

# 3% DE LA POBLACIÓN UTILIZA EL 39% DEL COSTO MÉDICO



Por **Jorge Colina**  
Economista de IDESA

*Un fenómeno intuido, aunque no cuantificado, es que el costo en salud está muy concentrado entre pocas personas. En este número de los Enfoques se presenta una cuantificación del fenómeno en base a datos propios de ADEMP. Se detecta que una ínfima minoría de apenas el 3% puede llegar a utilizar la misma cantidad de recursos que el 90% restante de la población. Estas evidencias echan luz sobre la necesidad de reflexionar y tomar una correcta decisión en materia de regulación de preexistencias. El trabajo concluye con una propuesta de políticas.*

## La difícil resolución de la prohibición de las preexistencias

De los escollos más complicados de resolver que tienen los reguladores de la medicina privada, está el de instrumentar la prohibición de rechazar las preexistencias. Como se sabe, la Ley 26.682 de regulación de la Medicina Prepaga prohibió la exclusión de las enfermedades preexistentes de los planes de salud. Es decir, si una persona declaradamente enferma, se quiere afiliar a una entidad de medicina prepaga, la entidad privada no puede negarle la afiliación y, además, debe financiar todos los tratamientos de su enfermedad. El problema que se plantea con esta regulación es que todas las personas enfermas están solicitando ser afiliadas, y quienes van a pagar este mayor costo -correspondiente a gente enferma que se afilia ex profeso para que le financian los tratamientos- son los afiliados históricos.

Esta grosera falla es consecuencia de la ley sancionada por el Congreso Nacional. Para tratar de atenuar su efecto pernicioso desde el Poder Ejecutivo se sancionó un decreto reglamentario proponiendo un matiz a la regla de prohibición de

las exclusiones. En este esfuerzo se definieron tres tipos de preexistencias:

- a. **Las de carácter temporario:** que son aquellas que tienen tratamiento predecible con alta médica en tiempo perentorio.
- b. **Las de carácter crónico:** que son aquellas que con el nivel científico actual no se puede predecir su evolución clínica ni el tiempo perentorio de alta médica.
- c. **Las de alto costo y baja incidencia:** que son aquellas en que el tratamiento pone en riesgo económico a las partes intervinientes.

Para las primeras, las de carácter temporario, se definió que se autorizarán sobrecuotas a cobrar al nuevo afiliado que no se extenderán en más allá de 3 años a fin de compensar el mayor costo que ocasiona afiliarse ya enfermo; a partir de dicho período el afiliado va a pasar a pagar la cuota general del plan de salud. La solución es viable, porque como la enfermedad tiene una finalización, se puede instrumentar el fin de la sobrecuota. Pero en las preexistencias de carácter crónico se hace más complicado porque no hay finalización de la enfermedad y en el caso de las de alto

costo y baja incidencia es directamente imposible porque la sobrecuota sería el costo total de los tratamientos (con lo cual el plan de salud dejaría de ser un seguro para pasar a ser el cobro directo de las prestaciones). De aquí que hace falta mayor imaginación y capacidad de innovación para tratar el tema de las preexistencias, que es lo que se busca motivar con el presente trabajo.

### La distribución del costo en salud

Un tema que no se desconoce pero que no se valora en su real magnitud es la particular distribución del gasto en salud. Se trata de un fenómeno de concentración de difícil paralelismo. Sobre una muestra de más de 10 mil grupos familiares a instituciones de ADEMP se pudo hacer un análisis de la distribución del costo médico de las personas y surgió lo que se observa en el Gráfico 1.

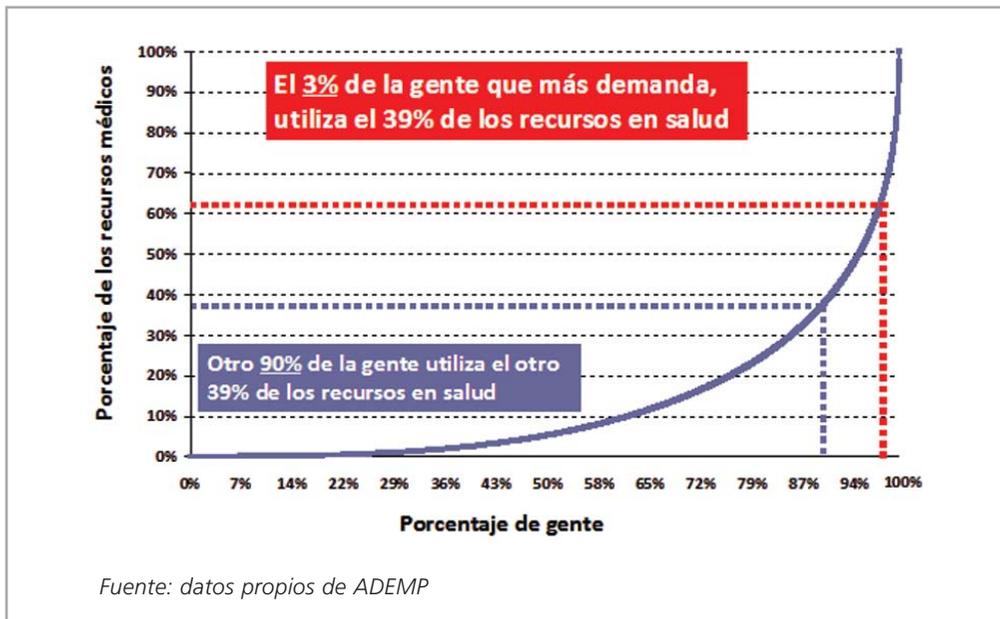
El Gráfico 1 presenta en el eje horizontal el porcentaje de población y en el eje vertical el porcentaje de los recursos médicos que utiliza esa población en un año. La línea entera, curva y gruesa es la relación que hay entre población y recursos médicos utilizados. Lo que surge con claridad es el alto nivel de concentración de los recursos médicos utilizados.

Por un lado, aparece que el **90% de la**

**población utiliza el 39% de los recursos.** Es decir, el grueso de la población está constituido por personas con enfermedades agudas, curables, muy frecuentes, pero cuyos tratamientos tiene costos razonables. Por otro lado, en el extremo, tomando la minúscula minoría que más prestaciones utiliza, surge que el **3% que más atención médica requiere, insume el otro 39% de los recursos médicos. Es decir, un 3% de la gente utiliza tantos recursos médicos como el 90% restante.** Estas personas sufren, con seguridad, el tipo de afecciones que la regulación define como de alto costo y baja incidencia.

Para ilustrar con mayor detalle la severidad en la concentración de la utilización de los recursos que provocan estas afecciones (las de alto costo y baja incidencia) se presenta el Cuadro 1 donde al 3% que más utiliza se le realiza una apertura al 1%. Allí se observa con mucha facilidad que del 39% del costo que ocasiona este 3%, el **1% que más utiliza representa el 24% del costo médico total.** Tomando el 1% que le sigue en importancia del costo surge que representa el 9% del costo total y el 1% subsiguiente, el 6%. De la suma, surge el 39% del costo médico que consume el 3% aludido.

**Gráfico 1. Distribución del costo médico en una muestra de población de ADEMP 10.406 grupos familiares**



**Cuadro 1. Distribución del gasto médico en el 3% de la población que más gasta**  
**10.406 grupos familiares**

Porcentaje de la población	Porcentaje de costo médico sobre el costo total
1% que más utiliza	24
1% que le sigue en costo	9
1% que le sigue en costo	6
<b>Total 3% que más utiliza</b>	<b>39</b>

Fuente: datos propios de ADEMP

**¿Por qué la inclusión de personas con preexistencias perjudica a todos los afiliados?**

Estos datos de concentración del costo médico permiten ilustrar sobre cómo la inclusión de personas con preexistencia implica el incremento del costo del plan de salud para todos los afiliados. Para ello, se utiliza el Cuadro 2.

Allí se presenta la información de la distribución del costo médico para toda la población y se realiza un ejercicio de simulación suponiendo que - por efecto de la obligación de afiliar a toda perso-

na que lo requiera y la prohibición de excluir las preexistencias- se incorporan a esta muestra de 10.406 grupos familiares, pacientes con enfermedades de alto costo y baja incidencia. Se plantean 3 escenarios:

- Escenario 1:** la cantidad de población que conforma el 1% que más utiliza se duplica;
- Escenario 2:** la cantidad de población que conforma el 3% que más utiliza se duplica;
- Escenario 3:** la cantidad de población que conforma el 3% que más utiliza se triplica.

Nótese que en cualquier caso se estarían hablando de un incremento de entre 100 a 600 grupos familiares sobre una población de más de 10 mil grupos familiares (sólo que se trataría de personas con necesidades de tratamiento excesivamente costosas).

En el Escenario 1, con que sólo suceda que se duplica ese 1% que más consume significa que todos los afiliados deberán afrontar un **24%** de aumento en el costo de su plan de salud. Suponiendo el Escenario 2, donde lo que se duplica es la cantidad de gente que conforma el **3%** que más consume, el costo médico para todos los afiliados se incrementaría en un **39%**. En el Escenario 3, que si bien para este ejercicio es de "máxima", pero en la realidad no es para nada improbable que suceda (que sería el caso de que

**Cuadro 2. Simulación de incorporación de personas con alto consumo médico**

Porcentaje de la población	Actual	Porcentaje del gasto médico		
		Escenario 1	Escenario 2	Escenario 3
	Se duplica el 1%	Se duplica el 3%	Se triplica el 3%	
		que más gasta	que más gasta	que más gasta
1% que más gasta	24	<b>48</b>	<b>48</b>	72
1% que sigue en gasto	9	9	<b>18</b>	27
1% que sigue en gasto	6	6	<b>12</b>	18
<b>3% que más gasta</b>	<b>39</b>	<b>63</b>	<b>78</b>	<b>117</b>
<b>7% que sigue en gasto</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>22</b>
<b>90% que menos gasta</b>	<b>39</b>	<b>39</b>	<b>39</b>	<b>39</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>124</b>	<b>139</b>	<b>178</b>
<b>Aumento de los costos</b>		<b>24%</b>	<b>39%</b>	<b>78%</b>

Fuente: elaboración propia en base a datos de ADEMP

el número de personas que constituyen el 3% que más consumen se triplique), el costo del plan de salud para todos los afiliados aumentaría en un **78%**.

La explicación de por qué la incorporación de gente con afecciones de alto costo y baja incidencia tiene semejante impacto en los costos médicos es intuitivamente obvia: si un 3% gasta el 40% de los recursos médicos, cada vez que se incorpore otro 3% de afiliados con similares características el gasto médico aumentará en esa proporción.

La explicación de por qué es altamente factible que esto pase también es obvia, aunque no tan intuitiva. La razón: hay una enorme cantidad de personas con enfermedades preexistentes (cardiovasculares, neurológicas, tumorales, discapacidades), altamente costosas, que están desatendidas por el sistema público y por una parte del sistema de obras sociales. Estas personas tienen muchas necesidades médicas insatisfechas y contenidas. La regulación de que la medicina privada tiene la obligación de aceptar a estas personas y satisfacer todos sus costosísimos tratamientos es la "oportunidad" de atender su demanda insatisfecha mediante la afiliación a una entidad de medicina privada que le cobrará como cuota un monto muy ínfimo respecto a lo que cuesta el tratamiento de su enfermedad.

La medicina privada hoy atiende a sus afiliados de alto costo y baja incidencia (la prueba está en los datos que se presentan en este estudio). Todavía es económicamente viable porque se trata de una minoría que se afilió con anterioridad a desarrollar la enfermedad. Pero, con este ejercicio de simulación queda demostrada la imposibilidad de dar cumplimiento a la pretensión de extender esta cobertura a todas las personas afectadas con estas enfermedades, independiente de su condición de afiliación al sistema privado. El costo que deberá soportar el resto de los afiliados no será tolerable para las finanzas familiares lo que hará que se desafilien y, con ello, que se agrave el problema del desfinanciamiento de la medicina privada.

Entonces, *¿Qué se puede hacer?*

### Propuesta de políticas

Se debe crear un sistema especial de financiamiento a los tratamientos de alto costo y baja incidencia. Conceptualmente, lo que hay que hacer es "encapsular" aquellos tratamientos más costosos para financiarlos mediante esquemas universales

de cobertura. En particular, gran parte del altísimo costo que produce el 3% de los afiliados se debe fundamentalmente a medicamentos de última generación, obtenidos a través de técnicas muy sofisticadas, que deben ser provistos de manera permanente. En el estudio de los Enfoques presentado en el Número 102 de la Revista de ADEMP, que se puede consultar en [www.ademp.com.ar](http://www.ademp.com.ar) se presenta una propuesta en detalle de cómo construir esta institucionalidad.

No se desconoce que hay otras técnicas e intervenciones tecnológicas que también resultan muy costosas y necesarias para tratar estas enfermedades, pero en general son más viables de administrar financieramente en la medida que no sean costos repetitivos. De aquí que debería pensarse en un fondo especial con financiamiento específico, al menos para los medicamentos más costosos, a partir del aporte de todos los mecanismos de seguros y de rentas generales. Países avanzados de Europa hace décadas que construyeron este tipo de institucionalidad, y entre los países vecinos, Chile y Uruguay, hace varios años que construyeron este tipo de esquema institucional para financiar las prestaciones de muy alto costo y baja incidencia.

Es necesario construir una institucionalidad, porque el desafío no se limita sólo a construir un fondo como fue la ex - Administración de Prestaciones Especiales (APE), sino que hace falta gestionar de manera técnicamente correcta instituciones complementarias, como las agencias de control de calidad médica y de evaluación de tecnologías, las sociedades científicas y universidades para definir protocolos de tratamientos y guías clínicas basadas en la evidencia (a fin de parametrizar la utilización de estas costosísimas prestaciones), y gestionar mecanismos de pago por prestaciones globales en lugar de los esquemas vetustos de reintegros discrecionales como se utilizaron en la APE.

Finalmente, que el Estado insista por la vía de "obligar" al sector privado a dar las prestaciones de las preexistencias, aún procurando atenuar el daño con sobrecuotas, es un camino sin salida. Lo que hace falta es decisión política y capacidad técnica para construir esquemas institucionales eficientes y apropiados, que en el mundo ya están aplicando y que, por ello, no deberían ser tomados como una novedad. ♦