

SSAP

Seguridad Social

Administrada por Privados

Visión general del complejo de la
seguridad social administrada por privados.
Chile 2000-2004.

*Dr. Carlos Montoya Aguilar**

Resumen

En Chile, una parte substancial de la administración de la seguridad social está en manos de empresas privadas. El artículo sintetiza y relaciona los datos pertinentes a la administración de los fondos de pensiones, a los seguros de vida, a los seguros privados de salud y a los grandes prestadores de atención de salud. Indica las principales relaciones de propiedad y la magnitud de los recursos financieros involucrados. Se refiere brevemente a la situación de las fuerzas armadas y al de los siniestros de origen laboral.

Se discuten algunas de las implicaciones de la información presentada para la población y para los desafíos planteados a la política nacional de seguridad social.

Palabras Claves: Seguridad social, sistema de pensiones, seguros privados de salud, prestadores privados de salud.

Abstract

In Chile, a substantial part of the administration of social security is in the hands of private companies. The paper relates and summarizes data pertaining to the administrators of pension funds, to life insurance companies, to private health insurers and to the large health care providers. It indicates their main ownership links and the magnitude of the financial resources involved. A brief reference is made to the situation of the armed forces and to the treatment given to workers' accidents and occupational diseases.

Some of the implications of the situation for the population and for the national social security policies are discussed.

Key Words: Social security, pension system, private health insurance, private health care providers.

* Profesor Titular de Salud Pública, Universidad de Chile. cmontoya@minsal.cl

1. Introducción.

La seguridad social busca proteger a las personas, mediante sistemas de pre-pago por la vía de contribuciones marcadas o bien financiados por la tributación general, contra los riesgos económicos de la vejez, viudez, orfandad e incapacidad parcial o total para tener una remuneración por el trabajo.

Procura, además, y de modo preferente, proteger la salud y atender la enfermedad, prolongando así la vida y mejorando su calidad.

Se reconocen vínculos entre la seguridad «monetaria» y la seguridad «salud». En efecto, la enfermedad y la discapacidad producen daño económico a las personas y a la sociedad, tanto por reducción de los ingresos como por el aumento del gasto médico. La mortalidad prematura de un adulto genera viudez y orfandad. La seguridad monetaria debe hacer frente a esas necesidades, de donde el interés de sus administradores es que los Servicios de Salud sean eficaces y de amplia cobertura. Sin embargo, estas cualidades de la seguridad «salud» redundan en una prolongación de la vida más allá de la edad de retiro de actividades remuneradas: resulta un mayor gasto en pensiones de vejez. Debe tenerse presente, con todo, que la expectativa de vida aumenta por un conjunto de factores socioeconómicos, de los cuales la atención de salud es sólo uno.

Visto el tema desde el ángulo del estado de salud de la gente, resulta evidente que la pobreza es factor predominante de enfermedad, desnutrición, discapacidad, y de su agravamiento. Este es un argumento más para desarrollar una seguridad monetaria suficiente. Esta seguridad no debería circunscribirse a paliar estados de necesidad flagrantes, sino que debe incluir un piso de ingresos económicos para todas las personas y familias. De aquí la existencia del salario mínimo, del seguro de cesantía (Ley N° 19.728 del 2001) y de la pensión asistencial de vejez e invalidez (PASIS). Otro mecanismo de seguridad basal consiste en el acceso a una pensión mínima legal con garantía estatal, para las personas que han completado 20 años de cotizaciones sin acumular un saldo suficiente.

El Seguro de Cesantía fue creado en Chile el 1.10.2002; es controlado por una Administradora privada (AFC) formada por las siete Administradoras de Fondos de Pensiones (de que se habla más adelante). Al enterar un año de operación el Fondo respectivo contaba con \$ 57 mil millones. La PASIS es de cargo del Gobierno; en 2001 cubría a 360.000 personas con un gasto de \$ 144 mil millones anuales (1).

Un asunto de interés universal es el costo de la seguridad social en todos sus aspectos y la forma de financiarla. Hay acuerdo declarativo en muchos países, incluyendo a Chile, en que el financiamiento debe ser solidario: todos deben contribuir continuamente en la medida de sus capacidades y deben recibir según su necesidad cuanto ésta se produce. Los expertos saben, además, que tal esquema de financiamiento optimiza

la eficiencia, la efectividad y la equidad del gasto en seguridad social, siempre que exista en el país un nivel organizacional que permita manejar dichos recursos y su uso en forma competente. Muchos países desarrollados (no todos) han tenido esta capacidad y se acercan al cumplimiento del principio de solidaridad.

Un juicio elemental acerca del tema, para Chile, requiere conocer la situación actual de los subsectores involucrados.

2. Los agentes de la seguridad social monetaria administrada por privados: Las AFP y las compañías de seguros.

2.1. Las AFP.

2.1.1 ¿Qué son las AFP?

Las administradoras de fondos de pensión (AFP) son empresas privadas creadas en la reforma de la seguridad social del año 1980 (Dto. Ley 3.500) (2). Esta norma creó un régimen de pensiones autofinanciadas en reemplazo de régimen de reparto que existía en Chile y que actualmente sigue siendo el más importante en los países desarrollados (3). La ley establece que las AFP sólo pueden dedicarse al giro de administración previsional.

La ley manda que toda persona que recibe una remuneración de un empleador cotice en una de las AFP existentes, contribuyendo un 10% del salario, con un tope de 60 Unidades de Fomento mensuales (aproximadamente \$ 1 millón). Esta obligación rige a contar del año 1981. Quienes estaban ya en el sistema anterior -de reparto- tuvieron hasta 1986 la opción de seguir -si lo deseaban- con este sistema, ahora administrado por el Instituto de Normalización Previsional (INP), heredero de las grandes «Cajas de Previsión». Si optaban por afiliarse a una AFP, transferían sus impositivas acumuladas a ella, en forma de un «bono de compensación», pagadero al momento de la jubilación. La AFP abre al afiliado una cuenta individual de capitalización e invierte sus fondos en el mercado, esperando que las rentas obtenidas de la inversión engruesen aquella cuenta por sobre la acumulación de sus cotizaciones. Esta rentabilidad se ha dado a un ritmo fluctuante: en el decenio 1993-2002 ha variado entre -2,5 % y 18,2 % (4). En el período 1992-2002 fue un 6,6 % (5); pero la rentabilidad neta anual de las cuentas individuales es inferior, sobre todo para las personas de bajos ingresos, alcanzando a 5,5 % en el período 1991-2003 (5). La creación de los «multifondos» a fines del 2002 puede permitir aumentar la rentabilidad para los afiliados que elijan un fondo de mayor riesgo.

Por su trabajo, la AFP cobra una comisión del orden del 24 % de la cotización, comisión que va en parte a una Cía. de Seguros para cubrir el pago de pensiones de invalidez y de supervivencia causadas por cotizantes activos y que son de cargo de las AFP.

2.1.2 ¿Cuántas son las AFP y a quién pertenecen?

Las AFP que subsisten, luego de un proceso intenso de concentración, son seis (4, 6).

Cuatro de ellas dependen de bancos extranjeros:

- Provida, la de mayor tamaño, pertenece desde 1999 al Banco Bilbao Vizcaya Argentaria (BBVA). En octubre de 2003 tenía 1.405.500 cotizantes, de un total de 3.423.193 cotizantes totales en el sistema (4). A noviembre de 1999 acumulaba, para ese año, utilidades por \$ 19 mil millones (7).
- Habitat, que ocupa el segundo lugar, es controlado por el Banco Citigroup Inc. (EEUU), en partes iguales con la Cámara Chilena de la Construcción (en adelante, «la Cámara»), Asociación Gremial de los empresarios de esta actividad (8). Tenía 808.249 cotizantes en octubre de 2003.
- Summa-Bansander pertenece al Banco Santander-Santiago (BSS). Cotizantes: 290.328.
- Planvital, comprada por la AFP Magíster en febrero del 2004 y fusionada con ésta, tiene como accionista principal a la Banca Svizzera Italiana (BSI). Es la más pequeña.

Las otras dos dependen de Compañías de Seguros extranjeras:

- Cuprum es controlada paritariamente por la Cía Sun Life, de Canadá, y por el grupo empresarial chileno PENTA (que es uno de los varios «controladores» del Banco de Chile - Banco Edwards). Estuvo a punto de ser vendida al Banco Santander Central Hispano (9). Cotizantes: 326.211.
- Santa María pertenece a la Cía. ING, de Holanda. Cotizantes: 450.225.

De este modo, son dos -la Cámara y PENTA- los grupos empresariales chilenos que todavía participan de manera importante en la administración de los fondos acumulados de nuestra seguridad social «monetaria».

Hace algunos años, las AFP estaban en manos de grupos nacionales, como el de Matte, dueño de Summa; Saieh, Abumohor y de Castro, dueños de Provida y de Protección (en 1998); Francisco Javier Errázuriz, controlador de PlanVital; Andraca, de El Libertador; grupo Luksic, de Qualitas; Banco del Estado, de Aporta-Fomenta (hasta 2002); Colegio de Profesores, de Magister (hasta 2002) (10).

2.1.3. ¿Qué volumen tienen las operaciones financieras de las AFP?

En diciembre de 2003 tenían 3.431.000 cotizantes(11). Otros trabajadores no cotizaban en ese momento en las AFP, sea porque estuvieran afiliados al INP, o sea porque, aunque estuvieran afiliados a una AFP, no tuvieron un empleo estable, o sea porque eran independientes. Este último grupo, los afiliados a alguna AFP y no cotizantes, ascendía, en septiembre de 2003, a 3.567.713

(4). Del total de 6.904.906 afiliados a AFP que había en septiembre de 2003, sólo el 9,5 % tenía un saldo de más de \$ 10 millones en su cuenta de capitalización individual (4). Ello motiva a diversos observadores a pronosticar que, a corto plazo, una alta proporción de los trabajadores que lleguen a la edad de jubilar encuentren que no tienen lo suficiente para una pensión mínima (12).

En la misma fecha, el salario promedio de los cotizantes (declarado por el empleador) era aproximadamente \$ 320.000. De aquí se deducen las cifras presentadas en la Tabla 1 y que describen los volúmenes monetarios manejados por el conjunto de las AFP.

Tabla 1.
Volumen de las operaciones financieras básicas de las AFP, c. 2003.

Rubros	% del salario	\$ por persona al año	Millones \$ del total de cotizantes	Equivalente Millones USD del total cotizantes
Cotización	10 %	384.000	1.314.509	2.191
Comisión «bruta» promedio, aproximada en 10.03	2,36%	90.624	310.917	518
Comisión «neta» promedio, aproximada	1,62%	62.208	212.957	355
Primas a Cías de Seguros, aproximado	0,74%	28.416	97.287	162

Las pensiones pagadas directamente por el sistema son del orden de USD 400 millones anuales (cálculo basado en las cifras de septiembre de 2003). Las rentas vitalicias acumuladas, que no son pagadas directamente por las AFP, sino por Cías de seguros en contrato con los afiliados, son del orden de USD 900 millones anuales (4). Este dinero es traspasado por las AFP desde las cuentas de los afiliados a los Seguros.

Las utilidades (anualizadas) para los accionistas, sobre la base de febrero de 2002, ascendieron, aproximadamente a \$ 224.640 millones: éstas significaron un retorno de 4.72%, retorno que venía en descenso desde un nivel de 8,4% en 1998. Tal tendencia derivó de una moderada rebaja de la tasa de comisión (atribuida a la competencia entre las AFP) y un alza en las primas pagadas a las Cías de Seguros (13).

En cuanto a las utilidades sobre el patrimonio contable, ellas alcanzaron, en el año 2000, a la tasa de 50,2 % (14), y en el 2001, a 33,8 % (5).

La competencia entre las AFP, en el año 2003, redundó en que Provida aumentara sus cotizantes en 8,9%, en tanto que Summa-Bansander lo hizo en sólo 2 % y que Habitat y Cuprum vieron disminuir los suyos (15).

Finalmente, el fondo acumulado que administran las AFP alcanzaba en Agosto de 1999 a USD 33.467 millones y en Marzo de 2003 a USD 36.071 millones (aproximadamente la mitad del PIB de Chile).

Esto las convierte en el mayor actor del mercado financiero nacional (3). El porcentaje de acciones que poseen en algunas grandes empresas les permite, al ponerse

de acuerdo entre ellas, elegir a miembros del directorio: recientemente han designado a dos directores de Telefónica CTC Chile, en la cual son dueñas del 26 % de las acciones; y tienen un director en la Cía. Sudamericana de Vapores, uno en Andina y uno en la acerera Cintac (12).

2.2. Los Seguros.

En vista de la relación negativa entre las utilidades de las AFP y las primas que ellas pagan a las Cías de Seguros, interesa saber si hay nexos entre unas y otras; y este interés se acentúa al saber que desde 2003 los seguros entran a competir con las AFP, en el negocio del ahorro previsional voluntario.

No se trata aquí de las Cías de Seguros Generales (aseguran objetos o patrimonios) sino de las Cías de Seguros de Vida, cuyo «negocio fundamental es el de las rentas vitalicias» (16).

En el período 1999-2002, se observan las relaciones siguientes (16):

AFP	Nexo	Principales Cías de Seguros de Vida
Santa María	ING;	ING Seguros
Habitat	La Cámara	La Construcción
Cuprum	Relación grupos Penta y Fernández León;	Consortio Nacional

Otra relación se establece a través del contrato de aseguramiento que las AFP establecen para cubrir su responsabilidad por pensiones de invalidez y supervivencia causadas por personas no jubiladas aún (Art. 59 de la ley de pensiones). Estos contratos se establecen, en general, con una compañía perteneciente al mismo holding propietario de la AFP. En el caso de Cuprum, dicho contrato recae en ISE Las Americas S.A.(4). Sin embargo, recientemente Provida terminó este vínculo con la Cía de Seguros BBVA, para licitar el contrato respectivo: dió como razón el haberse aprobado una nueva Ley de Rentas Vitalicias (17).

Las primas que las AFP pagan a los Seguros, las cuales son deducidas de los salarios de los cotizantes en vida laboral activa, son una suma menor en comparación con las que dichas compañías cobran a los asegurados sobre las rentas vitalicias (Art. 62 de la ley de pensiones). En total, el volumen de primas obtenidas por todas las Cías de Seguros ascendió a \$ 1.200.000 millones en el año 2001; las utilidades fueron \$44.270 millones, con una tasa aproximada de 4 %. La nueva Ley de Rentas Vitalicias, promulgada a comienzos del 2004, limita las comisiones de los intermediarios a 2,5 % (5).

2.3. Relación de las AFP con el sector Salud.

Ya hemos visto que la seguridad social monetaria es importante para que haya salud. Recíprocamente, que el estado de salud tiene una doble relación con la seguridad monetaria: afianza la capacidad económica de los

cotizantes, reduce los riesgos de incapacidad, pero al mismo tiempo prolonga la vida de los pensionados.

¿Cómo se refleja esta compleja relación en los vínculos financieros entre las AFP y las organizaciones del sector salud que son de administración privada?

Estas organizaciones son de dos órdenes: los seguros privados de salud, denominados «Instituciones de Salud Previsional» (Isapres), y los prestadores privados (clínicas, centros médicos, laboratorios, consultas particulares).

3. Las Isapres.

3.1. Generalidades:

Como se sabe, hay dos clases de Isapres, abiertas y cerradas; ellas nacieron en 1981, en virtud del DFL 3, hoy Ley 18.933.

Las Isapres cerradas aseguran a los empleados de algunas grandes empresas públicas: las filiales de Codelco, el Banco del Estado, los Ferrocarriles del Estado y otras menores. Las Isapres abiertas son de una magnitud mucho mayor que las cerradas; ellas cubren a los trabajadores dependientes cuyos salarios son de un nivel suficientemente alto como para permitirles comprar «planes» de atención en las condiciones que estas compañías les ofrecen. Se caracterizan por seleccionar los bajos riesgos («descreme»), dar baja protección y tener baja capacidad para contener sus costos (3). Todavía pagan a los prestadores por acto, mecanismo ineficiente que se está extendiendo al sector público. La reforma de la salud actualmente en curso contempla que haya un paquete básico fijo de prestaciones con un precio uniforme para todo afiliado de una Isapre determinada.

Estos seguros privados manejan, como las AFP, grandes flujos de dinero, flujos que, como los de las AFP, son en gran parte «cautivos». En este caso provienen de cotizaciones obligatorias del 7% de los salarios; en realidad, la mitad de los cotizantes paga a la ISAPRE un aporte adicional voluntario a fin de obtener un «plan» que le dé una cobertura suficiente, con lo cual el ingreso operacional de estos seguros privados asciende a un 9,2% de la suma de las rentas mensuales de los afiliados (18). A diferencia de las AFP, el grueso del dinero que las Isapres reciben regularmente no va a un fondo acumulativo que deban administrar sino que debe ser gastado en remunerar a los prestadores que atienden a sus beneficiarios. Sus utilidades dependen del equilibrio entre los ingresos y los gastos. Como vimos, las AFP cobran una comisión, del orden del 17 % de las cotizaciones captadas, por el servicio de administrar las cuentas de los afiliados. Las Isapres, en cambio, siempre han determinado en forma autónoma las sumas a gastar para la administración de las cuentas individuales de seguro de salud de sus beneficiarios; éstas han oscilado, durante la mayor parte de su historia, en torno a un 20% de los ingresos. Muy recientemente, este porcentaje tiende a bajar: se cita una cifra de 15 % para el 2003 (3).

Otra diferencia con las AFP reside en su cobertura poblacional menor: a diferencia del INP, organismo estatal proporcionalmente pequeño en el campo de la seguridad social monetaria, el Ministerio de Salud cubre a la mayoría de la población.

3.2.- Las Isapres abiertas ¿Cuáles son y a quiénes pertenecen? Isapre y AFP.

Seis son las Isapres abiertas que subsisten en el 2004, después de un proceso de concentración. Se enumeran en el orden de la magnitud de sus ingresos operacionales (del año 2000):

- Banmédica (fusionada con Vida Tres): es mayoritariamente (68,3 %) de propiedad del grupo Fernández León, al cual se asocia (en 26,7 %) el grupo Penta, copropietario de AFP Cuprum. Utilidades en 2001: \$ 2.590 millones; en 2003, \$ 4.781 millones (19).
- Consalud S.A.: pertenece en 100% a la Cámara Chilena de la Construcción, copropietaria de AFP Habitat. Utilidades: \$ 3.207 millones en 2001 y \$ 3.000 millones en 2003 (19,20).
- ING Salud: pertenece a la Cía de Seguros ING, propietaria de AFP Santa María. Utilidades: Esta Isapre procede de la adquisición de Cruz Blanca y de Aetna Salud, las cuales tuvieron en 2001 utilidades por \$ 6.026 millones y por \$ 2.067 millones, respectivamente (19). En 2003 ING Salud ganó \$ 4.823 millones (19).

- Colmena: pertenece desde 1985 a un grupo de cinco empresarios; preside esta Isapre un médico, el Dr. René Merino. Utilidades: \$ 4.442 millones en 2001; \$ 4.500 millones en 2003 (19).
- Mas Vida: pertenece a una sociedad formada por tres mil médicos; su Presidente es el Dr. Claudio Santander. Utilidades en 2003: \$ 3.000 Millones (19).
- Promepart: pertenece a una cooperativa de médicos. Presidente del Consejo de Administración: el Dr. Oscar Schultz (dic.2001). En 2003 tuvo pérdidas.

Debe notarse que, si bien las tres Isapres más grandes están estrechamente vinculadas a AFPs, las dos mayores AFPs -Provida y Summa-Bansander- no participan directamente en ninguna Isapre. Hay, pues, una fusión sólo parcial entre la seguridad monetaria y la seguridad sanitaria, y ésta fusión es asimétrica, comprometiendo más al sector salud.

Según la legislación chilena, las AFP están expuestas al riesgo económico de la enfermedad sólo en cuanto ésta pudiera afectar al número de sus cotizantes efectivos y quizás al nivel de las cotizaciones. La influencia de las Isapres en estos aspectos está limitada porque sólo cubren a la población AFP de mayores ingresos y más joven. En cambio las AFP no corren con el pago de los subsidios por incapacidad temporal, ya que éstos recaen en las ISAPRE y se deducen de las cotizaciones de sus afiliados.

3.3.- ¿Cuál es el «peso» económico de las Isapres? Estas son las cifras para el año 2001 (19):

	ISAPRE abiertas	todas las ISAPRE
N° cotizantes	1.261.000	1.320.000
N° beneficiarios	2.843.000	3.003.000
Ingresos Operacionales \$MM	650.452	702.612
Por cotización obligatoria	501.406	533.707
Por cotización adicional voluntaria	142.723	145.816
Costos operacionales \$MM	538.465	586.795
Por prestaciones de salud	429.498	466.314
Por subsidios de enfermedad	96.728	106.278
Gastos administrativos, publicidad	105.633	112.002
Resultados (mayoritariamente no operacionales)	12.736	12.554
Resultados: % sobre ingresos operacionales	2 %	1,8 %
Rentabilidad del capital y reservas	21 %	n.a

Notas:

Ingreso mensual declarado del promedio de cotizantes de Isapre abiertas: \$500.000 en 2003. La tendencia es a cubrir estratos de ingresos cada vez más altos, paralelamente a una disminución en el número de cotizantes, que se inicia en 1997 (21). En 2001 los resultados de Isapre abiertas bajaron respecto a los \$ 13.526 millones registrados en el año 2000, producto de un alza de los resultados no operacionales en 43,9% y de un descenso de los resultados operacionales en 36,7%.

En 2001 la rentabilidad sobre capital y reservas de las ISAPRE abiertas subió desde el nivel de 12,7% del año 2000 a 21,8%, superior a la de los bancos, que fue 17,7% en ese año; pero inferior a la de las AFP, que fue 33,8% (22). Este buen resultado se dió pese a un aumento moderado del costo operacional y al término del subsidio fiscal del 2% (Ley 19.650 de 1999); ello fué más que compensado por un ahorro en el gasto administrativo, por un aumento de las cotizaciones adicionales voluntarias y por las ganancias obtenidas de las inversiones financieras efectuadas. Influyó e influye en el mismo sentido la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas ofrecida por las ISAPRE desde el año 2000, a la cual está adscrito, a comienzos del 2004, un 87% de los afiliados, pagando por ello una prima adicional explícita o integrada a la prima total (18). Para una discusión de la lógica de esta «Cobertura adicional», ver referencias (23) y (24).

En 2002 las utilidades de las Isapres bajaron a 1,4% de los ingresos operacionales; pero en 2003 volvieron a subir, esta vez a un 2,4% de los ingresos, es decir, a una cantidad de \$ 17.492 millones. Esta alza de 70% se produjo a pesar de la pérdida de cerca de 100.000 afiliados y se explica por un aumento del precio de los «planes» y un descenso de los costos (25,26).

La cartera de las Isapres se ha «elitizado» a causa del retiro de los afiliados de menores ingresos. Por ejemplo, en el caso de Consalud, los convenios colectivos, que hasta el 2000 representaban el 60% de los afiliados, bajaron a 5 % en el 2004 (25).

4. ¿Cuáles son los principales prestadores privados? ¿Cuál es su relación con las Isapres abiertas?

El gasto principal de las ISAPRE consiste, obviamente, en los pagos por las prestaciones a sus afiliados, las cuales son efectuadas casi en su totalidad

por prestadores privados. Entre estos, los que tienen mayor importancia económica y asistencial son los hospitales privados, cuyo número de camas asciende a 7.684 (27), además de tener amplias facilidades para atención ambulatoria.

Aparentemente, hay una oposición de intereses financieros entre seguro y prestador. Puede inferirse que las ISAPRE pretenderán controlar a los prestadores a fin de contener sus costos y de participar de su rentabilidad. Recíprocamente, los grandes prestadores pueden tratar de controlar a las ISAPRE, a fin de garantizar sus propios ingresos y también para comparar las utilidades de los seguros.

De esta situación resultan, en la realidad reciente, los vínculos siguientes (28):

Prestador	Nexo	Isapre
*Clínica Las Condes; pertenece mayoritariamente a médicos de la Clínica y en parte a la Sociedad Las Americas (grupo Penta)	La Clínica era dueña (1996) de aproximadamente 15% de Vida Tres, que se fusionó con Banmédica (2002). El grupo Penta, Socio en Banmédica, aportó un 15% de capital a la Clínica(1998) (29).	Banmédica
Clínica Alemana; pertenece a la Sociedad Hospital Alemán	La Clínica era dueña (1996) de aprox. 15% de Vida Tres, que se fusionó con Banmédica (2002)	Banmédica
Clínica Indisa; pertenece a un grupo de 8 empresarios chilenos ligados a Inmobiliaria y Universidad Andrés Bello (30)	La Clínica era dueña (1996) de aproximadamente 15% de Vida Tres, que se fusionó con Banmédica (2002); en este año ya había vendido su participación a Vida Tres	Banmédica
Clínica Santa María	pertenece a	Banmédica
Clínica Dávila	pertenece a	Banmédica
Clínica Tabancura	pertenece a	Consalud
Centros Megasalud (son 31)	pertenecen a	Consalud
Centros Avansalud (son 4)	pertenecen en partes iguales a	Banmédica y Consalud
Clínica Las Lilas (quiebra 3.04);	pertenece a	Vida Plena (holding Inverlink)
Clínicas Antofagasta y Chillán	pertenecen a	MasVida
Clínicas Cordillera y Las Violetas	pertenecen a	Promepart
Vida Integra (11 Centros y Clínica Alameda)	pertenecen a	Banmédica

Los Centros «Integramédica», que pertenecen a médicos, y también el centro «Arauco Salud» (antes perteneciente a médicos, hoy a empresarios nacionales), no tienen vinculaciones directas con ISAPRE.

A la inversa, las ISAPRE ING Salud, y Colmena no tienen vínculos importantes con grandes prestadores privados.

Por otra parte, existe una densa red de convenios entre los prestadores y entre ellos y otras empresas.

Una vista general de la seguridad social de administración privada lleva a pensar que el sector de los prestadores es el más dinámico. La facturación anual de las grandes clínicas y centros médicos llegó a 440 millones de dólares en el año 2002; efectuaron inversiones por 90 millones de dólares; el retorno sobre el patrimonio fue 9,2 % y el retorno sobre las ventas fue 11,6 % (31). Las utilidades alcanzan miles de millones de pesos. Por ejemplo, para los centros «Integramédica» se citan \$ 1.100 millones de utilidades en el año 2000; para la Clínica Las Condes, \$ 2.886 millones en el año 2002; para Indisa, \$ 477 millones y para Tabancura \$ 203 millones en el mismo año (32). Megasalud obtuvo \$ 500 millones en 2003, abriéndose en un 50% a pacientes no afiliados a Consalud (20). En cambio, los centros Avansalud han significado para Consalud y Banmédica pérdidas que en 2003 ascendieron a cerca de \$ 2.000 millones (20).

También es elevado el valor que han alcanzado los propios centros a partir de sucesivas inversiones: se menciona el de USD 100 millones para la Clínica Alemana en el año 2002; para crear los 33 centros Megasalud se han invertido USD 67 millones (20).

Ello corresponde al rápido crecimiento de este subsector. Posiblemente nace de aquí la demanda por su control, bajo la forma de integración vertical y de «prestadores preferidos» (salud administrada), demanda que va a la par con la demanda recíproca de capitales para la expansión del negocio. Viceversa, los prestadores experimentan la necesidad de controlar a sus intermediarios financieros.

El subsector presenta riesgos, tales como aquellos derivados del aumento de costo de la tecnología (que se ven agravados por la competencia) y los que resultan de las demandas de los pacientes por errores o negligencia profesional. Por todo ello, requiere capacidad de gestión y respaldo financiero suficiente.

Finalmente, hay que anotar que no se han considerado aquí las clínicas pequeñas y medianas ni las instituciones privadas para personas que requieren cuidados de largo plazo, como clínicas mentales, casas de reposo y otras de este género.

5. Instituciones que integran orgánicamente la seguridad social monetaria, el aseguramiento financiero de la atención de salud y la prestación de servicios de salud.

Se consideran aquí: la previsión de las Fuerzas Armadas y de orden; y las Mutuales de Seguridad Ocupacional.

En el primer caso hay una unificación del paquete completo de la seguridad social para un grupo que se distingue por sus funciones especiales y por su empleador: el Ministerio de Defensa. Este grupo comprende 56.800 personas activas, 55.258 pensionados por edad o invalidez y 30.393 sobrevivientes (26). Su fondo de pensiones gastaba, en el año 2000, \$ 409 mil millones, de los cuales \$ 305 mil millones eran aportados por el fisco (33). El sistema se hace cargo, además de asegurar vivienda, educación y atención de salud. Cuenta con aproximadamente dos mil camas en sus bien equipados hospitales (27).

En el segundo caso no es una población la que recibe un tratamiento aparte e integrado, sino un grupo de daños de origen específico: los accidentes y las enfermedades ligadas al trabajo, los cuales están cubiertos por la Ley N° 16.744, de 1968 (34). Esta cobertura alcanza a 3,5 millones de trabajadores. El sistema está financiado por cotizaciones obligatorias: la tasa promedio de cotización corresponde al 1,7 % de los salarios, porcentaje que varía para cada empresa según la tasa de siniestros experimentados por sus trabajadores. Los ingresos por este concepto suman el equivalente de USD 362 millones al año (31). La mayor parte es administrada por tres empresas privadas de seguro, sin fines de lucro, que tienen la forma de Mutuales a las cuales concurren en total 85 mil empresas empleadoras. Ellas son:

Asociación Chilena de Seguridad, con el 54 % del mercado; Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción, con el 34% e Instituto de Seguridad del trabajo, con el 12 %.

Hay además tres grandes empresas que administran por sí mismas este seguro: CODELCO, CAP y la Universidad Católica. Para el gran número de microempresas y trabajadores individuales que no quedan incluidos en el esquema de administración descrito, es el Instituto de Normalización Previsional (INP) el que se hace cargo, con la participación del Ministerio de Salud para la provisión de las atenciones de salud: son alrededor de 750.000 personas (35).

La Ley N° 16.744 dispone el pago de los subsidios, indemnizaciones y pensiones de invalidez motivados por accidentes laborales y enfermedades profesionales. Las Mutuales tienen policlínicas en las principales ciudades y, además, hospitales que suman alrededor de 1.500 camas (27).

Las Mutuales disponen, como consecuencia de la Ley, de un excedente financiero, el cual debe ser re-invertido en elementos de prevención y atención de los asegurados que sufren siniestros laborales. De esto resulta también una capacidad excedente en sus establecimientos de salud, que plantea el tema de cómo utilizarla en forma eficiente y equitativa.

Discusión

En este artículo se exponen sólo indicaciones y datos generales que dibujan una situación compleja, como es la de la seguridad social en manos privadas. Se trata, además, de una situación en que cambian continuamente los empresarios y demás actores, las relaciones de propiedad y el flujo de los capitales según la fluctuación de los beneficios económicos.

El conocimiento global de esta área es importante para la «otra seguridad social», aquella que está en el sector público. Es importante para la orientación que el Estado imprime al rumbo social y económico del país, y para las reformas que se proponen para dicho rumbo, la del sistema de atención de salud entre otras.

Por otra parte, el Estado se ve fuertemente afectado por el gasto en pensiones mínimas y asistenciales, las cuales, sumadas a los compromisos previsionales que vienen desde el antiguo sistema y a los que corresponden a las fuerzas armadas, generan un costo anual de más del 5% del PIB (12). El pronóstico es sombrío porque el nuevo sistema no está generando pensiones del nivel que se esperó en el comienzo, y tampoco alcanza la cobertura necesaria. También en el caso de la atención de la salud, el Estado tiene que hacer frente a las insuficiencias del sistema privado, como recurso de última instancia o «reaseguro».

La información presentada es importante también porque la administración privada de la seguridad social atrae a gran parte de los recursos financieros y humanos que la sociedad en su conjunto genera para proteger a todos sus miembros contra los riesgos de la vejez, la enfermedad y la muerte. Y es importante porque se asocia a desigualdades injustas entre estratos de la población, en lo que respecta a las garantías ante estados de necesidad. Se orienta principalmente hacia objetivos de carácter económico y de beneficio privado más que a objetivos de salud y bienestar. Este conocimiento es necesario para la profesión médica y otros prestadores de servicios de la seguridad social; y es necesario para la población en general*. Las fuentes de información son públicas; lo que aquí se ha hecho es un ensayo de síntesis y de ordenamiento de los datos principales.

Los hechos presentados ilustran la estrecha relación entre la seguridad social administrada por privados (**SSAP**) y el mundo financiero privado, el cual está a su vez fuertemente vinculado a capitales multinacionales.

Un informe de la OECD afirma que las AFP han tenido un efecto positivo para los seguros; a la vez, el desarrollo de estos ha contribuido al buen funcionamiento del sector bancario y accionario. Han estimulado el desarrollo del crédito hipotecario y de la construcción al proveer fondos de largo plazo(3).

Las administradoras privadas de fondos de pensiones (AFP) y los seguros de salud de gestión privada (Isapres) se caracterizan por gozar de la estabilidad de sus ingresos, basados en contribuciones legalmente obligatorias. Son útiles para el agitado mar de las finanzas privadas, como un factor de «anclaje», de estabilidad. Estas empresas no deberían correr riesgos, aunque sí pueden correrlos los afiliados si sus ahorros han sido invertidos en títulos no confiables (por ejemplo, en los bonos del gobierno en Argentina). Suelen los dueños de algunas ISAPRES infringir las leyes o abusar de ellas y en tal caso éstas pueden producir graves daños a los beneficiarios (3). Pese a cambios legislativos recientes, subsiste la posibilidad de estos daños (12, 38). Para mejorar sus resultados económicos, los seguros privados de salud proponen con insistencia que se abra el uso de las instalaciones del sistema público a sus beneficiarios (36).

Por su parte, los grandes **prestadores** privados tienen un comportamiento dinámico: aquí está el potencial de crecimiento rápido y también el riesgo que exige soporte financiero sólido y gerencia hábil. Los capitales vacilan entre asumir el riesgo y captar las utilidades posibles, o evitar el riesgo. De manera natural, es un área en que muchos médicos se han aventurado, como pequeños empresarios, con éxito variable.

Los ingresos y la rentabilidad de los grandes prestadores privados y, en cierta medida, los de las ISAPRES, han tendido a subir a causa de la elasticidad de la demanda por servicios curativos que proviene de las clases media y media alta. Sin embargo, como en todo negocio de rápido crecimiento, que atrae capitales agresivos o aún especulativos, existe el riesgo de pérdidas: sufren los empresarios que se habían aventurado sin resguardo económico sólido y sufren, invariablemente, los beneficiarios y los trabajadores involucrados. La venta de servicios al sector público es para estos empresarios un mecanismo de resguardo frente a sus propios riesgos.

Los objetivos de contener los costos y de captar las utilidades han llevado -competencia mediante- a la concentración de las AFP y las ISAPRE y a la inte-

* Un estudio reciente reveló que entre el 30 y el 40 % de 17 mil personas encuestadas no saben cómo se calcula su pensión (12).

gración vertical de AFPs, Seguros, ISAPRES y grandes prestadores. El proceso no está completo y puede esperarse que aún continúe. La situación genera limitaciones a las libertades de cooperación y de libre elección, limitaciones que afectan ante todo a los prestadores últimos que dependen de todo el complejo de la **SSAP**: los profesionales de la Salud y los empleados de las AFP, Seguros de Vida e ISAPRE (39).

También al nivel de la macroeconomía, la concentración de los inversionistas institucionales, ya sean AFP, seguros, o financistas extranjeros, y la concentración de las empresas demandantes de capital, está resultando excesiva y genera rigidez e ineficiencia, así como limitaciones injustas para los inversionistas minoritarios y emergentes (3).

Es deseable, por lo tanto, anticipar los cambios que se producirán en el **SSAP** y, cualesquiera que ellos sean, procurar que la sociedad, a través del Estado, cautele el manejo y uso de los fondos de la seguridad social que diversas leyes han entregado a la administración de empresas privadas. En el caso de la Seguridad Social monetaria no hay actualmente solidaridad entre las agencias ni dentro de ellas y los imponentes están ausentes de la administración de sus ahorros (5).

En el caso de la atención de salud, la población está protegida parcialmente por la existencia del Sistema Público de Salud. Este sistema, que está abierto a todos los chilenos, como lo prueba la emigración reciente hacia él de un millón de beneficiarios

de ISAPRES, tiene limitaciones porque, en lugar de mantenerse la unidad del Fondo Social para la Salud, una parte muy importante de él es separada y entregada a la administración por los Seguros Privados de Salud. Estos Seguros deberían, como en todos los países, financiarse mediante primas voluntariamente convenidas y pagadas directamente por quienes tienen la solvencia para ello. Estas personas deberían, en todo caso, conservar el derecho a atenderse en el Sistema Público el cual, con el mayor financiamiento generado, podría ofrecer una atención de calidad suficiente.

Se deduce de los hechos que hay necesidad de una política coordinada de seguridad social para toda la población, con equidad y solidaridad. Conocemos, en términos financieros, lo que entra a los compartimentos del sistema actual. Pero las autoridades deben preguntarse: ¿Qué y cuánto llega a la población general en términos de beneficios*? ¿Cuál es la efectividad del sistema? ¿Qué grado de seguridad tiene la seguridad social de administración privada? ¿Cuál es el costo, para cada estrato de asegurados, de la administración privada de la seguridad social monetaria y de salud? ¿Es eficiente? ¿Qué hacer para resolver la situación de los grandes sectores de población no protegidos por la seguridad social monetaria (Leyes N° 3.500 y 16.744) y que en último término son asistidos, aunque a un nivel insuficiente, por las instituciones públicas? ¿Cuál será la situación en el mediano y corto plazo?

* Las pensiones de vejez edad llegaban, en marzo del 2002 a un magro promedio de \$ 108.362 mensuales (USD 150) (5).

Referencias

1. *El Mercurio*, mayo 2001
2. Piñera J, *La batalla por la reforma previsional*, Ed. Zigzag, Santiago, 1991
3. OECD, *Economic assessment of Chile, draft by the Secretariat, Paris, septiembre 2003*
4. Superintendencia de AFP, *Boletines Estadísticos*
5. Ruiz-Tagle J, *Análisis del sistema previsional de Chile y su perfeccionamiento*, Revista Foro 21 N°33, marzo 2004
6. *El Mercurio*, 25 abril 1999
7. *El Mercurio*, diciembre 1999
8. *El Mercurio*, octubre 1998
9. *El Mercurio*, enero 2001
10. *El Mercurio*, 22 marzo y 20 diciembre 1998
11. *El Mercurio*, diciembre 2003, carta del Presidente de la AG de AFP
12. *El Mercurio*, 16 y 17 abril 2004
13. *El Mercurio*, mayo 1999 y 13 abril 2002
14. *El Mercurio*, enero 2002, declaraciones de G. Arthur
15. *El Mercurio*, 27 diciembre 2003
16. *El Mercurio*, 28 noviembre 1999
17. *El Mercurio*, 27 marzo 2004
18. *El Mercurio*, 16 febrero 2004
19. Superintendencia de ISAPRE, *Boletines Estadísticos*
20. *El Mercurio*, 26 marzo 2004
21. *El Mercurio*, junio 2003
22. *El Mercurio*, 5 abril 2002
23. Banco Mundial, *Grupo de Desarrollo humano y Social, Chile, Health Insurance Issues: Old Age and Catastrophic Health Costs. Informe 19940, 15 diciembre 1999.*
24. Adana A, Castro JL, Villarroel C, Sagredo F, *Seguro catastrófico de las ISAPRE, Vida Médica 2001;53(1):4-8*
25. *El Mercurio*, 3 abril 2004
26. *La Tercera*, 6 abril 2004
27. Ministerio de Salud, *Departamento de Estadísticas e Información de Salud*
28. *El Mercurio*, 30 junio 1996
29. *El Mercurio*, septiembre 1998; y CENDA, *Cartas Económicas*, 9 julio 2000
30. *El Mercurio*, 13 enero 2002
31. *El Mercurio*, 18 noviembre 2003
32. *El Mercurio*, 22 enero 2001
33. *El Mercurio*, 27 junio 2002
34. Pino M I, *Prevención de Enfermedades Profesionales. Un desafío para la Salud Ocupacional en Chile, Cuad Méd Soc 1996;37(1):17-26*
35. *La Segunda*, 28 diciembre 2001
36. *El Mercurio*, 11 diciembre 2003
37. Osses R, Villarroel C, Sagredo M, *Casos Promepart y Vida Plena, Vida Médica 2003;55(1):18-21*
38. Barría P, *Reformas a la Ley de ISAPRE, Vida Médica 2003;55(1):44-45*
39. Osses R, Castro J L, Villarroel C, Sagredo F, *Integración Vertical del Sector Privado de Salud, Vida Médica 2001;53(4):4-7*