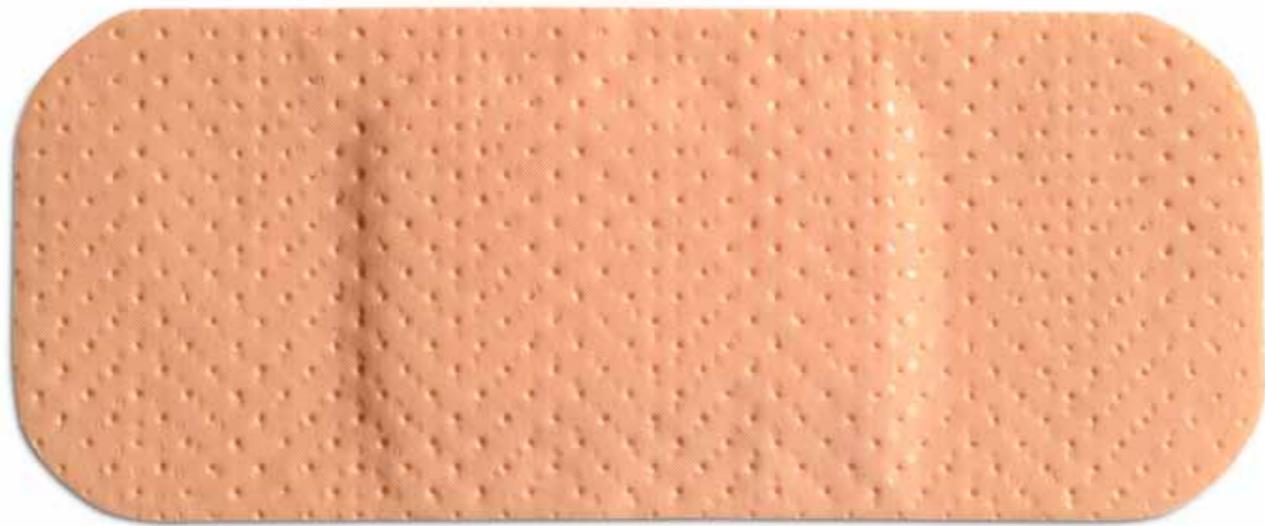


El nuevo plan de salud



Oe

Por Andrea Butelmann* y Matías Bórquez**

*Ph. D Economía, Universidad de Chicago. Directora del Magister en Economía Aplicada a Políticas Públicas UAH

**Ingeniero Comercial UAH, mención Economía.

El reciente anuncio de eliminación del embarazo como causal de preexistencia para ingresar a una Isapre nos enfrenta a los problemas del actual sistema de salud y lo complejo de su solución.

En materia de seguros hay dos tipos de incentivos perversos: el riesgo moral y la selección adversa. Ambos se refieren a comportamientos de los asegurados que dificultan el equilibrio en tales mercados. El riesgo moral habla del incentivo a ser menos cuidadoso una vez asegurado. Por ejemplo, al tener un seguro automotriz, el dueño del auto adoptará menos medidas anti robos. La selección adversa se refiere a que los individuos con mayores riesgos inherentes van a asegurarse más, produciendo un espiral de aumento de costos. Los dos fenómenos surgen de la asimetría

de información, ya que la aseguradora no sabe cómo distinguir entre individuos más y menos cuidadosos o, con más y menos riesgos inherentes.

La eliminación del embarazo como causal de preexistencia probablemente no produciría riesgo moral, en el sentido de que se tengan más hijos por el sólo hecho de acceder a una Isapre una vez embarazada. Pero sí, se puede dar fácilmente el fenómeno de la selección adversa, al decidir afiliarse recién cuando se entera que espera un hijo, es decir, se asegura sólo cuando está en "alto riesgo" de usar el seguro y el resto del tiempo no paga nada. Con esto, suben los costos a las Isapres y, consecuentemente, sus primas.

Hemos usado este ejemplo para contextualizar el análisis de la propuesta de

la Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Modelo y Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud.

LAS PREEXISTENCIAS, EL DEBILITAMIENTO DE LA COMPETENCIA Y LA SELECCIÓN ADVERSA

El sistema de Isapres es poco competitivo dado que el sistema de preexistencias y la multiplicidad de planes poco comparables reducen la movilidad de sus afiliados. A ello se suma la integración vertical entre aseguradores y prestadores que podría estar dificultando la entrada de nuevas Isapres. Sin embargo, una vez que se incorpora al análisis el concepto de selección adversa, se entiende que estos mecanismos -si bien impiden una sana competen-

cia-, están más motivados en un intento de enfrentar los efectos de la selección y reducir los costos de cada aseguradora. Es decir, son inherentes al sistema tal como está hoy concebido.

Pero, ya que es posible escoger dónde asegurarnos, los individuos con más riesgo de enfermarse son los que más se asegurarán. En Chile todos los trabajadores están obligados a cotizar, en planes privados, o en el sistema público FONASA. La selección adversa se da entonces, por la selección de los consumidores que son riesgosos y compran planes de alta cobertura (pueden pagarlo); por la reacción de la Isapre que rechazará a individuos de alto riesgo con preexistencia o los guiará hacia la maraña inentendible de planes más caros. Así, las preexistencias y la multiplicidad de planes son los instrumentos para enfrentar la selección adversa y -al mismo tiempo- eliminan el carácter de seguro de las Isapres pues elegirán sólo individuos cuya cotización sea mayor a sus gastos esperados en salud.

La solución propuesta por la Comisión es, obviamente, eliminar preexistencias para generar movilidad entre Isapres y reducir fuertemente el número de planes. En principio habría un solo plan y se podrían ofrecer algunas variaciones para redes de prestadores más caras, financiadas con cotizaciones adicionales a la obligatoria. Para reducir los riesgos que genera la selección adversa para cada Isapre, las cotizaciones obligatorias se recaudarían en un fondo que se repartiría entre Isapres en función del riesgo de su cartera. Es decir, se elimina la selección adversa emulando el caso hipotético de un solo asegurador al compartirse riesgos. Sin embargo, este fondo de compensación cubriría solamente a las Isapres y no a los adscritos a FONASA, que es casi el 80% de la población. Así, los problemas de selección adversa prevalecen y la Comisión -aun reconociéndolos- no hace propuestas para los traslados desde FONASA a Isapre ante una enfermedad de alto costo; precisamente, con el caso que comenzamos este artículo.

En resumen, estos cambios eliminan la discriminación en el sistema privado, ya

que todos pagarán lo mismo por igual cobertura sin importar edad, sexo ni condición. Lo que permitirá tener un seguro de por vida en que comparta los riesgos propios del ciclo vital.

RIESGO MORAL, COPAGO Y SOBREUSO

El riesgo moral surge de la información asimétrica. Si el asegurador pudiera determinar quién da un uso más racional al sistema de salud, podría incentivar tal comportamiento con reducciones en primas. Creemos que la asimetría de información no es total y que se podría avanzar en eficiencia cobrando menos, por ejemplo, a los no fumadores o a los que se mantienen delgados. En todo caso, desde este punto de vista es un gran avance eliminar la discriminación por edad y sexo, siendo claro que nada se puede hacer para no envejecer, ser mujer o estar en edad fértil.

La Comisión intenta enfrentar el riesgo moral recomendando regular los copagos de forma de desincentivar a la gente a solicitar prestaciones "innecesarias". Sin embargo, tal demanda, en especial la de exámenes médicos, es necesariamente inducida por los médicos, dejando a los afiliados con pocos grados de decisión. En este sentido, la Comisión Asesora añade una restricción en orden a prohibir que los prestadores ofrezcan seguros complementarios, lo que es un paliativo muy parcial al problema.

SEGURIDAD SOCIAL Y SU DEFINICIÓN

El mandato presidencial planteó que las reformas debían tender a un "sistema de seguridad social", sin ahondar en definiciones. La Comisión adoptó la definición de seguridad social -que este año emitió un grupo consultivo de la OMS que señala que en un sistema de seguridad social debe haber trasposos de jóvenes a viejos, de sanos a enfermos y de ricos a pobres. De cara a la tercera exigencia, la Comisión recomendó que el 7% de la -hasta ahora- cotización individual de salud pasaría a ser un aporte solidario.

Nos parece discutible que un seguro -con igual cobertura para todos- tenga

precios distintos para trabajadores con ingresos diferentes. En general, es más eficiente y equitativo hacer política redistributiva con los ingresos tributarios, que tienen una base más amplia de contribuyentes ricos. Se debe recordar que los ingresos del capital no contribuyen a la salud y que las contribuciones a la salud del 7% se aplican a los ingresos laborales de hasta 72,3 UF y que, los más pobres cotizan en FONASA. Por tanto este subsidio sería entre individuos de distintos ingresos, pero de clase media, o con ingresos superiores, pero con un aporte limitado por el tope mencionado.

La Comisión discutió estos tópicos y declaró que si bien lo óptimo es financiar el derecho a la salud con impuestos generales, descartó esta recomendación -al menos en el mediano plazo- ya que los impuestos en Chile no serían tan progresivos y, además, la reciente reforma tributaria para la educación imposibilitaría otra para salud.

El informe de la Comisión es un gran aporte para entender el origen de los problemas del sistema de salud en Chile y, sin duda, enriquecerá el debate. Sin embargo, la propuesta deja temas de fondo sin solucionar y demanda una cantidad de institucionalidad y regulaciones que ponen en cuestión su viabilidad y urgencia. En efecto, a pesar de que la Comisión debía focalizarse en los cambios para el sector privado de salud, ella manifiesta claramente que urge mejorar la organización de atención de salud del sector público.

Más complejo aún parece el hecho que la mayoría de comisionados vean los cambios propuestos por ellos como una transición hacia un sistema que integre totalmente el sistema de salud, dejando los seguros privados sólo para complementar con cotizaciones voluntarias. Sin entrar a dirimir entre las distintas propuestas de largo plazo, pareciera ser mucho trabajo político e institucional hacer cambios tan demandantes que sirvan sólo por 10 años. ■

Oe