



Cuentas de Ahorro de Salud: Una posible solución al aumento en los costos y gastos de nuestro sistema.

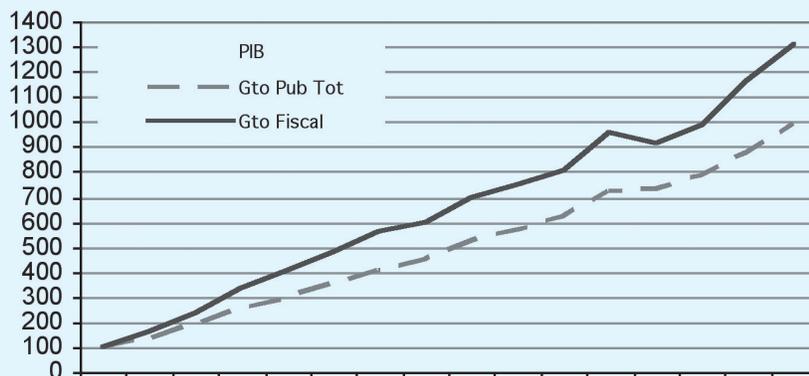
I. Apreciaciones generales

El aumento en los costos de salud es una tendencia que en Chile se ha dado de manera persistente en los últimos años. El Gasto Público en Salud, entendido como el gasto efectuado a través del sistema público de salud que comprende aportes del fisco y cotizaciones y copagos de los afiliados, era de \$ MM 18.109.523 en 1990. Para 2005 ese gasto había aumentado 2,65 veces llegando a \$ MM 48.024.558, lo que significa un aumento relativo del gasto público en salud respecto al PIB de 47,7%. Si analizamos el Gasto Fiscal (Gasto Público de Salud devengado de ingresos operacionales, cotizaciones y copagos) el aumento es todavía mayor: entre 1990 y 2005 el Gasto Fiscal en Salud aumentó en 416%, duplicando su participación en el PIB en ese período.

RESUMEN EJECUTIVO

El aumento en el gasto en salud es un fenómeno mundial que afecta a países ricos y pobres. En Chile el aumento en el gasto en salud en los últimos 20 años ha sido significativo, mientras que el aporte fiscal al sistema ha tenido un incremento aún mayor. Una razón es nuestro actual diseño de seguros que considera el mandato legal de cotizar un seguro único y comprehensivo, que genera incentivos a los usuarios para abusar en el consumo. Se propone un sistema alternativo que considera cuentas de ahorro de salud en conjunto con un seguro catastrófico que cubra las patologías más caras. Un sistema como éste obliga a los usuarios a enfrentar el verdadero costo de las prestaciones, reduciendo el riesgo de abuso que se produce en nuestro actual sistema.

Gráfico N°1
Evolucion PIB, Gasto Publico y Fiscal en Salud, 1990 base 100



Fuente: Elaboración propia en base a cifras de Superintendencia de Salud

La situación se torna preocupante si consideramos que ese mayor gasto no está siendo financiado por los usuarios. En efecto, el aumento del aporte fiscal al gasto en salud ha sido desproporcionado respecto del aporte de las cotizaciones y copagos. Tal como vemos en las Figuras N°1 y N°2, la relación entre Gasto Fiscal (aportes del Estado) y cotizaciones y copagos de los afiliados ha aumentado considerablemente. Para 1990 esta relación era de 0,769 llegando a 1,301 en 2005, lo que nos muestra un financiamiento del sistema público de salud cada vez más dependiente de los aportes del fisco en vez de los aportes de los beneficiarios¹.

Y esta tendencia significativa al alza en los costos no cambia si analizamos el gasto privado en salud. El costo de operación² de las Isapres abiertas entre 1990 y 2005 pasó de \$MM 141.140 en 1990 a \$MM 466.774 en 2005, lo que significa un aumento de 230%, aumentando su participación en el PIB de 0,77% a 0,97% en el mismo período.

Figura N°1
Composición Gasto Público Salud 1990

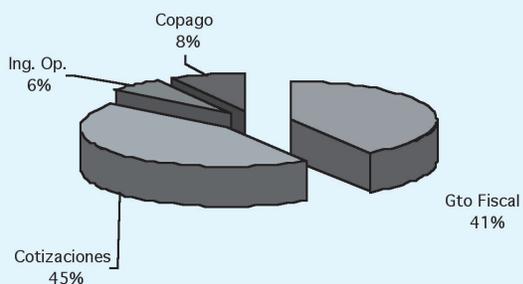
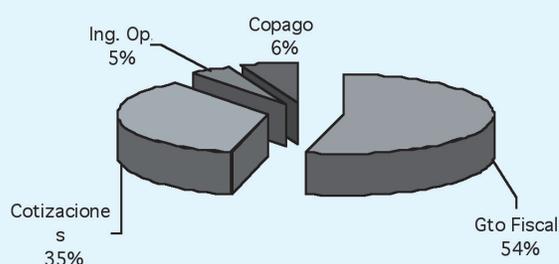


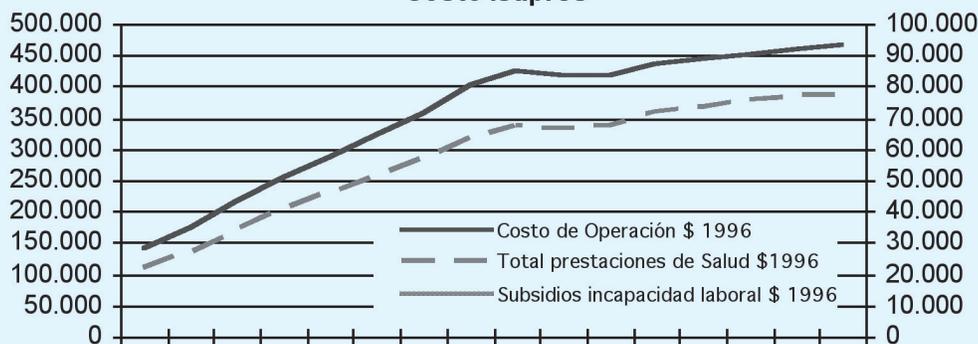
Figura N°2
Composición Gasto Público Salud 2005



¹ Lo anterior no responde al principio de responsabilidad individual en que se basa el sistema. Si bien es absolutamente necesario un sistema de salud subsidiado y gratuito para aquellos usuarios de menores recursos, no hace sentido que el financiamiento del sistema tienda de manera persistente al financiamiento estatal de la salud.

² El costo de operación corresponde al costo derivado de prestaciones médicas y de subsidios de incapacidad laboral.

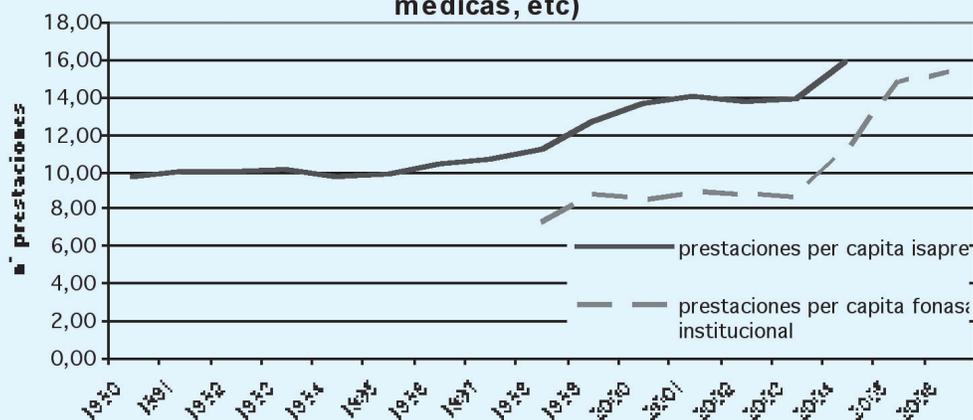
Grafico N°2
Costo Isapres



Fuente: Elaboración propia en base a cifras de Superintendencia de Salud

Las razones detrás de este significativo aumento en el gasto de nuestro sistema de salud responden a diversos factores, entre ellos económicos, demográficos y de diseño. Dentro de los factores económicos, podemos argumentar que el aumento del ingreso de los países aumenta el consumo de servicios de salud, primero porque la salud es un bien normal a nivel individual³ y segundo porque aumenta la población que accede a los servicios de salud a través de las políticas sociales. Sobre los factores demográficos, el envejecimiento de la población ha dado mayor peso epidemiológico a enfermedades crónicas o catastróficas las que generan un mayor gasto⁴. Por último, dentro de los factores de diseño, el aumento en el aseguramiento de la población junto con el esquema de incentivos y diseño existente, tanto en el sistema de seguros privado como público, promueve el aumento en la demanda de prestaciones de salud⁵.

Gráfico N°3
Prestaciones per capita Isapres y Fonasa
(exámenes de diagnóstico, intervenciones quirúrgicas, consultas médicas, etc)



Fuente: Elaboración propia en base a cifras de Superintendencia de Salud

³ Ver Freeman (2003) y Di Matteo (2003). Bien normal es un bien cuya elasticidad ingreso es positiva, vale decir, su consumo aumenta a medida que aumenta el ingreso disponible de quien lo demanda.

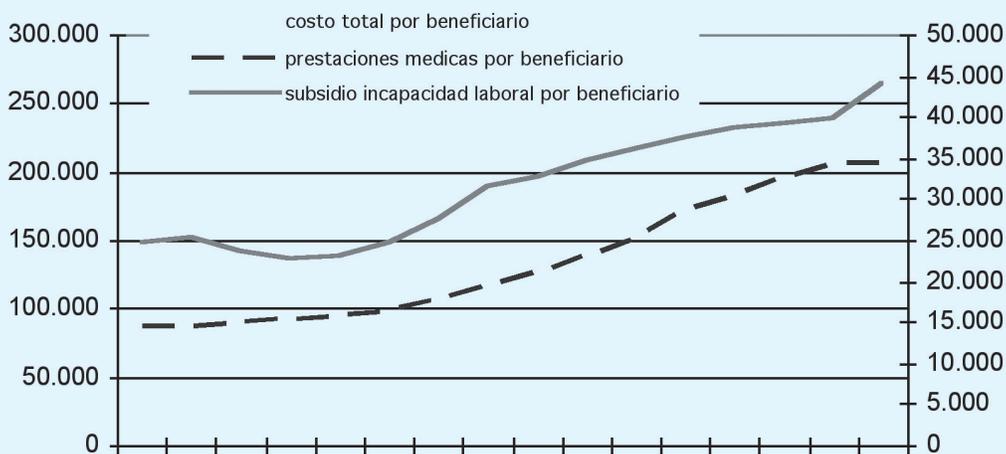
⁴ En 1990 la esperanza de vida al nacer era de 73,6 años. Para 2004 era de 78,01. Por su parte, el porcentaje de la población mayor a 65 años en Chile aumentó de 6% en 1990 a 8% en 2004 (Indicadores Mundiales de Desarrollo, Banco Mundial).

⁵ Ver Beteta (2003): Crecimiento del Gasto en Salud en Chile ¿Estamos ante un problema?, en *En foco N°13*, Expansiva.

Lo anterior se ve claramente reflejado en el significativo aumento de prestaciones otorgadas por el sistema⁶. Entre 1990 y 2004 las prestaciones por beneficiario afiliados a Isapres aumentaron de 9,66 a 15,86, siendo los exámenes de diagnóstico los de mayor aumento⁷. Similar evidencia vemos en el sistema público, en que las prestaciones por beneficiario atendidos a través de modalidad institucional aumentaron de 7,22 en 1998 a 15,28 en 2005⁸.

Si bien las cifras expuestas parecen preocupantes, hay que tener en consideración que el aumento en el gasto en salud es una tendencia mundial que afecta incluso a países desarrollados. Al respecto, Hagist y Kotlikoff (2005) calculan el crecimiento del gasto fiscal en salud para una muestra de 10 países miembros de la OECD para el periodo 1970-2002. En todos ellos el aumento en el gasto en salud fue superior al aumento de sus productos en una razón promedio de 1,7 veces.

Grafico N°4
Costo Sistema Ispres por Beneficiario



Fuente: Elaboración propia en base a cifras de Superintendencia de Salud

⁶ Otro elemento importante en el aumento de los costos es el pago de subsidios por incapacidad laboral, los que entre 1990 y 2005 aumentaron en 77% por beneficiario, pasando de \$24.764 a \$44.075.

⁷ El hecho que los exámenes de diagnóstico sean los de mayor aumento podría apoyar la idea de que existe un considerable riesgo moral por parte de los usuarios y prestadores, el que se agrava debido a las fuertes asimetrías de información existentes. Dada la amplia cobertura que existe en nuestro sistema de seguros, el prestador de servicios médicos tiene incentivos para que el paciente se someta a exámenes que pueden no ser absolutamente necesarios y, por su parte, el paciente no se rehusará a ello considerando el bajo copago que esos exámenes implican.

⁸ Fuente: Superintendencia de Salud. Esta tendencia no se da si vemos las prestaciones por beneficiario en la modalidad de libre elección. Una posible razón para aquello es que en esta modalidad de atención los beneficiarios enfrentan copagos por las prestaciones, los que aumentan a medida que aumenta el ingreso del beneficiario.

Tabla N°1 Crecimiento Gasto Fiscal Salud y PIB países OECD

País	Crecimiento real promedio anual 1970-2002	Crecimiento PIB promedio anual 1970-2002	Relación crecimiento gasto salud/PIB
Australia	5,61%	3,21%	1,75
Austria	4,23%	2,68%	1,58
Canadá	4,28%	3,23%	1,32
Alemania	4,62%	2,52%	1,83
Japón	5,50%	3,07%	1,79
Noruega	5,82%	3,57%	1,63
España	5,79%	3,03%	1,91
Suecia	2,92%	2,01%	1,45
Reino Unido	3,91%	2,31%	1,69
Estado Unidos	6,23%	3,10%	2,01
Promedio	4,89%	2,87%	1,70

Fuente: Hagist y Kotlikoff (2005)

Clasificando las prestaciones de salud según grupos etáreos de los beneficiarios los autores muestran que del total del aumento en el gasto en salud un 89% responde a aumentos en las coberturas y beneficios entregados para rangos etáreos dados y solo el 11% restante responde a cambios demográficos en la población beneficiaria (envejecimiento de la población). Los autores destacan el hecho que mantener la actual tendencia de aumento en el gasto en salud es insostenible en el tiempo, y en algún momento llevará a graves problemas fiscales⁹.

II. Cuentas de Ahorro de Salud: una posible solución

Las cifras muestran que el aumento en el gasto en salud se debe principalmente al aumento en las coberturas y beneficios entregados por el sistema. Al analizar las cifras de prestaciones por afiliado del sistema chileno resulta imposible obviar el hecho que nuestro sistema de salud ha originado un significativo aumento en la demanda por prestaciones de salud¹⁰.

⁹ Los autores Hagist y Kotlikoff hacen el ejercicio de calcular el valor presente del gasto del fisco en prestaciones en salud como proporción del valor presente del PIB si ambas variables mantuvieran su crecimiento histórico. A modo de ejemplo, si EEUU mantuviera el crecimiento de su producto y gasto fiscal en salud en sus promedios históricos por los próximos 40 años y tomáramos una tasa de descuento de 5%, el valor presente del gasto fiscal en salud equivaldría al 14,98% del valor presente de su producto.

¹⁰ Si bien no contamos con cifras necesarias que nos permitan analizar el gasto de nuestro sistema de salud antes y después de la reforma de los seguros de salud previsual, es posible afirmar que aun cuando la tendencia a aumentar el gasto de salud no fue inicialmente ocasionada por nuestro actual sistema de seguros, éste sí ha permitido su escalada persistente en el tiempo.

Tal como sugerimos anteriormente, parte importante de esta escalada en la demanda por prestaciones de salud se debe a la estructura de nuestro sistema de seguros de salud que considera un seguro único, comprehensivo y obligatorio¹¹.

El problema se origina en que el diseño del sistema hace que el evento que se pretende asegurar deje de ser un evento aleatorio y exista riesgo moral (riesgo de abuso) por parte de los afiliados¹². En este sentido, dentro de todos los eventos médicos que originan la demanda de prestaciones por parte de los afiliados podríamos distinguir entre aquellos que son completamente aleatorios y aquellos en los que tanto el usuario como el prestador pueden tener algún nivel de influencia. Por ejemplo, eventos como un infarto, un accidente vascular o incluso un accidente automovilístico son eventos aleatorios y, por lo tanto la probabilidad de que un afiliado consuma las prestaciones de salud asociadas a ese incidente es igualmente aleatoria. En cambio, si consideramos una patología como una gripe, el usuario tiene la posibilidad de asistir a algún centro médico o bien quedarse en su casa guardando reposo. Bajo nuestro actual sistema de seguros en que el copago del afiliado es cero o muy bajo¹³, existen fuertes incentivos a que el enfermo vaya a ver un médico aun cuando no sea imprescindible: al no enfrentar el pago total de la prestación disminuye considerablemente el costo marginal que enfrenta el usuario por la prestación de salud, aumentando su nivel de consumo¹⁴. Supongamos que el individuo decide finalmente atenderse lo que termina en una consulta médica y un examen de laboratorio. La pregunta que interesa es si la decisión hubiera sido la misma en el caso que el beneficiario hubiera tenido que enfrentar el 100% del costo de esas prestaciones como pago de bolsillo. En definitiva, el mandato legal para pagar un seguro único y comprehensivo de salud¹⁵ distorsiona las decisiones de consumo de los individuos, incentivando el sobre consumo de prestaciones de salud¹⁶.

Una alternativa a este diseño es un sistema que combine Cuentas de Ahorro de Salud (en adelante MSA, por sus siglas en inglés, Medical Savings Account) con el contrato de seguros catastróficos. La lógica de esta estructura está en separar, en la medida de lo posible, aquel consumo de prestaciones de salud aleatorio de aquel susceptible de generar abuso en su consumo debido a la discrecionalidad, ya sea del usuario o del prestador (riesgo moral)¹⁷. De esta manera, las cotizaciones obligatorias de los afiliados van en parte a una MSA y en parte a pagar la prima de un seguro catastrófico que considera un deducible y un máximo

¹¹ Comprehensivo se refiere a que la cobertura del seguro es amplia, tanto en las patologías que cubre como en los niveles de cobertura.

¹² Esta puede ser una de las razones de que el sistema privado aumente el costo de las pólizas de sus asegurados. Si año a año los afiliados incurrían en riesgo moral y sobre consumo de servicios de salud, los aseguradores internalizan esa información y luego de un tiempo cambian las primas de riesgo de todo el sistema. Luego, si los afiliados siguen incurriendo en la misma conducta, nuevamente los aseguradores vuelven a subir las primas y así sucesivamente.

¹³ Lo anterior depende de si se está afiliado a FONASA o alguna ISAPRE y de qué nivel de atención y/o cobertura tiene.

¹⁴ La teoría económica sugiere que la razón de consumo de los bienes es inversamente proporcional a la razón de sus precios o costo marginal. Lo anterior hace que si disminuye la razón de precios entre los servicios médicos y, supongamos, actividades de entretenimiento, vamos a consumir más servicios de salud y menos entretenimiento.

¹⁵ DFL N°1 de Salud.

¹⁶ El argumento se basa en que bajo la existencia de un sistema de seguros de salud únicos y con amplia cobertura, ni el paciente ni el prestador tiene incentivos para controlar la costo-efectividad de las prestaciones.

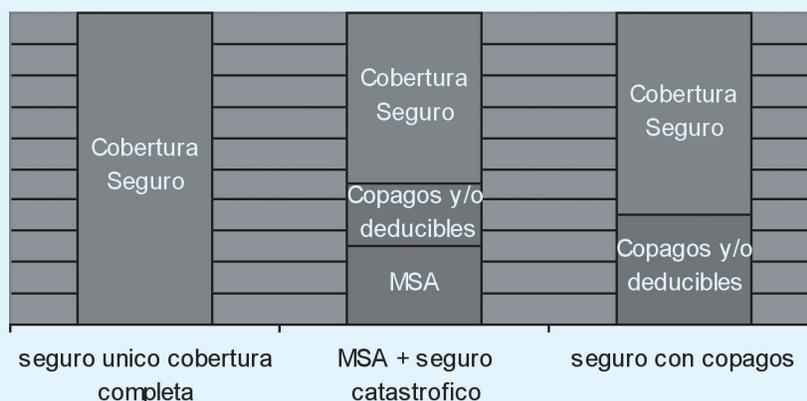
¹⁷ Hay que dejar claro que el problema no está en que el consumo de servicios de salud sea discrecional, lo que es absolutamente legítimo. El problema radica en que bajo el actual sistema estamos asegurando prestaciones que dependen de la discrecionalidad del usuario como si fueran eventos aleatorios posibles de diversificar su riesgo a través de un sistema de precios de prima de riesgos.

de cobertura. El seguro catastrófico se activa cuando los gastos asociados a una patología superan cierto nivel (deducible) luego del cual el seguro cubre todos los gastos relacionados a esa patología¹⁸. En esos términos, el término catastrófico no se refiere al tipo de patología que se trate sino al costo que ella implica. Una estructura como ésta disminuye la probabilidad de riesgo moral existente en el actual diseño, ya que los fondos de las MSA que no sean gastados pueden ser destinados al gasto en salud en la época laboral pasiva o bien a engrosar los fondos previsionales para la vejez, haciendo que los usuarios enfrenen el verdadero costo marginal de las prestaciones que demandan y decidan de manera racional y óptima sobre esas condiciones. Lo anterior promueve el ahorro de las personas, premiando a aquellos que tengan un consumo responsable.

Una de las principales ventajas de un sistema que combina las MSA con un seguro catastrófico es que la garantía de pago que otorga la disponibilidad de fondos en la MSA permite la existencia de deducibles en la contratación del seguro, lo que abarata considerablemente su prima y mantiene al afiliado igualmente cubierto. Vale decir, es posible complementar la cobertura que implican las MSA con un seguro catastrófico que considere un deducible cuyo pago está garantizado por los fondos acumulados en la MSA¹⁹. Por otra parte, al quedar sujeto el sentido de catastrófico exclusivamente al costo implícito en las patologías, se hace prescindible la autorización del seguro sobre la cobertura de patologías.

Sin embargo, existen ciertas críticas a la efectividad de las MSA para contener el gasto de salud. La primera dice relación con que si bien generan incentivos que eliminan el riesgo moral por parte de los usuarios no soluciona el problema de los prestadores quienes no tienen que responder por la costo-efectividad de las prestaciones. Lo anterior cobra vital importancia si consideramos las fuertes asimetrías de información que existen en nuestro sistema de salud, siendo el prestador un sujeto considerablemente más informado que el usuario respecto del cuidado de la salud²⁰.

Figura N°3
Composición Gasto Salud para diferentes sistemas de financiamiento



Fuente: World Health Organization

¹⁸ En general, las experiencias internacionales que han aplicado sistemas como este consideran algún nivel de copago para el seguro catastrófico. En el caso de Singapur, una vez activado el seguro el beneficiario tiene un copago de 20%.

¹⁹ Hay que considerar que siempre existe el riesgo de que se acaben los fondos acumulados en las MSA.

²⁰ El problema radica en que el prestador siempre tendrá incentivos para que el paciente sobre consuma servicios de salud. Lo anterior se agrava cuando existe integración vertical del rol de prestador y asegurador.

Una segunda crítica se refiere a que un sistema que combina las MSA con un seguro catastrófico limita la diversificación del riesgo por parte del sistema. En concreto, aquellos individuos más riesgosos en términos médicos o bien aquellos más pobres que tienen menor cantidad de fondos disponibles en sus MSA están más expuestos a agotar sus fondos y por lo tanto a quedar descubiertos ante posibles patologías.

Ante este último argumento es necesario hacer dos comentarios. Respecto de aquellos usuarios de menores ingresos que se espera tengan una menor acumulación de fondos en sus MSAs es perfectamente posible el diseño de un sistema de subsidios que elimine tal problema²¹. Como antecedente, el diseño aplicado por Singapur a partir de 1983 mantiene el esquema de subsidios estatales a la oferta al sistema de atención primaria, el que es financiado en cerca del 50% por aportes fiscales y el resto con el copago de los usuarios²². Lo anterior se acerca bastante a la actual situación de nuestro sistema público, el que es financiado en un 42% por las cotizaciones y copagos de los usuarios²³.

Ahora bien, sobre la diversificación del riesgo de aquellos usuarios más riesgosos (que más se enferman), el actual sistema ha fracasado también en ese aspecto. En la práctica, lo que se ha dado es un descreme de mercado en que el sistema privado se ha quedado con los individuos menos riesgosos y, por tanto, más baratos y el sistema público con aquellos más caros que accederían a peores planes en el sistema privado dado su nivel de ingresos y/o de riesgo²⁴.

III. Aspectos a analizar antes de la aplicación de un sistema de Cuentas de Ahorro de Salud.

Antes mencionamos que un esquema de MSAs en conjunto con un seguro catastrófico presenta la ventaja de eliminar o, al menos, reducir la probabilidad de riesgo moral por parte de los usuarios lo que llevaría a una disminución en el consumo de prestaciones de salud.

Sin embargo, la experiencia internacional de países que han aplicado este sistema no sustenta, a priori, lo anterior. Este tipo de análisis es sumamente complejo por cuanto las experiencias que se conocen no contienen todos los elementos necesarios para comprobar de manera aislada las bondades del sistema. O bien la aplicación del esquema de MSAs se hizo en conjunto con otras importantes reformas, o su aplicación fue solo parcial o bien no se cuenta con las cifras y estadísticas necesarias²⁵.

²¹ Nuestro actual sistema de salud considera importantes subsidios a los beneficiarios más pobres a través del Fondo Nacional de Salud y la atención en modalidad institucional. Al respecto, las experiencias internacionales que han usado MSAs consideran la existencia de subsidios para los más pobres. Interesante es el caso de Singapur donde cuentan con 3 programas principales que conforman su sistema de salud. El primero es Medisave que considera las MSAs; el segundo es Medishield que considera los seguros catastróficos complementarios a las MSAs; el tercero es Medifund, que consiste en un fondo que administra vía subsidios las cuentas de ahorro de los usuarios más pobres.

²² Medical Savings Accounts, *World Health Organization*.

²³ Cifras de 2005, Superintendencia de Salud.

²⁴ Estos individuos más riesgosos preferirán atenderse en aquel seguro de mayor cobertura y menor copago, lo que genera selección adversa; vale decir, aquellos sujetos más caros son los que menos pagan por su demanda de servicios de salud, encareciendo el funcionamiento del sistema. Lo anterior es lo que se conoce como selección adversa, evento que genera pérdidas de bienestar social.

²⁵ Para más información sobre experiencias internacionales ver World Health Organization, *Medical Savings Accounts: Lessons Learned from Limited International Experience* (2002), Discussion Paper N°3.

Es por esto que resulta imprescindible estimar los efectos que un diseño como éste puede tener en términos de bienestar así como las condiciones bajo las cuales el sistema es sustentable. Por último, resulta importante analizar qué otras medidas complementarias a las MSAs se pueden tomar para detener la actual tendencia al alza en el gasto en salud.

Sobre los efectos en bienestar, es necesario precisar, primero, qué condiciones deben existir para que no exista selección adversa en el sistema de seguros de salud y segundo, qué efectos redistributivos tendría la aplicación del diseño propuesto.

La selección adversa se refiere al evento de que aquellos sujetos más riesgosos y, por lo tanto, más caros sean quienes queden dentro de un esquema de seguro único y de amplia cobertura y, por el contrario, aquellos menos riesgosos y más baratos sean quienes opten por un esquema de MSA. Tal situación traería importantes pérdidas en bienestar social por cuanto asegura a aquellos usuarios más riesgosos (más caros de asegurar) y no lo hace con aquellos menos riesgosos y de menor costo (más baratos de asegurar).

En estas condiciones, se puede optar por dos escenarios. El primero considera la coexistencia del diseño actual de un seguro único y comprehensivo con el diseño propuesto, siendo los usuarios quienes deciden uno u otro sistema. El segundo es uno en que solo está disponible la posibilidad de MSAs, desapareciendo la posibilidad de selección adversa.

Desde el punto de vista del regulador, es fundamental conocer bajo que condiciones se produciría selección adversa en caso de la coexistencia de ambos sistemas. En ese caso, es posible diseñar un sistema de incentivos tributarios que favorezca las MSAs y corrija la selección adversa de los usuarios, teniendo que incluir en el análisis las pérdidas de eficiencia en la asignación de recursos que esto significaría²⁶. Para esto es fundamental conocer las ganancias y pérdidas de bienestar a nivel agregado; vale decir, como cambia la situación de bienestar de los beneficiarios bajo uno y otro escenario²⁷. Es igualmente importante conocer como cambia la situación a nivel individual o familiar; vale decir, qué familias quedarían mejor o peor respecto de la situación actual considerando los factores de riesgo e ingresos de ellas²⁸. Otro factor relevante para el diseño del sistema es saber qué nivel de acumulación de recursos se necesitarían en las MSA para financiar los gastos de salud en la época laboral pasiva²⁹. Como vemos en la Figura N°3, es necesario que los fondos acumulados en la fase de ahorro alcancen a cubrir los recursos girados en la fase de gasto, lo que dependerá, primordialmente, de la trayectoria en el tiempo del gasto en salud. Para esto es fundamental generar una estructura institucional que permita la inversión de los recursos. En este punto nace la compleja

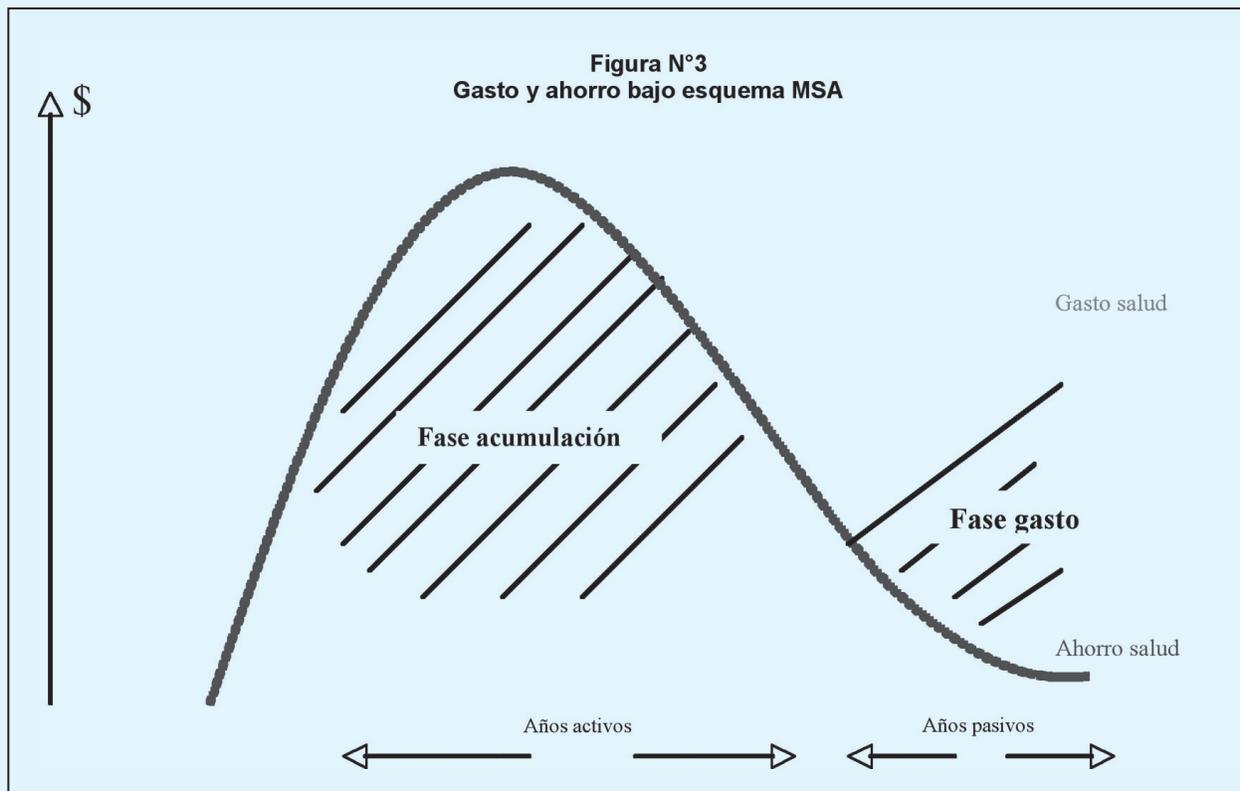
²⁶ Mas allá de los efectos redistributivos, desde el punto de vista de la eficiencia social interesa el efecto agregado de tener uno u otro sistema. En este sentido los subsidios e impuestos son considerados como transferencias, por lo que desde el punto de vista social sólo interesan las distorsiones que puedan generar.

²⁷ Ver Zabinski et al (1998). En este estudio los autores realizan diversas simulaciones en base a datos de la National Medical Expenditure Survey en EEUU. Los autores clasifican a los usuarios del sistema según su riesgo en grupos y simulan el nivel de enrolamiento a un sistema alternativo de MSAs en conjunto con un seguro catastrófico bajo un escenario de selección adversa.

²⁸ Lo que ocurre es que dependiendo del perfil de riesgo e ingresos del grupo familiar, o bien de un individuo, va a convenir uno u otro sistema, más allá de que el efecto agregado sea otro.

²⁹ Ver Chia y Tsui (2004).

tarea de maximizar el riesgo/retorno de los fondos acumulados en las MSAs considerando el carácter dinámico de los plazos de inversión y el riesgo de que se agoten los fondos acumulados³⁰.



Fuente: World Health Organization

Otro elemento necesario a considerar es que el diseño del sistema debe generar los incentivos necesarios para que los usuarios valoren el costo alternativo de los recursos acumulados en sus MSAs. Si el diseño plantea que los fondos acumulados tienen un uso exclusivo para fines de salud y que solo podrán tener un uso alternativo (consumo de otros bienes) una vez que se jubilen (de tal manera que esos fondos se les entreguen a modo de pensión) existe el riesgo que los usuarios no interioricen tal costo alternativo, lo que limita significativamente el impacto de las MSA en términos de reducir el riesgo moral en el sistema³¹. En circunstancias que el ahorro de los usuarios en sus gastos de salud (fondos de MSA) repercutirán en un futuro que puede parecer lejano, los incentivos a hacer tal ahorro se desvanecen³².

Por último, es necesario considerar medidas que actúen de manera complementaria por el lado de la oferta y no solo quedarnos en los efectos que podemos lograr en la demanda a través de las MSAs. Al respecto,

³⁰ Es esperable que las trayectorias de ingresos y, por lo tanto, de ahorro y cotización en las MSA tengan menores fluctuaciones a la trayectoria del gasto de salud en el tiempo. Sin embargo, diferentes regímenes de inversión de los recursos acumulados en las MSA pueden hacer fluctuar considerablemente los fondos acumulados en el periodo pasivo.

³¹ Esto se conoce en la literatura como Inconsistencia Intertemporal de las Preferencias y se refiere a que los individuos son incapaces de valorar económicamente eventos que sucederán en plazos muy lejanos al presente.

³² Hay que hacer la salvedad que al estar los fondos de las MSAs destinados de manera exclusiva a gastos de salud, el costo alternativo de esos fondos no es su valor de compra hoy sino el valor presente de la capacidad adquisitiva de esos recursos al momento de la jubilación, en caso que sea ése el uso alternativo que nos interesa. Este efecto se contrarresta si esos fondos acumulados obtienen rentabilidades superiores a la tasa de descuento intertemporal de los usuarios.

una opción es implementar una política de seguros en que la cobertura quede supeditada a criterios de costo-efectividad de las prestaciones³³. Lo anterior permite al asegurador cubrir solo aquellas prestaciones que cumplen con requisitos de eficiencia mínimos, quedando a cargo del bolsillo del usuario el costo de aquellas prestaciones que no cumplan esos requisitos.

Un esquema como éste en conjunto con un diseño de MSAs complementado con un seguro catastrófico que conviva con el actual sistema de seguro único y comprehensivo sería una interesante opción a analizar, que potencialmente evitaría la selección adversa y el sobre consumo de prestaciones de salud.

Referencias:

- Di Matteo (2003), The Income Elasticity of Health Care Spending: A Comparison of Parametric and Nonparametric Approaches, *The European Journal of Health Economics*, Vol. 4, No.1, pp. 20-29.
- Freeman (2003), Is Health Care a Necessity or a Luxury? Pooled estimates of income elasticity from US state-level data, *Applied Economics*, Volume 35, Issue 5, pages 495 – 502.
- Culyer y Newhouse (2000), Handbook of Health Economics, *North-Holland*, volumen 1ª, 17va edición.
- Gold, Siegel, Russel y Weinstein (1996), Cost Effectiveness in Health and Medicine; *Oxford University Press*.
- Hagist y Kotlikoff (2005), Who's Going Broke? Comparing Healthcare Costs In Ten Oecd Countries, *NBER Working Paper* No. 11833.
- Zabinski, Selden, Moeller y Banthin, Medical Savings Accounts: Microsimulation Results from a Model with Adverse Selection, *Journal of Health Economics*, 18; .195–218.
- World Health Organization, Medical Savings Accounts: Lessons Learned from Limited International Experience (2002), Discussion Paper N°3.
- Chia y Tsui (2004), Medical Savings Accounts in Singapore: How much is adequate?, *Department of Economics-National University of Singapore*, SCAPE Policy Research Working Paper Series n° 0502.

³³ La costo-efectividad es una metodología que pretende medir la efectividad de las prestaciones en relación a su costo basándose en alguna medida objetiva de efectividad como pueden ser los años de vida incrementales derivados de una prestación. En general, lo que se hace es comparar la costo efectividad de dos procedimientos distintos ante una misma situación y ver cuál tiene un menor costo incremental relativo a efectividad menor. Formalmente, el costo es el costo efectivo de cada procedimiento y la efectividad se mide a través de los años de vida corregidos por calidad incremental de la prestación. La decisión se toma en base a la prestación que presente la menor relación de costo efectividad definida por $\frac{C1}{E1}$ en donde $C1$ es el costo del procedimiento alternativo y $C0$ el costo del procedimiento en análisis, siendo $E1$ y $E0$ los QALYs (Quality Adjusted Life Years, Años de Vida Ajustados por Calidad) de cada opción. Para más información ver Culyer y Newhouse (2000) o Gold, Siegel, Russel y Weinstein (1996).