



Financiamiento del Sistema de Salud: Informe de la Comisión Presidencial

Como en todos los demás sectores de la economía, mantener la libertad y competencia se va a traducir en menores costos, mejor servicio y más innovación. Esto es especialmente valioso en la salud, donde han ocurrido cambios dramáticos en pocos años, a los que ningún planificador podría adaptarse en forma razonable.

El 7 de diciembre pasado, la Comisión Presidencial de Salud entregó al Gobierno su informe final con propuestas para mejorar distintos aspectos del sistema de salud en Chile. Entre las materias abordadas, se encuentra el del financiamiento del sistema, que ha sido uno de los protagonistas del debate en salud desde el fallo del Tribunal Constitucional. Recordemos que éste, si bien legitimó los cobros de seguros de salud diferenciados por factores de riesgo -como edad y sexo-, estimó que las actuales diferencias son excesivas. Así, la autoridad queda con la tarea de buscar una fórmula que

se traduzca en una menor diferenciación en los valores de los seguros según factores de riesgo, lo que se suele denominar "tabla aplanada", en referencia a la tabla de factores de riesgo vigente.

En la comisión no hubo consenso en una propuesta única, por lo que en el informe se presentan dos propuestas con importantes diferencias en cuanto a incentivos y cambios institucionales.

En esta edición:

Financiamiento del Sistema de Salud: Informe de la Comisión Presidencial

Seguridad en el Trabajo: Buen Diagnóstico, Propuestas Inconclusas

Propuesta de Mayoría

8 de los 13 integrantes de la comisión plantearon la creación de un fondo de compensación de riesgos pagado con aportes públicos y privados que va a financiar un Plan Universal de Seguridad Social en Salud. Los aportes privados serían obligatorios y corresponderían al 6% del ingreso, con un tope, independiente del nivel de riesgo de las personas. También plantean que en el futuro, en la medida que las condiciones políticas lo permitan, la totalidad de este fondo podría ser solventada sólo con aportes fiscales.

El plan tendría dos niveles de cobertura: (i) Una cobertura sin copagos (gratuita), con atención en la red pública, orientada a personas indigentes, sin cotizaciones o con bajos ingresos. Las personas con esta cobertura permanecerían en FONASA y (ii) Otra con copagos, obligatoria para personas con rentas superiores a un límite que fije la autoridad. Las personas en esta modalidad deben elegir una Entidad de la Seguridad Social en Salud (ESSS) que puede ser pública o privada. Las ESSS reemplazarían a las actuales ISAPRE.

El Fondo Compensatorio pagaría las cotizaciones de los afiliados a las ESSS o a FONASA, sobre la base de factores de riesgo como edad y sexo, dejando abierta la posibilidad de ir incorporando otros factores con sustento técnico. En forma centralizada, un grupo de expertos fijaría el pago per cápita que las ESSS y FONASA recibirían por cada afiliado, según su nivel de riesgo. Las primas por afiliado deben ser diseñadas de manera que repartan completamente el fondo, sin déficit ni excedentes. Las ESSS no pueden rechazar ni desvincular a ningún beneficiario.

Para acceder a planes con mejor cobertura: (i) las ESSS pueden cobrar primas adicionales a las fijadas por el comité de expertos, pero éstas deberán ser iguales para todos los beneficiarios de la ESSS; o (ii) los beneficiarios podrían contratar seguros adicionales voluntarios por montos extras a la cotización obligatoria.

Propuesta de Minoría

En la propuesta de minoría, respaldada por 5 de los 13 miembros de la comisión, se mantienen las ISAPRE y FONASA, pero se introduce un componente solidario a las cotizaciones financiadas por el Estado, que beneficia a quienes tengan ingresos más bajos, familias más grandes o riesgos más altos. La solidaridad se introduce por aportes del Estado recaudados con impuestos progresivos.

La cotización obligatoria está destinada a financiar un Plan de Seguro de Salud Obligatorio (PSSO), si el 6% cotizado excede el valor del plan se sugiere que el excedente podría ser destinado a: ahorro en salud, incorporación de otros miembros del grupo familiar, seguros adicionales o seguros de estatus de salud¹. Los PSSO podrían contratarse con un asegurador público o con entidades privadas. Si la cotización obligatoria más la solidaria no alcanzaren para cubrir el precio cobrado por la ISAPRE, el beneficiado puede cubrir la diferencia voluntariamente.

Análisis de la Propuesta de Fondo Compensatorio.

La propuesta de mayoría determina en forma centralizada el nivel de cobertura universal, así como los precios relativos que van a recibir las

ESSS por beneficiario. Si bien es cierto que sistemas de este tipo existen en otros países del mundo, esto no significa que funcionen mejor de lo que existe actualmente en Chile. De hecho, las fijaciones centralizadas de precios siempre terminan con algún mecanismo indeseable de ajuste, como colas, quiebras o monopolios estatales.

Un aspecto importante de esta propuesta es que convierte la cotización de salud en un impuesto al trabajo, debido a que no existiría ninguna relación entre el monto cotizado y el beneficio recibido del sistema. Por lo tanto, es esperable que con el tiempo se vayan descubriendo formas de evitar este cobro, haciendo el sistema más regresivo, o injusto para los cotizantes más honestos.

La viabilidad de un sistema como este depende en forma crítica de la definición del Plan Universal. Éste debiera ser un plan muy básico, orientado a cubrir gastos grandes en salud. Por ejemplo, no debería cubrir las consultas médicas, a menos que el nivel de gasto en éstas se considere catastrófico. De hecho, en la actualidad el Plan de Garantías Explícitas de Salud (GES) funciona en forma similar a lo planteado por la propuesta, pero se financia con una parte pequeña de la cotización. Si ello no ocurriera y el Plan Universal, como consecuencia de la dinámica política, fuera de mayor costo, estaríamos ante un sistema permanentemente desfinanciado.

En la propuesta se plantea que el plan sea financiado con un monto cotizado superior al actual (restando el gasto en SIL el aporte actual en salud es el 5% del ingreso) más aportes estatales. Por lo tanto, es esperable que se esté pensando en un plan no tan básico, que en la práctica hoy las ISAPRES ofrecen a precios mayores.

Los planes actuales tienen altas coberturas en las ISAPRE, por lo que la introducción de un plan obligatorio realmente básico recibiría fuerte oposición de los usuarios. En cualquier caso, independiente de la cobertura inicial que se defina para este plan, ésta va a ir inevitablemente creciendo en el tiempo debido a la presión por parte de distintos sectores, como por cierto ya ha pasado con la cobertura del GES.

Los afiliados de rentas más altas, por su parte, se verían privados de cualquier excedente de su cotización por sobre el Plan Universal, lo que en la práctica significa desconocer su derecho de propiedad sobre la cotización.

Un sistema de salud con estas características podría converger a un sistema con un asegurador estatal único, con proveedores privados y públicos de servicios de salud. Esto, debido a que los problemas en la fijación de las primas y un plan cada vez más generoso como producto de la dinámica política se irían traduciendo en quiebras o cierres de las ESSS privadas, cuyos cotizantes serían absorbidos por la ESSS estatal, que

podría seguir operando con déficit. Con un seguro estatal único, con un plan de salud generoso, no existirían mecanismos efectivos de control de costos, como los que las ISAPRE ejercen hoy sobre los prestadores, más allá de los que pueda definir la autoridad, también en forma centralizada.

Aún en el caso que se logren fijar transferencias que eviten las quiebras de la ESSS, es esperable que no existan mecanismos efectivos de control de costos. Esto porque las transferencias desde el fondo deberían fijarse sobre la base de gasto ya ejecutado, por lo que las ESSS no tendrían ningún incentivo a mantener sus gastos bajos. Al contrario, podrían tener incentivos a ofrecer servicios que produzcan gastos mayores para obtener así mayores transferencias, disparando los gastos en salud del sistema.

Análisis de la Otra Propuesta

La propuesta de minoría, en cambio, resuelve los problemas del sistema de salud en forma simple y sin crear distorsiones. Desde un punto de vista conceptual, el fallo del Tribunal Constitucional sugiere que es deseable que la sociedad se haga cargo de los costos excesivos de los seguros de salud de ciertos grupos, lo que por lógica debería hacerse con fondos fiscales y no con las cotizaciones de otros. En el caso de la educación, el Estado contribuye con financiamiento o provisión para quienes no pueden pagarla, pero no se obliga por ley a los padres con más ingresos a pagarles las matrículas a los hijos de los padres con menos ingresos, esto sería absurdo.

En este caso, la fijación de los subsidios por nivel de riesgo no sería tan relevante. Incluso, tampoco es necesario ni relevante que cubran diferencias actuariales en forma precisa. Basta que sean una ayuda para financiar el mayor costo de los planes de salud para las personas en los grupos de mayores riesgos o menores ingresos.

Lo ideal sería permitir que las ISAPRE fijen libremente las primas de sus planes. De esta forma, se mantienen todos los beneficios de la competencia en todos los sentidos y no sólo en algún aspecto que haya ideado una autoridad en forma centralizada, como en el caso de la propuesta anterior. Las diferencias en las primas ya no serían un problema para el individuo en el grupo de mayor riesgo o menor ingreso, porque ésta se compensaría con el subsidio estatal. Tampoco habría un problema de que las primas aumenten sin límite, porque las personas pagan en el margen su cotización, así que las aseguradoras también van a competir por precio. Por lo demás, los subsidios se fijarían tomando en cuenta los costos reales de los distintos grupos de riesgo.

Como en todos los demás sectores de la economía, mantener la libertad y competencia se va a traducir en menores costos, mejor servicio y más innovación. Esto es especialmente valioso en la salud, donde han ocurrido

cambios dramáticos en pocos años, a los que ningún planificador podría adaptarse en forma razonable.

En esta propuesta, el subsidio del Estado es explícito y puede irse controlando en el tiempo de acuerdo a las disponibilidades presupuestarias y las prioridades que vaya fijando la sociedad. En la del fondo compensatorio el subsidio del Estado no tiene un rango definido, ya que será función del déficit que vaya acumulando el seguro público.

Por último, ambas propuestas consideran que el rol del Estado, en sus inicios al menos, debe quedar limitado a la atención de las personas más pobres y no a la mayoría de la población, como ocurre actualmente. En este sentido, ambas propuestas apuntan en la dirección correcta ya que ésta es una manera de dar real libertad de elección a los individuos, dejando de hacerlos dependientes del sistema público. La dinámica de la propuesta de mayoría, no obstante, puede llevar a que gradualmente más población tenga que ser cubierta por el seguro público.

¹ Ver Libertad y Desarrollo, Temas Públicos 982. "Seguros de Estatus de Salud: Una Propuesta", 10 de septiembre de 2010; o Cochrane, John. "Health-Status Insurance. How Markets Can Provide Health Security". Policy Analysis, No. 633, 18 de febrero, 2009.