

La antigüedad en la afiliación trae asociada aumentos de gastos médicos

Un aspecto inadvertido en la discusión del marco regulatorio es el impacto de la antigüedad sobre el gasto médico. Las evidencias demuestran que las personas que más antigüedad acumulan presentan un nivel de gasto superior. Por eso, la reglamentación de la ley en los aspectos de precio de los planes y la antigüedad debe ser cuidadosamente diseñada. En este número de los Enfoques se presentan algunas ideas de propuestas.



Por **Jorge Colina**
Economista de IDESA

Antigüedad de la afiliación y gasto médico

Un fenómeno que rara vez se analiza en políticas sanitarias es la vinculación entre la antigüedad de las personas afiliadas a un seguro de salud y la evolución de los costos médicos de esas mismas personas. Posiblemente el tema esté ausente porque no es un dato directamente observable sino que surge del procesamiento de información. En ADEMP se realizó un análisis de este tipo con datos reales de las carteras de afiliados de las empresas asociadas, de donde surgieron cosas muy interesantes y, fundamentalmente, muy relevantes para la discusión del marco regulatorio de la medicina prepaga. El *Gráfico 1* muestra lo que arrojaron los datos.

Lo primero que surge del gráfico es que el gasto médico por edad y antigüedad crece muy por encima de lo que crece el gasto médico ajustado sólo por edad. Esto significa que la antigüedad es un factor de incremento de los costos.

Según estos datos, la población sin antigüedad (que se refiere a la población con menos de 1 año

de afiliación) tiene en promedio 26,6 años de edad mientras que la población con entre 3 y 5 años de antigüedad tiene una edad promedio de 28,6 años. Según los estudios de costos, dos personas de 26 y 28 de edad, respectivamente, tienen en promedio el mismo nivel de gasto médico; sin embargo, cuando media la antigüedad en la afiliación a un seguro de salud, el gasto médico es 3 veces mayor en las personas que han acumulado antigüedad.

A medida que se analizan edades superiores, se observa que el gasto médico según la edad va subiendo; de hecho, para una persona de aproximadamente 53 años el gasto médico puede ser 3 veces mayor que para una persona menor de 30 años. Sin embargo, a igual edad, pero mayor antigüedad en la afiliación, el gasto médico crece mucho más: una población con 53 años de edad en promedio con más de 15 años de antigüedad tiene un consumo que es 8 veces superior.

La antigüedad, definitivamente, tiene una fuerte influencia en el comportamiento del gasto.

Los factores que explican el fenómeno de la antigüedad como inductor del gasto

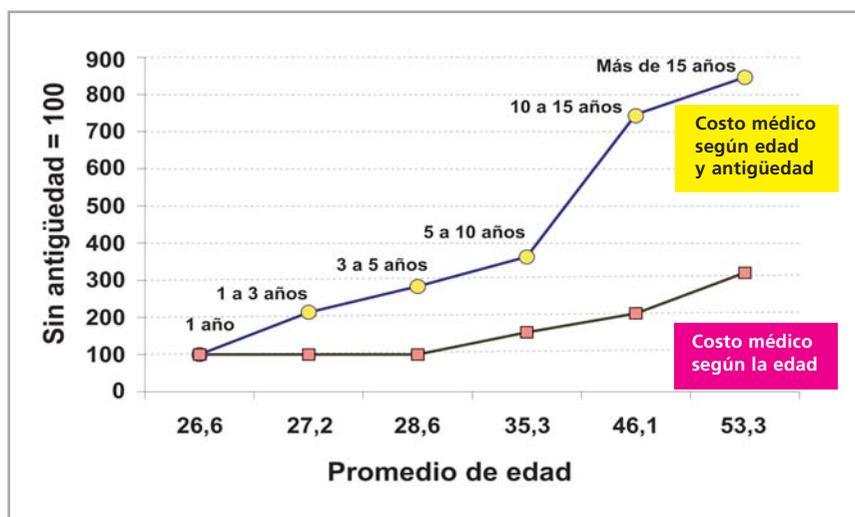
La gente que gasta más recursos en atención médica tiende a acumular más antigüedad, porque como tiene una necesidad concreta no deja de pagar la cuota, ni se desafilia, ni se cambia de

compañía (a menos que sufra una importante desatención). Si además tiene una enfermedad crónica o severa, el traspaso a otra institución se complica, por las exclusiones, que si bien ahora están legalmente prohibidas, hasta el año pasado eran operativas y por ello se manifiestan en los datos históricos de las carteras.

Complementario a este efecto, la gente relativamente sana -que en general son los jóvenes- no utiliza (o utiliza poco) los servicios, por ello tienden a durar poco en la afiliación, es decir, a no acumular antigüedad. El efecto se refuerza cuando la afiliación es voluntaria. La persona si percibe que no utiliza los servicios tiende a preferir priorizar otros gastos presentes y diferir al futuro el gasto del seguro médico. Esto también se observa en los datos reales. El *Gráfico 2* muestra la diferencia de gasto médico entre los planes corporativos (pagados por las empresas), los planes de seguridad social (pagados con derivación de aportes) y los planes directos (pagados voluntariamente con recursos de bolsillo).

Los planes directos -que es cuando el afiliado paga voluntaria y directamente de su bolsillo al seguro privado- generan un gasto médico que es un 72% superior al gasto de los planes corporativos y un 29% superior al gasto de los planes con derivación de aportes. Esto es el reflejo de que las personas que pagan, tienden a ser las que más

Gráfico 1. Evolución del gasto médico en función de la antigüedad de la afiliación
Sin antigüedad = 100



Fuente: datos propios de ADEMP

utilizan. En los planes corporativos, en cambio, hay muchas personas afiliadas que son sanas, no utilizan los servicios, pero están afiliadas coercitivamente, por ello "subsidian" a las de alto consumo haciendo que el gasto médico de toda la cartera corporativa sea inferior. Igual fenómeno se da en las personas con derivación de aportes. Si bien son afiliados individuales, que optan por afiliarse al seguro privado -pudiendo desafiliarse, si lo desean-, su aporte a la seguridad social es coercitivo, por ello también hay gente que consume poco dentro de este colectivo.

La antigüedad en el nuevo marco regulatorio

En la nueva regulación se establece que la diferencia de precios por edades no puede ser superior a 3 y que pasados los 65 años de edad habiendo acumulado 10 años de antigüedad el precio de los planes no puede variar. La connotación que esto tiene es que las entidades de medicina prepaga deberán incorporar al precio del plan este importante incremento del costo médico por efecto de la antigüedad. En términos muy simplificados, lo que hay que hacer es lo que se mues-

tra en el *Gráfico 3*. Es decir, se trata de establecer los precios de forma tal que los jóvenes "subsidién" a los adultos mayores y que entre el mínimo y el máximo de la banda no haya una diferencia superior a 3.

Dado que la antigüedad es un factor de expansión de costos, la estructura de precios de los planes debe ser definida por edad pero reflejando la dinámica de los costos dado por la antigüedad. Así, para los menores de 40 años se debe fijar un precio que puede llegar a ser 4 veces el costo médico de un joven que recién se afilia. Entre los 40 y los 50 años de edad, el precio se debe algo menos que duplicar, para que pasados los 50 años de edad los aumentos sean modestos, pero suficientes, para cubrir el costo médico de personas que tendrán acumulada una gran cantidad de años de antigüedad (*Gráfico 3*).

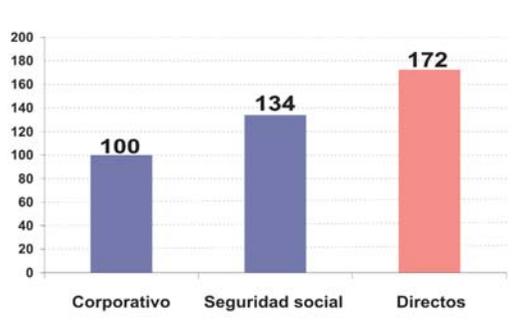
El gran problema con estos tipos de tarifaciones es que, cuando la afiliación es voluntaria, el elevado precio (respecto a sus costos) que se pretende imponer a los jóvenes es un potente desincentivo a no afiliarse. Desincentivo que se multiplica con el mandato de la regulación que establece que una persona se puede afiliar cuando esté enferma, dado que no será objeto de carencias ni exclusiones.

De esta forma, se produce una conjunción de inconsistencias regulatorias. Por un lado, el esquema de tarifación pretende obligar a los jóvenes a "subsidiar" a los adultos mayores, y, en paralelo, se estipula que un joven se puede afiliar cuando sea más viejo o cuando esté enfermo. Esta inconsistencia opera como una invitación a quienes tienen que subsidiar (los jóvenes) a diferir la afiliación para cuando estén enfermos o sean viejos.

Propuesta de políticas

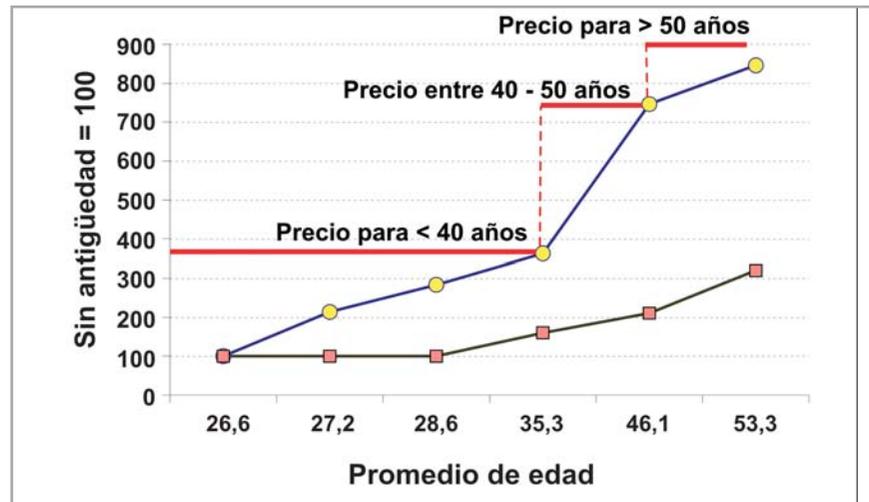
La inconsistencia de la regulación se produce por querer replicar reglas propias de seguros con afiliación coercitiva a seguros privados con afiliación voluntaria. La forma de subsanarla, o al menos atenuarla, es establecer reglas y mecanismos que induzcan a la afiliación y penalicen la no afiliación. O, en otras palabras, reglas que incentiven las conductas responsables.

Gráfico 2.
Gasto médico según tipo de afiliación
Corporativo = 100



Fuente: datos propios de ADEMP

Gráfico 3. Esquema de fijación de precios de planes con la nueva regulación



Fuente: datos propios de ADEMP

Una primera regla de orden es establecer que el esquema de tarifas que propone la ley sea aplicable a los planes corporativos y los de derivación de aportes, pero su aplicación esté condicionada en los planes voluntarios. Esto se fundamenta en el hecho de que las evidencias muestran que dichos planes generan menores costos médicos a raíz de que, por la coerción en la afiliación, tienen un mix más sustentable de personas de alto y bajo consumo. Los planes voluntarios, en cambio, son inestables per se (es decir, de riesgos muy variables) a raíz de la voluntariedad en la afiliación. De aquí que ciertas reglas especiales pueden aplicarse a los planes voluntarios.

Por ejemplo, una regla especial para los planes voluntarios debería ser que el esquema especial de banda de precios limitada a 3 veces el segmento superior del inferior sea aplicable sólo en la medida que el usuario se haya afiliado antes de los 35 años de edad y que se mantenga abonando su plan de manera regular. Caso contrario, se deberían aplicar tarifas ajustadas actuarialmente al gasto que ocasione la persona, es decir, no debería haber la limitación de las 3 veces las bandas superior e inferior.

Otro ejemplo, complementario al anterior, es establecer que una persona no pueda afiliarse o cambiar de entidad de medicina prepaga en la medida que mantenga deuda pendiente con alguna otra entidad del sistema. Esta es una regla que se aplica en el sistema de riesgos del trabajo y

brinda estabilidad al sistema porque induce a las conductas responsables de los usuarios. De hecho, en el sistema de riesgo del trabajo desde el propio ente regulador se promueve la transparencia en la información sobre las deudas de los afiliados para con alguna entidad del sistema.

En suma, es razonable que el legislador aspire a que los usuarios tengan una estructura de precios de planes mucho más atenuada de la que surgiría de la dinámica de gastos médicos que surge por el doble efecto de la mayor edad y la mayor antigüedad. Lo que sí, es que para que esto sea económicamente sustentable hacen falta diseños de precios cuidadosamente formulados. La ley de regulación ya comete severas inconsistencias que perturban la construcción de este tipo de diseños, pero desde la reglamentación se pueden tomar acciones correctivas, que no serán soluciones ideales o integrales, pero pueden ser importantes paliativos para atenuar el daño que ocasiona una ley voluntarista y mal diseñada.

Pero, cuidado, no se trata de cualquier tipo de reglamentación. Una reglamentación que profundice las fallas de la ley será peor que la propia ley. Se trata de formular diseños innovadores -con reglas como las que aquí se proponen- que tiendan a dar estabilidad a las relaciones de las entidades con los usuarios basándose en las conductas responsables y en el uso racional de los recursos del sistema. Para esto, las entidades y la superintendencia deberían trabajar mancomunadamente. ♦