



**SEGUROS DE
SALUD:
¿PAGA MOYA?**

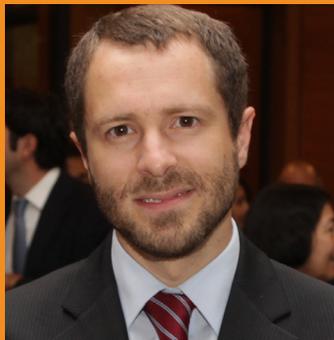
“ El sistema de salud es multidimensional y tenemos desafíos en cuanto a cobertura, calidad, financiamiento, integración entre subsistemas privado y público, entre muchos otros, pero esto es un desafío transversal a todos los países ”.

1. ¿Qué es un seguro?

¿Cuántas veces ha escuchado a algún amigo decir frases como “perdí plata en el seguro del auto porque no tuve ningún accidente”, o tal vez cuando estaciona el auto en un lugar oscuro la frase “no te preocupes del auto, total tiene seguro”, o incluso después que tuvo un accidente que alguien en el taller mecánico le diga “qué le importa cuánto cuesta el arreglo, si total tiene seguro, yo lo veo con el liquidador”?

El principio básico detrás de un seguro es que mucha gente paga una prima relativamente baja para cubrir un escenario malo que es muy costoso, impredecible y que afectará solo a unos pocos. Así, cuando el problema le llega a esos pocos, se usa este pequeño aporte o prima de todos (que sumado puede ser mucho dinero) para compensar a quienes perdieron mucho. Es así como las compañías de seguros ganan dinero proveyendo un servicio valorado por todos; gracias a que logran juntar a muchas personas, crean valor al asegurar contra el escenario malo a quienes compran su seguro, dejando a todos más felices y tranquilos.

A pesar de esta aparente simplicidad, de todos los productos financieros los seguros son tal vez los más difíciles de comprender. Esto se debe a dos motivos principales: primero porque son beneficiosos solo cuando llega la catástrofe, y como generalmente esta no llega, los beneficios no son tangibles; y segundo, porque el hecho de tener seguro afecta el comportamiento de las personas involucradas (el asegurado no siempre paga el costo de sus decisiones y el asegurador quiere seleccionar a los no riesgosos). También asociado a este segundo problema, está la dificultad de establecer una prima que internalice los cambios de comportamiento más riesgosos, pues las compañías no quieren ni pueden darse el lujo de ir a pérdida.



Juan Gabriel Fernández

Profesor Asistente y Director Ejecutivo del Centro de Estudios Financieros (CEF-ESE) del ESE Business School. Ph.D., Economía, Boston University. Magíster Economía mención Economía Financiera, Pontificia Universidad Católica de Chile. Ingeniero Comercial, Pontificia Universidad Católica de Chile.

2. Los seguros de salud y los seguros comunes

En los seguros de salud, ya sea que los veamos como un seguro social o uno privado, enfrentamos como sociedad los mismos problemas de los seguros comunes pero con un grado mayor de complejidad. Haciendo la analogía con el seguro del auto, existen muchas personas sanas -que no chocan- que ayudan a financiar a los enfermos -aquellos que tuvieron un accidente-. Asimismo, existen diversos prestadores de servicios médicos -talleres de reparación- los cuales cobran por sus servicios. También los asegurados pagamos una prima por tener el servicio del seguro, ya sea indirectamente a través de los impuestos o directamente a través del 7% que se descuenta de nuestro ingreso, la cual financia nuestras prestaciones médicas; y finalmente, están el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las instituciones de salud previsional (Isapres), quienes logran unir a los actores y generar un beneficio por el servicio de socializar las pérdidas del escenario negativo entre todos los asegurados.

Solo nos falta el liquidador, ese personaje querido y simultáneamente odiado que se encarga de revisar -con una simple mirada al auto chocado- que el daño efectivamente se deba al accidente y que el costo del arreglo (y los repuestos requeridos) sea consistente con dicho daño. Este personaje es clave para que funcione el mercado, pues a un bajo costo permite alinear los incentivos del taller, con los de la compañía de seguros y el mismo asegurado: hace que el sistema sea "justo" después del accidente, limita los precios muy altos y también los abusos contra el sistema. Incluso nos indica cuando una situación es "pérdida total".

Lamentablemente en salud, además de no existir un culpable a quien pasarle la cuenta de los costos del accidente, no hay forma de saber mediante una "simple mirada" el daño y el costo estimado de repararlo. Es tan específico el conocimiento -los repuestos tampoco abundan-, que no es viable tener un "liquidador" para cada visita, enfermedad y tratamiento pues equivaldría a tener una segunda opinión médica.¹

Por lo anterior, el sistema de salud requiere de un grado de confianza muy grande en los doctores y prestadores médicos (hospitales, clínicas, consultorios, centros de consultas, etc.). A ellos se les exige un grado mayor de cuidado de los intereses de los pacientes, los cuales lamentablemente están distorsionados cuando no son ni los pacientes ni los prestadores sino el seguro quien paga por los servicios.

3. Riesgo moral y demanda inducida

Cuando "paga moya", inevitablemente hay pacientes que se aprovechan del sistema y generan un consumo exagerado de prestaciones médicas ("riesgo moral") ¿Cuántos asegurados asisten a la urgencia por una simple molestia cuando lo lógico sería pedir una consulta médica o tomarse un analgésico? ¿Y qué decir de las innumerables ecografías para "ver a la guagua", donde salvo algunas que se utilizan para descartar enfermedades, son puro gasto? Es aquí donde herramientas como el copago ayudan a limitar abusos, pues transfieren parte del costo del exceso al mismo paciente.

Por otro lado, si bien los prestadores tienen las herramientas y el deber de ayudar a contener el exceso, lamentablemente también tienen incentivos a promoverlo o al menos tolerarlo ("demanda inducida"). Frente a esta situación existen dos historias: una buena y otra perversa. La perversa es que ante la ignorancia de los pacientes y la presencia de seguros, como generalmente las personas confían en su doctor, existen incentivos para el prestador a pedir más exámenes e interconsultas para ganar más dinero. A riesgo de ser un poco naive, creo que en la mayoría de los casos en que esto ocurre, no sucede por "maldad" o "sinvergüenzura" del doctor, sino porque los involucrados no pagan el costo de estos excesos y obviamente, prefieren estar 100% seguros antes de intervenir. Otras veces, aunque en Chile aún no es muy común, lo hacen para cubrirse de eventuales demandas de malpractice (negligencia) o simplemente para dejar feliz al paciente y poder decir que hizo todo lo posible. Algo similar sucede con las licencias falsas que tantas personas, y en particular mamás jóvenes piden a sus doctores para poder quedarse con sus hijos "porque están tan chicos y no quieren volver al trabajo", o bien las enfermedades mentales -depresiones- "mal" diagnosticadas (para diferenciarlas de los casos reales que sí existen) y que debido a su naturaleza son de difícil detección.

Lamentablemente y a pesar de las buenas intenciones de los involucrados, estos excesos que dejan tan contentos a los pacientes -y eventualmente a los doctores-, no los "paga moya" pues nada de esto es gratis.

Como las compañías de seguro no son magos, la prima debe ser al menos igual al costo esperado de las prestaciones que financian.

¹ Las contralorías médicas cumplen parcialmente el rol de liquidador, aunque actúan expost y además sobre un universo muy acotado de casos.



Por ello aunque no sea directamente, los costos de estos lujos lo pagan todos los asegurados a través del aumento en el precio del seguro de salud. Lo que es aún peor y aumenta la percepción de “estafa”, es que menos de un 10% de la población hace uso intensivo de sus planes de salud, por lo que el 90% restante ve cómo suben sus seguros sin ni siquiera haberlos “aprovechado”... Y como no se puede culpar a nuestro doctor o clínica (el héroe que nos atendió y nos hizo cuanto examen había para estar seguro), obvio que el malo de esta película termina siendo la Isapre o compañía de seguros, pues es quien cobra.

Aquí los doctores y prestadores en general tienen una gran responsabilidad ética: no es fácil decirle a un paciente que la licencia o prestación no corresponde, pero es el deber aunque ello lleve a perder un “cliente” (o al menos dejarlo descontento).

4. Financiamiento, transferencias intergeneracionales y discusión pública

Un problema adicional al de la demanda inducida y el riesgo moral que también afecta el financiamiento de la salud surge por los cambios demográficos que estamos experimentando.

El costo de la salud aumenta exponencialmente con la edad. Según datos internacionales, el costo esperado de un hombre de 60 años es más de 6 veces el de un joven de 30 años... ¡y el de un hombre de 85 es aproximadamente 8,5 veces!. Frente a este gasto dispar el sistema privado originalmente planteó una tabla de factores de riesgo donde cada cohorte paga según su gasto esperado. Pero cada vez somos más los viejos y, al menos bajo las reglas actuales, los tribunales no están permitiendo a las compañías de seguro ajustar las primas (es impopular hacer pagar más a los mayores, aunque sean más caros y el sistema esté definido de esa manera), lo que genera una situación insostenible como se está empezando a ver en la prensa².

Hoy se plantea que la prima única, pareja e independiente de la edad es más justa. Plantear que todos paguen lo mismo independiente de la edad, atendido los costos esperados es equivalente a decir que los jóvenes y activos “subsidién” a los viejos, ya sea indirectamente vía impuestos o directamente por las primas de salud. Esto no es necesariamente malo o injusto, pero es importante transparentar qué significa: es una forma de transferencia intergeneracional. Ya sea seguro privado, público o seguro social, alguien debe pagar y por lo mismo el arreglo que se haga no es indiferente.

² Hoy existe una grave indefinición legal al respecto, con la consiguiente judicialización y el aumento de costos que ella conlleva.

Como eventualmente todos vamos a llegar a viejos, en teoría un seguro social de este tipo podría no ser un problema desde la perspectiva de justicia intergeneracional, pues si yo financio hoy a mis padres a través de impuestos, cuando sea viejo mis hijos me financiarán a mí... lo que es correcto salvo por tres pequeños detalles: el número de hijos es cada vez menor (la tasa de natalidad está cercana a la tasa de reemplazo); dos, el costo de la salud sigue creciendo más que los salarios; y tres, vivimos más años. Es decir, si por cada persona de la generación de mis padres había 10 trabajadores activos que le financiaban sus gastos, en el futuro cuando le toque a mis hijos financiarme, dada la reducción en la razón de trabajadores activos a pasivos habrá sólo cuatro o menos que además financiarán un gasto mayor. Es decir, el "impuesto" para mis hijos deberá ser mucho más del doble que el que yo pagué. Este modelo parece cargarle mucho la mano a los jóvenes y puede volverse insostenible: se sostiene en la medida que los jóvenes no se rebelen (al más puro estilo del "Diario de la Guerra del Cerdo" de Bioy Casares).

Cómo se resuelva el problema es finalmente una decisión de carácter político: como sociedad debemos ponernos de acuerdo en cuánto del mayor costo de la salud de los adultos mayores se lo traspasaremos a la generación joven y cómo: si es a través de una prima única en un sistema unificado de salud, impuestos (que es otra forma de recaudar desde las generaciones más jóvenes y activas) o un mix de ambos.

En todo caso aquí no partimos desde cero. La respuesta actual del sistema chileno al "cómo" en esta disyuntiva demográfica es mixta: el sistema privado no genera transferencias intergeneracionales pues la prima está establecida por tramos de sexo y edad. En cuanto al sistema público, al fijarse una prima del 7% del sueldo independiente del número de cargas o del nivel de sueldo, se generan transferencias intergeneracionales de jóvenes a viejos, desde los solteros sin carga a familias, desde trabajadores de altos ingresos a aquellos de bajos ingresos y desde trabajadores y empresas (mediante impuestos) a indigentes y en general gente de bajos ingresos que cotiza en FONASA (pues recordemos que aproximadamente un 58% de los ingresos de FONASA proviene de transferencias directas del fisco).

Pero el "cómo" no lo es todo, existen infinitas potenciales necesidades. Para responder el "qué" financiar es fundamental definir cuando una prestación no se justifica socialmente (en oposición al análisis individual) y es preferible dejar morir en paz dando tratamientos paliativos del dolor. En este sentido y más

allá de la economía política que genera incentivos perversos a un aumento permanente en las prestaciones, las condiciones priorizadas y procedimientos estandarizados del Plan Ges-Auge nos da una respuesta tentativa a este dilema.

5. Solidaridad y calidad en los sistemas de salud

Un argumento que suele confundirse con las transferencias intergeneracionales (relacionado a la equidad), es el de la solidaridad: qué hacer con aquellos que no pueden financiar su salud y eventualmente cómo pagar sus gastos.

La sociedad chilena hace mucho tiempo que definió una respuesta: no podemos dejar a los más pobres desamparados, debemos ser solidarios y hacernos cargo de ellos. El sistema chileno sí es solidario y por ello el FONASA atiende a los pacientes del grupo A o indigentes (que no aportan con recursos a dicho fondo) y a quienes su 7% no les alcanza para cubrir el costo de salud (grupo B) en la red de salud pública de manera gratuita. Adicionalmente, como para pagar estos gastos FONASA recibe un 58,4% de sus ingresos como transferencias directas del fisco, se puede inferir que la decisión social es financiar a través de los impuestos y no de transferencias intra-sistema de salud.

Respecto de este punto, se suele mezclar el problema del acceso con la calidad del servicio en la red de salud pública. Cuando se indica que el sistema debe ser solidario y se plantea como solución un acceso igualitario, ¿nos referimos al acceso de los más pobres a un nivel mínimo o si todos debiesen poder acceder a la clínica de más alta calidad en Chile?. A todos nos gustaría lo segundo.

Lamentablemente, plantear que todos los hospitales públicos presten un servicio y hotelería equivalente a las mejores clínicas, no es viable por un tema de costos. Aun asumiendo que el fisco fuese muy eficiente en la administración de recursos, no creo que exista gobierno –ni sociedad- que pueda financiar este nivel de gasto pues implicaría impuestos o primas excesivamente altas. Por lo tanto la duda es si prohibir la calidad alta y nivelar hacia abajo o permitir la diversidad de prestadores (exigiendo límites mínimos de calidad médica) y asumir que aquellas personas de ingresos mayores probablemente tendrán acceso a mejores servicios y eventualmente podrán acceder a tratamientos –vitales en muchos casos- que aquellos de menores recursos no podrán tener.

La primera opción de prohibir es compleja: no se puede asumir que eliminando el sector privado el presupuesto público

aumentará radicalmente y el servicio mejorará; pues además de eliminar un referente de calidad exigente para el sector público, probablemente se estaría generando un exceso de demanda por prestadores públicos con interminables listas de espera y eventual colapso del sistema .

Pareciera que no queda otra opción que tolerar las diferencias. Pero aunque suene duro, se debe ser consistente: si permitimos distintos proveedores y niveles de servicio (ello comprende no

sólo la atención médica, sino también las instalaciones –pieza, baño, comida- y la cantidad y calidad del personal) es natural que existan planes de salud de distinto precio para financiar esta diversidad de costos, el resto no es viable. No se puede plantear que existan simultáneamente una clínica con servicio excelente y un sector público con peor servicio (no necesariamente peor salud) pero más económico si no se permiten esquemas de financiamiento que soporten dicha diferencia, pues los costos pueden ser muy disímiles.

Conclusiones

El sistema de salud es multidimensional y tenemos desafíos en cuanto a cobertura, calidad, financiamiento, integración entre subsistemas privado y público, entre muchos otros, pero esto es un desafío transversal a todos los países. Los balances son difíciles de lograr: no hay recetas fáciles y cualquier decisión social implicará costos.

La regulación de estos problemas es siempre compleja y genera consecuencias indeseadas en competencia. Además siempre la creatividad supera al regulador y puede terminar generando organizaciones más sofisticadas y complejas, pero que no agregan valor.

Se puede regular prohibiendo o generando incentivos y permitiendo diferencias muchas veces odiosas tanto entre generaciones como entre individuos. Pero si se opta por lo primero, debemos tener presente que lo que en el corto plazo parece razonable, puede transformarse en una bomba de tiempo por los incentivos que estas prohibiciones implican. Al final del día, si bien no regular genera oportunidades de abuso o simplemente mercados ineficientes, regular en exceso limita la libertad de opción y los beneficios de la competencia. Buscar este fino equilibrio es la tarea pendiente, aunque las opciones muchas veces dependerán de visiones ideológicas y políticas, lo que dificultará el acuerdo.

Pero no todo es tan difícil, existen espacios de acuerdo transversal para mejorar el sistema. Mientras trabajamos el diseño institucional y financiero, podemos mejorar el control de abusos que nos permitirán reducir al menos marginalmente el espiral de costos. Por un lado es fundamental educar y entender que no existen servicios de salud gratis, aunque no paguemos directamente con nuestra billetera por ellos.

Así como en el mercado de capitales, a partir de todos los escándalos financieros, prácticas habituales que eran aceptadas hoy ya no lo son y ha aumentado el nivel de exigencia hacia los empresarios, en la salud debemos mejorar. Podemos partir intentando cambiar la cultura del “vivo” hacia una cultura de lo “correcto” y del “deber”, que en este caso es pedir y otorgar el servicio necesario dada la condición del paciente. Esto aplica a las licencias médicas falsas, a la demanda inducida y al exceso de consumo o riesgo moral. Debemos dejar la permisividad y aprender a denunciar malas prácticas, pues el costo social que ellas implican es muy alto. Las empresas deben generar mecanismos de command and control y así como en temas económicos existe la delación compensada, tal vez se pueda ser creativo para incentivar las denuncias e investigaciones correspondientes que permitan alinear incentivos de la industria con los de la sociedad como un todo.