



Mecanismos de gestión del riesgo de las empresas aseguradoras de salud

Autor

Samuel Argüello Verbanaz
Correo electrónico:
sarquello@bcn.cl

N.º SUP: 138.557

Resumen

El fallo de la Corte Suprema rol 16.630 de 2022 se pronuncia sobre una de las herramientas que tienen las aseguradoras de salud para gestionar el riesgo, en particular utilizar las características personales de edad y el sexo para modificar el cálculo las primas que pagan los afiliados a las isapres, es decir, los precios de los planes de salud. El uso del sexo y la edad para calcular la prima en el momento de la afiliación o para modificarla durante la vigencia del contrato es una de las herramientas que usan las aseguradoras para la gestión del riesgo, dentro de un conjunto mayor de mecanismos que teóricamente podrían utilizar.

En este sentido, desde un punto de vista teórico, en la gestión del riesgo las aseguradoras de salud pueden limitar sus riesgos a través de distintos mecanismos: impedir la afiliación o rechazar entregar un producto de seguro; usar el análisis de las características médicas y personales para clarificar los riesgos y ajustar la prima, lo que puede incluir el sexo y la edad; establecer condiciones de preexistencia y períodos de espera que excluyan o limiten en el tiempo el tratamiento de enfermedades preexistentes; cancelaciones de cobertura cuando se identifican usos de cuidados médicos superiores a los esperados y se sospecha y se puede demostrar que ha habido un fraude al momento de la afiliación; división de los costos entre asegurador y asegurado a través de copagos o deducibles para el conjunto de coberturas o para ciertos tratamientos; y la revisión exhaustiva caso a caso de los usos de cuidados médicos para evaluar si cumplen con las condiciones de la póliza.

Estos mecanismos de gestión del riesgo son interdependientes. Así, por ejemplo, según Rosenbaun (2009, p. 105), “por ejemplo, es esperable que regulaciones que limitan el uso de herramientas de gestión del riesgo al momento de la afiliación resulten en el uso de deducibles y copagos más altos, términos de cobertura más estrictos [...], uso más estricto de las revisiones de los casos que implican procedimientos de alto costo, un sistema de apelación más estrictamente controlado, y redes de atención más restrictivas con menores pagos”.

I. Introducción

A petición del usuario, en este informe se explican algunos conceptos relacionados con el mercado de los seguros que ayudan a entender cómo se gestiona el riesgo y los mecanismos que tienen las aseguradoras para limitarlo cuando venden seguros de salud. Esto se presenta para conocer algunos de los elementos relevantes que pueden entrar en la discusión cuando se consideran las regulaciones y limitaciones que los poderes del Estado aplican al sector de los seguros de salud.

En particular, esto es relevante en el contexto de la discusión sobre los efectos del fallo de la Corte Suprema rol 16.630 de 2022 (BCN 2023, p. 6-9). El fallo de la Corte Suprema se pronuncia sobre una de las herramientas que tienen las aseguradoras de salud para gestionar el riesgo, en particular utilizar las características personales de edad y el sexo para modificar el cálculo de las primas que pagan los afiliados a las isapres, es decir, los precios de los planes de salud. Como se verá a continuación, el uso del sexo y la edad para calcular la prima en el momento de la afiliación o para modificarla durante la vigencia del contrato es una de las herramientas que usan las aseguradoras para la gestión del riesgo de un conjunto que teóricamente pueden utilizar.

Así, el objetivo de este informe es presentar sucintamente el contexto en que se sitúa el cálculo de la prima en el ámbito más amplio de gestión del riesgo de los seguros de salud.

II. Agrupación y dispersión del riesgo en los seguros de salud

Desde el punto de vista de los elementos que importan para este informe, los seguros en general, y los seguros de salud en particular, se basan en dos principios: la agrupación de riesgo (conocido en la literatura anglosajona como *risk pooling*) y la dispersión del riesgo (*risk spreading*). Como mencionan Covelini y Esposito (2020, p. 3), en la industria moderna de seguros estos principios siempre han oscilado entre dos necesidades opuestas: “por un lado, la agregación de todos los casos para propósitos de compensación y, por el otro, la segmentación del conjunto de asegurados sobre la base de ciertas diferencias (como género o edad) que permite definir clases de riesgo más homogéneas”.

Respecto a la dispersión del riesgo, ésta puede producirse de varias maneras según agrupación del mismo. Por un lado, en uno de los extremos del espectro de la dispersión del riesgo, estos pueden dispersarse a una sociedad entera, como es el caso de los sistemas de seguridad social públicos de participación obligatoria típicos de los países con Estado del Bienestar desarrollado. Por otro lado, en el otro extremo de la dispersión del riesgo, este puede dispersarse en grupos de población pequeños. Esto se da, por ejemplo, cuando los empleadores contratan seguros colectivos para los trabajadores (como es habitual en los Estados Unidos de América), cuando los particulares contratan individualmente seguros para ellos y sus familias (como es el caso de las instituciones de salud previsual (isapres) en Chile), y cuando las aseguradoras eligen vender seguros en ciertos mercados a ciertos segmentos de la población (Rosenbaun 2009, p. 104).

Respecto a la segmentación, según Covelini y Esposito (2020, p. 3), esta tiene la ventaja, por un lado, de ofrecer primas más ajustadas a las características de los miembros del segmento y, por otro, la compañía de seguros puede ser competitiva al ofrecer seguros atractivos en el mercado a diferentes grupos de personas.

III. Formas de gestión del riesgo de las empresas aseguradoras de salud

De estos aspectos puede derivarse la pregunta de cómo debería dispersarse el riesgo de la población en materia de salud. Conforme a Rosenbaun (2009, p. 105), “dos conceptos que subyacen en los extremos del espectro de dispersión del riesgo presentan dos formas claras de pensar sobre el acto de dispersar el riesgo. En un extremo está el enfoque de ‘seguridad social’, que en su forma más pura dispersa el riesgo de cobertura uniformemente a lo largo de un grupo [...]. En el otro extremo del espectro está [...] la ‘visión actuarial’¹ del riesgo. En este modelo, que se denomina ‘justicia actuarial’, se usan técnicas de la ciencia actuarial para clasificar a los individuos por características específicas que a su vez se asocian con el uso de cuidados (gastos en cuidados de salud) y, por lo tanto, con el riesgo de pérdida financiera para un asegurador (conocido como pérdida médica)”.

En el modelo de la visión actuarial, que es el caso de los seguros individuales que venden las isapres, se evalúan los riesgos que presentan los individuos y se ajustan las reglas de suscripción del seguro y las primas en función de estos. Desde un punto de vista teórico, y sin tener en cuenta la regulación que puede establecer el Estado, puede suceder que para la aseguradora algunos individuos impliquen un riesgo demasiado grande para cubrirlos con un seguro de salud, que a otros se le deban aplicar ciertas restricciones para poder venderles un seguro (por ejemplo no cubrir enfermedades preexistentes) o que se les deban aplicar primas muy altas para venderles un seguro de salud.

Existen diferentes mecanismos con los que las aseguradoras pueden gestionar el riesgo para limitar el costo de cubrir el uso de los seguros para ciertos tipos de condiciones médicas y tratamientos, por ejemplo limitaciones a la cobertura, exclusiones y copagos (Rosenbaun 2009, p. 105). Esto permite a las aseguradoras “blindarse”² de ciertos riesgos al momento de establecer las condiciones de afiliación en las que se asegura a una persona y durante el período en que esta está asegurada.

La forma de cálculo de la prima es una de estas técnicas actuariales y es una de las principales variables del mercado de seguros de salud a la que se enfrentan los asegurados o los que buscan un seguro, lo que en el mercado de las isapres habitualmente se conoce como el costo del plan. Entre los elementos básicos que afectan a la prima que paga un asegurado está el tipo y las condiciones del seguro de salud (cobertura, exclusiones, deducibles, etc.) y las características personales del asegurado (particularmente de salud) que el asegurador considera que están correlacionadas con su nivel de riesgo (Pauly y Herring 2007, p. 770).

Estas técnicas actuariales también pueden incluir características totalmente inmutables como el sexo. Así, por ejemplo, tradicionalmente a las mujeres “se les cobran primas de seguro de salud más altas que a los hombres, porque los datos actuariales tienden a mostrar que su condición de salud y sus

¹ Actuarial se refiere a actuario, es decir, lo relativo a los cálculos matemáticos, financieros, estadísticos, elementos legales, etc., que se utilizan en el mercado de los seguros para determinar coberturas, primas y demás elementos del sector.

² Se utiliza el término blindar y blindaje usado por Rosenbaun (2009) de manera descriptiva y en traducción literal de *shielding* del inglés. No pretende indicar ninguna connotación positiva ni negativa ni de justicia. En este contexto el sentido de blindarse del riesgo es el de establecer mecanismos, exclusiones y condiciones que permiten reducir o eliminar los la pérdida financiera para la aseguradora cuando al asegurado le ocurre un evento que requiere el uso de cuidados de salud.

necesidades de cuidados médicos, al menos durante ciertos períodos de su vida, pueden llevar a tasas de utilización [de las coberturas] más altas” (Rosenbaun 2009, p. 105).

Pero desde el punto de vista del asegurador hay otros elementos que puede controlar para limitar el riesgo que implica un seguro de salud. A continuación se mencionan algunas de las herramientas de las que disponen las aseguradoras desde un punto de vista teórico. En primer lugar, se muestran los mecanismos que las aseguradoras pueden utilizar al momento de afiliación del asegurado y, en segundo lugar, los mecanismos que pueden usar luego de la afiliación³.

Como es evidente, una normativa puede poner límites y regular estos mecanismos de reducción del riesgo. No obstante lo anterior, en los puntos siguientes se presentan los mecanismos desde el punto de vista de su lógica de funcionamiento, sin entrar en la discusión de si se limitan o no en la práctica o de si es pertinente o no limitarlos. Además, como se explicará más adelante, estas técnicas pueden combinarse en diferentes formas y la modificación de una puede tener efectos sobre otra.

Hecha esta aclaración, a continuación se mencionan algunas de las herramientas que tienen las aseguradoras de salud, las que no son excluyentes y se pueden combinar en diferentes formas.

1. **Blindaje del riesgo antes en el momento de la afiliación**

La aseguradora tiene diversas opciones para limitar el riesgo que asume al asegurar a una persona. Los mecanismos disponibles que se muestran a continuación los evalúa la aseguradora y los establece *antes* de la afiliación del potencial asegurado.

Impedir la afiliación o rechazar entregar un producto de seguro: el asegurador puede impedir completamente la entrada de una persona según sus características de salud o decidir no venderle un tipo de seguro específico si considera que el riesgo es demasiado alto para afrontar la pérdida financiera en el caso de que se produzcan eventos que impliquen gastos de cuidados de salud extremadamente altos.

Análisis de las características médicas y personales para clarificar los riesgos y ajustar la prima: el asegurador puede utilizar información basada en las características personales para estimar los riesgos que podría esperarse que afecten a la probabilidad uso de cuidados médicos. Así, los individuos cuyas características implican mayores riesgos tenderían a pagar primas más altas, incluido el caso donde la prima es tan alta que en la práctica es excluyente y evita la afiliación del potencial asegurado.

Condiciones de preexistencia y períodos de espera: en este caso la aseguradora acepta la afiliación del solicitante pero excluye completamente el tratamiento futuro de enfermedades preexistentes o establece tiempos de espera en los que no se cubrirá el tratamiento de una preexistencia. Esto no excluye asegurar al individuo pero limita los riesgos asumidos por la aseguradora.

Cancelaciones de cobertura: una vez afiliado el asegurado, el asegurador puede establecer mecanismos de cancelación de la cobertura cuando se identifican usos de cuidados médicos superiores a los

³ Las dos próximas secciones se bastan en (Rosenbaun 2009, p. 106-8).

esperados y sospecha y puede demostrar que ha habido un fraude al momento de la afiliación. Un ejemplo de esto es denegar la cobertura por no declarar una enfermedad preexistente.

2. Blindaje del riesgo luego de la afiliación y administración de los planes

Si se asume que la afiliación del asegurado ya ha ocurrido, el problema que se plantea para el asegurador es cómo gestionar los riesgos asociados a la cobertura y al uso de los cuidados médicos del asegurado durante la vigencia del contrato. Como en el caso de los mecanismos previos a la afiliación, a continuación se presentan los mecanismos básicos disponibles desde el punto de vista de la aseguradora.

División de los costos entre asegurador y asegurado: las aseguradoras de salud tienen distintas opciones para establecer mecanismos de división de los costos entre asegurado y asegurador en el momento de cubrir un evento médico que implica un desembolso financiero, lo que puede incluir copagos y deducibles, ya sea para el conjunto de coberturas o para tratamientos específicos. Los copagos pueden variar, además de en función del tratamiento médico, en función del prestador médico. Así, por ejemplo, el copago o el deducible puede ser más alto si la atención médica se produce en un prestador fuera de la red preferente de la aseguradora. De esta manera limita la pérdida financiera al incitar a los pacientes a utilizar la red de prestadores cuyo costo es menor para la aseguradora. También entran dentro de esta categoría de blindaje del riesgo los límites a los montos cubiertos, ya sea de manera general o para tratamientos específicos.

Limitación de las coberturas caso a caso: otra forma de limitar los riesgos es la revisión exhaustiva caso a caso de los usos de cuidados médicos para evaluar si cumplen con las condiciones de la póliza y redactar contratos de salud que permitan ampliar la discrecionalidad para denegar el pago por el uso de una cobertura. Más específicamente, esto puede implicar determinar en el contrato qué evidencia se considerará necesaria para justificar el pago de un tratamiento médico, es decir que exista cierta discrecionalidad en determinar cuándo una atención médica es necesaria.

Tamaño y composición de la red de prestadores:

El tamaño, la composición y las coberturas de los prestadores preferentes del seguro de salud también afectan al cálculo de riesgos financieros de las empresas aseguradoras. Así, por ejemplo, establecer una red limitada de prestadores preferentes de atención primaria y especializada puede tener el efecto de desincentivar la entrada de enfermos con condiciones crónicas que son reticentes a las limitaciones que establece una red de prestadores preferentes.

IV. Consideración final

Desde el punto de vista de este informe es pertinente mencionar un último aspecto sobre la relación entre las técnicas de gestión del riesgo explicadas más arriba. Así, según Rosenbaun (2009, p. 108), “es importante resaltar una vez más la naturaleza interdependiente de estas técnicas. Por ejemplo, es esperable que regulaciones que limitan el uso de herramientas de gestión del riesgo al momento de la afiliación resulten en el uso de deducibles y copagos más altos, términos de cobertura más estrictos, [...], uso más estricto de las revisiones de los casos que implican procedimientos de alto costo, un sistema de apelación más estrictamente controlado, y redes de atención más restrictivas con menores pagos”.

Referencias

BCN (2023). Fallos de la Corte Suprema sobre isapres. Síntesis de las sentencias; relación del artículo 3 del Código Civil, y eventual afectación de la “mutualización de riesgos”. Mayo de 2023. Disponible en <http://bcn.cl/3dl3q> (consultado el 7 de junio de 2023).

Cevelini, A. y Esposito, E. (2020). From pool to profile: social consequences of algorithmic prediction in insurance en *Big data & society* July-December p. 1-11. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1177/2053951720939228> (consultado el 31 de mayo de 2023).

Pauly, M. y Herring, B. (2007). Risk pooling and regulation: policy and reality in today's individual health insurance market en *Health Affairs*, 26, no.3 (2007), p. 770-779. Disponible en <https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.3.770> (consultado el 6 de junio de 2023).

Rosenbaun, S. (2009). Insurance discrimination on the basis of health status: an overview of discrimination practices, federal law, and federal reform options en *Journal of Law, Medicine & Ethics* , Volume 37 , Issue S2 , Fall 2009 , p. 101-120. Disponible en <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2009.00423.x> (consultado el 2 de junio de 2023).

Nota aclaratoria

Asesoría Técnica Parlamentaria está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley. Con lo cual se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.



Creative Commons Atribución 3.0
(CC BY 3.0 CL)