

# Seguros de Estatus de Salud: Una Propuesta

**Un esquema de seguros de salud con las características planteadas incentiva la competencia, lo que se traduce en mejor servicio, más innovación y menores costos. Existen varias alternativas para hacer operativo un esquema como el descrito, pero lo más importante es cambiar la tendencia actual que está desalentando cada vez más el mercado privado.**

Recientemente, el Tribunal Constitucional falló en contra de la discriminación por sexo y edad en los precios de los planes de salud de las ISAPRE, de acuerdo con una tabla de factores que fijaba la autoridad. Si bien el fallo reconoce la legitimidad de esta discriminación, afirma que esta debería ser más atenuada.

Es importante tener claro que el rol de los seguros, incluidos los de salud, es entregar cobertura en caso de eventos imprevistos, no de eventos ciertos. Si una persona con una enfermedad crónica de alto costo busca un seguro médico, el precio de éste debería incorporar el mayor gasto que implica esta enfermedad. En forma similar, los gastos en salud dependen del sexo y la edad de las personas, por lo que también deberían hacerlo los precios de los seguros.

Sin embargo, aparece como poco ético subir los valores de los seguros en caso de enfermedad crónica. Esto se debe a que falta hacer la distinción importante entre lo que es un seguro para gastos médicos y el concepto de seguro del estatus de salud, introducido por John Cochrane<sup>1</sup>.

El sistema de salud en Chile tiene mecanismos que proveen algún tipo de seguro de estatus de salud implícitamente. En el caso de las ISAPRE, la ley no les permite cobrar precios que dependan de la condición de salud de las personas y tampoco pueden terminar los contratos. De esta forma, una persona que sufre de una enfermedad crónica, puede seguir contratando el mismo plan de salud que tenía antes de enfermar. Sin embargo, esta persona ya no tiene la opción de cambiarse de ISAPRE, porque genera más gastos que ingresos. De hecho, la ISAPRE en la cual estaba cuando se enfermó tampoco tiene ningún incentivo a cuidar o mantener satisfecho a este afiliado.

En el caso del seguro del Estado, FONASA, este no rechaza a ningún afiliado, pero ofrece un servicio de peor calidad. Los usuarios de FONASA tienen mínima cobertura si eligen prestadores privados de salud, pero una cobertura completa o casi completa si se atienden en la red de Estado. En la práctica, más que un seguro, FONASA es una fuente de subsidios para una buena parte de sus usuarios. Por lo mismo, como aseguradora no tiene incentivos a innovar, ofrecer mejores planes o entregar un buen servicio para capturar usuarios.

Son frecuentes las críticas contra el sistema de salud en Chile, y con frecuencia se citan países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) como ejemplos a seguir. Sin embargo, lo cierto es que Chile tiene un buen desempeño en salud y bien podría ser un ejemplo para otros países de mayores ingresos o, incluso, nosotros mismos.

En un país de ingresos medios como Chile, el debate sobre salud debe centrarse en garantizar el acceso a las personas de menores recursos. Se supone que las personas de mayores ingresos tienen acceso a toda la salud que necesitan. La encuesta CASEN 2009 pregunta (i) si se tuvo un problema de salud en los últimos 30 días y (ii) si se recibió atención médica por este problema. La Tabla Nº 1 muestra los porcentajes de respuestas positivas a estas preguntas por quintil de ingreso.

Tabla Nº 1  
INCIDENCIA DE DOLENCIAS POR QUINTIL

Quintil	Problema de Salud	Recibió Atención
i	14,2%	82,8%
ii	14,1%	82,8%
iii	14,8%	82,1%
iv	14,3%	82,5%
v	14,5%	81,9%

Fuente: Elaborado por Libertad y Desarrollo con datos CASEN 2009.

La Tabla Nº 1 nos dice que la incidencia de dolencias es más o menos igual entre las categorías de ingreso y que, más o menos la misma proporción de personas asiste al médico por estos problemas, independiente de su nivel de ingresos. La Tabla Nº 1 sugiere que en Chile no hay mayores problemas de salud pública, sino más bien de salud privada.

La Tabla Nº 2 muestra la evolución de la proporción de afiliados a ISAPRE, FONASA y otros sistemas de salud. Se observa que el sistema público es el que atiende a la mayor parte de la población y con una ligera tendencia al alza en los últimos años.

Tabla Nº 2  
EVOLUCIÓN DE PROPORCIÓN DE AFILIADOS POR SISTEMA DE SALUD

Año	FONASA	ISAPRE	Otros (*)
2000	65,6%	20,0%	14,4%
2001	64,9%	18,8%	16,4%
2002	65,2%	17,9%	16,9%
2003	66,1%	17,0%	16,9%
2004	67,4%	16,6%	16,0%
2005	68,0%	16,3%	15,7%
2006	69,5%	16,3%	14,2%
2007	70,4%	16,6%	13,0%
2008	72,7%	16,5%	10,8%
2009	73,5%	16,3%	10,2%

(\*) Particulares y F.F.A.A. no aseguradas en FONASA ni ISAPRE

Fuente: FONASA.

Los usuarios de FONASA que se atienden en el sistema público tienen buena cobertura, en general. Sin embargo, los estándares de calidad de los servicios de salud público son mucho más bajos comparados con los prestadores privados. Los afiliados de FONASA que aspiran a un buen servicio en el sistema privado (modalidad libre elección), sólo tienen una buena cobertura en prestaciones de bajo costo como las consultas. No obstante, la cobertura de FONASA suele ser muy deficiente cuando se trata de una prestación cara que es, por cierto, el tipo de prestación que nos gustaría que cubriera un seguro. En estos casos, el seguro de FONASA cubre sólo cerca del 15% del valor de la prestación (por ejemplo, sólo cubre \$ 3.000 de un día cama y no cubre medicamentos), dejando al afiliado muy expuesto al riesgo financiero.

Por el contrario, las ISAPRE ofrecen planes con buenas coberturas (típicamente el 90%) en caso de prestaciones de alto costo en establecimientos privados. Sin embargo, la poca libertad que tienen las ISAPRE para fijar los precios de sus planes las hace rechazar a las personas con preexistencia de enfermedades de alto costo. En forma similar, las que contraen enfermedades crónicas estando aseguradas, si bien no les pueden terminar su contrato, quedan cautivas, ya que ninguna

otra ISAPRE los aceptaría. Además, las ISAPRE tienen pocos incentivos a mantener satisfechos a sus afiliados con enfermedades crónicas.

## Problemas del Sistema

Si bien las cifras indican que el acceso a la salud en Chile es bueno, hay aspectos que mejorar, pero que lamentablemente se han abordado imitando modelos menos exitosos que el chileno.

Los principales problemas de la salud en Chile no son de salud pública: agua potable, alcantarillado, vacunas o atención en el parto. El problema de salud en Chile tiene que ver con los seguros de salud. En FONASA se entrega salud que es efectiva, pero la atención en hospitales públicos es mala. Los usuarios de ISAPRE que contraen una enfermedad crónica reciben un mal servicio o simplemente no son admitidos.

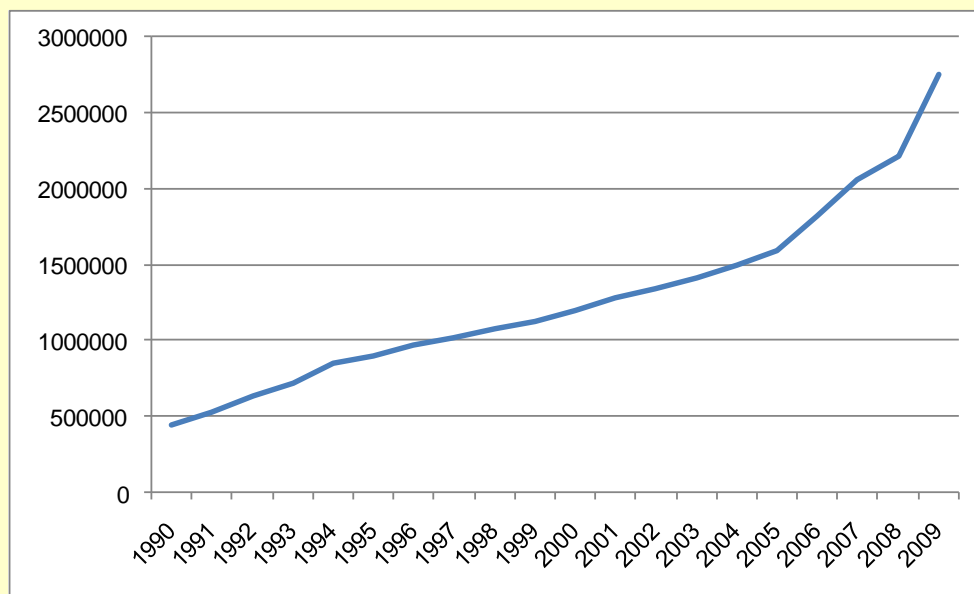
El problema de un seguro como FONASA es que ofrece a muchos de sus usuarios acceso gratuito a la salud. Está demostrado que cuando la salud es gratuita, las personas consumen muchos más servicios de salud de los que necesitan<sup>2</sup>, sin que esto tenga algún efecto positivo en el estatus de salud. Esto se conoce como el abuso del seguro. Un síntoma del abuso es la cantidad de personas sanas que asisten a los consultorios a diario, produciendo congestión y alargando las esperas para las que sí están enfermas.

Se han gastado una gran cantidad de recursos intentando que la atención de los hospitales sea tan buena como en las clínicas privadas. Lamentablemente, este objetivo no es posible de alcanzar; los hospitales no enfrentan incentivos a ser eficientes ni a prestar un buen servicio como ocurre en el sector privado. Por otro lado, los intentos de mejorar un servicio gratuito se ven superados por el mayor abuso por parte de los beneficiarios. Las colas son uno de los pocos mecanismos en la atención pública de salud que reducen el abuso. El Gráfico Nº 1 muestra el explosivo aumento del gasto público en hospitales desde 1990.

En contraste con el sistema privado, el sistema público FONASA no se financia. Más de la mitad de sus gastos se pagan con aportes fiscales. La Tabla Nº 3 muestra la proporción del gasto público en salud que es financiado con gasto fiscal. Luego, el sistema público no sólo funciona como seguro, sino también como un subsidio, otro motivo para querer reducir la participación del sistema público en salud e incentivar la migración hacia los seguros de salud privados, que se financian y entregan un mejor servicio.

Gráfico Nº 1

## GASTO PÚBLICO EN SERVICIOS HOSPITALARIOS, MM\$ DE 2009



Fuente: DIPRES.

Tabla Nº 3

## PROPORCIÓN DE GASTO PÚBLICO EN SALUD FINANCIADO CON GASTO FISCAL

Año	Gasto Fiscal Salud
2000	52,5%
2001	54,0%
2002	51,0%
2003	51,4%
2004	54,7%
2005	54,0%
2006	50,2%
2007	52,9%
2008	54,2%

Fuente: FONASA.

En el caso de las ISAPRE, la regulación les permite cada vez menos discriminar sus precios entre cotizantes de distinto riesgo, con la consecuencia indeseable de reducir la competencia. Con la obligación de cobrar un mismo precio a todos los afiliados, las ISAPRE no estarán interesadas en el segmento de personas de alto costo. Por otro lado,

cuando una persona contrae una enfermedad crónica mientras tiene un contrato con la ISAPRE, esta última no puede terminarle el contrato ni subirle la prima. Esta persona queda cautiva. Su ISAPRE no tiene ningún incentivo a mantenerla satisfecha y ninguna otra ISAPRE estaría dispuesta a aceptarla tampoco. Más allá del potencial mal servicio al que se expone la persona que se enferma, está el riesgo que la ISAPRE salga del mercado. En ese caso, se pierde la posibilidad de contratar un seguro privado de salud.

## Propuesta

Es necesario mejorar la competencia en el mercado de seguros de salud, que se ha perdido justamente por el exceso de regulación, muchas veces inspirado en sistemas que funcionan peor que el de Chile. Es necesario frenar el crecimiento explosivo del gasto y la actual tendencia a que toda la salud sea provista por el Estado.

John Cochrane plantea una solución para el funcionamiento de los seguros privados de salud, que contrario al enfoque actual de exceso de regulación, se basa en la competencia y la desregulación.

En el caso de los seguros de salud, es importante distinguir entre los seguros para gastos médicos y los seguros de estatus de salud. También es necesario distinguir entre los eventos asegurables y los no asegurables. El paso el tiempo es un evento perfectamente predecible y por lo tanto no es asegurable. Lo mismo una enfermedad ya diagnosticada. No se contrata un seguro para lo que ya se conoce.

El problema de las ISAPRE es que no proveen seguros de estatus de salud. La solución es contar con un seguro explícito de estatus de salud, mientras se permite a las aseguradoras cobrar primas diferenciadas según el nivel de gastos que represente cada persona. El seguro de estatus de salud se activa cuando una persona cambia su condición de salud y, por lo tanto su nivel promedio de gastos en salud. La idea es que las aseguradoras tengan la libertad de cambiarle el precio del plan, pero, esto que no signifique un problema para el afiliado, ya que el seguro de estatus de salud le va a cubrir el mayor costo que van a tener sus planes por el resto de su vida. Con la libertad de cobrar diferenciando a cada persona, las aseguradoras sí tienen incentivos para competir por todos en el mercado, incluidos los que tienen enfermedades crónicas de alto costo.

Cada persona tendría un seguro para gastos médicos con una duración, digamos anual, y un seguro de estatus de salud que cubra el mayor precio de los planes en caso de que la persona contraiga una enfermedad crónica. La gran diferencia de este sistema con respecto a la existencia de

los seguros catastróficos es la movilidad; las personas enfermas no quedan excluidas del sistema privado.

Un esquema de seguros de salud con estas características incentiva la competencia, lo que se traduce en mejor servicio, más innovación y menores costos. Existen varias alternativas para hacer operativo un esquema como el descrito, pero lo más importante es cambiar la tendencia actual que está desalentando cada vez más el mercado privado.

En un esquema de este tipo, los precios de las pólizas para las personas mayores inevitablemente van a ir subiendo, ya que es un hecho cierto que las personas de mayor edad gastan, en promedio, más en servicios de salud que los jóvenes. Una solución es que las personas ahorren mientras son jóvenes para financiar los mayores costos de los seguros cuando sean mayores, en forma similar a como actualmente se financian sus pensiones. De hecho, a medida que avanza la edad, los gastos en salud y los gastos en mantención pueden ser bastante difíciles de distinguir. Las cuentas de ahorro para pagar mayores primas cuando se tiene una edad avanzada o tener una mayor pensión podrían contar con incentivos tributarios similares al caso del Ahorro Previsional Voluntario (APV).

El problema de este esquema es que en un inicio no toma en cuenta a las personas que ya son de edad avanzada. Sin embargo, existen varias opciones políticamente viables, que pueden involucrar subsidios u otras soluciones más creativas como, por ejemplo, abonar la rebaja gradual del 7% de cotización que se va a aplicar actualmente a los pensionados a las cuentas de ahorro para gastos en salud.

---

<sup>1</sup> Cochrane, John, "Health-Status Insurance. How Markets Can Provide Health Security". *Policy Analysis*, No. 633, Febrero 18, 2009.

Cochrane, John, "Time-Consistent Health Insurance." *The Journal of Political Economy*, Vol. 103, No. 3, Junio, 1995.

<sup>2</sup> Newhouse, Joseph and The Insurance Experiment Group, "Free for All? Lessons from The RAND Health Insurance Experiment." Harvard University Press, 1993.