

## RIESGO, MERCADO Y SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: REVISIÓN DE ALGUNOS ASPECTOS CONCEPTUALES\*

RICARDO SANHUEZA

### RESUMEN

La crisis de los sistemas de seguridad social en salud ha motivado reformas que han buscado expandir la acción del mercado introduciendo elementos competitivos que aseguren mayores niveles de eficiencia. Dichas reformas han tenido que hacer frente a las limitaciones que presenta un mercado de seguros de salud competitivo para agrupar y diversificar el riesgo financiero asociado a una enfermedad. Este trabajo revisa algunos aspectos conceptuales de dichas limitaciones. Se analiza el problema del riesgo de comportamiento por parte de los asegurados y los proveedores de servicios médicos, y se discuten las alternativas contractuales para mitigarlo. Se discuten también las bases de sistemas de competencia administrada que buscan preservar los beneficios de la competencia y evitar el problema de selección de riesgo que limita el acceso a la seguridad de las personas que presentan mayores riesgos en salud y dificulta la existencia de un sistema de seguros de largo plazo.

### Abstract

*The crisis of health security systems has motivated reforms aimed to introduce competitive elements expanding the role of markets in the provision of health insurance. These reforms had to face the limitations of a competitive health insurance market to pool and diversify individual risks. This work surveys some of these limitations. The moral hazard problem associated with consumers and health care providers, as well as contractual alternatives to hinder them, are analyzed. The bases for managed competition alternatives, aimed to preserve the benefits of competitiveness and avoid risk selection limiting the access to insurance of those people presenting major health risks and preventing the existence of long term contracts, are also discussed.*

### 1. INTRODUCCIÓN

Los recursos destinados a salud representan un porcentaje importante del producto en la gran mayoría de los países. El Banco Mundial (1993) reporta

\* En el desarrollo de este trabajo el autor se ha beneficiado de la discusión sobre el tema con David Bravo y agradece los comentarios de Osvaldo Larrañaga, Gonzalo Sanhueza Palma, y un árbitro anónimo.

□ Departamento de Economía, Universidad de Chile

que éstos alcanzaron a 1.700 millones de dólares a nivel mundial durante el año 1990, lo que representó un 8% del producto. En Chile, los recursos destinados a salud representaron aproximadamente un 4,5% del producto durante el año 1995, cifra que se ha ido incrementado durante los últimos años. Si bien a nivel agregado se puede observar una cierta estabilidad en los gastos en salud a través del tiempo, éste es el resultado de eventos que a nivel individual son esencialmente imposible de predecir, ya que no es posible para una persona tener certeza sobre la ocurrencia de una enfermedad.

A la imposibilidad de predecir los gastos futuros en atención médica no preventiva se suma otra característica importante de estos servicios, el hecho de que en ciertas circunstancias su adquisición toma un carácter de necesidad absoluta, en el sentido de que si no se dispone de atención médica se pueden experimentar pérdidas severas en la calidad de vida, una merma en la integridad personal, una pérdida del potencial para generar ingresos y aun la muerte. Una tercera característica de la demanda por servicios médicos dice relación a sus altos costos, los que pueden ser tan altos que una persona puede no tener la capacidad económica para enfrentarlos. Estas características hacen que el grado de incertidumbre que enfrenta un individuo, medido como variabilidad potencial en sus niveles de bienestar, para el caso de los servicios médicos sea extremadamente alto en comparación con el grado de incertidumbre que se suele enfrentar en relación a otros eventos inciertos. De ahí que la existencia de un sistema de seguridad social en salud tenga importantes implicancias desde el punto de vista del bienestar. Si los individuos son capaces de transferir los riesgos financieros asociados a su estado de salud a un costo menor que su disponibilidad a pagar por transferirlo, y quien asume dicho riesgo está dispuesto a aceptarlo a un precio menor que el que pagan los individuos, ambas partes de la transacción se benefician, obteniéndose un incremento del bienestar a nivel agregado. Que esto ocurra depende de manera crucial de que exista un sistema por medio del cual se aprovechen las leyes estadísticas de los grandes números para diversificar y disminuir el riesgo mediante su agrupación.

En la mayoría de los países los sistemas de seguridad social en salud son de carácter públicos, universales y obligatorios (Musgrove, 1996). En estos casos es una agencia gubernamental la que actúa de asegurador y ofrece a cambio de una cotización ya sea la provisión directa de las acciones médicas requeridas en caso de enfermedad, o bien un subsidio para que las personas adquieran directamente dichos servicios. No obstante lo predominante de estos sistemas de seguridad, la falta de disciplina en la contratación de proveedores, que se traduce en altas primas o bien en la provisión de servicios deficientes en cuanto a su calidad y cantidad, unido a la falta de transparencia e ineficiencias administrativas, y su vulnerabilidad a los riesgos políticos y estado de las finanzas públicas, han puesto su eficiencia en tela de juicio y han motivado la búsqueda de formas alternativas de organizar la seguridad social en salud. Es así como, manteniendo la obligatoriedad de participación en la seguridad en salud, se ha buscado expandir la acción del mercado introduciendo elementos competitivos que aseguren mayores niveles de eficiencia.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> La marginación voluntaria del sistema de seguridad social en salud puede tener su origen en el hecho de que las personas consideran que el costo del aseguramiento es mayor que

Ejemplos de estos esfuerzos son las reformas al sistema de salud que se han llevado a cabo, o que actualmente se discuten para su implementación, en algunos países y que buscan una mayor participación privada en la seguridad en salud. En Holanda, por ejemplo, luego de la reforma Dekker iniciada en 1987 existe un mercado asegurador que ofrece cobertura de manera competitiva (Schut, 1992). En Colombia, con la puesta en vigor de la Ley 100 en 1993 se crearon las Empresas Promotoras de Salud que ofrecen planes de seguros de salud a las personas adscritas al sistema del Régimen Contributivo (Aedo, 1996; Londoño, 1996, y Sanhueza, 1996). En otros países como Argentina, Ecuador y Perú se discuten actualmente reformas a la seguridad social que buscan terminar con los monopolios existentes en la oferta de seguros de salud, y dar un mayor espacio a los oferentes privados de seguros que hoy constituyen un sector poco significativo, especializado en brindar servicios a los segmentos más ricos de la población (Aedo, 1996).

Los esfuerzos por expandir la acción del mercado en la seguridad en salud en estos países han debido enfrentarse con las limitaciones que este mecanismo de asignación de recursos presenta para proveer un sistema de seguridad social en salud. En este trabajo se analizan dichas limitaciones y se discuten las bases de las distintas alternativas institucionales que se han desarrollado para facilitar dichas reformas. En la próxima sección se analiza brevemente cómo los problemas de información limitan las posibilidades del mercado para agrupar y diversificar el riesgo financiero asociado a la salud, incentivan prácticas de selección de riesgo que excluyen a segmentos de la población de la seguridad social y dificultan el aseguramiento de largo plazo. La sección 3 discute los distintos arreglos contractuales que han surgido entre aseguradores, asegurados y prestadores de servicios que permiten aminorar el problema de riesgo de comportamiento de estos últimos y que permitirían eventualmente restituir, en algunos casos parcialmente, un mercado de seguros de salud capaz de transferir, agrupar y diversificar los riesgos asociados a los gastos en salud. Por medio del análisis de dos propuestas institucionales generales, también se discuten las bases de los sistemas de competencia administrada, que corresponden a esquemas en los cuales se intenta preservar los beneficios propios de la competencia y al mismo tiempo minimizar los incentivos a la exclusión y posibilitar el aseguramiento de largo plazo. La sección 4 concluye.

## 2. MERCADO Y SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La existencia de un sistema de seguridad social en salud competitivo presenta varias ventajas. La principal ventaja dice relación con el hecho de que una de las variables competitivas más importantes es la prima a la cual se ofrece el seguro. En este sentido, los oferentes de seguros tienen incentivos a desarrollar su negocio evitando cualquier tipo de ineficiencia productiva y estructurar sus relaciones con los proveedores de servicios de manera efectiva para contener costos en la atención de salud. La existencia de alternativas en el mercado dis-

---

lo que ellas valoran su beneficio. No obstante lo anterior, el hecho de no contar con seguro de salud puede llevar a los individuos a situaciones de riesgo vital evitable. Esto justificaría la obligatoriedad de participar en la seguridad social de salud (Summers, 1989).

ciplina a los administradores de estos seguros, ya que incrementos en las primas asociados a ineficiencias administrativas y falta de contención de costos son fácilmente castigados por el público al abandonar ese plan de seguros y acudir a la competencia. Esto es de especial importancia para lograr un sistema de seguridad en salud eficiente ya que primas sobrecargadas por costos de ineficiencias encarecen la agrupación y la diversificación del riesgo y llevan a un detrimento del bienestar a nivel de la sociedad.

Otra ventaja de un mercado de seguros competitivo es que existen muchas opciones de seguros en oferta, es decir, distintas combinaciones de primas-coberturas y servicios a las cuales los individuos pueden optar. Esta mayor heterogeneidad en la oferta de seguros posibilita que las personas adquieran pólizas con las coberturas que más se adaptan a su clase de riesgo y a sus características personales, tales como su grado de aversión al riesgo, disponibilidad a pagar por seguro, y preferencia por proveedores.<sup>2</sup>

No obstante lo anterior, para el caso específico de los seguros de salud, es posible observar que no todos los riesgos son posibles de contratar por medio del mercado. Es decir, no existen pólizas de seguros de salud para todo tipo de riesgos médicos, las posibilidades de agrupar y diversificar dichos riesgos es limitada y existen límites al aseguramiento de largo plazo. Las razones para esto son imperfecciones del mercado, producto de que los riesgos que se aseguran no siempre son completamente exógenos a las partes que contratan, a que la falta de información lleva a que los individuos que se aseguran se seleccionen adversamente a los intereses de las compañías aseguradoras y a que existen incentivos para que estas últimas seleccionen riesgo excluyendo de la seguridad a segmentos determinados de la población. En esta sección revisamos brevemente cada una de ellas.

## 2.1 Endogeneidad del riesgo

La existencia de riesgos por sí misma, al menos en principio, no merma la capacidad de las transacciones vía mercado para agruparlos, diversificarlos y disminuirlos. Es así como Arrow (1974) argumenta que en condiciones de competencia es posible concebir mercados contingentes, en los cuales los riesgos pueden ser transados entre los distintos agentes económicos alcanzándose una asignación de recursos que maximiza el bienestar en la sociedad.<sup>3</sup> No obstante lo anterior, en el modelo de Arrow uno de los requisitos fundamentales es que la incertidumbre sobre futuros estados de la naturaleza sean completamente exógenos, es decir, que la probabilidad de ocurrencia de un cierto evento esté completamente fuera del control de las partes que contratan.

En el caso de los seguros de salud esta exogeneidad del riesgo implica que

<sup>2</sup> Cuando hay una gran variedad de seguros de salud existe el riesgo de que se dificulte la evaluación por parte de los consumidores de las distintas alternativas, por lo que normalmente se requiere que exista un mínimo de estandarización obligatoria de los términos contractuales de las opciones ofrecidas en el mercado.

<sup>3</sup> El criterio de optimalidad en la asignación de recursos que lleva a que se maximice el bienestar a nivel de la sociedad usado por Arrow corresponde al de Pareto. Bajo este criterio no es posible mejorar el bienestar de uno de los individuos en la sociedad sin que otro individuo sufra un detrimento.

el evento sobre el cual se contrata el seguro, los gastos médicos, esté completamente fuera del control de los individuos. El problema en este caso es que, a pesar de que el evento de enfermarse pueda ser aleatorio y no verse afectado por el comportamiento de los individuos, existen dos hechos que alteran la aleatoriedad de los gastos asociados a una enfermedad. Por una parte, la presencia de un seguro cambia el precio que enfrenta una persona que demanda servicios médicos, y por otra, la demanda por dichos servicios depende en gran medida de las decisiones que efectúa el proveedor. Esto hace que los seguros de salud requieran de cláusulas que generen incentivos para que los asegurados contengan su demanda por servicios y seleccionen proveedores de menor costo, así como de arreglos contractuales entre aseguradores y proveedores que promuevan la adopción de decisiones médicas costo-efectivas.

### *El riesgo de comportamiento del asegurado*

La existencia de un seguro de salud que indemniza la totalidad de los gastos médicos que se producen en el evento de una enfermedad tiene como efecto el reducir el precio que enfrenta un individuo por estos servicios a cero. Esto hace que en caso de enfermarse la persona demande una cantidad de servicios mayor al gasto que hubiese realizado si hubiese tenido que cubrir el costo de las atenciones. Esta actitud económicamente racional de los individuos asegurados, que se conoce con el nombre de "riesgo de comportamiento" (moral hazard), conlleva una sobreutilización de los servicios médicos y a una endogeneidad parcial del riesgo que se contrata por medio de una póliza de seguro de salud. Este incentivo para sobreutilizar gastos médicos en caso de enfermedad se ha traducido en que no existan en el mercado pólizas de seguros de salud que indemnicen la totalidad de los gastos médicos, lo que limita la transferencia, agrupación y diversificación del riesgo asociado a condiciones de salud.

### *El riesgo de comportamiento del proveedor de servicios de salud*

La segunda fuente de endogeneidad del riesgo asociado a los gastos en salud se deriva del hecho de que el asegurado no es completamente soberano para decidir su demanda por servicios médicos, sino que depende de las decisiones del proveedor (médico). La complejidad de la información necesaria para las decisiones médicas hace que la demanda por servicios de salud dependa casi exclusivamente de las decisiones del médico tratante y existen pocas posibilidades por parte del individuo para seleccionar el tipo de tratamiento a seguir en un caso determinado.

Arrow (1963) ha sugerido que esta asimetría en la información entre paciente y proveedor de servicios de salud ha llevado al desarrollo de ciertas restricciones éticas en el ejercicio de la profesión y que hacen que el comportamiento de estos últimos esté más bien orientado hacia el bienestar de los pacientes más que al autointerés. El hecho de que la competencia en precio y gastos publicitarios sea mínima entre los proveedores de servicios de salud, que existan hospitales y clínicas sin fines de lucro y que al menos se argumente que los tratamientos indicados se basan exclusivamente en las necesidades objetivas de los pacientes y no se limiten a consideraciones financieras, son vistos como indicios de que dichas restricciones éticas existen y operan.

No obstante de que puedan existir normas éticas que condicionen el comportamiento de los proveedores de servicios de salud orientándolos hacia el interés de los pacientes, cabe hacer notar que la asimetría en la información entre paciente y proveedor genera un problema adicional de riesgo de comportamiento por parte de este último. El proveedor en sus decisiones terapéuticas enfrenta incentivos que no siempre le llevan a la elección de procedimientos costo-efectivos. Las razones para ello son dos: primero, si el proveedor es reembolsado por el número de acciones médicas realizadas, existen incentivos para sobredemandar servicios con el objeto de maximizar sus beneficios pecuniarios. Esta sobreutilización de servicios médicos en presencia de un seguro de salud implica un bajo costo para el paciente y genera un beneficio directo al proveedor del servicio.

Más aún, incluso en el caso en que no existan motivaciones pecuniarias por parte del proveedor igual existen incentivos a utilizar servicios médicos que pueden ser superfluos o de bajo costo-efectividad. Si la acción del proveedor es evaluada por el paciente por sus resultados finales, es decir en relación al grado en que éste recobra su estado de salud, aminora las molestias relacionadas a la enfermedad o detiene mayores deterioros en la salud, existe un incentivo por parte del médico tratante para demandar servicios que aminoren el riesgo de ineffectividad del tratamiento, llevándole a utilizar procedimientos terapéuticos con tecnología de punta o demandar exámenes clínicos de bajo rendimiento desde el punto de vista costo-efectividad. El hecho de que las demandas por negligencia profesional se estén haciendo cada vez más comunes en el área de salud hace que este tipo de incentivos sea cada vez más importante.

## 2.2 La selección adversa y la selección de riesgos

Cuando varios aseguradores privados compiten existen dos problemas íntimamente relacionados: la selección adversa por parte de los demandantes de seguros y la selección de riesgo por parte de los aseguradores.<sup>4</sup> La selección adversa en el mercado de seguros de salud tiene su origen en el mayor conocimiento que tienen los individuos en relación a las compañías aseguradoras sobre su estado de salud y su propensión a usar servicios médicos. Es así como los demandantes de seguros tienen incentivos para seleccionar el plan de seguro de salud que les reporte los mayores beneficios en relación a la prima que deben pagar. Por ejemplo, aquellos individuos que, conociendo su estado de salud, esperan utilizar con alta probabilidad servicios hospitalarios comprarán planes de salud con alta cobertura para este tipo de prestaciones. De esta forma, para un plan determinado y a una prima dada, quienes contratarán el seguro serán aquellos individuos de mayor riesgo, y se autoexcluirán aquellos que presentan riesgos menores, para quienes la prima a pagar es demasiado alta. Por otra parte, si la compañía decide incrementar la prima de la póliza para cubrir el mayor costo esperado asociado a los individuos de alto riesgo, el resultado es que los individuos ya asegurados que presenten un menor riesgo abandonarán el plan y bus-

<sup>4</sup> Estos problemas son comunes a todos los tipos de seguros, no tan sólo a los seguros de salud. Para más detalle ver por ejemplo Arrow (1963) y Laffont (1990).

carán a un asegurador que les ofrezca una póliza más barata. Esta selección por parte de los demandantes de seguros de salud, adversa a los intereses de los aseguradores, puede llevar a que se genere un efecto espiral, en el cual no exista un mercado de seguros para transferir los riesgos asociados a la salud.<sup>5</sup>

La selección adversa en el aseguramiento desincentiva el agrupamiento de los riesgos individuales en salud ya que cada individuo tiene incentivos para seleccionar una póliza de seguro cuya prima refleje el costo esperado para su propia clase de riesgo. Por lo tanto, las compañías de seguro para competir evitarán agregar riesgos disímiles, y con el objeto de protegerse de la combinación de bajas primas y altos riesgos potenciales intentarán ofrecer pólizas distintas a grupos de alto y bajo riesgo, cobrando una prima más baja a los primeros (Hsiao, 1995).

Este incentivo de los aseguradores a seleccionar y diferenciar el riesgo de sus clientes les lleva a incurrir en costos administrativos y crear barreras para que los individuos tengan acceso a los distintos planes de seguros de salud (Musgrove, 1996). Es así como una práctica común en los mercados de seguros de salud es que los aseguradores inviertan en determinar ex-ante las características de sus asegurados, y la aceptación de un contrato de seguros por parte de una aseguradora normalmente requiere que el cliente declare una serie de antecedentes personales relacionados a la existencia de enfermedades preexistentes, enfermedades pasadas, de su comportamiento (si fuma o no, que tipo de deporte realiza, etc.), y hasta un examen médico previo. Estas prácticas de selección de riesgo constituyen una respuesta natural del mercado asegurador al problema de la selección adversa, pero traen aparejadas importantes pérdidas de eficiencia en términos de la asignación de los recursos y las posibilidades de agrupar y diversificar los riesgos financieros individuales.

Por un lado, el esfuerzo de los aseguradores para evitar adscribir individuos de alto riesgo les lleva a incurrir en costos administrativos que incrementan las primas de los planes de seguros que se ofrecen, limitando así las posibilidades de transferir el riesgo desde los individuos hacia los aseguradores.<sup>6</sup> Más aun, los grupos de alto riesgo, como pueden ser las personas en la tercera edad, las mujeres en edad fértil, o personas con antecedentes médicos familiares, aún encontrándose sanos enfrentan la posibilidad de ser excluidos de la seguridad en salud cuando éstos se ofrecen en un mercado competitivo. Por otro lado, los costos de la selección de riesgo generan importantes economías de escala en el mercado asegurador, ya que cuando un asegurador tiene la posibilidad de contratar con un grupo suficientemente grande de clientes sólo requiere estimar el riesgo promedio del grupo y no los riesgos individuales (Diamond, 1982). Esto genera una barrera a la entrada en el mercado asegurador que puede traducirse en primas mayores que encarecen la agrupación y diversificación del riesgo.

<sup>5</sup> Para un análisis de cómo la selección adversa puede derivar en que no exista un mercado de seguros ver Rothschild y Stiglitz (1976).

<sup>6</sup> En términos de la economía de los seguros, los costos administrativos asociados al esfuerzo de selección de riesgo hacen que, aun cuando el mercado asegurador sea competitivo, las primas sean mayores a la prima actuarialmente justa, y que por lo tanto los individuos no demanden seguros completos, es decir, aseguren tan sólo parcialmente sus potenciales pérdidas.

### 2.3 Competencia y aseguramiento de largo plazo

Tal como se discutió en la sección anterior, la existencia de un mercado competitivo de seguros de salud presenta ciertas ventajas en relación a la existencia de un seguro social universal, ya que ofrece distintas alternativas de aseguramiento a los individuos y existen incentivos para mantener niveles de eficiencia operativa que se traducen en primas menores. Esta competencia entre aseguradores privados implica necesariamente que exista la posibilidad de que los asegurados cambien de asegurador en el tiempo, y que estos últimos puedan ofrecer pólizas atractivas que les permitan atraer clientes, es decir, que exista movilidad de afiliados entre las distintas compañías de seguro de salud.

Si bien la movilidad de afiliados constituye una característica deseable en términos de eficiencia y competitividad en el mercado asegurador, no es menos cierto que la misma dificulta el que exista un seguro efectivo que cubra enfermedades de largo plazo. En este sentido, Diamond (1992) distingue dos tipos de riesgos financieros asociados a la salud cuando se considera un perfil temporal que abarca la vida de una persona. La primera categoría se refiere a la diferencia que existe entre los gastos aleatorios anuales que se generan en relación al valor esperado de dichos gastos evaluados al comienzo de cada período. La segunda categoría es la aleatoriedad de dichos gastos esperados cuando se evalúan en un momento del tiempo y que consideran un horizonte temporal que abarca toda la vida de la persona. Desde el punto de vista de la seguridad social, lo deseable es que exista la posibilidad de un seguro que asegure los riesgos financieros asociados a la salud en forma intertemporal, es decir, que evalúen el riesgo del horizonte temporal completo, y cuya prima refleje los costos esperados a través del tiempo y no cambie con la ocurrencia de hechos aleatorios que afecten el costo anual del seguro. El problema es cómo compatibilizar la existencia de un seguro de salud de largo plazo con esta característica y la existencia de un mercado competitivo donde los contratos de seguro se renuevan periódicamente producto de la movilidad de los afiliados.

La razón fundamental para que en un mercado de seguros de salud competitivo no existan contratos de largo plazo dice relación al incentivo que tienen las compañías aseguradoras para seleccionar riesgo intertemporalmente. El costo técnico de una póliza de seguro depende del nivel de gastos esperados del colectivo de riesgos agrupados. Por lo tanto, con el objeto de mantener oferta de pólizas de bajo costo, existe un incentivo para las compañías para excluir del contrato a aquellas personas que han experimentado una enfermedad que devengará altos costos médicos por un tiempo prolongado. Esta exclusión es casi automática cuando existe un sistema de seguros de corto plazo, ya que basta con no renovar el contrato de aquellas personas siniestradas, las que sólo podrán acceder a una nueva póliza de salud a un costo mayor que refleja el incremento en el valor presente de los gastos adicionales asociados a su estado médico. De esta forma existiría una suerte de seguro pero con primas variables, que internalizan los costos ciertos que se producen, lo que no constituye realmente un seguro (Diamond, 1992).



### 3. COMPETENCIA ADMINISTRADA COMO ALTERNATIVA

La endogeneidad del riesgo, los incentivos a seleccionar riesgo por parte de los aseguradores y las dificultades para un aseguramiento de largo plazo reflejan las limitaciones que tiene un mercado de seguros de salud competitivo para agrupar y diversificar los riesgos individuales. El problema de la endogeneidad del riesgo ha motivado el surgimiento de planes de salud que contienen cláusulas que buscan minimizar el riesgo de comportamiento de los consumidores, así como de arreglos contractuales entre los oferentes de seguros y los proveedores que buscan contener costos en la atención de salud. Por otro lado, con el objeto de preservar los beneficios propios de la competencia en materia de seguridad en salud y aminorar el problema de la selección de riesgo se han propuesto alternativas de competencia administrada que tienen como objetivo aminorar el problema de selección adversa y posibilitar el aseguramiento de largo plazo.

#### 3.1 Incentivos y riesgo de comportamiento de los consumidores

La endogeneidad del riesgo que dificulta el aseguramiento se debe en parte a que los demandantes de servicios de salud, al contar con una póliza de seguro, no internalizan el costo total de sus decisiones, y por lo tanto tienden a sobredemandar dichos servicios. De ahí que no se observen en el mercado planes de salud que indemnicen la totalidad del costo de los servicios médicos demandados por un asegurado y que se observan planes de salud que contienen algún elemento que limita la transferencia del riesgo desde los individuos a los aseguradores, tales como los coseguros, los deducibles y el establecimiento de indemnizaciones máximas.<sup>7</sup>

Los coseguros corresponden a cláusulas del contrato de seguro que establecen una indemnización al asegurado por cierta fracción del precio del servicio utilizado. La efectividad de estas cláusulas en disminuir el incentivo a la sobreutilización dependerá de la elasticidad precio de la demanda por servicios médicos. Mientras más sensible sea la demanda por servicios médicos a cambios en el precio mayor será el efecto de un coseguro en disminuir el riesgo de comportamiento.<sup>8</sup>

Los deducibles, por su parte, corresponden a cláusulas en el contrato de seguro en las que se establece que el asegurado debe pagar una cantidad fija por los servicios médicos antes de que el seguro cubra todo o parte del precio de ese servicio. Su efectividad en reducir la sobreutilización de servicios médicos dependerá de cuán alto sea el deducible en relación a los beneficios asociados a los servicios médicos que se demandan. En este sentido, Pauly (1968) muestra que, de no existir efectos ingreso importantes, si el excedente del consumidor del asegurado cuando demanda servicios médicos a precio cero (es decir, no hay copago) es mayor que el monto del deducible, entonces el deducible no tiene efecto sobre el comportamiento del individuo, y el instrumento no es efi-

<sup>7</sup> Para una discusión más detallada de cada uno de estos instrumentos ver Feldstein (1979).

<sup>8</sup> En este mismo sentido Arrow (1963) ha indicado que existe una mayor probabilidad de que se ofrezcan seguros para gastos tales como las hospitalizaciones y cirugías, que corresponden a gastos cuya utilización se ve afectada en menor medida por una caída en el precio de los servicios.

caz en reducir el riesgo de comportamiento del asegurado. Por el contrario, cuando ese excedente es menor que el monto del deducible, la demanda de servicios médicos corresponderá a la demanda que se hubiese registrado si no hay seguro, en cuyo caso se elimina la sobreutilización del seguro. Lo anterior sugiere que los deducibles sólo tendrán algún efecto sobre el comportamiento del asegurado si éstos son relativamente altos.

Por último, las indemnizaciones máximas corresponden a cláusulas en el contrato de salud que estipulan la indemnización por gastos médicos hasta una cantidad máxima de servicios o un nivel máximo de gastos. El objetivo de estas cláusulas es que las personas voluntariamente restrinjan la utilización de sus gastos médicos para no perder los beneficios del seguro. Su efectividad en contener la sobredemanda de servicios de salud depende de cuán estrictos sean los límites a las indemnizaciones y cuán adversos al riesgo de perder la seguridad en salud sean los demandantes.

Cabe hacer notar que la existencia de estas cláusulas en los seguros de salud limita las posibilidades de transferir, agrupar y diversificar el riesgo, y por lo tanto implica un costo en términos de bienestar cuando se compara con una situación hipotética en que la totalidad del riesgo es exógeno. Los coseguros implican que los individuos están obligados a asumir parte del riesgo financiero asociado a una enfermedad al tener que cancelar parcialmente los gastos médicos. Por su parte, los deducibles si son muy bajos tienen poco efecto en contener la demanda por servicios médicos, pero si son muy elevados obligan a las personas a asumir gran parte del riesgo financiero, lo que puede tener un efecto disuasivo en la utilización de servicios médicos necesarios. De igual manera, los límites máximos en las indemnizaciones imposibilitan la transferencia del riesgo asociado a las enfermedades caras y cuya ocurrencia puede ser financieramente catastrófica para los asegurados.

No obstante lo anterior, la sobreutilización de servicios médicos asociado al riesgo de comportamiento se traduce en un incremento en las primas de los seguros, y por lo tanto un individuo podría perfectamente no desear comprar un seguro a la prima que refleja su comportamiento como demandante de servicios médicos una vez asegurado, pero sí estar dispuesto a adquirir un seguro con cláusulas que limitan la demanda por servicios médicos y le permiten asegurarse a un menor costo, por lo que los seguros de salud con este tipo de cláusulas constituyen una solución de segundo mejor (Pauly, 1968).

### **3.2 Incentivos y riesgo de comportamiento de los proveedores**

Dado el grado de complejidad de la información asociada a la elección de un tratamiento médico, una vez que una persona ha decidido demandar servicios médicos, las decisiones de tipo terapéutico quedan normalmente fuera de su control, y dependen del criterio del equipo médico tratante. Es así como la demanda por servicios médicos depende en gran medida del proveedor de servicios cuyos intereses pueden llevarle a inducir demanda por servicios más allá de los estrictamente necesarios, o bien seleccionar procedimientos de bajo rendimiento costo efectivo. En este contexto, Ellis y McGuire (1993) analizan mecanismos que tienen como objetivo que los proveedores de servicios médicos internalicen, aun cuando sea parcialmente, el costo de sus decisiones y tengan incentivos a contener costos en las atenciones de salud.

Un primer mecanismo contempla un seguro que en caso de enfermedad indemniza en servicios médicos directos. En este caso la contraparte de la prima que paga cada individuo es la provisión de servicios médicos necesarios que se producen en caso de enfermedad. Este tipo de seguros es ofrecido normalmente por aseguradores integrados con los proveedores (médicos y clínicas). La ventaja de este mecanismo es que al estar integrado el asegurador con el proveedor del servicio existen incentivos para la adopción de tratamientos médicos costo-efectivos. En este caso el proveedor-asegurador es compensado ex-ante por un monto de suma alzada por cada paciente que se asegura y asume la totalidad del costo de cualquier gasto médico que incurra el asegurado. En este esquema no existen incentivos a sobreutilizar servicios médicos y/o adoptar tratamientos de bajo costo efectividad, pero presenta el riesgo de una subprovisión de estos servicios. Ejemplos de estos esquemas de aseguramiento son las Organizaciones Integrales de Salud (HMOs) en Estados Unidos y las Obras Sociales en Argentina.

Otro mecanismo similar, pero que no requiere de una integración entre asegurador y proveedor, corresponde a alternativas contractuales en las cuales el costo asociado al riesgo de enfermedad de los asegurados se comparte entre un asegurador y un proveedor independiente. Existen varias formas de compartir el costo de salud entre el asegurador y el proveedor. Una forma extrema corresponde a un esquema en el cual el seguro indemniza a los proveedores en efectivo, pero en base a una tarifa determinada ex-ante por cada tipo de enfermedad.<sup>9</sup> En este caso el proveedor recibe de parte del asegurador un pago prospectivo correspondiente al costo promedio de un paciente con el tipo de enfermedad en cuestión. Si el costo del tratamiento es menor que el costo promedio, el proveedor se queda con el remanente, pero si el costo resulta ser mayor que el promedio, el proveedor asume la pérdida. Bajo este esquema, en el cual el proveedor es el demandante residual de los beneficios (o pérdidas) que se generan por el tratamiento de cada tipo de enfermedad, es en el interés de este último el utilizar tratamientos costo efectivos. Este tipo de mecanismos se ha puesto en práctica en varios países que tienen sistemas de seguros privados, como por ejemplo en Chile en el caso de las Isapres que han establecido convenios de atención con proveedores preferidos para sus asegurados, así como también en sistemas de seguros públicos tradicionales en los cuales se ha intentado generar un sistema de mercados interno al sistema de seguridad como puede ser el caso de los General Practitioners Fundholders en Inglaterra (Ham y Brommels, 1994).

El sistema de pagos prospectivos corresponde a un mecanismo de compensación en el cual el riesgo financiero asociado a los costos de enfermedad es asumido en gran medida por el proveedor. No obstante, existen también mecanismos de coparticipación de costos intermedios en que los proveedores son compensados por un monto fijo por paciente (que eventualmente puede ser cero) más un porcentaje del costo en el que incurra el proveedor. Por lo tanto existe una familia de mecanismos de compensación a los proveedores que implican un nivel de riesgo asumido por asegurador y proveedor distinto en cada caso.

Cabe hacer notar que el gran mérito de un sistema de compensación a los proveedores que contempla una coparticipación de costos es el generar incenti-

<sup>9</sup> Ver Arrow (1963) y Ellis y McGuire (1993).

vos para que los proveedores de servicios contengan costos, lo que en definitiva se traduce en menores costos de los seguros de salud. En este sentido, el sistema de coparticipación de costos entre asegurador y proveedor puede ser un sistema de seguros preferidos por las personas a uno en el cual los proveedores se compensan basados en los costos de las atenciones, ya que el incentivo a contener costos se traduce en pólizas de seguro con menores primas.

Por otro lado, el esquema de compensación a los proveedores por parte de los aseguradores es determinante en la adopción de nueva tecnología en las prestaciones. Bajo un esquema de compensación basado en el costo del servicio existe un mayor incentivo a la adopción de nuevas tecnologías que muchas veces son de alto costo pero no siempre de gran efectividad.<sup>10</sup> Varios autores plantean que el dramático incremento en los costos de salud en los Estados Unidos se debe en gran parte a la adopción de nuevas tecnologías de bajo rendimiento costo efectividad.<sup>11</sup> En este sentido, Ellis y McGuire (1993) plantean que un sistema de coparticipación de costos puede ser un mecanismo adecuado si se quiere alcanzar una determinada tasa de crecimiento de la relación costo-tasa de innovación tecnológica.

Una limitante de la coparticipación de costos entre asegurador y proveedor es que cuando se pasa de un sistema de compensación basado en el costo de la atención a un sistema en el cual el proveedor asume la mayor parte del costo, el proveedor tiene incentivos a subinvertir en servicios médicos, lo cual puede llevar a que el paciente reciba procedimientos terapéuticos de bajo costo que pueden no siempre ser los más adecuados en términos de su efectividad. Este incentivo es mayor mientras mayor sea la proporción del costo de cada atención soportada por el proveedor, y disminuye en la medida de que la fórmula de coparticipación es menos extrema.

### 3.3 Restricciones para mitigar la selección de riesgo

La existencia de un sistema de seguros privados competitivos al igual que un sistema de seguridad social universal y público son dos formas extremas de organizar la seguridad social en salud, y ambos sistemas muestran deficiencias. Como opción a estos dos casos polares se han ofrecido alternativas intermedias, conocidas como competencia administrada, y que consideran la participación de aseguradores privados en un ambiente competitivo pero altamente regulado que permiten aminorar el problema de la selección adversa y la selección de riesgo que se observa en un sistema de seguros competitivos sin regulación al tiempo de preservar las ventajas de la competencia. Si bien no existe un esquema único de competencia administrada, sino que más bien una familia de formas de institucionalizar el mercado de seguros y provisión de servicios médicos susceptibles de ser clasificadas como sistemas de competencia administrada, en esta sección analizamos brevemente la base de dos esquemas institucionales abstractos, no restringidos por arreglos políticos, sociales o institucionales existentes en un país, y que por vías alternativas buscan minimizar la selección de riesgo.<sup>12</sup>

<sup>10</sup> Ver, por ejemplo, Weisbrod (1991) y Baumgardner (1991).

<sup>11</sup> Ver, por ejemplo, Evans (1986) y Hillman (1986).

<sup>12</sup> En relación a propuestas específicas de sistemas de competencia administrada para el caso chileno, ver Fisher y Serra (1997) y Departamento de Economía U. de Chile (1997).

*El esquema de Diamond:* Un primer esquema de competencia administrada corresponde al propuesto por Diamond (1992). En este esquema de seguridad en salud existe una autoridad central que define, sobre una base geográfica, varios grupos con gran cantidad de individuos cuyo riesgo agregado es similar. El tamaño de estos grupos debe ser lo suficientemente grande como para que se aprovechen las economías de escala propias de la administración de seguros y lo suficientemente pequeño para que cada localidad geográfica tenga varios grupos que sean potencialmente atendidos por distintos aseguradores privados, lo que permitiría mantener un cierto grado de competencia en la oferta de seguros de salud. Bajo este esquema se minimiza el problema de la selección de riesgo ya que no es posible para las compañías aseguradoras transferir individuos de un grupo a otro, y la existencia de grupos de asegurados sólo ofrece la posibilidad de que los aseguradores evalúen las características agregadas relevantes del grupo, tales como su composición etarea, composición por sexo, ubicación y condiciones médicas preexistentes, pero no la evaluación del estado de salud de los miembros a nivel individual.

En la propuesta de Diamond existirían varias compañías de seguro que competirían por el derecho a proveer seguros a los distintos grupos en cada ubicación geográfica. La competencia entre compañías pasaría por la selección de los mejores riesgos, alternativa eliminada al no poder cambiar la composición de los grupos, sino que más bien en base a ofrecer para cada grupo un menú de primas-cobertura y alternativas de servicios de salud que mejor satisfagan los intereses del grupo de aseguradores como un todo. En el tiempo las compañías aseguradoras y los distintos grupos podrían renegociar las primas, dejando abierta la opción de considerar ofertas alternativas de otros aseguradores, así como la alternativa de llamar a una nueva licitación para proveer seguros excluyendo al actual asegurador.

Con el objeto de flexibilizar la oferta de alternativas de seguros y existan distintas opciones para individuos que presentan preferencias disímiles en cuanto a su demanda por coberturas, la propuesta considera que las compañías aseguradoras ofrezcan un pequeño menú de alternativas a los miembros de un grupo. Este menú debe contemplar como mínimo un seguro de salud básico que corresponde a lo que colectivamente se ha determinado como el mínimo de seguro que cada individuo debe tener. Por sobre el seguro mínimo básico obligatorio, las compañías podrían ofrecer pólizas con distintas alternativas de provisión de los servicios (con proveedores preferidos, de libre elección, etc.) y coberturas adicionales cuya adquisición sería opcional y serían demandadas por aquellos individuos que muestran una mayor disponibilidad a pagar por seguro.

Si bien esta combinación entre grupos de aseguradores y libertad de elección parcial por parte de los asegurados disminuye considerablemente el problema de la selección de riesgos, ya que el grupo de asegurados representa una agrupación de riesgo predeterminada desde el punto de vista de las compañías aseguradoras, y mantiene la flexibilidad y competencia necesarias para que se tienda a un mayor grado de eficiencia productiva y de satisfacción de las necesidades de los asegurados en forma individual, no es una solución exenta de problemas. Bajo este esquema los individuos no eligen su grupo de adscripción sino que son asignados por la autoridad. La pertenencia a uno u otro grupo define la prima que el individuo debe pagar por el seguro básico. Si esta prima,

que se basa en el riesgo agregado del grupo de pertenencia, es muy superior al riesgo individual, entonces el individuo estaría mejor sin este seguro obligatorio. Por el contrario, si la prima a pagar es menor que el riesgo individual, el individuo estaría subasegurado.

No obstante lo anterior, el costo en bienestar de estos niveles de sub o sobreaseguramiento, dada una prima que refleja el riesgo agregado del grupo de referencia, puede no ser tan importante comparado con una alternativa centralizada o un mercado competitivo sin regulación donde a consecuencia de la selección de riesgo parte importante de los individuos no tienen acceso a un seguro de salud. Una forma de minimizar esta pérdida de bienestar es definiendo un seguro de salud básico que sólo incluya un mínimo de coberturas, ya que de esta forma se minimizan los subsidios cruzados que se generan al cobrar primas iguales a los distintos individuos de un mismo grupo. Otra alternativa, sugerida por el autor, es permitir que las compañías aseguradoras puedan cobrar primas distintas a los distintos miembros del grupo siempre y cuando estas diferencias obedezcan a factores de riesgo exógenos tales como edad y sexo o factores endógenos objetivos tales como si fuma o no, pero en ningún caso sobre la base del estado de salud individual de los asegurados. Las propuestas de reforma al sistema de seguridad en Estados Unidos, conocidas como Plan Clinton, recogen en parte el espíritu de esta propuesta al definir agrupaciones de consumidores que recaudan las cotizaciones de sus miembros para la seguridad en salud y son los encargados de contratar los seguros por medio de un mercado competitivo pagando una prima que refleja el riesgo agregado de la alianza compradora (Hoffmeyer y McCarthy, 1994).

*El esquema de Hoffmeyer y McCarthy:* Una segunda opción de competencia regulada corresponde a la propuesta de Hoffmeyer y McCarthy (1994) y que tiene como objetivo principal el compatibilizar objetivos de equidad y eficiencia en el acceso a la salud y minimizar el problema de selección de riesgo. Estos autores proponen un sistema en el cual existe un Fondo Central, administrado por el gobierno, que tiene como responsabilidad el recolectar de los individuos una prima que es función del ingreso y no del riesgo de salud de cada uno de ellos. Los individuos estarían obligados a contratar un *Plan Garantizado Básico de Seguro* (PGBS) con uno de los aseguradores privados en un mercado competitivo, y voluntariamente pueden contratar coberturas adicionales.

En este esquema los seguros de salud son ofrecidos por compañías privadas en un ambiente competitivo, quienes reciben como contraparte al riesgo asumido en el PGBS un pago capitado del Fondo Central ajustado por el riesgo ex ante de cada individuo, más un pago directo que efectúa cada asegurado. Este último pago puede variar de un asegurador a otro por dos conceptos: el grado de eficiencia del asegurador para comprar servicios médicos para sus asegurados y administrar el seguro, y el ajuste que haga cada asegurador a la prima por los riesgos no compensados por el Fondo Central al definir el pago capitado.

En este sistema el problema de la selección de riesgo se minimiza en la medida que el Fondo Central al traspasar al asegurador un pago capitado ajustado por riesgo compensa al asegurador por el mayor nivel de riesgo del demandante de un PGBS, y por lo tanto remueve el incentivo a excluir personas que pertenecen a grupos de riesgo mayores como pueden ser las personas de la tercera edad, personas con enfermedades existentes, mujeres en edad fértil o discapacitados. El asegurador sólo puede ajustar por factores de riesgo indivi-

duales asociados al comportamiento del individuo (e.g. el hábito de fumar), pero no por factores exógenos fuera del control del individuo (e.g. factores demográficos, o condiciones médicas preexistentes) que han sido compensados previamente por el Fondo Central. Esta idea de utilizar primas ajustadas por riesgo ex-ante para minimizar el problema de selección de riesgo es uno de los elementos claves en el sistema de seguridad social holandés (Schut, 1992), del nuevo sistema de seguridad en salud colombiano (Londoño, 1996), y ha sido propuesto como uno de los aspectos de la reforma para el sistema de salud privado chileno (Departamento de Economía, 1997).

La capacidad del esquema propuesto por Hoffmeyer y McCarthy para eliminar los incentivos a la selección de riesgo por parte de los aseguradores a nivel del PGBS depende en forma crucial del mecanismo de compensación de riesgo que implemente el Fondo Central cuando define los traspasos capitados. En la medida que la compensación por riesgo no sea la correcta, subsistirán los incentivos a nivel de los aseguradores privados para seleccionar riesgo. En este sentido cabe señalar que la determinación de los pagos ajustados por riesgo ha sido uno de los problemas más importantes en el nuevo sistema de seguridad en Holanda, ya que como lo han mostrado Wynard y Van de Ven (1994) cuando se usan tan sólo edad y sexo como variables diferenciadoras de riesgo se explica tan sólo una pequeña proporción de la variación en los riesgos individuales. En el caso colombiano el cálculo de las Unidades de Pago por Capitación ha enfrentado problemas similares al de Holanda (Sanhueza, 1996). No obstante lo anterior, la ventaja de este esquema es que al existir una oferta competitiva de seguros básicos se preservan los incentivos para la eficiencia en el aseguramiento y la provisión de servicios médicos, y esto ha motivado su implementación en distintos planes de reforma y su proposición para el caso chileno (Departamento de Economía, 1997).

### **3.4 Compatibilizando competencia y seguridad de largo plazo**

Para evitar la selección intertemporal de riesgo por parte de los aseguradores y que los consumidores pierdan los beneficios de la seguridad en salud, lo que normalmente ocurre es que las compañías de seguros de salud están obligadas a renovar los contratos con los asegurados que lo soliciten, independiente de que hayan sufrido o no un siniestro, y se limita la posibilidad de la compañía para incrementar arbitrariamente la prima del seguro a nivel individual y sólo se autoriza incrementar la prima al conjunto de afiliados a un plan determinado. Sin embargo esta política no ha sido efectiva ya que las empresas de seguros han encontrado la forma de aislar a los individuos que resultaron ser de mayor riesgo trasladando a los individuos sanos a un nuevo plan y subiendo la prima del plan de salud con los malos riesgos. Es así como el aseguramiento de largo plazo en un mercado competitivo constituye un problema, y para su solución se han ofrecido, a nivel más bien conceptual, algunas alternativas que discutimos a continuación.

#### *Seguros de plazo contingentes*

Una primera alternativa para un seguro de largo plazo discutida por Díaz *et al.* (1995) se refiere a un seguro de plazo contingente. En este seguro el asegu-

rador está obligado a renovar una póliza de seguro a todo asegurado que lo requiera sin incrementar la prima, en este sentido es un seguro de largo plazo desde el punto de vista de la compañía, no obstante el asegurado puede terminar el contrato en el plazo que lo desee, en este sentido es un seguro de plazo contingente. Para evitar el problema de selección adversa que se generaría en el momento que se sabe quién resultó enfermo y quién sano, y que estos últimos emigren a un nuevo contrato dejando en la aseguradora tan sólo los individuos de alto costo, lo que pondría en riesgo la viabilidad financiera de la compañía, los autores proponen que la compañía incorpore el valor presente de los gastos catastróficos o de largo plazo en la prima inicial que cobran. En este contexto, buena parte de los ingresos por prima de cada año estarían destinados a constituir reservas para cubrir el valor presente de los gastos de los siniestros de larga duración que se inicien dentro de ese año. Este seguro no cobra una sobreprima ex-post a los que resultan sanos, pero sí la cobra ex-ante.

Los autores reconocen varias dificultades con la implementación del seguro de plazo contingente. Primero, existe incertidumbre en relación al costo futuro de la tecnología médica, lo que dificulta el cálculo del costo técnico del seguro cuando se debe incluir en la prima inicial el valor presente de los gastos asociados con enfermedades de largo plazo. Esto implica que los aseguradores cobrarán un sobreprecio cuando se enfrentan a un riesgo no diversificable de esta naturaleza. Lo mismo ocurre a consecuencia de que no se tiene un buen conocimiento de las tablas de mortalidad futura de los que inician una enfermedad de largo plazo, lo que también constituye un riesgo no diversificable. Segundo, en el esquema de seguros de plazo contingente es difícil conjugar un seguro irrevocable para los individuos que resulten enfermos con sistemas de compra de servicios médicos con listas de proveedores cerradas, que es uno de los métodos que permite en forma más efectiva el contener costos, ya que el asegurado siniestrado no podría retirarse en caso de que los proveedores o el asegurador reduzcan la calidad de la atención. Tercero, el cálculo de las reservas necesarias que deben constituirse para enfrentar gastos médicos de largo plazo es crucial para que el seguro funcione y sea creíble por parte de los asegurados. En este sentido se requiere regulación de reservas mínimas que es difícil de implementar.

#### *Seguros temporalmente consistentes*

Una segunda alternativa que pretende compatibilizar la seguridad de largo plazo con la competencia en el mercado asegurador y la libertad de elección de los consumidores ha sido propuesta por Cochrane (1995). Basado en la idea de que una secuencia de seguros de corto plazo debidamente diseñados, y que sean temporalmente consistentes o a prueba de renegociación, pueden constituir un seguro de largo plazo efectivo, el autor propone un sistema de seguros de salud donde periódicamente se saldan deudas asociadas a la ocurrencia de enfermedades de largo plazo entre aseguradores y asegurados. En este esquema, al comienzo del período, cuando todavía no se sabe si el individuo va a resultar siniestrado, la compañía cobra al asegurado una prima que corresponde al valor esperado de sus gastos de salud durante su vida. Si el individuo sufre una enfermedad que implica un incremento en su costo de salud en el futuro, y que hace que éste sólo podrá acceder a un seguro pagando una prima mayor, la compañía de seguros le paga un monto de suma alzada que equivale al incre-



mento en el costo de salud en el tiempo producto de la enfermedad. Con estos fondos el individuo siniestrado puede recontractar un seguro con la misma aseguradora o con otra a la prima actuarialmente justa. Si, por el contrario, el individuo resulta sano y quiere cambiar de asegurador es él quien le paga a la compañía un monto equivalente a la caída en el valor presente de sus costos de salud y es libre para cambiarse a un asegurador que le ofrezca mejores condiciones. En este esquema, el individuo puede mantenerse con un asegurador en el tiempo o cambiarse, pero las enfermedades de largo plazo siguen estando aseguradas.

El autor reconoce la dificultad del mecanismo para forzar al individuo que resultó sano a compensar al asegurador al querer prescindir de su póliza de seguro, y sugiere un medio para evitar este tipo de oportunismo. Este consiste en una cuenta especial que cada individuo tiene y que sólo puede ser utilizada para pagar primas del seguro de salud y para pagar o recibir las transferencias de suma alzada que se produzcan entre asegurador y asegurado. Cada período, el individuo paga una cantidad fija al fondo, y el fondo paga una prima al asegurador por seguro por un período. La competencia en el mercado de aseguradores hace necesario que para evitar la selección de riesgos los individuos enfermos paguen primas mayores que los sanos. Si una persona es diagnosticada con una enfermedad que incrementa su prima, el asegurador le paga al fondo el valor presente del incremento en su prima. Por el contrario, si la persona resultó sana y por lo tanto su prima decrece, el fondo paga al asegurador una transferencia de suma alzada equivalente al valor presente de la caída en la prima.

El mecanismo propuesto por Cochrane no sólo permite que el individuo pueda acceder a un seguro de salud, y que pueda asegurar el riesgo asociado a los gastos médicos que tenga que incurrir en un período, sino que también ofrece seguro en la prima, es decir, un seguro en contra de alzas en la prima asociadas a la ocurrencia de enfermedades de largo plazo. En este sentido, el autor reconoce que el sistema de seguros de largo plazo también puede funcionar en base a un sistema de seguros de prima independiente del seguro de salud mismo que puede ser ofrecido por aseguradores no relacionados al mercado de seguros de salud. Igualmente, explica que si el sistema de un fondo con cuentas individuales no es viable, entonces un sistema de seguros de largo plazo en el cual se especifique que el actual asegurador se obliga a compensar, con el mismo criterio descrito, al nuevo asegurador cuando un individuo enfermo quiera cambiar de compañía, o bien tenga el derecho a exigir compensación cuando se traspasa a un asegurado sano. La superioridad de una u otra forma de organización del sistema dependerá de los costos de cada uno de ellos de hacer cumplir los contratos entre aseguradores y asegurados.

La implementación de un sistema de seguros temporalmente consistentes como el propuesto por Cochrane presenta dificultades similares a las de los seguros de plazo contingentes. La definición de las compensaciones necesarias para permitir la movilidad de los asegurados se ve dificultada por la incertidumbre en relación al costo futuro de la tecnología médica, y de los índices de morbilidad y mortalidad futura de los que inician una enfermedad de largo plazo. No obstante lo anterior, su implementación, con distintos matices, ha sido sugerida para una reforma al sistema de seguridad privado chileno (Díaz *et al.*, 1995; Fisher y Serra, 1997; Departamento de Economía, 1997).

#### 4. CONCLUSIÓN

Los seguros permiten que las personas puedan traspasar el riesgo financiero asociado a un evento a una compañía capaz de agruparlos y diversificarlos. Esta reasignación del riesgo, cuando se realiza de manera voluntaria, comporta un beneficio para ambas partes. Sin embargo, en el caso de los seguros de salud, imperfecciones del mercado relacionadas a problemas de información dificultan esta reasignación.

El problema de la endogeneidad del riesgo, asociada al comportamiento de parte de los asegurados, obliga a estructurar contratos de seguros con cláusulas que limitan las posibilidades de agrupación y diversificación del riesgo financiero asociado a una enfermedad. Si bien dichas cláusulas impiden que existan seguros que permitan a una persona asegurar todo el riesgo hacen posible que existan seguros con primas menores y constituyen una alternativa de segundo mejor.

La asimetría en la información entre el paciente y proveedor de servicios médicos genera un problema adicional de riesgo de comportamiento por parte de este último. El proveedor en sus decisiones terapéuticas enfrenta incentivos que no siempre le llevan a la elección de procedimientos costo efectivos, por lo que se hace indispensable la implementación de mecanismos de pago entre asegurador y proveedor que impliquen de alguna manera que este último internalice, aun cuando sea parcialmente, el costo de sus decisiones y tenga incentivos para contener costos en las atenciones de salud.

El mayor conocimiento que tienen las personas en relación a las compañías aseguradoras sobre su estado de salud y su propensión a usar servicios médicos genera un problema adicional para el aseguramiento, ya que las compañías de seguro, para competir, evitan agrupar riesgos disímiles e intentan ofrecer pólizas distintas a personas pertenecientes a diferentes clases de riesgo. Esta segmentación en el mercado asegurador limita las posibilidades de agrupar los riesgos individuales y genera costos asociados a la identificación anticipada del riesgo de las personas que demandan un seguro de salud. Esto no sólo incrementa las primas a las cuales una persona puede acceder a un seguro de salud, sino que también genera barreras al aseguramiento que limitan el acceso a la seguridad de las personas pertenecientes a grupos de mayor riesgo.

Como solución al problema de la selección de riesgo, se han sugerido esquemas de competencia administrada que buscan compatibilizar los incentivos a la eficiencia propios de un sistema competitivo con regulaciones que aminoran el problema de selección y exclusión. En estos esquemas, la selección de riesgo por parte de las compañías se evita ya sea por medio de coartar parcialmente la libertad de elección de los demandantes de seguro, o bien por medio de la acción intermedia de un nuevo agente cuyo rol es el de disociar la contribución de cada individuo a su seguridad social con la prima que recibe el asegurador.

La selección de riesgo por parte de las compañías de seguro también tiene una dimensión intertemporal que limita las posibilidades de un aseguramiento de largo plazo. Con el objeto de poder mantenerse ofreciendo pólizas de bajo costo las compañías de seguro tienen incentivos para excluir de sus planes de salud a aquellas personas que han experimentado una enfermedad que devengará altos costos médicos por un tiempo prolongado. Esta exclusión es casi automá-

tica cuando existe un sistemas de seguros de corto plazo, ya que basta con no renovar el contrato de aquellas personas siniestradas, las que sólo podrán acceder a una nueva póliza a un costo mayor que refleja el incremento en el valor presente de los gastos adicionales asociados a su estado de salud.

Para posibilitar un sistema que provea aseguramiento de largo plazo se han propuesto esquemas alternativos. En el primero, las compañías de seguro constituyen reservas para cubrir los gastos médicos de las personas que resultan siniestradas. En el segundo, existe un sistema de compensaciones entre los distintos oferentes de seguros que permite a las personas cambiarse de compañía sin ver incrementada su prima. Sin embargo, la implementación de ambos esquemas presenta dificultades similares producto de la incertidumbre asociada al costo médico y los índices de morbilidad y mortalidad futura de las personas que inician una enfermedad de largo plazo.

La provisión de seguridad en el ámbito de la salud por medio de un mercado competitivo de aseguradores presenta importantes ventajas en términos de eficiencia y contención de costos. Sin embargo, las limitaciones asociadas a los problemas de información e incentivos para ofrecer seguridad de largo plazo hacen indispensable que esta competencia se enmarque en un entorno institucional regulado. No obstante, la implementación de cualquier esquema de competencia administrada conlleva serios desafíos. Son estos desafíos los que han dificultado los actuales esfuerzos por llevar a cabo reformas tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

#### REFERENCIAS

- Aedo, C. (1996). "El Sector Privado de Salud y los Procesos de Reforma en Latinoamérica", en *Las Isapres: Hacia la Modernidad en Salud*. Santiago: Chile; Ciedes Ed.
- Arrow, K. (1963). "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care". *American Economic Review*, vol. 53 (5).
- Arrow, K. (1974). "Limited Knowledge and Economic Analysis". *American Economic Review*, pp. 1-10
- Banco Mundial (1993). *World Development Report: Investing in Health*. Oxford University Press, New York, N.Y.
- Braumgardner, J. (1991). "The Interaction Between Forms of Insurance Contracts and Types of Technological Change in Medical Care". *Rand Journal of Economics*, Spring, vol. 22 (1).
- Cochrane, J. (1995). "Time Consistent Health Insurance". *Journal of Political Economy*, vol. 103 (3).
- Departamento de Economía Universidad de Chile (1997). "Informe Técnico a la Reforma de la Seguridad Social en Salud". Mimeo.
- Diamond, P. (1992). "Organizing the Health Insurance Market". *Econometrica*, vol. 60 (6).
- Díaz, C., R. Gacitúa, A. Torche y S. Valdés (1995). "Cobertura Catastrófica para los Cotizantes del sistema de Isapre". Mimeo. Instituto de Economía, Universidad Católica de Chile.
- Ellis, R. y T. McGuire (1993). "Supply-Side and Demand-Side Cost Sharing in Health Care". *Journal of Economic Perspectives*, vol. 7 (4).

- Evans, R. (1986). "Finding the Levers, Finding the Courage: Lessons From Cost Containment in North America". *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 11 (4).
- Feldstein, P. (1979). *Health Care Economics*. John Wiley & Sons Inc., New York, N.Y.
- Fisher, R y P. Serra (1997). "Análisis Económico del Sistema de Seguros de salud en Chile". Documento de Trabajo Nº 17. Departamento de Ingeniería Industrial. Universidad de Chile.
- Ham, C. y M. Brommels (1994). "Health Care Reform in the Netherland, Sweden and the United Kingdom". *Health Affairs*.
- Hillman, B. (1986). "Government Health Policy and the Diffusion of New Medical Devices". *Health Services Research*, vol. 21 (5).
- Hoffmeyer, U. y T. McCarthy (1994). *Financing Health Care*. Kluwer Academic Publisher, Dordrecht, Boston, London.
- Hsiao, W. (1995). "Abnormal Economics in the Health Sector". *Health Policy*, vol. 32.
- Laffont, J. (1990). *The Economics of Uncertainty and Information*. The MIT Press, Cambridge, Mass.
- Londoño, J.L. (1996). "Estructurando Pluralismo en los servicios de Salud: La experiencia Colombiana". *Revista de Análisis Económico*, vol. 11 (2).
- Musgrove, P. (1996). "Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns". Mimeo, The World Bank Group.
- Pauly, M. (1968). "The Economics of Moral Hazard: Comments". *American Economic Review*, vol 58 (3)
- Rothschild, M. y J. Stiglitz (1976). "Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information". *Quarterly Journal of Economics*, vol.90.
- Sanhueza, G. (1996). "La Reforma de la seguridad Social en Salud: Una Visión Conceptual y Experiencias Comparadas". *Revista de Administración en Salud*, vol. 29.
- Shut, F. (1992). "Workable Competition in Health Care: Prospects for the Dutch Design". *Social Science and Medicine*, vol. 35 (12).
- Summers, L. (1989). "Some Simple Economics of Mandated Benefits". *American Economic Association Papers and Proceedings*, vol. 79 (2).
- Weinsbrod, B. (1991). "The Health Care Quadrilemma: An Essay on Technological Change, Insurance, Quality, and Cost Containment". *Journal of Economic Literature*, vol. 29 (2).
- Wynard, P. y R. Van de Ven (1994). "Risk Adjusted Capitation: Recent Experiences in the Netherlands". *Health Affairs*, vol. 13 (5).