

Reforma de salud en Estados Unidos:

Ideas para las Isapre chilenas

La reforma al sistema de salud de EE.UU. ha sido aprobada y ha hecho historia. Los temas de esta modificación tienen paralelos notables con los asuntos en discusión en las Isapre chilenas, y refuerzan los instrumentos de la ley de Isapre de 2005, que hasta el momento han sido implementados solo para la mitad de los beneficiarios. Por Verónica Vargas*

* Doctor en Economía. Investigadora Asociada y profesora Facultad de Economía y Negocios UAH.

4



La nueva ley de Protección al Paciente, que cambia integralmente al sistema de salud de Estados Unidos, tiene por objeto controlar los costos del sistema de seguros de salud y ampliar la cobertura a 32 millones de personas hasta ahora excluidas del mercado, ya sea porque las aseguradoras las consideran demasiado enfermas, porque la prima es demasiado alta para ellas o porque son adultos jóvenes sanos y creen no necesitar el seguro.

La reforma comprende un amplio conjunto de medidas. La más notable e innovadora, desde mi perspectiva, es el establecimiento de un mercado regulado y administrado por el gobierno (*exchanges*), que se usará para extender la cobertura a grupos hasta ahora sin seguro. En él los consumidores podrán comprar un seguro, comparar los beneficios y los precios, y elegir el plan que mejor se adapte a sus necesidades.

La reforma estadounidense abre interesantísimas perspectivas para abordar los problemas actuales de los beneficiarios de las Isapre chilenas, especialmente los de aquellos “cautivos”, y el tema de las enfermedades preexistentes¹.

Como ocurría con los seguros de salud privados en Estados Unidos antes de la reforma, las Isapre chilenas no están hoy obligadas a aceptar a todos los solicitantes, sus primas pueden variar para reflejar las diferencias de edad, sexo y el estado de salud, y pueden excluir la cobertura de condiciones médicas preexistentes. La nueva ley en Estados Unidos prohíbe cualquiera de estas prácticas a través de un conjunto de medidas que deberían potenciarse simultáneamente.

Pero antes, hay que tener en cuenta una de las características particulares del mercado de salud: las demandas individuales de servicios son inciertas, nadie sabe si se va a enfermar, de qué, o qué tratamiento necesitará ni por cuánto tiempo. Sin embargo, a nivel agregado sí se puede predecir la cantidad de servicios para una población determinada dadas sus características. Una aseguradora, pública o privada, es capaz de absorber los riesgos individuales de todos sus asegurados y convertirlos en un único riesgo o riesgo promedio. Esto se conoce como *prima comunitaria*. De ese modo se distribuye la carga financiera entre las personas menos y más propensas a requerir servicios de salud.

Sin embargo, en un mercado compe-

titivo, sin regulaciones, en el que los seguros tienen creciente acceso a información sobre las características socioeconómicas y clínicas de sus afiliados, los primeros tenderán a establecer una *prima actuarial*, es decir, una que refleje el costo esperado individual. Este puede variar por un factor de 10 si son consideradas las variables sexo y edad, y por un factor de 100 y más si agregamos el estado de salud.

Por otro lado, es necesario entender la racionalidad de los seguros. Como los pacientes en el momento de celebrarse el contrato tienen mayor información sobre su propia salud que los seguros, esto puede derivar en selección adversa: que los seguros atraigan una proporción excesiva de “malos” riesgos. Los seguros lo evitarán con variadas estrategias, que desgraciadamente también sirven para seleccionar a los “buenos” riesgos o “descremar”. Este es uno de los problemas más complejos de regular del sistema.

EL CASO CHILENO

En Chile las Isapre no garantizan cobertura indefinida a la tercera edad, a las personas con enfermedades crónicas no incluidas en el plan AUGE ni a los pacientes llamados “cautivos”. Así, por ejemplo, los resultados de un estudio de cohorte de la Superintendencia de Salud en 2009 arrojó que del grupo de adultos mayores afiliados en 1998, solo el 47% permanecía en el sistema en 2007.

El “descreme”, que se aprecia con gran claridad en el Gráfico 1, ha sido resistido legalmente por los afectados. Entre 2007 y 2009 se presentaron a la Corte de Apelaciones alrededor de diez mil recursos de protección contra las Isapre por el alza del precio de planes de salud. Además, el Tribunal Constitucional determinó, en tres casos, que alzas eran inconstitucionales.

En 2005 debutó una nueva ley de Isapre. Antes no había regulaciones de precios, ni compensaciones cruzadas y el *pool* de riesgo estaba tremendamente fragmentado en miles de planes de salud.

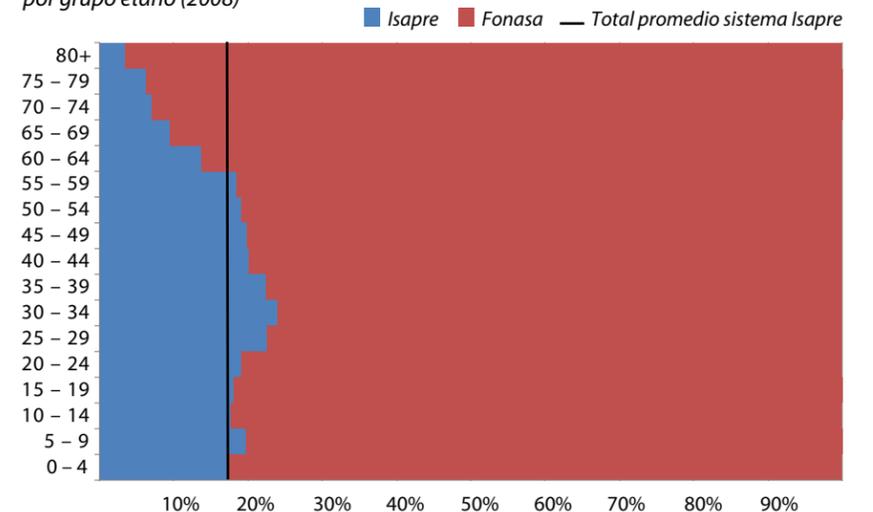
En este escenario, los jóvenes sanos pagan primas bajas y los adultos mayores, enfermos crónicos y mujeres en edad fértil —que generan mayores costos— pagan primas más altas, hay racionamiento de servicios claves para ellos y, además, negación de cobertura a las preexistencias. Es decir, en este escenario los seguros focalizan sus esfuerzos en la selección de riesgos o el famoso “descreme”.

Para atenuar estos problemas, la ley de Isapre de 2005 introdujo una prima mixta: dividió la cotización conceptualmente entre el Plan Complementario (enferme-

¹ Preexistencias son aquellas patologías diagnosticadas médicamente con anterioridad a la incorporación al seguro. Ellas pueden transformarse a un beneficiario en “cautivo” si la enfermedad se diagnostica mientras es beneficiario de un seguro: así estará obligado a permanecer “cautivo” porque no será aceptado por ninguna otra Isapre.

Gráfico 1

Distribución porcentual de beneficiarios Isapre y Fonasa por grupo etario (2008)



Fuente: Elaboración propia en base a datos Superintendencia de Salud y FONASA

5

dades no cubiertas por el AUGÉ), con una prima comunitaria ajustada por edad y sexo con banda de precios; y el AUGÉ garantizado (56 enfermedades), con una prima comunitaria plana asociada a un Fondo de Compensación.

La prima comunitaria ajustada por sexo y edad, correspondiente al plan complementario, comprende el 96,8% del total de las cotizaciones y está regulada de acuerdo a una banda de precios. De acuerdo a la ley, el factor de la mujer cotizante no podrá ser mayor a 9 veces (entre el mínimo y el máximo) y el factor del hombre cotizante a 14. Esta regulación limita a dos las tablas por Isapre (antes usaban miles) pero les da libertad para escoger su nivel de precios.

La prima comunitaria plana está acompañada de una compensación *ex post* a las Isapre a través de un Fondo de Compensación de Riesgos. Así, personas consideradas de más riesgo para las Isapre pagarán una prima menor a su costo esperado, pero la Isapre recibirá una prima cercana a su precio esperado. Este Fondo lo administra la Superintendencia de Salud, que calcula y supervisa las transferencias de compensaciones netas entre los seguros. Actualmente no supera el 3,2% del total del monto de cotizaciones, por lo tanto en la práctica es un *programa piloto*.

Sin embargo, el espíritu de la ley en la práctica no se ha cumplido: en el reglamento que elaboró la Superintendencia en consultas con las Isapre, la ley solo se aplica a los nuevos o antiguos afiliados que se han trasladado a un nuevo plan con posterioridad a la entrada en vigencia de la ley. En la práctica esto excluye a los adultos mayores y a las personas con enfermedades crónicas, que, como vimos, no pueden cambiarse a nuevos planes. En la práctica, la ley sólo se aplica al 46% de los afiliados.

LA REFORMA EN ESTADOS UNIDOS Y LO QUE PUEDE SERVIR PARA CHILE

1. Nuevas reglas para todos los seguros

La nueva legislación estadounidense prohíbe, a partir de 2014, que los seguros privados individuales voluntarios y grupales, y los nuevos mercados de seguros públicos que se crearán, pongan límites de por vida o anuales al gasto en la cobertura, cancelen el plan de salud a

las personas que se enferman, y nieguen cobertura a condiciones preexistentes a adultos y niños. Para que estas prohibiciones sean factibles, la ley introduce:

Un mandato obligatorio. En un sistema de seguro privado, no se puede exigir aceptar a todos los interesados, con sus condiciones preexistentes, a menos que se pueda demandar también que los sanos compren un seguro. De este modo, la propuesta incluye un mandato obligatorio para la compra de seguros. Si los ciudadanos o empresa con más de 100 trabajadores optan por no comprar cobertura, se enfrentan a una multa.

Beneficios de salud y tipo de planes. La reforma establece un paquete esencial de beneficios de salud. Se crearon cinco tipos de planes de beneficios, que van desde el 60 al 90% de cobertura. También hay un plan catastrófico, pero solo para los seguros individuales voluntarios. Estos planes deben cumplir con los estrictos requerimientos establecidos por el gobierno, incluyendo un paquete de prestaciones mínimas, con servicios preventivos y curativos, topes a los copagos y deducibles y a los precios de las primas.

Regulación de las primas. La ley establece una prima comunitaria en la que los precios pueden variar de acuerdo a la edad con un factor de 1:3, lo que significa que una persona mayor no debería pagar más de tres veces el valor de lo que paga una persona joven. Además se estipula que las primas no podrían variar en función del estado de salud.

Ajuste de riesgo. Las primas comunitarias tienen varios problemas. Si se implementan sin ajuste de riesgo o un mecanismo compensador hacia los seguros, hay fuertes riesgos de selección adversa, y emigración de los buenos riesgos, lo que podría conducir a una espiral de costos. Por eso la legislación también contempla el establecimiento de fondo de compensación de riesgos, con un modelo similar al Fondo de Compensación de Riesgos Inter Isapre.

Informar la proporción de la prima utilizada en servicios clínicos y ofrecer descuentos a los consumidores si dichos servicios son inferiores al 85%, para los planes de empresas grandes, y al 80% para los planes de seguros individuales voluntarios y pequeñas empresas.

2. Creación de un mercado público de compra y venta de seguros privados

Este es el núcleo de la reforma. En este mercado regulado por el gobierno y administrado por los estados o por instituciones sin fines de lucro, los consumidores podrían comprar un seguro, comparar los beneficios y los precios, y elegir el plan que mejor se adapte a sus necesidades. Se creará, además, un segundo tipo de mercado de intercambio que reunirá solo pequeñas empresas (hasta de 100 empleados).

Esta modalidad es radicalmente diferente a mantener el contrato de seguros en el ámbito privado e individual, porque un ente público toma en sus manos la función de agregar y promediar los riesgos, y trata de beneficiarse de las economías de escala y el poder negociador que esta posición le brindaría a los usuarios.

Los planes ofrecidos en estos intercambios provendrán de los seguros privados, pero también de cooperativas de consumidores sin fines de lucro. Esto significa que los seguros privados con o sin fines de lucro y el sector público deben coexistir bajo las mismas reglas.

3. Subsidios para la compra de primas

El gobierno proporcionaría subsidios para comprar primas dentro de los intercambios a personas y familias con ingresos que fluctúen entre el 133% y el 400% de la línea de pobreza (USD 29.327 a USD 88.200 anuales para una familia de cuatro). Los subsidios a la prima se vincularán a una escala que limita las primas por parte de los usuarios entre el 2% del ingreso anual –para los que se encuentran en el 133% de la línea de pobreza– hasta 9,5% para los que se ubiquen entre el 300 y el 400% de dicho límite.

4. Cuentas de ahorros de salud

Otra dimensión de la reforma es la propuesta que introduce cuentas de ahorro ligadas al monto de los copagos y deducibles. Estas cuentas no son flexibles, y se vinculan a planes de salud con altos deducibles o copagos. La singularidad de estos ahorros es que son liberados de impuestos. Si los intermediarios públicos, las empresas y las personas desean seguros asequibles con primas bajas, ello necesariamente será acompañado de altos deducibles y copagos, pero estas cuentas de ahorro de salud ayudarían a financiarlos. ■



De vuelta al royalty

Por Julio Peña T.*

El royalty a la minería del cobre fue parte del paquete para financiar la reconstrucción.

Pero si lo aumentamos, ¿por qué entonces no cobrar también impuestos específicos a otros sectores de grandes empresas?

Un político pragmático diría "pero si da lo mismo qué impuesto, *stupid!*". Pero no da lo mismo. Usar el royalty para financiar gastos de reconstrucción, varios de ellos de tipo coyuntural y de corto plazo, nos plantea revisar la razón de un royalty minero y la forma de organizarnos como sociedad para lograr ese objetivo.

La lógica básica para cobrar un royalty minero presupone usar parte de las rentas de la riqueza mineral para crear otros activos (riqueza renovable) que reemplacen, en el largo plazo, a la fuente inicial de rentas.

La motivación es simple: si no se invierte parte de la renta mineral en crear riqueza renovable, se enfrenta el riesgo de tener pan para hoy y hambre para mañana. En el ideal del ABC financiero, lo anterior presupone acumular un Fondo de inversión para alcanzar un nivel permanente de capital y con una estructura de riesgo y plazos de maduración acordes, de forma que en régimen sus retornos financien un dividendo perpetuo a la población beneficiada. Pero nada de esto ha sido mencionado en el reciente debate.

El royalty minero fue instaurado en 2005,

bajo la administración Lagos, con el fin de financiar un Fondo de Innovación para la Competitividad, lo que está de acuerdo con acumular riqueza renovable (en este caso, conocimiento). Año a año la Ley de Presupuestos establece sus usos específicos.

Pero otro proyecto de ley, uno que busca normar aspectos institucionales relativos a la administración y definición anual de los programas que dicho Fondo financiaría, lleva ya cuatro años de "trámite legislativo". Es decir: hoy lo recaudado por el royalty queda para el gasto discrecional del gobierno de turno.

Junto con lo anterior, prevalece además hoy una fuerte opacidad sobre qué se ha hecho con los fondos del royalty.

Para que el royalty cumpla su objetivo lógico se requiere aislar de mejor forma los fondos por acumularse, de la discreción del gobierno de turno. Ello requiere una institucionalidad con responsabilidad legal clara y sujeta a auditorías transparentes sobre los resultados logrados. Sin embargo, incluso el proyecto en hibernación, que norma estos aspectos, otorga demasiado poder y discreción al ejecutivo.

Dadas las tentaciones del mundo político, no parece fácil lograr una normativa adecuada. Pero estamos en la víspera del Bicentenario. Así, frente a grandes desafíos sólo queda tener grandes sueños. ■

* Ph.D. en Economía, University of London (QMC). Profesor Facultad de Economía y Negocios, UAH.

Oe

Decano: Jorge Rodríguez Grossi.
Fono Facultad: 889 7366
e-mail: jrodrigu@uahurtado.cl
economianegocios.uahurtado.cl/observatorio
Producción OE: Comunicar, Escuela de Periodismo UAH.
OE es una revista de circulación gratuita.