



RE1-04-006

**Serie de Estudios
Económicos y Sociales**

MARCO CONCEPTUAL PARA LA REGULACIÓN DE SEGUROS DE SALUD

**Alejandro Ferreiro
Eduardo Saavedra
Gustavo Zuleta**

**ARGENTINA
BOLIVIA
BRASIL
CHILE
PARAGUAY
URUGUAY**



Mayo 2004

REGION 1

Banco Interamericano de Desarrollo

Este documento no es una publicación oficial del Banco Interamericano de Desarrollo. El propósito de la Serie de Estudios Económicos y Sociales es servir como base para la discusión de aspectos importantes relacionados al desarrollo de los países miembros del Departamento Regional de Operaciones I. Las opiniones y conclusiones contenidas en este documento son responsabilidad de los autores y no coinciden necesariamente con las políticas y opiniones del BID, su Directorio, sus países miembros, ni las instituciones con las cuales los autores están afiliados.

MARCO CONCEPTUAL PARA LA REGULACION DE SEGUROS DE SALUD

Alejandro Ferreiro

Superintendente de Valores y Seguros
Chile

Eduardo Saavedra

Universidad Alberto Hurtado

Gustavo Zuleta

Inter-American Development Bank

Se agradecen los comentarios de Alfredo Solari (SDS/SOC), Tomás Engler (RE1/SO1), Hernán Montenegro, Osvaldo Giordano y Jorge Colina a una versión preliminar de este trabajo. Los contenidos del presente documento son de responsabilidad exclusiva de sus autores y no necesariamente reflejan la posición oficial del Banco o de sus países miembros.

PREFACIO

El presente estudio “Marco Conceptual para la Regulación de Seguros de Salud”, tiene como objetivo principal el disponer de una herramienta de análisis para los hacedores de política que sintetiza e integra los desarrollos de la teoría económica y los desafíos de economía política de regulación, de manera que pueda ser útil para analizar las implicancias en el diseño regulatorio de los mercados de seguros de salud que emergen con más fuerza cada vez en los países de la región.

De esta manera, se espera que este esfuerzo técnico sea una contribución más al diálogo sobre los desafíos futuros de este importante sector social en los países de la región, desafíos ante los que el Banco Interamericano de Desarrollo mantiene su permanente disposición de apoyo.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
I. FUNDAMENTOS DE LA REGULACIÓN DE MERCADOS	4
A. El Estado regulador como corrector de fallas de mercado	4
B. Asimetrías de información y mercados de seguros	6
C. Economía política de la regulación	10
D. Los costos de la regulación y la importancia de las características institucionales	13
1. Adiós al regulador benevolente	15
2. El riesgo de la sobrerregulación	15
3. Adiós a la superioridad de los reguladores públicos	16
II. PARTICULARIDADES ECONÓMICAS DEL SECTOR SALUD	17
A. El rol de la incertidumbre en los mercados de salud	17
B. Las características del mercado de las prestaciones de salud.....	20
1. La demanda por prestaciones de salud	20
2. La oferta de prestaciones de salud.....	24
C. Las características del mercado de seguros de salud.....	25
1. La demanda por los seguros de salud.....	25
2. La oferta de seguros de salud	28
III. ANÁLISIS CONCEPTUAL Y AREAS PREFERENTES DE REGULACIÓN.....	31
A. Fundamentos de la regulación del mercado de seguros de salud	31
1. Regulación como respuesta a fallas del mercado de seguros de salud... 31	
2. La regulación como instrumento de las políticas sanitarias	32
3. La regulación como instrumento de equidad	32
4. La regulación como respuesta a un derecho/deber social	33
B. Areas preferentes de la regulación estatal	33
1. Regulación de los planes de salud.....	33
2. Regulación de los contratos de adhesión.....	35
3. Sistemas de compensación de riesgos	36
4. Control de calidad de los prestadores.....	38
5. Incentivos a la prevención.....	40
6. La educación del usuario	42
IV. DESAFÍOS INSTITUCIONALES DE LA REGULACIÓN	44
A. Bases institucionales mínimas.....	44
B. Requisitos para el diseño de una institucionalidad regulatoria	45
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54

INTRODUCCIÓN

La llegada de las economías de mercado a la gran mayoría de los países de la región y los esfuerzos ingentes por superar las condiciones de desempleo, pobreza y marginalidad de amplios sectores de la población han generado, muchas veces más a fuerzas de modas que de razón, la apertura de espacios cada vez mayores a la participación privada en sectores considerados como típicamente pertenecientes al ámbito del Estado. No escapa a esta constatación empírica lo que sucede en el sector de la salud y, en particular, al mercado de los seguros de salud. En este último mercado, los países de América Latina están favoreciendo cada vez más el diseño de participaciones mixtas entre el mundo público y privado.

Dentro de este contexto, el propósito principal de este documento es analizar los fundamentos teóricos de la economía de la regulación aplicables al mercado de la salud, integrando también la perspectiva de la economía política de los procesos regulatorios a un sector caracterizado por profundas y a veces ocultas fallas de mercados que resultan más complejas de resolver por los poderosos intereses en juego. En tal sentido, su valor agregado es disponer de un marco conceptual para los hacedores de política que sintetiza e integra los desarrollos de la teoría económica y los desafíos de economía política de regulación, de manera que pueda ser útil como herramienta para analizar las implicancias en el diseño regulatorio de los mercados de seguros de salud que emergen con más fuerza cada vez en los países de la región.

Bajo esta óptica, el documento está orientado a un público amplio dentro de los cuadros técnicos y políticos de la región que están preocupados de implementar políticas regulación en el mercado de seguros de salud. A pesar del amplio público objetivo al que está orientado este trabajo, los autores han optado por mantener el lenguaje técnico propio de la literatura. Sin embargo, en beneficio de los lectores más alejados de los tecnicismos económicos, se entregan definiciones de algunos términos utilizados en el texto que ayudarán enormemente a la comprensión de la materia tratada.

El artículo resalta que las fallas de mercado asociadas a los seguros de salud no son otras que las fallas estándares a todo mercado, con sus propias y obvias particularidades. Por ello, se plantea como hipótesis que un cabal entendimiento del marco regulatorio necesario para este mercado requiere conocer con cierto grado de detalle en qué consisten las fallas de mercado y cómo, en general, la literatura económica plantea la resolución de dichas fallas. Con todo, la intervención del Estado en el mercado de los seguros de salud tiene también otras causas que en magnitud son, quizás, más relevantes que las ya enunciadas; en particular, argumentos de equidad asociados a la salud inserta dentro del ámbito de la seguridad social e incluso más allá en lo que conocemos como economía del bienestar.

Tal como se ha mencionado, el mercado de seguros presenta distorsiones técnicas que llevan a que el libre juego de la oferta y la demanda sea incapaz de agotar los beneficios del intercambio entre quienes desean asegurarse y quienes están dispuesto a cubrir los riesgos de quienes buscan aseguramiento. Asimismo, el mercado de seguros de salud en particular presenta graves imperfecciones sociales que ponen en duda la viabilidad de que éste funcione sin una regulación adecuada, instrumento de la función y preocupación pública en la materia.

Dentro de las fallas de mercado en esta industria, el problema mayor surge por las llamadas asimetrías de información entre usuarios y oferentes de este servicio, básicamente porque la información necesaria para tomar decisiones adecuadas está dispersa entre los diversos agentes económicos, habiendo quienes poseen más información que otros. Puede distinguirse entre asimetrías que provienen de información que el usuario dispone y el asegurador no; así como de información respecto de la naturaleza del servicio prestado que dispone la compañía y no el cliente.

La literatura identifica que las asimetrías de información del primer tipo son de dos características diferentes, ambas apoyándose en cuánto al efecto negativo que generan en el mercado; a saber, información oculta y acciones ocultas. Como lo muestra la sección siguiente, en todo mercado de seguros se genera el llamado problema de selección adversa; vale decir, una situación en donde los individuos más riesgosos de la población tienen más incentivos a participar en el mercado. Asimismo, se muestra que cuando los individuos se aseguran, cambian su actitud frente al riesgo. A este segundo problema de asimetría de información se le conoce como riesgo moral. Ambos problemas generados por la mayor información que posee el asegurado vis-à-vis la compañía aseguradora conllevan una pérdida de eficiencia en el funcionamiento del mercado.

El mercado ha generado mecanismos que reducen, pero que no eliminan, estos problemas. Algunos de ellos son el *screening*, la señalización, los límites de cobertura, las exclusiones de cobertura (en seguros de salud, las exclusiones de determinadas patologías, especialmente las preexistentes), carencias (exclusiones temporales), etc. Todos ellos analizados en más detalle en las secciones 1 y 2 de este documento.

Otro tipo de asimetría de información de naturaleza muy diferente a las enunciadas anteriormente, es aquella que nace de la mayor información que poseen los oferentes en los mercados de seguros cuando estos tienen más información que la que razonablemente pueden conocer y/o asimilar los usuarios del sistema. En particular al mercado de los seguros de salud, la información respecto de los planes ofertados y, fundamentalmente, respecto de la calidad del servicio asociada a dichos planes, como por ejemplo la prontitud, efectividad y probabilidad de pago del servicio de salud prestado, la solvencia económico-financiera del asegurador, etc.

Con todo, las referencias anteriores a las fallas de mercado que fundamentan la regulación de diversos sectores económicos son imprescindibles, aunque enteramente insuficientes para explicar las particularidades de la economía de la salud, del mercado de los seguros de salud inserto en aquella y de los principios regulatorios que resultan aplicables a este último. Tal como se describe en la Sección 2 de este trabajo, el rasgo fundamental de las materias bajo análisis y razón básica de sus diferencias con los mercados competitivos de otros bienes y servicios es la incertidumbre con que los agentes económicos deben tomar sus decisiones; a saber, la incierta ocurrencia de las enfermedades en los individuos, la incertidumbre acerca de los resultados de la intervención médica, la incertidumbre del profesional acerca de la pertinencia o eficacia del tratamiento prescrito, la incertidumbre que, en general, afecta al paciente acerca del costo final del tratamiento recibido, aspecto relacionado con la incapacidad de prever anticipadamente la eficacia de éste o la cantidad y precio de las prestaciones que le serán prescritas como diagnóstica o terapéuticamente necesarias, etc.

Como resultado de los problemas de asimetrías de información e incertidumbre propios del mercado de los seguros de salud, se justifica una participación activa del Estado como regulador de la industria con miras a resolver o atenuar las fallas propias de este mercado. Son estas mismas razones las que, eventualmente, justifican su rol como asegurador directo a público, compitiendo como uno más con las empresas aseguradoras privadas. Con todo, una mirada más cercana a la realidad pone en jaque la supuesta benevolencia del Estado. Es por ello que este trabajo toma en cuenta consideraciones de economía política a la hora de proponer un marco conceptual para la regulación del mercado de los seguros de salud.

Hay que notar, sin embargo, que el Estado enfrenta un conflicto de interés cuando participa en una industria como actor y regulador, y ese sería el caso si asegura directamente y regula además. Por ello, si el Estado va a participar directamente en la provisión o aseguramiento en salud, será preciso que en la función reguladora se establezcan mecanismos que garanticen solvencia técnica, independencia política, y la mayor autonomía del poder político – al menos respecto de los involucrados en la función productiva del Estado.

Sin lugar a dudas, concluye este estudio, las dificultades institucionales que podrían enfrentar los gobiernos de la región a la hora de diseñar su institucionalidad regulatoria restringen las posibilidades de implementación de un mercado de seguros de salud operado, parcial o totalmente, por el sector privado y regulado de acuerdo a los estándares existente en países con capacidad institucional más elevada. Como consecuencia de ello, el diseño regulatorio debe ser hecho caso a caso, tanto en profundidad de la política como en la secuencia en que inserta la reforma de salud en otras reformas de segunda generación para la modernización del Estado.

El documento está estructurado de la siguiente forma. En la sección 1 se analizan los principales avances en la teoría de la regulación, poniendo especial y fuerte énfasis en los sustentos teóricos, económicos y políticos que se enfrentan a la hora de diseñar la institucionalidad regulatoria y, luego, a la hora de regular un mercado en particular. En la sección 2 se describen detalladamente las características más importantes de los mercados de salud y el de los seguros de salud en particular. En la sección 3 se entrega el análisis de los fundamentos teóricos y conceptuales del por qué y el cómo actúa el Estado en regular mercados de salud, así como de las áreas preferentes de regulación en el mercado de seguros de salud. Por su parte, la sección 4 resume los principales desafíos emergentes en el ámbito de la función regulatoria, enfatizando la importancia de las características institucionales para un óptimo diseño regulatorio. Finalmente, la sección 5 sintetiza las principales conclusiones y recomendaciones de este trabajo.

I. FUNDAMENTOS DE LA REGULACIÓN DE MERCADOS

En esta sección del documento, se entrega una síntesis de los principales aportes teóricos de la economía en el ámbito de regulación de los mercados de seguros de salud. Para llegar a eso, sin embargo, se realiza en primer lugar una revisión de los principales argumentos que sostienen la intervención del Estado en una economía de libre mercado. Luego, se resumen los principales avances teóricos en la regulación de industrias específicas con problemas de asimetrías de información como son los seguros de salud. Enseguida, se hace una revisión de los aportes de la ciencia política en este campo de la regulación, mediante un breve contrapunto entre las teorías del interés público (estado benevolente) y de elección pública (estado bajo presión de grupos de interés) como introducción a los costos de la regulación. Justamente, finaliza esta sección con un análisis de los costos de la regulación y la importancia de las características institucionales.

A. El estado regulador como corrector de fallas de mercado

Aún cuando muchos países de la región han optado por un modelo económico de libre mercado, el rol del Estado no desaparece, en parte, precisamente por la necesidad de corregir una serie de fallas de mercado. De hecho, y aunque el rol del Estado es de menor alcance respecto al que tiene en un modelo económico más centralizado, la propia eficiencia económica demanda un Estado altamente diligente en propiciar el funcionamiento adecuado del mercado.

Esta intervención del Estado en una economía de mercado tiene tres ámbitos. La primera función que se espera del Estado es que sea capaz de servir de ente facilitador o coordinador de las interacciones de los agentes económicos. La segunda razón es el rol de corrector de las fallas del mercado. Finalmente, el Estado interviene en ámbitos que el mercado sencillamente ignora, como la redistribución de los ingresos u otras consideraciones de tipo social.

Para los objetivos de este trabajo, la preocupación en mayor medida será por las justificaciones microeconómicas para la intervención del Estado en una economía de mercado. Estas se generan con las llamadas “fallas de mercado”, las cuales son desviaciones de los tres supuestos fundamentales de la competencia perfecta: i) tanto productores como consumidores en una economía de mercado son tomadores de precios; ii) no hay bienes públicos ni externalidades en el consumo ni en la producción; y iii) hay un mercado para cada bien.¹

Con miras a facilitar que el mercado asigne eficientemente los recursos que la sociedad dispone, un primer rol del Estado precisamente está en reducir el abuso de poder de mercado, en particular cuando existiendo más de una firma, éstas se coluden para acrecentar su poder dominante en el mercado. Asimismo, los intereses sociales no siempre coinciden con los privados – caso de bienes públicos y externalidades – por lo cual se ha planteado que el Estado debe corregir estas imperfecciones a través de la provisión directa a los consumidores de los bienes o servicios involucrados; o bien, mantener la propiedad privada de los mismos junto con una regulación adecuada que compatibilice los objetivos sociales y de los privados.

¹ Véase una definición más formal del Primer Teorema Fundamental del Bienestar en Mas-Colell, Whinston y Green (1995).

A su vez, la tercera justificación microeconómica para la intervención del Estado en una economía de mercado es la más dominante en la literatura teórica. Las bondades de la mano invisible, concebidas por Adam Smith como un mecanismo eficiente en asignar los recursos, requiere del supuesto central para el análisis: “*hay un mercado para cada bien*”. Para el cumplimiento de este supuesto se requiere que las características de todos los bienes y servicios transados en el mercado deben ser observables para todos los participantes de ese mercado. Sin dicho requisito, vale decir cuando se está en presencia de asimetrías de información, diversos mercados pueden no existir para bienes que difieren en sus características y, en consecuencia, el supuesto de mercados completos desaparecerá para abrir espacio a la intervención o regulación estatal.²

En cuanto a la regulación de actividades privadas propiamente tal, esta disciplina económica cobró fuerza y moda tanto por razones de índole práctica como por el desarrollo de la teoría de incentivos en organizaciones. En efecto, ha habido en los pasados dos decenios una mayor participación privada en actividades típicamente estatales, tales como las masivas privatizaciones totales o parciales de los servicios básicos que comenzara el gobierno de Thatcher en el Reino Unido a principios de los 80s y continuara como un reguero por el mundo entero en la década de los 90s; así como las concesiones de obras de infraestructura que países subdesarrollados como Turquía o Chile implementaron con miras a reducir sus déficit perennes de capital físico e inducir un crecimiento sostenido de largo plazo de sus economías. Conscientes del alto poder de mercado que significa la venta o la concesión de una actividad monopólica (natural o legal), se requirió del diseño de novedosos mecanismos regulatorios que redujeran el poder de mercado y a su vez indujeran eficiencia productiva en esas actividades.³

Los mecanismos de tarificación más utilizados en la práctica son básicamente tres: regulación por costo de servicio, regulación por precios máximos (*price cap*), y regulación por menú de incentivos (regulación óptima). El regulador típicamente busca introducir mecanismos que induzcan a las empresas a reducir sus costos de producción, teniendo presente que importantes parámetros tecnológicos son sólo conocidos por la empresa regulada. Así, los diferentes mecanismos regulatorios tienen éxitos relativos diversos en este objetivo. En efecto, la regulación por costos de servicio no entrega incentivos a reducir costos, pues cualquier ganancia en eficiencia sería inmediatamente apropiada por los consumidores; los modelos de precios máximos, por el contrario, generan elevados incentivos a reducir costos y, por ende, enormes rentas que son apropiadas por la firma al ser ésta la única demandante residual de sus propias inversiones. La regulación óptima, muy teórica aún, como su nombre lo indica, tiene incentivos

² Como este es el corazón de la subsección siguiente, baste por ahora sólo con mencionar que en el caso de los mercados de seguros de salud coexisten diversos tipos de asimetrías de información, tanto de parte de los asegurados y sus características y actitudes hacia el riesgo, como de la compañía en cuanto a las características del servicio realmente ofrecido.

³ Dentro del cúmulo de referencias posibles de citar en este tópico, un muy buen resumen de la experiencia privatizadora en el Reino Unido y los avances teóricos que dieron sustento a muchas de las decisiones tomadas tanto en esos países como en los que le siguieron se encuentra en Armstrong, Cowan y Vickers, 1994. Para Chile y Latinoamérica, véase Bitrán y Saavedra (1993) y Paredes, Sánchez y Fernández (1995), respectivamente.

intermedios ya que tanto empresas y consumidores comparten los beneficios de las reducciones de costos.⁴

Más allá de los mecanismos tarifarios descritos, existe la posibilidad de generar competencia en industrias reguladas a través de diversos mecanismos, siendo los más utilizados la liberalización de segmentos de mercados no monopólicos, la competencia por comparación (*yardstick competition*),⁵ la licitación del derecho a operar como un monopolio no regulado⁶ e incluso la competencia de redes o facilidades esenciales.⁷ De hecho, se espera que con los nuevos avances tecnológicos, los monopolios naturales sólo sean parte del pasado, existiendo el peligro que los países sostengan sólo monopolios legales si es que las autoridades no son capaces de seguir en forma proactiva una política de promoción de la competencia.⁸

En suma, se pueden derivar una serie de enseñanzas que entrega la regulación de servicios básicos a la regulación de otros sectores de la economía. En particular al caso de mercados de seguros de salud, los avances teóricos en la regulación con información asimétrica y los esfuerzos por aplicar los esquemas de incentivos para revelar la información son útiles a la hora de diseñar e implementar un mercado con participación privada en este ámbito, particularmente debido a que estos mercados se caracterizan por lo disperso que está la información entre los diversos agentes que en él operan, como se analiza a continuación.

B. Asimetrías de información y mercados de seguros

En un mundo en donde la información tiene valor y por lo tanto hay una demanda por ella, así como su obtención requiere sacrificar recursos reales (como el tiempo, por ejemplo) y por lo tanto hay una oferta por ella, existe un monto óptimo de información que un individuo racional poseerá. Esta mera constatación señala que en muchos mercados en donde la información es valiosa, como el de los seguros de salud, contendrá asimetrías en el monto y la calidad de la información que los agentes manejan.

⁴ Referencia obligada en esta literatura es el trabajo de Baron y Myerson (1982). Buenos resúmenes de la llamada nueva economía regulatoria lo constituyen los libros de Laffont y Tirole (1993) y de Armstrong, Cowan y Vickers (1994).

⁵ Este mecanismo regula en forma indirecta al monopolio, generándose los incentivos para que la empresa provea al regulador de toda la información necesaria para una regulación eficiente. Un tratamiento teórico de esta literatura y sus amplias aplicaciones económicas pueden encontrarse en Schleifer (1985).

⁶ Dentro de las múltiples aplicaciones de las licitaciones del derecho a operar como un monopolio no regulado encontramos ejemplos exitosos en concesiones viales, aeropuertos e infraestructura en general. No obstante, hay pros y contras de generar “competencia por la cancha” (licitaciones) versus un esquema regulatorio más tradicional. Los clásicos contendores son Demsetz (1968) y Williamson (1985).

⁷ Laffont y Tirole (2000).

⁸ Contrariamente a la creencia creciente en círculos no-académicos que la regulación estatal podría ser superada por la autorregulación que las propias empresas se impusieran, supuesta bondad difundida por los propios gremios interesados, estudios recientes muestran que sólo bajo condiciones muy particulares la autoregulación podría ser un mecanismo eficaz para impedir el abuso del poder de mercado, pero siempre que estuviese acompañado de regulación estatal (véase Núñez, 2000). Idéntica conclusión, pero en el contexto de los mercados de las prestaciones de salud es al que llega Peterson (2001). Este es el motivo por el cual sólo la promoción de la competencia sigue siendo el único mecanismo eficaz para reducir la regulación de industrias que muestran fallas de mercado.

En efecto, por un lado, los potenciales clientes de una compañía de seguros tienen información valiosa para la compañía en cuanto a su característica de riesgo y a su actitud frente a ese riesgo. Como se refirió anteriormente, esta asimetría de información que afecta a la empresa aseguradora se puede clasificar en asimetrías por información oculta (característica de riesgo del cliente, por ejemplo) y asimetrías por acción oculta (actitud menos temerosa del cliente una vez que la cobertura de salud está activada, por ejemplo).

Por otro lado, la compañía de seguros conoce más acerca de una serie de variables relevantes para el asegurado, como el tipo de cobertura para las múltiples opciones que contienen los diversos planes, la calidad en el servicio prestado post-siniestro, riesgo de continuidad de giro de la propia compañía, etc.

En cuanto a las asimetrías de información generadas por el asegurado, la información oculta – concepto asociado en un primer momento al fenómeno de la *selección adversa* – consiste en que los demandantes de seguros poseen información privada y valiosa en cuanto a sus características de riesgo. En un artículo que le valiera recientemente el Premio Nobel de Economía, el profesor de la Universidad de Berkeley, George Akerlof, mostró que las características ocultas conllevan a que quienes finalmente intercambian en el mercado son precisamente los individuos con las características más negativas de entre los potenciales usuarios del sistema (los clientes más riesgosos para las aseguradoras).⁹ Es por esta razón que al fenómeno de la información oculta se le conoce ampliamente como el problema de selección adversa y adquiere importancia significativa cuando el aseguramiento es voluntario o cuando las personas pueden elegir distintos niveles de cobertura.

Es fácil notar que ambas condiciones están presentes en algunos mercados de seguros de salud en Latinoamérica: el aseguramiento es voluntario y existen planes con diferente cobertura para captar a clientes con diferente poder adquisitivo. Ciertamente el problema de la selección adversa se corrige de raíz cuando el aseguramiento es obligatorio y vincula a todos los asegurados a un plan y seguro único, tal como ocurre en múltiples sistemas de seguros sociales de salud.

Selección Adversa en mercados de seguros de salud voluntarios
es el proceso mediante el cual las personas más riesgosas tienden a asegurarse y/o a seleccionar las pólizas de mayor cobertura.

Si bien este problema se da en todo mercado con información oculta, es más fuerte en aquellos en donde la asimetría es mayor. Como demuestra Akerlof en su trabajo original y con un sencillo ejemplo, puede llegarse al caso extremo en que sólo individuos con las peores características (los más riesgosos) finalizarán yendo al mercado. Así, más allá del hecho que la característica oculta de los potenciales usuarios del sistema genera pérdidas de eficiencia en asignación de recursos, los problemas se exacerban cuando la asimetría de información es tal que ninguna compañía estaría dispuesta a proveer el servicio de aseguramiento a los usuarios menos riesgosos. A este caso extremo, se le conoce como uno de mercado incompleto.¹⁰

Los individuos más riesgosos tienen todos los incentivos a imitar ser de bajo riesgo, ya que difícilmente serán detectados antes de contratar el seguro. Es más, toda persona podría

⁹ Como este mismo autor menciona, éste es un caso extremo de selección adversa (Akerlof, 1970).

¹⁰ Tal como se refirió, uno de los supuestos básicos del Primer Teorema Fundamental del Bienestar (aquel que sustenta la hipótesis de Adam Smith acerca de la mano invisible) es precisamente el de mercados completos. Véase Hart (1975) o Salanié (2001) para un tratamiento formal de este tópico.

argumentar “soy sano, créanme”; todos, incluso los más riesgosos, podrían decir esa frase con mucha soltura de cuerpo y sin existir la posibilidad de ser detectados. Es así como la asimetría de información se mantiene y la selección adversa es la respuesta natural del mercado a esta falla.

El mercado (en este caso las compañías de seguros), sin embargo, han creado los mecanismos para reducir o eliminar el problema de selección adversa; a saber, *screening*, señalización, descarte del mercado, imposición de carencias, planes colectivos para grupos de asegurados, aseguramiento no voluntario, etc. En esta sección, se analizará en particular el primero de los mencionados por estar ampliamente difundido en todos los mercados en que hay algún tipo de selección adversa (seguros, laboral, regulación de servicios básicos, entre otros), dejando los más cercanos a los seguros de salud para la sección siguiente.

Tal como lo demostraron Rotzchild y Stiglitz, aporte que significara uno de los sustentos al reciente Premio Nobel a este segundo economista, los aseguradores son capaces de “identificar” las características de los individuos – y por lo tanto, de eliminar el problema de selección adversa – a través de ofertar planes alternativos de aseguramiento que los individuos eligen libremente, pero cuyas primas de seguros castigan aquellos planes con mayor cobertura, en donde supone la compañía que están los clientes más riesgosos. Este es el proceso conocido en la literatura como *screening*. Aún cuando el problema de información asimétrica permanece – la compañía cobra en exceso al costo esperado en los planes de mayor cobertura sin distinguir quién es quién en ese grupo – bajo ciertas condiciones, argumentan Rotzchild y Stiglitz, la información se revela en el mercado.¹¹

Screening es uno de los mecanismos de control de la selección adversa y opera como un señuelo: los individuos más riesgosos querrán mayor cobertura y, por ende, a los planes con mayor cobertura se les asigna un precio superior al simplemente derivado de la estimación actuarial, por cuanto la compañía de seguros estima que la frecuencia de su uso será mayor.

Hay que notar que si bien este resultado es teórico y muestra una situación que de hecho ocurre en el mercado de los seguros, existen fricciones de índole práctica (como la interacción dinámica de oferentes y demandantes, la variabilidad en los planes de seguros en el tiempo, la racionalidad acotada de los asegurados, etc.) y también situaciones teóricas que inhiben la eliminación completa de la selección adversa en los mercados de seguros. Es más, teóricamente no está garantizada la existencia de un equilibrio en donde se identifique plenamente el tipo de riesgo de los clientes de una compañía de seguros.¹²

Una condición necesaria, pero no suficiente, para la existencia de lo que técnicamente se conoce como un equilibrio separador en este esquema de menú de contratos alternativos de seguros es que el oferente disponga de una variable extra al precio del plan que le permita la separación de los clientes por su característica de riesgo. En particular a la industria de seguros de salud, los copagos que el usuario debe realizar en caso de siniestro y que definen un contrato de seguro con dos componentes, por un lado el precio y por otro el copago o cobertura. Un esquema óptimo de

¹¹ Este mecanismo de *screening* se caracteriza porque el jugador que primero se “mueve” es la compañía de seguros ofreciendo planes alternativos de aseguramiento, mientras que el cliente se autoselecciona en aquel plan que mejor ajusta a su característica de riesgo. Por ser quién primero se “mueve”, la compañía es capaz de separar a sus clientes según su riesgo. Véase Rotzchild y Stiglitz, 1976.

¹² Mas-Colell, Whinston y Green (1995), entre otras posibles referencias, provee el análisis formal para demostrar esta falla de mercado.

incentivos será uno en que a menor copago por parte del asegurado mayor deberá ser el precio a pagar por ese seguro, tal como queda de manifiesto en la definición de *screening* que hemos entregado.

Otro mecanismo que reduciría el problema de selección adversa y permitiría separar a los clientes de acuerdo a su característica de riesgo es lo que la teoría conoce como señalización.¹³ En teoría, un individuo que conoce su característica y sabe que esta es “buena” es capaz de informar a su contraparte a través de señales indirectas y menos costosas para aquellos que tienen las características socialmente más deseables (menos riesgosos, por ejemplo). Lamentablemente, la posibilidad que tiene un individuo para señalar su característica de riesgo no aplica con tanta fuerza en seguros de salud, como lo podría hacer en seguros generales, por ejemplo (a través de mostrar su historial de accidentabilidad).

El segundo problema de asimetría de información permanece a pesar de todo. Este es el de acción oculta o también conocido como riesgo moral. Cuando una persona se asegura, cambian sus costos asociados a tomar determinados riesgos y, en consecuencia, hay un nivel de riesgo diferente post aseguramiento de aquel previo a asegurarse. Este riesgo moral lleva a que las aseguradoras incrementen el costo de los seguros por encima de lo socialmente deseable producto de este cambio de actitud de los demandantes.

Riesgo moral es la adopción por quienes se saben asegurados de conductas más riesgosas y/o de patrones de mayor consumo de las coberturas que bonifica el seguro.

Al igual que cuando se enfrenta al problema de selección adversa, la empresa aseguradora reduce el problema de riesgo moral a través de los deducibles en los planes de seguros. Basta con pensar en que si por cada siniestro en el automóvil el asegurado pagara un deducible de 100 dólares, él/ella será más cuidadoso a la hora de dejar el auto estacionado durante su jornada laboral, manejará con más cuidado para evitar “topones” en su vehículo, etc. Lo mismo puede pensarse con respecto a los copagos en los servicios de salud; el paciente no abusará del sistema y sólo acudirá al médico cuando realmente la situación lo amerite si por cada visita al médico debiera pagar, por ejemplo, 10 dólares.

Visto esto en la terminología de principal-agente, la compañía de seguros opera como un principal que logra disciplinar a su agente (el usuario) a través de un esquema de incentivos diseñado con planes alternativos con deducibles crecientes que terminan tomando los individuos menos riesgosos. No obstante la reducción del riesgo moral, este esquema de incentivos tiene costos en términos de eficiencia en la asignación de recursos ya que los individuos menos riesgosos finalizan asegurándose sólo parcialmente, resultado que es subóptimo desde el punto de vista social porque personas de menor riesgo terminan comprando menos cobertura que la que realmente quisieran.

Un Problema de Principal-Agente aparece cuando un actor económico – el agente – toma una acción que afecta a otro actor económico – el principal. Hay un componente de riesgo moral cuando el principal es incapaz de forzar al agente a actuar de acuerdo a sus intereses.

Por otro lado, se tiene la asimetría de información que nace desde la empresa aseguradora. La empresa tiene mayor información sobre los planes ofertados, sus reales capacidades de pago en

¹³ Este aporte teórico es del laureado Premio Nobel Michael Spence (1973), cuyas múltiples aplicaciones pueden ser consultadas en variados textos microeconómicos.

caso de siniestros, la calidad del servicio prestado, etc. Si bien este problema de asimetría de información se da en muchos mercados – y de allí el que la sociedad haya institucionalizado organismos específicos de defensa de los derechos de los consumidores – él es de mucha mayor relevancia en los mercados de seguros en general. No obstante, el problema económico-social generado por esta asimetría de información, se exagera en los mercados de seguros de salud por razones éticas, morales y de salud pública asociadas a la cobertura parcial de la salud.

En efecto, la baja o nula cobertura por razones de mercado de un ciudadano cualquiera (rico o pobre, lo relevante es su característica de riesgo de salud) lo dejan absolutamente indefenso ante estos riesgos, situación que como se argumenta en la sección siguiente de este documento generaría problemas más graves que los que pretende resolver la apertura de los mercados de seguros de salud a la participación privada en Latinoamérica.

Más aún, el problema de desinformación del usuario no se resuelve por el mercado, ya que por un lado el usuario ya ha optado por un cierto conjunto de información relevante; mientras que la empresa aseguradora tiene enormes incentivos a aumentar esta asimetría a través de una serie de mecanismos que están a su alcance y que un diseño muy liberal del mercado se lo permite.

A modo de ejemplo, es posible incrementar esta brecha de información en la medida que la proliferación de planes de salud – que buscan conocer más acerca de las características de riesgo de salud de los usuarios – terminan siendo fuente de desinformación para el cliente común, dada la imposibilidad práctica de tomar una decisión óptima con el conjunto de información a su disposición. En palabras más teóricas, cuando las diversas características de riesgo de los usuarios son muchas (en el límite, infinitas), debiese haber al menos ese mismo número de planes de salud alternativos. Claramente, ello genera desinformación incluso para una persona superdotada debido, principalmente, a que la racionalidad de los usuarios está acotada por sus propias capacidades mentales limitadas o por la imposibilidad de analizar tal cúmulo de planes en un tiempo razonable.

En resumen, la existencia de importantes asimetrías de información en los mercados de seguros en general conllevan dos problemas importantes. El primero de ellos es la incompletitud de mercados producto del problema de selección adversa, situación que raramente puede ser resuelto por completo por las compañías de seguros utilizando mecanismos separadores o de *screening*, tal como queda de manifiesto en la sección 2 de este trabajo. El segundo problema es de tipo social, ligado obvia y principalmente a mercados de seguros de salud. Ello nace producto de la selección de riesgo y el descarte que hacen las compañías, dejando fuera del mercado a grupos de personas que muchas veces son quienes por razones económicas más requieren de este tipo de mecanismos protectores del riesgo.

C. Economía política de la regulación

La síntesis anterior sobre fallas de mercados, que enfatiza ampliamente en el análisis de las asimetrías de información, constituye la raíz conceptual que fundamenta la intervención del Estado para una provisión directa de los servicios en presencia de estas anomalías o para la regulación de la provisión privada de los mismos. Si bien asumir la benevolencia del Estado es un punto de partida que parece adecuado a cualquier análisis de política serio, bien es sabido que ni el Estado ni incluso el gobierno son una caja negra que está programada para resolver las

fallas del mercado. Es más, el paradigma correcto para comprender la naturaleza interna del Estado, y por ende las consecuencias de sus acciones, es comprender que éste no es otra cosa que un conjunto de personas con motivaciones de diversa índole, cuyo accionar está condicionado y por lo tanto limitado por una serie de mecanismos que de una u otra forma los conducen más cerca o más lejos del paradigma de la benevolencia que hasta el momento sólo se ha supuesto.

En efecto, dos teorías polares han dominado la visión de la intervención regulatoria de mercados por parte del Estado. En una de ellas, la teoría del interés público, se ha visto al Estado como una caja negra benevolente respecto del interés social. Ese es el paradigma dominante en economía de la regulación. La contraparte, en el otro extremo, es la teoría de la elección pública, muy relacionada a escuelas de pensamiento como Virginia y Chicago, la que en esencia ve a las agencias gubernamentales como entidades que principalmente responden a presiones de grupos de interés.¹⁴

Como argumenta Tirole (1994), la dificultad para diseñar esquemas de incentivos formales al interior de las reparticiones públicas sugiere que la captura en la toma de decisiones es de mayor preocupación en el gobierno que en empresas privadas. Los incentivos a la captura están dados por la discreción que tienen ciertos empleados públicos y por la superioridad de información que las altas jerarquías públicas tienen sobre sus principales, vale decir las instituciones que deberían fiscalizar el accionar del gobierno.

Es así como el uso de la información por parte del empleado público afecta el bienestar de diversos grupos de interés y, por lo tanto, cada grupo tiene incentivos a influir para que sólo se de a conocer información que le favorece. De acuerdo a ello, la mejor forma de prevenir la captura económica y política de quienes toman las decisiones es la difusión de información acerca de las empresas reguladas y de los planes de cambios institucionales en ese sector, reduciendo así las “zanahorias” que apetecen diversos grupos de interés. Asimismo, parece conveniente reducir la discrecionalidad de los empleados públicos a través de normas y procedimientos claros, tales como fijar normas de entrega de información al público. Como efecto de esta política, los grupos de interés no podrán ejercer sus influencias para parar el flujo de información que se transparenta, razón final de sus incentivos a capturar al regulador.

Como es posible observar en la síntesis precedente, el debate acerca de la génesis de la intervención regulatoria del Estado ha estado más bien centrado en la ciencia política que en la economía misma. Sin embargo, la economía de incentivos – con todas sus herramientas analíticas – ha enriquecido este debate en los últimos 10 años, aportando con una suerte de convergencia de estas dos teorías polares.¹⁵

¹⁴ Mínimas referencias de los más destacados aportes en la teoría de elección pública son Buchanan y Tullock (1965), Stigler (1971), Pelzman (1976), Becker (1983), quienes analizan el accionar del Estado en una economía de mercado a través de una mirada de economía política. Un muy buen *survey* de la economía política de regulación se encuentra en Noll, 1989.

¹⁵ De hecho, los avances en teoría de juegos y contratos han abierto el alcance de la economía hacia una ciencia preocupada hoy del rol de los incentivos y cómo las personas responden estos (Myerson, 1999). Estos avances han llegado a la economía de la regulación y al análisis de las instituciones públicas también. Véase, Tirole (1994), Basu (1998) y Laffont (2000) por citar sólo tres referentes en este enfoque de aproximación a la economía política de la regulación.

En efecto, sólo recientemente el paradigma dominante en economía de la regulación ha comprendido la urgencia de incorporar restricciones de corte político al análisis de cómo son tomadas las decisiones de intervención en una economía de mercado. En su reciente libro, Jean Jacques Laffont (2000) argumenta que, en el paradigma neoclásico de Arrow-Debreu sobre el equilibrio general de los mercados, las instituciones políticas y judiciales son dejadas fuera del análisis económico. Sin embargo, estas instituciones, argumenta Laffont, son diseñadas en la práctica como una mejor respuesta al entorno en que ellas han de desenvolverse y, en particular, su diseño es tal que deja en intermediarios – los políticos – el rol de la supervisión y la toma de decisiones de todas aquellas contingencias no previstas en el marco constitucional o legal.

Es más, argumenta ese autor, las instituciones son diseñadas de forma tal que minimizan el riesgo de captura regulatoria, como por ejemplo a través de la separación de poderes, la implementación de mecanismos de *check-and-balances*, etc. En consecuencia, en la medida que las asimetrías de información entre el político y sus superiores (en el extremo, los votantes) se reducen, entonces las acciones de los políticos se encuentran limitadas de forma tal que podrían llegar a ser consistentes con los supuestos de la benevolencia del regulador. No obstante, si las asimetrías de información no son menores o los contratos con que actúa el político son muy incompletos, entonces se abre peligrosamente el ámbito de acción del político llegándose incluso a situaciones consistentes con las planteadas por la teoría de la elección pública.

Es así como la formalización de los incentivos de políticos y cómo estos le responden, ayuda a enriquecer el debate en torno al alcance de la regulación en la práctica. Teniendo presente que no existe un ente llamado Estado, sino una institucionalidad que está compuesta por una infinidad de individuos con sus propios intereses egoístas y altruistas, que se desempeñan en ambientes en donde la información es incompleta y asimétrica, el accionar de estos individuos se encuentra limitado por la propia institucionalidad que a lo largo de su historia el propio Estado ha ido forjando.

Estas restricciones pueden llegar a ser tan poderosas que es más bien extraño encontrar a las agencias gubernamentales respondiendo a grupos de interés, tal como plantea la teoría más ortodoxa. Sin embargo, caso contrario parece ser el de varios países de la región, azotados por el flagelo de la corrupción, países en donde las restricciones institucionales al desempeño oportunista de los políticos son muy débiles.

En cuanto a argumentos de economía política en el ámbito de los seguros de salud, las fallas de la regulación también se suelen nutrir de problemas de agencia y, en especial, de capturas de origen económico y político. Como en otras áreas de la actividad económica, aquí se manifiestan presiones de grupos económicos y gremiales, pero, adicionalmente, la relevancia social de la materia suscita una alta sensibilidad pública que favorece la utilización de los cargos públicos con finalidades políticas que trascienden los objetivos regulatorios estrictos.

Un fenómeno propio del aseguramiento en salud, y que en parte explica y alimenta la utilización política de la práctica regulatoria, es la casi inevitable frustración de las expectativas sociales en la materia. Las personas tienden a exigir más de lo que el sistema típicamente les otorga. Frases tan populares como manidas, del orden “la salud es un derecho”, “todos deben tener igual acceso a la salud”, o “la salud no tiene precio”, van alimentando la percepción social de que a todo se tiene derecho, incluso a las más altas tecnologías y en tiempo inmediato.

Junto a la inflación de expectativas, promovidas por muchos como verdaderos derechos sociales, aparece el duro contraste de una capacidad de respuesta inevitablemente inferior. Tal situación se aprecia ya sea en los esquemas de seguros sociales únicos, en donde las restricciones se manifiestan en largas listas de espera, y en los casos de los multiseguros en competencia, en donde las restricciones se manifiestan contractualmente. Con estas restricciones surge la frustración social, la crítica política aguda, la denuncia frecuente y, finalmente, la configuración de un cuadro político y social en donde a los reguladores les resulta difícil, sino insostenible, mantener la rigurosidad técnica en sus conductas y explicaciones frente a la ciudadanía. No resulta difícil desprender que en un escenario como el descrito, el riesgo de captura política crece y la regulación corre el riesgo de ver distorsionados sus objetivos técnicos en nombre de la supervivencia política de quienes la adoptan.

Un factor adicional a considerar en esta materia es el doble rol que suele jugar el Estado frente al mercado privado de seguros de salud en un contexto de aseguramiento mixto: público y privado. El Estado desempeña tanto la función de diseño, aplicación y fiscalización de la regulación de los seguros de salud, como la de competidor de los privados. Tal es el caso, por ejemplo, de Chile, Perú y Colombia. No le es fácil al Estado desempeñar con rigor inobjetable la función de regulación cuando paralelamente compite con los privados sometidos a su regulación. Si la coexistencia de seguros de salud de titularidad pública y privada ha de mantenerse en el tiempo, será necesario identificar y aplicar mecanismos que eviten sesgos regulatorios derivados del conflicto de interés anotado.

En síntesis, un adecuado diseño e implementación de un mercado de seguros de salud no sólo debe tener presente las fallas de mercado que se pretenden resolver o las consideraciones de índole social que se intentan atacar. Es preciso que en las esferas más altas de las decisiones de política pública se tenga expresa constancia que quienes finalmente implementarán las reformas son individuos con sus propias motivaciones y, por lo tanto, sin un adecuado diseño y fortaleza institucional estos individuos podrían servir a intereses muy diversos de aquellos que la sociedad espera de ellos.

D. Los costos de la regulación y la importancia de las características institucionales

Siguiendo la lógica estrictamente económica, desde la perspectiva de la teoría de la regulación se requiere, además de las razones ya enunciadas que justificarían una intervención del Estado, y en consideración de los elementos de economía política mencionados, que los beneficios sociales que se esperarían de la regulación superen a los costos directos e indirectos que ella conlleva. En tal sentido, es necesario conocer estos costos a la hora de definir un marco conceptual para analizar una eventual regulación en el mercado de los seguros de salud.

Estos costos, sin embargo, difieren de país en país dependiendo de una serie de factores institucionales que condicionan el éxito relativo de una determinada política. En efecto, países con bajos estándares institucionales – que podemos ejemplificar en la inexistencia de reguladores eficientes e independientes en su tarea, de un poder judicial incapaz de resolver conflictos entre particulares y la debilidad de su entramado legal e institucional acorde con la operación de mercados de seguros privados – tendrán serias dificultades en avanzar hacia una regulación eficiente de sus mercados de seguros de salud. En tales casos extremos, aparece incluso como deseable que antes de diseñar un mercado de seguros de salud privado, se implementen reformas

institucionales profundas tendientes a garantizar en el futuro la operación de un mercado con estas características, ya que de otra forma es alto el riesgo de dilapidar los recursos públicos destinados a la regulación en ausencia de una institucionalidad mínima que garantice el buen funcionamiento y desempeño del mercado.

De lo dicho se desprende que de la comparación entre los beneficios de regular una actividad, como la de los mercados de seguros de salud, y los costos asociados a su regulación podrán derivarse conclusiones prácticas y propias para cada país o circunstancia, respecto a los niveles y alcances que debe abarcar un determinado marco regulatorio. Por ello, la discusión de un marco analítico que permita diseñar un mercado de seguros de salud en Latinoamérica no puede entregar una conclusión respecto a cuál es el grado óptimo de intervención del Estado para todos los países de la región. Este grado óptimo de regulación del mercado de seguros de salud depende necesariamente de las características institucionales de cada país.

La intervención del Estado en cualquier actividad privada no es gratuita pues conlleva importantes costos de diversa índole. Por un lado, costos directos de la actividad regulatoria, entendiéndose como tal aquellos costos económicos ineludibles a la regulación de una industria en particular, tales como el financiamiento de los costos de operación de los organismos reguladoras. Estos costos incluyen, en el caso de la regulación de los seguros de salud, no sólo los costos de operación que tiene la entidad fiscalizadora de este mercado, sino también los gastos operacionales en que están involucradas y relacionadas diferentes instituciones públicas, tales como hospitales, consultorios, ministerios, etc.

Como sabemos, el presupuesto fiscal está siempre restringido y por lo tanto este costo económico equivale al mejor uso alternativo de los fondos públicos que se realizarían con tales recursos, pudiéndose pensar por ejemplo en menores recursos para las actividades diarias en salud (material para hospitales, atención preventiva, etc.) o en otros sectores financiados por el erario nacional, tales como educación, vivienda, obras públicas, etc.

Más allá de los costos directos, la teoría positiva de la regulación, asociada principalmente en sus orígenes a la Escuela de Chicago, pero con una amplia difusión y seguidores en diversas corrientes económicas liberales en la actualidad, enfatiza los costos asociados a las llamadas “fallas de la regulación”, o costos indirectos de la regulación. Del mismo modo como el mercado perfecto no existe en la realidad, pues en ésta tienden a prevalecer las imperfecciones del mercado, es posible afirmar que la regulación perfecta es, también una utopía teórica, de lo que resulta la necesidad de cuantificar, en la medida de lo posible, los costos de la regulación.

Tal como expertos en leyes y economía destacarían, un diseño adecuado del mercado de seguros de salud debe poner en su justo contrapeso por un lado la minimización de las falencias derivadas de la liberalización de este mercado; y por otro lado, la minimización de los costos indirectos de la intervención del Estado. De ello, y descontados los costos directos de la regulación, dependerá la calidad del sistema regulatorio que se implante en los mercados de seguros de salud. Por ende, el diseño de una institucionalidad regulatoria debe buscar reducir una serie de fallas que a continuación se describen, las que nacen de un Estado que con frecuencia dista de ser benevolente, y suele ser incapaz de darse cuenta de sus propias limitaciones, carece de información suficiente, y de la capacidad de procesarla, así como de hacer cumplir la propia normativa que emite.

1. Adiós al regulador benevolente

La importancia de las decisiones adoptadas por el regulador, en particular en cuanto a la distribución de rentas que resultan de una u otra medida, lo transforman en blanco de los intereses creados en el sector regulado. Es así como la captura del regulador se produce cuando prevalecen los objetivos de quien ejerce presión, por sobre, y muchas veces en contradicción, con los objetivos primeros de la regulación misma. La captura regulatoria, tal como ya se anticipó, puede ser de dos tipos: captura por intereses económicos y captura por intereses políticos.

Se habla de **captura por intereses económicos**, cuando los agentes económicos sujetos a regulación, o indirectamente afectados por ella, logran del regulador decisiones que los favorecen. La relevancia económica de las decisiones regulatorias, unida a factores como la discrecionalidad del regulador y la falta de transparencia y fundamentación de sus decisiones son factores que favorecen la captura del regulador. De un modo más sutil, la existencia de perspectivas laborales promisorias en el sector regulado puede condicionar conductas de parte de los reguladores, generando una peligrosa “aversión” al conflicto con los regulados. Más aún, cuando la captura del regulador va más allá y significa un beneficio económico directo para el regulador y que traspasa el límite de lo legal, hablamos de corrupción más que de captura regulatoria, un flagelo que termina planteando serias dudas al rol social de la regulación.

La captura puede obedecer, también, a razones políticas como es el caso de la **captura por intereses políticos** que se produce cuando la regulación afecta intereses o expectativas de diversos grupos, los que, por ejemplo, en el área de la salud, poseen innegable influencia política. Entre otros, se cuenta con los gremios profesionales (médicos, empleados de hospitales públicos, etc.), grupos de usuarios organizados, legisladores, el propio gobierno, etc. Todos estos grupos o agentes tienen poder de influencia en las decisiones del regulador al poseer un capital político que puede resultar muy atractivo seducir para reguladores que tengan expectativas en esos ámbitos, en particular cuando los reguladores manejan sus propias agendas que poco coinciden con los de un hipotético regulador benevolente.

En otro orden de cosas, y mientras menos clara y explícita sea la misión del regulador, más vulnerable resulta a presiones o condicionamientos políticos de corto plazo del gobierno de turno, particularmente si tanto la designación como la remoción del regulador son materia de decisión exclusiva y discrecional del gobierno. Los riesgos de captura política del regulador son mayores mientras más sensible sea el área regulada a la opinión pública, y más enconado sea el debate social acerca de la orientación y objetivos del regulador en ese ámbito. La regulación ambiental, parece ser un buen ejemplo al respecto.

2. El riesgo de la sobrerregulación

La sobrerregulación de una actividad aparece cuando los costos que la regulación impone a la actividad, a los regulados y al consumidor final son superiores a los beneficios que se desprenden de ella. En los mercados de seguros de salud existe la creencia que la incorporación de empresarios privados requiere, como condición *sine que non*, la intervención regulatoria del Estado para garantizar que dicho mercado funcione de acuerdo a los principios de la eficiencia económica y distributiva. No obstante, debe advertirse contra el riesgo de que la visión tutelar

del Estado en estas materias derive en una intervención mayor y contraproducente del mercado, vulnerando el necesario y estricto escrutinio del criterio de costo-beneficio.

Aunque la ponderación de costos y beneficios es una cuestión difícil y fuertemente dependiente de la valoración subjetiva que se les asigne, es innegable que la regulación puede resultar altamente costosa cuando el gobierno enfrenta restricciones al diseñar el funcionamiento del mercado y de las instituciones que lo regularán, así como de la incapacidad de prever los efectos colaterales y de largo plazo de sus decisiones. En ambos casos se pueden generar efectos negativos no ponderados con esa información. Asimismo, la imposición de condiciones de servicio a la operación de la actividad regulada que obstaculizan severamente su funcionamiento, pueden terminar desincentivando la inversión privada.

En suma, la regulación total y “perfecta” de la industria no es gratis y, en consecuencia, el peligro radica en que los gobiernos pueden soslayar sus propias limitaciones para efectuar una regulación óptima, situación que en muchos casos terminará generando una industria sobrerregulada e ineficiente para resolver con eficacia y prontitud los requerimientos sociales en el ámbito de la salud.

3. Adiós a la superioridad de los reguladores públicos

En la práctica la regulación perfecta no existe pues, más allá de problemas de benevolencia de los reguladores, estos también tienen restricciones informacionales y transaccionales a la hora de diseñar e implementar una política determinada.

En cuanto a las **restricciones informacionales**, con frecuencia el regulado sabe más de la industria regulada que el regulador, y esa asimetría de información, agravada en ocasiones por la desigual capacidad de captar y retener personal especializado, genera decisiones ineficientes, ineficaces y hasta contraproducentes del regulador. Las dificultades para verificar o auditar información respecto de las características de los planes de salud, por ejemplo, suelen conducir a la fijación de estándares que resultan en utilidades superiores a las perseguidas por la regulación del mercado, aunque ciertamente menores a las que prevalecerían sin esta regulación.

Por otro lado, en cuanto a las **restricciones transaccionales**, la creciente complejidad técnica de las materias que se regulan suele determinar que el regulador adopte decisiones cuyos impactos concretos desconoce en su totalidad y, por ende, no han sido ponderados previamente. Esto, que la literatura conoce como incompletitud de contratos, genera vacíos legales y/o reglamentarios que, tarde o temprano, entregará los espacios para el comportamiento oportunista de los usuarios u oferentes del mercado. Una de las falencias más agravantes de la incompletitud de contratos, debido a la imposibilidad práctica de prever todas las contingencias posibles de ocurrir en un mercado como el de seguros de salud, es el problema de *hold-up*; esto es, el hecho que la posibilidad de comportamiento oportunista que, en definitiva, buscará extraer rentas de quienes realizan inversiones en el sector, genera un efecto de subinversión en la actividad, con la consecuente ineficiencia y mayor costo social con que ha de ser entregado el servicio de cobertura en salud a todos sus usuarios.

II. PARTICULARIDADES ECONÓMICAS DEL SECTOR SALUD

Las referencias anteriores a las fallas de mercado que fundamentan la regulación de diversos sectores económicos son imprescindibles, aunque enteramente insuficientes para explicar las particularidades de la economía de la salud, del mercado de los seguros de salud inserto en aquella y de los principios regulatorios que resultan aplicables a este último. Las páginas que siguen intentarán describir los rasgos propios del mercado de las prestaciones de salud, por un lado, y del aseguramiento en salud, por otro.¹⁶

Para entender adecuadamente las particularidades económicas del sector salud, referencia obligada será hecha al concepto de incertidumbre, rasgo fundamental de las materias bajo análisis y razón básica de sus diferencias con los mercados competitivos de otros bienes y servicios (Arrow, 1963). Tal como este mismo autor enfatizara hace ya 4 décadas, la incertidumbre inherente a los mercados de prestaciones y de seguros de salud conlleva a mercados incompletos que hacen imposible una solución descentralizada a estas fallas. En particular, la ausencia de mercado estriba en que las personas desearían asegurarse de los riesgos de las consecuencias de enfermarse (parcialmente cubiertos en la práctica), así como del riesgo de eficiencia en su recuperación; pero el mercado rara vez ofrece seguros para todos estos riesgos y, en consecuencia, esta situación afecta negativamente el bienestar de las personas.¹⁷

Incetidumbre en economía se entiende cuando los individuos enfrentan posibles eventos alternativos y cuyas probabilidades están subjetivamente asignadas por ellos mismos. Es preciso distinguir este concepto del **riesgo**, en este último los individuos enfrentan eventos cuyas probabilidades están dadas objetivamente (Frank Knight, 1921; como citado en Mas-Colell et. al, op.

Además de resaltar la importancia de la incertidumbre para este mercado, la caracterización de las particularidades económicas del sector salud requiere describir con cierto detalle los rasgos propios de la demanda y de la oferta en este mercado en general, así como de las particularidades de la demanda y las características financieras de la oferta de seguros de salud en particular.

A. El rol de la incertidumbre en los mercados de salud

El rol de la incertidumbre en los mercados de la salud ha sido primeramente relevado por Arrow y asumido desde entonces como una indisputada peculiaridad de esta disciplina, fuente de sus particularidades y diferencias con otros mercados, y también, justificación para la utilización de sistemas de seguros que ayuden a reducir la incertidumbre derivada de la pérdida de utilidad que significa la enfermedad y, fundamentalmente, los costos asociados a su tratamiento. “Virtualmente todos los rasgos especiales de esta industria derivan de la prevalencia de la incertidumbre” afirmaba Arrow en 1963. Phelps (1992),

¹⁶ Valga la siguiente aclaración. Como se verá a lo largo de esta sección, ambos conceptos – mercado de las prestaciones de salud y mercados de seguros de salud – no son equivalentes. El primero se refiere a las características propias de un mercado en donde los usuarios demandan servicios que prevengan o alivien sus enfermedades, mientras el segundo concepto se refiere al mercado en donde los usuarios del sistema se cubren de los riesgos financieros producidos por sus problemas de salud.

¹⁷ La importancia del aporte del Premio Nobel Kenneth Arrow para entender la importancia del concepto de incertidumbre en salud, se encuentra de manifiesto en el número especial del Journal of Health Politics, Policy and Law de octubre del año 2001. Véase en ese número de la revista una serie de otros artículos relacionados.

por su parte, en sintonía con lo anterior, señala que la incertidumbre se encuentra en cada ángulo del mercado de las atenciones de salud, y enumera las siguientes fuentes: la incierta ocurrencia de las enfermedades en los individuos, la incertidumbre acerca de los resultados de la intervención médica y la incertidumbre del profesional acerca de la pertinencia o eficacia del tratamiento prescrito.

A esta incertidumbre respecto de la ocurrencia de enfermedades cabe agregar, ciertamente, la incertidumbre que, en general, afecta al paciente acerca del costo final del tratamiento recibido, aspecto relacionado con la incapacidad de prever anticipadamente la eficacia de éste o la cantidad y precio de las prestaciones que le serán prescritas como diagnóstica o terapéuticamente necesarias.

Es más, uno de los rasgos esenciales de la relación médico paciente – otra particularidad notable de este mercado – es la abismante asimetría de información existente entre ambos acerca del diagnóstico y terapia pertinentes, lo que ha derivado históricamente en una especial relación de confianza, nacida no sólo de la incapacidad de argumentar o debatir que resulta de la ignorancia relativa del paciente, sino también de la extendida percepción social de que el médico no se comporta simplemente como un maximizador racional de su propio interés, sino que pone el interés del paciente en primer lugar sin verse afectado o condicionado mayormente por eventuales conflictos de interés derivados de la conveniencia económica que al profesional pueda reportarle un determinado tratamiento. En palabras más técnicas, la prestación médica se transforma en lo que la literatura conoce como bien de confianza (*credence goods*).¹⁸

Esa confianza del paciente, parcial antídoto contra la incertidumbre que naturalmente le provoca la enfermedad y sus desenlaces posibles, requiere precisamente de la confianza en que el médico es un agente solícito y cabal del paciente, impermeable a las distorsiones derivadas de eventuales conflictos de interés. En tal caso aplica perfectamente la metodología de principal – agente, siendo el paciente el principal y el médico su agente. Como ya se ha señalado, a diferencia de otros mercados, el principal (paciente) en el mercado de la salud no tiene la posibilidad de diseñar un mecanismo de incentivos que induzca al agente (médico) a actuar de acuerdo a sus intereses; sólo tiene a su haber la confianza en que este hará una buena labor.

Con todo, y en la medida en que estas premisas se pongan en duda; esto es, en la medida en que se acrediten evidencias acerca de la influencia de factores de conveniencia económica en las decisiones terapéuticas de los profesionales, será necesario agregar al catálogo de incertidumbres de este mercado ya mencionadas, la duda del paciente acerca de si el diagnóstico recibido, el tratamiento, o la falta de éste, son sólo el resultado de un análisis profesional, riguroso y orientado exclusivamente a velar por su bienestar, ó si, tras de aquello, se filtra un interés económico del agente amparado por la dificultad que para

¹⁸ Véase Tirole (1988), para mayores referencias respecto de sus consecuencias económicas.

descubrirlo supone la irremontable asimetría de información existente entre médico y paciente.¹⁹

La observación anterior, en cuanto a los potenciales conflictos de interés del médico, no es antojadiza. Es frecuente escuchar agudos debates públicos acerca del efecto que diversos sistemas de pago a los profesionales y establecimientos asistenciales tienen respecto de las prestaciones que se otorgan o dejan de otorgar. Así, se acusa a los sistemas de pago por servicio o reembolso no sólo de reducir la sensibilidad o elasticidad al precio por parte de la demanda (Marquis y Louis, 2002), y por consiguiente, de aumentar por esa vía el gasto en salud a niveles innecesarios desde la perspectiva estrictamente terapéutica, sino que, y esto es lo que se quiere resaltar aquí al referir las nuevas formas de incertidumbre, de favorecer un exceso en la demanda inducida por los propios profesionales cuyas rentas son función de la cantidad de servicios otorgados. Este fenómeno resulta en un encarecimiento de los seguros de salud que compensan las excesivas prestaciones médicas. Las principales referencias bibliográficas de este fenómeno datan desde la década del 70, entre las que se encuentran Wagner (1970), Ginsburg (1984), White-Means (1989) y Nyman (1991).

El fenómeno inverso, pero conceptualmente equivalente, se produce cuando la modalidad de pago tiende a incentivar el subotorgamiento de prestaciones, tales como el prepago directo a prestadores en que ellos hacen las veces de seguro ofreciendo atención en caso de enfermedad, o las modalidades de salud administrada que suponen pagos capitados al seguro y prestador asociados al riesgo y no a las prestaciones efectivamente otorgadas. En tales casos, el incentivo económico a la red de prestadores, como al seguro que brinda coberturas de tal especie, apunta, al menos en el corto plazo, a ser especialmente cuidadosos, sino mezquinos, respecto a la cantidad y costo de las prestaciones otorgadas. Ciertamente los incentivos entre red de prestadores y pacientes o asegurados tienden a alinearse mientras mayor sea el plazo de duración esperada del contrato, como lo han mostrado los estudios de Grumbach (1999), Hadley (1999), Fitzsimmons, Kracher y Woods (2000), Baker y McClellan (2001) y Encinosa (2001), entre otros.²⁰

En suma, la incertidumbre permea todo el campo de este análisis. En un caso, explica la existencia de seguros (la incertidumbre acerca de la ocurrencia de la enfermedad y de los costos asociados); y en otros, explica la regulación estatal (esfuerzos crecientes por medir

¹⁹ Con todo, los tiempos modernos parecen desafiar la asimetría de información del modo conocida y descrita por la literatura más ortodoxa. El acceso a Internet de los pacientes y la gran oferta informativa acerca de las novedades diagnósticas y terapéuticas que la ciencia pone a disposición de la medicina han permitido a muchos pacientes, en especial los crónicos, adquirir detalladísima información acerca de sus patologías y el tratamiento pertinente. Es posible afirmar, entonces, que la difusión de información médica a través de la red puede reducir la asimetría y la incertidumbre, pero con ello impone un nuevo carácter a la relación médico paciente, reemplazando la confianza, antaño ciega e incondicional, por otra basada en la adecuada fundamentación de la pertinencia médica de las acciones u omisiones adoptadas.

²⁰ La teoría de incentivos distingue los comportamientos esperados de los actores, según si se trata de una interacción única o permanente en el tiempo. Una aplicación de lo anterior, se encuentra en los casos de la atención de salud bajo esquemas de salud administrada o redes cerradas. En efecto, el riesgo de un tratamiento subóptimo por razones de control de costo será menor, mientras mayor sea el horizonte temporal de cobertura esperado para el paciente. Así, si este seguirá por largo tiempo como paciente potencial sin ajuste al alza de su prima en razón de una mayor siniestralidad, los incentivos económicos a un buen tratamiento, e incluso a la prevención, serán significativos. Cabe esperar, sin embargo, lo contrario, si los contratos son de corto plazo y la red de prestadores no internaliza la posibilidad de asumir los mayores costos futuros derivados de tratamientos presentes insuficientes.

la calidad de la atención de salud e impedir que los incentivos subyacentes a los prestadores la afecten negativamente). Incluso la propia incertidumbre acerca de pertinencia de los tratamientos y de sus efectos, explica en parte la especial regulación de la profesión médica, especialmente, el exigente programa de estudios, las barreras a la entrada para profesionales y especialistas y, también, el énfasis puesto en la ética profesional; contraparte necesaria de la responsabilidad que supone actuar en materias tan sensibles y favorecidos por una asimetría de información casi sin parangones en otras disciplinas.²¹

B. Las características del mercado de las prestaciones de salud

Todo mercado supone la interacción entre oferta y la demanda de un determinado bien o servicio. En consecuencia, la revisión de las características propias de la oferta y demanda de prestaciones de salud permitirá concluir las razones por las que este mercado merece un tratamiento especial dentro del análisis económico y regulatorio.²²

Como inicio, puede asumirse que la demanda por atención de salud es, de alguna manera, instrumental. En efecto, no son las prestaciones de salud las que reportan utilidad a quien las recibe, sino el efecto de aquellas sobre la restauración o prevención de la salud de las personas. En efecto, la utilidad de las personas aparece asociada a su estado de salud, y la pérdida de utilidad a la enfermedad. De hecho, la percepción de prestaciones de salud es sólo una de las formas con que las personas pueden incrementar, o más bien, preservar su condición saludable. Nutrición adecuada, higiene personal y ambiental, descanso suficiente y, sobre todo, la adquisición y preservación de hábitos de vida saludable, tienen un efecto sobre la salud de las personas tanto o más importante que el acceso a prestaciones curativas. Con todo, el mercado relevante para este análisis se refiere a estas últimas. Aquí se encuentran oferta y demanda peculiares dignas de atención especial.

1. La demanda por prestaciones de salud

a) El carácter incierto de la demanda

Las personas, salvo que se trate de acciones preventivas, demandan atención de salud cuando están enfermas y eso ocurre irregular e impredeciblemente. No ocurre lo mismo con la demanda por vestuario o alimentación, o por servicios asociados a la cultura o

²¹ La descripción del rol del licenciamiento de la profesión médica, tanto en cuanto control de oferta, pero especialmente como mecanismo de control de calidad se encuentran en Phelps, 1992, y Feldstein, 1999. Para el primero, estas regulaciones son parte de un marco regulatorio que transforma al sector como el de más intensa regulación en toda la economía de Estados Unidos. Feldstein, por su parte, luego de describir el rol significativo del gobierno federal en el financiamiento, provisión y regulación de la oferta médica, sugiere que las barreras de entrada a la profesión médica serían más un mecanismo orientado a reducir la oferta e incrementar los ingresos de los médicos, que una medida para velar por la calidad. Para ello, se basa en la contradicción que él advierte en el discurso del gremio médico que argumenta en nombre de la calidad profesional para filtrar el ingreso de nuevos profesionales, pero no promueve el relicenciamiento o actualización de los conocimientos clínicos, ni los controles de calidad en la práctica médica. Señala el autor que “si la profesión médica estuviese primeramente preocupada de la protección del usuario, debiera favorecer todas las medidas de control de calidad, cualquiera sea el efecto que ellas tengan sobre sus ingresos” (Feldstein, op.cit. p.398).

²² Véase Phelps (1992) para un análisis más teórico de la regulación de seguros de salud. En particular a los seguros con provisión de servicios, un muy buen análisis de la experiencia norteamericana se encuentra en Feldstein (1999). Ambos libros son la base de la revisión de esta y la subsección siguiente.

recreación. La irregularidad propia de la demanda se asocia, también, a la imprevisión. En efecto, para muchos de quienes no han necesitado atención de salud significativa, la demanda de la misma se ve distante y carente del sentido de urgencia o preocupación que motivarían la adopción de medidas preventivas de resguardo tales como la suscripción de un contrato de salud. Es esta misma imprevisión, unida a la percepción de muchos de que el Estado no podrá abandonar a los enfermos a su suerte, lo que genera una actitud individual desaprensiva que exige la corrección del aseguramiento o cobertura de salud por la vía de la seguridad social. En efecto, y en razón de las externalidades positivas del aseguramiento, la cobertura o protección financiera para gastos de salud socialmente óptima para una población suele ser mayor que la que resulta de la espontánea demanda de las personas por aseguramiento.

b) La demanda por prestaciones de salud asociada a género y edad

Aun cuando se ha afirmado el carácter impredecible de la enfermedad y, subsecuentemente, de la demanda por prestaciones de salud, aquello no obsta a la existencia de ciertos patrones de demanda asociados al sexo (género) y ciclo vital de las personas. El riesgo de demandar prestaciones de salud es mayor al momento de nacer, y durante la vejez. Asimismo, y en el caso de las mujeres, la incidencia del gasto médico asociado a la maternidad marca una sensible diferencia con el menor gasto en salud de los varones en edad fértil. Lo anterior determina que la frecuencia esperada de las prestaciones de salud, así como la naturaleza y costo promedio de las mismas se vincule al sexo y momento del ciclo vital de las personas. De ello deriva, en la lógica estricta de los seguros, la necesidad de asociar la prima al riesgo individual o costo técnico esperado.

Como se verá, sin embargo, la vinculación entre prima y riesgo individual, inobjetable desde el ángulo de la estricta equivalencia entre precio y servicio, entre costo y beneficio, resulta muy difícilmente compatible con las expectativas de una opinión pública contraria a que los seguros de salud resulten tanto más caros para mujeres que para hombres, para ancianos que para personas en la medianía etárea, y para los recién nacidos por sobre los jóvenes. Aquí surge, quizás, uno de los principales desafíos de la regulación de los seguros de salud, esto es, la existencia de mecanismos de compensación de riesgos que, reconociendo la necesidad de que el asegurador reciba primas o financiamiento equivalente al riesgo que soporta, imponga cobros a los asegurados basados en precios únicos para toda la población o proporcionales a sus niveles de ingreso.

c) El rol del médico en la inducción de la demanda

Como ya se ha sostenido, un paciente demanda atención de salud, pero no prestaciones de salud determinadas. Estas son responsabilidad y decisión del médico. Así, es la oferta la que determina su propia demanda y ello ocurre a consecuencia de la asimetría de información referida anteriormente. Sin embargo, aquí, otra vez, habrá incertidumbre. No sólo porque el propio profesional de la salud puede tener dificultades para precisar el diagnóstico y tratamientos pertinentes, sino porque suelen darse diferencias entre profesionales frente a un mismo caso.

Estas diferencias pueden obedecer tanto a una distinta comprensión profesional acerca de lo que es debido en cada caso, como también, y preciso es reconocerlo, por la existencia de incentivos subyacentes que determinan decisiones distintas de aquellas derivadas de la

pura consideración de las necesidades del paciente. La primera explicación no genera un problema económico en sí, sino más bien responde al carácter inductivo de la práctica médica (diagnósticos tipo pruebas y errores que le permiten al profesional acercarse a la causa del problema). La segunda explicación, el problema de incentivos que tiene el médico, producto de su mayor información respecto de una enfermedad en relación al paciente, sí genera un problema económico. La cuantía de las prestaciones otorgadas difieren si el mecanismo de pago remunera cada servicio por separado, o si aquel se estructura sobre un salario fijo o un pago capitado previo e independiente de las atenciones efectivamente realizadas, tal como teórica y empíricamente lo muestra el estudio de Berlinski (1995).²³

En resumen, es el médico quien determina finalmente la demanda de prestaciones de salud que efectivamente recibirá el paciente. El paciente espera que su médico prescriba lo que mejor cautele el genuino interés y necesidad del enfermo. Con esa confianza, tan propia y exclusiva de la relación médico paciente, el paciente ha aceptado tradicionalmente, aún sin poder corroborarlo por sí mismo, la pertinencia y necesidad de las prestaciones o tratamientos dispuestos por el facultativo.

d) La incertidumbre respecto del resultado de las prestaciones

Para Arrow, la incertidumbre acerca de los verdaderos resultados de las prestaciones médicas es mayor que la que cabe esperar de los resultados de cualquier otro servicio que pueda demandarse (Arrow, 1963). Importa aquí vincular esta particularidad con otra característica de la demanda: la fuerte importancia de las opiniones que al respecto tengan las personas que demandan prestaciones acerca de su eficacia esperada. Así, muchas personas utilizan aún métodos “naturales” en los que creen, y soslayan métodos “científicos”. Otras personas simplemente rechazan la necesidad de tratamientos y esperan que los síntomas desaparezcan naturalmente. Gráfico es el caso de las gripes o resfrios comunes, en donde la evidencia de la efectividad de medicinas y tratamientos es tan débil que, según Phelps (1992), es posible afirmar que una persona se cura de un resfrió sin acudir a un médico en una semana; mientras que si consulta al profesional, tardará siete días en mejorar.

e) Ingreso, precio y demanda por atención de salud

Ciertamente, la demanda por prestaciones de salud aparece asociada al ingreso de las personas. Aunque la correlación no es evidente pues existen efectos encontrados a nivel

²³ Al respecto, un ejemplo concreto que ilustra este punto. Llama la atención, por ejemplo, el porcentaje de partos por cesárea que se observan en Chile en los sistemas públicos y privados. Mientras en los primeros, los partos se atienden en los hospitales públicos donde el personal recibe el salario, la tasa de cesáreas es inferior al 30%. En los segundos, donde los médicos que atienden en el sector privado tienden a programar sus atenciones de una manera que no suponga atenciones en horarios incómodos, la tasa de cesáreas es cercana al 70%. Es cierto que en el sector privado (Isapres) en Chile se intentó corregir esta distorsión por la vía de remunerar por igual partos por cesárea y naturales. Pese a ello, ha seguido prevaleciendo la ventaja de programar aquellos en horarios que impidan yuxtaposiciones de pacientes o resulten incómodos para el médico y la paciente.

microeconómico,²⁴ se ha mostrado una fuerte correlación macroeconómica entre los gastos por prestaciones de salud y el producto per cápita de los países.²⁵ Hay o no una relación causal entre ingresos y gastos en salud, o se trate sólo de una correlación espúrea, lo cierto es que son los países ricos quienes destinan, en términos generales, mayores porcentajes del producto nacional a financiar prestaciones de salud, existiendo una correlación positiva entre el ingreso de la población objetivo y la utilización de nuevas tecnologías. Así, la demanda por procedimientos diagnósticos y terapéuticos de última generación y, por ende, de alto costo, necesariamente aparecerá asociada a la capacidad de pago de los potenciales usuarios.

Además y como en cualquier otro mercado, es esperable que también exista elasticidad precio de la demanda, aunque dada la naturaleza de la prestación de que se trata, se espera que esta sensibilidad o elasticidad precio sea más bien baja. Con todo, es preciso aquí hacer una distinción. Llegado el momento de demandar una prestación de salud, y de cara a evaluar la elasticidad precio de la demanda, el precio relevante no es el que cobra el prestador, sino el que desembolsa el usuario, el que suele ser significativamente inferior a aquel a consecuencia de la operación de los seguros de salud. En efecto, los seguros reducen el pago directo del usuario a través de formas diversas y con consecuencias también diversas, como lo demostrara, por lo demás, el famoso estudio RAND HIS en la década de los setentas.²⁶

Con todo, la elasticidad precio relevante, o copago de bolsillo del asegurado, exhibe variaciones significativas en función de la urgencia percibida por el paciente respecto de determinadas prestaciones. Así, las atenciones de urgencias o derivadas de episodios agudos, así como las hospitalarias exhiben una menor elasticidad precio que las atenciones ambulatorias.

El significativo aumento del gasto en salud experimentado en la década del ochenta y principios del noventa en Estados Unidos motivada en parte no despreciable por los mecanismos de pago prevalecientes en los seguros de la época (pago por servicio o *indemnity*), ha motivado el estudio y aplicación de mecanismos de pago que favorezcan un

²⁴ Considérense los siguientes dos efectos contrapuestos a nivel de cada individuo. Por un lado, uno esperaría una correlación positiva entre gastos en salud e ingreso de las personas por la vía de un cambio en el perfil epidemiológico hacia enfermedades asociadas a la “vida moderna”, como el *stress*, malestares emocionales, tensión, angustia, etc. Por otro lado, uno esperaría lo inverso por el simple hecho que los pobres suelen tener más problemas de salud y, de no enfrentar restricciones al acceso por razones económicas, demandarán más atenciones.

²⁵ Si bien muchos estudios han mostrado una fuerte correlación positiva, estudios empíricos como el de Parkin, McGuire y Yule (1987) muestran que la demanda por prestaciones de salud está lejos de ser un bien de lujo, respondiendo más bien el gasto en salud a variables como el precio de los servicios prestados. No obstante, como veremos enseguida, hay mucho de correlación espúrea toda vez que los países más ricos tienden a imponer institucionalidades para el sector que favorecen el mayor gasto.

²⁶ El estudio de la Corporación RAND referido a los seguros de salud, *Health Insurance Study (HIS)* consistió en el análisis de los patrones de consumo de prestaciones de salud de 5.809 personas de diferentes ciudades de Estados Unidos que contaban con diferentes coberturas de seguros de salud, de modo que el precio relevante a pagar resultara distinto para cada grupo. Los análisis desagregados por tipos de cobertura resultan muy interesantes, en particular los efectos de los deducibles y de los copagos. Con todo, y dados los propósitos de este documento, baste por ahora resaltar que del estudio citado se concluyó que una persona que contase con cobertura total tendía a gastar un 75% más en prestaciones de salud que una persona sin seguro alguno (Manning, et. al, 1987).

mayor control del costo, como lo muestran Marquis y Louis (2001). En tal escenario, los análisis de elasticidad precio de la demanda derivados de los distintos sistemas de cobertura, así como los incentivos que aquellos provocan en la oferta de prestaciones, ha pasado a ser un aspecto crucial del debate académico y regulatorio de los seguros de salud, así como de las transformaciones experimentadas por las coberturas de los seguros de salud en Estados Unidos y otros países de América Latina.

En efecto, la emergencia de la salud administrada, así como de los desafíos regulatorios que le son inherentes, nace como respuesta a la espiral ascendiente de costos – sin evidencia correlativa de impactos equivalentes en la recuperación de la salud de las personas – generada por un aseguramiento en salud que reembolsaba prestaciones bajo una lógica en que convivían bajos costos finales por prestación para el usuario y altos incentivos para inducirlos por parte de los prestadores, según los ya citados artículos de Nyman (1991) y Berlinski (1995).

En suma, la elasticidad precio de las prestaciones de salud tiene las siguientes características: varía según el tipo de prestaciones, siendo naturalmente menor en las percibidas como urgentes e imprescindibles; el precio relevante a considerar es el que el usuario paga del bolsillo, esto es, post aplicación del seguro y; finalmente, el pago de bolsillo y la conducta esperada de la demanda varía significativamente según los mecanismos de reembolso, esto es, indemnización por monto fijo, copago proporcional al gasto, con o sin tope, y aplicación de deducibles. Más adelante, se verá con algún mayor detenimiento las diferencias que con relación a la demanda por prestaciones cabe esperar de la aplicación de los mecanismos de cobertura señalados.

2. La oferta de prestaciones de salud

En general, y si se intentaran trasladar los conceptos de mercado competitivo y en equilibrio al ámbito de las prestaciones de salud, existiría la tentación de sugerir que la oferta de las prestaciones de salud debiera orientarse a satisfacer la demanda de un modo tal que los recursos empleados en tal propósito carezcan de un rendimiento superior en otro sector. Así, las premisas del óptimo paretiano permitirían inferir las condiciones de la oferta por prestaciones de salud en función de las particularidades de la demanda. Sin embargo, y como será rápidamente evidente, una condición esencial para que lo anterior ocurra es inexistente, o severamente condicionada en el mercado de las prestaciones de salud: la libre entrada y salida de los oferentes.²⁷ En efecto, la intervención estatal en el mercado de la salud es de gran intensidad y se presenta en todos los ámbitos y en casi todos los países.

Desde luego, el acceso a prestaciones de salud es considerado en muchos países como un derecho social que, condicionado a la dotación de recursos de las diversas naciones, motiva y justifica un esfuerzo de organización estatal orientado a maximizar el acceso a las prestaciones de salud de las personas con prescindencia de su capacidad autónoma de

²⁷ Si bien la condición de libre entrada y salida a una industria es una condición necesaria para lograr el óptimo paretiano, no es una condición suficiente. En efecto, ello porque a raíz de la incertidumbre inherente a las prestaciones en el sector salud el usuario pierde o ve reducida su soberanía para optar por una mejor prestación. A pesar de su importancia, no ahondaremos en este punto por haber sido ya tratado en los inicios de esta sección del documento.

pago. Al ser la salud un bien meritario, la oferta de las prestaciones de salud excede la que resultaría de la mera expresión en un mercado de las necesidades solventes, y busca satisfacer las necesidades de la población. Este aspecto de la planificación estatal basado en las necesidades y no tanto en la demanda de salud, ha sido descrito y debatido por Feldstein (1999). Lo argumentado podrá tener distintas expresiones en las diversas realidades nacionales, pero ciertamente cabe concluir que la oferta de prestaciones de salud tiende a relacionarse con las necesidades, y no sólo con la demanda, si entendemos ésta en sentido estrictamente económico asociado a la capacidad y voluntad de pagar por la prestación recibida.

Por otro lado, la complejidad propia de la oferta impone fuertes regulaciones, ya sea a la instalación de establecimientos asistenciales, así como al licenciamiento de los profesionales del área. La oferta es, por tanto, fuertemente inducida por el Estado, pero a la vez controlada por éste en formas de barreras de entrada orientadas, de acuerdo al fundamento que se esgrime, a preservar su calidad.

Finalmente, la oferta de prestaciones está fuertemente permeada por la evolución científica y tecnológica. La oferta de tratamientos disponibles experimenta fuertes variaciones y progresos conforme la ciencia pone a disposición de la medicina avances notables que son incorporados rápidamente al stock de servicios disponibles para las personas.

Pese a las particularidades anotadas previamente, la oferta de prestaciones de salud no deja de guardar relación con factores económicos propios de cualquier función de producción, tales como el costo de los insumos, el precio esperado por el producto o servicio final y las restricciones impuestas por la tecnología disponible. Sin embargo, y aunque en grados distintos según los países, cabe retener aquí la idea de que la oferta de prestaciones de salud depende en este mercado de un modo muy significativo y casi sin paralelo, de las definiciones de políticas públicas y de las estructuras institucionales adoptadas para satisfacer las necesidades de salud de la población. Son significativas, por ejemplo, las diferencias entre la oferta de prestaciones de salud en la Inglaterra del National Health Service y la que puede observarse en países que han abierto espacios significativos al aseguramiento y prestación privadas. El rol estatal, no sólo en el aseguramiento – cuando este es distinguible de la provisión – sino en la producción directa de las prestaciones de salud a través de establecimientos públicos, constituye un rasgo fundamental y distinto de la oferta en este ámbito en oposición a otros mercados.

C. Las características del mercado de seguros de salud

El mercado de los seguros de salud tiene ciertas particularidades que son necesarias de caracterizar. Por ejemplo, la demanda responde tanto a la necesidad de aseguramiento de las personas para evitar daños a su patrimonio financiero, como por la demanda que impone la seguridad social al desarrollo de instrumentos de cobertura médica. Asimismo, la oferta se caracteriza en gran medida por mecanismos de protección financiera que terminan impactando la demanda por prestaciones de salud.

1. La demanda por los seguros de salud

Toda referencia a la demanda por seguros de salud exige distinguir entre los seguros estrictamente privados de salud, cuya principal característica es que son voluntarios, y

aquellos que resultan impuestos por la seguridad social y tienen, por ende, carácter obligatorio.

En general, y respecto de los primeros, esto es aquellos que son demandados espontáneamente, el factor fundamental que explica la demanda es la aversión al riesgo de las pérdidas financieras que pueden derivar de la enfermedad para el potencial asegurado. Las personas que contratan seguros de salud lo hacen, aunque resulte obvio decirlo, no para asegurar su condición saludable, la que se afecta por el evento incierto y, mayormente inevitable de la enfermedad, sino para obtener protección financiera respecto de los costos asociados a los tratamientos. Por ello, el verdadero riesgo que cubre el seguro no es la enfermedad, sino la pérdida de riqueza derivada del pago de los costos que supone el tratamiento. El motor fundamental de la demanda espontánea, o de mercado, es la aversión al riesgo financiero que las personas tengan con relación al costo que supone tratar el “sinistro” de la enfermedad con cargo exclusivo a recursos propios.

La aversión al riesgo se distribuye desigualmente en las personas y tiende a ser subjetiva.²⁸

No obstante, es posible afirmar que esa aversión es proporcional al riesgo que se enfrenta. Así, si los gastos esperados son bajos con relación a los ingresos o riqueza de las personas, las personas tenderán a ser propensas a asumir tales riesgos. Por el contrario, si los gastos esperados o probables exceden con mucho

Una persona es **aversa al riesgo** (o a la incertidumbre) cuando prefiere obtener con certeza un cierto nivel de riqueza a obtenerla en un juego riesgoso.

la capacidad de pago de las personas, las personas tenderán a ser más adversas al riesgo y buscarán asegurarse. Dos son, pues, los elementos a considerar: los costos esperados, y la capacidad autónoma de pago. Si restados los primeros a la segunda – el remanente sigue constituyendo un stock de riqueza considerado suficiente – los incentivos a asegurarse serán más bien bajos (véase Mas-Colell, et. al, op. cit., capítulo 6).

Así como la capacidad de pago de las personas varía, lo mismo ocurre con los costos asociados a determinadas prestaciones. En rigor, pérdidas de riqueza potencialmente significativas sólo se dan respecto de casos especiales, de baja ocurrencia estadística y alto costo unitario o acumulativo, tales como las atenciones propias de enfermedades agudas, crónicas, hospitalizaciones extensas, etc. En general, y salvo el acceso a ciertas drogas o medicamentos de alto costo, las atenciones ambulatorias son menos onerosas y no constituyen, técnicamente, el objetivo preferente de los seguros, puesto que ellas pueden ser financiadas más eficientemente con el gasto de bolsillo de los usuarios. Por ello, la demanda por seguros debiera orientarse espontáneamente a la cobertura preferente de eventos de alto costo y de baja frecuencia.²⁹

²⁸ La liviandad con que se mezclan los términos es propio de la literatura. Si bien el concepto en finanzas se conoce como aversión al riesgo, al tratar con probabilidades subjetivas se está en estricto rigor hablando de aversión a la incertidumbre (véase definición anterior de incertidumbre y riesgo). En todo lo que sigue, se usarán los conceptos indistintamente.

²⁹ Esto es lo que se conoce de la literatura de seguros: “no te asegures contra pequeñas pérdidas, sólo hazlo contra las grandes pérdidas”. Paradójicamente, existe evidencia en algunos sistemas de que las personas tienden a preferir coberturas altas para eventos rutinarios por sobre los correspondientes a eventos potencialmente catastróficos. Al parecer, la demanda de “mercado” de las personas tiende a mirar más la cobertura de lo frecuente, que de lo potencialmente catastrófico; lo cual es consistente con la racionalidad acotada de las personas ante eventos de alta incertidumbre.

Finalmente, la demanda espontánea por seguros de salud privados está asociada, naturalmente, al precio de estos. Pero el precio relevante, otra vez, no es siempre el que cobra el asegurador, sino, en muchos casos, el que resulta luego de la aplicación de los beneficios tributarios que suelen favorecer su demanda, como en Estados Unidos. Por ello, el régimen tributario aplicable al pago de seguros de salud es un factor a considerar con relación a la demanda existente por ellos.

Ahora bien, ¿cuál es el verdadero precio de un seguro? ¿Cómo evaluar si se está frente a un seguro caro o barato, y qué factores inciden en ello? Para responder adecuada, aunque someramente a estas interrogantes, es preciso distinguir los componentes del valor de una prima de seguro. En efecto, el valor de la prima se compone, por una parte, del costo técnico, actuarial o gasto esperado de los siniestros o eventos asegurables, distribuido a prorrata entre el total de asegurados, y, por otra, de los gastos de administración o costos del seguro propiamente tales, que incluyen el costo financiero, el costo de comercial, el costo de procesar las solicitudes cobertura, el costo de información, la utilidad del seguro y los impuestos finales al consumidor (Baeza y Copetta, 1999).

El costo técnico o actuarial es igual a la probabilidad del evento multiplicada por la cantidad y precio de las prestaciones asociadas. Constituye, pues, simplemente, la suma de los costos actuarialmente esperados distribuidos estadísticamente entre el pool de asegurados y, por ello, si la prima consistiera únicamente en aquellos, el seguro sería estrictamente gratis, pues no sería otra cosa que la distribución entre muchos, y de acuerdo a su siniestralidad esperada, de los gastos en que incurrirán efectivamente unos pocos. El verdadero costo del seguro está dado por los gastos de administración (*loading fee*).

Los seguros pueden actuar sobre ambos componentes – costo técnico y gastos administrativos – en busca de economías. Podrán incurrir en prácticas de selección de riesgo, intentando excluir a los sujetos potencialmente más siniestrosos y, por esa vía, reduciendo el costo técnico esperado; adoptarán formas de compartir los costos del siniestro con el asegurado de modo de inhibir un exceso de costos y demanda de prestaciones; favorecerán convenios con prestadores para bajar el precio unitario de las prestaciones; podrán utilizar mecanismos de pago que transfieran todo o parte del riesgo a los prestadores, a través de pagos capitados en esquemas de salud administrada; podrán imponer límites de cobertura, exclusiones de cobertura respecto de determinadas patologías, especialmente las preexistentes, carencias (exclusiones temporales), etc.

Respecto del costo de administración, cabe retener aquí la esencial importancia de la ley de los grandes números, no sólo para una mejor proyección del gasto esperado, sino desde la perspectiva de las economías de escala que supone distribuir entre un amplio conjunto de asegurados una estructura de costos operacionales con alta incidencia de costos fijos. Así, resultará obvia la disminución del porcentaje de la prima atribuible al costo administrativo conforme aumente el número de asegurados.

Por otra parte, distinto es el análisis de la demanda por seguros en el ámbito de la seguridad social en salud. En este caso, la demanda es forzada por el Estado en aras de contrarrestar la imprevisión de las personas y evitar las externalidades negativas que pueden darse de la falta de atención médica oportuna, pertinente y suficiente. En muchos países, la cobertura de salud tiene rango constitucional, y en algunos ella puede brindarse

total o parcialmente por sistemas de seguros múltiples en competencia (Chile, Perú, Argentina, Colombia, República Dominicana, etc).

Conviene revisar el alcance del mandato estatal con relación al aseguramiento en salud. En algunos países, el mandato se refiere a la compra forzosa de determinados niveles de cobertura, o planes básicos.³⁰ En ellos se plasma la visión del Estado acerca de cuál debe ser el mínimo de cobertura financiera de que deben gozar las familias frente a determinados eventos médicos.³¹

Parece obvio, sin embargo, que si el Estado ha decidido forzar el aseguramiento en salud de la población es porque estima que el objetivo final, para lo que lo anterior es instrumental, consiste en dotar a las personas de una cobertura o protección financiera suficiente en caso de enfermedad, la que a su vez debe resultar consistente con las prioridades sanitarias definidas. Sobre este punto, que resulta crucial a la hora de definir un marco de análisis conceptual para el sector, se revisarán más detalle en las secciones 3 y 4 de este informe.

En resumen, la demanda forzosa de seguros de salud propias de los sistemas de seguridad social exige, como lógica contrapartida, la definición de aspectos sustanciales de la oferta de seguros “elegibles” de modo de maximizar la satisfacción de las necesidades de cobertura que fundamentan el aseguramiento obligatorio.

2. La oferta de seguros de salud

Al referir la demanda de prestaciones de salud, se señalaba que el precio relevante para el usuario estaba dado por la diferencia entre lo cobrado por prestador y lo bonificado por el seguro. Asimismo, y pese a que la demanda de salud está determinada por otros factores y, en especial, por la intervención que decide del médico, lo cierto es que la elasticidad-precio de la demanda sigue siendo relevante. Por ende, requiere atención particular la incidencia que sobre el precio relevante y, finalmente, sobre la demanda de prestaciones, resulta de la aplicación de las distintas formas a través de las cuales los seguros de salud ofrecen protección financiera frente a los costos de las prestaciones.

Los seguros de salud suelen utilizar, combinadamente en ocasiones, diversas formas de otorgar y limitar protección financiera. Ellas tienen diversos efectos sobre la demanda de prestaciones y sobre la distribución del riesgo entre asegurado y asegurador. A continuación, se revisan los principales mecanismos utilizados:

a) Deducibles

Los deducibles son un monto fijo de dinero que el asegurado debe pagar frente a un determinado evento médico luego de lo cual el seguro se hace cargo de los costos adicionales que el tratamiento suponga. En consecuencia, los primeros gastos son siempre de cargo del asegurado, pero en la medida que superan el monto del deducible, el riesgo

³⁰ En Latinoamérica, son ejemplos de planes básicos, Argentina, Colombia y Perú. Este último, sólo respecto de las atenciones de baja complejidad abiertas al concurso de aseguradores privados.

³¹ Un caso distinto, hasta ahora, es el chileno. Allí el mandato estatal se ha reducido a destinar un 7% del salario imponible al seguro estatal – Fondo Nacional de Salud – o a la compra de un seguro privado de salud, sin que al respecto se hayan impuesto mínimos significativos de cobertura.

financiero se traslada íntegramente al seguro. La operación de deducibles tiene algunas ventajas dignas de mención; a saber, permite evitar las catástrofes financieras por cuanto acota el gasto máximo del asegurado al monto del deducible y, por otro lado, al imponer un cofinanciamiento forzoso por los “primeros pagos” del evento reduce significativamente la demanda “innecesaria” de prestaciones; vale decir, reduce en gran medida la selección adversa y el riesgo moral propio del mercado de seguros. Con todo, una vez superado el monto del deducible, el seguro opera con cobertura plena, con lo cual se anula cualquier desincentivo al consumo adicional excesivo de prestaciones.

b) Copagos o coseguros

Corresponden al establecimiento de un porcentaje del valor de la prestación que será asumida por el asegurado, siendo el remanente de cargo del seguro. Si bien esta modalidad contribuye al control del gasto excesivo por la vía de compartir estos entre seguro y asegurado, lo que ciertamente depende del porcentaje específico en que se fije el copago, se critica esta fórmula por no garantizar una cobertura financiera adecuada al asegurado, en cuanto el porcentaje a su cargo puede resultar excesivo comparado a su capacidad de pago.

Si efectivamente se quiere garantizar que el asegurado evite situaciones catastróficas, el mero funcionamiento de los copagos podrá ser insuficiente. Para corregir esta falla, algunas pólizas agregan al copago sistemas de *stop loss*, combinando copagos con deducibles. Así, superado un nivel de copagos por parte del asegurado, entendido como deducible, el seguro asume los costos adicionales.

c) Topes

Tal como el rol del seguro es acotar el riesgo financiero del asegurado, aquel también busca acotar el propio. Con tal fin, se suelen establecer límites máximos de cobertura por prestación, por beneficiario, o por año de contrato. En consecuencia, aquellos gastos que superen el límite fijado serán asumidos por el asegurado, lo que puede significar catástrofes financieras en casos de eventos de alto costo.

La utilización de topes absolutos es inconsistente con la teoría económica de la incertidumbre. Es el seguro, y no el asegurado, quien debe asumir los riesgos financieros de mayor envergadura, especialmente si se considera que son justamente los aseguradoras quienes pueden diluir y predecir ese riesgo a través de la ley de los grandes números, distribuyendo una fracción de los costos que deriven de eventos extraordinariamente onerosos en una gran cantidad de asegurados. Adicionalmente, y para tales efectos, existen mecanismos de reaseguramiento precisamente establecidos para diluir grandes costos unitarios. Por ello, la aplicación de topes o máximos de cobertura suele estar limitada o prohibida en determinadas regulaciones, particularmente en el ámbito de la seguridad social en salud.

d) La integración del seguro y del prestador

En respuesta a la incapacidad de controlar el aumento de costos exhibida por los seguros de salud basados en reembolsos, ha ganado creciente terreno la oferta de coberturas de salud asociadas a prestadores determinados conocidas como redes cerradas de atención.

En ellos, y previo pago de una cantidad fija y generalmente baja por cada prestación, el seguro se obliga a entregar las prestaciones de salud requeridas en la medida en que ellas se demanden al interior de una red de prestadores definida y vinculada al asegurador por vía de contratos o de propiedad. Las particularidades de estos esquemas son:

- El copago para el asegurado es generalmente bajo.
- El probable aumento de la demanda derivada de copagos bajos para el paciente se contrarresta mediante el otorgamiento de prestaciones por parte de una red de prestadores que no es remunerada en función de la cantidad y precio de las prestaciones que brinden, sino por la vía de una cantidad fija o cápita definida previamente con el asegurador.
- La libertad de elección del prestador se ve severamente restringida, o enteramente conculcada, ya sea que se trate de contratos asociados a prestadores preferentes o exclusivos.
- La definición de la cuantía y tipo de prestaciones otorgadas, más allá de la opinión o expectativas del paciente, es, como en los demás esquemas de relación médico-paciente, fuertemente determinada por aquél. Sin embargo, y a diferencia de lo que ocurre en los sistemas de pago por servicio o reembolso, el incentivo estrictamente económico al prestador apunta a reducir las atenciones, para maximizar el excedente, de modo que la diferencia positiva entre el pago per cápita y el costo efectivo del paciente sea la mayor.
- Para contrarrestar el sesgo hacia un excesivo control de costo, los sistemas que así operan, también llamados de salud administrada, intentan eliminar las sospechas de las autoridades y pacientes acerca de los criterios utilizados para definir procedimientos diagnósticos y terapéuticos por medio de la utilización de la llamada medicina basada en la evidencia, de modo que el proceso de toma de decisiones resulte de la aplicación de las mejores prácticas para cada caso concreto, utilizando en ello criterios de costo - efectividad.

III. ANÁLISIS CONCEPTUAL Y ÁREAS PREFERENTES DE REGULACIÓN

Si se sigue a Phelps (1992) y su agudo análisis de la extendida participación del Estado en el mercado de la salud, no llamará la atención que una de las formas preferentes de tal intervención se traduzca en la regulación del funcionamiento del mercado de seguros de salud. Si este mercado, además, opera en el marco de la seguridad social, la regulación estatal aparecerá como la contrapartida natural del mandato legal que obliga a los ciudadanos a asegurarse en este ámbito. En efecto, si el Estado impone el aseguramiento forzoso, es porque espera obtener por esa vía la satisfacción de ciertos objetivos sociales, para cuya efectiva consecución la regulación y fiscalización son esenciales.

Ahora bien, y más allá de la constatación empírica e indiscutible del involucramiento estatal en la materia, ¿cuáles son los fundamentos conceptuales de la regulación? ¿Cuáles son, adicionalmente, las áreas o campos temáticos preferentes para la regulación estatal? ¿Cuáles son los principales desafíos que conlleva la regulación e intervención pública y las restricciones institucionales que se presentan? En las próximas páginas, se intentará abordar estas interrogantes.

A. Fundamentos de la regulación del mercado de seguros de salud

Son básicamente cuatro justificaciones principales que fundamentan la política regulatoria en este mercado y en todas ellas aparece la regulación como respuesta a algún fenómeno económico-social en particular: como respuesta a fallas del mercado de seguros de salud; como instrumento de las políticas sanitarias; como instrumento de equidad; y, como respuesta a un derecho/deber social. A este conjunto de políticas, típicamente se les conoce como fundamentos de la regulación del mercado de seguros de salud insertos en la seguridad social.

1. Regulación como respuesta a fallas del mercado de seguros de salud

La actualmente indisputada teoría económica de la regulación estatal, explica su fundamento en la necesidad de corregir fallas de mercado. Asimismo, exige que los costos sociales de la regulación sean inferiores a sus beneficios. Con todo, no resulta fácil deducir mecánicamente la reflexión precedente al ámbito de los seguros de salud, por cuanto el mercado de los seguros de salud, como el de las prestaciones de salud, está marcadamente caracterizado por particularidades que lo alejan radicalmente de los supuestos teóricos de un mercado competitivo, tales como la prevalencia de la incertidumbre y las asimetrías de información, el riesgo moral, la selección adversa, el rol inductor de la demanda del médico, el carácter de bien meritorio de la salud y la subsecuente obligación estatal de asegurar cobertura, etc.

Lo anterior, fuerza a concluir que el instrumental analítico de las fallas de mercado clásicas (falta de pluralidad de oferentes o demandantes, bienes públicos, externalidades, asimetrías de información e incompletitud de mercados, altos costos de transacción, etc.) es francamente insuficiente para inferir y fundamentar la regulación de seguros de salud a los niveles efectivamente requeridos, aunque no por ello descartable como una primera aproximación al problema.

No obstante, este juicio admite matices. En efecto, algunos ejemplos específicos de regulación apuntan a corregir asimetrías de información, en especial aquellas normas que fuerzan a demandar una determinada cobertura en salud o impone resguardos a la calidad de las prestaciones de salud que se otorgue. Otras, ya desde la perspectiva de la regulación de las relaciones contractuales, encuentra su fundamento en la necesidad de corregir las asimetrías entre las partes contratantes, particularmente en lo referido a evitar cláusulas abusivas, o imponer cláusulas obligatorias, en los contratos de adhesión que suelen ser el instrumento jurídico que expresa el conjunto de derechos y obligaciones que vincula a asegurador con asegurado.³²

Los contratos de adhesión son aquellos redactados unilateralmente por la parte oferente del servicio y, por definición, más poderosa de la relación contractual, y ante los cuáles la contraparte sólo tiene la opción de contratar o desistirse de hacerlo, pero no de renegociar las cláusulas del contrato.

Finalmente, el activo involucramiento estatal en la regulación orientada a favorecer la mayor cobertura y mejor funcionamiento de los seguros de salud reside, fundamentalmente, en el carácter de bien meritorio del acceso a las prestaciones de salud y su traducción a la categoría de derecho social constitucionalmente consagrado en la mayoría de las naciones. No obstante, esta misma noción de bien meritorio obliga a trascender a la noción estrictamente económica de la “demanda” para considerar el concepto social de “necesidad”. En definitiva, las sociedades se ordenan para satisfacer las necesidades de acceso a la salud, y no sólo aquella que se acompaña de capacidad de pago. Superado el concepto de demanda, se superan también la relación clásica de oferta y demanda y el análisis del fundamento de la regulación circunscrito meramente a las fallas de mercado.

2. La regulación como instrumento de las políticas sanitarias

La regulación de los seguros de salud insertos en el ámbito de la seguridad social debe resultar consistente con los objetivos que se tuvieron a la vista al establecer aseguramiento obligatorio. Así, un Estado que obliga a la demanda por seguros de salud necesariamente establece las condiciones que debe cumplir la oferta de los mismos. A lo anterior responde la configuración de planes mínimos, coberturas garantizadas respecto de determinadas prestaciones, normas de promoción y acceso, en ocasiones gratuitas, a prestaciones preventivas, demostrando que la regulación de contenidos de la oferta de seguros de salud debiese resultar en un instrumento consistente con las políticas y prioridades sanitarias de una sociedad determinada.

3. La regulación como instrumento de equidad

Aunque el punto se analizará con más detalle a continuación, valga señalar aquí que la regulación del mercado de seguros de salud en el ámbito de la seguridad social apunta, o debiese apuntar, a garantizar el acceso a mínimos de cobertura con prescindencia de la

³² Los contratos de seguros son un ejemplo de contratos de adhesión, pues son redactados unilateralmente por el asegurador. Frente a ellos, el legislador suele adoptar resguardos en prevención de cláusulas abusivas, las que se entenderán nulas. Por otro lado, se suelen incorporar obligatoriamente en esos contratos ciertas cláusulas protectoras de la parte más débil. En consecuencia, la suma de la unilateralidad de la redacción, y de la asimetría de poder e información de entre las partes contratantes suele determinar un activo involucramiento estatal en el contenido contractual, máxime si versa sobre materias propias de la seguridad social.

capacidad de pago. Otra vez cobra relevancia la distinción entre demanda y necesidad. Así y como en la mayoría de los mercados la demanda es la relevante, tratándose de bienes meritorios o derechos sociales la necesidad debe ser satisfecha. A tal objetivo obedecen los mecanismos de subsidios cruzados deseables que operan en los sistemas de compensación de riesgos, y mediante los cuáles la contribución de quienes tienen mayor capacidad de pago y menor riesgo relativo, ayuda a financiar las primas de seguros de quienes están en la situación inversa. En suma, el diseño, aplicación y monitoreo de los mecanismos de compensación de riesgos, esenciales si se quiere conciliar la lógica económica (expresada en la correspondencia entre gasto esperado y prima recibida por el seguro) y la lógica social (correspondencia entre el pago del seguro y la capacidad de pago del asegurado), es parte fundamental de la agenda regulatoria del mercado de seguros de salud inserta en la seguridad social.

4. La regulación como respuesta a un derecho/deber social

En otro ámbito, la regulación estatal apunta a extender la cobertura de la protección financiera propia de los seguros de salud y a verificar que la obligatoriedad del aseguramiento se cumpla cabalmente. Las cotizaciones y afiliación obligatorias requieren del imperio y fiscalización estatal, como también las normas que apuntan a impedir la selección de riesgo o rechazo de afiliados que pudiesen imponer las propias aseguradoras. En suma, tratándose de afiliación obligatoria, la regulación debe suplir lo que en otros mercados resulta de la interacción espontánea entre la oferta y la demanda, obligando la vinculación entre asegurados y aseguradores.

B. Areas preferentes de la regulación estatal

Vistos los fundamentos de la regulación de los mercados de seguros de salud, surge naturalmente en este análisis la preocupación por las áreas preferentes de la regulación estatal, entendida como la necesidad de regular aspectos mínimos del mercado, sin cuya intervención el Estado no estará cumpliendo con resolver el fondo de los problemas, reales o potenciales, de su funcionamiento. Las tareas mínimas necesarias que todo Estado debiera emprender como un requerimiento necesario, aunque no suficiente, para resolver los conflictos en el aseguramiento de la salud son básicamente seis: i) la regulación de los planes de salud, en particular con miras a establecer condiciones en la oferta de los planes que garanticen una cobertura mínima, ii) regular los contratos de adhesión, iii) permitir la compensación de riesgos, iv) controlar la calidad de los prestadores, v) facilitar e incentivar las políticas preventivas en salud y, vi) educar al usuario en cuanto a sus derechos y el modo en que debe ejercerlos.

1. Regulación de los planes de salud

Un mandato legal que considera la obligación de acceder a cobertura de un seguro de salud sólo es consistente si va acompañado de la definición sustantiva de la cobertura mínima o

suficiente que deben contemplar los seguros de salud. Absurdo, aunque no inédito, resultaría forzar la demanda sin establecer condiciones obligatorias para la oferta.³³

Con todo, la definición específica del alcance de la cobertura de los seguros de salud (plan de salud) es una tarea de alta complejidad y vulnerable a las presiones de múltiples sectores. Es cierto que desde una perspectiva estrictamente técnica y científicamente verificable, es posible construir un plan de salud cuyas coberturas preferentemente se orienten a facilitar el acceso y protección financiera, respecto de las patologías que mayor incidencia tengan sobre los años de vida perdidos corregidos por discapacidad de la población.

De hecho, la metodología de los AVISA (años de vida saludables perdidos) promovida por organismos internacionales como el Banco Mundial, buscan precisamente contribuir con una metodología objetiva y asentada en criterios sanitarios comprobables a la definición de qué y cómo se debe priorizar en la construcción de un plan básico de salud. Se busca así, maximizar el rendimiento del gasto en salud con relación a la morbi-mortalidad de la población, de modo que los recursos gastados tengan el mayor impacto posible en la reducción de la carga de enfermedad y muerte de la población. Sin embargo, la aplicación de la metodología anotada no siempre deriva en resultados consistentes con las preferencias declaradas de la población, por lo que la lógica técnica no necesariamente coincide con la viabilidad política de las propuestas. Adicionalmente, otros factores generan complejidades y desafíos adicionales al ineludible esfuerzo por definir un plan básico de salud:

a) La otra cara de las priorizaciones: las exclusiones

En escenarios marcados por recursos escasos y múltiples usos alternativos, la priorización es esencial. Esto ocurre con la definición del plan básico de salud, por cuanto la prima a pagar corresponderá al costo técnico de las prestaciones cubiertas multiplicadas por la probabilidad de su ocurrencia (más los gastos administrativos). No obstante, priorizar significa, también, excluir. No todo estará cubierto, al menos en las mismas condiciones que lo estimado como esencial o preferente. Sincerar las exclusiones de un modo explícito es un asunto políticamente complejo. Muchas sociedades prefieren, con algo de obvia hipocresía, ofrecer todo, aunque se cumpla poco, a sincerar con precisión los límites entre lo que se garantiza y lo que se excluye³⁴. No obstante, y siendo un plan de salud el núcleo de las obligaciones que debe el seguro al asegurado, las ambigüedades no debieran ser admisibles. En resumen, frente a un desafío complejo pero ineludible, es preciso que los

³³ Durante los casi 21 años de su funcionamiento, las Instituciones de Salud Previsional Chilenas han protagonizado la paradoja de operar como seguros privados habilitados para ofrecer aseguramiento en salud con cargo a cotizaciones obligatorias, pero carecían de exigencias sustantivas relevantes respecto al tipo de cobertura en salud que debían brindar. En suma, el Estado parecía satisfacerse con el cumplimiento de la formalidad de asegurarse, desatendiendo las condiciones de cobertura, las que, salvo aspectos menores, quedaban entregadas al juego de oferta y demanda no siempre consistente con los objetivos de la seguridad social.

³⁴ En las constituciones latinoamericanas proliferan las declaraciones de derechos sociales que los estados se comprometen a cumplir pero que rara vez satisfacen en los términos declarados. Las constituciones “declarativas” de derechos carentes de garantías o exigibilidad por parte de los ciudadanos, reflejan la tendencia que prefiere la oferta universal e irrestricta de promesas y expectativas, a la garantía explícita y exigible de aquella parte de los derechos sociales que los Estados sí están en condiciones de satisfacer.

reguladores y, en este caso, el legislador, tengan la capacidad de explicitar a la opinión pública los argumentos técnicos de orden sanitario que explican la selección de prioridades.

Todo prestador, ya sea institucional o profesional, querrá que el ámbito en que se desenvuelve su actividad quede considerado dentro de las prioridades cuya demanda se verá favorecida significativamente por la cobertura del seguro. Aquellos que se sientan total o parcialmente excluidos tenderán a cuestionar los criterios de priorización utilizados y ejercerán diversas formas de presión para lograr su inserción dentro de las prioridades del plan. La prevalencia técnica de las decisiones que finalmente se adopten dependerá de la capacidad y solidez política y argumentativa con que las autoridades sectoriales enfrenten las presiones de prestadores descontentos.

b) La necesidad de configurar planes de salud dinámicos

Al menos tres factores explican la necesidad de contar con sistemas de revisión permanente del plan de salud. La primera, se relaciona con la dotación de recursos de la sociedad. Si el financiamiento disponible para el otorgamiento de un determinado plan de salud constituye un dato restrictivo del que nace la necesidad de priorizar, en la medida en que tales recursos evolucionen significativamente el plan deberá ajustarse en consecuencia.

En segundo término, las prioridades sanitarias de los países evolucionan requiriendo respuestas diversas. La evolución de los perfiles epidemiológicos de la población, y en especial el conocido tránsito desde una carga de enfermedad asociada a enfermedades transmisibles o asociadas a insuficiencias en la cobertura hospitalaria de partos, a un perfil marcado por la prevalencia de traumas, cánceres, enfermedades cardiovasculares y degenerativas, ciertamente impone una adecuación a la estructura prestacional de una sociedad y a las coberturas consecuentes.

En tercer lugar, los planes de salud deben estar atentos a los cambios en la relación de costo - efectividad de determinados tratamientos que resulta de la adopción de nuevas tecnologías. En efecto, aquel procedimiento, terapia o droga que ayer era de muy alto costo e impacto relativo o no demostrado, hoy puede resultar altamente conveniente tanto desde el ángulo del costo como de su efectividad terapéutica. En tal caso, el plan de salud debe tener la flexibilidad necesaria para extender la cobertura hacia aquel tipo de innovaciones médicas más costo-efectivas.

2. Regulación de los contratos de adhesión

Un aspecto propio de los sistemas de defensa de los derechos de los consumidores radica en la regulación de las cláusulas redactadas unilateralmente por la parte más poderosa de la relación contractual, en los llamados contratos de adhesión, y frente a las cuáles el consumidor no tiene más opción que aceptarlas o rechazarlas. Cuando el aseguramiento en salud se verifica a través de contratos, será frecuente la utilización de contratos de adhesión, muy propios de contrataciones masivas y uniformes. En este ámbito, la regulación tendrá el rol de distribuir el ámbito de los contenidos contractuales posibles en tres categorías: lo prohibido, lo permitido y lo obligado.

Así, la regulación estatal de los contratos de salud, máxime si participan de la seguridad social, dispondrá la prohibición de contemplar determinadas cláusulas, tales como el desahucio unilateral del contrato por parte del seguro salvo causales justificadas, la incorporación de exclusiones, carencias o restricciones de cobertura no autorizadas, etc. Más aún, el ámbito de la plena libertad contractual quedará, con frecuencia, entregado a la definición precisa del plan de salud en aquello que exceda del mínimo legalmente exigible, el precio, definición de prestadores en convenio, etc. Finalmente, la ley podrá imponer cláusulas imperativas o irrenunciables que buscan proteger a la parte más débil de la relación contractual, tales como las que consagran el derecho del asegurado de desahuciar el contrato transcurrido un plazo mínimo, el derecho del asegurado a recurrir a instancias judiciales o arbitrales de resolución de controversias, la definición de las coberturas contempladas en el plan mínimo, etc.

Como puede apreciarse, buena parte de la regulación de los contratos de salud proviene de las reflexiones suscitadas por la necesaria defensa de los derechos del consumidor (asegurado) enfrentado a una contraparte contractual en condiciones de marcada inferioridad en la capacidad negociadora y asimetrías de información. Asimismo, el fuerte involucramiento estatal en los contenidos de los contratos de salud, permite señalar que en esta materia se está en presencia, si bien de contratos de adhesión, también de contratos fuertemente dirigidos por la regulación aplicable.

3. Sistemas de compensación de riesgos

Un desafío principal de la regulación de los mercados de seguros de salud en competencia e insertos en el ámbito de la seguridad social (Chile, Argentina, Colombia y Perú, por ejemplo), reside en la necesidad de conciliar el doble propósito de permitir que las personas contribuyan al pago de las primas en cierta proporción a su capacidad de pago, por un lado, y que los aseguradores reciban primas equivalentes al riesgo de sus asegurados. Dado que el riesgo médico de las personas se distribuye sin relación clara a su capacidad de pago, lo anterior supone la introducción de mecanismos de ajuste y compensación mediante los cuales las cotizaciones y aportes de los afiliados recaudados como porcentajes de la renta o como prima plana o única, se transfieren a los aseguradores en forma de unidades capitadas ajustadas al riesgo de las personas.

Los sistemas de ajuste de riesgo suelen considerar preferentemente variables demográficas, tales como el sexo y la edad, dado que de ellos depende fundamentalmente la expectativa de gasto o riesgo actuarial de las personas. Así, las expectativas de gastos serán relativamente mayores tratándose de recién nacidos (en atención al alto costo neonatológico de los prematuros), los mayores de edad y las mujeres durante la edad fértil. Recientemente, en Estados Unidos se han comenzado a utilizar variables diagnósticas que, a partir del gasto pasado y los diagnósticos de las personas, predicen con bastante certeza los niveles de gasto futuro (Baeza y Copetta, 1999).

La importancia de la utilización de sistemas de compensación de riesgos se manifiesta en los siguientes ámbitos asociados al funcionamiento del mercado de los seguros de salud:

a) Transferencias capitadas de los seguros a los prestadores

Los modelos de salud administrada que intentan controlar costos, promover la responsabilidad por la atención integral del paciente y favorecer la prevención, suelen operar mediante la transferencia a los prestadores de unidades pago capitadas ajustadas al riesgo de los individuos cuya responsabilidad en el cuidado de salud asume la red prestadora de servicios. Para el buen funcionamiento de este esquema es necesario que el pago transferido prospectivamente corresponda, con cierta precisión, al gasto efectivamente incurrido por la población cubierta. Ello requiere la utilización de predictores de gasto, o ajustes de riesgo, cada vez más precisos, de modo de evitar tanto la asignación ineficiente de recursos derivada del pago de una cantidad excesiva, como el riesgo de subotorgamiento de prestaciones y daño a la calidad de las prestaciones o a la sustentabilidad de los prestadores derivados de una cápita insuficiente.

b) Reducir incentivos a la selección de riesgo o descreme de mercado

Es sabido que los aseguradores tienden a seleccionar, en la medida de lo posible, a los mejores riesgos; esto es, a aquellos cuyo gasto esperado será inferior al promedio. Tal incentivo será mayor si no existen transferencias o pagos ajustados al riesgo de las personas que se aseguran. Por ello, si se quieren minimizar las indeseables prácticas orientadas a seleccionar riesgos es preciso que, en la medida de lo posible, al asegurador le sea indiferente el riesgo de la persona que contrata con él, ya sea porque su riesgo individual está capturado en la prima que reciba, o porque los mayores gastos esperados de personas con diagnósticos complejos son compensados en forma posterior a través de mecanismos de reaseguro de gastos catastróficos.

c) Viabilizar la aceptación social de la competencia

Conseguir que cada cual aporte al sistema en función de su capacidad de pago y que las aseguradores reciban primas equivalentes a los riesgos que asuman puede transformarse en un asunto crucial a la hora de validar social y políticamente los sistemas de seguros de salud insertos en la seguridad social. Si bien nadie puede discutir la racionalidad económica y la conmutatividad o equivalencia contractual que resulta de imponer a cada asegurado el pago de una prima correspondiente a su propio riesgo, lo cierto es que tal situación puede resultar insostenible desde la perspectiva político-social. Es más, lo que podría catalogarse simplemente como el pago de primas ajustadas al riesgo individual del asegurado suele calificarse por la gente como una discriminación inaceptable.³⁵

En consecuencia y más allá de las tres consideraciones técnicas comentadas, y que dicen relación con la necesidad de predecir con la mayor certeza el gasto futuro en los mecanismos de pago prospectivos, los ajustes de riesgos resultan fundamentales para el arraigo y legitimidad de los sistemas de seguros múltiples, en la medida en que viabilizan el cobro de una prima plana o proporcional a la renta, para luego redistribuir en función

³⁵ En Chile, la terminología usada por los medios de comunicación y los políticos para referirse al hecho de que las mujeres en edad fértil y las personas de la tercera edad paguen primas muy superiores al promedio de la población es, precisamente, “discriminación”. Tal situación explica, en parte no menor, la pobre imagen pública de un sistema de seguros de salud que ha operado en ausencia de mecanismos de ajuste de riesgo.

del riesgo. Ejemplos de sistemas de compensación de riesgos aplicados en los últimos años se observan en Holanda, Colombia y Estados Unidos. Esfuerzos incipientes se observaron a fines de la década pasada en la operación de las obras sociales, en Argentina.

Con todo, y aunque la necesidad de introducir mecanismos de ajustes de riesgo eficientes es fundamental para el adecuado funcionamiento de los mercados competitivos de seguros de salud, la evidencia internacional demuestra que este empeño es técnicamente complejo y requiere de capacidades institucionales que no siempre están al alcance de los reguladores de América Latina. El relativo éxito de la experiencia holandesa al respecto es consustancial al grado de complejidad y sofisticación de su diseño y capacidades regulatorias instaladas. En suma, el tema es tan urgente como complejo, por lo que si se quiere viabilizar el sistema de seguros de salud en competencia de modo de conciliar la lógica económica y las expectativas sociales, el asunto pasa a ser un desafío prioritario en el diseño del marco regulatorio. Una aguda descripción de este punto puede encontrarse en Baeza, 1999.

4. Control de calidad de los prestadores

Los seguros de salud tradicionales operaban, en rigor, como seguros generales. Esto es, indemnizaban económicamente determinados “sinistros”. Coberturas financieras frente a gastos que superan deducibles definidos, copagos o indemnizaciones eran las formas a través de las cuáles los seguros de salud contribuían a cubrir los riesgos financieros que para sus asegurados constituye una enfermedad y su tratamiento. La espiral insostenible de costos a la que conduce la combinación de la demanda inducida por la oferta y la baja sensibilidad a precio de la demanda cuando ésta se favorece por la cobertura de seguros, ha generado, en especial en los Estados Unidos, una fundamental mutación de la forma a través de la cual los seguros de salud intentan asumir el riesgo que los costos de la recuperación de la salud imponen a sus clientes o asegurados.

Así y bajo diversas fórmulas de lo que se conoce como salud administrada, los seguros de salud han buscado trasladar parte del riesgo a los prestadores, a través de sistemas de pago desacoplados de la cantidad y precio de las prestaciones efectivamente otorgadas a los usuarios. La utilización de sumas fijas definidas ex-ante en función del riesgo, y no del comportamiento efectivo, ex-post, y que se expresan en pagos per cápita, tiene efectos notables sobre la estructura de incentivos de los actores y exige un esfuerzo notable de los reguladores para impedir que la cantidad y calidad de las prestaciones otorgadas sea la variable de ajuste que, en perjuicio de la debida atención médica del paciente y facilitada por la asimetría de información que dificulta el control de la oferta por la demanda, transforme el control de costos en pérdida de calidad, pertinencia y oportunidad de la atención médica recibida.

Es obvio que si la utilidad del prestador, al menos en el corto plazo, depende de que el pago capitado recibido sea superior al costo promedio que los asegurados le generan. La variable de ajuste, única susceptible de ser alterada por el prestador, tenderá a ser la cantidad de las prestaciones recibidas. Es obvio también, que la notable asimetría de información prevaleciente en el ámbito, dificultará la capacidad del paciente-asegurado de evaluar si la atención recibida es la atención debida. En consecuencia, forzoso es concluir

la necesidad que los reguladores tienen de utilizar y aplicar sistemas de medición de la calidad de las prestaciones.

El desafío dista de ser simple. A la ya advertida y extendida incertidumbre acerca de la efectividad de muchos de los tratamientos y drogas frecuentemente utilizadas, se suma la dificultad de medir con precisión y en forma comparativa los “resultados” de largo plazo derivados de la aplicación de modelos alternativos de atención médica. Así, la medición de la calidad de los resultados, más allá de la propia de la infraestructura y de los procedimientos, sigue siendo un tema insuficientemente abordado y carente de conclusiones categóricas.

Es por ello que la salud administrada debe enfrentar la suspicacia que genera la alteración de la estructura de incentivos económicos subyacentes al modelo, por la vía de demostrar que la atención médica otorgada es nada menos que la estrictamente debida de acuerdo a lo que sugiere la evidencia acumulada acerca de las mejores prácticas médicas. Ello impone la utilización de guías prácticas y protocolos basados en la evidencia médica y estadísticamente demostrada. Exige, además, el uso de sistemas de control y contraste entre el tratamiento otorgado, y el que sugiere la evidencia, los que generalmente han estado ausentes de la relación tradicional entre médico y paciente.

Ciertamente, mientras mayor sea la utilización de guías y protocolos, menor será la “soberanía de decisión” de los médicos y menos frecuente la utilización y aceptación de las “segundas opiniones”. Así, el imprescindible control de calidad propio de los sistemas de salud administrada implica verificar la utilización de procedimientos de toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas que necesariamente reducen la actuación autónoma y discrecional del profesional médico. Huelga decir que este cambio radical respecto al modo en que se ha desempeñado por siglos el médico frente al paciente despierta resistencias entre aquellos.³⁶

Excede el propósito de este trabajo abundar sobre los desafíos regulatorios que impone el control de la calidad de las prestaciones otorgadas bajo modalidades de salud administrada. Por ahora, baste con señalar simplemente los ámbitos específicos sobre los que esta debe recaer:

a) Calidad de los prestadores

En este ámbito resulta fundamental la aplicación de sistemas de acreditación, tanto de establecimientos asistenciales, como de profesionales de la salud. La tarea de acreditación suele estar asociada al licenciamiento o autorización de funcionamiento y ha sido desempeñada tradicionalmente por el Estado. Asimismo, y desde la perspectiva de orientación del usuario, se hace necesario avanzar hacia mediciones comparativas de la

³⁶ Los médicos resienten la pérdida de autonomía impuesta por el modelo de salud administrada. Critican el sesgo economicista y de control de costo que, estiman, subyace a la definición de protocolos que, junto con definir lo que debe hacerse, excluyen procedimientos adicionales por estimarse que no son costo-efectivos. Los médicos cuestionan, asimismo, lo que estiman como restricciones a tratar a los pacientes de acuerdo a sus subjetivas particularidades. Asimismo, perciben que la explicitación de un “deber ser” clínico aumenta los riesgos de juicio por mala praxis, toda vez que ahora emerge un sistema de control y contraste que facilita la comparación entre las decisiones adoptadas, por una parte, y las decisiones debidas, por otra.

calidad de la infraestructura de los establecimientos, que permitan medir la suficiencia de los recursos técnicos y humanos disponibles. En el ámbito profesional, surge la necesidad de acreditar las especialidades médicas, de modo que quien se diga especialista efectivamente lo sea.

b) Calidad de los procedimientos y los resultados

En el ámbito de los procesos, cobra relevancia la utilización de guías prácticas y protocolos basados en la evidencia acumulada acerca del costo-efectividad de las prestaciones diagnósticas y curativas. Para un mejor control de la utilización efectiva de la medicina basada en la evidencia, es recomendable ofrecer a los pacientes información resumida de los protocolos y guías que resultan pertinentes a los casos concretos.

Por su parte y paradójicamente, el área de resultado es el aspecto conceptualmente más importante, pero más alejado de evidencias concluyentes. Una medición de resultados de la atención de salud que trascienda el análisis estricto de la recuperación de determinadas patologías obliga a analizar la evolución en el tiempo de la salud de las personas que pertenecen a un plan o modelo de salud, versus lo que ocurriría en escenarios alternativos. Son muchas las dificultades de tamaño esfuerzo investigativo y estadístico. Entre otras, la necesidad de aislar factores (climáticos, conductuales o genéticos) que distorsionen la equivalencia muestral entre los grupos de control, el largo tiempo que requieren las mediciones para que sus resultados sean relevantes, las dificultades de sostener los modelos de atención en forma permanente, etc.

Lo anterior ha conspirado para la definición en qué planes de salud, y bajo qué modalidades de atención, se esperaría una mejor preservación del estado de salud de la población asegurada. Con todo, y pese a las dificultades, no parece aventurado señalar que este camino deberá ser abordado en el futuro si los sistemas de salud, y en especial aquellos basados en el aseguramiento, quieren medir su efectividad de largo plazo en base a los verdaderos fines de una política pública en tal sentido: el estado de salud de la población objetivo.

En resumen, la transición de los seguros de salud, desde un rol de mera bonificación financiera, hacia un alto grado de involucramiento en la prestación propiamente tal, impone el ineludible desafío regulatorio de establecer exigencias de calidad en la prestación. La medición de la calidad de la atención de salud utilizando la medicina basada en la evidencia configura una doble garantía: para los seguros de salud, como para los prestadores, constituirá una defensa frente a la suspicacia y crítica eventual respecto de las distorsiones que los mecanismos de pago utilizados podrían generar en orden a mezquinar la calidad y cantidad de las prestaciones otorgadas; para los pacientes o asegurados, es una garantía de que efectivamente el riesgo descrito no ocurra. En suma, y mientras mayor sea la suspicacia frente a las eventuales distorsiones que generan los incentivos económicos subyacentes, mayor será la necesidad de contar con mecanismos de control de calidad basados en la evidencia que la ciencia médica ofrece.

5. Incentivos a la prevención

Una de las paradojas de los arreglos institucionales para brindar prestaciones de salud a la población reside en el escaso peso relativo de las políticas orientadas a prevenir la

enfermedad y promover hábitos de vida saludables. Esta debilidad contrasta con el altísimo impacto que aquellos tienen sobre la preservación de la salud de la población.³⁷ Entonces, ¿porqué se gasta tan poco en prevención y comparado con el gasto en los sistemas curativos? ¿Es que acaso la imprevisión propia de las personas se traslada sin más al ámbito de las prioridades de las políticas públicas? ¿Incidirá en aquello que las presiones para la asignación del gasto en salud provienen de los prestadores, fundamentalmente orientados al aspecto curativo, sin que existan presiones equivalentes para favorecer hábitos de vida saludables?

Trasciende a los propósitos de este estudio profundizar sobre la paradoja anotada. Sin embargo, no parece conveniente aislar del todo el aspecto regulatorio de los seguros de salud del análisis relativo a cuáles son los modelos operativos de tales seguros que más favorecen la prevención y promoción en salud. Lo dicho, adquiere más importancia si se atiende a la justificada crítica formulada a los seguros de salud de corto plazo con relación a la casi total ausencia de incentivos para promover la prevención. En efecto, si las personas no aprecian los esfuerzos de los seguros por promover hábitos de vida saludables, el gasto desplegado por ellos en esta materia resultará “comercialmente contraproducente” si se le compara con el impacto alternativo de gastar esos recursos en mejorar coberturas que las personas valoren más.

Si, adicionalmente y siguiendo a la literatura económica de bienes públicos, los esfuerzos de prevención favorecen una disminución futura de la siniestralidad que no es enteramente “capturada” por el seguro que desplegó tales esfuerzos, sino por la competencia, entonces los incentivos a la prevención son bajos.³⁸ Es posible y ajustado a la realidad, afirmar que la promoción de hábitos de vida saludables corresponde, en rigor, a lo que se conoce como bienes públicos, respecto de los cuáles operan los principios de no-exclusión del consumo y no apropiación, razón por la cual esa falla de mercado debe ser corregida mediante la provisión directa del Estado. En otras palabras, que es rol del Estado procurar que la población esté debidamente informada de las bondades de una vida sana, en términos de su calidad de vida; así como procurar modificar estilos de vida reñidos con tal práctica

Al discutir el rol esencial de la acción directa del Estado en estas materias, no parece conveniente excluir de toda responsabilidad a los seguros y a su regulación. Al respecto, cabe al menos mencionar algunos elementos que configuran incentivos favorables al desarrollo de políticas de prevención:

a) Contratos de largo plazo

Mientras mayor sea la permanencia del vínculo contractual entre asegurado y asegurador, mayor será el incentivo de este último para promover hábitos de vida saludables y prevenir

³⁷ Phelps (1992), menciona el estudio de Víctor Fuchs que compara los indicadores de muerte por cáncer al pulmón y cirrosis hepática observados en dos estados de los Estados Unidos similares en composición racial, clima, y demás indicadores relevantes, salvo en lo concerniente a los hábitos de vida. Así, el alto consumo de alcohol y tabaco de Nevada, comparada con el bajo consumo de Utah, determina una “tasa” de muertes en exceso en Nevada respecto de Utah de casi un 40% en todos los tramos etáreos. Más específicamente, los varones entre 30 y 39 años habitantes de Nevada tienen casi seis veces más probabilidades de morir de cáncer al pulmón y cirrosis hepática que sus similares de Utah.

³⁸ El caso de Chile, es ejemplo del bajo esfuerzo de prevención y promoción de hábitos de vida saludables desplegados por las Instituciones de Salud Previsional.

la enfermedad, toda vez que la menor siniestralidad esperada irá en directo beneficio del asegurador. Es cierto que forzar la extensión de los contratos, en la medida en que genera afiliados temporalmente cautivos, supone un eventual *trade off* entre calidad de servicio y promoción de salud; pero también lo es que una alta rotación de asegurados no sólo desincentiva, sino que hace materialmente imposible el despliegue de políticas de promoción, monitoreo y seguimiento de la salud de los asegurados.

b) Propagación de sistemas de salud administrada

Como ya se ha señalado, en modelos de salud administrada la utilidad del prestador reside en la diferencia positiva entre el pago capitado y el gasto efectivamente incurrido. Si los mecanismos de regulación de la calidad a los que hemos hecho referencia operan de modo eficiente previniendo disminuciones infundadas de la calidad y prestaciones recibidas, entonces la red prestadora – también dependiendo del horizonte de permanencia de los pacientes - tendrá un claro incentivo para prevenir en salud y mantener un seguimiento permanente del estado de salud de su población a cargo. Por ello, resulta propio afirmar que, desde la perspectiva de la prevención en salud, los seguros que operan bajo la modalidad de salud administrada son superiores a los que simplemente bonifican prestaciones ocurridas bajo la modalidad de pago por servicio.

6. La educación del usuario

Finalmente, cabe referirse a un aspecto poco estudiado en el plano regulatorio: la educación del usuario. No hay mejor fiscalizador que un usuario bien informado de sus derechos y del modo de ejercerlos. No hay sistema de competencia eficiente, si la demanda no conoce ni distingue las variables relevantes del servicio ofrecido y, consecuentemente, carece de los instrumentos para premiar y castigar a los proveedores. Este desafío es particularmente complejo tratándose del mercado de la salud, en donde prevalece la incertidumbre, las asimetrías de información y la ausencia de criterios comparativos de extendida aceptación. Con todo, la regulación debe hacer esfuerzos especiales para dotar a los asegurados de la capacidad de distinguir, y con ello, de premiar y castigar. Con esta política, se generarán estímulos permanentes a la mejoría de la cobertura en los seguros de salud y la calidad en los proveedores de atenciones médicas.

Así, el regulador no puede eludir su rol en la recolección, procesamiento y difusión de información relevante para la toma de decisiones de las personas. ¿Será importante conocer las principales restricciones al uso de los beneficios en los contratos de salud? ¿Es relevante tener acceso a una comparación más estandarizada en las coberturas de beneficios entre aseguradoras? ¿Puede resultar indiferente para el usuario conocer la cantidad de especialistas efectivamente disponibles en un determinado prestador, o la demora promedio en recibir atención, o la estadía promedio de las hospitalizaciones? ¿Será importante conocer cuál es la tasa de infecciones hospitalarias de los prestadores asociados a planes de salud cerrada? ¿Es relevante saber la tasa de éxito de las operaciones complejas o tratamientos contra el cáncer, adecuadamente corregidos por la gravedad del diagnóstico?.

En resumen, mucha información relevante parece estar disponible para su procesamiento y difusión a los usuarios. En rigor, el Estado sólo será consistente con la opción de haber abierto mercados en competencia en el ámbito del aseguramiento, si adopta medidas para

ofrecer al usuario mediciones fiables, relevantes y comparativas acerca de la calidad de los prestadores, favoreciendo el juego de premios y castigos óptimo que resulta de la operación de usuarios debidamente informados. Sólo entonces los beneficios de la competencia se podrán despegar con mayor potencial.

IV. DESAFÍOS INSTITUCIONALES DE LA REGULACIÓN

El análisis sobre áreas preferentes de regulación acabado de reseñar, supone la existencia de una institucionalidad que favorece la participación privada y en donde la regulación de actividades privadas está adecuadamente sustentada. Así, estas recomendaciones son más bien atingentes a países que ya poseen cierto grado de madurez en reformas microeconómicas. No obstante, en países con mayores falencias institucionales se requiere crear o rediseñar la institucionalidad regulatoria. Definitivamente, países con un entramado social e institucional extremadamente débil, en donde el flagelo de la corrupción esté definitivamente asentado en la sociedad civil, no debieran seguir las recomendaciones que surgen del análisis arriba realizado sin antes abordar el desafío de fortalecer la institucionalidad regulatoria.

A. Bases institucionales mínimas

En la práctica, las políticas regulatorias requieren de una institucionalidad mínima que garantice el éxito de su implementación. En efecto, no es lo mismo la discusión sobre marcos regulatorios en un país donde se respetan los derechos de propiedad, se garantiza una defensa eficiente y eficaz de los derechos de los más desposeídos o de los usuarios de un servicio y hay bajos estándares de corrupción, etc.; que en un país donde sucede exactamente lo contrario.

Conscientes de sus debilidades institucionales, algunos países de la región han comenzado a experimentar reformas económicas tendientes a mejorar su desempeño económico y social, ya no sólo a nivel macroeconómico, sino a nivel más micro, abordando las reformas conocidas como de segunda generación. Bajo el refrán “una macroeconomía sana sólo es sustentable con una microeconomía sana”, los países que tienen sus cuentas ordenadas buscan sustentar o retomar su senda de desarrollo a través de resolver los problemas que enfrentan todos y cada uno de sus mercados, con miras no sólo a sentar las bases de un desarrollo sostenido y sustentable, como podrían ser con la resolución de las llamadas fallas de mercado; sino además buscan viabilizar el modelo económico a través de llevar sus ventajas a toda la población. En el ámbito de la salud, lo anterior se expresa en la búsqueda de llevar los beneficios de una economía de mercado a los sectores más desposeídos y típicamente abandonados por el mercado de no mediar una política pública directamente focalizada.

En suma, las restricciones institucionales que inciden sobre el éxito relativo de un diseño regulatorio en general, y en el mercado de los seguros de salud en particular, pueden ser categorizadas en cuatro grandes niveles:

- Restricciones técnicas de las instituciones encargadas de regular la actividad, así como restricciones en las capacidades de coordinación interinstitucional de los gobiernos para cubrir todas las áreas involucradas en una reforma regulatoria al sector.
- Restricciones legales o reglamentarias debido, principalmente a restricciones en los marcos regulatorios, en el actuar de los organismos estatales, etc.

- Restricciones del poder judicial para resolver conflictos entre partes privadas.
- Restricciones sociales que hagan inviable la política regulatoria eficiente, tal como la corrupción, por ejemplo.

Cuando algunos países presentan este tipo de restricciones institucionales, es enormemente complejo implementar un marco regulatorio del mercado con participación privada y regulación pública. Ello por cuanto la desconfianza en la propia institucionalidad no garantiza un efectivo cumplimiento de los contratos o de la coberturas de servicios pactadas. Sin embargo, la situación no es necesariamente mejor en un escenario de seguros privados no regulados o de monopolio estatal ya que, sobretodo en presencia de corrupción, difícilmente se logrará un funcionamiento adecuado con arreglos institucionales distintos.

Hay estudios a nivel teórico que muestran que un mejor diseño institucional para un mercado que presenta falencias económico-sociales importantes en su funcionamiento liberalizado es, ante casos de elevada corrupción por ejemplo, simplemente que el Estado provea el servicio sin buscar siquiera focalizar a los potenciales beneficiarios de un servicio de esta índole. En tal sentido, el racionamiento vía colas de espera, baja calidad del servicio o baja cobertura de riesgos característicos de los servicios públicos sería un mal menor ante la opción de diseñar una institucionalidad sofisticada y con participación privada que, a todas luces, distorsionará la distribución de la riqueza hacia los grupos con mayor poder a la hora de captar las rentas generadas por la corrupción de la actividad (Kulscheptra, 1995). La conclusión de estos estudios, eso sí, requiere de un análisis caso a caso, ya que ciertamente surge la duda en cuanto a si no es peor opción este monopolio público, especialmente, por tratarse de un monopolio corrupto.

B. Requisitos para el diseño de una institucionalidad regulatoria

La medición de la calidad, pertinencia, eficiencia o eficacia de una determinada institucionalidad regulatoria habrá de surgir de la comparación entre su comportamiento efectivo y los parámetros, objetivos, o indicadores de desempeño que se definan. Pero, ¿cuál es el deber ser de un regulador de seguros de salud y cuáles los factores críticos de su éxito o fracaso? Lo cierto es que la respuesta a esta pregunta admitirá, no sólo matices diversos, sino incluso francas contradicciones si son interrogados al respecto las asociaciones de usuarios, los prestadores, los aseguradores, el mundo político, los ministerios de Hacienda o Economía, de Salud, etc. Así, el “deber ser” del regulador no será, desde la perspectiva político-social necesariamente unívoco, y por ello, tampoco será simple su cometido.

Para algunos, el énfasis deberá ser puesto en la defensa irrestricta de los derechos de los asegurados, aunque suponga tolerar o soslayar prácticas de riesgo moral o pequeños fraudes contra el seguro. Para otros, todo regulador deberá velar por el desarrollo sustentable de la industria o actividad bajo su tutela, para lo cual será importante generar estabilidad en las reglas del juego que favorezcan la inversión y retornos razonables a las compañías. En escenarios de conflicto o tensión entre aseguradores y prestadores, al regulador se le intentará asignar un rol de arbitraje necesariamente complejo. Finalmente, y dependiendo de cuál sea el objetivo implícito de las autoridades políticas respecto del rol que deban jugar los seguros privados en la seguridad social, el regulador experimentará

presiones para favorecer o restringir ese papel, especialmente si los privados operan en competencia o coexistencia con alternativas de aseguramiento y provisión públicas.

En consecuencia, el contexto en que opera el regulador suele estar caracterizado por presiones y expectativas múltiples y contradictorias. Ellas no sólo configuran un riesgo evidente de captura que distorsione sus objetivos propios, sino que dificulta la medición de su desempeño en cuanto éste será medido con varas tan distintas como las expectativas que se tengan sobre su función.³⁹

Dos cuestiones deben derivarse como conclusiones de lo anterior. La primera, es que si realmente se quiere que el regulador se aboque al cumplimiento de las funciones técnicas que la ley y los objetivos trascendentes de las políticas públicas le encomienden, será importante dotarlo de grados de autonomía y capacidades que le permitan resistir adecuadamente las presiones que intenten sesgar su desempeño hacia otros fines. En segundo término, será importante que en la medida de lo posible los objetivos de la regulación se expliciten con detalle en forma legal. La existencia de un sentido de misión claro resulta imprescindible para resistir las presiones que apunten a distorsionarlo.⁴⁰

Ahora bien, ¿cuál puede ser ese sentido de misión? La respuesta, obviamente, será necesariamente tributaria del marco legal en que se inserte el regulador, lo que nos obliga a resistir cualquier intento de generalización. No obstante, algunos elementos debieran ser tenidos a la vista:

a) Hacer cumplir la ley

Al regulador le compete, en sus funciones de fiscalización, garantizar el pleno cumplimiento de las leyes aplicables.⁴¹ Esa es su función principal. Tiene, en ello, un rol similar al judicial. Podrá el regulador sentirse más o menos partidario de determinadas normas vigentes, pero ello no debiera sesgar su conducta. Si las normas cuestionables son de rango superior a las que está en sus manos directamente modificar, su tarea será elevar los fundamentos de una eventual modificación a las autoridades sectoriales competentes.

b) La defensa de los derechos de los asegurados

La regulación legal del funcionamiento de los seguros de salud tiene un innegable sesgo garantista o protector de la parte más débil de la relación contractual. Por otro lado, el mundo de los prestadores y de los seguros suele contar con formas de organización gremial que les brindan una presencia e influencia en el debate público del que carecen los usuarios, rara vez organizados de un modo equivalente. En tal sentido, el regulador-

³⁹ Véase en el capítulo inicial de este trabajo, una discusión más acabada al respecto y basada en Tirole (1994).

⁴⁰ Como la literatura de incentivos enfatiza: misiones claras son preferidas por reguladores de alta productividad; mientras que misiones difusas atraen a reguladores menos productivos y, por lo tanto, más capturables (Dewatripont, Jewit y Tirole, 1999).

⁴¹ Conceptualmente es posible distinguir entre los roles de regulación, en tanto diseño normativo, y de fiscalización. En rigor, el diseño de las leyes o normas generales compete al Poder Ejecutivo y al Parlamento, correspondiendo la dictación de instrucciones generales de aplicación de las anteriores al órgano administrativo regulador. La fiscalización de todas suele competir a este último, no debiendo participar activamente en el rol del diseño del marco regulatorio.

fiscalizador no podrá soslayar su rol garantista de los usuarios, para lo cual no sólo cuenta con los instrumentos sancionatorios que la ley provee, sino también con la posibilidad de “empoderar” a los usuarios mediante la difusión sistemática de información relevante y comparativa del desempeño de los proveedores de los servicios de aseguramiento y provisión.

c) Evitar la discrecionalidad de los reguladores

El debate público acerca de los modelos de aseguramiento y provisión en salud en América Latina y de los roles que en estos ámbitos competen al Estado y a los privados está lejos de haber terminado de un modo pacífico o con conclusiones categóricas respecto de la superioridad de una alternativa sobre las demás. En tal escenario, es frecuente que las reformas al mercado de los seguros de salud se inserten en debates aún inconclusos y carentes de unánime aceptación entre los sectores involucrados. Un álgido debate acompaña la apertura de mercados a los privados y la definición del marco regulatorio. No es extraño, pues, que quienes asumen roles relevantes en los organismos de regulación y control hayan jugado también un rol activo y definido en el debate precedente. En tal escenario, y en la medida en que el desempeño efectivo de los seguros sea visto como una confirmación, tanto de las virtudes o defectos pronosticados antes por partidarios y detractores, respectivamente, no puede desestimarse el riesgo de que la función regulatoria derive, aunque en forma implícita e inconfesada hacia la legitimación o deslegitimación del nuevo modelo. Ciertamente, tal finalidad rara vez será consistente con la función principal de hacer cumplir la ley, sancionando cuando corresponda, y sólo cuando corresponda, las infracciones cometidas.

En concreto, el riesgo anotado será mayor mientras mayor sea el peso de un debate ideológico inconcluso. Este elemento fortalece los argumentos a favor de dotar a los reguladores de un estatuto que garantice excelencia técnica y probidad en su designación, e importantes grados de autonomía en su gestión. El riesgo de captura del regulador, particularmente amenazante en escenarios donde coexisten presiones políticas, poderosos intereses gremiales y debates ideológicos inconclusos, puede ser minimizado a través de medidas concretas. A saber:

- Designación de los reguladores mediante concurso, idealmente con la participación de dos poderes del Estado. Por ejemplo, mediante la proposición presidencial aprobada por el Congreso.
- Cumplimiento de requisitos técnicos y profesionales de los reguladores que acrediten su solvencia técnica para el cargo.
- Mandato de plazo fijo, renovable y expuesto a remoción sólo por causales justificadas con la aprobación de las autoridades que concurrieron a su nombramiento.
- Remuneraciones equivalentes a las percibidas por los regulados.
- Prohibición de haber trabajado, o de trabajar, en el sector regulado en el período inmediatamente previo y, posterior, respectivamente, a su desempeño en el organismo regulador.

- Prohibición de presentarse como candidato a una elección popular en el tiempo inmediatamente posterior a su desempeño como regulador.
- Exigencia de transparentar toda información relevante.

En cuanto al último punto, y consistente con la teoría de captura regulatoria expuesta en este documento, cabe destacar aquí, que como se ha dicho, y con razón, no hay mejor policía que el alumbrado público, ni mejor desinfectante que la luz solar. Por tanto, si se quiere garantizar probidad en el desempeño de las funciones regulatorias, será necesario favorecer el escrutinio social permanente de su actividad. Ayudan a este propósito las rendiciones periódicas de cuentas, así como la existencia del libre acceso ciudadano a los documentos que obran en su poder y que han servido de base técnica o estadísticas para la toma de decisiones del regulador. La necesidad de publicar y fundamentar explícitamente sus resoluciones será también útil a los fines de facilitar el control social de la función regulatoria del Estado en este ámbito.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La regulación de seguros de salud participa, en general, de los mismos fundamentos y objetivos que explican la regulación de otros mercados, particularmente las imperfecciones o fallas de mercados. Por tal razón, se han revisado en detalle las asimetrías de información, la selección adversa y el riesgo moral que, en el caso específico de los mercados de salud y de seguros de salud, aparecen como imperfecciones o fallas de mercados exacerbadas por la presencia de incertidumbre.

No obstante, como también se ha mencionado, hay otros argumentos más de índole de la protección social y la economía del bienestar asociados a la regulación de seguros de salud, todos fundados, en mayor o menor grado, en la incertidumbre inherente al mercado de la salud. Así, esta misma inserción del asunto en el ámbito del bienestar social obliga a buscar los fundamentos y fines de la regulación más allá de la teoría económica general. Desde luego, la sola prevalencia de la noción de “necesidad”, más que de “demanda”, nos obliga a ver en el aseguramiento de salud un bien meritorio cuya satisfacción debe garantizarse con prescindencia de la capacidad de pago –demanda estricta- de las personas. Será este elemento, más que las tradicionales fallas de mercado, las que exigen y condicionan una regulación especial del aseguramiento en salud.

De hecho, la necesidad de mecanismos de compensación de riesgos -que concilien la lógica económica con la lógica social, permitiendo la solidaridad entre quienes pueden aportar más que el valor de sus gastos esperados en salud, hacia quienes están en la situación inversa- no sólo carece de fundamento en la teoría clásica de una regulación orientada a corregir fallas de mercado, sino que casi resulta una contradicción con ella, en cuanto supone una desalineación entre quienes soportan el costo y quienes reciben los beneficios de una determinada prestación de servicios.

En definitiva y dentro de esta línea argumental, la protección de la salud es considerada un bien meritorio que no puede estar sujeta, en su acceso a un mínimo socialmente definido, a la mera capacidad de pago de las personas. Ello impone, no sólo la existencia de subsidios – a la oferta o a la demanda – que garanticen el acceso de todos a ese estándar básico, sino que la necesidad de obligar a la oferta a suministrarlo.

Es por ello también que en escenarios de múltiples seguros en competencia, la regulación impone mínimos contractuales irrenunciables y obligatorios como modo de satisfacer un principio de equidad y de contrarrestar, al mismo tiempo, la imprevisión de las personas. Asimismo, y en escenarios de múltiples seguros y planes de salud, la regulación intenta proteger al usuario por medio de regulaciones que establecen cláusulas contractuales mínimas y obligatorias, imponen unidades de medida comunes o sistemas de comparación que faciliten la elección entre alternativas y, en general, imponen limitaciones a lo que de otro modo podría derivar en cláusulas abusivas impuestas unilateralmente por la parte aseguradora. En suma, la propia naturaleza de contratos de adhesión, esto es, aquellos en que el usuario sólo puede aceptar o rechazar, pero no discutir las cláusulas contractuales, impone un fundamento adicional a la regulación, esta vez desde la perspectiva de la protección de los derechos de la parte más débil en la relación contractual.

De igual forma, y en la medida en que los seguros de salud participen de la seguridad social y respondan a una demanda obligatoria que el Estado impone coercitivamente a los

ciudadanos, la regulación de este mercado tiende a ser la inevitable contrapartida de la existencia de cotizaciones obligatorias y consumo forzado del aseguramiento. La obligatoriedad del aseguramiento, nacida de la premisa que la demanda espontánea de las personas determinaría una cobertura muy inferior al óptimo social, no sólo obliga a precisar con detalle el alcance del mandato legal – lo que impone inevitablemente la regulación de buena parte de las características del seguro – sino que además favorece la posibilidad de contrarrestar el fenómeno de la selección adversa, al obligar tanto a los buenos como a los malos riesgos a ser parte del aseguramiento.

Esta intervención del Estado en orden a forzar el aseguramiento en salud no sólo permite la operación de la ley de los grandes números y una mayor precisión actuarial, sino que tiende a reducir la aplicación de sistemas alternativos o adicionales para contrarrestar la selección adversa. Estos son casi siempre odiosos para el usuario y la opinión pública, tales como altos copagos, exámenes de salud previos al ingreso, carencias, o restricciones de cobertura totales o temporales para enfermedades preexistentes, etc.

Ahora bien, enfrentados al desafío de regular adecuadamente los seguros de salud presentes en la seguridad social de los países las cuestiones a resolver no son sólo conceptuales como, por ejemplo: qué regular, con qué intensidad hacerlo, qué grados de autonomía política debe reconocerse al ente de control y supervisión, cómo garantizar igualdad de trato regulatorio en mercados mixtos en que la provisión del aseguramiento se brinda tanto por privados como por seguros estatales, cómo favorecer una regulación consistente con las prioridades de salud pública, que fomente la prevención en salud, etc. Adicionalmente, la tarea práctica de instalación de normas e instituciones regulatorias se ve enfrentada, condicionada y, en ocasiones, severamente restringida, por las limitaciones institucionales que entorpecen el rol regulador del Estado. Una reflexión honesta y rigurosa de las fallas del Estado a este respecto resultará útil al momento de ponderar, más allá de la norma escrita y la voluntad de los agentes públicos, la capacidad efectiva del Estado para regular un área particularmente sensible para la población. Y si la prevención anterior se aplica a cualquier ámbito del ámbito regulatorio estatal, resulta más acuciante aún en el área que nos ocupa.

En efecto, pocos campos de las políticas públicas combinan en dosis equivalentes, las complejidades y desafíos presentes en la regulación de los seguros de salud. A la inexistencia, por una parte, de un consenso académico, o derivado de la observación de experiencias comparadas acerca de cuál es el modelo de aseguramiento (único o múltiple en competencia) que deba ser tenido como superior al resto –en rigor, cada país es un sistema, y cada sistema es tributario de historias y evoluciones muy propias e irrepetibles-, se debe agregar la extraordinaria sensibilidad social frente a una materia tan vital y respecto de la cual, casi por definición, las expectativas de las personas superan la capacidad de respuesta y/o financiamiento de cualquier sistema o Estado. Si a ello se suma el conflicto político derivado del debate inconcluso, y en ocasiones involucionado, respecto de los roles que al Estado y a los privados les cabe en este ámbito, por un lado, y las fuertes presiones gremiales y de otros grupos de interés corporativos, el empeño orientado hacia una correcta regulación de los seguros de salud insertos en la seguridad social dista, y con mucho, de ser tarea fácil.

Con todo, y precisamente por las dificultades y desafíos anotados, resulta de particular importancia avanzar hacia la definición de las áreas prioritarias de la regulación de los seguros de salud sobre la base de un marco conceptual sólido y comprensivo de las particularidades de la economía de la salud, del aseguramiento, y de los desafíos institucionales que deben sortearse para minimizar las fallas del Estado y maximizar el beneficio social esperable de la operación de mercados competitivos en este ámbito.

En lo relativo a las áreas de desarrollo de regulaciones, instituciones y destrezas regulatorias, el documento fundamenta la selección de seis ámbitos preferentes:

1. Regulación de los planes de salud, en particular con miras a establecer condiciones en la oferta de los planes que garanticen una cobertura mínima de protección financiera frente a los costos de recuperación de la salud en consistencia y armonía con las prioridades de salud pública socialmente definidas.
2. Regulación de los contratos de adhesión. La teoría general de los contratos justifica la regulación de los llamados contratos de adhesión para proteger a la parte más débil de la relación contractual y para quien la opción será contratar o dejar de hacerlo, pero nunca la negociación de las cláusulas. Asimismo, la seguridad social financiada con cotizaciones obligatorias debe garantizar que la contraprestación recibida a cambio del pago de cotizaciones satisfaga plenamente el objetivo que justifica el carácter obligatorio del aporte. Por ello, el instrumento jurídico que vincula al asegurado y al asegurador es tanto un contrato dirigido (por la regulación), como de adhesión. Lo dicho, contextualiza la necesidad de distinguir con prolijidad tres tipos de cláusulas contractuales: las obligatorias (mediante las cuales el Estado persigue garantizar el acceso al aseguramiento en las condiciones definidas); las prohibidas (aquellas que previenen los abusos potenciales de los contratos de adhesión en situaciones de aguda asimetría de poder de negociación e información); y las cláusulas permitidas (consistente en el ámbito de libertad contractual en que se expresa la diversidad de la oferta en un esquema de múltiples oferentes en competencia).
3. Introducción de mecanismos de compensación de riesgos. Indudablemente todo asegurador debe recibir un financiamiento (prima) equivalente a los riesgos cuya cobertura ofrece y que varían sensiblemente con la edad y sexo de los asegurados. La conmutatividad o equivalencia entre prima y riesgo es un aspecto básico de eficiencia económica y sustentabilidad financiera del sistema. Sin embargo, cuando por omisión regulatoria, se exige que cada quien pague directamente sus propios riesgos, en circunstancias que los diferenciales son muy significativos y rara vez coinciden con la capacidad de pago de las personas resulta, la lógica económica colisiona con la expectativa social y política poco dispuesta a aceptar que los recién nacidos, las mujeres en edad fértil o las personas de la tercera edad enfrenten pagos de primas tan superiores a los de, por ejemplo, un hombre de 30 años. Por ello, la introducción de mecanismos de compensación de riesgos basados en una razonable capacidad predictiva actuarial de los gastos esperados de cada grupo de riesgo, unida a un sistema eficiente de compensación que redistribuya el financiamiento desde quienes aportan más que sus riesgos hacia quienes requieren subsidio, pasa a ser un factor clave para el éxito y sustentabilidad política de un sistema de seguros múltiples en competencia. La evidencia demuestra que las primas basadas en riesgo individual son resistidas por una población que ve en ellas, más que una razonable expresión de la equivalencia entre

precio o prima y gasto esperado, una inaceptable forma de discriminación contra determinados sectores de la población.

4. Control de la calidad de los prestadores, tanto de la dotación de los recursos humanos y técnicos ofrecidos por las diversas redes asistenciales, como de los procesos adoptados. El desarrollo de guías prácticas y protocolos de atención resulta inevitable como medida de promoción y control de la calidad de los procedimientos, sirviendo además de garantía a los usuarios de que las previsibles medidas de control de costo insertas en modelos de salud administrada no deriven en reducciones injustificadas de la calidad y cantidad de las prestaciones recibidas.
5. Promoción de políticas preventivas en salud. Pese a que la promoción de hábitos de vida saludable y otras formas de prevenir la enfermedad se consideran bienes públicos cuya provisión competiría directamente al Estado mediante las acciones emprendidas por los ministerios de salud correspondientes, este documento muestra como el modo de regular los seguros de salud dista mucho de ser neutral en torno al punto y, por ende, puede contribuir de modo no despreciable hacia un equilibrio más eficiente entre los esfuerzos curativos y preventivos en salud.
6. Educación al usuario en cuanto a sus derechos y el modo de ejercerlos. Finalmente, este documento realza la necesidad de potenciar el rol regulador implícito, pero fundamental, que todo usuario tiene en sistemas basados en la competencia y la diferenciación de la oferta. En efecto, y salvo que al usuario se le brinden herramientas que le permitan conocer y comparar las variables verdaderamente relevantes de la calidad del servicio de aseguramiento y prestación en salud, el mercado en cuestión tenderá a operar bajo las severas imperfecciones derivadas de la desinformación de los usuarios o demandantes. ¿Son, acaso, significativos los esfuerzos y experiencias observadas en la actualidad para favorecer la comparación de la calidad en infraestructura, procedimientos y resultados? ¿Cuánta ineficiencia se incubaba en mercados opacos e incomprensibles para la gran mayoría de los usuarios? ¿Habría, acaso, un mejor regulador, o fiscalizador, que un usuario bien informado y que ejerce su libertad de elección fluidamente y “votando con los pies”?

No obstante la importancia de identificar las áreas preferentes de la regulación estatal que orienten los esfuerzos en la materia, la eficacia de estos dependerá crucialmente de la capacidad institucional del Estado. A tal fin, el estudio propone una serie de medidas que, para aquellos países que ya cuentan con una institucionalidad en operación, apuntan a reducir los riesgos de captura regulatoria y a mejorar las capacidades institucionales. Ellas consisten en:

1. Especificar con claridad la misión del regulador, en particular en cuanto a hacer cumplir la ley, defender a los usuarios del sistema y evitar la existencia de “agendas” ocultas y contradictorias con su función estricta.
2. Fortalecimiento técnico del regulador, en particular tendiente a mejorar las capacidades técnicas y de comprensión del mercado bajo regulación, de modo de minimizar los riesgos de subregulación, sobregulación y otras distorsiones derivadas de las asimetrías de información que pueden afectarlo respecto de sus propios regulados.
3. Independizar al regulador de presiones políticas o de grupos de interés, ya sean políticas o de la propia industria regulada, a través de un estatuto que favorezca la debida autonomía.

4. Exigencia de transparentar la información y los fundamentos de las decisiones adoptadas por el regulador, de modo de minimizar los riesgos de una actuación arbitraria y de la propia captura del regulador.

En suma, importa tanto definir qué hacer, como dotar a los gestores que ejercen las funciones supervisoras y fiscalizadoras con las capacidades adecuadas para llevar adelante la agenda de áreas preferentes de regulación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Akerlof, G. (1970), "The Market for Lemons", *Quarterly Journal of Economics*, vol. 80: 488-500.
- [2] Armstrong, M., S. Cowan y J. Vickers (1994), *Regulatory Reform: Economic Analysis and the British Experience*, MIT Press.
- [3] Arrow, K. (1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, vol. 53: 941-973.
- [4] Baeza, C. y C. Copetta (1999), "Análisis Conceptual de la Necesidad y Factibilidad de Introducir Mecanismos de Ajuste de Riesgo en el Contexto de Portabilidad de los Subsidios Públicos en el Sistema de Seguros de Salud en Chile", mimeo CLAISS - Universidad de Chile.
- [5] Baeza, C. (1999), "¿Es Necesario el Ajuste de Riesgo en los Mercados de Seguros de Salud en Competencia en Latinoamérica?", Mimeo, Banco Mundial.
- [6] Baker, L. y M. McClellan (2001), "Managed Care, Health Care Quality, and Regulation", *Journal of Legal Studies*, vol. 30(2): 715-741.
- [7] Baron, D. y R. Myerson (1982), "Regulating a Monopolist with Unknown Cost", *Econometrica*, vol. 50: 911-930.
- [8] Basu, K. (1998), "On Misunderstanding Government: An Analysis of the Art of Policy Advice", *Economics & Politics*, vol. 9: 231-250.
- [9] Becker, G. (1983), "A Theory of Competition Among Pressure Groups for Political Influence", *Quarterly Journal of Economics*, vol. 98: 371-400.
- [10] Berlinski, S. (1995), Incertidumbre y Fallas en la Información: Un Análisis del Mercado de Salud, *Económica*, vol. 41(2): 23-62.
- [11] Bitrán, E. y E. Saavedra (1993), "Algunos Comentarios en Torno al Rol Regulador y Empresarial del Estado", O. Muñoz (ed.), *Después de las Privatizaciones: Hacia el Estado Regulador*. CIEPLAN.
- [12] Buchanan, J. y G. Tullock (1965), *The Calculus of Consent*, The University of Michigan Press, Ann Arbor.
- [13] Demsetz, H. (1968), "Why Regulate Utilities", *Journal of Law and Economics*, vol. 11: 55-66.
- [14] Dewatripont, M., I. Jewitt y J. Tirole (1999), "The Economics of Career Concerns, Part II: Application to Missions and Accountability of Government Agencies", *Review of Economic Studies*, vol. 66(1).
- [15] Encinosa, W. (2001), "The Economics of Regulatory Mandates on the HMO Market", *Journal of Health Economics*, vol. 20(1): 85-107.
- [16] Feldstein, P. (1999), *Health Care Economics*, 5ta. Ed., Delmar Publishers.
- [17] Fitzsimmons, E., B. Kracher y K. Woods (2000), "Managed Care, Quality of Care, and Patient Rights", *Forum for Social Economics*, vol. 30(1): 31-46.
- [18] Ginsburg, P. (1984), "The Competition Debate Five Years Later (Corporate Benefit Policies and Health Insurance Costs)", *Journal of Health Economics*, vol. 3(3): 307-311.

- [19] Grunbach, K. (1999), "Quality of Primary Care Practice in a Large HMO According to Physician Specialty", *Health Services Research*, vol. 34(2): 485-202.
- [20] Hadley, J. (1999), "Perceived Financial Incentives, HMO Market Penetration, and Physicians' Practice Styles and Satisfaction", *Health Services Research*, vol. 34(1): 307-321.
- [21] Hart, O. (1974), "On the Optimality of Equilibrium when the Market Structure is Incomplete", *Journal of Economic Theory*, vol. 11: 418-443.
- [22] Kulshepra, P. (1995), "A Model of Rationing by Waiting in the Presence of Bribery", Mimeo Applied Microeconomics Workshop, Cornell University.
- [23] Laffont, J. J. (2000), *Incentives and Political Economy*, Cambridge University Press.
- [24] Laffont, J. J. y J. Tirole (1993), *A Theory of Incentives in Procurement and Regulation*, MIT Press.
- [25] Laffont, J. J. y J. Tirole (2000), *Competition in Local Telephony*, MIT Press.
- [26] Manning, Newhouse, Duan (1987), "Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment", *American Economic Review*, vol. 77 (3) 251-277.
- [27] Marquis, M.S. y T. Louis (2002), "On Using Sample Selection Methods in Estimating the Price Elasticity of Firms' Demand for Insurance", *Journal of Health Economics*, vol. 21(1): 137-145.
- [28] Mas-Colell, A., G. Whinston y J. Green (1995), *Microeconomic Theory*, MIT Press.
- [29] Myerson, P. (1999), "Nash Equilibrium and the History of Economic Theory", *Journal of Economic Literature*, vol. 37: 1067-1082.
- [30] Noll, R. (1989), "Economic Perspectives on the Politics of Regulation", en R. Schmalensee y R. Willig (eds.), *Handbook of Industrial Regulation*, North Holland, Amsterdam.
- [31] Núñez, J. (2000). "A Model of Self-Regulation". *Economic Letters*, vol. 74(1): 91-97.
- [32] Nyman, J. (1991), "Costs, Technology, and Insurance in the Health Care Sector", *Journal of Policy Analysis and Management*, vol. 10(1): 106-111.
- [33] Paredes, R., J.M. Sánchez, y A. Fernández (1995). "Privatización y Regulación en Latinoamérica". *Revista de Análisis Económico*, vol. 10: 1-19 (número especial).
- [34] Parkin, D., A. McGuire y B. Yule (1987). "Aggregate Health Care Expenditures and National Income: Is Health Care a Luxury Good?". *Journal of Health Economics*, vol. 6(2): 109-127.
- [35] Pelzman, S. (1976). "Toward a More General Theory of Regulation". *Journal of Law and Economics*, vol. 19: 211-240.
- [36] Peterson, P. (2001). "Regulating Health Care: From Self-Regulation to Self-Regulation?". *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 26(5): 1165-1177.

- [37] Phelps, Ch. (1992), *Health Economics*, Harper Collins Publishers.
- [38] Rotzchild, X y J. Stiglitz (1976), "Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay in the Economics of Information", *Quarterly Journal of Economics*, vol. 87: 629-649.
- [39] Salanié, B. (2001), *The Economics of Failure Markets*, MIT Press.
- [40] Schleifer, A. (1985), "A Theory of Yardstick Competition", *RAND Journal of Economics*, vol. 16: 319-327.
- [41] Spence, M. (1973), "Job Market Signaling", *Quarterly Journal of Economics*, vol. 84: 355-374.
- [42] Stigler, G. (1971), "The Economic Theory of Regulation", *Bell Journal of Economics*, vol. 2: 3-21.
- [43] Tirole, J. (1988), *Industrial Organization*, MIT Press.
- [44] Tirole, J. (1994), "The Internal Organization of Government", *Oxford Economic Papers*, vol. 46: 1-29.
- [45] Wagner, L. (1970), "The Role of Private Insurance in Meeting Personal Health Care Costs", *University of Washington Business Review*, vol. 29(2): 45-56.
- [46] White-Means, S. (1989), "Consumer Information, Insurance, and Doctor Shopping: The Elderly Consumer's Perspective", *Journal of Consumer Affairs*, vol. 23(1): 45-64.
- [47] Williamson, O. (1985), *The Economics Institutions of Capitalism*. Free Press.