

SUBSIDIOS A LA DEMANDA EN SALUD

UNA ALTERNATIVA VIABLE

Rafael Caviedes

En este trabajo se sostiene que para resolver la crisis por la que atraviesa el sector de la salud en Chile, es necesario poner término al actual régimen de subsidios a la oferta y avanzar hacia un sistema de subsidios a la demanda.

Conforme a lo anterior, el autor propone en estas páginas un modelo de subsidio a la demanda que no sólo tendría fácil aplicación y control en nuestro país, sino que permitiría reducir el tamaño del “Estado productor” en esta área y, al mismo tiempo, proporcionar una mejor atención médica a la población en su conjunto, es decir, tanto a quienes permanecerían en el sistema público de salud como a quienes optarían por las Isapres (Instituciones de Salud Previsional), todo ello —se señala— en un marco de subsidiaridad, justicia y libertad.

INTRODUCCIÓN

Podríamos afirmar, sin pecar de generalidad, que todos los análisis que se han efectuado acerca de la crisis que padece el sector salud, invariable-

RAFAEL CAVIEDES. Master en Economía y Dirección de Empresas de la Universidad de Navarra, España. Ha sido gerente general de la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios S.A.; Director de la Central de Abastecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud; Director del Fondo Nacional de Salud (Fonasa); consultor del Ministerio de Salud en Colombia (Programa de Consolidación Banco Mundial) y asesor de varias instituciones privadas. Actualmente se desempeña como Gerente de Finanzas de Isapres Masvida S.A.

mente concluyen que el problema que lo afecta tiene sus raíces en aspectos más estructurales que financieros y, por lo tanto, la solución supone un cambio en la organización del sistema de salud chileno.

Dentro de este contexto se ha planteado la controversia respecto de cuál es el medio más idóneo para proceder a la asignación de los recursos que el Estado destina para la atención de salud de la población; dicho de otro modo, si los recursos estatales —denominados precisamente “subsidios”— se dirigen a la “oferta”, esto es, a los prestadores de los servicios médicos, o bien a la “demanda”, es decir, a las personas o individuos que requieren la protección de un sistema salud.

Por subsidio a la *oferta* entenderemos —en forma convencional— la transferencia directa de recursos fiscales al sistema nacional de servicios de salud para financiar las acciones de salud, tal como se realiza en la actualidad, y por subsidio a la *demanda*, la transferencia de un cierto monto per cápita a los beneficiarios, para que éstos elijan la entidad —pública o privada— que les resulte más apropiada según sus preferencias personales. En el transcurso del trabajo se analizarán estas alternativas con las variantes correspondientes.

El trabajo presenta un modelo de pago per cápita o de subsidio a la demanda cuyo objetivo —en una primera etapa— es traspasar a todos los *cotizantes dependientes*, actualmente beneficiarios del régimen de salud estatal, a las Isapres (Instituciones de Salud Previsional). En forma previa se describen, referencialmente, otros dos sistemas de pago per cápita y se desarrollan algunos fundamentos teóricos que es necesario comprender antes de abordar las propuestas. Ellos son los conceptos de salud y medicina, de justicia y equidad, los fundamentos jurídicos y un análisis de la aplicación del subsidio de salud a la “oferta” como se ha hecho tradicionalmente en Chile.

Antes de entrar a analizar las materias señaladas, conviene puntualizar algunos aspectos generales sobre lo que se ha denominado *subsidio a la demanda*.

En primer lugar, el subsidio a la demanda no es sinónimo de *privatización*, sino que sólo representa una forma distinta, por cierto más eficiente,¹ para asignar los recursos. La mayor o menor participación del Estado y de los entes privados en la gestión de la salud está dada por otras consideraciones que no tienen relación alguna con la forma como se asigna el presupuesto. Así, por ejemplo, si suponemos que el Estado paga cierto monto per cápita a una determinada institución gubernamental o municipal previa-

¹ En general, la experiencia demuestra que los subsidios a la demanda contribuyen a incrementar la eficiencia en el plano microeconómico. Véase “Los sistemas de Seguros de Salud”, TASC N° 15, Ilades/Georgetown, febrero 1991.

mente elegida en forma soberana por sus adherentes, tendríamos una propuesta para *subsidiar la demanda*, pero ello no conlleva necesariamente la privatización de dichos servicios. Otro modelo, más ortodoxo, consiste en la asignación de una subvención a las personas para que éstas se afilien a una institución de salud previsional, lo que sí representa una cierta forma de privatización en la administración de los recursos para salud, no obstante que las prestaciones, especialmente la “atención cerrada”, pudieran ser dadas —principalmente, por razones de disponibilidad de infraestructura privada— en los hospitales públicos, a través de convenios con las Isapres.

En segundo lugar, cabe indicar que en Chile existe consenso en cuanto a la aplicación de la economía social de mercado como herramienta para lograr un desarrollo sostenido, no obstante lo cual algunos sectores, por cuestiones ideológicas más que técnicas, temen incrementar la participación de los entes privados en la gestión de los sistemas de salud. Sin embargo, es responsabilidad de todos, especialmente de los legisladores, buscar una solución pragmática a la crisis del sector salud, en la que se tengan en consideración la realidad económica de la nación, la soberanía del consumidor, la eficiencia en la producción, la equidad,² la iniciativa privada y los mecanismos del mercado como catalizadores de la actividad económica. En efecto, estos principios aplicados a los sistemas de seguridad social —especialmente en el sector salud— han sido tradicionalmente confundidos con una falsa concepción de la solidaridad y una más equivocada comprensión de la justicia y de la equidad, valores que algunos pretenden lograr mediante sistemas colectivistas que hoy han demostrado su fracaso.

En tercer lugar, se puede agregar que nuestro país está en un período de clara transición entre el correspondiente al de una nación en vías de desarrollo y el desarrollo propiamente tal, y el sector salud no está ajeno a esta realidad. Por ello, la situación no es fácil de abordar ya que se debe actuar en dos frentes: el del subdesarrollo, con las políticas estatales adecuadas a ese sector, y el del país moderno, con una complejidad y sofisticación crecientes³ y una demanda de servicios hospitalarios y médicos cada vez de mejor calidad que el Estado no está en condiciones de proporcionar.

En cuarto lugar, nadie pone en duda el rol del Estado en el campo de la prevención, fomento y protección de la salud, puesto que desde el punto de

² Organización Panamericana de la Salud, *Plan of Action for the Implementation of Regional Strategies*, 1982.

³ Juan Giaconi, Discurso de Inauguración del II Congreso de Coyuntura de Salud, Santiago de Chile, 1987.

vista económico dichas acciones presentan externalidades para el conjunto de la población. Del mismo modo, existe consenso respecto del rol fiscalizador y normativo, así como de supervisión y evaluación que le compete al Estado.

Sin embargo, no hace muchos años, pocos se hubiesen atrevido a pensar en una alternativa distinta al ex Servicio Nacional de Salud (SNS) para proporcionar las acciones de salud que la población requería. Hoy la labor productiva del "Estado productor" está siendo reemplazada por las entidades privadas, las que han demostrado que la iniciativa individual propende a la excelencia en el servicio, tanto por la competencia propia del libre mercado como por los incentivos económicos que se generan.

El sistema de subsidios a la demanda en salud constituye una respuesta a las consideraciones anteriores. En este sentido, no se puede ignorar la importante experiencia de un subsistema de salud previsional privado que cuenta con 3,5 millones de beneficiarios. En efecto, las Isapres en Chile pueden servir como instrumento —por cierto perfectible y no único— para aplicar el subsidio a la demanda.

En el resto de Latinoamérica, la realidad de las instituciones de medicina prepaqa superó la legislación del sector salud, quedando los médicos, prestadores y beneficiarios amparados sólo por el derecho común. En Chile esta situación fue prevista con antelación,⁴ puesto que de lo contrario, tal como en otros países, se hubiesen desarrollado anárquicamente numerosas empresas de prepago o de seguros de salud sin normativa ni supervisión del Ministerio de Salud. Por esto mismo, diversas naciones están adhiriendo a la idea del pago per cápita o subsidio a la demanda como un subsistema de salud previsional. Colombia, por ejemplo, estudia la aplicación de sistemas de prepago (públicos o privados) de afiliación masiva, subsidiados por el Estado, como una solución para lograr una cobertura suficiente, dada la enorme cantidad de trabajadores informales y de estudiantes pobres. En Perú, Ecuador y Argentina se mira con gran interés el sistema Isapre chileno.

Salud y medicina

Se ha señalado que ninguna institución puede prometer o asegurar la salud de las personas, puesto que ésta es una situación personal, en la que intervienen creencias, expectativas, condiciones macroeconómicas, saneamiento

⁴ El año 1981 mediante el D. F. L. N° 3 se crearon las Isapres. Dicho texto fue reemplazado el año 1990 por la ley 18.933, la que, además, creó la Superintendencia de Isapres.

ambiental, sistemas de administración, técnica médica, cultura y el azar, vale decir, es un proceso constituido por múltiples factores y que no puede ser ofrecido como producto.⁵

Desde esta perspectiva, tanto los sistemas de administración o financiamiento de la medicina, sean éstos privados o estatales, sólo constituyen un medio, como lo es la ciencia médica, que provee los recursos para que las personas —y, en última instancia, la sociedad— construyan su salud.

Por tal razón, no se puede sostener que los sistemas de salud públicos o privados, o cualquier otro modelo que el lector imagine, sean por sí solos suficientes para dar satisfacción a las necesidades de salud de los individuos. Sin embargo, sí se puede aseverar que algunos sistemas —tanto desde el punto de vista socioeconómico como en el plano de las libertades individuales— son más eficientes que otros para actuar como herramienta apropiada para que las personas construyan su salud. Aun así, la ponderación final de los distintos factores que la conforman no la pueden definir los burócratas, los economistas y ni siquiera los expertos en salud pública, sino las personas comunes. Son ellas, en definitiva, las que van a construir su salud, lo que coincide plenamente con el postulado de Vilfredo Pareto, según el cual los individuos son los mejores jueces de su propio bienestar.

Innumerables ejemplos revelan que las personas priorizan los elementos que componen su salud, según sus propias preferencias personales, lo que explica que las acciones relacionadas con ésta puedan ser postergadas por otras opciones. En efecto, aun en casos de extrema gravedad, los individuos están dispuestos a gastar sólo hasta cierto monto de sus recursos para financiar el correspondiente tratamiento médico.

De acuerdo a la teoría económica, las personas comparan y evalúan permanentemente los beneficios y los costos marginales implícitos en una determinada acción que puede afectar su salud (por ejemplo fumar o no hacerse un examen preventivo de papanicolaou), con otras alternativas de consumo (o ahorro) que se les presentan. En otras palabras, los consumidores asignan sus recursos escasos, de tal forma que maximizan los beneficios que por ellos obtienen, y casi nunca la salud ocupa el primer lugar.⁶ Por el contrario, para los salubristas la salud es una cuestión primordial en el individuo y prioritaria sobre cualquier otra necesidad.

⁵ Véase Fernando Lolas, "Salud y medicina", *El Mercurio*, noviembre de 1992.

⁶ Paul J. Feldstein, *Health Care Economics* (Wiley, John and Sons).

Justicia y equidad

Usualmente escuchamos hablar de justicia y equidad entre las personas que se preocupan de la salud pública, como un requisito que deben cumplir los sistemas de seguridad social; por eso nos parece necesario describir el correcto sentido y alcance de estos términos, los que en la mayoría de los casos son empleados erróneamente como sinónimos de igualdad.

Así, de un determinado comportamiento humano se dice que es justo o injusto, y se llama justo al hombre que practica con frecuencia aquel comportamiento, pero también se califica de justo o injusto a una ley, una norma o un sistema económico. Ahora bien, en la medida que la justicia está referida a una creación humana, una norma, una estructura social, constituye un “valor social”.

En este aspecto, es decir en cuanto valor social, la justicia ha estado siempre vinculada con el principio básico, cual es *dar a cada uno lo suyo*. Pero ese principio, que parece tan simple de enunciar, supone el cumplimiento de al menos tres requisitos para que se conforme la idea de justicia, cuales son *la proporcionalidad, la igualdad y la alteridad*.

Conjuntamente con lo anterior se presenta el problema de dilucidar la relación existente entre justicia y equidad. Para Aristóteles lo equitativo no es por esencia algo distinto de lo justo sino una misma cosa. La equidad es, en palabras simples, la justicia del caso concreto.

Ahora bien, todo ideal de justicia implica, en primer término, una cierta proporcionalidad entre los hechos y las consecuencias, entre lo que se da y lo que se recibe, entre lo que se exige y lo que se presta. Por otra parte, la proporcionalidad implica a su vez igualdad en la regulación: no sólo debe haber proporción en el interior de cada caso sino entre los distintos casos que se regulan. Por último, la justicia implica alteridad, esto es, la justicia es una virtud que supone un sujeto respecto de otro.

Corresponde preguntarse si son aplicables estos principios a un sistema que permite acceder a diferentes beneficios según los aportes que realicen los individuos. ¿Cumplen el legislador y el gobernante con estos principios rectores al optar por ese camino?

La respuesta es, sin duda, afirmativa. En efecto, se cumple en primer término con el principio más importante que conforma la idea de justicia, cual es *la proporcionalidad*, en lo cual existe un equiparidad entre lo que se da y lo que se recibe, entre el aporte que se efectúa y los beneficios que se obtienen. Diferente es lo que sucede al aplicarse un sistema de subsidio a la oferta en que esta proporcionalidad está ausente, toda vez que cualquiera sea el aporte que realice un individuo, obtendrá iguales beneficios.

También está presente la idea de *igualdad*. En efecto, ésta se ve reflejada al existir dentro del sistema la debida proporcionalidad entre los casos que implican situaciones semejantes. Dicho de otro modo, las personas que aportan cotizaciones semejantes obtienen beneficios similares.

Por último, la *alteridad* tampoco está ausente si se piensa que éste es un sistema en el que participa una multiplicidad de individuos relacionados entre sí. Además, la aplicación del sistema produce un efecto directo sobre las personas más pobres en la medida que el descongestionamiento del aparato estatal redundará en una mejor atención para ellas.

Estrechamente relacionada con lo anterior se encuentra aquella cuestión relativa al principio de subsidiaridad que le corresponde al Estado. A este respecto, la encíclica *Centesimus annus* hace hincapié en su cumplimiento y respeto al señalar:

Al intervenir directamente y quitar responsabilidad a la sociedad, el Estado asistencial provoca la pérdida de energías humanas y el aumento exagerado de los aparatos públicos, dominados por lógicas burocráticas más que por la preocupación de servir a los usuarios, con enorme crecimiento del gasto.

Es precisamente en este aspecto donde el modelo propuesto cobra especial trascendencia, ya que en su aplicación el Estado ejercerá aquellas funciones de suplencia que le son inherentes y que no puede abandonar, permitiendo, por otra parte, el desarrollo de la iniciativa privada, cumpliendo en consecuencia con los principios de justicia y equidad.

Derecho constitucional

Desde los inicios de nuestra vida independiente, la preocupación por la salud de los habitantes ha estado siempre presente en los gobiernos que se han sucedido, y ello se ha visto reflejado en las diferentes cartas fundamentales que nos han regido desde 1818 hasta la actualmente vigente desde 1980.

En efecto, en el artículo 10º, Nº 14 de la Constitución Política del Estado de 1925 —en el párrafo cuarto de ese número—, se contempla el deber del Estado de velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país, disponiendo, además, la necesidad de destinar el dinero suficiente para la mantención de un Servicio Nacional de Salubridad.

Esta disposición formaba parte del derecho constitucional genérico, referido a la protección del trabajo, la industria y las obras de previsión social.

Con la dictación del Decreto Ley N° 1.552, de 1976, que aprueba el Acta Constitucional N° 3, acerca de los derechos y deberes constitucionales, queda claramente en evidencia la diferencia entre el derecho a la salud, al trabajo y a la seguridad social, contemplado en los N° 19, 20 y 21, respectivamente, todos de su artículo 1°. En consecuencia, el artículo 1° en su N° 19 aseguró a todas las personas el derecho a la salud, aumentando la responsabilidad del Estado en todo lo relativo al bienestar higiénico, al punto de que éste debe garantizar el libre e igualitario acceso de los habitantes a las acciones que constituyen la salud integral, esto es, las de promoción, protección, recuperación y rehabilitación; coordinando y controlando la ejecución de las mismas, y agregando su deber preferente para ejecutarlas, sin menoscabo de las iniciativas particulares que pudieren desarrollarse en estas materias dentro de los márgenes fijados por la ley.

La Constitución de 1980 reitera en gran medida —en su artículo 19°, N° 9— los principios ya comentados del Acta Constitucional, pero sin embargo se incorporan algunos conceptos nuevos que son de vital importancia para el tema que estamos analizando.

Es así que se garantiza el derecho a la protección de la salud, se protege el libre e igualitario acceso a las acciones de salud, las cuales el Estado coordina y controla, pero a diferencia de la norma contemplada en el Acta Constitucional, lo que el Estado asegura es que tales acciones se ejecuten, pero no necesariamente a través de sus propias instituciones públicas, sino que también por instituciones privadas en la forma y condiciones que disponga la ley, la que podrá fijar cotizaciones obligatorias.

En forma correlativa a esta oferta de salud pública o privada, el párrafo final de este N° 9 señala que las personas podrán elegir el sistema, estatal o privado, en el que deseen hacer efectivo su derecho a la protección de la salud.

Dentro de este contexto de disposiciones constitucionales se dicta el 27 de abril de 1981 el DFL N° 3 del Ministerio de Salud, que fija las normas para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios de salud por las instituciones de salud previsional, regulando además su constitución y funcionamiento.

El sistema privado de salud, conformado por las instituciones de salud previsional (Isapres), ha contribuido a posibilitar el cabal ejercicio de la garantía constitucional antes reseñada, en aquel aspecto referido a la posibilidad de opción que cada individuo tiene para elegir su sistema de salud. En efecto, se ha abierto una posibilidad o camino inexistente antes de su creación; pues, anteriormente, todo trabajador estaba compelido a entregar su cotización legal para salud a una entidad de naturaleza estatal.

No obstante lo señalado, hay un gran número de personas que se ven impedidas de ejercer adecuadamente esta garantía constitucional, toda vez que está restringida en la práctica su posibilidad de elección, circunscribiendo su

demanda de atenciones médicas al sistema estatal de servicios de salud; el derecho a la protección de la salud sólo es posible efectuarlo a través de los servicios estatales. El subsidio a la demanda, es decir, la transferencia de recursos del Estado directamente a las personas que solicitan atención en salud, y no a los entes prestadores de los servicios médicos, haría posible que una gran parte de la población pudiera ejercitar adecuadamente la garantía que la Constitución de 1980 ha establecido. En consecuencia, el mecanismo de transferencia de recursos que se va analizar en el presente trabajo se encuentra legitimado y amparado constitucionalmente, en la medida que tiende precisamente a hacer efectiva una garantía constitucional.

¿Qué es un subsidio?

De acuerdo a las definiciones clásicas, los subsidios a las personas buscan transferir recursos para que éstas accedan a ciertos bienes o servicios que la sociedad estima necesarios y que por sus propios medios no pueden alcanzar.

El subsidio se puede aplicar a la oferta o a la demanda. Así, la subvención puede incrementar los ingresos del receptor para que éste financie la adquisición de algún bien o para que reciba ciertos bienes a un valor inferior al precio de mercado.

El *subsidio* a la *demanda* consiste en que el consumidor recibe un aporte para cierto uso específico (en este caso para pagar su sistema de salud) y éste decide —soberanamente— a qué institución se dirigirá para adquirir a precio real el producto o servicio requerido (un plan de salud), de tal forma que la persona subsidiada es la que posee el poder de negociación con el proveedor para exigir la mejor calidad en el servicio recibido.

Por otra parte, el *subsidio* a la *oferta* está dirigido al productor del bien —no al demandante—, de tal manera que el producto que se ofrece pueda ser vendido a un precio inferior al precio real de mercado, indistintamente de quien demande dicho producto o servicio. Éste es el caso de la salud pública, en el cual el financiamiento se les entrega a los productores de salud (servicios de salud y hospitales) y no a los consumidores (beneficiarios), quienes, en consecuencia, carecen de todo poder de negociación con el proveedor de los servicios (Estado).

En términos teóricos, los subsidios deben cumplir ciertas características básicas para que, desde el punto de vista social, sean eficientes:⁷

- a) *transitorios*, esto es, deben otorgarse exclusivamente mientras dura la condición que dio origen al subsidio;
- b) *focalizados*, es decir, deben ser canalizados directamente a las personas calificadas e identificadas como receptoras de subsidios, para evitar que otras usufructúen indebidamente del beneficio;⁸
- c) *eficientes*, lo que supone que el bienestar percibido por el receptor debe ser mayor que la pérdida de bienestar para el contribuyente. En consecuencia, deben ser progresivos, y los mecanismos de administración del subsidio deben ser económicos;
- d) *económicamente factibles*, es decir, deben estar en relación a los recursos limitados de que dispone la nación. El financiamiento del subsidio no puede afectar el desarrollo de un país, gravándolo, por ejemplo, con impuestos que limiten su crecimiento económico;
- e) *directos*, o sea, deben financiarse con impuestos generales de la nación y no mediante la transferencia de beneficios homogéneos de los más ricos a los más pobres, al interior del sistema. En los subsidios cruzados, la redistribución es parcial y sólo opera entre los que son partícipes del sistema y no en toda la sociedad. Además, se producen fuertes desincentivos que inducen a los más ricos a abandonar el sistema o evadir el pago de las cotizaciones.⁹ Conviene señalar en este punto, que precisamente esta circunstancia o característica hace inaplicable la proposición de subsidiar la salud estatal con recursos del sistema Isapre como lo han indicado insistentemente personas que desconocen las implicancias económicas del tema.

⁷ Ernesto Miranda, "Subsidio a la oferta o subsidio a la demanda", *Revista de Administración en Salud*, N° 14, 1991.

⁸ Un ejemplo clásico de subsidio mal focalizado es el de la salud estatal. Según se señala en un estudio: "En este sentido, el subsidio a la oferta no permite un control adecuado, ya que la mayoría de los establecimientos de salud (hospitales públicos) atienden a una población heterogénea en cuanto a ingresos". Véase "Los sistemas de seguros de salud", *TASC* N° 15 Ilades/Georgetown, febrero 1991.

⁹ En los sistemas previsionales de reparto, por ejemplo modalidad de libre elección y atención institucional, los más ricos tratan de cotizar el mínimo, toda vez que, independientemente del monto de su cotización, los beneficios que obtienen son los mismos para todo el universo. Se argumenta que la solidaridad y equidad deben provenir de estas transferencias; sin embargo, economistas de todas las tendencias coinciden en la perversidad de los subsidios cruzados.

TRANSFERENCIAS FISCALES A LOS SERVICIOS ESTATALES

Subsidio a la oferta en salud

La tendencia natural de quienes trabajan en salud ha sido subsidiar la oferta. Ello se debe a que los salubristas, al momento de planificar, sustentados en la brecha de información existente entre los médicos y la población, subordinan el concepto de “demanda” al de “necesidad”. Por “necesidad” en salud se entiende aquello que los burócratas y técnicos piensan que la población requiere o, en términos individuales, lo que el médico piensa que el paciente necesita. En cambio, “demanda” es lo que la población efectivamente quiere y está dispuesta a pagar por ello. Como las “necesidades” que pretende satisfacer el Estado no coinciden con la “demanda” —generalmente variable— la oferta de servicios estatales siempre será insatisfactoria o deficiente.¹⁰

Chile no ha estado ajeno a esta tendencia. Efectivamente, el Fisco financia la medicina preventiva, la medicina curativa en las modalidades de libre elección y atención institucional y ciertas acciones de salud, como las campañas de vacunación, el programa nacional de alimentación complementaria (Pnac), y las propias labores normativas y de fiscalización, entre otras, a través de un sistema de transferencias de los recursos fiscales que subsidian a la oferta.

El Fondo Nacional de Salud (Fonasa), ente financiero del sistema, proporciona la mayor parte de los recursos a los servicios de salud, vale decir, subvenciona el otorgamiento de prestaciones de salud a través de los establecimientos públicos. Ello se efectúa básicamente siguiendo dos procedimientos: a) en el caso de las remuneraciones del sector, mediante la entrega de dineros según el presupuesto asignado históricamente de acuerdo a las plantas de personal fijadas por ley, y b) los bienes y servicios de consumo, por medio de la Facturación por Atención Prestada (FAP o Fapem).¹¹ Asimismo, se aplican a la FAP y Fapem¹² ciertos premios e incentivos para fomentar acciones de

¹⁰ Philip Musgrove, “Reflexiones sobre la demanda en salud”, *Cuadernos de Economía*, N° 66, Universidad Católica de Chile, 1985.

¹¹ La FAP corresponde a la facturación que realizan las entidades dependientes del sistema nacional de servicios de salud (modalidad institucional). La Fapem corresponde a la facturación de entidades municipalizadas (también modalidad institucional), ambas basadas en el arancel único de prestaciones de Fonasa.

¹² Este sistema se inició experimentalmente en 1978 para expandir los servicios básicos y corregir las distorsiones producidas por la asignación de recursos por programas. Véase Tarsicio Castañeda, “El sistema de salud chileno: Organización, funcionamiento y financiamiento”, *Boletín O.P.S.*, Vol. 103, N° 6, 1987.

salud específicas. Además, Fonasa efectúa las transferencias para inversiones, ya sea para mantención o para nuevas instalaciones o equipamiento.

Aplicación del subsidio estatal

Del total de los ingresos de Fonasa del año 1992, ascendentes a US\$ 734,2 millones (\$ 275.327 millones), el 47,9% (US\$ 351,61 millones) de dichos ingresos están constituidos por subsidios que provienen de los aportes fiscales directos (impuestos) y sólo un 43,1% (US\$ 316,4 millones) corresponde a las cotizaciones previsionales aportadas por los beneficiarios del sistema (véase Gráfico N° 1). El resto, US\$ 66,19 millones, proviene de aportes del copago y otros ingresos.

El 81,8 % (US\$ 600,6 millones) de dichos recursos son transferidos para financiar la modalidad institucional del sistema nacional de servicios de salud, y el 13,77% (US\$ 101,06 millones) se destina a financiar la modalidad de libre elección.

Cabe señalar que el Fonasa recibe y distribuye los recursos financieros sin distinguir si los beneficiarios hacen uso de la modalidad de libre elección o de la atención institucional, o ambas en forma simultánea, derecho que les asiste desde fines de la década de los 70.

Deficiencias del sistema

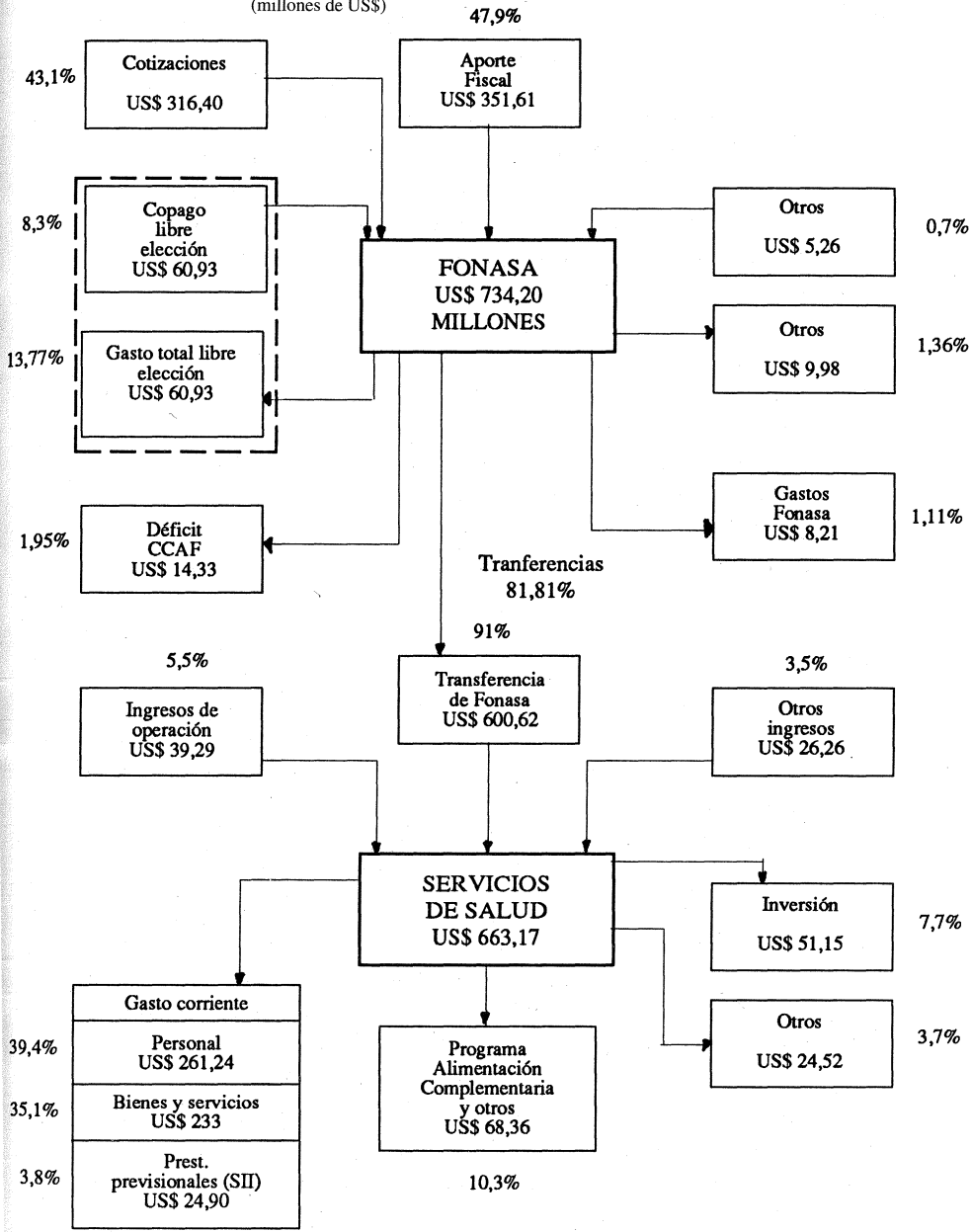
Subsidios cruzados

En el Gráfico N° 2,¹³ se observa en la línea ascendente (N1 C) a los beneficiarios del sector público ordenados de acuerdo a la cotización aportada. La superficie de este triángulo ($N_1 CN_3$) corresponde a los ingresos totales por cotizaciones de salud. El gasto total en salud pública teórico es creciente según el nivel de ingresos, por lo que el gasto real se representaría por la curva AD.

En el eje de las X se encuentran ordenados los cotizantes según sus aportes en pesos. Los beneficiarios que se ubican en el punto N1 son los que cotizan el mínimo legal. A la izquierda del punto N2 se encuentran los "receptores", es decir aquellos que *perciben* subsidios del Estado y de los más ricos. Los

¹³ Ernesto Miranda, *op. cit.*

GRÁFICO N° 1 PRESUPUESTO MODIFICADO 1992
(millones de US\$)



Nota:

1. Valores aproximados en US\$ de la ejecución presupuestaria 1992.
2. El US\$ se estimó en \$ 375.
3. No se incluye presupuesto de la Secretaría de Salud.

que se encuentran a la derecha de dicho punto, entre N2 y N3, son los que denominaremos “contribuyentes”, vale decir, las personas que cotizan una cantidad superior a los beneficios que reciben del Estado y que por lo tanto contribuyen a financiar el sistema estatal. En consecuencia, el subsidio estatal quedaría representado por la figura A D'B'N1 O, ya que el triángulo D'BB' corresponde a los subsidios cruzados aportados por los “contribuyentes”.

De acuerdo a lo anterior, en la salud estatal se producirían subsidios cruzados, puesto que los afiliados más ricos contribuirían con sus excedentes (triángulo achurado sobre la línea AD) a financiar la salud de los más pobres. Esto implicaría que el Estado gasta menos en aportes fiscales, es decir “ahorra” un monto equivalente a dichos subsidios cruzados. Estas personas con sus propios ingresos no pueden optar por un plan de salud en una Isapre, por lo que están obligadas a permanecer en la salud estatal mientras no aumenten sus ingresos personales, no exista un subsidio o bajen substancialmente los precios de los planes de salud en las instituciones privadas. Cabe señalar que no es posible determinar quiénes son los que generan dichos subsidios y qué modalidad de atención utilizan.

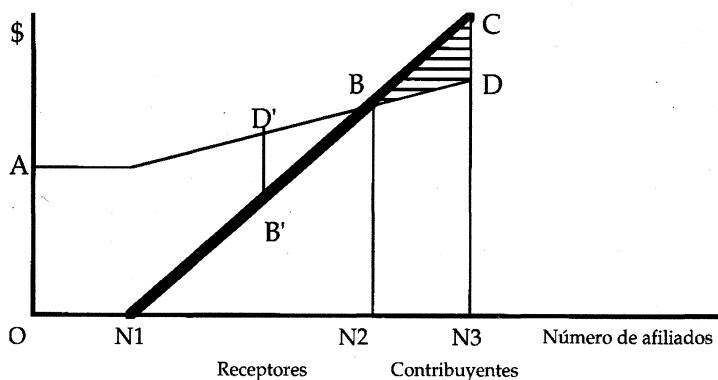
Como se aprecia, en el sistema estatal se producen inequidades, debido a que los beneficios que se proporcionan —por una mal entendida solidaridad— son iguales para todos e independientes del monto de los aportes. Ello produce incentivos perversos que motivan la existencia de numerosas irregularidades, como es el caso de la evasión de las cotizaciones de salud. Así, existen muchos trabajadores independientes o de empresas familiares que gozan de buenos ingresos, y que cotizan sólo el mínimo legal (aproximadamente US\$ 7) para tener derecho a Fonasa, modalidad libre elección o atención institucional, alternativa muchísimo más económica que afiliarse a una Isapre.

Esta situación se agrava en la modalidad de atención institucional, ya que el que cotiza más recibe una bonificación inferior para sus prestaciones médicas. Es precisamente por esta circunstancia que, por ejemplo, en el caso de muchas de las trabajadoras de casa particular, sus empleadores les cotizan por el mínimo imponible para que no pierdan su derecho a atención gratuita.

Por otra parte, los servicios de salud estatales tienen población cautiva que no puede optar por llevarse los subsidios que le corresponden a otra entidad, pública o privada. Al respecto, se ha señalado que sería necesario, dentro de un marco regulado, permitir que las personas puedan optar por diferentes alternativas para satisfacer sus necesidades de salud en establecimientos del sistema público o del privado, ya que esto genera, por un lado, un mejoramiento en los niveles de satisfacción de las personas y, por otro, estimula —por efecto de la competencia— la eficiencia de los establecimientos del

sistema público y privado.¹⁴ Al parecer la respuesta a esto implica la necesidad de un cambio profundo en los sistemas de asignación de los recursos estatales, como se verá a continuación.

GRÁFICO N° 2



TRANSFERENCIAS FISCALES PER CÁPITA PARA QUE LAS PERSONAS OPTEN POR SERVICIO DE SALUD (ESTATAL O PRIVADO)

Subsidio a la demanda

En la búsqueda de los métodos más eficientes para transferir los dineros que el Estado destina al cuidado de la salud, se han formulado diversos procedimientos de asignación presupuestaria que contemplan el traspaso de fondos mediante un pago per cápita, para que cada cotizante elija la institución pública o privada que prefiera. A esta propuesta se le ha denominado *subsidio a la demanda* en salud.

Para implementar el concepto de subsidio a la demanda se han propuesto diversas alternativas, dentro de las cuales desarrollaremos las siguientes: a) pago per cápita a unidades autónomas según la población que libremente se ha adscrito a éstas, y b) subsidio a las personas de bajos ingresos para que opten por una Isapre. Los modelos que se presentarán en el trabajo apuntan al mismo fin, pero difieren en algunos aspectos que no dejan de ser menos

¹⁴ Héctor Sánchez, "La crisis de los servicios de urgencia. Un desafío y una oportunidad", *Revista de Administración en Salud*, N° 19, Universidad de Chile, 1992.

importantes, como son el alcance del subsidio y la organización del sistema o entidad que lo administrará.

Finalmente, antes de entrar a analizar dichos modelos, conviene destacar que tanto por la brecha de información que existe entre el oferente de prestaciones médicas y el paciente, como por la naturaleza propia de la atención médica, con sus componentes de emotividad e incertidumbre, es el proveedor de servicios (el médico tratante) el que determina el consumo del paciente, lo que en términos económicos significa que *es la oferta la que condiciona la demanda*.¹⁵ Así, el subsidio aplicado directamente para “consumir” prestaciones médicas —especialmente si se trata de atenciones ambulatorias, consultas, etc.— produce incentivos perversos (*moral hazard*) que contribuyen a incrementar las utilidades de los prestadores y, en consecuencia, a aumentar los costos de la salud. Por esto, no hay que confundir las “bonificaciones” otorgadas por las Isapres (o Fonasa, en la modalidad de libre elección) con los “subsidios”. En efecto, las “bonificaciones” sólo corresponden a la porción del precio que es pagada por la institución, pero que es financiada con la cotización o prima mensual del afiliado; el resto del precio del acto médico también es financiado por el beneficiario mediante el llamado “copago” o “pago moderador”. Dicho pago es un elemento vital para la sanidad financiera del sistema, ya que contribuye a regular la demanda y a evitar la sobreutilización o el abuso de las prestaciones médicas.¹⁶

A continuación se presentan tres modelos que han sido expuestos en diversas instancias como propuestas adecuadas para materializar las ideas precedentes:

A. Pago per cápita:

A.1) Unidades de Atención Primaria.¹⁷

A.2) Centros de Atención Ambulatorias de Alta Resolutividad.¹⁸

B. Subsidio simple a las personas para optar por una Isapre.¹⁹

¹⁵ Philip Musgrove, “Reflexiones sobre la demanda en salud”, *Cuadernos de Economía*, N° 66, Universidad Católica de Chile, 1985.

¹⁶ Se ha demostrado la gran elasticidad de precio que presenta la demanda de prestaciones de salud; en efecto, a mayor copago, menor demanda.

¹⁷ Propuesta desarrollada el año 1987 por un equipo interdisciplinario del Ministerio de Salud.

¹⁸ Véase Alfredo Rioseco B. y Carlos P. Ubilla, *Revista de Administración en Salud*, N° 11, 1990.

¹⁹ Propuesta presentada en la Comisión de Salud del Centro de Estudios Públicos por Rafael Caviedes, 1990.

Evidentemente, estos modelos no son los únicos, pero sirven de base para iniciar una discusión sobre el sistema, además de demostrar la factibilidad técnica y operativa que tendría la implementación de un modelo de pago per cápita o subsidio a la demanda.

A. 1) Pago per cápita a unidades de atención primaria

Mediante este modelo se pretende reestructurar la asignación de la totalidad de los recursos del sector, teniendo en consideración los incentivos adecuados para propender a la excelencia en la administración de los dineros disponibles, así como la soberanía del consumidor. El proyecto está concebido sobre la base de ciertas “Unidades Administrativas”, a las cuales se les asignaría un monto per cápita de acuerdo a la población que cada una capte. Las personas podrán ejercer libremente cada cierto tiempo la posibilidad de cambiarse de Unidad, evitando de esta forma el efecto perverso de los sistemas con “población cautiva”. Asimismo, las personas podrían optar con su aporte per cápita a una Isapre. Las Unidades estarían conformadas, además, por uno o más establecimientos asistenciales de mayor o menor complejidad.

Financiamiento

El financiamiento de estas Unidades proviene de las cotizaciones previsionales que aportan los individuos adscritos y de un *subsidio per cápita* complementario que otorga el Estado. Por tal razón, los ingresos de las Unidades serán variables, pues dependerán de la población afiliada a éstas. Lo anterior debería fomentar la excelencia tanto en la administración como en la calidad del servicio para captar más población. Además, estas Unidades estarán facultadas para cobrar a sus beneficiarios un porcentaje del valor de las prestaciones según los tramos de ingresos del grupo familiar que determine la ley, así como el valor correspondiente a las prestaciones médicas otorgadas a quienes no pertenecen a esa Unidad o a particulares.

Operación de sistema

La puesta en marcha está concebida sobre la base de etapas y sub-etapas para evitar que las actuales instituciones sufran “distorsiones” en su financiamiento.

Así, el modelo contempla dos etapas:

- Subvención per cápita pareja.
- Prima per cápita diferenciada.

Subvención per cápita pareja

En esta primera etapa se asigna una subvención per cápita pareja por cada persona afiliada a una determinada Unidad. Dichas entidades deberán mantener un registro de las personas adscritas. Existiría, además, un procedimiento simple que permitiría a los individuos afiliarse según sus preferencias. En efecto, inicialmente, al no conocerse con certeza el número de beneficiarios que le corresponde a cada Unidad, se estimará mediante un procedimiento estadístico apropiado la actual población beneficiaria del sistema nacional de servicios de salud según el área geográfica. De esta forma, se podrá ir disminuyendo el aporte sobre base histórica y aumentando el aporte a base de la población estimada.

Fonasa transferirá los fondos según el número de personas adscritas, informado por cada Unidad, y deberá ejercer los controles pertinentes para registrar las variaciones netas de población en cada Unidad y así repartir adecuadamente las asignaciones per cápita según los recursos presupuestarios disponibles. El propósito de ello es permitir que gradualmente cada Unidad construya su *nómina de población* efectivamente adscrita y vigente, para cobrar el per cápita que le corresponda. Estas entidades se harán cargo tanto de la atención de sus beneficiarios en un plan cerrado, como en libre elección.

En el caso de atenciones que requieran mayor complejidad, cada Unidad contratará con determinados hospitales la atención de sus afiliados. Para ello les pagará cierto valor en función al número de personas adscritas a ese plan cerrado, más ciertas cancelaciones variables determinadas en un arancel para aquellos casos derivados.

El sistema supone contar con la mayor flexibilidad administrativa e incentivos posibles, tanto para las Unidades como para los hospitales.

Prima per cápita diferenciada

En esta etapa se contempla el pago de un subsidio diferenciado según las cotizaciones aportadas por los adscritos a las Unidades y su número de cargas familiares. De esta forma, cuando el afiliado ve incrementada su renta, el subsidio disminuirá, pero en una proporción inferior al de la cotización para

no desincentivar el aumento de ésta. Así, el mayor subsidio estatal se focalizará en las personas de menores ingresos. El mecanismo anterior permitiría a las Unidades ofrecer planes diferenciados, vale decir, a mayor prima (cotización más subsidio) ofrecerán un mayor confort, lo que incentivará a los afiliados a cotizar más (no evadir) y a los hospitales a entregar un mejor servicio para captar estos pacientes. Dichas Unidades deberán proporcionar una atención gratuita a las personas más pobres e indigentes. La calidad de esta atención dependerá de los recursos que el Estado destine a ello, puesto que será financiada en su totalidad por el aporte per cápita que asigne el Gobierno para atender estos casos.

Esta etapa implica que las Unidades capten sus propias cotizaciones e informen a Fonasa de lo percibido así como del número de afiliados y sus cargas. Fonasa actuaría como ente contralor y calcularía por diferencias el subsidio que le correspondería a cada entidad. La prima per cápita, como se indicó, sería diferenciada según la cotización de cada grupo familiar y su número de cargas. Cuando estas Unidades estén organizadas, funcionando correctamente y recaudando sus cotizaciones, deberán transformarse en sociedades anónimas, cuyos propietarios podrían ser sus propios trabajadores y afiliados adscritos. A continuación, estas entidades podrían constituirse como Isapre, de acuerdo a la Ley 18.933.

A. 2) Centros de atención ambulatoria²⁰

El modelo propuesto, denominado “Centros de Atención Ambulatoria de Alta Resolutividad Diagnóstica y Terapéutica” (Caardt), incorpora también un mecanismo de financiamiento basado en una asignación per cápita a la demanda.

El sistema nacional estaría conformado por tres subsistemas: a) el *Subsistema de Atención Ambulatoria Resolutiva* (SAAR), que consistiría en una red de establecimientos de atención ambulatoria que privilegiarían en su filosofía base el cuidado del estado de salud de las personas adscritas a dichos centros de atención; b) el *Subsistema de Atención Hospitalaria* (SAH), el que incorporaría el concepto de pago por “grupos regulados de prestaciones”,²¹ y c) el *Régimen Privado de Seguros de Salud* que administran las Isapres.

²⁰ Véase Rioseco y Ubilla, *op. cit.*

²¹ Similar al Diagnosis Related Group (DRG) norteamericano. Se han tipificado los casos que requieren hospitalización de acuerdo a un conjunto de variables (honorarios, días cama, insumos, exámenes, etc). De tal forma, la tarifa que recibe el hospital será la que le corresponda según el arancel DRG para un determinado diagnóstico. Si el hospital ahorra en el tratamiento, obtiene una ganancia; de lo contrario, asume la pérdida.

Los autores señalan entre los objetivos más importantes que cumpliría la propuesta el de mejorar la calidad y la oportunidad de las acciones de recuperación de la salud, a través de una atención ambulatoria que tenga capacidad resolutive. También consideran al sector privado como elemento fundamental para contribuir a descongestionar las entidades públicas, puesto que se pretende fomentar a través de los organismos no gubernamentales el desarrollo de una amplia red de infraestructura asistencial, tanto ambulatoria como hospitalaria.

Financiamiento

El financiamiento del monto per cápita resultará de los pagos correspondientes a la cotización legal para salud (7% de las rentas con un tope de US\$ 105 al mes) más un aporte equivalente al 2% del PGB, menos el gasto por concepto de medicina curativa de libre elección, todo ello dividido por el número de beneficiarios de la modalidad institucional (no libre elección). De esta forma se determinó que para el año 1989 el aporte per cápita hubiese sido US\$ 5,68 mensuales.

Operación del sistema

Subsistema de Atención Resolutiva Ambulatoria

Estará compuesto por una red de microsistemas denominados Centros de Atención Ambulatoria de Alta Resolutividad (Caardt), los que a su vez estarán integrados por una red de establecimientos de atención ambulatoria organizados en torno a dichos centros. Los Caardt serán administrados por corporaciones de derecho público o privado sin fines de lucro. Dentro de sus facultades estará la de administrar sus recursos, captar la asignación per cápita, promover la prestación de los servicios que ofrecen, enrolar a sus beneficiarios, pagar los subsidios por incapacidad laboral y suscribir convenios con los hospitales públicos o privados para la atención cerrada de sus afiliados.

Subsistema de Atención Hospitalaria

Está integrado por los hospitales estatales, pero contempla la posibilidad de participación de organismos no gubernamentales ya sea con estableci-

mientos propios o administrando establecimientos públicos. Estos organismos se financiarían exclusivamente con la venta de servicios a los Caardt, por atención hospitalaria a sus propios beneficiarios adscritos, a través de la modalidad de libre elección, y por la atención a beneficiarios de Isapres y particulares propiamente tal.

Los beneficiarios podrán optar por la modalidad de libre elección o por la modalidad no libre elección, derecho que podrán ejercitar cada seis meses. El modelo propuesto contempla, además, subsidios especiales a aquellos microsistemas que otorguen prestaciones definidas como de alto costo.

Consideraciones sobre los modelos de pago per cápita

Los modelos reseñados contienen elementos valiosos a considerar por cuanto proponen modificar la política actual de asignación de recursos, traspasando los subsidios estatales de la oferta a la demanda. En efecto, la aplicación de un pago per cápita asignado a las personas para que éstas opten soberanamente por el Centro o Unidad que les proporcione más beneficios, implicará necesariamente una mejor utilización de los recursos. Asimismo, la competencia entre dichas entidades contribuirá a la excelencia en el servicio prestado. Por otra parte, el pago mediante el sistema de compra de servicios a los hospitales generará una mayor eficiencia en la administración de estos establecimientos.

El pago per cápita evitaría que la oferta de servicios sea inadecuada, ya que para satisfacer las necesidades de su población adscrita cada Unidad tenderá a optimizar el uso de sus recursos y minimizar la demanda insatisfecha. En términos nacionales, se reduce la ineficiencia provocada por problemas de planificación central como ocurre en la actualidad, ya que, como se indicó, los recursos no utilizados por un exceso de oferta en algún servicio equivalen a necesidades insatisfechas en otro.

Sin embargo, cabe observar que el modelo denominado Centros de Atención Ambulatoria de Alta Resolutividad (Caardt) está concebido en base a entidades sin fines de lucro, por lo que no contiene incentivos suficientes como para que se produzca un desarrollo significativo de estas instituciones, situación que el otro modelo resuelve correctamente. Ejemplo de ello lo constituyen las Mutualidades de Accidentes del Trabajo, entidades sin fines de lucro. En efecto, después de casi 30 años de dictada la ley 16.744, existen sólo tres instituciones de esa naturaleza, a pesar del notable incremento de la masa laboral que ha habido en dicho período.

Tampoco la propuesta de los Caardt contempla la posibilidad para que las personas pudieran optar con su pago per cápita al subsistema de institucio-

nes de salud privadas, a diferencia del modelo explicado en la letra A.1). También queda por resolver el problema de la afiliación a estos centros, puesto que para repartir el presupuesto completo se necesitará que los Caardt en conjunto tengan la totalidad de la población adscrita, situación que podría requerir de cierto tiempo y de un esfuerzo "comercial" importante, especialmente con las personas carentes de recursos, indigentes, poblaciones rurales extremas y trabajadores independientes.

Además, si bien es cierto que en las ciudades podrán competir diversas entidades por captar afiliados, en muchos casos la competencia se verá dificultada por la circunstancia de que los pobladores concurren habitualmente al consultorio más próximo a su domicilio. Más evidente se hace el problema en las áreas rurales y de poca población.

Más aún, queda por resolver el tema de los hospitales de alta especialización (tórax, neurocirugía, etc.), los que requerirán aportes especiales. Del mismo modo, los planes de vacunación y otros que presenten externalidades positivas deberán poder ser implementados eficientemente a través de estas unidades descentralizadas.

Finalmente, una de las críticas más frecuentes respecto de la implementación de un sistema de pago per cápita es la dificultad que tendría el Estado para poner en marcha el modelo. Las propuestas reseñadas son alternativas que tienen cierta complejidad, pero que no implican dificultades insalvables en su materialización.

B) Subsidio simple a las personas que optan por afiliarse a una Isapre

Este modelo consiste en que parte de los fondos que tradicionalmente se han utilizado para financiar la oferta de prestaciones médicas en los establecimientos públicos se destinen a subsidiar a los trabajadores dependientes de ingresos medios y bajos, para que éstos puedan ejercer el derecho de opción consagrado en la Constitución Política del Estado y elegir la institución privada que más se adecue a sus preferencias.²²

Los recursos dispuestos por el Fisco como subvenciones serían asignados a los trabajadores *dependientes*, según la cantidad de componentes de sus respectivos grupos familiares. El objetivo, en una primera etapa, sería traspasar a todos los *cotizantes dependientes* y que actualmente son beneficiarios del régimen de salud estatal a las instituciones de salud previsional. Parece aconse-

²² Véase R. Caviedes, "Asignación de recursos en salud", *El Mercurio*, agosto de 1989.

jable, además, extender la aplicación de un subsidio a los trabajadores *independientes*; no obstante, la metodología a utilizar sería distinta y no se describe ni evalúa en este trabajo. Cabe destacar que los aportes que éstos hacen son voluntarios, por lo que resulta muy difícil determinar las rentas efectivas que servirán para calcular el monto del subsidio. Para acreditar los ingresos podría servir, por ejemplo, la declaración de rentas efectuada ante el Servicio de Impuestos Internos.

En la materialización de este modelo resulta imprescindible considerar a las instituciones de salud previsional, debido a que éstas constituyen un sistema consolidado y complementario al estatal, que está debidamente regulado y que contempla garantías suficientes para los usuarios.

Antes de analizar la operatoria del modelo propuesto es conveniente conocer las características más relevantes que tiene el sistema de instituciones de salud previsional.

Características del sistema Isapres²³

- a) Las Isapres están reguladas por ley en la medida que las cotizaciones que ellas perciben son de carácter obligatorio, y sustituyen al Estado en el otorgamiento de las prestaciones de salud y en el pago de subsidios por enfermedad común;²⁴
- b) Permite el ejercicio de la libertad de opción de las personas, esto es, existe la posibilidad de desafiliarse del régimen estatal de salud para optar por una Isapre;
- c) La ley contempla beneficios legales mínimos, de medicina preventiva, control materno-infantil y pago de subsidios por enfermedad;
- d) Cada Isapre puede convenir libremente con el afiliado el otorgamiento, forma y condiciones de las prestaciones y beneficios para la recuperación de la salud;
- e) Están sometidas al control y supervigilancia de una Superintendencia, y su operación para el otorgamiento de beneficios pactados con sus afiliados está resguardada con garantías reales equivalentes a casi un mes de cotizaciones del sistema (US\$ 36 millones a octubre 1992);

²³ R. Caviedes, "Desarrollo del sistema privado de salud Isapre", *Revista de Administración en Salud*, N° 19, Universidad de Chile, 1992.

²⁴ Como ya se señalara, las Isapres chilenas constituyen el único sistema de prepago inserto como un subsistema de salud previsional complementario al estatal. En esto difiere enormemente de otros sistemas de prepago o seguros de salud existentes en otros países.

- f) El porcentaje mínimo de las remuneraciones destinadas a financiar las prestaciones de salud es igual, cualquiera sea la opción elegida, estatal o privada (7% de la renta);
- g) Permite que particulares se organicen y asuman la gestión de un sistema de salud previsional. Esto ha significado una instancia de participación social legítima dentro de una sociedad libre.

El sistema de Isapres presenta otros elementos que por su relevancia merecen ser comentados con mayor detalle. Estos son: a) la libre competencia, y b) la toma de conciencia de los trabajadores. Analizaremos someramente el significado de cada uno de estos aspectos.

a) *Libre competencia*

El marco normativo que regula las instituciones de salud previsional contempla barreras de entrada simples y libres de burocracia para constituir una entidad de esta naturaleza. Ello ha hecho posible la existencia de numerosas instituciones que ofrecen una multiplicidad de planes de salud. En efecto, existen treinta y cuatro Isapres, de las cuales quince pertenecen a grupos de trabajadores o a grandes industrias y ocho a sociedades médicas. Asimismo, dos de estas entidades transan sus acciones en el mercado bursátil, una es cooperativa, siete no tienen fines de lucro, dos están asociadas a entidades transnacionales, catorce son de provincias y, últimamente, varias emprenden el camino de la internalización de sus negocios.

b) *Cambio de mentalidad*

Merece especial consideración la decisiva influencia que este sistema ha ejercido en la mentalidad de los trabajadores, en la medida que han tomado real conciencia de los derechos que emanan de la cotización para salud. Así, cada trabajador sabe con absoluta certeza que dichas cotizaciones le permiten el acceso a ciertos beneficios que van en estricta relación con el monto de sus aportes. Esto ha posibilitado que hoy, tanto en lo que respecta a las cotizaciones para salud como para previsión,²⁵ el trabajador perciba la importancia que

²⁵ El sistema previsional chileno (Administradoras de Fondos de Pensiones, AFP) es de capitalización individual, razón por la cual los beneficios que obtienen los trabajadores también están en estricta relación con sus aportes, tal como el sistema Isapre. Esto ha significado que la evasión de cotizaciones y la "subcotización" sólo se produce en el sector estatal.

tienen sus aportes previsionales y tome conciencia de la relación directa que existe entre sus deberes y sus derechos, entre el esfuerzo y los beneficios, entre el trabajo personal y la recompensa.

Operación del modelo

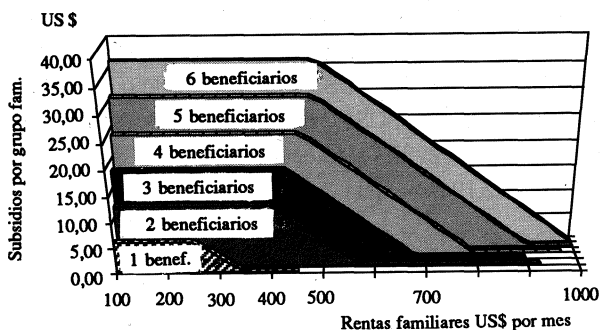
El modelo, como ya se señaló, supone la entrega de un monto per cápita variable a cada individuo para que éste adicione dicho aporte a sus cotizaciones y pueda optar a un plan de salud en una institución privada.

Dicho monto se calcularía teniendo en consideración el gasto variable en que el Fisco incurre por persona, esto es, equivalente a lo que el Estado —en promedio— dejaría de gastar en atención médica curativa y preventiva y en licencias por incapacidad laboral, en cada individuo (véase Anexo N° 1). Se estima que el subsidio neto que aportaría el Fisco sería de alrededor de 6 dólares mensuales como máximo por cada persona, según se demuestra en el Anexo N° 1.

Además, dependiendo del número de componentes del grupo familiar, existiría un cierto tope o valor máximo que cada familia podría acumular, vale decir, si la suma de las cotizaciones más el subsidio per cápita superara dicho tope, el subsidio se aplicará sólo hasta completar esa cifra (columnas “Subsidio” y “Total” del Cuadro Nº 1). En este caso, como se muestra en el Gráfico Nº 3, si el individuo incrementa la cotización (por ejemplo aumenta la renta, horas extras, bonos, etc.) el subsidio disminuiría en esa cantidad. Si bien la fórmula parece compleja, en la práctica no lo es, puesto que la Isapre calculará simplemente el subsidio, como la diferencia que se produce entre dicho tope y la cotización total que efectúa el grupo (columna “Subsidio” del Cuadro Nº 1-B).

Para el cálculo y determinación del tope se consideraría un monto cercano al precio mínimo de los planes ofrecidos actualmente en el mercado.

GRÁFICO N° 3 SUBSIDIOS PERCIBIDOS SEGÚN GRUPO Y RENTA FAMILIAR



Así, para un afiliado sin cargas, el tope de cotización para tener derecho al subsidio, se ha fijado en este modelo en forma arbitraria, en US\$ 24. Si tiene una carga (cónyuge) el tope se incrementaría a US\$ 40, y en US\$ 8 más por cada hijo adicional y en US\$ 6 por cada carga de la quinta en adelante (Cuadro N° 1-A).

CUADRO N° 1-A

Beneficiarios	Topes US\$		
1	24,00	4	56,00
2	40,00	5	64,00
3	48,00	6	70,00
		C/carga \$ 4,00 Adicional	

Estos topes serían reajustables automáticamente de acuerdo al Índice de Remuneraciones o a otro indicador apropiado. Los montos indicados como topes son susceptibles de ser determinados de acuerdo a alguna fórmula distinta a la propuesta; por ejemplo, estableciendo un precio máximo para el plan con derecho a subsidio, de acuerdo a los estándares de salud que el Estado quiera que las Isapres les proporcionen a las personas subsidiadas, o bien definiendo un tope variable que cambie paulatinamente para evitar desincentivos al aumento de la cotización.

El Cuadro N° 1-B representa una serie de cotizantes clasificados por rentas entre US\$ 100 y US\$ 1.000 y según su grupo familiar, entre 1 y 6 personas beneficiarias. Se entiende que el cotizante está incorporado como beneficiario, de tal forma que cuando el Cuadro se refiera a 3 beneficiarios, significa que está incluido el cotizante más dos cargas. Así, por ejemplo, para calcular el subsidio que le correspondería a un afiliado con tres cargas que recibe en un mes determinado una renta de US\$ 650, vemos en la columna correspondiente a 4 beneficiarios, que a ese grupo familiar le corresponde un tope de US\$ 56. Pero como éste cotiza US\$ 45,50, el subsidio de ese mes será de US\$ 10,50 (56-45,5), vale decir, US\$ 2,63 per cápita. Del mismo modo, si le aumenta la renta a US\$ 675, el mes siguiente recibirá US\$ 8,75 por concepto de subsidio, o sea US\$ 2,19 per cápita.

CUADRO Nº 1-B (CONTINUACIÓN)

Renta US\$	Cotización Legal		Benef. 1		Tope 24,00		Benef. 2		Tope 40,00		Benef. 3		Tope 48,00		Benef. 4		Tope 56,00		Benef. 5		Tope 64,00		Benef. 6		Tope 70,00		
	(a) 7%	(b) Subsid.	(a+b) Total	Subsid.		Total	Subsid.		Total	Subsid.		Total	Subsid.		Total	Subsid.		Total	Subsid.		Total	Subsid.		Total	Subsid.		Total
700	49,00		49,00			49,00			49,00			0,00			49,00			56,00			15,00			21,00			70,00
725	50,75		50,75			50,75			50,75					50,75			56,00			13,25			19,25			70,00	
750	52,50		52,50			52,50			52,50					52,50			56,00			11,50			17,50			70,00	
775	54,25		54,25			54,25			54,25					54,25			56,00			9,75			15,75			70,00	
800	56,00		56,00			56,00			56,00					56,00			56,00			8,00			14,00			70,00	
825	57,75		57,75			57,75			57,75					57,75			57,75			6,25			12,25			70,00	
850	59,50		59,50			59,50			59,50					59,50			59,50			4,50			10,50			70,00	
875	61,25		61,25			61,25			61,25					61,25			61,25			2,75			8,75			70,00	
900	63,00		63,00			63,00			63,00					63,00			63,00			1,00			7,00			70,00	
925	64,75		64,75			64,75			64,75					64,75			64,75			0,00			64,75			70,00	
950	66,50		66,50			66,50			66,50					66,50			66,50						66,50			70,00	
975	68,25		68,25			68,25			68,25					68,25			68,25						68,25			70,00	
1,000	70,00		70,00			70,00			70,00					70,00			70,00						70,00			70,00	

El tope representa el monto máximo que puede acumular un cotizante (cotización legal + subsidio per cápita), según el número de componentes del grupo familiar (beneficiarios). Si la suma de la cotización más el subsidio supera el tope, el subsidio se aplica por diferencia hasta completar el tope, de tal forma que el subsidio decrece paulatinamente según aumentan las cotizaciones, tal como se observa en el cuadro anterior.

Las cifras aquí expuestas constituyen sólo un modelo sobre el cual se puede discutir tanto el subsidio per cápita como los topes para cada grupo familiar. El subsidio per cápita considerado en este modelo es de US\$ 6 al mes.

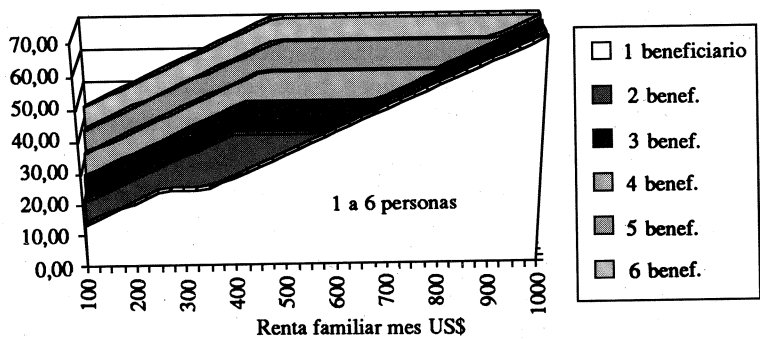
El cálculo del subsidio es lineal, no discreto. En el cuadro anterior se utilizaron como ejemplo rentas que varían cada US\$ 25, no obstante que la idea es que el subsidio se calcula por diferencia, como se indicó. La columna señalada con 1 representa el cálculo del subsidio para una persona sin cargas. La que señala el número 2 representa un afiliado más una carga, y así sucesivamente hasta seis cargas. Las columnas que indican "subs." muestran el subsidio resultante para ese grupo familiar. La columna "total" señala el monto disponible por el afiliado (cotización más subsidio) para optar por un plan de salud.

El Gráfico N° 4 representa los ingresos totales de distintos grupos familiares (entre una y seis personas). Se aprecia que en la medida que se incrementan los ingresos familiares, el subsidio se aplica sólo hasta completar el tope. Así, por ejemplo, el afiliado con una carga que percibe entre US\$ 400 y US\$ 550 alcanza el tope con el subsidio correspondiente y su disponibilidad total en ese tramo para optar a un plan de salud se mantiene constante. Al respecto, se ha sugerido que el tope sea variable, vale decir, que aumente levemente para no desincentivar la cotización, lo que parece muy razonable.

Fiscalización

La fiscalización del sistema le competiría a la Superintendencia de Isapres. Para tales efectos, cada Isapre deberá rendir cuenta detallada al Estado de los montos que cobre mensualmente, mediante un listado con la identificación de las personas subsidiadas, y los montos de subsidio que le corresponden a cada una, calculados por diferencia con las cotizaciones aportadas ese mes, como se señaló. Además, la Isapre indicará el total del subsidio que girará de la cuenta corriente fiscal, de la misma forma como opera en la actualidad el giro de los fondos correspondientes a los subsidios maternos del Fondo Único de Prestaciones Familiares. En todo caso, la norma que regule los subsidios deberá establecer sanciones para los afiliados que declaren rentas falsas o adulteradas con el fin de obtener indebidamente este beneficio.

GRÁFICO N° 4 COTIZACIÓN MÁS SUBSIDIO



Financiamiento

En el Anexo N° 1 se ha hecho una estimación del costo que tendría la aplicación de este subsidio. Por el alcance y objetivo de este trabajo, en ningún caso se ha pretendido entregar una evaluación económica al respecto; sin embargo, las cifras preliminares (Anexo N° 1) muestran que se requeriría de US\$ 28,2 millones para financiar el subsidio a 2,8 millones de personas, en un programa aplicado paulatinamente en cuatro años. El subsidio se ha proyectado en tal plazo, por cuanto se ha estimado que la capacidad anual de crecimiento del sistema Isapre podría aumentarse como consecuencia de la aplicación del subsidio. Cabe señalar que en los últimos dos años estas instituciones han incorporado más de 400.000 beneficiarios anuales.

CONCLUSIONES

En primer lugar, el modelo es de fácil implementación, atendido que no requiere de reformas profundas, sino que está basado en instituciones existentes y conocidas, lo que permitiría su aplicación a corto plazo.

Segundo, se puede aplicar paulatinamente, según los recursos que el Estado quiera destinar a ello, regulando de esta forma el traspaso de los beneficiarios a las Isapres y extendiéndolo en forma gradual hasta llegar, al menos al, 60 % de la población, lo que dependerá del nivel de ingreso y ocupación del país (véase Anexo N° 2). Este porcentaje podrá verse incrementado en la medida en que se produzca una mejoría en la situación económica.

Tercero, el Estado podrá destinar todos sus recursos y su preocupación a los beneficiarios que permanezcan en el régimen de salud estatal, para que éstos gocen de un servicio adecuado, digno y eficiente mientras no puedan acceder al sistema privado. De igual modo, todas aquellas acciones de salud indelegables, por las externalidades que presentan, serán mejor efectuadas por el Estado.

Además, cualquier reforma que se quisiera efectuar en el sector gubernamental sería considerablemente más simple, desde el punto de vista operacional, si los Servicios de Salud atendieran a una población más reducida.

Previas ciertas reformas legales, los hospitales públicos obtendrán ingresos provenientes de la venta de las prestaciones otorgadas a las personas beneficiarias del subsidio. Ello debería estimular una mejoría en la calidad del

servicio y en su administración, motivadas por la captación de estos eventuales ingresos.

Por último, el incremento significativo del número de beneficiarios del sistema producirá una reducción en los precios de los planes de salud. Ello tiene su fundamento en una reducción de los costos de administración por las economías de escala que se generan y en una mayor diversificación del riesgo para estas instituciones.

Críticas al modelo

Se señala que el hecho de traspasar al sistema de Isapres a la población relativamente más rica significará que el Estado deberá financiar aquella parte correspondiente a los subsidios cruzados que estos afiliados aportan como contribuyentes respecto de los beneficiarios más pobres. Mas, como ya se explicó, los subsidios cruzados son ineficientes e injustos, razón por la cual éste es un problema que tarde o temprano el Estado deberá resolver.

Asimismo, se argumenta que resultaría poco eficiente desde un punto de vista social subsidiar a los beneficiarios del sector estatal relativamente más ricos para que se trasladen a una Isapre, puesto que el beneficio sería mayor si ese subsidio se aplicara a los más pobres. Al respecto, se puede señalar que los afiliados más ricos gastan más en salud y al trasladarse al sector privado liberarían recursos físicos, humanos y financieros que permitirían mejorar la atención de los desposeídos. Sin embargo, si bien es cierto que una parte de la población abandonaría el sistema gubernamental, no lo es menos que hay necesidades insatisfechas en los más pobres, quienes consumirían por ello parte de los recursos hospitalarios liberados. En otras palabras, un sistema estatal más expedito, con menos rechazo, aunque tenga menos afiliados, no implicaría una reducción inmediata del gasto en salud pública.

Otra crítica apunta al hecho de que las personas de rentas bajas no están capacitadas para afiliarse a una Isapre, ya que eventualmente podrían elegir —por desconocimiento— clínicas o médicos no adecuados a sus ingresos y a la cobertura financiera que les otorga su plan de salud. La hipótesis es muy discutible puesto que hoy todos los beneficiarios del sistema estatal tienen derecho a la modalidad de libre elección y por medio de ésta pueden hospitalizarse en la mejor clínica del país aunque reciban de Fonasa una bonificación mínima. Lo cierto es que nada faculta al Estado para asumir decisiones por el consumidor y restringir la libertad de opción de los individuos. Lo que cabe es establecer métodos de información adecuados y oportunos para que el merca-

do opere correctamente y para que el afiliado, cuando requiera atención médica, pueda elegir en la forma más conveniente.

Asimismo, se señala que el subsidio a la demanda encarecería substancialmente el costo de la salud. Prueba de ello sería el sistema norteamericano. Sin embargo, el modelo chileno difiere de éste, entre otras razones, porque el sistema norteamericano no contempla para el usuario un copago moderador que regula, indefectiblemente, el precio de las prestaciones médicas. En los sistemas de salud deben prevalecer la libertad para optar y la equidad sobre todas las cosas. De lo contrario, se podría argüir que si la atención médica institucionalizada resultara más económica que la privada, el Estado debería restringir el ejercicio liberal de la profesión, lo que a todas luces resulta absurdo.

Finalmente, aunque resulta imposible prever la totalidad de los efectos que se producirían como consecuencia de la aplicación de una reforma de tal naturaleza, es evidente que su puesta en marcha conlleva desde el punto de vista social resultados positivos, y, sin lugar a dudas, será más eficiente que la actual política utilizada por el Gobierno, consistente en aumentar los aportes directos a los hospitales estatales, aun cuando éstos sean dotados de mayor flexibilidad en su administración.

ANEXO N° 1

ESTIMACIÓN DE UN SUBSIDIO A LA DEMANDA PARA AFILIARSE A ISAPRES

Cálculo preliminar del subsidio

Como ya se señaló, el alcance y objetivo de este trabajo no es efectuar una evaluación socioeconómica, sino dar las pautas básicas para un estudio más profundo.

Se propone, en una primera etapa, consistente en un plan a cuatro años, alcanzar a 1 millón de cotizantes, vale decir 2,8 millones de personas beneficiarias. Esto es equivalente a la población de cotizantes "dependientes" que actualmente son beneficiarios de Fonasa, tal como se observa en el Cuadro N° 1. Obviamente, ello no basta para que, esta metodología se haga extensiva a una población mayor sino que por el contrario, servirá de base para estudiar su aplicación a otros segmentos.

El traspaso de 2,8 millones de beneficiarios requeriría de aportes marginales para el sector salud y que por tanto se concluye que es perfectamente factible.

Procedimiento

Básicamente se divide en dos áreas. En el punto 1 se determina cuál es el monto máximo que en teoría se podría “distribuir” en subsidios a los beneficiarios. En el punto 2 se estiman los efectos financieros que tendría para el Estado “trasladar” 2,8 millones de beneficiarios a las Isapres.

1. Determinación del subsidio máximo teórico

Para calcular el subsidio máximo teórico per cápita dividiremos el *gasto corriente* (véase Gráfico N° 1) del SNSS por el número estimado de beneficiarios que hacen uso de la modalidad institucional (se estiman 7.000.000 de beneficiarios):

Gasto corriente del SNSS

(en millones de dólares, para el año 1992 según presupuestos provisorios de Fonasa, Véase Gráfico N° 1)

Personal	261,24
Bienes y servicios de consumo	233,00
Pago de subsidio incapacidad laboral	24,90
<hr/>	
Total gasto corriente	US\$ 519,14

Cálculo del gasto corriente promedio en los servicios de salud estatales, US\$ por beneficiario al mes, en US\$:

$$\text{US\$ } 519,140,000 / 7,000,000 / 12 = \text{US\$ } 6,18 \text{ al mes por beneficiario.}$$

Esta cifra corresponde al monto *máximo teórico* que se podría entregar como subsidio, si se distribuyera lo que se gasta en dar salud a los beneficiarios de los servicios estatales. Cabe destacar, además, que el presupuesto de los

servicios de salud está siendo incrementado año a año en forma considerable, por lo que cuando el lector analice esta cifra, ya estará absoluta.

2. Determinación de ahorros y gastos para el Estado

A continuación, se estimarán los efectos financieros que provocaría el traslado a las Isapres de los beneficiarios subsidiados, esto es, los ahorros y los gastos que se producirían. Se analizan los siguientes rubros: 1. Menores ingresos por cotizaciones; 2. Ahorros operacionales del SNS; 3. Mayor gasto para financiar subsidio; 4. Mayores ingresos por venta servicios del SNSS; 5. Ahorros en Subsidios Incapacidad Laboral CCAF; y 6. Ahorros en Modalidad Libre Elección Fonasa.

2.1 Menores ingresos del Fisco por concepto de cotizaciones no percibidas

De acuerdo a las estadísticas del Cuadro N° 1 (cifras de marzo 1992), hubo 4.281.476 afiliados activos adscritos a las Administradoras de Fondos de Pensiones, AFP, de los cuales 4.150.526 (N° 3 del Cuadro N° 1) se afiliaron siendo “dependientes” de un empleador. Sin embargo, sólo 2.110.518 (N° 4) cotizaron efectivamente como trabajadores dependientes. Si del total restamos aquellos trabajadores “dependientes” que están afiliados a las Isapres, (1.087.015 cotizantes) habría aproximadamente 3.063.511 (N° 7) de “trabajadores dependientes beneficiarios de Fonasa”. De éstos, 2.040.008 (N° 5) de trabajadores no cotizaron como dependientes en su AFP en el mes de marzo.

a) *Morosidad supuesta*

Las cifras anteriores muestran que sólo el 50,85% de los afiliados a las AFP cotizaron ese mes. No obstante, *todos* tuvieron derecho a algún sistema de salud. El 26,19 de los afiliados a una AFP es cotizante de alguna Isapre donde la evasión o morosidad en sus aportes para salud es mínima. Para los efectos, se ha supuesto un 5% de evasión, esto es 54.351 cotizantes “AFP-Isapres”. Así, el resto de los AFP “no cotizantes” serían 1.985.657 (N° 9) de los cuales suponemos que el 40% de ellos cotiza sólo el monto mínimo en Fonasa, en forma independiente o por cuenta propia. Así, podremos estimar que la evasión o no pago de cotizaciones de los trabajadores dependientes que

hacen uso del régimen de salud estatal ascendería al 38,89% *del total de los cotizantes AFP-Fonasa*. No se han considerado los trabajadores que aún cotizan en el sistema estatal de pensiones del Instituto de Normalización Previsional (INP), por considerar que no es relevante para el ejercicio.

*b) Cálculo de cotizantes beneficiarios
del régimen estatal de salud afiliados a una AFP*

Finalmente, si a los 2.110.518 de cotizantes de AFP (N° 4) se les restan los dependientes afiliados a las Isapres (1.087.015), quedarán 1.023.503 (N° 11) de trabajadores cotizantes AFP que son además beneficiarios del régimen de salud estatal. Esta cifra coincide con la mostrada al final del Cuadro N° 2 (1.028.527), obtenida restándoles a los cotizantes AFP según tramos de rentas, los cotizantes en Isapres. Este universo de personas es el susceptible de recibir un subsidio.

c) Beneficiarios por cotizantes

Según estadísticas del sistema Isapres hay 2,39 beneficiarios por cotizante (1,39 cargas por cotizante). No obstante, por el grupo socioeconómico de que se trata supondremos 2,8 beneficiarios por cotizante.

CUADRO N° 1 ANÁLISIS PARA TRABAJADORES DEPENDIENTES AFP
Junio de 1992

Calidad de los trabajadores		Número	Porcentaje
Afiliados AFP Total	(1)	4.281.476	100,00
Afiliados Isapre Total	(2)	1.160.039	27,09
Afiliados dep. AFP	(3)	4.150.526	100,00
Cotizantes dep. AFP	(4)	2.110.518	50,85
Total no cotizantes AFP	(5)	2.040.008	49,15
Afiliados dep. Isapre	(6)	1.087.015	
Dependientes Fonasa	(7)	3.063.511	
Cotizantes dep. Fonasa	(11)	1.023.503	
AFP-Isapre no cotizantes	(8)	54.351	
Dep. AFP-Fonasa no cotizantes	(9)	1.985.657	
Fonasa no cotizantes	(10)	1.191.394	38,89

- (1) (3) (4) = Fuente: Boletín Superintendencia de AFP, junio de 1992.
 (2) y (6) = Fuente: Superintendencia de Isapres, junio de 1992.
 (5) = (3) - (4)
 (7) = (3) - (6)
 (9) = (5) - (8)
 (8) = Se supone una morosidad de un 5%
 (10) = Suponemos que el 40% de los AFP No Cotizantes
 (9) cotizan sólo en Fonasa como independiente.
 (11) = (4) - (6) Mercado objetivo del subsidio.

CUADRO N° 2

Tramos de renta \$ chilenos	Cotizantes AFP (1)	Cotizantes Isapre (1)	Cotizantes Fonasa
Menos de 30.000	167.791	9.702	158.089
31-100	1.180.692	247.843	932.849
101-150	286.404	224.493	61.911
151-200	145.867	108.783	37.084
210-300	140.867	121.360	19.507
301-tope	193.921	209.062	0
Otros		165.772	
Total	2.115.542	1.052.488	1.028.527

Cifras aproximadas a junio de 1992 por el autor.

Nota (1): El número de "cotizantes" por tramos de renta en el cuadro anterior puede presentar ciertas variaciones, por cuanto la información disponible en los Boletines de la Superintendencia de AFP y de Isapres (mes de junio de 1992), no coincide en algunos tramos de renta, por lo que los datos se han debido aproximar. La renta promedio resultante es de US\$ 22 (\$ 76.943), considerando los tramos bajo \$ 301.000, que serían las rentas donde estarían concentradas las personas que recibirían el subsidio. Los cotizantes Fonasa se obtienen por diferencia.

En consecuencia, el Fisco dejaría de percibir aproximadamente US\$ 113 millones al año.

Ello se debe a que con el subsidio se desafiliarían del régimen de salud estatal los trabajadores cotizantes, o sea aproximadamente *un millón de cotizantes* con una renta promedio de US\$ 220 mes, según el Cuadro N° 2. De éstos, un 61,11% paga efectivamente la cotización correspondiente del 7% de la renta (38,89% evasión o morosidad nunca recobrada por el Estado, según se señaló en a):

1 millón de cotizantes *US\$ 220 *7% *12 *61,11% = US\$ 112,93 millones al año.

Esto corresponde al 36% del total de las cotizaciones percibidas (US\$ 316,4 millones al año según Gráfico N° 1). La diferencia la aportarían los cotizantes pensionados y trabajadores independientes no considerados en este estudio.

2.2 Estimación de los ahorros operacionales por la desafiliación de 1 millón de cotizantes más sus cargas, del régimen de salud estatal (2.800.000 personas)

El gasto corriente estatal mensual, determinado en el punto 1, es de US\$ 6,18 al mes per cápita, por lo tanto, esto representa:

$$2,8 \text{ millones de benef.} * \text{US\$ } 6,18 \text{ mes} * 12 \text{ meses} = \text{US\$ } 207,65 \text{ millones al año.}$$

No obstante, supondremos que efectivamente sólo se ahorra el 70% de esta cantidad al año, puesto que una parte de estos recursos corresponden a gastos fijos de las instituciones públicas. Como es sabido, en el tiempo ningún gasto es fijo, por lo que debería ahorrarse una mayor parte de estos recursos. Considerando la alternativa menos optimista, tendríamos:

$$\text{Ahorro del SNSS } 207,65 * 70\% = \text{US\$ } 145,36 \text{ millones al año.}$$

2.3 Cálculo de los mayores recursos fiscales requeridos para financiar el subsidio a la demanda

Si el monto máximo del subsidio es US\$ 6,18, el promedio del subsidio per cápita sería de US\$ 3 por persona al mes (el subsidio disminuye si aumenta la renta de las personas, es decir varía de 0,1 a 6,18). En consecuencia, el gasto anual en subsidio sería de:

$$2,8 \text{ millones de benef.} * \text{US\$ } 3 * 12 \text{ meses} = \text{US\$ } 100,8 \text{ millones al año.}$$

2.4 Determinación de mayores ingresos del SNSS por venta de servicios a las Isapres

Parte de los beneficiarios subsidiados demandarán prestaciones de salud en los hospitales de los servicios de salud, simplemente porque no existe

infraestructura privada suficiente para todos. Por tal razón suponemos que parte de los ingresos que percibirán de estos afiliados se gastarán comprando servicios a los hospitales públicos.

a) El total de nuevos ingresos que recibirán las Isapres por concepto de cotizaciones y subsidios de los nuevos afiliados (millones de US\$)

Cotizaciones ($220 \times 7\% \times 12$)	184,80	(Punto 1,4)
+ Subsidio para salud/año	100,80	(Punto 3)

Total: US\$ 285,60 millones al año.

b) El Gasto en Salud representa el 59% del total de ingresos.²⁵ De eso, el Gasto en Atención Cerrada significa el 37,9% del gasto en salud.

En consecuencia, supondremos que retornarían a los hospitales públicos por la venta de servicios lo siguiente:

$$59\% \times 37,9\% \times 285,60 = \text{US\$ } 63,86 \text{ millones al año.}$$

Se estima un costo de producción de dichos servicios en un 80% de los ingresos hospitalarios.

$$\text{US\$ } 63,86 \times 0,80 = \text{US\$ } 51,08 \text{ millones al año.}$$

(Como se aprecia, no hemos supuesto ningún ingreso en los hospitales públicos por la venta de consultas, procedimientos, exámenes ambulatorios, etc., los que contribuirían a mejorar el proyecto si se produjesen).

2.5 Ahorros por Subsidios por Incapacidad Laboral (SIL)

El Fisco dejará de financiar los déficit de los subsidios por incapacidad laboral, pagados por las Cajas de Compensación (Gráfico N° 1):

²⁵ Fuente: *Boletín Estadístico de la Superintendencia de Isapres*, año 1991 (Isapres abiertas).

Supondremos que el Fisco ahorraría la proporción correspondiente a los afiliados dependientes, que se desafiliarían del régimen estatal. Suponemos el 90%:

Gasto en SIL pagados por CCAF	= US\$ 14,33 millones al año.
14,33* 90%	= US\$ 13,43 millones al año.

2.6 Ahorros en la medicina curativa de la modalidad de libre elección (Fonasa):

Fonasa ahorraría la parte correspondiente a las bonificaciones que se otorgan a los beneficios que se desafilian.

De acuerdo al Gráfico N° 1:

Aportes de Beneficiarios	US\$ 60,93 millones
Gasto Total Libre Elección	US\$ 101,06 millones
Gasto Neto Libre Elección	US\$ 40,13 millones

De esta cifra estimaremos que el Fisco ahorraría la misma proporción de los afiliados dependientes que se desafiliarían del régimen estatal de salud:

US\$ 40,13 millones* 33%	=US\$ 13,24 millones al año
--------------------------	-----------------------------

Resumen:

US\$ Millones

1. Menores ingresos por cotizaciones	(112,93)
2. Ahorros operacionales SNSS	145,36
3. Mayor gasto para financiar subsidio	(100,08)
4. Mayores ingresos venta servicios SNSS	63,86
Costos de producción servicios (80% venta)	(51,08)
5. Ahorros en Subsidios Inc. Laboral CCAF	13,43
6. Ahorros en Modalidad Libre Elección Fonasa.	13,24
Aporte fiscal (déficit)	US\$ (28,20) millones.

3. Programa tentativo de entrega de los subsidios

El período de aplicación de los subsidios dependerá de la capacidad comercial y operacional de las Isapres y del interés de las personas en hacer uso del beneficio.

Beneficiarios:

1er. año	700.000
2° año	1.400.000
3er. año	2.100.000
4° año	2.800.000

Conclusión respecto de las cifras

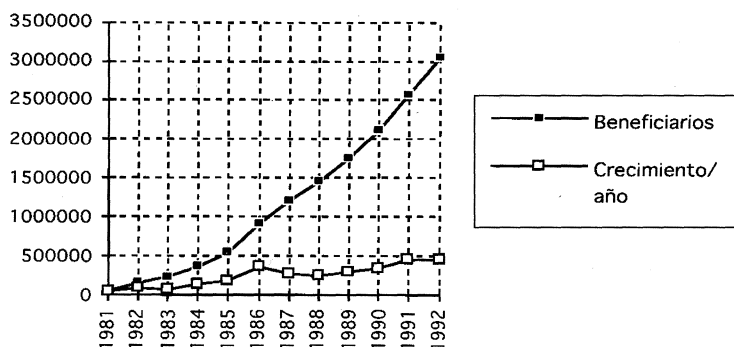
Según estas cifras preliminares, la aplicación de un subsidio a la demanda para que 2,8 millones de personas se afilien a una Isapre, representaría un mayor aporte fiscal mensual para el sector salud, al cuarto año (sistema en régimen) de US\$ 28,2 millones. (Aproximadamente el 3,1 % del presupuesto de 1992 de Fonasa), cifra que es irrelevante si se compara con los considerables incrementos presupuestarios de más del 50% que ha experimentado el sector estatal en los últimos años. El subsidio representaría al Estado 0,8 dólar al mes por beneficiario.

ANEXO N° 2**ANTECEDENTES ESTADÍSTICOS DEL SISTEMA DE ISAPRES**

**Crecimiento histórico de beneficiarios
(afiliado más sus cargas familiares)**

Año	Beneficiarios	Crecimiento anual	% en relación año anterior
1981	61.659	61.659	
1982	164.307	102.648	166,48
1983	229.844	65.537	39,89
1984	365.260	135.416	58,92
1985	545.587	180.327	49,37
1986	921.294	375.707	68,86
1987	1.205.004	283.710	30,79
1988	1.450.175	245.171	20,35
1989	1.756.169	305.994	21,10
1990	2.108.308	352.139	20,05
1991	2.566.144	457.836	21,72
1992	3.000.063	433.919	16,91
1993	3.450.000	450.000 Estimado	15,00%

Beneficiarios



Perspectivas del sistema Isapres

A diciembre de 1992 el sistema de Isapres tenía 3.000.063 beneficiarios (1.264.148 afiliados). El crecimiento en los años 1991 y 1992 fue de 457.836 beneficiarios y de 433.919 respecto del año anterior. Se espera que el año 1993 se incremente en 450.000 beneficiarios.

De acuerdo al crecimiento histórico del sistema Isapres, en los últimos dos años se han incorporado 445.878 personas al año en promedio. Según esta cifra y de mantenerse durante cuatro años este crecimiento, el sistema acumularía 4,8 millones de beneficiarios. Si a ello le sumamos las personas subsidiadas (2,8 millones) en esta primera etapa, se obtendría al cabo de cuatro años 7,6 millones de beneficiarios en el sistema privado de salud. Obviamente, la estabilidad en las reglas del juego del sistema y el crecimiento económico serán factores fundamentales para cumplir tales pronósticos.

Así, en la medida en que las personas relativamente más ricas pierdan el derecho al subsidio, el resto de la población se incorporaría a este beneficio, si el desarrollo y la economía del país lo permiten. En el intertanto, y mientras esto no suceda, serían atendidas en el sistema nacional deservicios de salud o en la modalidad de libre elección. □