

REFORMA AL SISTEMA DE SALUD

La reforma al mercado de capitales le devolvió a muchos la confianza en la capacidad de la clase dirigente chilena de producir políticas razonables. ¡Qué rápido se ha perdido este optimismo al contemplar el triste espectáculo que se está dando en un área que requiere una reforma tan profunda como es el caso de la salud!

Es difícil creer cómo se puede decir tanto disparate sobre un tema cuyo diagnóstico está tan claro hace tanto tiempo. El Colegio Médico con su iluminación acostumbrada ha logrado convertir un tema que es evidentemente de eficiencia en uno de financiamiento. ¿Cómo a estas alturas alguien cree que puede lograr algo aumentando el aporte al sistema de salud pública? Yo me imagino que tiene que haber algunos médicos razonables en este país. ¿Adónde están? ¿Cómo se pueden dejar representar por tal cúmulo de ignorancia e intereses creados? ¿Cómo no se dan cuenta que ellos son los principales beneficiados con una reforma que haga funcionar bien al sector?

Las Isapres no han tenido una visión mucho más constructiva. Es obvio que el sistema funciona mejor que el público. Pero, ¿no son obvias también sus deficiencias? ¿Para qué sirve un seguro de salud que está orientado básicamente a cubrir las consultas médicas que es el gasto menos incierto? ¿Es un verdadero seguro de salud aquel que se renueva anualmente? ¿O uno que no cubre a las personas en su vejez que es cuando más se gasta en salud? Se imagina usted un seguro de vida con estas características: si le viene una enfermedad grave o está muy viejo, no le renuevan la póliza. Finalmente, ¿dónde está la proposición de las Isapres sobre la reforma al sistema de salud?

El problema de la salud tiene tres partes distintas: la producción o atención, los seguros y los subsidios.

Es evidente que lo primero que se requiere es que los prestadores de salud (hospitales y otros centros de atención) sean autónomos y funcionen como empresas comunes y corrientes en competencia. La competencia en los lugares y prestaciones en que sea posible, mejorará tanto la atención privada como la pública. Esta es la mejor manera que se conoce para administrar recursos escasos de manera eficiente. Aspecto principal es la autonomía en la administración del recurso humano. Este solo aspecto va a permitir una mejora sustancial del sector.

El seguro de salud debe ser lo más eficiente posible desde el punto de vista financiero y debe ser consistente con la autonomía de los prestadores. Mientras la base tanto de personas cubiertas como del tiempo cubierto sea más amplia, el seguro es más barato puesto que permite diversificar mejor el riesgo. Por ello es que los seguros deben ser universales y cubrir toda la vida. Desde este punto de vista, lo óptimo es que las personas puedan acceder al

seguro desde el nacimiento o incluso antes, de manera que su costo corresponda a los siniestros esperados para toda la población.

Lo anterior se podría lograr con una entidad aseguradora única, pero estaría sujeta a los típicos problemas de un monopolio. Para tener competencia se debe permitir que las personas puedan cambiarse de aseguradora. El problema es que una vez que se conocen los riesgos de una persona, la competencia lleva naturalmente a cobrar según el riesgo percibido y esto atenta contra la característica básica del seguro. Una solución a este problema es que exista una especie de reaseguro que permita diversificar los riesgos financieramente más complejos. De esta manera, la competencia de los aseguradores asegura la preservación del seguro universal. Este es el único sentido que puede tener el llamado Fondo Solidario. Nótese que el aporte de cada persona a este Fondo es un aspecto técnico que tiene que ver con el costo de un seguro para enfermedades catastróficas y para la vejez tomado al momento de nacer o antes.

Un aspecto a destacar es la relación de los aseguradores con los prestadores. Esto tiene una incidencia directa en el control de costos. Los seguros tienen el problema que hacen que el costo marginal de cada prestación sea muy bajo y que por tanto se demande más que lo socialmente óptimo. Esto se agrava en el caso de la salud puesto que es un tercero, el doctor, el que toma parte de las decisiones. Una manera de evitar este comportamiento es que los aseguradores contraten el cuidado de los asegurados con uno o más prestadores usando como pago un monto fijo por población a cargo. Esto incentiva a los prestadores a mantener a su población sana en vez de maximizar el número de prestaciones (el llamado énfasis en la prevención).

Finalmente llegamos al tema del subsidio. Es claro que un porcentaje no menor de la población no puede pagar una salud considerada aceptable. En la práctica el Estado está obligado a responsabilizarse por aquellas personas que no tienen seguro. Es impensable que no se atienda a alguien en ninguna parte por no tener seguro. De hecho este es el único argumento a favor de la obligación de destinar un porcentaje de los ingresos de las personas a salud.

Los subsidios deben ser claramente focalizados y, más importante, no introducir distorsiones en la asignación de los recursos. Una manera eficiente para administrar los subsidios es definir un plan de prestaciones mínimas que incluye la universalidad de los seguros. Lamentablemente este mínimo no puede ser un plan muy bueno dado el bajo nivel de ingreso chileno. El Estado puede requerir que todas las personas tengan este plan y destinen hasta un 7% de sus ingresos a financiarlo por las razones vistas más arriba. Las personas que no puedan comprar este seguro básico son subsidiadas por el Estado. El Estado debe definir este plan mínimo y crear competencia entre los aseguradores de manera de subsidiar de acuerdo al más barato del mercado. Las personas no están obligadas a destinar el 7% de sus ingresos si con un porcentaje menor alcanzan a cubrir el plan mínimo. Esto permite que sean las mismas personas las que elijan cuánto gastar en salud.

Juan Braun

Para preservar la eficiencia en la parte productiva, son las personas las que deben elegir su asegurador e indirecta o directamente su prestador. Debe quedar estrictamente prohibido cualquier traspaso de recursos directo del Estado a los prestadores.

No se nos escapa el tema de cuánto debe ser el aporte fiscal para la salud. Esto evidentemente depende de la definición del plan mínimo. Algunos temen que si los aportes no suben en un porcentaje muy elevado, al explicitar el plan mínimo se puede crear un problema político de proporciones. ¿Es que alguien cree que las personas que se atienden en el sector público no se han dado cuenta de la calidad de la atención que hoy reciben? Es probablemente correcto que Chile debería gastar más en salud, pero no en cualquier sistema.

Chile es demasiado pobre como para darse el lujo de no tener un sistema de salud de verdad.

30 de abril de 2001

© Juan Braun Llona