

EL SISTEMA DE SALUD EN CHILE: READECUAR EL MANDATO Y REFORMAR EL SISTEMA DE SEGUROS*

**Cristián Aedo
y Claudio Sapelli**

De acuerdo con el análisis que se presenta a continuación, el sistema de seguro de salud en Chile adolece de algunas deficiencias importantes. Algunas disposiciones formuladas para el resguardo de un objetivo específico, como la equidad, no logran su objetivo y generan distorsiones que dificultan el buen funcionamiento del sistema, como es el caso de la incompatibilidad entre las formas de funcionamiento de las ISAPRE y FONASA. Un problema fundamental radicaría en el diseño del actual mandato (la obligación de cotizar para salud). Este mandato determina el gasto en seguro (7% del ingreso), pero no qué debe incluir el mismo. Esto permite —se señala— que

CRISTIÁN AEDO INOSTROZA. Doctor en Economía, Universidad de Minnesota. Director del Programa de Posgrado en Economía de Ilades/Georgetown University.

CLAUDIO SAPELLI GONZÁLEZ. Doctor en Economía, Universidad de Chicago. Profesor de la P. Universidad Católica de Chile.

*Los autores agradecen los valiosos comentarios de Harald Beyer, Rafael Caviedes, María Adriana Cruzat, Alejandro Ferreiro, Ronald Fischer, Arístides Torche, Rubi Valenzuela y Bernardita Vial; así como los de los participantes en el seminario organizado por el CEP el 5 de mayo de 1999. Las opiniones vertidas aquí son de exclusiva responsabilidad de los autores y no comprometen a los comentaristas.

el asegurado quede protegido contra eventos ciertos, con lo cual obtiene una devolución importante de la prima, pero en la práctica se deja de tener un seguro.

En este artículo se plantea una propuesta alternativa para el mandato legal: en lugar de destinar el 7% del ingreso a la compra de un seguro de salud, se propone establecer la obligación de adquirir un seguro catastrófico (SC) que cubra completamente al cotizante y su familia, por todos los gastos que superen un porcentaje a determinar de su ingreso familiar anual. La propuesta elimina los subsidios cruzados de las personas de bajo a alto riesgo hoy presentes en el sistema, e incorpora un esquema de subsidios directos a la demanda para financiar la diferencia entre el costo del SC y el 7% del ingreso, facilitando así el funcionamiento de las aseguradoras privadas y eliminando los problemas de selección de riesgo y desceme del mercado que genera la regulación actual. Para asegurar la movilidad de las personas, se sugiere que los SC reembolsen a quienes se les detecte una enfermedad crónica una suma similar al valor presente de los gastos que dicha enfermedad implica en promedio. El sistema de SC podría combinarse con una cuenta de ahorro para salud (CAPS) para financiar una porción del deducible del SC. Finalmente, se propone resolver la incompatibilidad del sistema de seguros privado con el público cambiando la estructura de este último.

I. INTRODUCCIÓN

En el último tiempo se ha ido delineando un consenso básico entre los economistas respecto del desarrollo que debería seguir el sistema de salud en Chile¹. Apoyándonos en el mismo, queremos poner énfasis en una propuesta de diseño del mandato legal que ha sido objeto de poco análisis en el país.

Los puntos en que creemos se está produciendo consenso son: 1) el objetivo de que toda la población pueda acceder a prestaciones de salud de buena calidad en forma oportuna ('salud para todos') es más factible de alcanzar si el Estado deja de prestar servicios y se concentra en el financiamiento; 2) la forma idónea de alcanzar ese objetivo podrían ser los subsi-

¹ Véase Ronald Fischer (1998), U. de Chile (1997), Díaz *et al.* (1996).

dios a la demanda de seguros privados de salud; y 3) el mandato existente hoy (la obligación de comprar un seguro por el equivalente de 7% del ingreso) no es adecuado, ya que no da garantías respecto a la cobertura que reciben los asegurados. Una propuesta reciente (Universidad de Chile, 1997) sugiere un plan básico, en línea con la reforma de Colombia en 1993. En este trabajo se propone un sistema diferente, que cuenta con antecedentes en otros países (Pauly *et al.*, 1992). Se basa en un seguro catastrófico (SC), más —opcionalmente— una cuenta de ahorro para financiar prestaciones de salud (CAPS).

El trabajo se organiza de la siguiente manera: primero se analiza la racionalidad de establecer la obligación de comprar un seguro de salud, así como la importancia de los seguros en el área de la salud, sus problemas de diseño y las características que ellos deberían presentar. A continuación se discuten los inconvenientes que presenta actualmente el sistema chileno. Luego, se describe la propuesta de seguros catastróficos más cuentas de ahorro. Finalmente, se propone una readecuación del mandato legal y una reforma del sistema de financiamiento de los seguros de salud.

II. ELEMENTOS TEÓRICOS PARA ESTRUCTURAR LA PROPUESTA

II.1 El mercado de los seguros de salud

El objetivo de esta sección es analizar cómo funciona el mercado de los seguros de salud. Para estos efectos se analizan la demanda y oferta de los seguros de salud, al igual que las características especiales que presenta este mercado. Entre éstas se examinan el ‘peligro de abuso’, o *moral hazard*, y la ‘selección adversa’ de parte de los consumidores, explicándose cómo operan en el caso particular de los seguros de salud. Posteriormente se describen las conductas de ‘selección por riesgo’ y el ‘descreme del mercado’, de parte de las empresas de seguros, advirtiéndose que estas conductas no son inherentes a los mercados de seguros de salud, sino que son generadas por los marcos regulatorios que se les aplican.

II.1.1 Demanda y oferta de los seguros de salud

El estado de salud de los individuos puede presentar variaciones inesperadas y poco controlables, por lo que los gastos en esta materia no son siempre predecibles. El ahorro individual para encarar posibles desem-

bolsos en salud no elimina esta incertidumbre, ya que el gasto efectivo *ex post* puede resultar mayor que el monto ahorrado, e incluso puede llegar a comprometer de manera parcial o total el patrimonio de las personas. Por consiguiente, una persona aversa al riesgo (la mayoría) estará dispuesta a pagar un seguro para reducir la incertidumbre o riesgo financiero vinculado a sus gastos en salud. Al contratar el seguro, la persona paga una prima por período y el asegurador se compromete a cubrir los gastos de salud de acuerdo al plan contratado; de esta forma, la persona disminuye la variabilidad de su ingreso disponible para el consumo de otros bienes, y protege su ingreso del riesgo financiero asociado a las eventuales necesidades de recibir atención médica u hospitalaria. Mientras mayor sea el precio cobrado por el seguro², menor será la cobertura demandada por el consumidor, ya que le saldrá más caro disminuir la incertidumbre.

Por su parte, la oferta de seguros de salud aparece cuando un asegurador está dispuesto a asumir el riesgo del consumidor a cambio del pago de la prima. Que existan empresas dispuestas a asumir el riesgo de los consumidores se explica debido a que el asegurador puede diversificar el riesgo entre sus asegurados. En un grupo numeroso de personas, mientras unos pocos están enfermos, muchos otros están sanos, de manera que el gasto total del asegurador es relativamente constante, a diferencia de lo que ocurre con el gasto a nivel individual.

² La contratación de un seguro de salud exige el pago de una prima por él. Cuando dicha prima coincide exactamente con el beneficio esperado por el consumidor, o con el gasto esperado por el asegurador, se dice que el 'precio puro' del seguro es nulo. El consumidor no está pagando nada por disminuir su incertidumbre, sino que sólo está aportando el monto que hubiera necesitado ahorrar para autoasegurarse por ese mismo beneficio esperado. El asegurador, por otra parte, sólo está cobrando el monto que en promedio espera gastar en este consumidor, sin cobrar nada adicional por administrar el seguro (ni por el riesgo no diversificable que debe asumir). Para una prima dada, el precio puro del seguro para el consumidor será entonces la diferencia entre la prima y el beneficio esperado por él. El precio puro para el asegurador será también la diferencia entre la prima cobrada y el gasto esperado en la cobertura de los gastos del asegurado. Por lo tanto, si el beneficio esperado por el consumidor difiere del gasto esperado por el asegurador, el precio puro que ellos estimarán no será el mismo. Esta distorsión se puede producir cuando el consumidor cambia su comportamiento al contratar el seguro, aumentando su probabilidad de requerir atención médica (*moral hazard* o peligro de abuso), o cuando la asimetría de la información no le permite a la aseguradora diferenciar totalmente entre consumidores con distinta probabilidad de gasto (lo que induce a la aseguradora a efectuar una 'selección adversa' de los consumidores a fin de evitar a las personas más riesgosas).

II.1.2 El peligro de abuso: Relación entre la demanda de seguros de salud y la demanda de servicios de salud

El ‘peligro de abuso’, o *moral hazard*, se puede producir en todos los mercados de seguros. Resulta del hecho que las personas pueden cambiar su comportamiento al asegurarse y, así, hacer más probable el evento contra el que se aseguraron. Por ejemplo, cuando una persona contrata un seguro contra robos, la persona puede volverse menos cuidadosa y aumenta entonces la probabilidad del robo.

En el caso de los seguros de salud, el peligro de abuso se refleja en que a medida que la cobertura del seguro es mayor, el consumidor cambia su comportamiento demandando mayor cantidad de atenciones de salud o mejor calidad de ellas. Este cambio en el comportamiento obedece a que el individuo, al estar asegurado, paga una menor proporción del precio de las atenciones de salud. Esto, sin embargo, se traduce en un aumento de su gasto. El peligro de abuso, entonces, provoca una pérdida de bienestar a la sociedad, ya que el consumo adicional es menos valorado que su costo. Posiblemente, estas unidades adicionales no serían consumidas en ausencia del seguro, ya que el individuo no estaría dispuesto a pagar su precio, el cual, en ausencia de distorsiones, corresponde al costo que entraña para la sociedad sacrificar recursos para su producción. Al contratar el seguro, por consiguiente, el individuo decide consumir dichas unidades adicionales, no porque las valore más ni porque haya disminuido el costo de producirlas, sino porque él pagará por ellas un menor precio debido a que el seguro cubre la diferencia. Sin embargo, la aseguradora, al darse cuenta de que cambia el comportamiento de este consumidor y, por ende, de todos los asegurados, debe aumentar la prima para cubrir el mayor gasto esperado. Por lo tanto, eventualmente será el mismo individuo el que pagará, a través de una mayor prima, las unidades adicionales consumidas. Sin duda, ésta no es una buena solución para el consumidor, quien termina pagando lo que no quiere y, en consecuencia, se genera una pérdida de bienestar de los consumidores.

Es preciso, por consiguiente, estructurar la cobertura de los seguros de manera de minimizar la pérdida de bienestar asociada al problema del peligro de abuso. En general, las prestaciones más riesgosas —vinculadas a eventos de baja probabilidad de ocurrencia, alto costo y gran efecto potencial sobre la salud— presentan una demanda más insensible al precio, como lo indican los resultados del experimento de la RAND en Estados Unidos (véase Newhouse, 1995). En esos casos, la cobertura del seguro

puede ser mayor o el copago menor, sin que cambie mucho la cantidad demandada (sin tanto peligro de abuso), y, por ello, sin afectar negativamente el bienestar. Lo anterior es consistente con lo preferido por el consumidor que contrata el seguro para disminuir su riesgo financiero, y que por ende desea una cobertura mayor en las atenciones más riesgosas.

II.1.3 La selección adversa de los consumidores: Asimetrías en la información provocan problemas a los aseguradores

En muchos casos, las personas conocen mejor su estado de salud y necesidades de atención futura que los aseguradores. Las personas que se saben enfermas y, a la vez, saben que los aseguradores no las pueden detectar, cuentan con una ventaja de información que pueden usar para demandar un plan con alta cobertura, ya que los aseguradores no podrán pronosticar esos gastos al fijarles la prima. Este comportamiento de los consumidores se conoce como ‘selección adversa’, ya que la gente se auto-selecciona en forma adversa a los intereses de los aseguradores. Lo anterior tiene su manifestación práctica cuando los consumidores de ‘alto riesgo’ procuran contratar planes de salud apropiados para personas de ‘bajo riesgo’, los que generalmente son planes con alta cobertura y baja prima. Dado que los asegurados que se seleccionan adversamente van a incurrir en gastos mayores que los presupuestados en su prima, los aseguradores podrían llegar a enfrentar una situación con pérdidas. La severidad con que se presente este problema podría hacer no rentable ofrecer determinados tipos de seguros.

El problema de la selección adversa se debe, por consiguiente, a la asimetría de información entre asegurados y aseguradores. Casi siempre hay información acerca del consumidor que es privada, no conocida por el asegurador, lo cual genera asimetría y, por ende, selección adversa. Sin embargo, hay otra parte de la información acerca del asegurado que es pública y que puede ser conocida por el asegurador, y que sólo genera selección adversa cuando no se permite al asegurador conocerla o utilizarla para la fijación de primas. Por lo tanto, el problema de la selección adversa se puede agravar si no se permite a los aseguradores usar toda la información disponible y relevante para fijar las primas de acuerdo al riesgo de los asegurados.

Los aseguradores podrán cobrar primas diferentes según los riesgos que presentan las personas, sólo si se les permite usar toda la información pública disponible para esos efectos. En este caso, las personas con riesgos mayores pagarán primas más altas. En general, en todos los mercados de

seguros se opera así, y es aceptable que los asegurados que representan un mayor riesgo financiero paguen primas más altas. Por ejemplo, en el caso de los seguros de automóviles, es normal observar que se cobre una prima mayor a los autos más caros, o a las personas con un historial más abultado de accidentes (que refleja mayor imprudencia).

II.1.4 La selección de riesgos y el desceme del mercado: Si no se permite diferenciar primas por riesgo, ¿qué pasa con las aseguradoras?

En el caso de la salud, se argumenta muchas veces que no es justo que las personas con peor salud, además de sufrir por ello, paguen primas más elevadas. Por esa y otras razones, en algunos sistemas no se permite a las aseguradoras cobrar a sus asegurados según el riesgo (*risk rating*), sino que deben cobrar a todos en forma pareja (*community rating*), o diferenciando sólo por grupos de edad, sexo u otras características semejantes (*community rating by groups*). Esto agrava el problema de selección adversa, ya que los asegurados más riesgosos tomarán planes con alta cobertura sin pagar más por ello.

En un reciente estudio de 50.000 personas en Holanda (Van der Ven, 1996), se concluyó que la edad y el sexo explican sólo el 3,2% de la varianza total de gastos en salud, mientras que la incorporación de la historia clínica del consumidor —información fácilmente disponible para las aseguradoras— permite explicar cerca del 20%³. Lo anterior indica que las empresas de seguros están en una posición en que son capaces de identificar a los consumidores de riesgos más altos, vale decir, a los que representan un mayor gasto esperado que el promedio de su grupo.

En los casos en que se impone el cobro uniforme (*community rating*), se obliga a las empresas de seguros a cobrar primas más altas a todos sus asegurados para cubrir el mayor gasto esperado de las personas más riesgosas que tengan en su cartera. Para una prima dada, a las aseguradoras les conviene tener más consumidores de bajo riesgo (de menor gasto esperado), y por lo tanto procuran atraerlos haciendo ‘selección por riesgo’. La forma de atraer a estos consumidores es ofrecerles planes de salud más baratos. Pero si una aseguradora ofrece primas más bajas a los menos riesgosos, los más riesgosos también querrán tomar esos planes más baratos (selección adversa). Si la empresa aseguradora no puede diferenciar los

³ Nótese que si se lograra explicar el 100% de la varianza, desaparecería la incertidumbre y los seguros no se justificarían.

precios según la magnitud de los riesgos, deja de ser rentable para ella ofrecer planes más baratos y deberá volver a cobrar más caro a todos sus asegurados, de manera independiente del riesgo. Esto, a su vez, incentivará a que otra aseguradora ofrezca planes baratos para atraer a los consumidores menos riesgosos, y así obtener ganancias. Esto genera, entonces, un círculo vicioso que lleva a las empresas de seguros a querer ‘escapar’ de los malos riesgos. Es importante destacar que esta acción es ineficiente, ya que no crea valor; en esencia, es una búsqueda de rentas generada por la regulación.

Es la forma de regular la fijación de primas, que no permite cobrar de acuerdo al riesgo, la que transforma al ‘descreme del mercado’ en una actividad rentable para las empresas. El ‘descreme’ consiste en que las empresas de seguros, mediante mecanismos y discriminaciones poco transparentes, tratan de atraer a los consumidores de bajo riesgo y de evitar a los más riesgosos. Todo lo cual produce un resultado ineficiente, porque las lleva a competir en ese terreno y no en la disminución de costos. No sólo se generan estos costos, sino que no se logra el objetivo inicial de subsidiar a los consumidores con mayores riesgos. Obligar a las aseguradoras a fijar primas no diferenciadas según riesgo (con lo que pierden capacidad para resguardarse de la selección adversa de los consumidores) para que los más riesgosos no tengan que pagar mayores primas, lleva a que ninguna empresa de seguros quiera aceptarlos (lo que también perjudica a los más riesgosos). Por lo tanto, para lograr el objetivo de subsidiar a los consumidores más riesgosos hay que establecer para ellos subsidios directos y no subsidios cruzados implícitos que distorsionan el funcionamiento del mercado de seguros.

El problema del ‘descreme’ no existiría si se permitiera a las aseguradoras cobrar según el riesgo que les representan sus asegurados, utilizando toda la información públicamente disponible para fijar las primas. Así, los distintos niveles de gasto esperado de los diferentes consumidores se reflejarían directamente en la prima cobrada, y desaparecerían los incentivos de atraer a los de bajo riesgo y evitar a los de alto riesgo. El hecho de que el pronóstico nunca sea perfecto, debido a la existencia de información privada de los consumidores, no induce, sin embargo, a la selección de riesgo. Ya que ninguna aseguradora puede identificar ese riesgo, no hay incentivos, ex ante, para ‘seleccionar’.

El problema de no disponer de toda la información requerida para la fijación de las primas puede disminuirse si los aseguradores captan a sus asegurados en forma aleatoria desde el punto de vista de su salud o riesgo, como ocurre en los casos de seguros para grupos de trabajadores —de una

misma empresa, por ejemplo. Como en estos grupos prácticamente no existe posibilidad de selección adversa de los consumidores, ya que los asegurados se seleccionan por actividad laboral y no por estado de salud o riesgo, el problema de la selección por riesgo y desceme del mercado pierde importancia. Sin embargo, cuando esto pasa a ser la regla, se pierden las ventajas de la libertad de opción de los consumidores, ya que cada uno tiene su aseguradora predeterminada. De todas formas, es claro que el problema de la selección por riesgo y desceme no es inherente al mercado de seguros de salud, como en los casos de peligro de abuso y selección adversa, sino que es generado por las regulaciones y estructuras que impiden usar en la fijación de las primas toda la información disponible públicamente.

II.2 Conceptualización de eventos de salud

En la sección anterior se ha discutido la naturaleza de los seguros de salud y los graves problemas de diseño que enfrentan, los que son agravados muchas veces por regulaciones inadecuadas. Si no se tiene conciencia de la complejidad del tema, es muy fácil mandar un seguro que no es rentable y, por lo tanto, hacer una reforma destinada al fracaso. Por otro lado, es necesario tener en cuenta que no todos los eventos de salud son asegurables. El objetivo de esta sección es plantear esta conceptualización⁴.

Los eventos de salud dan origen a bienes con características económicas muy diferentes, siendo sólo algunos de ellos asegurables. Así:

- 1) Algunos son *bienes públicos* en el sentido estricto del término (no-exclusión y ausencia de rivalidad en el consumo) como, por ejemplo, disminuir la contaminación ambiental;
- 2) Otros son *bienes apropiables pero con externalidades* como las vacunas, la disponibilidad de agua potable y, en general, el saneamiento básico;
- 3) Otros se aplican sólo si se presenta un evento esencialmente *aleatorio* como, por ejemplo, eventos hospitalarios traumatológicos debido a un accidente, o atención cardiológica a raíz de un infarto. En este último caso, con el paso del tiempo, la probabilidad de numerosos eventos crece y, por lo tanto, las actividades de mantención del organismo se transforman en un hecho cierto;

⁴ Esta sección se basa en Aedo y Torche (1996).

- 4) Otros permiten reducir la probabilidad de que sucedan enfermedades como son las acciones de *protección y de fomento*; y
- 5) Otras son eventos aleatorios en su inicio, pero, una vez que se han presentado, acompañan a las personas por largos períodos de tiempo: son las *enfermedades crónicas*.

Los seguros constituyen una organización económica eficiente para los eventos aleatorios, pero pierden dicho carácter en los otros casos. Así, los bienes públicos (categoría 1) deberán ser financiados totalmente por el Estado en forma independiente del seguro, con el objeto de lograr un nivel de uso adecuado. Los bienes en la categoría 2 deberán contar con la intervención del Estado para asegurar su más amplia cobertura. Esta intervención puede adoptar la forma de un subsidio para extender su disponibilidad a los grupos más pobres (caso de agua potable), o la de un esquema regulatorio que determine sus características mínimas y su obligatoriedad (caso de alcantarillado urbano) o su financiamiento parcial o total (caso de campañas de vacunación). Los mecanismos específicos de entrega de estos bienes deben combinar incentivos que permitan lograr una amplia cobertura, y contribuir a su financiamiento aprovechando la disposición a pagar de ciertos grupos.

Los bienes en la categoría 3 constituyen el campo propicio para el desarrollo de seguros de corto plazo, mientras que los bienes en la categoría 4 requieren de una perspectiva de más largo plazo para que se generen los incentivos apropiados. A medida que la persona envejece, los bienes en la categoría 3, por su frecuencia, aumentan en forma significativa el costo del seguro y, por ende, crean potencialmente un problema de financiamiento.

Los bienes de la categoría 5 requieren de un tipo de seguro muy particular que permita asociar el costo del conjunto de eventos repartidos en el tiempo que surge debido al evento riesgoso (enfermedad crónica) con el descubrimiento de dicha enfermedad. Es decir, en este caso, a los que se les ha descubierto la enfermedad (a los que experimentaron el evento), el seguro les ofrece un valor presente de gastos futuros.

La caracterización anterior indica que el ámbito de los seguros contingentes se concentra en los bienes de la categoría 3, pudiéndose extender hacia las categorías 4 y 5 con algunos cambios en el diseño. El mayor costo de la categoría 3, asociado con el envejecimiento de la persona, puede ser financiado a través de un ahorro (o, en caso necesario, un subsidio público), que se agrega al monto del seguro y cuyo objetivo consistiría en absorber los mayores gastos ciertos que implica la sola mantención de la

salud en edades más avanzadas. El financiamiento de la categoría 5 requiere cambios importantes en la estructura y organización del seguro para atender un evento que implica la entrega de un valor presente cuando se ha producido, en vez de cancelar el costo de una sola intervención. Se puede plantear un seguro en que se entregue al beneficiario un monto que en valor presente sea equivalente al mayor gasto que implica la crónica que se le ha descubierto. Este punto es importante, puesto que de esta forma la persona tiene la opción de cambiarse de aseguradora, y por lo tanto puede exigir una adecuada atención.

Si se consideran los elementos presentados en párrafos anteriores, se puede decir que el financiamiento de los eventos de salud admite por lo menos las siguientes tres vertientes: en primer lugar, gasto financiado con fondos generales para los bienes públicos y con externalidades. En este rubro se incluyen los programas no apropiables y los subsidios a programas apropiables privadamente como aquellos a personas en situación de pobreza. En segundo lugar, seguros de salud, y, en tercer lugar, ahorro para gastos apropiables de mantención de salud en edades avanzadas.

II.3 ¿Por qué mandar en salud y qué mandar?

En la discusión de los elementos teóricos que se deben considerar para estructurar una reforma en el sector de seguros de salud es necesario responder tres preguntas fundamentales: en primer lugar, ¿cuáles son las razones para obligar legalmente (mandatar) a comprar un seguro de salud? En segundo lugar, ¿qué debiera estipular dicha obligación (mandato)? Y, en tercer lugar, ¿quién debiera estar sujeto a dicha obligación (mandato)?

En el terreno de los seguros de salud, la respuesta a la pregunta de *por qué se obliga* (mandata) a adquirir un seguro estriba en que bajo un contexto de previsión voluntaria de salud habría individuos que por diversas razones optarían por no asegurarse o, dados los riesgos objetivos que enfrentan, comprarían una cobertura insuficiente. Esto crea una posible externalidad para el resto de la sociedad, que puede tomar la forma de una población con peor salud, o de la sociedad financiando la totalidad o parte de los gastos de salud de estas personas, cuando podrían haberlo hecho ellas mismas de haber sido previsoras. El dilema básico es que en este plano no existe una amenaza de parte del Estado que sea creíble y permita el cumplimiento de la afirmación: “quienes no obtengan suficiente cobertura, pudiendo hacerlo, deberán afrontar las consecuencias de esta decisión”. Ya sea por derechos incorporados a la Constitución o las leyes, los ciuda-

danos saben que contarán con un subsidio estatal en la eventualidad de no poder financiar su atención de salud. Esto crea un problema, ya que el grupo que al final demanda el subsidio es mucho mayor que el que se había previsto inicialmente. Por ello, personas que son merecedoras de un subsidio —en el sentido que no pueden financiar la cobertura mínima exigida— se ven desplazadas por personas que sí habrían podido financiar la misma. Se abusa, entonces, de la generosidad con que la sociedad quiere cubrir y proteger a los indigentes, y el beneficio se vuelve (en ocasiones) imposible de financiar. Para evitar lo anterior, en consecuencia, se establece la obligatoriedad de la adquisición de un seguro.

La necesidad de obligar a la compra de un seguro surge, entonces, porque el Estado, a través de sus instituciones en el área de salud, y por diversas presiones, termina por intervenir y ayudar a personas que optan por contar con una cobertura parcial o nula contra eventos de salud. El Estado, al no permitir que estas personas asuman las consecuencias de sus acciones, genera un problema grave: el número de personas que deciden tener cobertura nula o parcial aumenta dramáticamente al saber que pueden contar con la atención gratuita del Estado. En muchos casos, se trata de personas que podrían financiarse la cobertura pero no lo hacen, abusando del seguro implícito estatal. En este mundo del ‘segundo mejor’ (*second best*), en que el Estado siempre interviene, es donde se justifica el seguro obligatorio, porque éste permite impedir el abuso.

Quienes argumentan a favor de la intervención del Estado por la vía de que el Estado nos acerca a un ‘primer mejor’ (*first best*), lo hacen para proteger a quienes adolecen de miopía y a quienes presentan altas tasas de descuento. La miopía radica en no asegurarse (o no ahorrar), debido a que se subestima la probabilidad de ocurrencia del evento riesgoso (la enfermedad en este caso). Esto puede ocurrir por ignorancia y puede ser más probable entre los más pobres. Una tasa de descuento alta consiste en descontar fuertemente lo que ocurre en el futuro (alta tasa de impaciencia), despreocupándose entonces de todos los eventos lejanos en el tiempo. Ésta también es una característica de los pobres.

El Estado podría resolver estos problemas subsidiando el seguro de los pobres, para que esté en su propio interés adquirirlo. Pero, en su lugar, el Estado da un seguro implícito amplio —a toda la población—, en forma independiente de su poder de compra. De manera que al resolver en forma incorrecta un problema, se genera la necesidad de la obligatoriedad. Si el Estado no interviniera, el problema de la conducta oportunista y de asegurarse insuficientemente tendría una solución natural, ya que la cobertura parcial o nula sería un problema individual, cuyas consecuencias deberían

ser asumidas por las personas o sus familias. En este caso, el Estado sólo tendría que ayudar de manera solidaria a las personas que por restricciones económicas terminan subasegurándose.

En consecuencia, la situación ideal es que el Estado no intervenga en forma tan amplia. Sin embargo, es importante preguntarse si podemos confiar en la no-intervención del Estado, o, lo que es más importante aún, si los oportunistas creerán que el Estado no intervendrá y, por consiguiente, moderarán su comportamiento. Se estima que *no* es realista suponer que el Estado no intervendrá, dada la fuerte tradición estatal que presenta el país y la presencia de grupos de interés bien estructurados e influyentes.

En este escenario, la necesidad de exigir por ley un seguro de salud surge para evitar las actitudes oportunistas. El seguro obligatorio no representa una solución directa para el problema de la falta de información, ni para las personas con bajos ingresos que constituyen parte de aquellos que presentan una tasa de descuento alta. Sin embargo, la presencia de la obligatoriedad permite solucionar en parte las consecuencias de la falta de información. A su vez, el seguro obligatorio de salud, combinado con subsidios a la demanda decrecientes con el ingreso, ayuda a solucionar el problema de las personas de más bajos recursos.

Con respecto a *qué obligar*, es importante destacar que la obligación (asegurarse para gastos en salud) debe ser coherente con los objetivos que ella se propone. Por ejemplo, la actual obligación en Chile es inconsistente con sus objetivos, ya que al no obligar a comprar un seguro predefinido permite que las personas eludan el mandato. En efecto, personas relativamente sanas pueden eludir la obligación de contar con un seguro de salud al optar por planes con alta cobertura en lo ambulatorio y baja cobertura en lo hospitalario, asegurándose así, a través de las bonificaciones, una mayor devolución de dinero de las aseguradoras. Lo óptimo para proteger a las personas es obligar a la compra de un seguro que cubra eventos aleatorios, con lo cual ellas quedan aseguradas contra las consecuencias financieras de los eventos inciertos, y constituir cuentas de ahorro para enfrentar eventos ciertos. A este respecto las opciones más atractivas son exigir la compra de un plan básico de salud, exigir la compra de un seguro de salud por un porcentaje determinado del ingreso, o exigir una combinación de cuentas de ahorro en conjunto con seguros contra eventos catastróficos.

Finalmente, con relación a la pregunta de *quién debiera estar sujeto a la obligación de adquirir un seguro de salud*, la respuesta es: en general toda la población, excluyendo quizás a las personas de mayores recursos, quienes en mejor medida pueden enfrentar con sus ingresos y ahorros los gastos financieros asociados con las enfermedades y los accidentes.

En resumen, como una manera de aumentar el capital humano en salud, disminuir la ‘presión’ sobre el gasto público en salud y mejorar los incentivos que enfrentan las personas, se recomienda establecer la obligatoriedad de adquirir un seguro de salud.

III. CANASTAS BÁSICAS Y COMPETENCIA ADMINISTRADA: ¿UNA ALTERNATIVA DE DISEÑO RELEVANTE PARA CHILE?

El objetivo de esta sección es presentar las ideas centrales de la competencia administrada, e ilustrar, con el modelo de Colombia, una aplicación práctica de ellas en el contexto de América Latina.

III.1 Competencia administrada: Aspectos teóricos

La competencia administrada, propuesta por Enthoven (1988) en sus estudios pioneros, es una manera de estructurar el sector salud creando condiciones e incentivos para que todos los oferentes del mercado —aseguradoras y prestadores— compitan entre sí para satisfacer las necesidades de las personas.

La idea central consiste en establecer consorcios de consumidores, los que se agrupan para negociar con las aseguradoras las condiciones de acceso de sus miembros a un paquete básico de prestaciones de salud que venden las aseguradoras. Las aseguradoras, a cambio de entregar este paquete básico de manera obligatoria a todas las personas que lo quieran comprar, reciben un pago por persona (unidad de capitación), el cual depende de los riesgos objetivos que presenta, en promedio, el grupo de personas (*community rating by groups*). Este pago capitado corresponde al costo técnico de atender a una persona promedio de esa población, y depende de la frecuencia con la cual estas personas consultan o demandan las diferentes atenciones. Dicho pago se ajusta por riesgo por un Fondo de Ajuste, como una manera de recompensar en forma adecuada a las aseguradoras por su cartera de riesgo.

Los consorcios de consumidores son importantes porque, en primer lugar, entregan poder de negociación a los consumidores; es decir, constituyen una manera de agrupar a distintas personas que, si negociaran de manera individual y dados los marcos regulatorios, podrían ser rechazadas por las aseguradoras (selección por riesgo). En segundo lugar, cumplen una función muy importante, pues actúan como el ente que traslada y traduce

información hacia los consumidores. El sistema de salud es un sistema complejo, y una manera de disminuir los costos asociados con la información es delegar esta responsabilidad en un ente que la filtre y la entregue dentro de un conjunto más definido y acotado de alternativas.

El paquete básico o paquete estandarizado de beneficios es un elemento central para la competencia administrada⁵, pero éste es un tema complejo y discutible que presenta diversas opciones metodológicas para su diseño⁶. La pregunta fundamental es por qué se requiere un paquete estandarizado dentro de la teoría de la competencia administrada. Las razones son: 1) para que las personas puedan comparar con mayor facilidad las diferentes aseguradoras, y 2) para evitar que las aseguradoras, al permitir-seles ofrecer distintas prestaciones en los planes, seleccionen por riesgo.

Dentro de este esquema es necesario que exista un fondo de ajuste de riesgo a la unidad de capitación que reciben las aseguradoras, cuyo objetivo es ajustar el pago (*community rating by groups*) por los riesgos objetivos que presenta la cartera de asegurados con que termina finalmente una aseguradora.

En este sistema se pueden utilizar primas individuales proporcionales al ingreso o con precios absolutos y no relacionados con el ingreso, lo que constituye una opción de diseño importante. Bajo este esquema, las oportunidades de negocio para las aseguradoras son:

- *Volumen*: Un sistema en el cual se hace obligatorio comprar un plan básico de salud tiene la gran ventaja de permitir trabajar con un gran volumen de personas.
- *Venta de seguros complementarios*: A los clientes que compran el paquete básico se les pueden ofrecer seguros complementarios que incorporen, por ejemplo, un mayor conjunto de opciones tecnológicas para los tratamientos, mejores condiciones de hotelería, y libre elección de prestadores.
- *Mejoras en eficiencia*: La unidad de capitación está calculada para una frecuencia promedio de la población y a precios determinados por las prestaciones. La aseguradora puede usar su poder de negociación para convenir precios más convenientes con los prestadores que los utilizados para calcular el valor de la unidad de capitación. Por otra parte, la aseguradora tiene incentivos para incorporar activi-

⁵ Dentro de un contexto diferente, el Banco Mundial ha propuesto paquetes de salud pública y de servicios clínicos para los diversos países (véase Banco Mundial, 1993).

⁶ Véase Aedo y Torche (1996) para una discusión con relación a este tópico.

dades de salud, prevención y promoción de salud, que le permitan disminuir la tasa de uso de los procedimientos.

Dentro de este esquema, el rol del gobierno, más allá de asegurar la calidad de los servicios y una competencia efectiva, es:

- *Definir y aplicar reglas del juego:* el sistema requiere obligaciones que deben ser impuestas por ley (obligatoriedad de aceptabilidad, obligatoriedad de cotizar, etc.).
- *Definir contenido del plan básico:* debe especificar lo mínimo que ofrezcan las aseguradoras dentro de este esquema.
- *Función residual:* ayudar con subsidios focalizados a personas con dificultades para financiar sus cotizaciones o el costo del paquete básico.

III.2 Canastas básicas: Teoría y riesgos

Una canasta básica de salud puede ser parte de una solución a los problemas que adolece el sector público de salud en el país. Para que la canasta sea estable en el tiempo y tenga solidez técnica, es necesario que su diseño se base en una metodología explícita a nivel social de priorización de las acciones de salud. Debe considerar la prevalencia e incidencia de las condiciones de morbilidad y de riesgo, los niveles de costo-efectividad de los tratamientos y su impacto tanto en la esperanza de vida como en la calidad de vida.

De manera general, un paquete básico de salud debe incluir: servicios hospitalarios, servicios médicos (incluyendo visitas médicas, exámenes periódicos e inmunizaciones), cuidado maternal y del recién nacido, cuidado de emergencia, cuidado limitado de salud mental, cuidado de salud en el hogar, cuidado de emergencia y servicios de prevención y promoción de salud. Se pueden aplicar copagos nominales o proporcionales tanto a la atención ambulatoria como hospitalaria.

En la experiencia internacional pueden encontrarse por lo menos dos tipos de paquetes: paquetes de prestaciones y paquetes optimizados. El de prestaciones consiste en un listado de las prestaciones aceptadas para el seguro, con su valor, donde corresponde al asegurador determinar el monto del copago, y por lo tanto el monto del subsidio si éste existe. Los paquetes optimizados se derivan a partir de una priorización explícita de necesidades

de salud e incorporan, además, un análisis de costo-efecto respecto de los beneficios de los pares diagnóstico-tratamiento. En este caso, se trata de optimizar o, al menos, de mejorar los beneficios sobre la base de eliminar aquellos tratamientos menos costo-efectivos.

La ventaja de las canastas de prestaciones es que adoptan una lógica que es común en la práctica de las aseguradoras privadas. Esto permite, sin mayores inversiones, la participación de las aseguradoras privadas en la provisión del paquete básico de salud. Su desventaja es que no permiten la introducción explícita de la efectividad de los procedimientos, por cuanto ésta tiene sentido sólo en relación con un tratamiento específico, el que a su vez se relaciona con un diagnóstico determinado.

La ventaja de las canastas optimizadas es que permiten introducir explícitamente la metodología de costo-efectividad en el análisis. Esto facilita un ordenamiento técnico-objetivo del problema de priorización, obteniéndose así, con sólidas bases conceptuales, una metodología de diseño del paquete básico de salud. Sin embargo, en la práctica, las canastas son difíciles de implementar, por cuanto requieren definir pares diagnóstico-tratamiento, sus costos y sus efectividades. La medición de la efectividad enfrenta serios problemas de estandarización de los tratamientos, ya que ellos dependen de distintos factores: edad, estado de salud, estado de evolución de la condición, etc. A la vez, es difícil obtener su costo, porque se debe definir si se trata de su costo en el sector público o en el sector privado, o de una combinación de ambos.

Un aspecto que debe resolverse para su aplicación es cómo definir el tratamiento indicado para un diagnóstico. Para ello la evidencia sugiere dos opciones: i) el criterio de la mejor práctica médica y ii) el criterio estadístico de lo más frecuente. El primero supone entrevistar expertos de reconocida experiencia clínica quienes definirán los tratamientos adecuados para un diagnóstico; el segundo significa obtener datos de práctica médica y de ahí inferir los tratamientos. Estos datos pueden estar contaminados por problemas de nivel de capital humano y escasez relativa de recursos.

En resumen, si una propuesta de reforma requiere la definición de un paquete básico de salud, serán las características particulares de la situación y del país las que deberán determinar cuál de los caminos enumerados más arriba será el más adecuado. Sin embargo, la exigencia de una sola canasta básica o de un solo método de construcción puede ser nociva para el desarrollo del sistema. La posibilidad de aplicación de varias metodologías, en función de las necesidades que se desea resolver, puede facilitar el logro de transparencia en las actividades de las aseguradoras de salud

—tanto públicas como privadas— al facilitar la normalización de los servicios prestados, y puede contribuir a una mayor coordinación entre los seguros públicos y privados.

En el caso chileno, el estudio de la Universidad de Chile (1997) propone una reforma concreta del sistema en torno a las canastas básicas. En él se recomienda un proceso iterativo para fijar la canasta básica, hasta llegar a un producto aceptable y financiable. El problema con dicha propuesta es que no es claro si esa canasta, además de aceptable y financiable, es factible. De hecho, teóricamente, es claro que se puede determinar una canasta financiable, pero nada asegura que sea aceptable política o socialmente.

En el estudio de la Universidad de Chile se propone que la canasta incluya todo lo que hoy se ofrece, garantizando en términos de oportunidad sólo algunas prestaciones, por lo cual en otras habrá colas. Como no se discute el tema de qué prestaciones tendrán colas y cuántas tendrán restricciones, es muy difícil saber si la canasta será aceptable.

En conclusión, difícilmente será posible alcanzar en Chile una canasta básica financiable y aceptable. Frente a estos problemas parece aconsejable considerar otras alternativas, como un seguro obligatorio que incluya una canasta con una definición financiera, y no una definición sobre la base de prestaciones. Esto, además, aumenta significativamente las posibilidades de que sea financiable (de hecho, el seguro catastrófico cuesta aproximadamente un tercio de lo que cuesta el tipo de seguro que cubre la canasta básica).

III.3 La experiencia de Colombia

El gobierno de Colombia inició en 1993 un ambicioso plan de reforma del sector salud. Éste contempla dos tipos de regímenes, dependiendo de los ingresos del afiliado: el régimen contributivo (RC), para las personas con capacidad de pago, y el régimen subsidiado (RS) para la población de bajos ingresos. Todos los beneficiarios reciben una canasta básica, aunque los beneficiarios del RS reciben una canasta diferente y más limitada. Los miembros del RC deben aportar el 11% de su salario para el financiamiento del sistema, más el 1% de su salario para financiar la cobertura de los afiliados al RS (cotización total: 12%), lo cual introduce un elemento de redistribución o solidaridad en la financiación. El 12% se paga en conjunto con el patrón, quien debe aportar dos tercios de la cotización. En el caso de los trabajadores independientes, los afiliados deben aportar por sí solos el

12%. La cobertura del RS se financia con aportes de los municipios, con transferencias del nivel central y con el 1% de las cotizaciones de los afiliados al RC.

La Ley 100 (que define el nuevo sistema de Colombia) contempla dos paquetes o canastas básicas de servicios de salud: el Plan Obligatorio de Salud (POS) para la población del régimen contributivo, y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS) para la población subsidiada. Ambos contemplan servicios básicos de prevención y promoción de salud. El plan para la población contribuyente, más generoso que el plan para la población subsidiada, incluye servicios curativos y de emergencia. Un aporte de tasa fija, deducible del salario, se asigna exclusivamente para la prevención y promoción de salud. El POSS es más limitado, especialmente en sus componentes hospitalario, de salud mental y medicamentos.

El equilibrio financiero del régimen contributivo (RC) es sumamente frágil y vulnerable. La definición de un paquete que prácticamente no excluye nada y la relativa baja cobertura contribuyen a generar problemas de financiamiento que pueden llevar a la necesidad de reformar el régimen para permitir la sobrevivencia de las aseguradoras —o, de lo contrario, éstas asegurarán un servicio de muy baja calidad y racionarán por cola. La misma fragilidad se observa en el régimen subsidiado (RS) que depende del grado de afiliación al RC.

La afiliación al RC, dada la evasión presente en Colombia, es desalentada por la solidaridad. Si bien la solidaridad puede ser deseable en aras de la equidad del sistema, quienes la financian pueden verla como un impuesto y, por tanto, podrían verse tentados a subdeclarar los ingresos sobre los que se debe pagar, o a no pagarlos en su totalidad. Hacer efectiva la obligatoriedad en Colombia, un país donde en el antiguo sistema no cotizaba la mitad de los trabajadores del sector formal y en donde el tamaño del sector informal es sustancial, constituye una meta difícil de lograr ya que los mecanismos existentes para hacer efectiva tal obligatoriedad son mínimos.

Es necesario mencionar que en las ideas originales que forman la base para la reforma propuesta (Enthoven, 1988), se supone que la competencia entre las aseguradoras (EPS en el caso de Colombia) —en el contexto de un plan de beneficios estándar como el POS— debiera tener lugar a través del precio del plan, calidad técnica de los prestadores adscritos al plan y servicio de la aseguradora. Sin embargo, en la reforma implementada en Colombia se descarta la competencia vía precio, dejando como fuentes de competencia sólo la calidad y el servicio. Con todo, fijada la canasta de prestaciones a cubrir y el precio del seguro, puede no haber lugar para

competir en calidad o servicio. En ese contexto, es importante preguntarse si se dan los incentivos financieros correctos al sector privado para ofrecer el plan estándar de beneficios.

Es importante mencionar que el sector privado enfrentará el riesgo ‘político’ de que se le redefina tanto el contenido del POS como que se cambie el valor de la unidad de capitación. Éste es un riesgo cierto que no fue considerado en el momento de calcular el valor de la unidad de capitación (no se castigó este valor por el riesgo ‘político’), y puede hacer disminuir el interés del sector privado en participar en el nuevo sistema. Relacionado con lo anterior, cabe preguntarse por los incentivos que tendrá el sector privado para incorporar mejoras en eficiencia que se traduzcan, por ejemplo, en reducciones en las tasas de utilización de servicios, toda vez que es probable que tales reducciones aumenten el riesgo ‘político’ de redefinición del plan, ya sea en su contenido o en el valor de la unidad de capitación.

IV. ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SEGUROS EN CHILE

Los trabajadores dependientes activos y los pasivos tienen la obligación de cotizar el 7% de sus ingresos al sistema de salud. Este pago puede ser realizado al FONASA, en cuyo caso la persona es beneficiaria del sistema público, o puede tener como destino una ISAPRE, formando parte del sistema de salud privado. La afiliación a una ISAPRE está sujeta a una prima determinada por cada ISAPRE, la cual puede requerir una contribución superior al 7% del ingreso. Los cotizantes pueden optar por ingresar al sistema FONASA o al sistema ISAPRE. Por otra parte, los indigentes y no cotizantes forman parte del FONASA, pero están sujetos a un trato especial.

Las personas cotizantes del sistema ISAPRE acuden a oferentes de salud privados y realizan un copago que depende del contrato adquirido. El contrato varía con el nivel de la cotización, el número de dependientes y su edad, la cobertura de los beneficios, etc.

Las principales fuentes de ingreso del sector público son las cotizaciones de los afiliados al FONASA y el aporte fiscal directo, a lo que se suma el copago para acceder a la modalidad de libre elección y a las prestaciones institucionales. Por su parte, las ISAPRE tienen como ingreso principal las cotizaciones legales, las cotizaciones adicionales voluntarias, los aportes de los empleadores y el aporte fiscal (subsidio del 2% a personas de bajos ingresos).

En 1995, alrededor del 62% de la población del país era beneficiaria del sistema público y el 25% era beneficiaria del sistema ISAPRE⁷. Según cifras de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica de 1996, más del 80% de las familias pobres, pertenecientes a los dos quintiles de ingresos más bajos, son beneficiarios del sistema FONASA. Por otra parte, el sistema ISAPRE presenta una marcada concentración en el quintil de ingresos superior.

La población de ingresos altos y medios-altos adscrita al sistema privado cuenta con acceso a tecnología moderna, cómoda hotelería y atención expedita. La mayoría de la población que accede al sector público enfrenta una situación de deteriorada infraestructura, largas colas de espera, insuficiencias de farmacia y un trato, en general, inadecuado. Las insuficiencias del sistema público sugieren que este sector presenta problemas de gestión y de recursos para satisfacer las múltiples y variadas necesidades de salud de su población beneficiaria.

A continuación se ofrece una descripción de los principales problemas que adolece el sector salud en Chile.

IV.1 Descreme y cobertura de enfermedades catastróficas

En el mercado de los aseguradores de salud coexiste hoy un sistema de financiamiento redistributivo, FONASA, y un sistema de financiamiento individual, ISAPRE (sistema conformado por instituciones con fines de lucro y otras sin fines de lucro). Esto introduce algunos problemas importantes en el funcionamiento del sistema: el de desceme y la carencia de cobertura de las enfermedades catastróficas.

Como se verá, el sistema de precios de FONASA es inadecuado e introduce distorsiones que dan pie a muchas de las críticas que recibe el sector ISAPRE (o, en general, los seguros privados de salud). En consecuencia, para el mejor funcionamiento del sector asegurador en salud se considera fundamental eliminar las distorsiones introducidas por el sistema de precios de FONASA. Una vez eliminadas dichas distorsiones, será necesario cuestionarse si se desea tener un mercado de seguros de salud en el cual coexistan instituciones con objetivos diferentes (FONASA e ISAPRE).

⁷ El 13% restante corresponde a personas que adhieren a sistemas de las FF.AA., universidades y a otros seguros privados. Sin embargo, parte de este grupo debe ser asociado al sistema público, puesto que, en caso de necesidad, terminan asistiendo a establecimientos públicos.

Varias de las críticas de que ha sido objeto el sistema de seguros vigente en Chile no son, como suele decirse, consecuencia necesaria del funcionamiento de un sistema de seguros privados de salud, sino del marco institucional que regula el funcionamiento del mercado de seguros de salud. Para ver esto más claramente, se explica a continuación, con detalle, cómo tanto el problema del descreme y la falta de cobertura catastrófica se deben, en buena parte, a la operativa conjunta de dos sistemas incompatibles.

IV.1.1 El descreme

En primer lugar, una crítica frecuente al sistema es que las ISAPRE descremen el mercado y se quedan con los mejores clientes (los más ricos y más saludables, considerados normalmente los más rentables), dejándole el resto a FONASA. Sin embargo, la forma en que FONASA fija la prima (7% del ingreso, en forma independiente del riesgo y tamaño del grupo familiar) es el determinante principal de que las personas de mayor riesgo y menor ingreso prefieran FONASA. Estas decisiones no tienen necesariamente que ver con un comportamiento activo de parte de los seguros privados y menos es una consecuencia necesaria de la existencia de los mismos. En definitiva, se concuerda con los críticos que el sistema necesita reformas profundas, pero ellas se asocian principalmente con el funcionamiento de FONASA.

La diferente forma en que ambos sectores del sistema fijan las primas y los precios provee fuertes incentivos para que la población de bajo riesgo prefiera las ISAPRE, y para que las personas de riesgo mayor prefieran el sistema público. El seguro público, FONASA, ofrece un paquete de servicios de salud fijo, que entrega las mismas prestaciones a todos sus beneficiarios, pero con un copago, en la modalidad institucional, que depende directamente del ingreso del individuo (que define el grupo A, B, C o D al que pertenece). Por otra parte, FONASA cobra una prima proporcional al ingreso del contribuyente (7% de cotización obligatoria). Las ISAPRE, en cambio, ofrecen diferentes alternativas a sus afiliados, con mejores planes (menor copago y/o mayor cobertura de servicios) a medida que aumenta la prima pagada. En general, a mayor ingreso se tiene acceso a un mejor plan, aunque los planes dependen además de las características de los integrantes del núcleo, principalmente edad y sexo. Estas diferencias en la forma de fijar precios entre el seguro público y privado generan incentivos para que sea la población relativamente de menor ingreso y más riesgosa la que opte por FONASA, como se explica a continuación:

- i) A medida que crece el ingreso de un individuo, la prima a pagar por el paquete de FONASA aumenta (el 7% es más alto), a la vez que

- aumenta el copago por las atenciones recibidas en la modalidad institucional, al pasar a un grupo de ingreso mayor (por lo que disminuye el beneficio esperado del seguro). Como se explicó anteriormente, el precio de un seguro es la diferencia entre la prima y el beneficio esperado del seguro, por lo que este esquema lleva a que el precio del seguro público sea mayor a medida que aumenta el ingreso (aumenta la prima y disminuye el beneficio). En cambio en el sector privado, al aumentar el ingreso aumenta tanto la prima como el beneficio esperado del seguro, por lo que su precio no necesariamente cambia, y probablemente se mantenga constante.
- ii) A medida que empeora el estado de salud del individuo (o su necesidad de recibir atenciones de salud), tanto la prima a pagar por el paquete de FONASA como el copago permanecen constantes. A su vez, el beneficio esperado de este seguro aumenta, ya que el gasto esperado es más alto. Esto lleva a que el precio del seguro público sea menor a medida que se incrementa la necesidad de recibir atenciones de salud (aumenta el beneficio esperado, sin aumentar la prima). En el sector privado, en cambio, las empresas cobran una prima correspondiente al gasto esperado que representa cada beneficiario (más el precio que el asegurado paga por transferirle el riesgo de gastar más que el gasto esperado a la ISAPRE). Al aumentar el gasto esperado, aumenta la prima en forma correspondiente o disminuye la cobertura del plan de salud, por lo que el beneficio esperado por el consumidor no necesariamente cambia, ni cambia el precio del seguro.

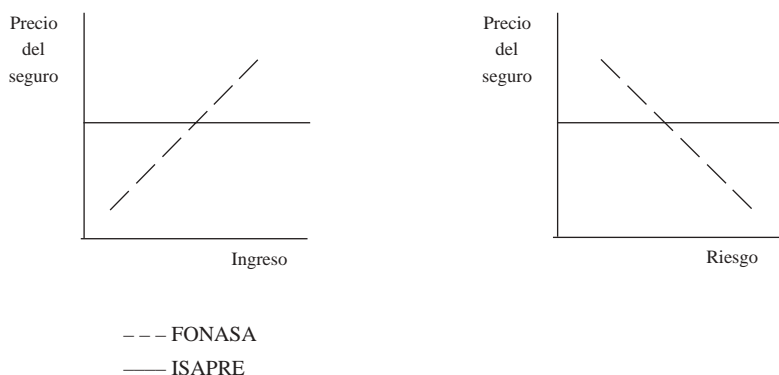
Los dos aspectos anteriores explican por qué las personas de mayor riesgo y de ingreso más bajo son las que optan por el seguro público.

Como se observa en el Gráfico N° 1, para la población más riesgosa y para la de menores ingresos, el precio del seguro público es menor que el del seguro privado. Por lo tanto, las personas actúan de acuerdo a su conveniencia al elegir en una instancia FONASA y en otra ISAPRE, y esa decisión no tiene necesariamente que ver con un comportamiento activo de parte de los seguros privados y menos es una consecuencia necesaria de la existencia de los mismos.

En un reciente estudio, Sapelli y Torche (1997) encontraron que en el sistema chileno la mayor edad, el sexo femenino y el mayor número de dependientes (información que es utilizada en la fijación de la prima por el seguro privado pero no en el seguro público) aumentan la probabilidad de optar por el seguro público (esto constituye selección adversa en contra de

FONASA). Sin embargo, el estar enfermo (información no necesariamente incluida en la fijación de la prima en ninguno de los dos seguros) aumenta la probabilidad de optar por el seguro privado (selección adversa contra las ISAPRE). Este estudio confirmaría, entonces, que la diferente forma en que FONASA y las ISAPRE fijan los precios incide de manera importante en que los consumidores elijan contratar su seguro de salud en el sistema público o en el privado.

GRÁFICO N° 1



IV.1.2 ¿Cómo fijar precios?

Ya que ambos sistemas, público y privado, establecen primas y precios en forma diferente, surge la pregunta de cuál es la manera correcta de fijar los precios: ¿la utilizada por el seguro público o la utilizada por las ISAPRE? Diferentes esquemas de fijación de precios traen diferentes consecuencias que pueden ser determinantes para el buen funcionamiento del sistema de salud.

Respecto a este tema, existe una tendencia a pensar que el cobro de primas diferenciando por riesgo (esquema utilizado por las ISAPRE, aunque sólo diferencian por edad y sexo) sería injusto, ya que las personas con peor estado de salud, además de sufrir por ello, tendrían que pagar más por cada plan. Éste es un argumento a favor de un sistema de precios que no diferencie primas por riesgo (similar al de FONASA). Sin embargo, para establecer un esquema de este tipo sería necesario prohibir la diferenciación de primas por riesgo. Esta alternativa, lejos de resolver el problema, lo

empeora. La combinación de regulaciones que no permiten a los seguros privados una fijación de primas asociada al riesgo de los consumidores, conjuntamente con la selección que hacen los consumidores (selección adversa), genera un problema de selección de riesgo y descreme del mercado. La selección de riesgo y el descreme son ineficientes (porque llevan a las aseguradoras a competir en ese terreno mediante mecanismos y discriminaciones ineficientes y poco transparentes, en vez de competir en la disminución de costos), y además no beneficia a los asegurados con mayores riesgos. En suma, el intento, en el seguro privado, de hacer pagar a los más sanos por la salud de los más enfermos tiene el efecto perverso de que los más enfermos no pueden comprar el seguro privado.

Si efectivamente se desea instaurar el concepto de equidad mencionado antes (en que las personas más enfermas no tengan que pagar más por ello), una manera de evitar el problema de la selección de riesgo es establecer un subsidio estatal explícito para las personas de alto riesgo, en vez de aplicar subsidios cruzados. Con esto, las personas pagarían un monto fijado sin diferenciación por riesgo, pero las aseguradoras recibirían una prima de acuerdo al riesgo. Esto eliminaría los incentivos para que las aseguradoras seleccionaran por riesgo, ya que las diferencias en gasto esperado para las distintas personas se compensarían con diferentes primas (con lo que las aseguradoras ya no tendrían que ‘escapar’ de los pacientes más riesgosos para evitar pérdidas).

IV.1.3 Baja cobertura catastrófica

También se critica que las ISAPRE ofrezcan planes de salud con cobertura deficiente para enfermedades catastróficas, con el objetivo —según los críticos— de no atraer a aquellos con dolencias de gran costo. Ignoraremos por el momento los problemas de selección adversa y selección de riesgo que dificultan la oferta de planes de este tipo a las ISAPRE (ya que atraerían a muchos consumidores de alto riesgo sin poder cobrarles primas más altas, lo que aumentaría en forma considerable el costo de ofrecer planes con mayor cobertura catastrófica). Más allá de esto, existe un problema en la estructura y funcionamiento del seguro público que puede explicar este fenómeno: FONASA provee —en la práctica— un seguro catastrófico gratuito a todos los consumidores. Lo anterior se debe a que ante cualquier catástrofe, las personas pueden cambiarse a FONASA y recibir la atención que el sistema les pueda ofrecer, sin límites ni copagos muy importantes y pagando sólo el 7% del ingreso. Este fenómeno no ha

sido cuantificado, y su dimensión puede no ser muy importante, ya que la calidad del servicio que FONASA cubre no es la óptima para todos los consumidores. En todo caso, para influir en la estructura del seguro privado no es necesario que muchos estén haciendo uso en la práctica del seguro catastrófico gratuito; basta que sepan que es posible utilizarlo. Por lo tanto, la existencia de un seguro catastrófico gratuito lleva a que las personas no estén dispuestas a pagar por asegurarse contra catástrofes en el sector privado, y utilicen el seguro privado para atenciones con menor incertidumbre. Además, es muy difícil para las ISAPRE competir con un seguro catastrófico gratuito. Esto lleva a una estructura de cobertura de los seguros privados inversa a la lógica (explicada más arriba), ya que en vez de priorizarse la cobertura para atenciones más riesgosas financieramente, ellas quedan menos cubiertas y se aseguran las atenciones menos riesgosas (y por lo tanto, las que menos necesitan ser aseguradas), con lo cual el asegurado queda expuesto a un gran riesgo financiero residual.

Nuevamente, la solución de este problema pasa por cambiar el actual funcionamiento de FONASA. Esta distorsión se eliminaría si el actual seguro público se comportara como una ISAPRE más.

IV.2 Cotización obligatoria

La forma que adopta la cotización obligatoria en Chile no es la más adecuada. Disponer que la población compre un seguro por el valor del 7% del ingreso imponible lleva a que determinadas personas estén sobreaseguradas y otras subaseguradas. El sobreseguro constituye un impuesto para el cotizante, quien puede tratar de eludirlo declarando un ingreso menor o trabajando como independiente. Esto lleva a un problema de selección adversa en contra del sistema en su conjunto, haciendo que las personas con menores riesgos lo eludan. El segundo problema, de subaseguro, existe principalmente porque el asegurado elige el seguro y puede seleccionar un paquete que incluya sólo prestaciones ambulatorias, con lo cual queda expuesto a un riesgo financiero importante, y pierde el sentido de la obligatoriedad del seguro. La causa primordial del primer problema es que no toda la población está cubierta (no todos están obligados a cotizar); la causa básica del segundo problema es que la obligación de cotizar determina el gasto en seguro, pero no qué debe incluir, lo que deja a muchos la posibilidad de asegurarse contra eventos ciertos, con lo cual el asegurado eventualmente obtendrá una devolución importante en términos porcentuales, pero deja de tener un *seguro*.

IV.3 Licencias médicas

El seguro de incapacidad laboral (SIL) tiene características comunes con el seguro de salud; es un seguro complejo, que debe ser diseñado cuidadosamente. Un seguro por incapacidad laboral mal diseñado puede acarrear un aumento excesivo en los costos del sistema de salud y provocar una pérdida a la sociedad como un todo, ya que todos terminamos pagando por las licencias innecesarias o excesivamente largas que se toman algunas personas.

En el sistema chileno este subsidio corresponde al pago del 100% del sueldo (con un tope de 60 UF) a partir del primer día, si la duración de la licencia médica es superior a diez días, o a partir del cuarto día si es inferior o igual a diez días (el seguro debe continuar cotizando por el asegurado para salud y previsión por el período completo). Por otro lado, los trabajadores del sector público reciben sus remuneraciones completas de cargo de la institución o servicio empleador. Como se verá, éste es un seguro mal diseñado que se presta al abuso y al exceso de gasto.

Las ISAPRE sólo pueden controlar el diseño del seguro de salud, ya que el diseño del SIL está impuesto por la legislación. En consecuencia, ante un gasto excesivo por licencias médicas, la única forma en que pueden ajustar sus gastos a sus ingresos es disminuyendo la cobertura por prestaciones de salud. Algo semejante ocurre en el sector público de salud. Consecuentemente, un gasto excesivo por concepto de licencias médicas disminuye los recursos disponibles para proveer de atención médica a los beneficiarios del FONASA. El mal diseño del SIL tiene un efecto redistributivo a favor de las personas que se toman más reposo médico en el año, en detrimento de las personas más enfermas (que más usan el sistema de salud). En la medida en que las licencias se otorgaran de manera innecesaria, esto sería claramente pernicioso. Por otro lado, el aumento de los costos del SIL y el consiguiente rediseño de los seguros de salud tendrían un efecto claro en disminuir el uso de servicios médicos, afectando no sólo a los asegurados sino también a médicos y hospitales por igual.

La viabilidad del SIL, dadas las características de este seguro, depende de un diseño adecuado. Para disminuir los problemas asociados a este seguro, se pueden establecer controles por el lado de la demanda (deducibles, copagos, topes)⁸ y de la oferta (control de licencias otorgadas).

⁸ Por ejemplo, en Uruguay este seguro tiene un deducible de 3 días (el seguro no reembolsa el salario de los primeros tres días de licencia), un copago de 30% (el seguro sólo reembolsa el 70% del salario) y un tope de 1 año. El seguro en Venezuela y México sólo difiere del uruguayo en el copago: el primero reembolsa el 66,6% del ingreso y el segundo un 60%.

El objetivo de los controles a la demanda es evitar que la persona se sienta tentada a pedir una licencia innecesaria. Puesto que el seguro le restituye al trabajador sólo parte de su ingreso, aumentan para el asegurado los costos de solicitar licencias médicas excesivas y, a la vez, disminuyen los beneficios de eventuales acuerdos entre empleados y empleadores para utilizar el SIL como seguro de desempleo. Sin embargo, este control por el lado de la demanda genera un costo para los asegurados, ya que disminuye la seguridad financiera asociada a la compra del seguro, por lo que es importante el control por el lado de la oferta para ayudar a disminuir el peligro de abuso.

El control por el lado de la oferta implica: i) control médico de que el número de días corresponda al diagnóstico y ii) verificación de la veracidad del diagnóstico (generalmente efectuado por inspectores que van a los hogares de las personas). Este control de licencias médicas otorgadas genera gastos importantes. Además, genera costos en el sentido de que habrá licencias innecesarias aceptadas y licencias necesarias rechazadas. Cualquier sistema manejado por seres humanos tendrá estos dos tipos de error. A medida que se intensifica el control para evitar que se otorguen licencias innecesarias, se incrementa la probabilidad de que se rechacen licencias necesarias. A medida que se disminuye el control para evitar que se rechacen licencias necesarias, se aumenta la probabilidad de que se acepten licencias innecesarias. En esta última situación parece estar Chile, y algunas organizaciones gremiales parecen inclinadas a agravar este defecto del sistema.

El diseño del SIL en Chile no es adecuado. Un ciento por ciento de reintegro es muy alto, constituyendo posiblemente uno de los seguros de incapacidad laboral más generosos del mundo. Por otra parte, el hecho de que el deducible de tres días desaparezca si la licencia es de más de diez días, también es un grave problema de diseño. Este período de carencia, si bien puede ser efectivo en la reducción de costos por pago de licencias cortas, genera un problema de abuso en las licencias cercanas a los diez días, incentivando un aumento en el número de días de licencia para obtener el reembolso del deducible. Por lo tanto, el diseño implica que prácticamente no hay controles por el lado de la demanda, lo que hace que todo el control recaiga sobre la oferta. El control por el lado de la oferta es muy polémico y ha generado numerosos conflictos. Parte de la razón por la que dicho control debe ser estricto es justamente la falta de controles por el lado de la demanda. Sin embargo, propuestas como la planteada por el Colegio Médico, en la que se trata también de anular los controles por el lado de la oferta, aumentarían aún más los problemas de diseño.

IV.4 Resumen

El sistema de seguro de salud chileno presenta algunas deficiencias importantes. Para resolverlas es necesario modificar los incentivos que generan el diseño y las regulaciones del sistema. Algunas disposiciones formuladas para el resguardo de un objetivo específico —como la equidad—, no logran su objetivo y generan distorsiones que dificultan el buen funcionamiento del sistema. Es el caso de la incompatibilidad entre las formas de funcionamiento de las ISAPRE y FONASA. Esto hace necesario reformar algunos aspectos del sistema.

En este artículo se plantean algunas propuestas alternativas: se propone eliminar los subsidios cruzados de las personas de bajo riesgo a las de alto riesgo, e incorporar en su lugar un esquema de subsidios directos a la demanda, lo que facilita el funcionamiento de las aseguradoras privadas y evita los problemas de selección de riesgo y descreme del mercado que genera la regulación actual. Por otra parte, se propone resolver la incompatibilidad entre el sistema de seguros privado y el público, cambiando la estructura de este último. Como el sistema de salud es un todo integrado, esta reforma impone el cuestionamiento de la forma de subsidiar a los más pobres y de la cotización obligatoria que existe hoy.

El problema principal del actual esquema chileno es que no constituye un sistema, sino, más bien, hay dos sistemas (el público y el privado) funcionando en paralelo, con poca coordinación entre ellos. Se puede decir, por lo tanto, que en términos teóricos la reforma está aún inconclusa. De alguna manera, el sistema está constituido por un sistema público diseñado según el modelo inglés de hace dos décadas (sin subsistema privado) y un sistema privado que sigue el modelo norteamericano. Esto representa casi la antítesis del modelo colombiano, donde en teoría todo está resuelto, pero donde los grandes problemas surgen en la práctica, porque el modelo teórico pospuso las decisiones difíciles debido a la restricción presupuestaria. Ir hacia un sistema como el colombiano resolvería algunos de los problemas del subsistema chileno. Sin embargo, vista la incapacidad de los sistemas políticos de adaptar lo ofrecido por el sistema de salud al financiamiento disponible, el sistema colombiano presenta importantes riesgos. El dilema esencial consiste en que la canasta básica que se puede financiar no es políticamente aceptable, y la canasta políticamente aceptable no se puede financiar: un camino sin salida. Por lo tanto, en términos de la cotización obligatoria, lo más conveniente parece ser una reforma que vaya hacia un seguro catastrófico unido a una cuenta de ahorro en salud. Por otra parte, e independientemente del sistema adoptado, es necesario resolver los problemas de gestión presentes en los proveedores públicos.

V. LA PROPUESTA DE REFORMA PARA CHILE

Se propone separar los componentes de seguro de salud y subsidio de incapacidad laboral que presenta en la actualidad el sistema chileno. La presente propuesta desarrolla en mayor extensión el tema de seguro de salud, entregando sólo una discusión general del problema del subsidio de incapacidad laboral.

V.1 Seguro de salud

La propuesta de reforma busca que el sistema de salud en Chile presente, en un futuro cercano, las siguientes características:

- Se establece la obligatoriedad, para toda la población, de adquirir un seguro.
- Las personas pueden elegir libremente dónde asegurarse.
- El seguro que se adquiere es un seguro catastrófico (SC) que cubre completamente al cotizante y su familia, por todos los gastos que superan un porcentaje a determinar de su ingreso familiar anual.
- El cotizante cuya prima del seguro catastrófico sea mayor al 7% de su ingreso familiar, tiene derecho a un subsidio por la diferencia entre la prima y el 7% del ingreso.
- Las personas, dentro de cierto período, podrán adquirir libremente el SC en las diferentes aseguradoras privadas que lo ofrezcan. Después de ese período, el Estado licitará entre las distintas aseguradoras la cobertura de las personas que no hayan ejercido su derecho a suscribir una prima de seguro.

El objetivo de la propuesta es que las personas no enfrenten un riesgo financiero importante debido a problemas de salud, cumpliendo así el seguro de salud su verdadera función. En este esquema, la Superintendencia de Salud supervigilará la competitividad del sistema, la veracidad de la información entregada, los derechos del asegurado, las reservas técnicas del sistema y la resolución de conflictos. El Ministerio de Salud, por su parte, ejercerá un rol normativo y fiscalizador del sistema, además de continuar con su función en la salud primaria y en las actividades de promoción y prevención en salud.

V.1.1 El seguro catastrófico

Se estipula que todos los ciudadanos están obligados a obtener una cobertura básica contra gastos médicos mayores a un determinado porcentaje del ingreso anual⁹, a través de la compra de un seguro catastrófico individual o colectivo. La cobertura mínima obligatoria tiene así una relación con el ingreso. Se pretende con esto que el seguro cumpla apropiadamente con su objetivo: disminuir los riesgos de enfrentar una situación que esté fuera de las posibilidades financieras de una familia específica. Para ello es necesario que el seguro cubra contra gastos mayores que ocurren ocasionalmente, y no contra gastos menores que ocurren casi con seguridad. En la prevención de riesgos con probabilidades relativamente bajas es donde un seguro cumple apropiadamente su papel de cubrir las consecuencias financieras de estos riesgos. Si el seguro cubre prestaciones que ocurren con una alta probabilidad, las aseguradoras se transforman en unas caras cuentas corrientes. Es más eficiente, en este caso, que la persona ahorre directamente para enfrentar estos gastos.

Dado que la cobertura mínima obligatoria varía con el ingreso, aquellos con los niveles más bajos de ingresos tendrían sus gastos en salud cubiertos —prácticamente— en su totalidad. Si el ingreso es muy bajo, un seguro catastrófico debiera cubrir la casi totalidad de los gastos, ya que es mucho más probable que una persona con ingreso bajo incurra en un gasto que es una catástrofe financiera de acuerdo a su ingreso. Esto representa un problema de diseño para el seguro, ya que los seguros completos de salud incentivan el gasto. Es por eso que posteriormente se sugieren formas para evitar el fuerte riesgo de abuso que se presenta.

En este sistema, la competencia en el diseño de los seguros tiene un papel importante. La competencia debiera permitir que las personas compren el seguro más acorde con sus necesidades. Las aseguradoras procurarán diseñar productos con diferentes coberturas, hotelorías, tecnologías y precios, de manera de ofrecer un producto atractivo a un precio razonable.

En términos del diseño del sistema, se espera que el deducible desaliente el sobreuso. Por ello es importante que éste incluya, independiente de su diseño final, un deducible significativo.

Las aseguradoras podrán utilizar toda la información disponible en la fijación de las primas (esto es, edad, género, número de cargas e historial

⁹ Dicho porcentaje deberá determinarlo un estudio de tipo actuarial. En EE.UU., ese porcentaje fluctúa entre el 20 y 30% del ingreso anual.

médico). Con esto se puede obligar a las compañías de seguro a aceptar a todos los que deseen comprar un SC, puesto que están siendo compensadas por los riesgos objetivos de cada asegurado.

El sistema, al incluir beneficios relacionados con el ingreso, incluye incentivos a subdeclarar. Estos incentivos son más fuertes para aquellos que al subdeclarar acceden al subsidio estatal. Sin embargo, para los que no reciben subsidios, subdeclarar implica un aumento en la prima, al hacer más factible que se exceda el límite del deducible; con lo cual, si es que hay un incentivo, éste es a sobredeclarar.

Es posible discutir la institución de una cuenta de ahorro que financie una porción del deducible del seguro catastrófico. Por ejemplo, si el seguro catastrófico cubre todos los gastos que superan el 30% del ingreso, entonces se instaura una cuenta de ahorro cuyo monto ascendería a 20% del ingreso. De esta manera, en un año determinado la persona gastaría como máximo el 10% de su ingreso en prestaciones de salud. El diseño de esta cuenta es muy complejo y una propuesta concreta al respecto excede los objetivos de este artículo. No obstante, la sección V.1.7 presenta una discusión breve de las características necesarias para su posible operación.

V.1.2 Obligatoriedad e informalidad

El problema más complejo en la implementación de este sistema es el diseño de los controles para hacer efectiva, para toda la población, la obligatoriedad de adquirir el SC. Para lograr este objetivo es muy importante que las personas, especialmente las que trabajan en el sector informal, aprecien que el seguro que se les ofrece vale efectivamente el precio que están pagando. Más allá de esto, el diseño en sí del seguro poco puede hacer para lograr una mayor formalización de la economía.

V.1.3 Seguro de última instancia

Se espera que la mayoría de la población seleccione su aseguradora y determine el monto de cobertura. Pero puede haber gente que no lo haga. Estas personas serán detectadas al interactuar con el sistema de salud, ya que todos los prestadores deberán requerir pruebas de pertenencia al sistema. Si se niegan a obtener cobertura, se propone que se les asigne una aseguradora de última instancia, determinada por licitación. Es decir, aque-

llos individuos que no obtengan cobertura serán automáticamente asignados a este seguro. Las primas serán obtenidas a través del sistema impositivo y del sistema de bienestar. Si las personas no pagaran impuestos o fueran trabajadores independientes o no recibieran ningún otro pago del Estado, deberán cancelar las primas al interactuar con el sistema de salud.

V.1.4 Subsidios

El cotizante para el cual la prima del seguro catastrófico sea mayor al 7% de su ingreso familiar tiene derecho a un subsidio por la diferencia entre la prima y el 7% del ingreso¹⁰. Este subsidio es mayor cuanto menor el ingreso, ya que la prima del seguro catastrófico aumenta a medida que disminuye el ingreso.

Este esquema se puede implementar utilizando diferentes alternativas para canalizar los subsidios. La alternativa que preferimos consiste en que el cotizante pague la prima (con un tope del 7% de su ingreso familiar) a la aseguradora y que el Estado entregue el subsidio correspondiente (la diferencia entre la prima y el 7% del ingreso) directamente a las aseguradoras¹¹.

A fin de que el compromiso fiscal sea conocido ex ante y puedan introducirse los incentivos correctos en la compra del SC, los subsidios se deberán calcular según una tabla preestablecida de primas. Esto, a su vez, presenta la ventaja de evitar las negociaciones con cada aseguradora y de eliminar o reducir las oportunidades de corrupción. Dicha tabla deberá ser establecida con criterios objetivos, a fin de impedir que sea utilizada por el Estado para reducir el gasto fiscal, distorsionando la operación del sistema. Las opciones a considerar serían:

- 1) fijación y actualización de dicha tabla mediante estudios de tipo actuarial; y

¹⁰ Este diseño teórico es relativamente sencillo; sin embargo, en la práctica hay que decidir una serie de elementos. Entre ellos, qué ingreso considerar y a qué grupo de personas acoger dentro del seguro. En principio, se pueden incluir sólo aquellos ingresos verificables y tomar una definición conservadora con relación al grupo familiar (por ejemplo, considerar sólo al núcleo familiar).

¹¹ Otras alternativas son: i) que los consumidores paguen a los seguros una prima dependiendo de su riesgo e ingreso, pero que el exceso de esta prima pagada sobre el 7% sea devuelto a las personas mediante un subsidio financiado por rentas generales; y ii) que los consumidores paguen un monto único directamente a un Fondo que administra los subsidios y que luego el Fondo pague a las compañías de seguro.

- 2) atar la resolución de este problema al de la población que no ejerce su opción de elegir aseguradora. Al licitar el rol de asegurador de última instancia para este grupo, se puede utilizar la tabla de primas de esta aseguradora como tabla de referencia.

Nosotros recomendamos la segunda opción. En este caso, el subsidio no sería calculado sobre la base de la prima correspondiente al seguro elegido por la familia que recibe el subsidio, sino que será calculado sobre la prima del asegurador de última instancia.

V.1.5 Seguros de largo plazo

No parece necesario implementar el sistema de seguros sucesivos de corto plazo¹². En la propuesta actual se lograría un efecto similar si en los contratos de seguro se estableciera que los seguros catastróficos deben reembolsar a quienes se les detecte una enfermedad crónica, una suma similar al valor presente de los gastos que dicha enfermedad implica en promedio. En otras palabras, en el caso de una enfermedad crónica, el seguro deberá entregar al asegurado un monto que será acordado en forma previa e incluido en el contrato de seguro. Por ejemplo, si la persona desarrolla un cáncer, se le pagará una cantidad determinada, lo que permite que la enfermedad no sea incluida en futuros seguros, garantizándose la movilidad de las personas entre seguros.

Si el seguro catastrófico se acompaña de una cuenta de ahorro, el dinero se depositaría en la cuenta de ahorro. En el caso de que no se incluya una cuenta de ahorro, un elemento de diseño que debe considerarse es si estos pagos serán exclusivos para salud o serán de libre disponibilidad.

V.1.6 Incentivos para acotar el gasto

La razón de introducir incentivos para acotar el gasto radica en que para algunas personas el sistema de SC implicaría, en la práctica, un seguro casi completo, seguro que se sabe ofrece fuertes incentivos para gastar en exceso. Esto es así porque el deducible del seguro catastrófico, calculado como porcentaje de un ingreso bajo, es una cifra baja de gasto en salud, que

¹² Esto se refiere a la propuesta de Cochrane (1995). Una propuesta para implementar dicho sistema para Chile se encuentra en Díaz *et al.* (1996).

se alcanzará casi con seguridad. De ahí en adelante, estas personas tendrían cobertura completa. La cobertura completa significa que todo tratamiento es gratuito de ahí en adelante, lo que lleva casi con seguridad al abuso (tentación a la que se enfrentan todos quienes superan el deducible, independientemente de su ingreso). Esta tendencia al abuso debe ser compensada con controles por el lado de la oferta o la demanda. Sin embargo, los controles por el lado de la demanda se excluyen porque irían en contra del objetivo del seguro de limitar el gasto en salud en el año. Por lo tanto, es necesario concentrarse en controles por el lado de la oferta. Una forma de introducir esos controles es que los seguros completos tengan atención cerrada. Para evitar el riesgo de abuso de quienes son subsidiados por el fisco, se recomienda que el seguro sobre el cual se calculan los subsidios sea un seguro con atención cerrada. En el caso de quienes no reciben subsidios, se espera que la competencia diseñe el plan más adecuado para cada uno en términos de hotelería, tecnología y prestaciones.

El diseño del seguro con atención cerrada estará determinado por las bases de licitación. Se recomienda que los centros asistenciales incluidos provean atención de salud con reducida calidad de hotelería y opciones tecnológicas limitadas (es decir, frente a dos opciones tecnológicas con similar resultado médico, se optará por incluir sólo la más barata). Ésta es la única forma en que se puede lograr que los subsidios se concentren en el grupo de menores ingresos. De no ser así, todos se sentirán atraídos por este seguro, ya que ofrecerá atención gratuita y de calidad comparable a la obtenida fuera de este sistema. Si ello fuese así, los subsidios se diluirán entre una población mayor que la que verdaderamente requeriría de subsidios. Estas restricciones, por consiguiente, favorecen a las personas de menores recursos.

El Estado tiene la responsabilidad de identificar a las personas que serán objeto del subsidio directo o indirecto del sistema, mediante la ayuda de un sistema estandarizado de caracterización socioeconómica de la población, y es el responsable de administrar de manera focalizada el subsidio estatal.

V.1.7 Diseño de una cuenta de ahorro (CAPS) para financiar prestaciones de salud

Tal como se ha mencionado previamente, la ley puede exigir, además de la compra de un seguro catastrófico, una CAPS. Para conformar la CAPS, se puede operar del siguiente modo:

- Se aporta un porcentaje del ingreso al mes por un período de dos a cuatro años consecutivos, hasta acumular dos tercios del deducible del seguro catastrófico¹³.
- En cada mes se aportará el porcentaje estipulado del ingreso, o dicho porcentaje del ingreso menos los gastos en salud del mes. Si esta última cifra es negativa, el aporte no se hace y se acarrea el saldo negativo para el mes siguiente. En otras palabras, el depósito deberá realizarse en dinero o con el depósito de recibos médicos.
- Se aporta al mismo seguro en el que se tiene el seguro catastrófico, el cual deberá garantizar una tasa de interés sobre el saldo de la cuenta. El SC puede subcontratar el manejo de la cuenta.
- Todo aquello acumulado en la cuenta que sea mayor a dos tercios del deducible del SC es de libre disposición. Si la persona queda desempleada, no podrá retirar la cuenta, pero sí podrá deducir de la CAPS la prima del SC.
- El dinero acumulado en la CAPS se puede gastar en todo lo relacionado con salud (esto debe ser así para no generar distorsiones en las decisiones de las personas). Por lo tanto, aparte de poder cubrir una cuenta médica o de hospital, el dinero de la CAPS puede utilizarse, entre otros, en dentista, en oculista, o para complementar el seguro de salud. Dado que la CAPS es obligatoria, si se permitiese el uso de los fondos en actividades distintas a salud, las personas podrían evadir la ley por la vía de destinar sus fondos a otros usos. Por lo tanto, dado que la CAPS estipula un monto promedio de ahorro con topes —ya que los gastos de salud son casi ciertos en una perspectiva de largo plazo y ya que la CAPS devengará intereses—, su uso debe quedar estrictamente restringido a cubrir gastos en salud.
- En el caso de los trabajadores dependientes, la prima será recaudada a través del empleador. Para los trabajadores independientes, será en forma individual sobre la base de una declaración jurada. Deberá crearse una instancia de control (por ejemplo, para tramitar documentos públicos) ante la cual deberá demostrarse que se está asegurado.

¹³ Podría considerarse una CAPS en que se acumulara un porcentaje bajo del ingreso todos los años, sin tope. De esta manera, la persona ahorraría si está sana y gastaría si está enferma. A diferencia de la opción desarrollada en el texto, en este caso, cuando es muy alta la suma acumulada en la cuenta, es necesario incluir la opción de utilizar estos fondos para otros fines.

V.2 Reforma del FONASA y de los hospitales del MSP

Un tema en que no se entra en detalle en esta propuesta, y que sin embargo es necesario abordar para resolver los problemas identificados más arriba, es el de la reforma del FONASA y los hospitales del Ministerio de Salud (MSP). Dicha reforma debe incluir, al menos, aspectos jurídicos, gerenciales y de activos. Jurídicamente aparecerían dos entidades nuevas: una aseguradora pública de salud y una administradora de servicios hospitalarios. La aseguradora pública competiría en el mercado de los seguros catastróficos en pie de igualdad con las privadas. La administradora de servicios hospitalarios licitaría la administración de los hospitales, y los activos se dejarán a disposición de las empresas administradoras (pero no podrán enajenarse salvo autorización especial). La concesión sería por un período de tiempo, plazo después del cual se evaluaría la experiencia y se reliciarían.

La licitación se refiere a la posibilidad de transferir la administración de los establecimientos hospitalarios a instituciones privadas a través de un contrato. Es importante destacar que se puede entregar la administración de los establecimientos a personas naturales o jurídicas, sin que ello implique traspaso de funciones o potestades públicas.

El mecanismo de licitación debe ser competitivo y público por varias razones. Primero, un mecanismo competitivo asegura obtener las mejores condiciones de entrega de los servicios que se contratan. Segundo, un mecanismo competitivo desalienta las asignaciones administrativas distorsionadas (corrupción). Tercero, los resultados de un mecanismo competitivo pueden ser usados como referente para futuras licitaciones; es decir, se convierte en información útil para la toma de decisiones. Cuarto, el mecanismo es público en el sentido que las bases de la licitación son comunes y conocidas por todos los licitantes, al igual que el modo como ésta se adjudica y a quién o quiénes se adjudica. La transparencia en la licitación no sólo se requiere por motivos de probidad pública, sino, además, por razones de eficiencia de la licitación.

V.3 Principios generales para el seguro de incapacidad laboral

Se propone que sean las mismas empresas las que administren el seguro de incapacidad laboral. Para estos efectos, las empresas se reasegurarán con una empresa de seguros para disminuir el riesgo financiero generado por esta obligación. La empresa estará obligada a pagar a los trabaja-

dores enfermos, previa certificación de la enfermedad por un médico, un porcentaje de su sueldo con un deducible. Su obligación debiera ser claramente menor a la actual, es decir, el porcentaje a pagar del sueldo debiera ser sustancialmente menor al 100% —por ejemplo, el 60 ó 70%. Aun cuando el deducible podría ser similar al actual (por ejemplo, de dos o tres días), debiera dejar de ser contingente. Este derecho tendría, a su vez, un tope de días hábiles por año, días que serán acumulables de año en año.

Los empleadores estarían obligados a reasegurarse como empresa con una aseguradora, e incorporar en dicho seguro a todos sus trabajadores. Los empleadores tendrían la facultad de cambiarse de aseguradora una vez al año. La cotización sería negociada entre el empleador y la aseguradora escogida.

Finalmente, se propone la creación de un organismo arbitral que acoja y dictamine sobre los eventuales reclamos de parte de los trabajadores y de los empleadores.

RESUMEN DE LA PROPUESTA

	Chile actual	Chile propuesta
Obligatoriedad de la cotización de salud	Sí	Sí
Extensión de la obligación	Trabajadores dependientes	Todos
Derechos población no asegurada	Ministerio de Salud, si es indigente	No aplicable
Tipo de seguro	Seguro (valor: 7% ingreso)	Seguro contra eventos catastróficos (y cuenta de ahorro)
Financiamiento	7% del ingreso	El costo del SC hasta el tope
Subsidio	2%	A la población con bajos ingresos o altos riesgos
FONASA	Aseguradora estatal con status especial	Aseguradora sin status especial
Financiamiento público	Principalmente a la oferta	Principalmente a la demanda

BIBLIOGRAFÍA

- Aedo y Torche (1996). "Canastas básicas en la atención desalud". *Revista de Análisis Económico*, Vol. 11, N° 2.
- Banco Mundial (1993). "Investing in Health". World Development Report.
- Cochrane, J. (1995). "Time Consistent Health Insurance". *Journal of Political Economy*, Vol. 103, N° 3, pp. 103-3, 445-703.
- Departamento de Economía, Universidad de Chile. "Estudio técnico de la reforma a la seguridad social de salud". Mimeo, enero 1997.
- Díaz, C., Gazitúa, R.; Torche, A.; y Valdés, S. (1996). "Cobertura de enfermedades catastróficas en el sistema Isapre". Documento preparado para la Superintendencia de Isapres, Pontificia Universidad Católica de Chile, 1996.
- Enthoven, A. (1988). *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*. North Holland.
- Ferrara, P. (1995). "Medical Savings Accounts at Work". Cato Policy Analysis, N° 220.
- Fischer, R.; y Serra, P. (1996). "Análisis económico del sistema de seguros de salud en Chile". *Revista de Análisis Económico*, Vol. 11, N° 2, pp. 187-217.
- Fischer, R. (1998). "¿Cómo reformar el sistema de Isapre?", *Revista Perspectivas*, Centro de Economía Aplicada, DII, Universidad de Chile.
- Goodman, J.; y Musgrave, G. (1996). "The Economic Case for Medical Savings Accounts". NCPA report.
- Massaro, T.; y Wong, Yu-Ning (1996). "Medical Savings Accounts: The Singapore Experience". National Center for Policy Analysis Policy Report N° 203.
- Moon, M.; Nichols, L.; y Wall, S. (1996). "Medical Savings Accounts: A Policy Analysis". The Urban Institute Report.
- Newhouse, Joe (1995). *Free for All?* Harvard University Press.
- Pauly, Mark; Danzon, Patricia; Feldstein, Paul; y Hoff, John (1992). *Responsible National Health Insurance*. Washington D. C.: The AEI Press, American Enterprise Institute.
- Sapelli, C.; y Torche, A. (1998). "El seguro previsional de salud: Determinantes de la elección entre seguro público y privado, 1990-1994". *Cuadernos de Economía*, diciembre.
- Tanner, M. (1995). "Medical Savings Accounts: Answering the Critics". Cato Policy Analysis, N° 228.
- Van de Ven, W.; Van Barneveld, E.; y Schut, F. (1996). "Risk Adjustment: A Necessary Complement to Open Enrollment and Rate-Banding in a Competitive Health Insurance Market". Trabajo presentado al I Congreso Internacional de Economía de la Salud, Vancouver, Canadá, mayo de 1996. ☐