



REFLEXIONES SOBRE LOS INCENTIVOS EN EL MERCADO DE LOS SEGUROS DE SALUD

La interacción entre prestadores y aseguradoras queda condicionada por los diferentes esquemas de pagos que las aseguradoras utilizan para pagar a los prestadores. La interacción entre usuarios y aseguradoras queda condicionada por las asimetrías de información expresadas en la selección adversa, el riesgo moral y la relación de agencia prestador - paciente. Mientras que la asimetría de información entre aseguradoras y prestadores queda limitada por la relación de agencia prestador - asegurador. Cada una de las interacciones mencionadas genera incentivos económicos, algunos de los cuales revisaremos a continuación.

El riesgo moral se refiere al probable cambio de comportamiento que pueden experimentar las personas una vez que han contratado un seguro, en este caso de salud. Dentro de los cambios de comportamiento esperables se encuentran: la adopción de conductas que aumenten el riesgo de enfermar. O, acudir al médico por problemas de salud leves, en circunstancias que sin estar asegurado, no lo haría. Este último comportamiento puede verse exacerbado, por un lado, por la presencia de los llamados “seguros complementarios de salud” que reembolsan parcialmente el gasto de bolsillo de los usuarios no cubierto por las ISAPRES. Y por otro lado, por la demanda inducida por parte de los prestadores que incentivan a sobre-demandar prestaciones. Lo que obligará a las aseguradoras a desarrollar nuevas medidas que les permitan controlar las conductas descritas.

La selección adversa corresponde a la posibilidad de que personas más riesgosas desde el punto de vista sanitario contraten seguros con mayores coberturas, “más generosos”. Situación derivada de que las personas sepan más de su propia condición de salud que la aseguradora al momento de contratar el seguro. Como respuesta, las aseguradoras implementan distintas medidas para disminuir el riesgo de selección adversa. Por ejemplo, la Declaración de Salud.

De la mano de la selección adversa aparece otro problema, la selección de riesgos o “descreme”. El descreme guarda relación con la capacidad de las ISAPRES de escoger a las personas menos riesgosas. La “selección” puede realizarse ex-ante o ex-post.

La selección ex-ante se da previo a la firma del contrato y se basa en la imposibilidad que tienen las ISAPRES de fijar precios discriminatorios por riesgo, lo que genera el incentivo a buscar a las personas menos riesgosas negando la afiliación a las personas más riesgosas o limitando las coberturas para

enfermedades preexistentes. Como consecuencia los usuarios que no logran firmar un contrato con una aseguradora privada debido a su condición de salud, terminan recalando en el seguro público de salud (FONASA), quien ante la imposibilidad de rechazarlos, se queda con la cartera de mayor riesgo.

Cuando una persona desarrolla una enfermedad crónica es muy probable que los gastos en salud cubiertos por el seguro de salud superen lo que ese mismo usuario paga por su prima, por lo que esa persona significará una pérdida casi segura para la ISAPRE año a año. Esta diferencia entre ingresos y egresos económicos para la ISAPRE genera un incentivo a que la aseguradora busque un mecanismo para expulsarlos. Los mecanismos que ésta desarrollen para alcanzar este incentivo es lo que se conoce como *descreme ex.post*. La posibilidad de ejecutar este tipo de *descreme* radica en la capacidad que tienen las aseguradoras de subir el precio unilateralmente y de manera diferenciada por plan. El alza de precio la pueden ejecutar hasta que los afiliados elijan “voluntariamente” irse a FONASA.

Tal como lo dijimos al comienzo de este artículo, la interacción entre prestadores y aseguradoras queda condicionada por los diferentes esquemas de pagos que la aseguradora utiliza para pagar a los prestadores. Uno de los mecanismos de pago más utilizados en el subsector privado y en la modalidad libre elección (MLE) de FONASA es el pago por servicio o *fee for service*. Bajo este mecanismo el prestador recibe un pago por cada prestación otorgada. Dado que se paga por acto realizado el prestador tiene escasos incentivos sobre el resultado, la calidad y la utilización de prácticas costo-efectivas. Es más, el escenario es propicio para generar una sobre utilización de prestaciones vía demanda inducida. Al final, el prestador sabe que existe un “tercer pagador” (seguro) que se hará cargo de una parte del costo. Por la misma razón tampoco está muy preocupado del precio de la prestación. En este escenario, el usuario debería ser el único sensible a precio, pero también es consciente de que debido a la existencia de este “tercer pagador” solo paga una fracción del costo (gasto de bolsillo). Además, su sensibilidad a precio funciona solo en la primera consulta, después, si está enfermo, debido a la relación de agencia con el prestador transfiere a éste la decisión de consumo hacia el prestador.

Un segundo esquema de pago es el “per cápita” o pago capitado, utilizado ampliamente en nuestra Atención Primaria en Salud (APS). Bajo este mecanismo el asegurador paga un monto mensual fijo al prestador por cada asegurado o cápita que el prestador se compromete a atender en caso de que el asegurado lo requiera. Los incentivos en este esquema apuntan hacia la contención de costos por parte del prestador, pudiendo materializarse positivamente a través de prácticas apropiadas de prevención y promoción y/o la utilización de procedimientos costo-efectivos. O bien negativamente, mediante prestaciones de pobre calidad, escasa costo-efectividad o practicando una suerte de “descreme” donde los pacientes más complejos y, por tanto, más costosos, son derivados al nivel secundario o terciario. Todos estos incentivos negativos le permiten a la APS contener costos, lo que en este caso se traduce en no gastar más de los que se tiene. Pero nuevamente impactan sobre el usuario.

Un tercer esquema es el Pago Asociado a Diagnóstico o *bono PAD*. FONASA denomina así al conjunto de prestaciones previamente estandarizadas, que permiten resolver de manera integral un diagnóstico o patología determinada a un precio fijo conocido. El precio del PAD incluye los honorarios

de todo el equipo profesional, el costo de los días cama, el derecho a pabellón, los medicamentos, los insumos y todas las prestaciones necesarias para resolver la patología. Debido a las características de este mecanismo de pago, el asegurador y el prestador comparten riesgo, pues si el paciente requiere más prestaciones, más días camas o medicamentos más costosos, éstos son de cargo del prestador. De esta forma, el prestador está obligado a ser eficiente, elegir la mejor solución costo-efectiva y gestionar protocolos clínicos. Sin embargo, si el incentivo nuevamente es contener costo, los paquetes (PAD) podrían ser elegidos sólo con base en el precio. En dicho caso, se pone en riesgo la calidad. Para que la solución funcione, los prestadores deben dejar de centrarse en los costos y diseñar soluciones eficientes y de calidad.

En teoría, la integración vertical entre aseguradoras y prestadores genera incentivos similares al pago capitado ya que el binomio asegurador-prestador gana cada peso que se ahorre en los tratamientos de los usuarios. Mientras que el incentivo a entregar prestaciones de baja calidad se vería mitigado por la posibilidad de que el usuario migre a otra aseguradora. Sin embargo, sabemos que la mayoría de los beneficiarios de la integración vertical entre FONASA y los prestadores públicos son cautivos y sólo pueden atenderse bajo la Modalidad de Atención Institucional (MAI). Por lo tanto, no pueden migrar. Si a esto sumamos que FONASA es tan grande y tiene un pool de riesgo tan relevante que está en posición de no negociar el precio de las prestaciones, si no que de fijarlo (competencia imperfecta) a un valor inferior al que cuesta producirlo, se produce un fuerte incentivo a que los prestadores utilicen tratamientos más baratos en lugar de otros que son más efectivos, innovadores y/o de mayor calidad. Lo que además de impactar negativamente sobre el resultado, podría generar un nuevo incentivo: la readmisión y un segundo cobro por parte de los prestadores al seguro. Finalmente, dado los escasos incentivos a producir más prestaciones, la integración vertical permite controlar la demanda a través del control de la oferta, lo que lleva implícito el mecanismo de colas, listas de espera o barreras de acceso.

En el subsector privado de salud, donde la integración vertical es una realidad y el esquema de pago dominante es el *fee for service*, las aseguradoras tienen escaso control sobre el precio y la cantidad demandada. Ya que si existe sobreutilización o el precio cobrado por los prestadores es alto, las ganancias quedarán dentro del mismo holding. Si a lo anterior le sumamos la posibilidad que tienen las aseguradoras de subir unilateralmente el precio de los planes de salud basado en el aumento del uso de prestaciones de salud por parte de los usuarios (IPC de la salud), es relativamente fácil darse cuenta que un contexto de integración vertical la sobreutilización de las prestaciones inducidas por los prestadores que maximizan sus propios beneficios sea aceptada por las aseguradoras que traspasan ese costo a sus asegurados. Así, todos, prestadores, aseguradoras y holdings maximizan sus beneficios. Todos ganan, excepto el eslabón más débil (más atomizado) y menos informado de la cadena: el usuario.

Todas estas características y otras no abordadas aquí hacen que la salud, como señala Michael Porter, sea un mercado de suma cero, donde los actores dividen valor en vez de incrementarlo y donde el único que pierde o no gana, es el usuario. La competencia de suma cero se manifiesta de varias maneras en este mercado. La primera es que la competencia se reduce a un traspaso de costos y la transferencia de costos entre los actores no genera valor porque la ganancia de uno se produce a expensas de otro. La segunda es que la competencia se traduce en la búsqueda de poder de

Reflexiones sobre los incentivos en el mercado de los seguros de salud

Prof. Asist. José Miguel Gómez L.
Departamento de Kinesiología. U. de Chile

negociación, sin considerar la calidad y la efectividad. Tercero, en este tipo de competencia las aseguradoras restringen las opciones prestadores y usuarios y limitan el acceso. Cuarto, las resoluciones de las disputas se terminan judicializando, aumentando los costos debido a los gastos legales y costos administrativos y la práctica de la “medicina defensiva”, lo que nuevamente destruye valor para los pacientes. ¿La solución? Según el mismo Porter, la solución yace en cambiar el eje de la competencia, pasando de responder la pregunta ¿quién paga? por ¿quién entrega más valor?