



FUNDACIÓN JAIME GUZMÁN

REFORMA A LAS ISAPRES

N° 271 | 22 de mayo 2019

El mercado de seguros de salud chileno presenta una combinación público-privada en el financiamiento y la provisión de atención médica. En los últimos años, muchos expertos han subrayado la necesidad de un cambio estructural dirigido a corregir las ineficiencias y los problemas de equidad dentro del mercado. Actualmente el Gobierno ha enviado al parlamento dos proyectos de ley: uno para modificar el seguro privado y otro para modificar el seguro público. Ambos pretenden proporcionar un marco legal nuevo para abordar las preocupaciones respecto al sistema en su conjunto. Este número explica cómo funciona nuestro sistema de salud y revisa los contenidos del proyecto presentado por el Ejecutivo.



Ideas & Propuestas

RESUMEN EJECUTIVO

El mercado de seguros de salud chileno presenta una combinación público-privada en el financiamiento y la provisión de atención médica. En los últimos años, muchos expertos han subrayado la necesidad de un cambio estructural dirigido a corregir las ineficiencias y los problemas de equidad dentro del mercado. Actualmente el Gobierno ha enviado al parlamento dos proyectos de ley: uno para modificar el seguro privado y otro para modificar el seguro público. Ambos pretenden proporcionar un marco legal nuevo para abordar las preocupaciones respecto al sistema en su conjunto. Este número explica cómo funciona nuestro sistema de salud y revisa los contenidos del proyecto presentado por el Ejecutivo.



Foto: minsal.cl

I. INTRODUCCIÓN: LA MEZCLA PÚBLICO-PRIVADA

La mayor parte de la población en Chile está cubierta por el sistema público -Fonasa-, que asegura alrededor del 78% de la población, mientras que la población restante se encuentra afiliada, en su mayoría, a seis aseguradoras privadas (Isapres), que cubren alrededor del 14%. Estos dos componentes operan bajo diferentes acuerdos regulatorios en relación con el paquete de beneficios y la cobertura que proveen, los precios y la inscripción de sus afiliados, entre otros factores.

Fonasa contiene un paquete de beneficios estandarizado que incluye servicios básicos como: las GES, -una lista de 80 problemas de salud explícitamente garantizadas-, atención primaria, atención para pacientes hospitalizados y ambulatorios, atención de emergencia y algunos productos farmacéuticos; a su vez, los costos de atención para sus afiliados se basan en los ingresos de estos. Además, no hay primas y las contribuciones (el 7% de la renta imponible,

que también es obligatorio para el sistema privado) cubren a toda la familia. Una parte importante del presupuesto se recibe a través de impuestos generales (64%). Por último, este sistema tiene libre afiliación.

Una de las principales debilidades de Fonasa es que no puede actuar como un comprador estratégico para sus beneficiarios, ya que enfrenta muchas restricciones relacionadas con la contratación. De hecho, la obligación de servicio público implica que Fonasa debe prestar atención principalmente a través de los prestadores públicos y no puede gastar más del 10% del presupuesto de la modalidad institucional en servicios prestados por proveedores privados. Además, los métodos de pago a prestadores están definidos por la ley. También, entran en conflicto el rol de la Subsecretaría de Redes Asistenciales con el rol del Fonasa, teniendo este último poco control sobre la demanda de atención médica de sus beneficiarios, ya que está principalmente organizada por el Ministerio de Salud.

Por el contrario, en las Isapres existe una amplia diferenciación de productos con alrededor de 6.500 planes, donde la única característica común es la inclusión de las GES en su paquete de beneficios. La falta de restricción da como resultado no solo la diferenciación de los beneficios incluidos, sino que también la cobertura financiera (estructurada como tasas de copago sobre topes por servicio) y la calidad de las redes de prestadores. Una consecuencia directa es la incapacidad de comparar productos, lo que restringe la elección del consumidor y hace que el mercado carezca de transparencia. Además, la incertidumbre financiera y los servicios no cubiertos (por ejemplo, medicamentos ambulatorios), generan problemas de asequibilidad.

Las primas están estructuradas con una base de tarifa plana, donde se encuentra un esquema de compensación simple para contener los incentivos de selección de riesgo y, por encima de esto, una prima de riesgo basada en la edad y el género. Estas regulaciones han afectado la accesibilidad, ya que los individuos más riesgosos enfrentan primas más altas, en particular, las mujeres se ven especialmente perjudicadas, ya que sistemáticamente enfrentan primas más altas con respecto a los hombres, incluso cuando no están en edad fértil. Una justificación para este resultado se deriva de la ausencia de un sistema de compensación de riesgos en la totalidad de las primas, que además

representa una de las razones del aumento de estas. La regulación inadecuada de estas ha llevado a los consumidores a demandar a las aseguradoras por estos aumentos, llevando a la “judicialización” de estos. La “judicialización” crea una restricción adicional en el establecimiento de primas y la competencia de precios, proporcionando incentivos adicionales para seleccionar y / o diferenciar las primas a través del diseño de los planes.

No hay libre afiliación y se requiere una declaración de salud. Esta última es una forma de selección directa, prohibida en otros países, como Australia, Holanda y Suiza, que consiste en la posibilidad de que las aseguradoras rechacen a los solicitantes en función de su estado de salud.

Estas características estructurales han conducido a una pronunciada fragmentación del mercado. De hecho, el acceso al sistema privado, percibido de mejor calidad de atención, ha demostrado ser difícil para las personas de bajos ingresos y alto riesgo. Como consecuencia, la mayoría de los ancianos, enfermos y personas de bajos ingresos terminan inscritos en Fonasa. Por lo tanto, debido a las diferencias en las regulaciones y en las obligaciones tanto para los aseguradores privados como para el sistema público, existe una gran diferencia en los perfiles de riesgo entre Isapres y Fonasa. Esto, a su vez, no permite una competencia justa entre los dos sistemas.

II. PROPUESTA DE REFORMA

Todos los problemas presentados anteriormente requieren un diseño seguido de una implementación coherente, en la que tanto la política como la regulación tomen un papel fundamental para garantizar un sistema de financiamiento de atención de salud capaz de sustentar asequibilidad, equidad, eficiencia y protección financiera.

Para alcanzar esos objetivos, en lugar de tratar de cambiar por completo la mezcla público-privada del sistema, la mejor estrategia para lograr una reforma exitosa sería introducir modificaciones graduales y generar acuerdos políticos (tanto como sea posible) mientras se mantiene la solidez técnica. Con esto, será necesario articular una agenda que, de manera incremental y manteniendo la combinación dada, desarrolle un sistema de salud integrado a largo plazo, tendiendo hacia un sistema de seguro social. En efecto, lo anterior se describe en el Programa de Gobierno del presidente Sebastián Piñera bajo la creación de un “nuevo seguro social de salud, con un plan básico para todos los chilenos, independientemente del sistema”.

Para lograr la visión a largo plazo, será necesario fortalecer de manera independiente, pero en paralelo, Fonasa e Isapres, para que ambos puedan competir en un campo de juego nivelado en el futuro. De hecho, esta es actualmente la estrategia que ha tomado el gobierno al introducir dos proyectos paralelos de ley. Algunos de los cambios que se detallarán se incluyen en el proyecto de ley de Isapres, y se espera

que algunos otros, que faltan, se incluyan en algún grado durante las discusiones del parlamento.

Así, en primer lugar, existe la necesidad de abrir el sistema, permitiendo la libre afiliación, que se traduce en la práctica en la eliminación de la declaración de estado de salud para poner fin a la discriminación por preexistencias y la cautividad de los afiliados, permitiéndoles una verdadera elección y portabilidad entre Isapres. Con esto, se busca generar la instalación de un sistema verdaderamente competitivo, es decir, que los aseguradores busquen atraer a todos (no solo a los más sanos), maximizando sus incentivos para responder a las preferencias y necesidades de los beneficiarios.

Por otro lado, la creación de un Plan Universal de Salud amplio representa un esfuerzo importante para que el mercado sea transparente (como se mencionó, actualmente coexisten alrededor de 6.500 planes) y para ampliar la cobertura de servicios médicos que no están cubiertos en la actualidad, lo que implicaría, por ejemplo, incluir cobertura para medicamentos (especialmente aquellos para enfermedades crónicas). La falta de datos sobre el uso y los precios implica un desafío para el regulador respecto a abordar este último punto, requiriendo un análisis del mercado dado para señalar cuáles, cómo y cuándo, se incluirá en el paquete. Además de eso, cada aseguradora tiene la posibilidad de ofrecer beneficios complementarios, como los servicios mínimos excluidos del paquete de beneficios, para que las personas puedan completar las coberturas de su preferencia.

III. CONCLUSIONES

Ciertamente, se hace necesaria una reforma para mejorar el acceso oportuno a la atención de salud y que optimice sus coberturas, lo que implica impulsar esfuerzos transversales por avanzar hacia la consolidación de un sistema capaz de acoger a todos los ciudadanos. Se requiere, además, incorporar mayor solidaridad social para poder lograr estos objetivos.

Sin embargo, avanzar hacia una mayor solidaridad no necesariamente requiere la introducción de una tarifa plana. En la práctica, estas alientan a las aseguradoras a querer atraer solo a personas, jóvenes y hombres más saludables. Entonces, ¿cómo logramos una mayor solidaridad de manera efectiva? Esto es posible separando el pago de los individuos de su riesgo individual, compensando las diferencias de riesgo, lo que significará, en la práctica, que las personas sanas deben brindar una contribución de solidaridad para compensar a las personas más enfermas, con el resultado de tener mayor asequibilidad y poder proporcionar mejor atención, sin presión financiera, para los más riesgosos (enfermos, ancianos y mujeres en edad fértil) para obtener su plan de salud.

A largo plazo, la integración significaría que las primas enfrentadas estarían compuestas por una prima de riesgo, sostenida por compensaciones basadas en el riesgo relacionado con el perfil de la persona (para permitir primas asequibles para personas de alto riesgo y de bajos ingresos). Como resultado, las personas de alto riesgo recibirían mayores compensaciones que las personas de bajo riesgo, también por los bajos ingresos. El financiamiento de las compensaciones provendría de contribuciones relacionadas con los ingresos que actualmente son obligatorias para todos los chilenos, para mantener la progresividad, y los subsidios estatales actuales otorgados a Fonasa, que se concentren en el mismo fondo.

Además, un aspecto de la integración generalmente descuidado es el de los mercados secundarios (complementarios), que han experimentado una expansión exponencial en los últimos 10 años, alimentados por la incertidumbre financiera en el sistema, ejerciendo presión sobre los costos y el uso excesivo de los servicios.

Reforma Integral al Sistema de SALUD



Foto: lanacion.cl

Todo lo anterior debe complementarse con un marco correcto de incentivos para que los beneficiarios, las Isapres y los prestadores contengan los costos, para manejar la fuerte presión que afecta al sistema año tras año con respecto al aumento de precios. Algunas herramientas son los deducibles, que además tienen la ventaja de brindar seguridad financiera en términos de gastos en salud y la mejora de la posición de las Isapres en relación con su relación con los prestadores, como la que Fonasa tiene para sus prestadores públicos: que es, de hecho, una de las principales mejoras introducidas en el proyecto de ley de las aseguradoras públicas, para

que las primeras puedan contratar servicios de manera prudente.

El sistema de salud chileno se enfrenta a muchos desafíos reales y la implementación de los cambios será clave: en lugar de introducir barreras de entrada, sería aconsejable introducir modificaciones graduales, para poder monitorear los cambios y corregir errores, en un período de transición definido. Es urgente instalar un sistema capaz de responder de manera eficiente y equitativa a las necesidades cambiantes de la población y mejorar la calidad de vida de los chilenos.



Capullo 2240, Providencia.

www.fjguzman.cl

 /FundacionJaimeGuzmanE

 @FundJaimeGuzman

 @fundacionjaimeguzman