

DEDUCIBLE O COPAGO

La literatura teórica hace más de 30 años que conoce las características que debe tener un seguro óptimo en un contexto de riesgo moral: debe existir algún tipo de deducible o copago por parte del asegurado. Un deducible es un monto fijo que en cada evento el asegurado debe afrontar antes que comience la cobertura. El copago, en cambio, es un porcentaje del costo del siniestro que no es cubierto por la aseguradora y que, por lo tanto, debe afrontar el asegurado.

A la mayoría de los cotizantes los afecta el deducible de los tres días cuando la licencia dura menos de 11 días. De acuerdo a la evidencia presentada, esto no reduce el incentivo a solicitar licencias médicas, pero las alarga hasta el mínimo de 11 días necesario... justamente para eludir el deducible.

La solución es eliminar la discontinuidad, pero manteniendo la característica de seguro incompleto. Esto podría lograrse con cualquier combinación de los dos mecanismos: un deducible (de tres días o menor) válido para licencias de cualquier duración, y un copago, de modo que la licencia cubra una fracción del ingreso imponible.

La ventaja de combinar ambos es que el deducible –en la medida que se aplique para licencias de todas las duraciones– limita el incentivo a solicitar licencias por periodos cortos. El copago, por su parte, restringe el incentivo a prolongar innecesariamente las licencias.

El esquema de seguro no tiene por qué ser idéntico para todas las patologías: aquellas que son fácilmente verificables (como un embarazo o una fractura de un hueso) no tienen por qué estar sujetas a deducibles o copagos; aquellas menos sujetas a verificación empírica (stress o dolores musculares) sí.

El seguro “óptimo” debe balancear el proveer seguro (un copago de 100% equivale a no tener seguro) y limitar el riesgo moral.

cias tramitadas). ¿Abuso? La información disponible no permite distinguir entre dicha hipótesis y otra según la cual en Chile habría un problema de sub-diagnóstico de las enfermedades mentales que se ha corregido en los últimos años.

QUIÉNES USAN, ABUSAN, INDUCEN Y AYUDAN

A partir de análisis de regresión basados en una encuesta realizada por MORI en 360 hogares de Santiago², es posible identificar algunos factores que explican el mayor uso de licencias. Hay algunos claramente legítimos y otros que serían indicativos de abuso. Lamentablemente, por tratarse de una encuesta realizada una única vez, no es posible identificar qué cambios ocurridos en los últimos cuatro años pudieran explicar la mayor tasa de uso de licencias.

Se realizaron dos tipos de análisis. Uno intentó identificar los determinantes de la probabilidad de haber obtenido una licencia médica en los últimos 24 meses y el otro la duración de la misma.

Hubo tres variables que indicaron un uso legal de las licencias, y es natural: reportar un estado de salud bueno o muy bueno impactó negativamente en la posibilidad de solicitar una licencia; ser mujer y tener un hijo menor de tres años aumenta la probabilidad de haber obtenido una licencia (lo que no se contradice con la ley ya que se preguntó por licencias obtenidas en los últimos 24 meses). La edad, posiblemente asociada a un deterioro progresivo de la salud, fue otro factor “legal”: la posibilidad de pedir licencia aumenta 1,1% por año.

Pero también aparecieron variables que indicaron abuso del sistema.

Por ejemplo, el lugar de consulta y sistema de salud. Los afiliados a Fonasa que consultan regularmente en el sistema público tienen una probabilidad de obtener una licencia en los últimos 24 meses 29,4% menor que quienes consultan en el sistema privado o están afiliados a Isapre.

Los resultados de esta variable apuntan al rol de los médicos. Una hipótesis plausible hace referencia a la mayor competencia por atraer y retener la preferencia de los pacientes en el sector privado en comparación con el público, lo que podría conducir a un trato más condescendiente ante un paciente que

espera recibir una licencia.

En este sentido, las medidas que hoy se discuten públicamente tendientes a fijar estándares de reposo según tipo de enfermedad, incorporar la licencia médica electrónica y sancionar con mayor dureza los fraudes al sistema van en la dirección correcta.

El hecho de que el empleador pague los tres días de carencia que no son cubiertos por Isapre o Fonasa en las licencias de 10 o menos días no afecta la probabilidad de pedir licencia. Sin embargo, y como debiera esperarse, sí afecta la *duración*. Aquellos cotizantes cuyo empleador no cubrió los tres días de carencia tuvieron su última licencia de una duración de 11 o más días con una probabilidad 20% superior que quienes sí tuvieron el respaldo de su empleador.

Esta variable desnuda un problema de diseño. En principio, el periodo de carencia podría tener dos efectos: reducir la cantidad de licencias cortas y/o generar licencias más largas. Pero de acuerdo a nuestros resultados, sólo prolonga las licencias.

También se testeó la relevancia de que las mujeres que cotizan tengan hijos entre tres y diez años. Hallamos que esta variable aumenta la probabilidad de haber obtenido una licencia en los últimos dos años en un 30%. Esta variable claramente es indicadora de la existencia de abuso del sistema, ya que el beneficio de licencia por enfermedad de un hijo se limita a los menores de un año. Sin embargo, también hace patente una carencia en la cobertura: un hijo de 2, 5 u 8 años enfermo también requiere del cuidado de un adulto y, generalmente y por razones culturales, ese rol lo cubre la mujer. ■

²La encuesta fue realizada entre junio y julio de 2008. En la misma fueron sobrerrepresentadas comunas de ingresos promedios más altos (de manera de incluir un número suficiente de afiliados a Isapres), al igual que personas que en los últimos 24 meses obtuvieron licencias. Los resultados presentados, lógicamente, corrigen por el sobre muestreo utilizando factores de expansión adecuados. El tamaño muestral es relativamente pequeño, por lo que los resultados obtenidos deben tomarse con cautela. Sin embargo, el hecho de haber obtenido resultados robustos y “razonables” (en el sentido de ir en la dirección teórica esperada) nos da cierta tranquilidad, aun cuando la magnitud de los efectos podría tener un error importante.

Donación de órganos

Inscripción automática, salvación promisoría

* Profesor de postgrado, Facultad de Economía y Negocios UAH.

Aunque se ha sabido de personas que ofrecen comprar o vender órganos en E-Bay, el hecho es que la idea repugna. Nadie quiere ver a los más ricos comprando su lugar en listas de espera y menos a pobres haciendo caja con trozos de su cuerpo.

En cambio, son los arreglos altruistas formales los que sirven hoy al propósito de salvar y alargar vidas en muchos países y la donación de órganos es uno de esos campos donde la Economía del Comportamiento (Kahneman, Tversky y Thaler, entre otros) tiene algo que decir.

Si queremos maximizar la oferta, la forma concreta que se elija para comprometer donaciones puede ser crucial.

Son dos las alternativas conocidas para reclutar buenos corazones:

(a) Pedir manifestar expresamente la voluntad de donar, por ejemplo, al renovar carnet de manejar;

(b) Ser inscrito “por defecto” y tener luego la opción de deslistarse. Este último es el criterio que sigue el proyecto de Ley que se discute en Chile. Toda persona mayor de 14 años será considerada donante una vez fallecida, a menos que en vida haya manifestado su intención de no serlo mediante simple declaración firmada.

La respuesta tradicional en economía sería que (a) y (b) dan lo mismo. Si los costos de registrarse o de borrarse son similares, la nómina de oferentes potenciales tendrá el mismo tamaño.

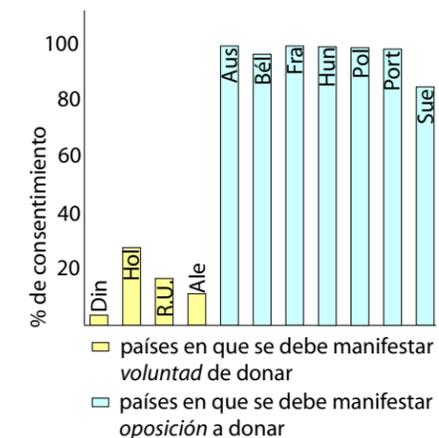
Sin embargo, los experimentos en Economía del Comportamiento nos enseñan que la forma de preguntar (el *framing*) condiciona las respuestas. Así, en Europa las tasas de consentimiento son mucho más bajas donde se obliga a ma-

nifestar expresamente la voluntad. Las diferencias de oferta son especialmente notables entre naciones culturalmente similares como Alemania y Austria.²

La interpretación de los autores es que, ante temas que envuelven reflexiones relativamente más profundas, el (bajo) costo de “ir a firmar” no es lo más relevante. Lo costoso en cambio, es el proceso de discernimiento en sí. Así, lo más “barato” para temas peliagudos es la inacción y la respuesta pasiva, por omisión, tiende a dominar.

El proyecto chileno (conocido como ley del Donante Universal) ofrece perspectivas de mejorar ostensiblemente el potencial de donantes dada su característica de inscripción automática con desinscripción voluntaria (y sin parientes con derecho a veto).

Solo nos queda esperar la pronta conclusión legislativa para una ley que parece estar estancada. ■



¹Fuente del gráfico: JOHNSON, Eric y Daniel Goldstein. Do Defaults Save Lives?, Science : 21 de noviembre de 2003 : Vol. 302.



COLUMNA
por Juan Foxley*

Oe

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