



# EN LA TERCERA EDAD EL CONSUMO MEDICO ES HASTA 18 VECES MAYOR

*La ley de prepagas establece que la diferencia de cuotas de planes de salud según la edad no puede ser mayor a 3 entre el segmento de mayor y menor costo. El problema es que un anciano utiliza entre 13 a 18 veces más recursos que los jóvenes. Para resolver el dilema, es necesario que los jóvenes subsidien a los ancianos, creando mecanismos de previsión de largo plazo en la reglamentación de la Ley. En este número de los Enfoques se presenta una propuesta en este sentido.*

### El ciclo de vida y el gasto médico de las personas

No es una novedad que las personas cuando envejecen gastan mucho en medicina. Lo que no es tan conocido es que la brecha de gasto con los jóvenes es enorme. Para ilustrar el comportamiento del costo en salud en el ciclo de vida de las personas se presenta el *Gráfico 1*, el cual contiene datos de las instituciones de ADEMP sobre costo per capita por edad y sexo de sus afiliados.

Tomando como base el promedio de costo de las personas entre 41 y 50 años de edad de ambos sexos (41 - 50 = 100), surge que en el primer año de vida un recién nacido gasta 3,7 veces más, cuando es hombre, y 2,7 veces más, cuando es mujer, que una persona de entre 41 y 50 años. Luego, el costo cae abruptamente a partir del 2º año de vida a un nivel que es entre la mitad y un tercio de lo que la persona gasta en sus 40s. Obviamente que las mujeres adelantan el aumento de costo a sus 30s por la maternidad, pero, a



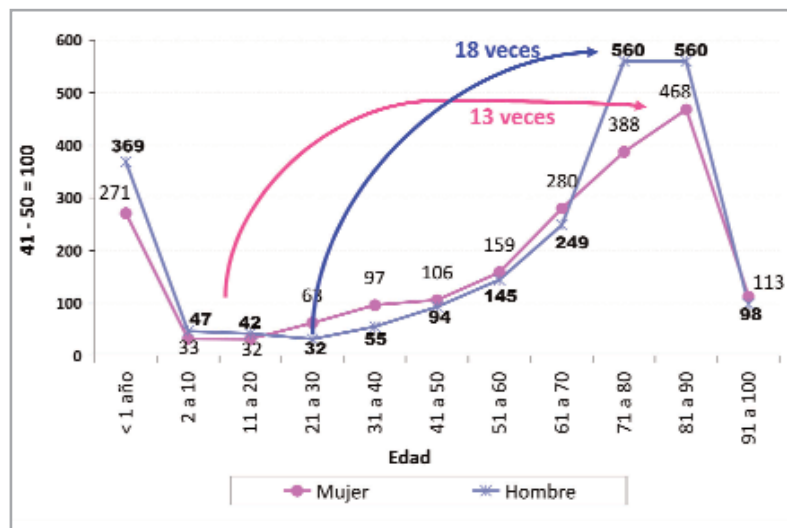
Por **Jorge Colina**  
Economista de IDESA

grandes rasgos, puede decirse que, salvo personas congénitamente enfermas, hasta los 50 años los recursos para atender la demanda de atención médica de las personas son modestos o razonables.

Muy diferente se vuelve el panorama a partir de los 50s. El costo médico de las personas empieza a subir aceleradamente y el aumento se hace muy empinado a partir de los 70 años. Un hombre a partir de esta edad llega a demandar hasta 5,6 veces más que en sus 40s y las mujeres entre 3,9 y 4,7 veces más. Si se compara el nivel de costo per cápita en los años de mayor gasto (entre 70 y 90 años) contra los años de menor costo (entre 2 y 20 para las mujeres y entre 21 y 30 para los hombres) surge que la diferencia es de entre 13 a 18 veces, según sea mujer o varón respectivamente.

Pasado los 90 años de edad, el costo vuelve a caer abruptamente. Esto se debe a que el momento crítico en el desarrollo y desenlace de las enfermedades en la mayoría de las personas es cuando

**Gráfico 1. Costo per capita de población en seguros privados Promedio para ambos sexos con edad entre 41 - 50 = 100**



Fuente: Datos propios de ADEMP

alcanza sus 70 hasta los 90 años. Después de los 90, sobreviven las personas que son naturalmente sanas y que no requieren cuidados médicos complejos o costosos.

Hay que resaltar que estos datos corresponden a personas afiliadas a seguros privados, por lo tanto, no son representativos de la población total sino de los segmentos de mayor nivel socioeconómico. Esto es importante, porque este comportamiento observado del ciclo de vida y costo médico está determinado por factores poblacionales muy particulares de la gente afiliada a seguros privados, como los niveles de educación (mayor demanda de atención médica), niveles de ingresos (mayor accesibilidad) y por factores tecnológicos (las empresas privadas son más dinámicas en la incorporación de los adelantos médicos). En términos simplificados, se podría parafrasear esto mismo diciendo que las personas afiliadas a los seguros privados gastan más recursos en la tercera edad porque demandan más, porque cuentan con posibilidades económicas para efectivizar esa demanda y porque tienen a su alcance los últimos adelantos de la tecnología. Muy diferente debe ser el comportamiento del costo médico entre las poblaciones con menores niveles de educación, ingresos y accesos a los adelantos médicos.

También hay que tener presente que el Gráfico 1 es una "foto" de una película que corre cada vez a mayor velocidad. El progreso económico induce a la gente a alimentarse mejor (en cantidad y calidad), a tener mejores estilos de vida (en actividad física, reducción de stress) y mayores posibilidades de búsqueda del bienestar, lo cual hace que llegue en mejores condiciones físicas, mentales y emocionales a la vejez. Con esto no se quiere desconocer ni esconder la realidad de que el sedentarismo, la mala alimentación, el stress, los problemas nerviosos, las depresiones, no sean hoy un serio problema, sino señalar que entre las nuevas generaciones prevalece una tendencia a tener mayor consciencia del valor de una vida

ordenada desde el punto de vista de la calidad de la alimentación, las actividades físicas, la armonía del trabajo con la recreación. Esta tendencia permite proyectar que los ancianos del futuro tenderían a ser más sanos que los del pasado.

El fenómeno se mezcla con la dinámica de la ciencia médica donde se descubren nuevos medicamentos, dispositivos, aparatos tecnológicos, prácticas médicas, que hacen que enfermedades, que antes eran no curables, hoy lo sean, o bien, que su desenlace fatal sea postergado. La gente tiende a llegar cada vez en mejores condiciones a la vejez y las nuevas tecnologías en medicina tienden a hacerla vivir cada día más, por lo que el "pico" que el Gráfico 1 muestra entre los 70 y 90 años de edad dentro de muy poco se trasladará al segmento de 90 - 100 años.

### **Las regulaciones en Argentina son inconsistentes con esta dinámica poblacional**

La nueva regulación de las prepagas estipula que la diferencia de precio por edad no puede ser superior a 3 veces entre el mayor y menor precio. En otras palabras, la regulación dice que, lo que en la realidad tiene una diferencia de entre 13 a 18 veces, las entidades privadas deben cobrarlo con una diferencia de 3 veces.

Este mandato es arbitrario, porque en la seguridad social el Estado reconoce una diferencia mayor entre el segmento etáreo de menor gasto respecto a las personas en la tercera edad.

Para explicar; entre las obras sociales existe un mecanismo de subsidios a las personas de menores ingresos (que se llama SANO -Subsidio Automático Nominativo de obra sociales-) por el cual, a las personas de menores aportes per capita, el ente de recaudación (la AFIP) les acredita en su obra social un subsidio complementario hasta completar un aporte mínimo garantizado cuyo nivel está ajustado por edad y sexo según se presenta en el *Cuadro 1*.

**Cuadro 1. Estructura de capitas garantizadas por el Estado a través del SANO**

GRUPO EDAD	VALOR ASIGNADO	
	MASCULINO	FEMENINO
0 a 14	47	47
15 a 49	74	87
50 a 64	87	87
65 en adelante	192	192

**4 veces**

Fuente: Decreto 488/11

Allí puede observarse que lo que el Estado reconoce a las personas mayores de 65 años es de \$192 por persona, cuando para un menor de 14 años reconoce \$47, es decir, la diferencia es de 4 veces. De todas formas, esto no es lo más importante (porque una diferencia de 4 tampoco se condice con la verdadera diferencia de gasto entre jóvenes y ancianos), sino que lo relevante es que una regulación que va en contra de los hechos irreversibles (que un anciano gaste más que un joven es un hecho irreversible) va a provocar más daño que el beneficio que busca generar.

En principio, lo que el legislador busca es que los jóvenes subsidien a los ancianos. El punto es que un subsidio cruzado se puede instrumentar sólo cuando el que tiene que subsidiar no puede desafilarse, caso contrario el "subsidiador" elude pagar el subsidio desafilándose. ¿Por qué los jóvenes tendrían una actitud tan egoísta para con los abuelos? Porque la diferencia de gasto entre uno y otro es tan grande, que el monto que hay que cobrarle al joven para que subsidie al anciano termina siendo muy caro (no se pierda de vista que un joven gasta muy poco en medicina -ver de nuevo el Gráfico 1-, por lo tanto, necesita poco un plan de salud privado como para estar pagando por algo muy caro). Por este motivo, con afiliación voluntaria no se puede establecer subsidios cruzados tan desmedidos como para cerrar una brecha de gasto de 13 a 18 veces.

### Propuesta de política

¿Qué se puede hacer entonces? Para financiar el alto gasto en medicina que se produce en los últimos años del ciclo de vida hay que establecer

mecanismos o incentivos a la previsión. Esto se logra estipulando que si los jóvenes se afilian antes de los 40 años de edad, podrán tener cuando envejecan un precio de plan de salud que no supere las 3 veces lo que pagaban cuando eran menores a 40 años. De esta forma, se tiene un factor inductor para que los jóvenes se afilien y se mantengan afiliados (la previsión de que si lo hacen antes de los 40 años, podrán mantener un valor razonable de cuota cuando sean viejos, momento en que su gasto será entre 13 a 18 veces superior), con esto se le dará estabilidad financiera intertemporal a los seguros privados de salud (dado que podrán proyectar actuarialmente la evolución del precio del plan del joven para todo su ciclo de vida) y, una vez que este mecanismo este en funcionamiento, se pueden incorporar los ajustes necesarios para que las personas puedan cambiarse de entidades de salud sin perder esta garantía de largo plazo.

Esta sería la forma socialmente fructífera y económicamente viable de instrumentar la ley de prepagas en la parte que restringe la diferencia de precios por edad a 3. Así se garantizaría de manera efectiva que las personas cuenten con recursos suficientes para financiar sus gastos médicos en todo su ciclo de vida. Pero se debe hacer construyendo instituciones de previsión de largo plazo, no de manera voluntarista prometiendo a los actuales ancianos un precio de plan de salud que no se condice con la realidad. Esto corre el riesgo de ser otra promesa más, de las que los legisladores plasman en leyes y que luego no se pueden cumplir (porque la matemática, la falta de previsión y la estructura de incentivos lo impide), y nadie luego rinde cuentas por la promesa fallida. ♦