salud tienen las decisiones que tomemos, es que no puedo eludir el mencionar algunos antecedentes al fundar mi opinión.

La población chilena hoy tiene dos grandes opciones : el sistema público con los distintos subsistemas y el sistema privado, también con dos subsistemas, uno de los cuales es la Isapre como modelo institucionalizado.

El primero atiende aproximadamente a 9.000.000 de personas y las Isapres del orden de 3.300.000. 700.000 chilenos están adscritos a otras instituciones o carecen de protección.

El dinero que administró en 1991 para atender el 19.8% de la población fue de \$190.400.000.000, es decir el 40% del gasto total en salud del país. El sector público administró \$279.000.000.000 para el 70% de la población con un gasto del 60% del total.

A 1993 esa extrapolación explica el gasto per cápita en el subsistema de US\$220 versus US\$85 para cada beneficiario del sector público.



Esta diferencia es un parámetro que debe tenerse presente al legislar sobre Isapres y marca la realidad de la salud chilena.

Es bueno sin embargo valorar lo que Chile hace con ese nivel de inversiones - que representa un 4,2% del PGB - al compararlo con el gasto en otros países que mencionamos a vía de ejemplo.

US\$ 2.050 en U.S.A. con un 11.2% del PGB

US\$ 915 en Japón con un 6.8% del PGB

US\$ 758 en el Reino Unido con un 6.1.% del PGB

Una cifra más para nuestro asombro. El gasto per cápita en la Atención Primaria es de US\$7, cifra no comparable con otros países de nuestro nivel socio-económico, epidemiológico o biomédico. Es la expresión histórica de un sistema nacional que dió respuesta al requerimiento del país y de un recurso humano de excepción como norma general y en todos sus estamentos.

En ese telón de fondo, el subsistema de las Isapres presenta una realidad muy distinta del resto del sistema nacional y tiene algunas peculiaridades sobre las que no haré ningún juicio de valor, sino tan sólo expondré al Honorable Senado, para su mejor ilustración. Es esta realidad la que explica mis reticencias a las modificaciones propuestas.

No voy a referirme tampoco - para no enervar el debate - a la forma en que se generó el sistema pero es un elemento que debe tenerse en cuenta cuando se estudia su estructura y funcionamiento. No debe olvidarse que gran parte de la oposición gremial, profesional y académica a la forma de concebirlo, surgió porque - simultáneamente - se disminuyó drásticamente el aporte presupuestario al sector público. La sola cifra de variación presupuestaria entre 1981 y 1991 así lo confirma : apenas \$10.000.000.000 con un aumento evidente de los habitantes y del costo de atención en esos diez años. Este deterioro explica en buena medida la insatisfacción actual



a pesar de la inversión. Pero quiero señalar que el 70% de las insatisfechos son de altos ingresos afiliados a las Isapres. El 46% de los afiliados a las Isapres están insatisfechos.

La protección del Estado a un subsector privado con normas privilegiadas y el deterioro del subsector público a través de políticas restructivas del mismo Estado, justifican las reformas que el sistema requiere.

El sistema funciona como un seguro de salud pero con una especial característica : el pago no corresponde a la capacidad financiera del cotizante ni a los beneficios que se busca obtener sino a un porcentaje cautivo del ingreso de los afiliados sea cual fuere el gasto que ese afiliado origine.

Este es un punto relevante y reconozco que en el proyecto hay un avance importante hacia la transparencia del sistema, pero explica las utilidades de estos años.

Estas Isapres - bien sabemos - son cerradas si atienden a un grupo determinado y abiertas si pueden recibir la afiliación de quien lo desee.

Para los efectos de este análisis importan y estas últimas que representan el 95% de los cotizantes y el 98.8 % de las utilidades o excedentes.

También se dividen entre aquellas que se constituyen con fines de lucro y aquellos sin fines de lucro, es decir, con obligación de reinvertir. En la discusión en particular podremos ahondar y desagregar estas cifras. Entretanto, podemos - utilizar esta cifra global.



Debemos señalar muy francamente que en nuestra visión no nos es aceptable una utilidad por la simple intermediación financiera o de gestión administrativa en Salud. Pero acepto - para los efectos del análisis del modelo esta realidad.

¿ Cuáles son las cifras Sr, Presidente ? El sistema tuvo en 1992 una utilidad de \$ 9.860.000.000, es decir más o menos US\$25.000.000. Ello corresponde al 4.7% de su operación, pero en 1991 esta rentabilidad fue de 8.6.% y en 1990 de 12.3%, lo que no es nada de despreciable

Esta utilidad es la que se reparte en las Isapres abiertas en una estructura de propiedad que hasta ahora sólo permite precisar que tres de ellas acumulan el 51% de los cotizantes y 6 acumulan el 82% de ellos.

Esta utilidad puede ser evaluada de distintas maneras ya que ella corresponde a una mera intermediación financiera de la salud otorgada.

Desde un punto de vista principista- ya lo dije - no es aceptable para mí. Esculapio fijó ese marco ético al decir " que el ejercicio de la medicina no es como vender aceite, por muy noble que sea

atender al homenaje de los dioses " Nótese que no hablamos de la atención profesional privada sino de la gestión meramente financiera que genera esos \$9.860.000.000 a repartir de los cuales sólo se deben reinvertir mas o menos 4.500.000.000. El resto es ingreso privado.

Pero asumiendo la plena legitimidad de esa ganancia, cabe preguntarse si ella se genera con las reglas propias del mercado, reglas que justificarían su creación.

Ello no es así. El sistema que genera esta utilidad - a ser repartida entre los accionistas o reinvertible como capitalización - está de



tal manera subsidiado que supera toda comparación con el gasto nacional en otras áreas de la salud, hace insostenible la imagen de eficiencia y rompe toda noción de equidad.

En efecto, los subsidios que el país otorga al sistema fueron en 1992 de \$14.887.000.000, es decir \$5.000.000.000 mas que las utilidades del sistema. Para una mayor claridad debe precisarse que mientras la legislación - que no modificamos en este proyecto - permite un reparto sin sujeción a reinversión del orden de m/m 5.000.000.000, el país subsidia al sistema en m/m 15.000.000.000. No haré juicios de valor, pero es un punto que está en el contexto de todo análisis al legislar. Estos subsidios son los siguientes en las cifras de la Superintendencia.

1. La Ley 18.867 que legisla sobre licencia maternal y enfermedad grave del menor de un año. Su monto fue de \$7.910.000.000 y equivalente al 63% del costo total del programa que se paga con recursos fiscales.

2. Ley 18.566 que permite traspasar a Salud el 2% de cotización adicional de las empresas en las condiciones ahí señaladas y deducibles de impuestos. Su monto es de \$6.500.000.000.

3. Programas de Inmunizaciones hasta los 9 años de edad. Corresponde al 20,5% del costo estatal. Su monto fue de \$83.000.000.

4. Programa Nacional de Alimentación Complementaria. Su monto fue de \$384.000.000. No agrego a ese monto ni las exenciones al IVA como sucesores del SNS aunque sean de naturaleza jurídica y económica distinta.

Esta cifra de \$14.887.000.000 es la que el país destina a subsidiar al Sistema Institucional Privado, directa o indirectamente.



Para comprender mejor su significado creo que debe compararse con otros gastos en Salud que están en el debate reciente. Por ejemplo :

- El costo de la bonificación extraordinaria al personal de Atención Primaria para el año 1992 que favorece a 15.000 funcionarios es de \$1.290.000.000.

- El costo que representa el proyecto global de la Atención Primaria que estamos tratando en Comisión es de \$4.800.000.000.

- El refuerzo que el Ministerio ha entregado hasta hoy a la Atención Primaria es de \$ 7.000.000.000 anuales.

- El mayor costo que significará al fisco pagar una " canasta mínima de prestaciones para la Atención Primaria " hasta subir un 50% del gasto total es de mas o menos \$ 8.000.000.000

No es pues despreciable ese subsidio, que se entrega a un sistema privado y que genera reparto de utilidades. Sobre ello no se legisla y de ahí mi preocupación cuando debemos resolver sobre nuestra estrechez económica y nuestras necesidades en salud, que es un TODO como país porque atañe esencialmente a su desarrollo.

Frente a ello, es legítimo preguntarse si es un modelo eficiente como instrumento en salud y no sólo como instrumento curativo y si es fiel servidor de las expectativas de sus afiliados.

En lo primero no tenemos ni un solo dato a 12 años de su funcionamiento, lo que ya es lamentable. Sólo este año en la Universidad de

Chile se empieza a estudiar su influencia en los índices fundamentales y





con fondos fiscales. La propia Asociación de Isapres reconoce que no se han destinado fondos a ello.

Ningún país puede, responsablemente, eludir el análisis de los cambios epidemiológicos o el resultado de un deteriorado modelo de salud en el 30% de su población. Por ello- a lo menos - nadie puede decir que es un sistema eficiente en el largo plazo.

Es un aspecto mucho más reducido su administración alcanza al 20% frente al 5-6% del Sector Público. No defiende esta eventual eficiencia pública, pero que no se defienda lo que no tiene esta pretendida eficiencia.

En cuanto a lo segundo, sabemos como se ha sesgado a los grupos etáreos o de mayor " costo " a través de las carencias, exclusiones, esperas o preexistencias, que hoy reconozco, se modifican en el proyecto.

A eso debe sumarse el hecho innegable que ha funcionado por años con un recurso humano subvalorado, origen de serios conflictos con los Colegios Profesionales.

Nadie por otro lado podría desconocer sus ventajas para un sector de altos ingresos, de fuerte capacidad de negociación o de grupos de atención mas dispuestos a pagar una salud mas cara con sus ingresos más altos. Nadie podría tampoco desconocer su ampliación a sectores medios. Por eso dije que el análisis era complejo y busco ser lo más frío en ese análisis.

Por eso, Sr. Presidente, quiero señalar que ni aún con esos subsidios o utilidades, el sistema es sustentable economicamente, exigencia



que es legítimo hacerle si opera con las reglas del mercado y genera utilidades..

El Senado debe saber que hay cerca de 150.000 senescentes que ya pronto no estarán en condiciones de mantener el costo de los planes que cancelaban y que deberán disminuir sus beneficios o salirse del sistema. Ese sólo hecho significa que no mas allá de 8- 10 años, según el cálculo actual, la atención a beneficiarios de la Tercera Edad colapsará el sistema. Para que no colapse, esos beneficiarios deberían ser asumidos por el Sector Público.

Es decir - en las propias reglas actuales - se permite una ganancia , se le subsidia, pero además tenemos claro que no resiste sus propias reglas del juego que pronto deberemos corregir para evitar lo que señalo.

En este cuadro global, el proyecto que hoy estamos conociendo no aborda los problemas de fondo, aunque mejora notoriamente aspectos importantes de lo actual, ya me referiré a lo señalado por el señor ministro que abre opciones modificatorias..

- No se altera el sistema de cotización obligatoria ligada al ingreso y no a la expectativa de beneficios o riesgo de salud, esencial en todo sistema de seguro y origen de las utilidades ya señaladas.

- No se resuelve el problema de la Tercera Edad, ni en su exclusión ni en su protección.

- No aborda el tema de los subsidios estatales en el monto que mencionamos. Si bien son producto de otras leyes, debemos señalarlo.



- No se dota a la Superintendencia de facultades e instrumentos para fiscalizar o promover políticas en el orden médico. Las fórmulas de consenso sobre esto son insatisfactorias.

- No se obliga a la prevención real de la salud, exigencia lógica en todo modelo que pretenda ser una solución completa para la población atendida, si bien hay un claro avance en su texto..

- No se legisla sobre la reinversión de utilidades manteniendo con ello - aunque sea jurídicamente lógico - una capitalización privada de recursos públicos.

- No se modifica efectiva y realmente la facultad que hoy tienen de alterar anualmente los planes, precios y naturaleza de los beneficios, aunque mejora el sistema de aplicación.

- No se incluyen las obligaciones en caso de catástrofes o epidemias, materia que el Ministro ha recogido hacia el trámite futuro.

Reconozco por otra parte que hay modificaciones que son ventajosas para los afiliados. El informe del Presidente de la Comisión ha sido ilustrativo y objetivo y no requeriría nueva mención. sin embargo deseo recogerlo.

- Se legisla sobre los excedentes individuales, si los hubiere. Pasan a ser de una cuenta personal y eso puede influir sobre las utilidades. Ello permitirá - como se ha señalado - cubrir cotizaciones en caso de cesantía, financiar el copago, financiar prestaciones no cubiertas o cotizaciones adicionales.

Creo que es el mayor avance en la proposición legislativa en comento y no podría dejar de señalarlo.



- Se exige por ley un listado mínimo de prestaciones que se fijó en el existente en FONASA y ello uniformará la oferta de acciones médicas.

- Se limitó la preexistencia no conocida a 5 años, lo que amplía la cobertura y corrige también la indefensión que deben los portadores de una determinada enfermedad..

- Se limitó a lo razonable las exclusiones, también, con una mayor cobertura. Así sólo quedan excluidas la cirugía plástica no fue mórbida la hospitalización por reposo. Este avance en la equidad de atención requiere sin embargo algunos ajustes.

- Se restringuen los periodos de espera, cuya inexplicabilidad era ya asumida por todos e insostenible para los propias Isapres

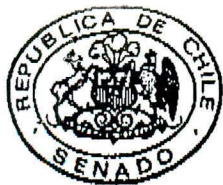
- Se perfecciona el sistema de beneficios adicionales en convenios colectivos.

-Se aumentan las exigencias para el Patrimonio y la garantía operacional.

Todo ello destinado a dar mayor equidad en este contrato de adhesión tan sui generis por la diferencia de posibilidades entre quien otorga la salud y quien la reclama.

Es decir, Señor Presidente, hay avances muy importantes que reconozco, pero debe reconocerse también que no se abordan temas de fondo.

Por ello he sido insistente en perfeccionar el Proyecto en las correcciones que su actual texto no contempla. Lo he planteado con mucha claridad, sin por ello desconocer el avance que este texto significa, el aporte de todas los sectores de la comisión y la disposición del ejecutivo para valorar nuestros puntos de vista.



El discurso del Señor ministro de Salud ha recogido aspectos importantes de estas carencias y planteado muy francamente su disposición a resolverlas dentro de las posibilidades y racionalidad que un gobierno debe resguardar. su planteamiento permite avanzar en aquellos puntos que los Senadores de estas bancas le hemos planteado.

Ha planteado muy honestamente el problema de las utilidades, que con tanta justicia, se ha señalado como inadmisibles en el área de la salud.

Ha recogido la necesidad de un departamento Médico en la superintendencia, reiterando el sentido del mensaje inicial e insistiendo en una voluntad política y técnica de implementarlo.

ha anunciado la incorporación de un mecanismo que resuelva el gravísimo problema de los eventos catastróficos y me parece aún más importante que se anuncie una indicación pronta para que la veamos en la actual discusión.

ha señalado la voluntad de estudiar el tema de la cotización obligatoria de un 7%, tema que mencionaré como una de las características más especiales de este modelo de atención médica. Me parece que es una actitud del Ejecutivo que debo ponderar por lo que ella significa.

Igualmente se han precisado distintos aspectos en materia de Prevención, Patrimonio y otros aspectos.

Finalmente hay dos aspectos sustanciales que el Ministerio ha abordado anunciando un tratamiento específico, aunque uno de ellos no es de su propio ministerio: el subsidio del 2% adicional y la protección a la tercera edad.



El primero lo mencionaré como una capitalización privada de recursos públicos - asumiendo siempre el hecho que el sistema genera utilidades a particulares - y la voluntad de solicitar una alternativa al consejo de salud privada me satisface doblemente porque aborda el tema que nos preocupaba y garantiza el resguardo a la iniciativa privada, que nadie podrá así impugnar.

En cuanto al problema de la tercera edad los senadores demócrata Cristianos lo hemos planteado como de prioridad y equidad inesquivable. El Sr. ministro ha expresado su opinión favorable a recoger una solución a largo plazo dada la naturaleza del proceso actuarial. También ha señalado su disposición a que los senescentes de los próximos años inmediatos, pertenecientes al subsistema y en una situación actual de desmedro, sean cubiertos en una esfuerzo compartido entre el país - como expresión de solidaridad nacional - y el subsistema - como expresión de justicia y reparación.

Señor Presidente, Sres. Senadores. En un tema delicado y sensible para nosotros, hemos sido francos y también con nuestro Gobierno y hemos planteado nuestros puntos de vista críticos al proyecto.

Con la misma franqueza reconocemos la disposición a recogerlos en la medida de lo posible, aunque no fuese todo lo que deseamos.

Por ellos vamos a votar favorablemente en general y haremos en la discusión particular las indicaciones que correspondan. Lo hacemos también en el entendido que las expresiones del Ministro respaldan esa misma voluntad en lo que es iniciativa exclusiva del ejecutivo.

Creemos que ellos concilia el resguardo de la equidad en Salud, nuestra visión ética de la medicina y la necesaria serenidad para avanzar en lo que es posible.

HE DICHO

M E M O R A N D U M

DE: *Patricio Aylwin Azócar*

A: *Dr. Juli Norit*

*Ruego informarme  
urgente sobre esta tema.*

*Lectura de discurso  
me deja perplejo. Ruego explicarme  
puntos oficiales del Ministerio  
sobre planteamientos sucesivos  
sobre proyecto*

*Atta  
Ojalá*

22 NOV 1993



ARCHIVO

93/26173  
4

Santiago, 6 de diciembre de 1993

Honorable Senador  
Don Mariano Ruiz-Ezquide  
Congreso Nacional  
VALPARAISO

Estimado Senador y amigo:

Para resolver su petición de retirar el proyecto de ley sobre Isapres pedí los antecedentes del caso al Ministerio de Salud, hice otras consultas y traté de informarme mejor sobre el tema. Llego a la conclusión de que, aunque el sistema merezca observaciones serias y el proyecto no resuelva todos los problemas, las reformas que introduce constituyen un avance que beneficiará a los usuarios del sistema y a la colectividad, por lo que sería un error desistir de sacarlo adelante. Lo mejor suele ser enemigo de lo bueno y los progresos a menudo se van obteniendo por etapas.

En consecuencia, no creo conveniente retirar ese proyecto y, por el contrario, aspiro a que se despache antes del término de mi gobierno.

Lo saluda atentamente,

PATRICIO AYLWIN AZOCAR