



SERIE INFORME **SOCIAL**

# Una mirada a los seguros de salud

Claudio Lucarelli H.

SERIE  
INFORME  
SOCIAL  
ISSN 0717 - 1560

Abril 2018

172

## **CLAUDIO LUCARELLI H.**

es Ingeniero Agrónomo de la Pontificia Universidad Católica, Máster of Arts in Economics y Ph.D Ph.D Economics de la Universidad de Pennsylvania. Actualmente se desempeña como Decano de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales Universidad de Los Andes.

\* El autor agradece los comentarios de Mark Pauly, Jaime Mañalich y Robert Town.

# CONTENIDOS

RESUMEN EJECUTIVO **05**

INTRODUCCIÓN **06**

1. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA  
DE SEGUROS DE SALUD CHILENO **08**

2. EL PROBLEMA  
DE SELECCIÓN DINÁMICA **10**

3. COMPENSACIÓN DE RIESGOS **13**

4. EL DEBATE SOBRE  
LA CAPACIDAD DE ELEGIR **15**

5. NICE, NOT SO NICE **17**

7. CONCLUSIÓN **20**

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS **21**



# Resumen Ejecutivo

**L**a presente Serie Informe es parte del libro *Nuevos Horizontes para las políticas públicas*, publicado por Libertad y Desarrollo junto a Ediciones UC y nacido bajo el alero del destacado economista Francisco Rosende. Fue él quien preocupado por la forma del debate de las políticas públicas, convocó a un grupo de académicos -Francisco Gallego, Claudio Lucarelli, Sergio Urzúa, Rodrigo Cerda y Francisco Parro- para aportar y refrescar el debate, con propuestas y puntos de vista innovadores.

En el segundo capítulo del libro -que reproducimos en esta Serie Informe- Claudio Lucarelli analiza el sector salud y expone por qué es reconocidamente uno de los sectores de la economía que presenta la mayor cantidad de imperfecciones de mercado. No obstante ello, a su juicio una regulación y un diseño adecuado permiten soluciones de segundo mejor más eficientes que sistemas de salud centralizados. Así, el capítulo aborda los problemas señalados a través de la evidencia empírica y el desarrollo académico enfocándose, entre otros, en problemas de selección dinámica, compensación de riesgos, multiplicidad de ofertas, mejora tecnológica y contención de costos.

# INTRODUCCIÓN

**D**esde Arrow (1963) el sector salud ha sido identificado como uno de los sectores de la economía que presenta la mayor cantidad de imperfecciones de mercado. Esto ha impulsado distintas visiones con respecto a cómo abordar su regulación y sus reformas, existiendo propuestas que abarcan desde el abandono absoluto del mercado, hasta la asignación de recursos de manera descentralizada. En algunos casos, las reformas propuestas se basan incluso en el cuestionamiento de la capacidad de las personas de tomar decisiones en cuanto a qué caminos seguir en la elección de los insumos para producir su salud y cómo financiarlos. Si bien se asume que el regulador tiene siempre buenas intenciones de mejorar el funcionamiento del sector y el bienestar de las personas, las recetas ofrecidas con mayor frecuencia para mejorar la salud del sistema presentan severos efectos secundarios. Son comunes las propuestas de instalación de un gran sistema de salud nacionalizado, la implementación de mecanismos de compensación de riesgo y primas comunitarias, entre otras, enfatizando el interés por abandonar el uso del mercado en la asignación de recursos del sector salud. La mayor parte de las críticas se centran en los mecanismos de financiamiento, donde los seguros de salud juegan un rol fundamental. El foco de este trabajo es principalmente en esa industria.

En Chile existen similares propuestas de reforma al sector. En abril de 2014 el gobierno creó una comisión asesora para una propuesta de reforma <sup>1</sup> al sistema de Isapres, buscando abordar los «problemas de discriminación por riesgo y segmentación existentes». Un reciente documento de trabajo de la Asociación de Isapres señala que el gobierno busca reformar el sistema de Isapres para «solucionar los problemas de discriminación por sexo, edad, riesgos de salud y nivel de ingresos, las preexistencias o cautividad, las alzas injustificadas y unilaterales de precios, la ausencia de solidaridad, y la existencia de gran cantidad de planes». Algunos de los problemas señalados como motivación de la reforma se generan porque se le está pidiendo a un sistema diseñado como un mercado de seguros anuales e individuales, que cumpla con objetivos distintos a aquellos para los que fue diseñado. A modo de ejemplo, exigir

solidaridad a un sistema de seguros individuales no es solo una reforma al sistema actual, sino un profundo cambio de paradigma. Sin embargo, muchos de los problemas que se pretenden solucionar pueden verse agravados o tener consecuencias no previstas si se abordan con la convicción que el mercado no funciona y, por lo tanto, se abandona su uso como herramienta. En general la literatura revisada en la elaboración de este trabajo apoya la visión que el mercado puede ser muy útil en la asignación de recursos del sector salud, aun cuando no se pueda aspirar a la completa eficiencia. Un primer punto a considerar en el listado de problemas que se pretende abordar en una eventual reforma es si realmente existe discriminación (en el sentido de *taste for discrimination*) por sexo, edad y estado de salud, o si las diferencias observadas en las primas corresponden al funcionamiento normal de un mercado de seguros. Por lo general se confunde el objetivo de agrupación de los riesgos de personas con riesgos similares antes que estos se realicen, propio de la operación de un seguro, con objetivos distintos como la transferencia de riesgos entre individuos y la cobertura de escenarios ciertos. Esta confusión genera mucha frustración y críticas hacia la industria, pues se espera de ella el cumplimiento de objetivos que por definición no puede cumplir. Esta confusión también genera propuestas de reforma que buscan implementar la transferencia de riesgos –tales como primas comunitarias y fondos de compensación de riesgos– que, como se verá más adelante, atentan contra la eficiencia y el buen funcionamiento de un mercado de seguros. Entre quienes proponen este tipo de reformas están también aquellos que buscan la transferencia de riesgos como un objetivo a conseguir por motivaciones de solidaridad. Ante esto, cabe primero la pregunta si la solidaridad aplica a quienes eligen libremente embarcarse en comportamientos riesgosos que tienen impacto en su salud. Segundo, nuestro país tiene experiencia implementando programas solidarios sin que esto signifique distorsiones en el funcionamiento de los mercados. El gran atractivo de las primas comunitarias para el mundo político es la capacidad de gravar a los contribuyentes sin pasar por el estudio y la aprobación de reformas tributarias para financiar programas sociales en salud.

Los problemas de cautividad, preexistencias y el riesgo de reclasificación, son vistos como obstáculos insalvables a través de un sistema de mercado, y por lo tanto, sería justificable crear sistemas alternativos y construir la burocracia necesaria para administrarlos. Sin embargo, gran parte de estos problemas se evitan si existe un mercado que asegure el riesgo de reclasificación y que tome en una perspectiva dinámica la evolución esperada del riesgo de las personas a lo largo del ciclo de vida.

Este trabajo aborda los principales temas en la discusión de política pública, revisando los resultados de la investigación en economía en torno a estos temas, y la experiencia de propuestas similares en otros países. Se abordan los temas de selección dinámica, compensación de riesgos, la capacidad de las personas de elegir frente a múltiples opciones, la adopción de tecnología, y los incentivos de los prestadores. El denominador común en el análisis de todos estos temas es la importancia que se atribuye a la consideración de los efectos dinámicos, tanto en el funcionamiento de estos mercados, como en el impacto de reformas alternativas.

# 1. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE SEGUROS DE SALUD CHILENO

**E**n esta sección se entrega una breve descripción en cuanto a los aspectos relevantes para el desarrollo de este trabajo. Descripciones más extensas se encuentran en una naciente literatura con foco en el sistema de salud nacional (Sapelli y Vial, 2003; Duarte, 2015; Palmucci y Dague, 2015; y Atal, 2016). La estructura del sistema de seguros de salud en Chile tiene su origen en la Constitución de la República de 1980, donde se dispone la libertad de las personas para elegir entre los sistemas de salud público o privado. El asegurador público es el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), que surge de la fusión del Servicio Nacional de Salud (SNS) y del Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena). Fonasa provee cobertura de salud a quienes aportan el 7% de su ingreso imponible al sistema público y a quienes, por carecer de recursos propios, reciben cobertura a través de aportes fiscales directos. Dependiendo del ingreso y el número de cargas familiares, los beneficiarios de Fonasa son clasificados en 4 grupos mutuamente excluyentes, denominados con las letras A, B, C y D. Fonasa ofrece un plan único, siendo la diferencia entre grupos la posibilidad de elegir prestadores privados y el copago. El grupo A corresponde a los indigentes o carentes de recursos, quienes obtienen gratuidad en el sistema público. El grupo B también recibe gratuidad en el sistema público, sin embargo, los grupos C y D deben realizar copagos de 10% y 20% respectivamente. A partir del grupo B los beneficiarios de Fonasa tienen acceso a la modalidad de libre elección, que permite elegir prestadores privados dentro de una lista de prestadores en convenio con Fonasa. La estructura del beneficio en Fonasa, con un plan único y copagos dependientes del ingreso, genera incentivos para que las personas con mayores ingresos contribuyan al sistema de salud privado (Sapelli y Vial, 2005). El sistema público no discrimina en su costo por riesgo del beneficiario, sus condiciones médicas ni preexistencias. El financiamiento de Fonasa proviene de las contribuciones del 7% de sus beneficiarios y de aportes fiscales directos. Según la Ley de Presupuestos de 2015, un 36% de los ingresos de Fonasa provienen de las contribuciones del tra-

bajador, y en gran medida el resto corresponde al aporte fiscal.

Haciendo uso de la libertad de elección dispuesta en la Constitución, algunos trabajadores optan por el sistema privado de salud, destinando el 7% de su ingreso imponible para financiar (en general parcialmente) la prima de un plan de salud privado provisto por empresas que en su conjunto se denominan Instituciones de Salud Previsional (Isapre)<sup>1</sup>. Frecuentemente, los beneficiarios del sistema privado complementan la contribución de 7% con recursos adicionales provenientes de su ingreso después de impuestos. Un reciente informe de la Asociación de Isapres (2016) documenta que los beneficiarios de Isapres pagan en promedio 10% de su sueldo imponible. El sistema privado se financia en su totalidad por los pagos de primas de seguros realizados por los beneficiarios del sistema, sin ningún aporte fiscal. En este, las Isapres ofrecen, en el contexto de contratos de seguros individuales, productos diferenciados en cobertura, red de prestadores, y primas (estas 2 últimas varían dependiendo del riesgo del asegurado). Desde su creación las Isapres han estado expuestas a cambios regulatorios, en su mayoría buscando objetivos distintos a los esperables en un mercado de seguros individuales. Desde 2005 las Isapres no pueden realizar alzas diferenciadas a sus planes, siendo este un paso hacia el establecimiento de primas comunitarias. De esta forma se introduce en el sistema un aspecto solidario, en que comienza a haber transferencia de riesgo desde aquellos beneficiarios de mayor riesgo a los de menor riesgo, con la consiguiente distorsión en el mercado de seguros. A lo largo del ciclo de vida, las primas evolucionan de acuerdo a una tabla de factores de riesgo, que indica los precios relativos a un grupo base de las distintas combinaciones de edad, sexo y condición de cotizante o carga. El año 2010 se declaró inconstitucional el uso de algunos criterios que definen la tabla de factores, tendiendo nuevamente hacia la transferencia de riesgos. Es probable que este último cambio regulatorio haya generado alzas en los planes

<sup>1</sup> Si bien existe libertad para elegir el sistema de salud al cual cada persona contribuye, existe un mandato para los trabajadores dependientes de contribuir el 7% a uno de los dos sistemas.



nuevos con el objetivo de hacer el front-loading necesario para sustentar dinámicamente la viabilidad de los contratos. Una evaluación del impacto del cese del uso de la tabla de factores se encuentra en Palmucci y Dague (2015), quienes realizan una estimación de la estructura del problema de elección de contratos de seguros por parte de los beneficiarios e implementan la nueva normativa como un ejercicio contrafactual. Ellos encuentran que este giro hacia primas comunitarias es reductor de bienestar, y que los beneficiarios jóvenes y de riesgo bajo disminuyen su participación en este mercado.

## 2. EL PROBLEMA DE SELECCIÓN DINÁMICA

**S**i bien el problema de la evolución del riesgo y (por consiguiente) la reclasificación son aspectos fundamentales en los mercados de seguros, especialmente en los de salud, es interesante constatar que solo recientemente la profesión ha volcado su mirada al problema de selección dinámica en términos empíricos. Bastante atención se ha puesto en modelos estáticos para explicar el funcionamiento de los mercados de seguros, donde los problemas de información asimétrica en tipos o acciones (selección adversa y riesgo moral) son los principales responsables de las ineficiencias y, en algunos casos, ausencia de mercado. Sin embargo, poco se menciona en la discusión el problema de «retención adversa» en el que incluso en presencia de información simétrica el mercado de seguros no puede operar de manera eficiente. Es importante entender este problema, el que en gran medida puede solucionar las principales críticas que se le hacen al sistema de seguros privados en Chile, entre las que, justificadamente o no, se menciona la exclusión de los individuos de más alto costo y la participación continuada de los de menor costo (Butelman *et al.* 2015).

Hendel (2015) entrega una buena revisión de la literatura en torno a este tema, donde destacan contribuciones bastante recientes en la literatura empírica (Handel, Hendel y Whinston, 2015; Handel, Hendel y Whinston, 2016; Handel, 2013; Hendel y Lizzeri, 2003; y Atal, 2016). En la literatura de contratos dinámicos se estudian las relaciones de largo plazo entre las partes, donde la revelación de información es la responsable de la dinámica. En la medida que la información evoluciona, existen beneficios de asegurarse contra la reclasificación del riesgo. Pensando concretamente en el afiliado a un seguro de salud, el riesgo de la persona va cambiando a medida que va recibiendo realizaciones de su estado de salud. Esta información la conoce tanto el beneficiario como el asegurador que ha cubierto las prestaciones o una parte de ellas; es decir, estamos en presencia de información simétrica. Entendiendo que un seguro ofrece cobertura por eventos que están por ocurrir, para una persona que ha obtenido realizaciones negativas en su estado de salud, toda compañía de seguros querrá reclasificar su riesgo. Esta reclasificación puede ser costosa y

en algunos casos puede gatillar el cese de la participación de esta persona en el mercado. La evolución de la información en estos mercados puede, por lo tanto, resultar en reclasificación, selección dinámica e ineficiencias (Hendel, 2015). Entonces, los contratos de largo plazo juegan un rol importante en el desempeño de los mercados, y la cobertura contra el riesgo de reclasificación es un aspecto fundamental de ellos.

En la literatura de contratos de largo plazo, la existencia de compromiso (*commitment*) entre las partes y las características de ese compromiso tienen implicancias importantes en el tipo de contratos y la eficiencia que se alcanza en el mercado. Cuando existe compromiso bilateral total, y la información *ex ante* es simétrica, las partes pueden acordar un contrato que alcance eficiencia. Sin embargo, es muy frecuente ver que la regulación obliga solo a una parte (en general el asegurador) a mantener el compromiso, dejando libre al consumidor para tomar otra oferta que sea más atractiva, generando el problema de retención adversa; es decir, aquellos beneficiarios que tuvieron una mala realización y por lo tanto son ahora de alto costo se mantienen en la relación para no ser reclasificados en el mercado, pero los que siguen siendo de bajo costo pueden recibir ofertas en el mercado que sean más atractivas que mantenerse en la relación contractual. En este caso, el cambio en la composición del pool resulta de la incapacidad de retener a los individuos de bajo riesgo, todo esto en presencia de información simétrica. Harris y Holmstrom (1982) demuestran que en este escenario el contrato óptimo involucra pagos adelantados (*front loading*) para favorecer la retención de beneficiarios. Para fijar las ideas, usaremos el modelo simple postulado en Hendel (2016) que permite estudiar las situaciones extremas de compromiso total y compromiso nulo, y de esta forma entender con mayor claridad el escenario intermedio de compromiso parcial que normalmente se observa.

Suponga que existen dos períodos y existe un riesgo a asegurar, cuya realización ocurre en el período 2. En el primer período los consumidores están sanos y no enfrentan pérdidas. Existe una señal  $\lambda$  que determina la distribución de

consumo médico antes del período 2, el cual es observado por todas las partes. La esperanza condicionada de consumo médico  $E(m|\lambda)$  es creciente en  $\lambda$ . Los consumidores son aversos al riesgo, con preferencias  $u(c_t)$  y su ingreso es  $y_t$ , con  $t=1,2$ . La industria es competitiva, lo que hace que las primas sean iguales a los costos actuariales esperados.

- Caso 1: Compromiso total al contrato de largo plazo. Ambas partes se comprometen a un contrato en el período 1, antes que se sepa la realización del riesgo de salud. En este caso, el riesgo asociado a  $(m|\lambda)$  y  $\lambda$  están asegurados. El supuesto de competencia hace que la suma de las primas en ambos períodos sea igual a la esperanza sobre todos los riesgos  $\lambda$  del consumo esperado condicional en riesgo:  $p_1+p_2 = E \lambda$  ( $E[m|\lambda]$ ). Dado que existe compromiso de ambas partes, los pagos  $p_1$  y  $p_2$  se pueden determinar de manera de suavizar el consumo. Se logra eficiencia.
- Caso 2: Compromiso nulo. En la ausencia de compromiso el contrato de largo plazo no es factible. Una vez conocido  $\lambda$ , las primas ofrecidas son iguales al gasto médico esperado, condicional en  $\lambda$ . Por lo tanto, el gasto médico está completamente asegurado en equilibrio, pero no así el riesgo de ser reclasificado. En este caso, los beneficiarios que obtuvieron una realización negativa de su riesgo de salud pagan primas más altas, pues la falta de compromiso impide asegurar el riesgo de reclasificación.
- Caso 3: Compromiso unilateral. En este caso los asegurados pueden dejar el contrato sin penalidades. Las empresas ofrecen un contrato de largo plazo con primas por período  $\{p_1, p_2\}$  conocidas y con compromiso de mantenerlas en el período 2. Dado que la información es simétrica, en el período 2 se conoce el riesgo realizado y los consumidores pueden recibir ofertas de cobertura por el valor esperado de su gasto médico en el mercado spot. Dejarán el contrato de largo plazo aquellos beneficiarios cuyo gasto esperado sea menor a la prima que debe pagar en su actual contra-

to en el segundo período:  $E(m|\lambda) < p_2$ . Esto genera el problema de retención adversa, es decir, los de menor riesgo dejan el contrato de largo plazo. Para encontrar el balance, el contrato de equilibrio debe maximizar la utilidad del consumidor, sujeto a las restricciones de equivalencia actuarial y de retención  $p_2 \leq E(m|\lambda)$ . Si  $p_2$  es bajo, el asegurado se mantiene en el contrato en más estados  $\lambda$ . Una prima  $p_2$  lo suficientemente baja puede eliminar completamente el riesgo de reclasificación. Sin embargo, dado que existe la restricción de equivalencia actuarial, es necesario que la prima  $p_1$  sea más alta, es decir, ocurre el *front loading*. De esta forma, el contrato óptimo considera el *trade-off* entre *consumption smoothing* y protección frente al riesgo de reclasificación. Restricciones presupuestarias o de endeudamiento pueden significar que algunos consumidores prefieran menos protección al riesgo de reclasificación, y más consumo.

El mercado de Isapres en Chile ha adquirido paulatinamente características de contratos de largo plazo. La renovación garantizada (Pauly *et al.*, 1995; Pauly y Herring, 2006) documentada para el mercado chileno en Atal (2016), y los límites a los aumentos de primas proveen, al menos parcialmente, protección contra el riesgo de reclasificación. Atal (2016) encuentra que las primas están efectivamente *front-loaded*. Sin embargo, otros investigadores identifican problemas de aumentos de primas (Butelman *et al.*, 2014), y exposición al riesgo de reclasificación, quizás porque la cobertura a este riesgo es parcial, por lo que en esta materia parece no haber consenso entre los investigadores. En todo caso, una propuesta de reforma debe hacerse cargo explícitamente del riesgo de reclasificación, y los contratos dinámicos son un camino promisorio. Los contratos con renovación garantizada presentan el problema de cautividad, en el que sí hay consenso. La cautividad resta movilidad y es el argumento más usado para argumentar la falta de competitividad en el sistema. Si la heterogeneidad en las preferencias de los consumidores no evoluciona, la renovación garantizada no generaría pérdidas de bienestar por el hecho de estar amarrado al asegurador original. Sin embargo, la realización de eventos de salud anteriormente

inciertos puede llevar a que algunos consumidores estarán cautivos en un plan cuya cobertura puede no ajustarse a su estado de salud actual. Atal (2016) estima los costos de la cautividad y encuentra que los asegurados están dispuestos a pagar un 13% adicional en primas para evitarla. Este resultado entrega evidencia en favor de contratos dinámicos que no generen cautividad, siendo esta la principal propuesta de este trabajo. La existencia de un mercado de seguros contra el riesgo de reclasificación portátil, como la propuesta de Cochrane (1995), puede ser una buena solución al problema del riesgo de reclasificación. Una propuesta que puede dar portabilidad a la cobertura por riesgo de reclasificación es asegurar ese riesgo con compañías de seguros independientes, que hagan los cálculos actuariales correspondientes, y que ante la eventualidad de una reclasificación hagan los pagos por la diferencia de primas en cualquier Isapre.

Por supuesto, una solución como esta genera preocupación por aquellos individuos que ya son de alto riesgo, o que nacen en una situación de alto riesgo. Existe en la población un *stock* de individuos con estas características cuya situación es necesario abordar, ya que los contratos dinámicos propuestos funcionan en la medida que la participación se inicie en una situación de bajo riesgo. Sin embargo, el *stock* de niños y jóvenes de alto riesgo es un número muy pequeño de la población. En Chile, Fonadis (2015) reporta que alrededor del 16,7% de la población presenta algún tipo de discapacidad y un 5,8% del total de discapacitados corresponden a menores de 17 años. Dado este pequeño número, programas focalizados como un *pool* de alto riesgo financiado con impuestos generales puede ser una alternativa para asegurar a este segmento pequeño de la población, en contraposición a una reforma generalizada al sistema que introduzca primas comunitarias y prohibiciones de condiciones preexistentes.

### 3. COMPENSACIÓN DE RIESGOS

**C**recientemente cobra fuerza la idea de crear fondos de compensación de riesgos entre los sistemas público y privado de salud. Lo que se busca con este tipo de mecanismos es atenuar los incentivos de los aseguradores para identificar y seleccionar a los individuos relativamente más rentables y rechazar a aquellos que generan pérdidas (Van de Ven y Ellis, 2000). Existe una literatura bastante extensa acerca del ajuste de riesgos, la cual ha tomado gran importancia en el último tiempo, especialmente como parte de reformas al sector salud en Estados Unidos y otros países de Europa que han implementado estos sistemas con anterioridad. La literatura en torno a este tema se ha concentrado en gran medida en la búsqueda de la mejor tecnología para llevar a cabo el proceso de ajuste de riesgos. La premisa es que un ajuste de riesgos «perfecto» haría indiferente a los aseguradores de tomar personas con cualquier tipo de riesgo, solucionando de esta manera los problemas de movilidad que presenta la industria ante condiciones preexistentes y la reclasificación de los individuos. Una revisión bastante completa de esa literatura se encuentra en Van de Ven y Ellis (2000).

Esta propuesta es vista como la solución a varios de los problemas que presenta el sistema de salud chileno, tales como discriminación, cautividad, preexistencias, etc. Esquemas similares han sido implementados en algunos sectores del sistema de salud norteamericano. Por ejemplo, Medicare Part C, las comúnmente llamadas Medicare HMO, ofrecen seguros privados a aquellos beneficiarios de Medicare que opten por salir del tradicional Medicare *fee for service*. La idea de esta política es que a través de esquemas de salud administrada, el gasto de salud para Medicare sea menor. Para evitar que las aseguradoras privadas descremen el mercado, se creó un mecanismo de compensación de riesgos sobre la base de sexo, edad y ubicación geográfica. Existe una gran literatura enfocada en evaluar si este mecanismo de compensación de riesgos es efectivo (Town and Liu, 2003; Morgan *et al.*, 1997; Batata, 2004; Breyer *et al.*, 2012; Newhouse, 2002; Glied, 2000; Cutler y Zeckhauser, 2000; entre muchos otros) y la conclusión prácticamente unánime es que las aseguradoras privadas están favorablemente seleccionadas, es decir,

incluso en presencia de mecanismos de compensación de riesgos, las aseguradoras son capaces de identificar y reclutar a los individuos de riesgo relativamente menor, y para los cuales los pagos desde Medicare generan ganancias para las empresas.

Los métodos de compensación de riesgos son, en síntesis, una regresión de gastos como variable dependiente, sobre variables explicativas tales como las utilizadas en Medicare Part C, o con mayor riqueza de variables, tales como algunas enfermedades en particular. Si bien un conjunto de regresores más extenso ayuda a predecir con mayor precisión el gasto esperado, existen temas de confiabilidad que no se podrían respetar en el cálculo de la compensación de riesgo que aplica a cada persona. El objetivo principal de la literatura dedicada al ajuste de riesgos es encontrar la mejor manera de predecir el gasto esperado en salud de las personas y, de esta forma, generar coeficientes de ajuste de riesgo.

En este tipo de ejercicios, por lo general, se plantea el problema como uno netamente estadístico, ignorando completamente el problema económico que hay detrás y que genera los valores de gasto observados. Este corresponde al costo de las prestaciones que un individuo decide consumir como resultado de un ejercicio de optimización sujeto a una restricción presupuestaria que contiene un contrato de seguro. En ese sentido, detrás del gasto observado hay un comportamiento de los individuos que no se captura en el método estadístico. Si existe heterogeneidad en el comportamiento de las personas con respecto a sus decisiones de consumo de cuidado médico frente a distintos niveles de cobertura, no importa qué tan preciso sea el ejercicio estadístico, existirán incentivos para que las empresas descremen el mercado (Einav *et al.*, 2016). Esto es precisamente lo que ocurre en Medicare Part C, generando el equilibrio de selección favorable observado.

Otro problema del ajuste de riesgos radica en que por lo general reacciona tarde a los cambios tecnológicos, generando nuevamente incentivos para que las aseguradoras privadas descremen el mercado. Carey (2016) estudia este

fenómeno en el contexto de Medicare Part D, encontrando que, por ejemplo, el cambio de un medicamento de patentado a genérico crea grandes incentivos para que los aseguradores seleccionen especialmente a los individuos que presentan ese tipo de condición, pues son, por al menos un tiempo, más rentables.

Finalmente, la creación de la institucionalidad y la burocracia para administrar el fondo de compensación de riesgos acarreará costos de diseño e implementación para poner en marcha un sistema que presenta claras desventajas con respecto a un mercado de seguros dinámicos como se expone en la sección anterior.

## 4. EL DEBATE SOBRE LA CAPACIDAD DE ELEGIR

*The noneconomist will say that people typically do not maximize anything, that the consumer is lazy or dominated by advertisers or poor at arithmetic. George Stigler, 1966.*

Frecuentemente se escucha en el debate de política pública la propuesta de limitar severamente, incluso con una opción única, el número de planes disponibles para los beneficiarios. Sus principales promotores, tales como Abaluck and Gruber (2011) señalan que los consumidores estarán mejor si hay menos espacio para elegir el plan equivocado. Al parecer la cita de Stigler con la que se inicia esta sección también aplica hoy a parte de la profesión. En Chile se habla de un excesivo número de opciones, sin embargo, no es claro cuántas de ellas son planes distintos, versus planes que difieren solo en la prima debido a la reclasificación de la que se habló en la sección 3, o cuáles están efectivamente disponibles debido a condiciones preexistentes o renovación garantizada. Un estudio reciente (Atal, 2016), enfocado en el análisis de la cautividad en el sector de Isapres chileno, presenta una interesante formalización de los conjuntos de alternativas que presentan los beneficiarios de Isapres en distintos momentos del tiempo, donde claramente no todas ellas están disponibles.

En diferentes contextos (no solo seguros de salud), la profesión se encuentra investigando si los consumidores se benefician cuando enfrentan más opciones entre las cuales elegir, cobrando fuerza la hipótesis que mientras más opciones, el proceso de toma de decisiones se ve afectado por fenómenos tales como «*choice overload*» (Diehl y Poynor, 2010; Iyengar and Lepper 2000), sesgo por el *status quo* (Samuelson y Zeckhauser, 1988), inercia (Dube, Hitch and Rossi, 2010) y la concepción de que «más es menos» (Schwartz, 2004). Estos fenómenos se relacionan con distintas premisas económicas y psicológicas, sin embargo, su predicción común es que al enfrentar más opciones los consumidores se mantienen con mayor probabilidad en el *status quo*, incluso si esto significa no participar del mer-

cado. Sin embargo, evidencia reciente (Besedes et al, 2012; Scheibehenne, Greifeneder y Todd, 2010), concluye que los consumidores se benefician de más opciones.

Los sesgos identificados anteriormente se reportan principalmente en la literatura en *behavioral economics*, y algunas contribuciones a esta literatura encuentran que dichos sesgos son particularmente prevalentes y aumentan con la edad, limitaciones cognitivas o atencionales (Lusardi, Mitchell y Curto, 2009; Agargwal et al., 2009). Este tipo de trabajos ha motivado propuestas regulatorias que entreguen mayor protección a los consumidores y simplificación de contratos de tarjetas de crédito, hipotecas y seguros de salud<sup>2</sup>. Importante en estos análisis es el rol que cumple la dinámica de las decisiones.

Gran parte de esta literatura contiene análisis estáticos, sin embargo, existe evidencia acerca de los efectos de la experiencia en la calidad de las decisiones tomadas. El aprendizaje de los consumidores debido a su mayor experiencia reduce tanto ciertos tipos de sesgos como los costos de la decisión tomada (List, 2003, 2004, 2006; List y Millimet, 2008; Miravete, 2003).

Específicamente en el caso de los seguros de salud, Medicare Part D, ha sido el mercado que ha concentrado el debate acerca del número de opciones y el beneficio de contar con un conjunto de alternativas numerosas. Medicare Part D corresponde a los seguros de medicamentos que el gobierno federal ofrece a través de planes privados. En 2006 se creó un mercado de seguros para medicamentos con un 75% de subsidio del Estado. Hubo una gran respuesta en la participación de compañías de seguro privadas en este mercado con la entrada de 17 compañías de seguro ofreciendo más de 2000 planes y, en promedio, en cada región se ofrecieron alrededor de 50 planes. Inmediatamente se hizo sentir en la prensa la opinión que el número de opciones era excesivo y que creaba confusión entre los beneficiarios. Experimentos de laboratorio tales como Reed et al.

<sup>2</sup> Basado en esta literatura, especial atención se ha entregado en Chile al Servicio Nacional del Consumidor (Sernac) y la creación de versiones particulares de este por sector.

(2008) encuentran que la población elegible para Medicare en los Estados Unidos prefiere menos opciones que los más jóvenes, y que esa diferencia es mayor en las preguntas relacionadas con seguros de salud. Mikels *et al.* (2009) reporta menor disposición a pagar por mayor número de opciones entre los adultos mayores en comparación con la población más joven. Cubanski (2008) también reporta que en una encuesta un 49% de los adultos mayores dicen que existen demasiadas opciones. Estos estudios se basan en experimentos de laboratorio, generando dudas con respecto a su validez externa.

La primera evidencia dinámica con respecto al desempeño de los adultos mayores en la elección de sus planes de seguros para cubrir sus medicamentos la entregan Ketcham, Lucarelli, Miravete y Roebuck (2012). La métrica utilizada en ese trabajo es el gasto en medicamentos y seguro en comparación con el plan *ex post* de mínimo costo. Estudios anteriores, principalmente debido a la escasez de datos, se basaron en experimentos, y los que tuvieron acceso a datos observacionales se enfocaron en un año en particular (Abaluck y Gruber, 2011). Medicare Part D es un contexto atractivo para estudiar la capacidad de elegir de los consumidores debido al gran número de beneficiarios y el impacto en el presupuesto familiar de este tipo de decisiones. El foco en adultos mayores aumenta la prevalencia de limitaciones cognitivas, enfatizando el rol que juegan los familiares y cuidadores en estas decisiones y, por lo tanto, experimentos de laboratorio que omiten este tipo de ayudas de mercado en la toma de decisiones presentan escasa validez externa. Los resultados reportados en Ketcham *et al.* (2012) dan cuenta de reducciones considerables en el gasto en medicamentos por sobre el plan de mínimo costo, en promedio de 55% con respecto al año anterior. Las mayores reducciones las presentaron aquellos beneficiarios que más gastaron por sobre el plan de mínimo costo el año anterior. El principal mecanismo que hace ahorrar a este grupo de consumidores de un año a otro es cambiarse de planes, aun cuando aquellos que no se cambiaron de plan también ahorraron. Los beneficiarios con Alzheimer tuvieron un desempeño mejor que el promedio, lo que enfatiza la importancia de estudiar estas decisiones en el mercado, donde existe una red de apoyo para la toma de decisiones. La probabilidad de cambiarse de plan crece mientras mayor fue el gasto por sobre el plan de mínimo costo el año anterior, y también si el plan actual será más caro el año siguiente, lo que indica que tanto el desempeño pasado como información futura se toman en cuenta en la decisión. La información relevante para la toma de decisiones es individuo-específica, y no se basa simplemente en aspectos que afectan a todos por igual como la prima. La evidencia presentada sugiere que las personas son capaces de evaluar los principales *trade-offs* en sus decisiones sobre a qué plan de seguros afiliarse y que es importante que los consumidores cuenten con alternativas para cambiar de plan, lo que entrega evidencia a favor de intervenciones que eliminen la cautividad en el sistema chileno.

Relacionado directamente con el impacto del número de opciones en la calidad de las decisiones, Ketcham, Lucarelli y Powers (2015) estudian cómo el cambio en el número de opciones que enfrenta cada individuo afecta la probabilidad de cambiarse de plan. Usando una muestra representativa de la población de Medicare Part D y detalles institucionales que mejoran el cálculo de costos contrafactuales, se estimaron modelos de la decisión de cambiar planes, tomando en cuenta heterogeneidad individual no observada y cambios en el estado de salud de cada individuo. Los resultados de este estudio entregan evidencia que un mayor número de alternativas no promueve la inercia; por el contrario, la expansión en el número de alternativas aumenta la probabilidad de cambiar planes, salvo los casos en que los planes adicionales sean de más alto costo en relación a las alternativas disponibles.

Continuando con el análisis del número de opciones, Lucarelli, Prince y Simon (2012) estiman el impacto en bienestar de contar con más opciones. Este estudio evalúa distintas propuestas regulatorias para disminuir el número de planes en Medicare Part D. Los resultados indican que este tipo de reformas tienen un impacto en bienestar negativo, al disminuir la variedad y eliminar el plan preferido por algunos consumidores, los que tienen que cambiarse a planes que les entregan menor utilidad, y también debido al aumento en primas que se genera por entregar mayor poder de mercado a firmas que compiten en un escenario con menor cantidad de productos. Condicional en disminuir el número de opciones, el impacto de esa medida es menor cuando los productos son más homogéneos.

Estudios similares se hacen necesarios en Chile, donde la opinión y las propuestas de política pública en torno a este tema están guiadas principalmente por observaciones casuales y la evidencia anecdótica. Los resultados de la literatura que directamente evalúan estos efectos no apoyan la idea que un gran número de opciones genera sesgos en el proceso de toma de decisiones.



## 5. NICE, NOT SO NICE

**A**lgunas propuestas más extremas buscan un sistema de salud completamente estatal, buscando principalmente objetivos de equidad, sin especificar lo que se entiende por ello. Estos sistemas presentan problemas conocidos (tales como alto costo), lo que sumado a restricciones presupuestarias, resulta en el racionamiento por orden de llegada como forma de asignación de recursos. Los sistemas públicos -y la parte pública del sistema chileno no es la excepción- se encuentran congestionados y el acceso oportuno a la salud de la población -probablemente el principal objetivo de este tipo de políticas- no se logra. Este problema no es novedad y ha sido profusamente estudiado (ver Barros y Siciliani, 2011, y la larga literatura citada en ese trabajo). Barros y Siciliani (2011) proponen un modelo teórico para estudiar la asignación de recursos en un sistema de salud con interacciones público-privadas, en que conviven el racionamiento reflejado en términos de tiempos de espera y la asignación de recursos vía precios, para luego analizar la evidencia empírica existente en torno a este tema. En los mercados de salud, el tiempo de espera es una de las variables importantes que equilibran la oferta con la demanda, especialmente en sistemas de salud en que la existencia de un seguro público disminuye o anula el rol de los precios en la asignación de recursos. Si existe un sistema de salud privado, la asignación es principalmente vía precios y, por lo tanto, los instrumentos para la asignación de recursos difieren entre un sector y otro. Resultados de esta literatura demuestran que en presencia de un sector privado, si la demanda por las prestaciones en el sector público es lo suficientemente elástica a los tiempos de espera, estos aumentarán para dicho sector, pues de esta forma disminuye el gasto público (Iversen, 1997). La literatura empírica encuentra que casi unánimemente la demanda en el sector público disminuye debido a los tiempos de espera (Hanson *et al.*, 2004; Martin y Smith, 1999, 2003; McAviney y Yannapoulos, 1993).

Sin embargo, existen otros aspectos menos estudiados, pero que pueden ser muy relevantes a la hora de delegar en organismos centralizados decisiones importantes, como por ejemplo, la adopción de nueva tecnología. Se ha

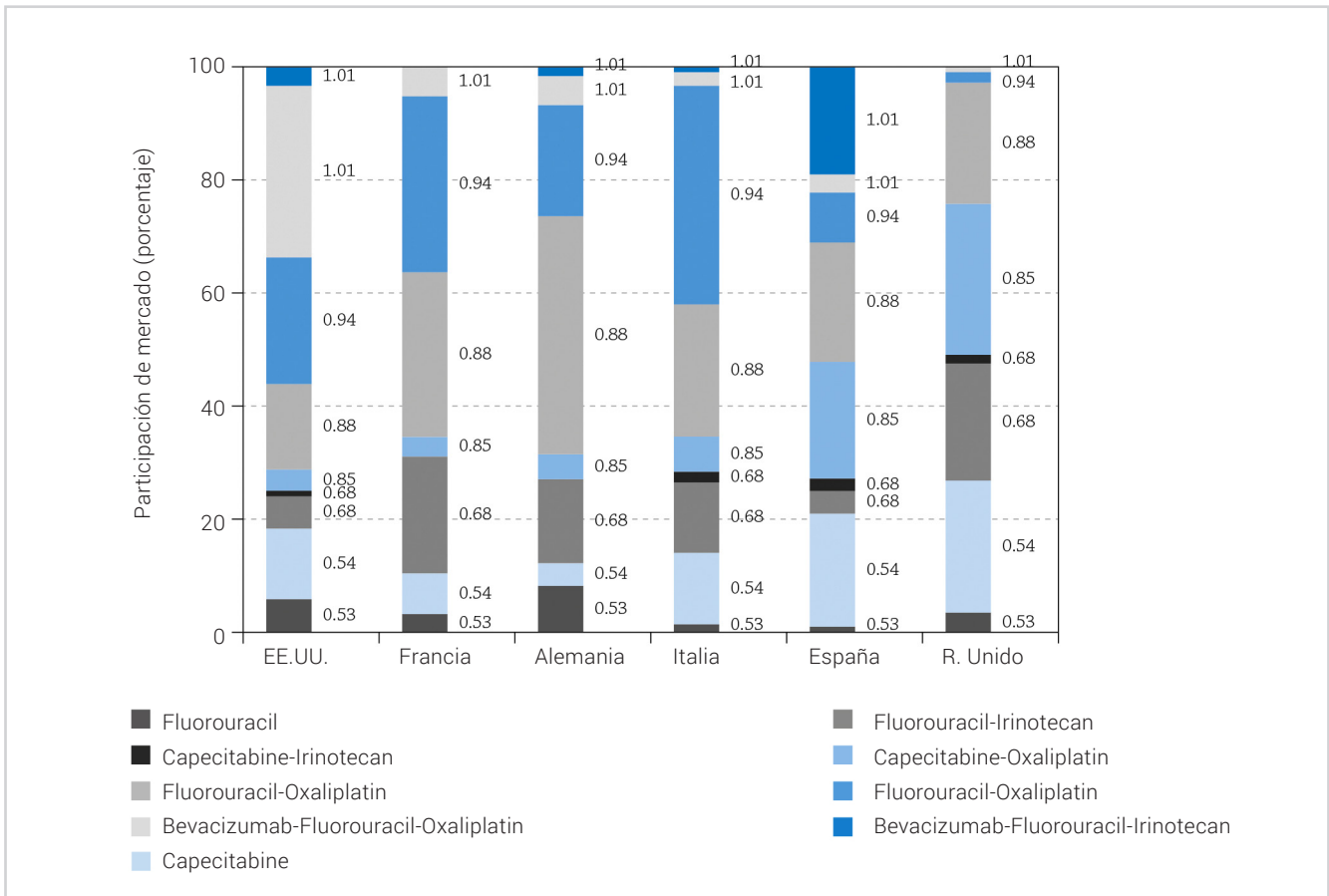
discutido bastante la creación de una agencia que realice evaluaciones de costos y beneficios de nuevas tecnologías, como el «National Institute for Health and Care Excellence» (NICE) del Reino Unido, para contener el crecimiento del gasto en salud. De partida, hay que aclarar que no todo crecimiento del gasto es pérdida. Un aumento marginal del gasto en salud menor al beneficio marginal que genera debería ser motivo de satisfacción; la sociedad está mejor consumiendo bienes de cuidado médico que generan mayores expectativas de vida, mejores resultados clínicos, mayor comodidad o menores efectos secundarios. Sin embargo, estas agencias tienden a caer en el extremo de considerar solo el aumento de costo como el problema a abordar, sin considerar los beneficios que la nueva tecnología trae a la población.

En Europa son comunes este tipo de decisiones en que centralizadamente se decide qué tecnologías serán puestas a disposición de la población a través de la cobertura del seguro público. Este tipo de decisiones genera grandes asimetrías entre países en términos de la disponibilidad de tecnología para tratar enfermedades importantes en términos de incidencia e impacto en la expectativa de vida de las personas. A modo de ejemplo, la siguiente figura tomada de Lucarelli y Nicholson (2010) compara la disponibilidad de regímenes para tratar cáncer de colon en seis países desarrollados. Este tipo de cáncer es uno de los más comunes, después del mamario, el prostático, y el pulmonar. Su tratamiento se realiza utilizando combinaciones de productos desarrollados por diferentes compañías farmacéuticas, en regímenes inyectados al paciente en varias sesiones de quimioterapia. Estos procedimientos son testeados en ensayos clínicos, de cuyos resultados se obtuvieron diferentes atributos para cada régimen, tales como tasas de sobrevivencia, efectividad y efectos secundarios. Estos atributos fueron resumidos en «Quality Adjusted Life Years» (QALY), usando el tiempo promedio que los pacientes pasaron en cinco estados de salud y aplicando ajustes propuestos en la literatura por calidad de vida en cada uno de estos estados (Brown 1998, Brown 2001, Lloyd, 2006): 1) estable en estado metastático sin efectos secundarios por la quimioterapia; 2)

tumor responde al tratamiento sin efectos secundarios; 3) respondiendo al tratamiento con efectos secundarios; 4) no respondiendo a tratamiento con efectos secundarios, y 5) la enfermedad progresa a un estado más avanzado. Cada color en la Figura 1 representa un régimen, el largo de cada color representa su participación de mercado, y el número dentro de cada barra representa el número de QALY's que un paciente puede esperar de cada uno de estos regímenes. La figura muestra que las participaciones de mercado de los distintos regímenes difiere notablemente entre países, con una clara preferencia en los Estados Unidos por regímenes que aportan más QALY's, en comparación con los cinco países europeos, y especialmente notorio es el contraste con el Reino Unido. Casi la totalidad de los regímenes disponibles en este país aportan un número de QALY's menor o igual a 0.88. En los Estados Unidos la participación de esos regímenes es cercana a un 40%.

Figura 1  
**PARTICIPACIÓN DE MERCADO DE NUEVE REGÍMENES DE CÁNCER DE COLON EN SEIS PAÍSES (RÉGIMEN INDICADO POR QALY'S ESPERADO)**

Fuente: Elango et al. (2016).

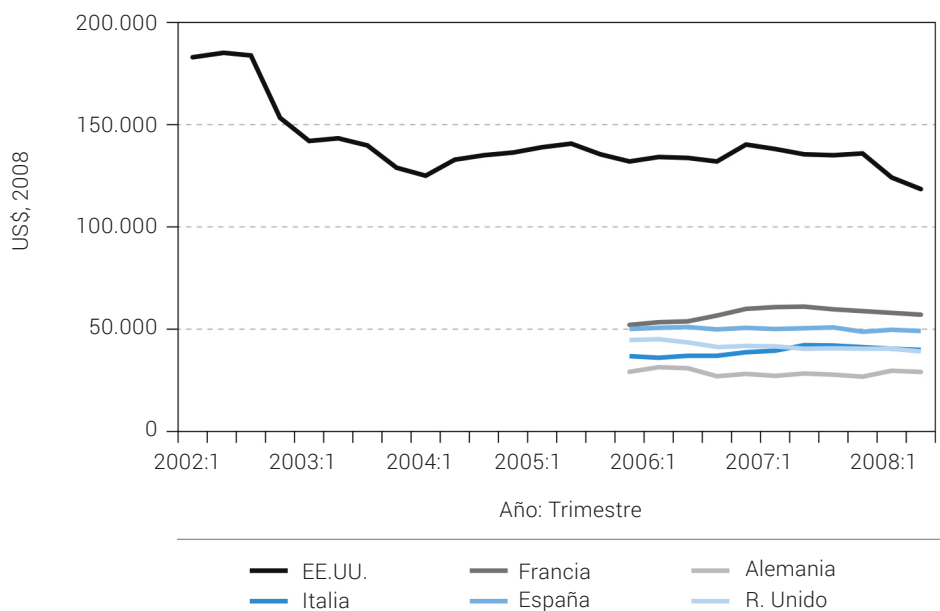


En este mercado ha ocurrido gran cantidad de innovación, con nuevos regímenes que han reemplazado a terapias menos efectivas, pero a mayor costo. La Figura 1 contrasta la asignación de personas a tratamientos en un sistema de mercado versus uno en que la disponibilidad de tratamientos se decide de manera centralizada. Si estas participaciones de mercado reflejaran las preferencias de los consumidores (o sus médicos actuando por ellos como perfectos agentes) se podría pensar que la valoración de un año adicional de vida es menor en Europa que

en los Estados Unidos. La Figura 2 presenta esos valores, donde la valoración de un año adicional de vida en los Estados Unidos es alrededor del doble de aquella observada en los países europeos. Los valores observados en los Estados Unidos están en concordancia con los resultados obtenidos en los estudios de salarios hedónicos (Viscusi y una larga literatura que cita). Sin embargo, los valores en Europa son notablemente menores.

Figura 2  
**VALORACIÓN DE UN AÑO ADICIONAL DE VIDA  
 (EE.UU. VERSUS PAÍSES EUROPEOS)**

Fuente: Elango et al. (2016).



La literatura en torno a este tema encuentra mayor heterogeneidad en esa valoración por edad que por ubicación geográfica (Viscusi, 1992, 2009; Viscusi y Hersch, 2001; Viscusi y Aldy, 2003; Viscusi y Zeckhauser, 2006). La evidencia presentada y la literatura que la apoya, sugiere que las decisiones tomadas por las propias personas en cuanto al cuidado médico que desean consumir para abordar enfermedades tienen estrecha relación con el valor que asignan a un año de vida adicional, y que el valor utilizado por el burócrata que decide qué tratamientos poner a disposición de los pacientes difiere mucho de la valoración que cada paciente y su médico hacen de manera privada. Similares resultados se han encontrado en relación al impacto de recortes presupuestarios del sector público en la mortalidad de pacientes con cáncer, como por ejemplo Maruthappu *et al.* (2016), quienes encuentran que en el período 2008-2010 ocurrieron 260.000 muertes adicionales de enfermos de cáncer debido a recortes presupuestarios del sector público en Europa. Esta evidencia entrega otro argumento para tomar con escepticismo la capacidad sobrenatural que algunos sectores atribuyen a la burocracia estatal para lograr una correcta asignación de recursos.

## 6. CONCLUSIÓN

**E**ste trabajo ha cubierto numerosos aspectos del sector salud, con especial foco en su financiamiento. La diversidad de temas presentados tiene como hilo conductor la importancia de considerar la dinámica de los temas que aquí se estudian. De esta forma, el estudio de contratos dinámicos para abordar los problemas de selección dinámica que aquejan al sistema, tales como la retención adversa, el estudio de la dinámica en la adopción de tecnología (con sus consecuencias en la cobertura y los métodos de ajuste de riesgo), el estudio de la dinámica en las elecciones de los consumidores que toman en cuenta su aprendizaje en el tiempo y el estudio de la dinámica del comportamiento de los prestadores, son extremadamente importantes a la hora de proponer reformas al sistema de salud.

El uso del mercado como herramienta para la asignación de recursos en el sector salud sigue siendo una vía promisoría, y profundizar en su uso sería lo aconsejable de acuerdo a los resultados y al conocimiento acumulado en años de investigación en economía. La casi totalidad de la literatura citada en este trabajo corresponde a trabajos enfocados en otros países. La evidencia para Chile es aún escasa, siendo el aporte científico a una naciente literatura local un área de investigación muy promisoría. La propuesta en cuanto al financiamiento de la salud consiste en profundizar el rol del mercado en la solución de los aspectos que generan preocupación. Un mercado de seguros contra el riesgo de reclasificación aparece como una alternativa atractiva para aumentar la protección de los beneficiarios y dotar de movilidad al sistema. Esta propuesta posee ventajas teóricas con respecto a las alternativas que se han avanzado y puede ser más simple de implementar. La factibilidad práctica y su viabilidad política es un interesante tema de discusión con participantes de la industria.

Santiago, diciembre de 2016.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abaluck, J. y Gruber, J. (2011). «Choice Inconsistencies among the Elderly: Evidence From Plan Choice in the Medicare Part D Program». *American Economic Review*, vol. 101(4), pp. 1180-1210.
- Agarwal, S., Driscoll, J., Gabaix, X. y Laibson, D. (2009). «Stimulus and Response: The Path from Naïveté to Sophistication in the Credit Card Market». Por publicar.
- Arrow, K. (1963). «Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care». *American Economic Review*, vol. 53(5), pp. 941-73.
- Asociación de Isapres. (2016). «Isapres 1981-2016, 35 Años de Desarrollo del Sistema Privado de Salud de Chile».
- Atal, J.P. (2016). «Lock-in in Dynamic Health Insurance Contracts: Evidence from Chile». Working paper, University of Pennsylvania.
- Barros, P. y Siciliani, L. (2011). «Public and Private Sector Interface», pp. 927-1001. En Pauly, M., McGuire, T. y Barros, P. (eds.). *Handbook of Health Economics vol 2*. Amsterdam: North-Holland.
- Batata, A. (2004). «The Effect of HMOs on Fee-for-service Health Care Expenditures: Evidence from Medicare Revisited». *Journal of Health Economics*, vol. 23(5), pp. 951-963.
- Breyer, F., Bundorf, M.K., y Pauly, M.V. (2012). «Health Care Spending Risk, Health Insurance, and Payment to Health Plans», pp. 691-762. En Pauly, M., McGuire, T. y Barros, P. (eds.). *Handbook of Health Economics vol 2*. Amsterdam: North-Holland.
- Butelman, A., Duarte, F., Nehme, N., Paraje, G. y Vergara, M. (2014). «Tratamiento para un Enfermo Crítico: Propuestas para el Sistema de Salud Chileno». *Informe de Políticas Públicas 04*. Espacio Público.
- Besedeš, T., Deck, C., Sarangi, S. y Shor, M. (2012). «Decision-Making Strategies and Performance among Seniors». *Journal of Economic Behavior and Organization*, vol. 81(2), pp. 524-33.
- Carey, C. (2017). «Technological Change and Risk Adjustment: Benefit Design Incentives in Medicare Part D». *American Economic Journal: Economic Policy*, por publicar.
- Cochrane, J. (1995). «Time-consistent Health Insurance». *Journal of Political Economy*, vol. 103(3), pp. 445-473.
- Cubanski, J. (2008). «Knowledge of the Medicare Prescription Drug Benefit: Do Beneficiaries Really Know as Much as They Think They Do?». Extraída el 1 de Agosto de 2008 desde [http://www.academyhealth.org/2008/monday/virginiaab/6\\_9\\_2008\\_4\\_45/cubanskij.pdf](http://www.academyhealth.org/2008/monday/virginiaab/6_9_2008_4_45/cubanskij.pdf).
- Cutler, D.M. y Zeckhauser, R.J. (2000). «The Anatomy of Health Insurance», pp. 563-644. En Culyer, A.J. y Newhouse, J.P. (eds.). *Handbook of Health Economics*, 1A. Amsterdam: North-Holland.
- Diehl, K. y Poynor, C. (2010). «Great Expectations?! Assortment Size, Expectations, and Satisfaction». *Journal of Marketing Research*, vol. 47(2), pp. 312-22.
- Duarte, F. (2012). «Price Elasticity of Expenditure Across Health Care Services». *Journal of Health Economics*, vol. 31(6), pp. 824-41.
- Dube, J.P., Hitsch, G. y Rossi, P. (2010). «State Dependence and Alternative Explanations for Consumer Inertia». *RAND Journal of Economics*, vol. 41(3), pp. 417-45.
- Einav, L., Finkelstein, A., Kluender, R. y Schrimpf, P. (2016). «Beyond Statistics: The Economic Content of Risk Scores». *American Economic Journal: Applied Economics*, vol. 8(2), pp. 194-224.
- Fonadis (2015). «Segundo Estudio Nacional de Discapacidad». Extraído el 12 de Diciembre de 2016 desde [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/endisc/endisc\\_publicaciones.php](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/endisc/endisc_publicaciones.php).
- Glied, S.A. (2000). «Managed Care», pp. 707-753. En Culyer, A.J. y Newhouse, J.P. (eds.). *Handbook of Health Economics*, 1A. Amsterdam: North-Holland.
- Handel, B., Hendel, I. y Whinston, M.
  - (2015). «Equilibria in Health Exchanges: Adverse Selection vs. Reclassification Risk». *Econometrica*, vol. 83(4), pp. 1261-1313.
  - (2016). «The Welfare Impact of Long Term Contracts: Health Insurance». Working Paper, Northwestern University.
- Harris, M. y Holmstrom, B. (1982). «A Theory of Wage Dynamics». *Review of Economic Studies*, vol. 40, pp. 315-333.
- Hendel, I. (2015). «Dynamic Selection and Reclassification Risk: Theory and Empirics». Working paper, Northwestern University.
- Hendel, I. y Lizzeri, A. (2003). «The Role of Commitment in Dynamic Contracts: Evidence from Life Insurance». *Quarterly Journal of Economics*, vol. 118, pp. 299-327.
- Iyengar, S. y Lepper, M. (2000). «When Choice is Demotivating: Can We Desire Too Much of a Good Thing?». *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 79(6), pp. 995-1006.
- Ketcham, J., Lucarelli, C., Miravete, E. y Roebuck, C. (2012). «Sinking, Swimming or Learning to Swim in Medicare Part D». *American Economic Review*, vol. 102(6), pp. 2639-2673.
- Ketcham, J., Lucarelli, C. y Powers, C. (2015). «Paying Attention or Paying Too Much in Medicare Part D». *American Economic Review*, vol. 105(1), pp. 204-233.
- List, J.
  - (2003). «Does Market Experience Eliminate Market Anomalies?». *Quarterly Journal of Economics*, vol. 118(1), pp. 41-71.
  - 2004. «Neoclassical Theory versus Prospect Theory: Evidence from the Marketplace». *Econometrica*, vol. 72(2), pp. 615-625.
  - 2006. «The Behaviorist Meets the Market: Measuring Social Preferences and Reputation Effects in Actual Transactions». *Journal of Political Economy*, vol. 114(1), pp. 1-37.

- List, J. y Millimet, D. (2008). «The Market: Catalyst for Rationality and Filter of Irrationality». *B.E. Journal of Economic Analysis and Policy: Frontiers of Economic Analysis and Policy*, vol. 8(1), pp. 1–55.
- Lucarelli, C., Prince, J. y Simon, K. (2012). «The Welfare Impact of Reducing Choice in Medicare Part D: A Comparison of Two Regulation Strategies». *International Economic Review*, vol. 53(4), pp. 1155-1177.
- Lusardi, A., Mitchell, O. y Curto, V. (2009). «Financial Literacy and Financial Sophistication Among Older Americans». *National Bureau of Economic Research*, Working Paper n° 15469.
- McGuire, T.G., Newhouse, J.P. y Sinaiko, A.D. (2011). «A History of Medicare Part C». *The Milbank Quarterly*, vol. 89(2), pp. 289–332.
- Mikels, J., Reed, A. y Simon, K. (2009). «Older Adults Place Lower Value on Choice Relative to Young Adults». *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, vol. 64B(4), pp. 443-446.
- Miravete, E. (2003). «Choosing the Wrong Calling Plan? Ignorance and Learning». *American Economic Review*, vol. 93(1), pp. 297-310.
- Morgan, R.O., Virnig, B.A., DeVito, C.A. y Persily, N.A. (1997). «The Medicare-HMO Revolving Door - The Healthy Go In and the Sick Go Out». *New England Journal of Medicine*, vol. 337(3), pp. 169–75.
- Newhouse, J. (2002). *Pricing the Priceless: A Health Care Conundrum*. Cambridge: MIT Press.
- Palmucci, G. y Dague, L. (2015). «The Welfare Effects of Banning Risk-Rated Pricing in Health Insurance Markets: Evidence from Chile». Extraído el 11 de Febrero de 2016 desde Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2569072> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2569072>
- Pauly, M., Kunreuther, H. y Hirth, R. (1995). «Guaranteed Renewability in Insurance». *Journal of Risk and Uncertainty*, vol. 10, pp. 143-156.
- Pauly, M. y Herring, B. (2006). «Incentive Compatible Guaranteed Renewable Health Insurance Premiums». *Journal of Health Economics*, vol. 25(3), pp. 395-417.
- Reed, A., Mikels, J. y Simon, K. (2008). «Older Adults Prefer Less Choice than Young Adults». *Psychology and Aging*, vol. 23, pp. 671–675.
- Samuelson, W. y Zeckhauser, R. (1988). «Status Quo Bias in Decision Making». *Journal of Risk and Uncertainty*, vol. 1(1), pp. 7–59.
- Sapelli, C. y Vial, B. (2003). «Self-selection and Moral Hazard in Chilean Health Insurance». *Journal of Health Economics*, vol. 22(3), pp. 459-76.
- Schwartz, B. (2004). *The Paradox of Choice: Why More is Less*. New York: Harper Collins Publishers Inc.
- Scheibehenne, B., Greifeneder, R. y Todd, P. (2010). «Can There Ever Be Too Many Options? A Meta-Analytic Review of Choice Overload». *Journal of Consumer Research*, vol. 37, pp. 409-425.
- Stigler, G. (1966). *The Theory of Price*. New York: Macmillan International Editions on Business and Economics.
- Town, R. y Liu, S. (2003). «The Welfare Impact of Medicare HMOs». *RAND Journal of Economics*, vol. 34(4), pp. 719-736.
- Van de Ven, W. y Ellis, R. (2000). «Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets». *Handbook of Health Economics*, vol. 1, pp. 755-845.



