

## IDEAS PARA ATENUAR EL DAÑO DE UNA REGULACIÓN DEFICIENTE



Por **Jorge Colina**  
Economista de IDESA

*Como era predecible, el Congreso Nacional dio sanción definitiva a ley de regulación de la medicina prepaga, cuestionada por deficiencias técnicas en aspectos centrales. Particularmente críticas son las cláusulas de PMO, edad y preexistencias que resultan técnicamente inaplicables a los seguros de salud voluntarios. En el presente número de los Enfoques se presenta una explicación de porqué son técnicamente inaplicables y algunas ideas para corregir la falla con una visión y enseñanzas de la experiencia internacional.*

### Las deficiencias más severas de la regulación

Como se señaló muchas veces, la actividad de los seguros privados voluntarios necesita un marco regulatorio específico. Es necesario tener reglas de transparencia y solvencia que brinden seguridad y predictibilidad a consumidores y empresas. Sin embargo, en el marco regulatorio sancionado se han introducido elementos inaplicables en planes de salud voluntarios:

- *La edad no puede ser criterio de rechazo y el sobreprecio por edad no puede ser más de 3 veces superior entre el tramo de menor y mayor riesgo.*
- *Cubrir como mínimo el PMO.*
- *No puede haber períodos de espera, ni exclusión de enfermedades preexistentes.*

*¿Por qué motivos estos aspectos son inaplicables en seguros voluntarios?* Básicamente, porque si un seguro de afiliación voluntaria los aplica, quiebra. Las enfermedades más costosas y frecuentes, que además con el incremento de la expectativa de vida y el avance tecnológico en medicina se hacen cada vez más costosas y frecuentes, son las cardio y cerebrovasculares, y las patologías oncológicas, entre las más importantes. Las personas con estas afecciones demandan muchos más recursos económicos en ser-

vicios médicos que una persona que no las sufre. Es muy difícil tener cifras exactas, pero no es descabellado afirmar que una persona con estas afecciones puede llegar a gastar en recursos médicos más de 100 veces por año lo que gasta una persona sana que sólo sufre afecciones agudas.

La incidencia de estas enfermedades aumenta con la edad. Según las estadísticas internacionales, por cada 10.000 personas 365 enferman con alguna de estos tres tipos de enfermedades de alto costo. Entre las persona menores de 40 años la incidencia es de 33 por cada 10.000, pero entre 40 y 55 la probabilidad es 6 veces mayor dado que aumenta a 199 por cada 10.000, y entre 55 y 65 años es 13 veces mayor ya que aumenta a 429 por cada 10.000, y si es mayor de 65 la probabilidad es 24 veces mayor al afectar a 800 personas por cada 10.000. Es decir, no sólo que el tratamiento es sideralmente más alto sino que las probabilidades de contraerlas aumentan de manera exponencial con la edad. De aquí que la obligación de afiliar a personas de cualquier edad con un sobreprecio que no puede ser más de 3 veces superior entre el tramo más bajo y más alto, no se condice con la realidad. La edad, por la severidad de enfermedades que trae aparejada, tiende a generar un diferencial de costos muy superior a 3 veces (Cuadro 1).

**Cuadro 1. Incidencia de enfermedades cardio y cerebrovasculares, y oncológicas**

|                      | Total de personas | Personas con enfermedades cardio y cerebrovasculares y oncológicas | Personas que no se enferman con estas afecciones |
|----------------------|-------------------|--|--|
| Menores de 40        | 10.000            | 33   | 9.967  |
| Entre 40 y 55        | 10.000            | 199  | 9.802  |
| Entre 55 y 65        | 10.000            | 429  | 9.571  |
| Mayores de 65        | 10.000            | 800  | 9.200  |
| <b>Total General</b> | <b>10.000</b>     | <b>365</b>   | <b>9.635</b>                                     |

Fuente: En base a "Propuesta para un Sistema de Cobertura Catastrófica en Argentina". Instituto de Ciencias del Seguro. Fundación Mapre Estudio.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> <http://www.mapfre.com/lccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/propuestas-para-un-sistema-de-cobertura-de-enfermedades-catastroficas-en-argentina-120.pdf>

De todas formas, aún cuando el diferencial de costos asociados a la edad sea muy superior, un plan de salud no necesariamente quiebra afiliando personas mayores. En la medida que tenga población joven, que subsidie a la población anciana, el colectivo puede ser sustentable. El "secreto": la proporción de población que no sufren estas enfermedades respecto a las que sí lo sufren debe ser alta.

Para la población general, esta proporción es de 26 ya que cada 10.000 personas hay 9.635 que no sufren la enfermedad y 365 que la sufren (Cuadro 1). Pero a raíz de que los planes privados de salud son de afiliación voluntaria, las personas enfermas con estas afecciones son las que tienden a afiliarse a los planes de salud con los mejores prestadores en cardiología, neurología y oncología. Suponiendo que esta conducta lleva a que los planes de salud privados con prestadores de excelencia atraigan tres veces más enfermos cardio, cerebro vasculares, y oncológicos que el promedio de la población, la relación persona no enferma sobre persona enferma baja desde 26 a 9, mientras que los planes de salud que no tengan prestadores de experiencia

podrán -como los enfermos con estas afecciones tenderán a no elegirlos- llegar a tener hasta 79 personas sin estas enfermedades por cada una que sí las tiene (Cuadro 2).

De esa forma, los planes de salud privados de excelencia en cardiología, neurología y oncología entran en insolvencia porque tendrán un coeficiente de sustentabilidad (personas no enfermas / personas enfermas) muy inferior al promedio, y las planes que tengan prestadores de menor experiencia en estas especialidades pasarán a tener rentabilidades extraordinarias. Ciertamente, los planes privados de salud de excelencia no van a permitir que esto suceda, y van a reaccionar de dos posibles maneras:

- Tender a cerrar la afiliación de individuos (para evitar atraer un número superior al promedio de enfermos con las afecciones más costosas).
- Tender a no generar excelencia en el tratamiento de estas enfermedades (para evitar atraer a las personas que las sufren).

¿Los perjudicados? Son tres: a) los usuarios enfermos con estas afecciones -a los que se aspira a beneficiar con esta regulación-; b) los usuarios sanos - porque tendrán barreras para acceder a planes privados-; y c) los prestadores médicos de excelencia en enfermedades cardio y cerebrovasculares, y oncológicas -que serán discriminados por los planes de salud para evitar atraer una cantidad desproporcionada de personas afectadas con este tipo de enfermedades.

**Cuadro 2. Relación personas no enfermas respecto de las enfermas Afecciones cardio y cerebrovasculares, y oncológicas**

| Población General        | Plan privado de salud con <b>buenos</b> servicios cardio, cerebro vasculares y oncológicos | Plan privado de salud con <b>malos</b> servicios cardio, cerebro vasculares y oncológicos |
|--------------------------|--|---|
| $\frac{9.635}{365} = 26$ | $\frac{9.635}{365 \times 3} = 9$   | $\frac{9.635}{365 / 3} = 79$  |

Fuente: Colombo y Tapai (2004). "Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems". [www.oecd.org](http://www.oecd.org) OECD (2004) "Proposal for a Taxonomy of Health Insurance". OECD Study on Private Health Insurance. OECD Health Project.

Es importante resaltar que la decisión de no aceptar afiliaciones y dejar de generar excelencia no es una conducta maliciosa, sino de sobrevivencia impuesta por las reglas de juego dictadas. Si la regla es que hay que afiliarse a personas de toda edad, darles todo lo que necesiten (PMO íntegro), sin la posibilidad de excluir enfermedades preexistentes, y la afiliación es voluntaria, la reacción defensiva natural es procurar no afiliarse porque se corre un riesgo excesivo de derrumbarse por insustentabilidad del colectivo de afiliados.

**¿Cómo son las regulaciones sobre PMO, edad y exclusiones en los planes privados de salud en los países avanzados?**

En el Cuadro 3 se presenta un esquema, extraído de dos documentos de la OECD<sup>2</sup>, que permite entender con facilidad la forma en que se organiza la cobertura en los países avanzados. Es una matriz donde en las filas se estipulan las modalidades de planes privados y en las columnas la cobertura pública cuando una persona está cubierta por un seguro privado.

Básicamente, en Australia, Alemania, Holanda, Suiza e Irlanda hay colectivos de personas -en general de altos ingresos- que tienen la obligación de recurrir a la cobertura privada y dejan de tener cobertura en el sistema público o semi-público; son casos de cobertura privada, coercitiva, que no se superpone con la cobertura pública. En cambio, en países como España, Inglaterra e Italia la cobertura privada es voluntaria y se superpone con la cobertura pública en el sentido de que quién voluntaria e individualmente decide tomar un seguro privado no deja de tener cobertura en el sistema público (como es en Argentina). En prácticamente todos los países europeos existe la posibilidad de comprar voluntariamente cobertura privada suplementaria a la

cobertura pública destinada a mayor confort, accesibilidad a profesionales no incluidos en los sistemas sociales, apoyo financieros para reintegros de gastos, etc. (Cuadro 3).

Para el caso argentino, lo importante son los casos de España, Inglaterra e Italia donde la cobertura privada es voluntaria y se superpone con la pública (igual que en la Argentina). De todas formas, los casos de Australia, Alemania, Holanda, Suiza e Irlanda, donde la cobertura privada supone la no cobertura pública, también son relevantes porque ilustran cómo se trata el problema del PMO, la edad y las preexistencias cuando se opera exclusivamente con cobertura privada.

En España, Inglaterra e Italia, para los seguros privados no hay Programa Médico Obligatorio (PMO), se permiten los planes parciales, no hay restricciones para la afiliación según la edad y las tarifas se pueden fijar con esquemas diferenciales por edad. El fundamento: las personas nunca dejan de estar cubiertas por el sistema público, entonces, todo aquello que no puede ser cubierto por un plan privado, ya está cubierto por el sistema público.

En Australia, Alemania, Holanda, Suiza e Irlanda sí aparecen regulaciones de PMO, edad y preexistencias, pero es porque el Estado no las cubre (cuando la persona tiene cobertura privada) y lo hacen de forma muy diferente a cómo se quiere hacer en Argentina. En los cinco países hay innovaciones regulatorias que posibilitan incorporar las dimensiones de edad y preexistencias a las coberturas privadas sin poner en riesgo su sustentabilidad financiera. Con excepción de Suiza, en los otros cuatro países se estipuló una regla que estipula precios más bajos y control a los ajustes según edad mientras más tempranamente se haya afiliado la persona. Por ejemplo, cuando las personas se afilian entre los 30 y 40 años abonan cuotas más bajas y tiene ajus-



**Cuadro 3. Cobertura pública y privada en los países avanzados**

|                |  | Sector público   |  |
|----------------|--|--|--|
|                |  | Mantienen la cobertura   | NO mantienen la cobertura  |
| Seguro privado | Cubre servicios médicos que son cubiertos por el sector público. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• España</li> <li>• Inglaterra</li> <li>• Italia</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Australia</li> <li>• Alemania</li> <li>• Holanda</li> <li>• Suiza</li> <li>• Irlanda</li> </ul> |
|                | Otorga beneficios por encima del sector público.                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prácticamente todos los países europeos</li> </ul>        |  |

Fuente: En base a Colombo y Tapai (2004) y OECD (2004).

tes por edad más moderados cuando envejecen en comparación con una persona que se afilia entre los 40 y 50 años, y los precios son mucho mayores cuando se afilia entre los 50 y 60. Para mayores de 60, no hay obligación de afiliación dado que en todos los países los jubilados cuentan con cobertura pública (sin perjuicio de que una persona afiliada con anterioridad a la edad jubilatoria mantiene su afiliación luego de jubilarse). En los cinco países hay esquemas de ajustes por riesgos por los cuales los seguros que afilian a personas de menor riesgo subsidian a los seguros que afilian a personas de mayores riesgos, y en Alemania y Holanda las prestaciones financieramente catastróficas están cubiertas por sistemas de cobertura universal por lo cual salen de los paquetes prestacionales dejando de ser cubiertos por los seguros privados.

Como se observa, en los países donde la cobertura privada es voluntaria y se superpone con la cobertura pública (España, Inglaterra y Holanda) no hay regulaciones específicas porque se asume que la afiliación es una decisión individual y todo aquello que la gente no compre privadamente lo tiene asegurado en el sistema público. Cuando la cobertura privada presume la no cobertura pública (Australia, Alemania, Holanda, Suiza, Irlanda), la cobertura privada es coercitiva, tiene esquemas regulatorios para penalizar la no afiliación y la afiliación tardía, hay esquemas de ajuste por riesgo y esquemas universales de financiamiento para las enfermedades catastróficas. Todo un conjunto coherente y sofisticado de regulaciones. En Argentina, se sobregula una decisión individual aun cuando el riesgo ya está cubierto por el sistema público y en lugar de regular con pertinencia técnica, como lo hacen los países que regulan, se apela a la mera y voluntarista indicación normativa de que está prohibido rechazar afiliaciones por edad y preexistencias y estipular la obligación de dar todas las prestaciones imaginables.

### Recomendaciones de políticas

Una manera de destrabar el embrollo es diferenciar el tratamiento de lo que son los planes corporativos (aquellos donde un ente -una empresa, una obra social, una mutual, etc- contratan un seguro de salud privado para un conjunto de individuos) de los planes individuales (aquellos donde una persona individualmente se afilia). En los planes corporativos es más fácil gestionar la cobertura de personas de edad mayor y las preexistencias porque dentro del grupo de afiliados se combinan personas sanas con personas afectadas por enfermedades crónicas y altamente costosas. En cambio, con las afiliaciones individuales los riesgos de atraer en

exceso sólo a personas con afecciones altamente costosas se potencian. Por esto, con la ley vigente como está, sin reglamentar, las afiliaciones voluntarias van a tender a desaparecer perjudicando a la gente que quiere afiliarse a un seguro privado y no pertenece a un grupo de afinidad (una empresa, una mutual, etc). Para solucionar este problema, en uso de las facultades otorgadas por el Artículo 7° de la ley, **el Ministerio de Salud debería reglamentar los planes parciales.**

La reglamentación debería establecer que se puede comercializar planes parciales individuales con la condición de que en el contrato se explicita fehacientemente las prestaciones que se cubren y las que no están incluidas. No se debe perder de vista que las prestaciones no incluidas están cubiertas por el sistema público y/o la seguridad social, y que fue libre voluntad individual de la persona asegurar por la vía privada sólo una parte de las prestaciones que de todos modos sigue teniendo cubiertas en los mecanismos públicos. Esto posibilitará continuar con las afiliaciones voluntarias individuales porque podrán diseñarse planes de salud privados con servicios para enfermedades agudas que son las que más frecuentemente necesita la población. Estos mismos planes parciales podrían traer adosados, optativamente, un seguro financiero específico para el caso de que la persona contraiga una enfermedad financieramente catastrófica una vez que está afiliada. Pero este sería un servicio adicional.

Obviamente que una salida de este tipo es transitoria, ya que no soluciona el problema de muchas personas con afecciones severas y muy costosas que no están siendo apropiadamente atendidas por el sistema público y las obras sociales -por eso los legisladores aspiran a obligar por ley a los seguros privados a dar las soluciones que el sistema público y de la seguridad social no está dando-. Para la solución de fondo, hay que trabajar en la **modernización de las regulaciones y la gestión del sector público y las obras sociales y PAMI**, para que brinden servicios de calidad acordes con las expectativas de la población, y -sin perjuicio de esto- construir un **sistema de cobertura universal para las enfermedades financieramente catastróficas**, como las cardio y cerebrovasculares, y oncológicas (utilizadas para ejemplificar en esta nota), y también los trasplantes y otras enfermedades de baja incidencias y excesivamente costosas como las enfermedades degenerativas u otras enfermedades raras. Este sistema sería la solución definitiva para tratar apropiadamente las enfermedades complicadas asociadas a la edad y las preexistencias, como así también hacer posible el sueño de tener un PMO integral. ■