

TEMA DE ANÁLISIS / N°9

DESAFÍOS DEL SISTEMA DE SALUD



Universidad de los Andes

CEF - Centro Estudios Financieros

ENERO | 2018

Uno de los grandes temas de la reciente elección presidencial y parlamentaria, fue el sistema de salud. La población envejece y los gastos médicos aumentan con la edad. Consecuentemente aumenta el gasto, y ello sin que ocurran cambios notorios en la percepción de calidad.

En el sistema público se menciona que existen problemas de acceso y oportunidad, mientras en el privado se cuestiona su costo. En paralelo migrantes utilizan servicios públicos, haciendo que trabajadores locales se sientan desplazados. También se discute sobre el costo de medicamentos y si el mercado está realmente operando en este rubro. Los desafíos son múltiples y no existe una bala de plata que los solucione todos. Es necesario elaborar una serie de medidas, aunque debe hacerse con una mirada integral, que mire el desafío técnico, financiero y humano simultáneamente.

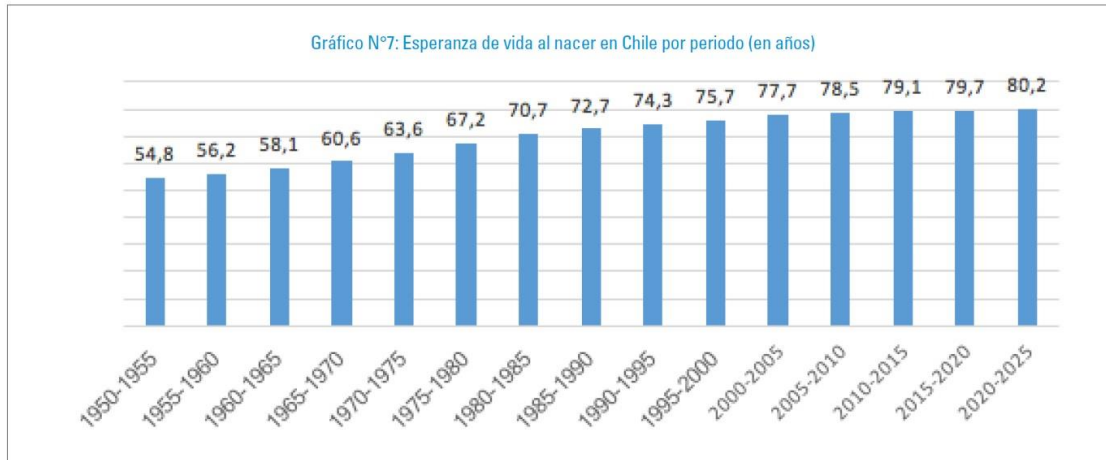
Las propuestas se dividen entre propuestas maximalistas, que intentan un big-bang del sistema integrando los subsistemas público y privado; y otras más graduales que buscan darle viabilidad financiera al segundo mientras se mejora la calidad de atención y eficiencia del primero. Ambos coinciden en la necesidad de mejorar la integración y comunicación entre los sistemas, pero varían en los plazos y medidas. Asimismo, ambos tipos de reformas tienen problemas difíciles de subsanar, aunque este informe se focaliza en el segundo tipo, centrándose en lo que para muchos afiliados a ISAPRES es el principal problema: el aumento del costo de los seguros privados. La idea es entender los “drivers” del aumento del gasto, cómo se puede comparar entre los sistemas público y privado, y luego intentar comprender el impacto de la interacción de ambos sistemas para la sustentabilidad de los primeros.

Introducción

En todas partes del mundo la gente critica sus sistemas de salud: el servicio es insuficiente, las listas de espera son largas, la atención es despersonalizada o son muy caros. La muerte es un evento de cuya ocurrencia tenemos certeza absoluta, aunque su momento sea incierto. Ello implica que, aunque se acceda a los mejores tratamientos, el desenlace final es el mismo y no existe sistema que impida la muerte. Lamentablemente no existe un modelo de salud que universalmente sea considerado el “mejor” para enfrentar los desafíos de la salud, pues si se desea equidad, se afecta la libertad de elección o el precio; si se desea mejor atención, probablemente aumenta el precio, tampoco existe acuerdo respecto de qué se entiende por eficiencia cuando hay tratamientos que sólo extienden la enfermedad y podría ser preferible una muerte tranquila. Por lo tanto, la definición de un buen sistema dependerá de las preferencias y valores tanto personales como sociales de la población.

A pesar de ello, vale la pena el esfuerzo de encontrar el mejor sistema posible para una determinada sociedad, pues el acceso a tratamientos médicos tiene efectos en la calidad de vida. De hecho, si bien las causas se confunden con la solución de problemas de salubridad (agua potable, alcantarillado y otros), de salud pública preventiva (como tratamiento del embarazo y programas de vacunación) y de educación (actitud frente a conductas de riesgo), las expectativas de vida han aumentado desde casi 55 años a mediados del siglo pasado a casi

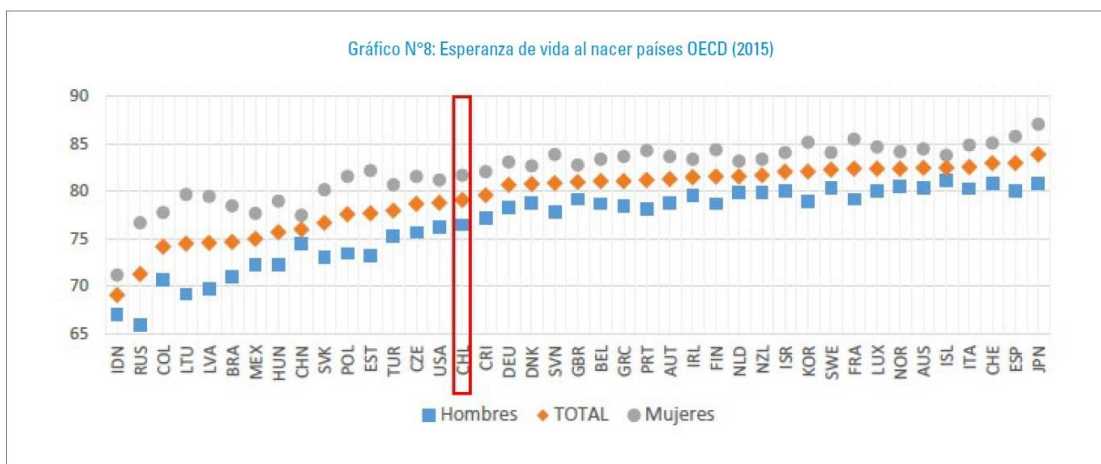
80 años en la actualidad y no es descartable que parte de ello se deba a mejoras en los sistemas de salud (Gráfico N°7). Incluso para quienes actualmente tienen 65 años, la expectativa de vida ya supera los 82 años y esos años adicionales justifican el esfuerzo.



Fuente: DEIS-MINSAL / INE Proyecciones y Estimaciones de Población.

En este sentido, Chile se acerca –e incluso supera en algunos casos- la esperanza de vida de países desarrollados (Gráfico N°8).

Con todo, esta buena noticia que es la mejora en las expectativas de vida, esconde un gran desafío y tiene implícita una mala noticia: a medida que vivimos más años, es necesario financiar un mayor número de años inactivos con los recursos ahorrados durante el mismo periodo activo o bien con transferencias de recursos de la cohorte activa.



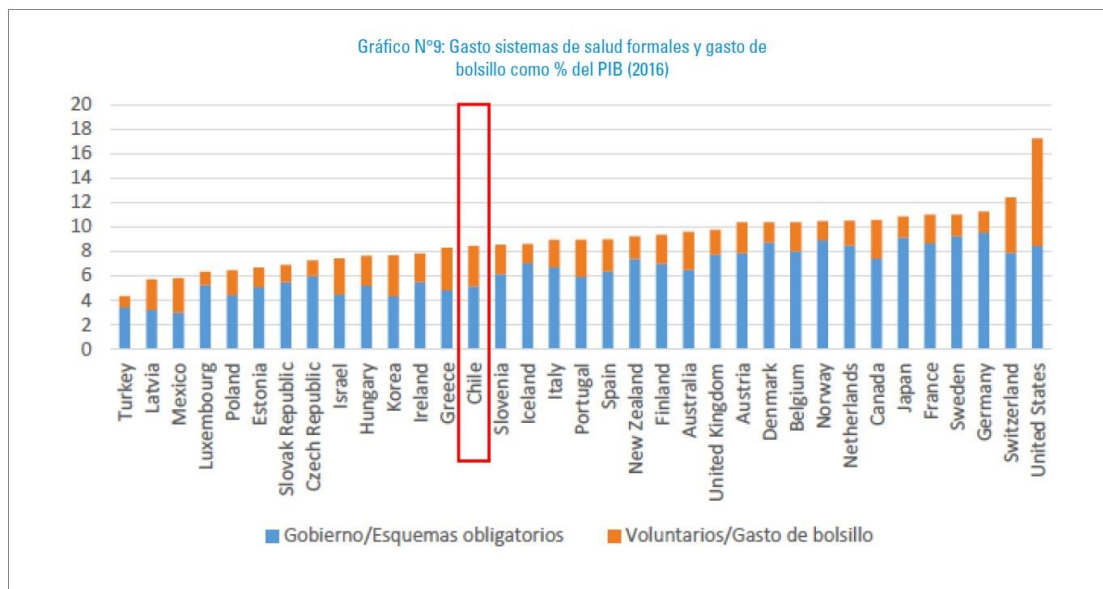
Fuente: OECD 2015 (<https://data.oecd.org/chart/52Tm>).

Si se opta por modelos de autofinanciamiento, el problema se exagera en el caso de las mujeres. Ellas viven entre un 8% y un 10% más que los hombres, tienen mayores gastos de salud durante el periodo activo asociados a la maternidad (aunque luego son menores al de los hombres en la tercera edad), y tienen en promedio menores ingresos y mayores lagunas previsionales (fruto de la ausencia del mercado laboral, lo que a su vez les dificulta ahorrar).

Esta discusión es similar a la que se ha tenido respecto del sistema de pensiones. Aunque en el caso de la salud, el problema se agrava pues a medida que se envejece, el gasto en salud aumenta. De hecho, el gasto promedio de una persona de 75 años triplica al de una de 30 años. Para los afiliados al sistema ISAPRE, cuyos planes no cubren el 100%, este mayor gasto implica asimismo un aumento en el gasto de bolsillo, y por lo mismo un incentivo a cambiarse al sistema público cuando la carga financiera es alta, poniendo una presión adicional sobre FONASA, que termina con un grupo de personas cuya carga de enfermedad es mayor. Los desafíos de gasto sólo pueden aumentar con el envejecimiento de la población.

Gasto en salud a nivel nacional

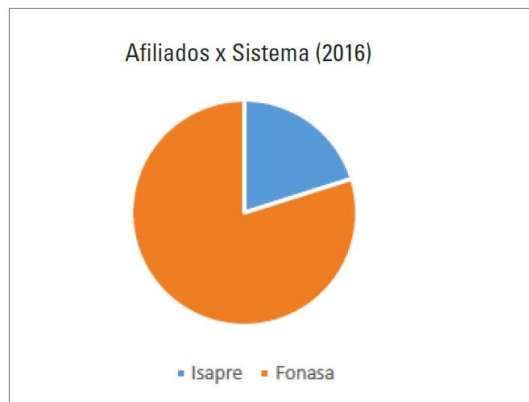
Según los últimos datos disponibles en la OECD, Chile gasta un 8,45% del PIB en salud, marginalmente inferior al 9,45% promedio de la muestra de países disponible (Gráfico N°9). De este gasto, un 38% corresponde a gastos privados y voluntarios, muy superior al 27% promedio de la muestra. En efecto, Chile tiene uno de los gastos de bolsillo de salud más altos entre sus pares de la OCDE (31% vs. 13,6%), donde la mayor parte corresponde a medicamentos (27,3% en promedio) y consultas médicas (14,3%). Cabe mencionar que este gasto representa aproximadamente 6,3% del presupuesto de los hogares.



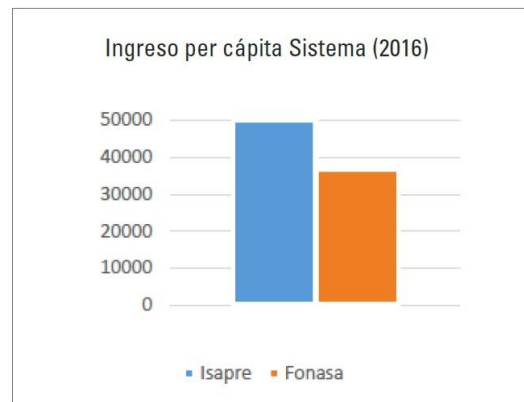
Fuente: OECD 2018 (Database).

Aseguramiento público vs. aseguramiento privado y costos

Para financiar el gasto en salud, todo trabajador dependiente debe asignar al menos un 7% de su sueldo imponible para adquirir seguros de salud. Este 7% cubre el “Subsidio de Incapacidad Laboral” (SIL)¹ y el seguro de salud. Las personas pueden optar entre asegurarse a través del sistema público (FONASA), o bien seleccionar el plan de su preferencia a través de las ISAPRES en el sector privado. En caso que el afiliado seleccione un plan privado cuyo costo supere el 7% imponible, debe desembolsar la diferencia. Mientras tanto, en el sector público, FONASA acepta a todos los afiliados actuando no sólo como competencia para el sector privado, sino también como un asegurador de última instancia cuando el ingreso no es suficiente para acceder a planes privados (lo que justifica la transferencia de recursos fiscales y subsidios para su financiamiento). Del total de la población, 13,6 millones son beneficiarios de FONASA y 3,43 millones son beneficiarios de alguna ISAPRE.



Fuente: Superintendencia de Salud, FONASA y Dipres.



A partir de datos de la Dirección de Presupuestos, es posible descubrir que en el sistema público los cotizantes FONASA aportan \$1.958.354 millones a través de su 7%, lo que representa un 31,2% de los ingresos de FONASA. La mayor parte del resto es financiado por el Estado a través de transferencias directas de fisco (\$4.048.445 millones, aporte fiscal superior al 60% de los ingresos²). Es decir, los afiliados en promedio financian casi \$12.000 mensuales por beneficiario, lo que sube a \$36.809 al considerar los aportes del fisco. No hay cifras respecto del número de cotizantes, sus cargas y sus gastos para evaluar hasta qué punto los cotizantes se autofinancian como sub-grupo al interior de FONASA.

Por el lado de los gastos, FONASA desembolsa un 83% de sus ingresos en transferencias para prestaciones de salud y un 15% en prestaciones de seguridad social (donde de los \$946.523.988 millones de la seguridad social, un 65% se consume en bonificaciones de salud y el resto en subsidios pagados a través de cajas de compensación). El 83% restante de

¹ En promedio, el SIL representa aproximadamente entre 1,5 y 2 puntos de la cotización, quedando el 5% restante para financiar salud.

² En el pasado en el 2003 el aporte fiscal era de 46%, lo que demuestra un aumento más que proporcional del gasto público en salud.

prestaciones corresponde a \$5.222.293 millones. Este monto equivale a aproximadamente \$30.000 por beneficiario³. Este último gasto representa una buena aproximación del gasto en prestaciones de salud del sector público (aunque no incluye la totalidad de la adquisición de activos no financieros ni construcciones necesarias para los prestadores públicos de salud o pagos de intereses por deudas de arrastre, que en la Ley de Presupuestos muchas veces van en glosas independientes).

El sistema ISAPRE obtiene un 71% de sus ingresos de las cotizaciones obligatorias del 7% de sus afiliados. Esto es \$1.423.405 millones, lo que a su vez equivale a \$35.532 mensuales por beneficiario. El 29% restante se financia a través de cotizaciones voluntarias o adicionales (\$582.686 millones que suman \$14.545 adicionales por beneficiario llegando a un gasto en planes de salud privado promedio per cápita de \$50.077).

De estos ingresos, las ISAPRES desembolsan el equivalente a un 25,3% de las cotizaciones obligatorias en subsidios por incapacidad laboral. Es decir, las ISAPRES cuentan con aproximadamente \$26.532 para pagar prestaciones de salud por beneficiario, incluyendo los eventuales costos de administración e infraestructura, el resto proviene de cotizaciones voluntarias.

En resumen, el gasto per cápita del sector privado, sin considerar el gasto de bolsillo ni el pago adicional voluntario para acceder a mejores planes y descontando el SIL, es superado ampliamente por el gasto per cápita del sector público: \$26.532 vs \$30.000. Cabe mencionar que estas cifras dan una orden de magnitud, pero no son directamente comparables, pues debe considerarse que las condiciones de salud de los beneficiarios de ambos sistemas difiere -selección de riesgos; que el sector público financia casi el 100% del costo de las prestaciones con un bajo nivel de gasto de bolsillo, mientras el sistema privado financia aproximadamente un 65% de dicho costo y los costos de capital, de administración e infraestructura no están totalmente incorporados en el sector público (si en el privado). Por todo ello es necesario entender como varía el gasto.

Gasto privado en salud, reformas posibles y financiamiento

Aunque estos números parezcan similares, el subsistema privado en Chile opera de manera independiente y con lógicas financieras totalmente distintas de las del subsistema público. En el sistema privado y a través de la tabla de factores de riesgo, cada persona paga según el riesgo promedio de su cohorte, evitando transferencias intergeneracionales y accediendo a coberturas y calidad según su disposición a pagar y preferencias personales. Si el 7% obligatorio no alcanza para el plan de su elección, se complementa con una cotización adicional.

Este sistema tiene una lógica financiera. Como no existen transferencias intergeneracionales, opera como un seguro que el “pooling” o grupo hace entre las personas de una misma generación. Es así como, por ejemplo, si las personas de 30 años en promedio son más sanas

³ Un 29% corresponde al Programa de Atención Primaria (PAP), un 32% al Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) y un 35% al Programa de Prestaciones Institucionales (PPI).

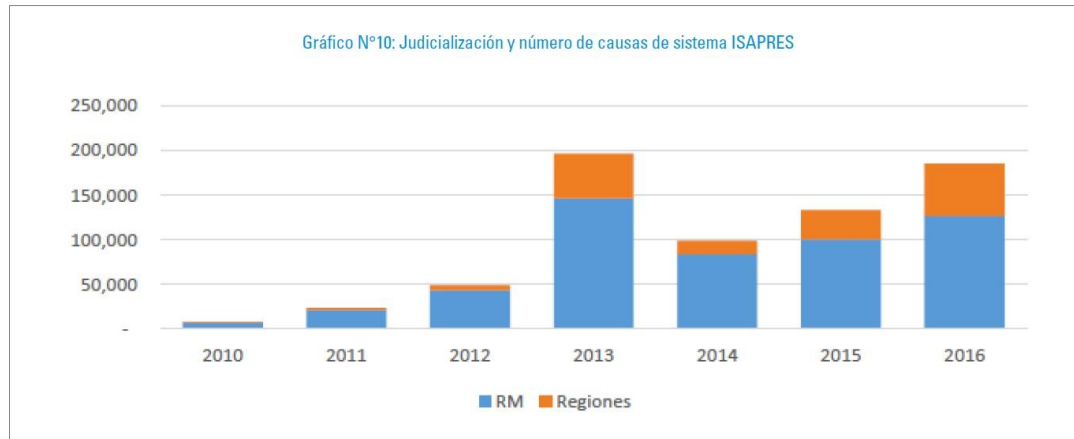
que las de 70 años, el seguro para este grupo será más económico que el de las personas de 70 atendido que el gasto esperado para este grupo es menor.

El beneficio de esta lógica es que es inmune a los cambios en la estructura o pirámide poblacional. El valor del seguro no cambia cuando hay “muchos” o “pocos” jóvenes o viejos, no es ni más económico ni más caro para ellos (ni para los mayores). Técnicamente cada persona paga de acuerdo a su riesgo, lo que minimiza los incentivos a seleccionar personas más jóvenes –en promedio más sanas- por parte de la aseguradora (pues si bien los jóvenes son “más baratos” y una aseguradora “paga” menos a los prestadores, también los jóvenes pagan una prima menor). Lo único que modifica el costo del seguro a lo largo del tiempo para un mismo tramo de edad, es cuánto se usa, cuánto cubre el seguro y el precio o tecnología de las prestaciones cubiertas: si los niños de 15 años actuales usan la misma tecnología, van el mismo número de veces y el precio de las prestaciones es el mismo que hace 15 años, el costo del seguro es el mismo para un niño de 15 años.

La dificultad de esta lógica es que el costo del seguro aumenta a medida que la persona envejece, y lo hace exponencialmente en la tercera y cuarta edad, cuando normalmente los ingresos disminuyen. Esto es independiente de los problemas de cautividad y preexistencias. Aun cuando estos no existieran, si en promedio las cohortes mayores son más costosas –y lo son-, la prima para dichas cohortes será mayor. Por lo tanto, este modelo de financiamiento si bien es eficiente pues evita transferencias intergeneracionales y problemas de solvencia por cambios en la estructura etaria de la población, sí exige que cada individuo sea capaz de prever el aumento futuro del costo del seguro y ahorre para solventarlo.

Esto último no es muy compatible con la exigencia de cotización del 7%. Pues en una perspectiva de largo plazo, es probable que el plan que la persona puede financiar con dicho 7% durante el “peak” laboral sea muy superior al que debiese tener en el largo plazo. En caso de continuar con esta lógica, la legislación debiese complementarse con cuentas de ahorro para la salud, pues es la forma de solventar (u obligar a solventar) el futuro aumento en el costo de la salud.

Por otro lado, y tal vez más grave para la sustentabilidad del sistema, esta lógica tampoco es compatible con las expectativas que tiene la población respecto del sistema de salud. La gente comúnmente alega cuando el plan aumenta de precio, e incluso cuando lo hace de acuerdo a la tabla de factores de riesgo. Estos mismos asegurados no observan que en paralelo los costos para su cohorte también han aumentado. De hecho, en la actualidad estos aumentos son inconstitucionales sin que a la fecha se haya resuelto desde una perspectiva lógica el modelo de financiamiento del sistema, lo que en parte permite explicar la explosión de una industria legal dedicada a elaborar juicios para detener aumentos de precio (Gráfico N°10).

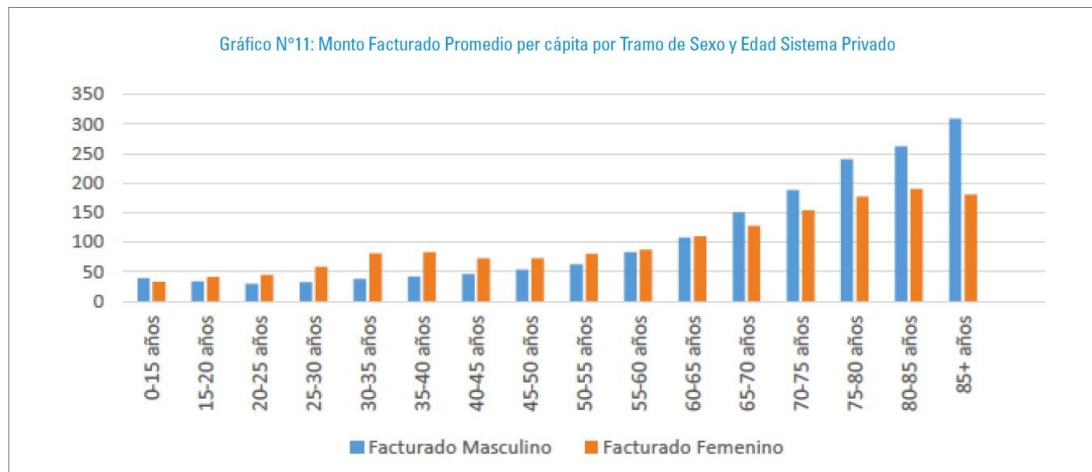


Fuente: Estudio Altura Management 2016.

Pero esta situación de congelar precios del seguro y mantener los beneficios mientras aumenta el uso (parte fruto del envejecimiento de los asegurados), es insostenible.

Lamentablemente no existen soluciones fáciles. Más allá del tema de la cautividad y preexistencias –para el cual existen soluciones parciales vía modelos de compensación de riesgo- sólo hay tres opciones: o se permite diferencias de precio entre generaciones; o se diseña un sistema con transferencias intergeneracionales “intra-sistema” (algún tipo de prima plana –o más plana- con compensación por edad entre ISAPRES) o se generan transferencias fuera del sistema (es decir, subsidios para adultos de manera que el costo efectivo a pagar en su ISAPRE sea menor).

Pareciera que en la actualidad tanto el primer como el tercer tipo de solución son políticamente inviables. Mientras el segundo tiene grandes desafíos financieros, sobre todo durante la transición. Profesionales y matrimonios con hijos que hoy pagan relativamente poco por sus seguros de salud (pues pertenecen a cohortes “baratas”), con la prima plana deberán transferir parte de sus ingresos a personas mayores que pertenecen a cohortes más caras.



Fuente: Elaboración propia en base a información de la Superintendencia de Salud.

Fruto de ello, si los costos no disminuyen⁴ deberán reducir la cobertura de su plan; o bien desembolsar un mayor costo para mantenerlo –con el riesgo de judicialización que ello implica si actuales afiliados utilizan un criterio de beneficios adquiridos y consideran que no los pueden “bajar de plan” o “aumentar el precio”, sobre todo afiliados cautivos-.

La alternativa a esta transición, es que aquellos que no puedan pagar su plan actual deban traspasarse a FONASA. Si ello sucede, existe un riesgo que el costo del plan para quienes permanecen en el sector privado siga aumentando hasta que los seguros privados se vuelvan inviables, disminuyan sus beneficios o bien sólo presten servicios a adultos mayores –a precios altos- . Este fenómeno es conocido como selección adversa. Para comprenderlo, un ejemplo extremo muy simple es un país de dos personas: un joven que cuesta \$10 y una persona mayor que cuesta \$90. Con tabla de factores el joven paga \$10 y el mayor \$90. Con “prima plana” ambos pagan \$50, pero si el joven se puede retirar a FONASA, el seguro vuelve a costar \$90 y sólo el mayor accede.

Este escenario teórico no es tan descabellado en el caso chileno. De hecho, según un estudio de la Superintendencia, aproximadamente un 15% de los afiliados al sistema ISAPRE –en general jóvenes sanos y familias con hijos- verían aumentado su costo de salud si se implementara un modelo de Plan Único cuya tarifa plana se asimile al promedio del 7% que hoy pagan los afiliados; adicionalmente este plan tiene en promedio menor cobertura que el plan al que acceden actualmente. Atendido las transferencias intergeneracionales, este plan se volvería atractivo para gente mayor al tiempo que pierde su atractivo para los jóvenes. Si se producen migraciones entre sistemas –con mayores migrando desde FONASA a ISAPRES y jóvenes desde ISAPRES a FONASA- el costo del plan aumenta y el modelo se vuelve inviable.

⁴ Supuesto muy importante, pues un modelo integrado con una mirada de largo plazo a lo largo de la vida del sujeto, debiese ser capaz de disminuir el costo de las prestaciones fruto de un mayor énfasis en prevención, mayor coordinación entre prestadores y aseguradores y un mayor poder de negociación de las aseguradoras a nombre de sus afiliados.

Al final del día, el resultado de esta transición dependerá en primer lugar de hasta qué punto una reforma permita bajar costos y racionalizar el uso de los servicios de salud –disminuyendo la prima promedio-; y en segundo lugar de la sensibilidad precio de la demanda por seguros de salud privado: si los actuales afiliados a ISAPRE no están dispuestos a moverse a FONASA, y los copagos en el sistema privado lo hacen poco atractivo para afiliados de FONASA de mayor edad, entonces existen posibilidades de que una reforma sea menos disruptiva.