

¿Es Factible la Existencia de un Plan Garantizado de Salud?

La propuesta de un plan de salud que tenga un precio único por institución y no distinga por edad, sexo o condición de salud del afiliado, es un paso hacia una mayor centralización del sistema de salud. Tanto el diseño y las actualizaciones del plan, así como el funcionamiento del Fondo de Compensaciones, quedarían en manos de la autoridad central. De esta manera, si bien se resuelven algunas de las críticas que se han hecho al sistema, se reducirían los beneficios en cuanto a innovación y control de costos que se derivan de la competencia en el mercado de los seguros.

Hace unos días se entregó el informe de la comisión encargada por el Ministerio de Salud, para “evaluar la factibilidad de crear un Plan Garantizado de Salud (PGS) al interior del sub-sistema ISAPRE”. En este informe se entregan estimaciones del valor de un plan de estas características, así como la estructura que éste tendría.

Antes de abordar reformas al sistema privado de seguros de salud en Chile, no se debe perder de vista que, a pesar de los defectos que pueda tener, éste funciona bastante bien. La mayoría de los afiliados a las ISAPRE obtiene beneficios de salud similares al del resto de la OCDE. Además, este sistema atiende al 15% de la población, que mayoritariamente corresponde a las familias de mayores ingresos del país. Es decir, son reformas que sólo afectan a los más ricos y por lo tanto su diseño no requiere abordar cómo se resuelve la situación de personas muy pobres. El sistema público FONASA es el que se encarga de la situación de las personas de menores recursos.

Estructura del plan propuesto

El Plan Garantizado de Salud (también llamado PGS) incluiría las Garantías Explícitas en Salud (GES), la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), la cobertura ante eventos de emergencia vital, el examen de Medicina Preventiva y, al menos, las prestaciones curativas incluidas en el arancel FONASA Modalidad Libre Elección (MLE).

La cobertura del Plan Garantizado de Salud privilegia las prestaciones de mayor costo, aunque considerando también una cobertura razonable para las prestaciones ambulatorias. Además, independiente de la estructura de coberturas de las distintas prestaciones de salud, el plan considera un gasto máximo anual en salud para el afiliado. A partir de este monto máximo, el seguro pagaría el 100% de los gastos médicos.

Las ISAPRE cobrarían un precio parejo por este plan, sin hacer distinción por sexo, edad o condición de salud. Las ISAPRE tampoco podrían rechazar afiliados, limitar coberturas o imponer períodos de carencia. Este plan no cubriría licencias médicas. El Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL) deberá ser cobrado aparte. En caso de que la cotización del 7% no logre cubrir el valor fijo del plan, este tendrá que ser adquirido a cambio de una cotización adicional voluntaria. La propuesta descarta usar los excedentes de otros beneficiarios para subsidiar a los que no les alcance su cotización, debido al enorme incentivo a subdeclarar que esto genera.

Si bien el precio del plan debe ser parejo para cualquier afiliado, la ISAPRE podría elegir el nivel de este precio. Sin embargo, la comisión sugiere que los reajustes al valor del plan se hagan de mediante un mecanismo explícito que esté basado en costos.

La comisión estima que el precio del Plan Garantizado de Salud debería ubicarse alrededor de los \$ 17.000, con un rango entre \$ 15.000 y \$ 20.000. Sin embargo, las ISAPRE también podrían ofrecer seguros complementarios en los que “no existirán mínimos legales en términos de prestaciones cubiertas, de montos mínimos totales o por prestación, carencias, exclusiones, etc”.

Por último, la comisión sugiere crear una institucionalidad encargada las definiciones operacionales del Plan Garantizado de Salud. Esta institución definiría la estructura del plan anualmente y evaluaría la incorporación de nuevas prestaciones considerando costo-efectividad de distintas tecnologías. Además, tendría a su cargo uno de los aspectos más delicados del esquema propuesto, que es definir y supervisar las compensación de riesgos entre los distintos afiliados. Es gracias a este mecanismo que una ISAPRE no tendría incentivos a seleccionar riesgos.

¿Por qué se quiere reformar el sistema ISAPRE?

El sistema de ISAPRE funciona razonablemente bien, por esto es importante explicitar qué aspectos hacen necesaria una reforma tan estructural. Más allá del fallo del Tribunal Constitucional, que impuso la necesidad de una reforma, el sistema tiene dos aspectos que han generado molestia en los usuarios y que están detrás de los motivos del fallo: (i) Los usuarios consideran que el costo de los planes para personas

de mayor edad o distinto sexo es excesivo; y (ii) No da una cobertura adecuada al empeoramiento del estatus de salud de los afiliados.

La propuesta se hace cargo de estos problemas definiendo un plan de salud para el cual se tiene que cobrar un mismo valor a todos los afiliados, independiente de su sexo, edad o estado de salud y las ISAPRE no pueden rechazar ni imponer limitaciones en su cobertura. La propuesta está inspirada en el modelo de salud holandés.

Esta solución podría traer consigo otros problemas que es preciso abordar. El sistema propuesto hace que buena parte del sistema ISAPRE deje de ser un sistema de seguros de salud, transformándolo en un sistema solidario de reparto donde los cotizantes más sanos subsidian a los cotizantes más enfermos. En principio, los seguros no son sistemas solidarios, tanto el asegurador como el asegurado esperan beneficios ex-ante con la firma del contrato, sin necesidad de transferencias. La existencia de transferencias priva de una parte de su cotización a los afiliados de menor costo, lo que es discutible. En caso de ser necesario hacer transferencias solidarias para beneficiar a algunos usuarios, sería más eficiente y justo que éstas fueran financiadas con impuestos generales y no con las cotizaciones de otros.

El sistema propuesto evita que las ISAPRE seleccionen afiliados introduciendo un sistema de compensaciones por riesgo. Es decir, si bien los asegurados pagan un precio único, la ISAPRE recibe pagos diferenciados por afiliado. Un Fondo de Compensaciones le entregaría a la ISAPRE un pago adicional por cada afiliado con gastos esperados mayores al promedio (anciano, enfermo) y ésta pagaría al fondo por cada afiliado con gastos menores al promedio (joven, sano). De esta forma, para la ISAPRE todos los afiliados serían igual de rentables y no tendría incentivos a seleccionarlos. Esto en teoría. En la práctica, para que esto funcione bien, se requiere la identificación de riesgos que hace institución encargada del Fondo de Compensaciones sea constantemente mejor a la que puedan hacer las ISAPRE por su cuenta. No debe ser posible (o debe ser muy costoso) para una ISAPRE hacer una mejor identificación de riesgos que la que hace esta institución. Evidentemente, no bastaría usar sólo edad y sexo como factores de riesgo. En el caso de Holanda, se usa una gran cantidad de variables. Además, existe el riesgo que una oficina centralizada que fija precios no sea capaz de reaccionar apropiadamente en uno de los sectores más cambiantes de los últimos tiempos.

Otro aspecto relevante en la implementación de una propuesta así, es la regulación de los seguros complementarios. Actualmente, los precios de los planes pueden variar de manera importante según el tipo de prestador que contemple. Así, un plan con buena cobertura en las clínicas más caras supera con facilidad los \$ 50.000, por lo que existen espacios para ofrecer

coberturas complementarias a buena parte de los afiliados. Permitir mayor libertad a la iniciativa privada en los diseños y precios de los planes complementarios ayudaría a reducir los riesgos de un esquema como este.

En cualquier caso, la puesta en práctica de un sistema como el propuesto es compleja pues deben resolverse varios problemas de implementación. Desde ese punto de vista, lo razonable sería que se tramitara primero una ley corta que modifique la tabla de factores y establezca un mecanismo de reajuste de precios poniendo término así a la inseguridad jurídica del sistema que se deriva de los fallos judiciales y del Tribunal Constitucional, dejando para una segunda etapa la tramitación legislativa de una propuesta como la del Plan Garantizado de Salud.

Comentario final

La propuesta de un Plan Garantizado de Salud, que tenga un precio único por institución y no distinga por edad, sexo o condición de salud del afiliado, es un paso hacia una mayor centralización del sistema de salud. Tanto el diseño y las actualizaciones del plan, así como el funcionamiento del Fondo de Compensaciones, quedarían en las manos de la autoridad central. De esta manera, si bien se atiende a algunas de las quejas que han expresado una parte de los usuarios del sistema, disminuirían los beneficios en cuanto a innovación y control de costos que se derivan de la competencia en el mercado de los seguros.

En el debate sobre reforma al sistema privado de salud, no debería considerarse sólo esta propuesta, sino también otras alternativas que no dependan tanto de la capacidad gestora de una oficina del Estado. Una alternativa concreta que también fue contemplada en el informe de la Comisión Presidencial de Salud de diciembre de 2010 es la introducción de Seguros de Estatus de Salud junto con cuentas de ahorro de salud para la vejez. Esta es una idea introducida por el destacado economista norteamericano John Cochrane¹.

El Seguro de Estatus de Salud consiste en una compensación a los afiliados que sufren cambios en su condición de salud que signifiquen mayores gastos médicos de por vida. En este esquema, el asegurador tendría la libertad de subir la prima al plan de un enfermo crónico, pero la compensación generada por el Seguro de Estatus de Salud le alcanzaría para enfrentar este mayor gasto. Por su parte, las cuentas de ahorro en salud permitirían enfrentar los mayores gastos en salud durante la vejez. Estos gastos no son asegurables, debido a que el paso del tiempo es un evento cierto.

¹ Cochrane, John, "Health-Status Insurance. How Markets Can Provide Health Security." *Policy Analysis*, No. 633, Febrero 18, 2009 y Cochrane, John, "Time-Consistent Health Insurance." *The Journal of Political Economy*, Vol. 103, No. 3, junio, 1995.