

Alternativas para la reglamentación de la ley de regulación de empresas de medicina prepaga

26 de mayo

2011

Investigación coordinada por Federico Tobar. El
equipo fue integrado por: Esteban Lifschitz,
Evangelina Martich y Matías Quintana.
Este estudio fue apoyado por un subsidio de la Fundación ASSE

Buenos Aires,
Mayo de 2011

Introducción

El marco regulatorio de la medicina prepaga que introduce la ley que acaba de aprobar el Congreso Nacional admite alternativas en su reglamentación que pueden generar resultados muy diferentes. Por un lado, la regulación del mercado de empresas de medicina prepaga constituirá un avance en la medida que se definan reglas precisas para el funcionamiento del sector que permitan avanzar en la reducción de algunas fallas del mercado. Por otro lado, la forma cómo ha sido tratada la Ley introduce algunos riesgos de que la regulación incorpore efectos disfuncionales

De los 26 artículos de la Ley hay tres en particular que resultarían especialmente sensibles a las definiciones que se adopten en su reglamentación. El presente informe identifica alternativas para la reglamentación de estos tres artículos y analiza sus posibles consecuencias en función de la revisión de las lecciones aprendidas de la experiencia internacional.

El informe está estructurado en tres capítulos. En el primero se presentan fundamentos teóricos para el análisis de los seguros privados de salud y su regulación. En el segundo se analiza la experiencia internacional reciente en la regulación de seguros privados de salud con énfasis particular en los temas de carencias, preexistencias y definición de salto etéreo para el cálculo de las primas. En el tercer capítulo se presentan conclusiones y recomendaciones particulares para la reglamentación de la ley de regulación de prepagas en Argentina.

Para formular las recomendaciones de reglamentación de la Ley argentina centradas en las lecciones aprendidas de la experiencia internacional se identificaron escenarios alternativos que contemplan diferentes posibilidades de interpretación del artículo 10 de la Ley.

Por último, el informe se complementa con tres anexos en los cuales se aporta información relativa a instrumentos de políticas públicas implementados en otros países que contribuyen a una adecuada gestión de riesgos. El Fondo de Compensación en Salud, de Chile, El Fondo Nacional de Recursos del Uruguay y el PCIP (Pre-existing Condition Insurance Plans) de los Estados Unidos de Norteamérica.

Capítulo 1. Marco Teórico

En este capítulo se presentan elementos de la teoría del seguro y conceptos centrales como gestión de riesgos y pool de riesgos, para luego analizar las funciones de los seguros de salud, las funciones de la regulación de seguros de salud y los riesgos de las fallas regulatorias a ellos asociadas.

1.1 Función del seguro de salud

Un seguro de salud es un contrato a través del cual las personas transfieren al agente asegurador el riesgo financiero que implica una eventual pérdida en su estado de salud¹. La institución aseguradora se transforma en un intermediador entre consumidores que demandan atención de salud y los oferentes que proveen las prestaciones que satisfacen la demanda de los consumidores.

La función social de un seguro es generar certidumbre. En este caso frente al evento adverso de enfermar. Como asegura Ricardo Lorenzetti, un seguro...“busca seguridad económica frente a acontecimientos futuros e inciertos; opera mediante una empresa que capta el ahorro en forma masiva en base a una relación técnica establecida entre la prima y el riesgo: hay un riesgo asegurable, hay un pago, hay una prima, hay interés”². Asegurar implica, por lo tanto, gestionar riesgos y el principio del seguro es que creando un *pool* de riesgos adecuado es posible reducir la incertidumbre respecto a la probabilidad de ocurrencia de un evento (siniestro) y a solventar los costos que ocasiona.

Los seguros alcanzan su función reemplazando costos variables por costos fijos. La gestión de los riesgos y la función del seguro puede ser representada a través de una antigua leyenda china según la cual un grupo de productores rurales comercializaban sus hortalizas en un mercado al cual accedían por vía fluvial. Las embarcaciones eran precarias y de cada diez barcos que partían uno no llegaba a puerto. Cada vez que un barco se hundía, el productor que estaba transportando su cosecha quedaba en la quiebra. La solución que encontraron consistió en dividir los envíos en diferentes barcos transportando en cada barco un décimo de la cosecha de cada productor. Entonces si el barco se hundía cada uno perdía un décimo de su producto y no todo.

Es posible postular tres principios de la eficacia de un seguro de salud para alcanzar su función:

a) La capacidad de gerenciar riesgos es mayor cuanto mayor es la masa poblacional asegurada. Se denomina a esto “pool” de riesgo y constituye el principal requisito para la viabilidad de un seguro.

b) La eficiencia del seguro es menor cuanto mayor sea la probabilidad de que ocurra el siniestro. El seguro cumple su función solo si hay riesgo, cuando no lo hay o es muy bajo se percibe como una intermediación innecesaria. Pero cuando el riesgo existe lo que se busca es conseguir anticiparse a ese riesgo y transformar algo que es un costo variable, cuya probabilidad es incierta, en un costo fijo, un costo que se va pagando previamente, un prepago, que se puede ir cubriendo en cuotas reducidas. La probabilidad de que este seguro funcione bien, va a ser también proporcional a la

frecuencia con la cual se producen los siniestros. En el caso del ejemplo, el siniestro serían los hundimientos. Si los barcos son seguros, el seguro funciona mejor.

c) El costo del seguro es función inversa de la escala de las contrataciones. Por último, en el caso de un seguro como las prepagas, donde no se reembolsa un monto al asegurado sino que se le garantiza el acceso a una prestación, en la medida en que se alcanza un mayor volumen de contrataciones el asegurador detenta mayores posibilidades de conseguir más eficiencia en el uso de los recursos.

1.2 Función de la regulación de los seguros de salud

En este marco, para que el seguro permita obtener seguridad tiene que poder operar en un marco de certidumbre. El sector necesita estar regulado para operar de forma que brinde a sus asegurados un marco de mayor certidumbre y credibilidad. Puesto que esa es su función social. Esto involucra garantizar algunas condiciones como:

- Definición clara del siniestro o evento que se desea cubrir con el seguro
- Ocurrencia incierta o aleatoria del siniestro
- Probabilidad de que la ocurrencia sea conocida y esté libre de los sesgos de selección
- Probabilidad de que la ocurrencia esté exenta de manipulación por parte del asegurado, y que no sea verificable por parte de la compañía aseguradora
- Precisar el monto máximo que podría pagar el asegurado

El mercado de servicios de salud presenta características particulares. Si bien en estos mercados la competencia puede promover la eficiencia y reducir costos, la misma se diferencia por el hecho de que el costo de proveer cobertura depende de las características del comprador. Aquellas personas con una historia clínica complicada se beneficiarán en mayor medida y requerirán un mayor gasto que aquellas con una historia sana. Por lo tanto, la primera, tenderá a elegir planes de cobertura más amplios que la segunda. Este fenómeno conocido como **selección adversa** limita los beneficios de un plan de salud, haciendo que los individuos tengan incentivos para adquirir coberturas menos amplias formando *pools* con la población de menor riesgo (y por lo tanto menos costosa). Del lado de los aseguradores el fenómeno, frecuentemente denominado “selección de riesgos”, se da de tal manera que se generan incentivos para reducir la cobertura de los planes, atrayendo a la población saludable en vez de aquella con mayores necesidades médicas³. Es relevante destacar que ambas conductas, selección adversa y selección de riesgos, afectan el cumplimiento de la función social del seguro. Por lo tanto, es conveniente que la regulación desestime estas prácticas para generar mejores condiciones de gestión de riesgos, conformando *pools* adecuados y reduciendo incertidumbre.

En un mercado de salud que no es regulado adecuadamente, la competencia produce incentivos en uno y otro sentido que terminan afectando a la población más necesitada. En este caso particular, lo que sucede es que siendo el seguro de salud opcional, las aseguradoras se enfrentan con problemas que pueden amenazar su estabilidad financiera debido a que la gente es más propensa a adquirir un seguro cuando necesitan atención. A causa de esto, algunos estados permitieron a las empresas “protegerse” mediante estrategias para desalentar a las personas que necesitan cuidados costosos, a adquirir un seguro haciendo, al



mismo tiempo y mediante los mecanismos descritos, que se atraiga a la población sana (porque no deben morigerar los costos de afiliados de alto riesgo). Estas estrategias incluyen instrumentos como la denegación de la cobertura, variaciones en las primas, imposición de condiciones especiales o co-pagos altos.

Regular es ajustar el funcionamiento de un sistema a unos fines determinados. Esos fines son políticos, no económicos. En sentido estricto, la regulación se refiere a la intervención de las administraciones públicas en la sociedad con el propósito de mejorar la eficiencia con que el mercado asigna los recursos o de aumentar el bienestar social que genera dicha asignación.

La regulación se fundamenta en el hecho de que la mano invisible del mercado no asigna los recursos de la manera adecuada para resolver los problemas de salud de la población. Cuando el Estado asume sus funciones de regulación en salud está admitiendo que el libre juego de la oferta y la demanda de servicios sanitarios puede no dar cuenta de las verdaderas necesidades de la población. Resulta necesario que allí donde existan múltiples aseguradores en salud, haya una autoridad regulatoria con competencia para monitorear el costo de la cobertura definido como criterio para impulsar (o frenar) la expansión de la cobertura vertical (el elenco o canasta de prestaciones cubiertas) y hasta para modificar la base de financiación⁴

1.3 Modelos de regulación de seguros de salud

Se pueden distinguir al menos tres fases en la incorporación de modelos de regulación de los seguros privados de salud:

1) Una primera generación de mecanismos de regulación de los seguros privados de salud se restringía a una regulación económica y les imponía los mismos mecanismos regulatorios que se aplican a los demás seguros. Se les exige un determinado fondo de reserva como garantía de que van a poder cumplir con sus compromisos y se controlan sus lucros.

2) Luego aparece una segunda generación de modelos regulatorios. Durante los últimos años se ha enfatizado la implementación de mecanismos adecuados de lealtad comercial. Esto implica controlar problemas como la selección adversa o la omisión de la cobertura. La regulación que puede ejercer el Estado para contrarrestar estas conductas consistirá entonces en intentar reducir al mínimo la selección adversa y en definir cuales y cuantas deben ser las prestaciones que deben ser brindadas a la población evitando de esta manera la sobreutilización (por abuso moral) y la sobre oferta (por demanda inducida). La tendencia más destacable en esta dimensión de la regulación de seguros médicos son los nuevos mercados de servicios originados por las propias fallas del mercado de seguros y que representan cientos de millones de dólares. Si hasta hace pocos años existía para los abogados norteamericanos un interesante negocio relacionado con los juicios de mala praxis, hoy aparece un nuevo nicho de mercado. Hay en Estados Unidos varias firmas de abogados especializados en los litigios por no cobertura de los seguros médicos. Además, para prevenir tales litigios los seguros están implementando complejos servicios de atención al usuario encargados de recibir cuestionamientos y quejas telefónicas. Para ello existen consultores especializados que brindan asesoramiento sobre el perfil del empleado responsable, la cantidad de los mismos, los esquemas de respuestas y hasta los tonos de voz adecuados.

3) La tercera generación de modelos regulatorios supera la regulación estrictamente económica e involucra la regulación con objetivos sanitarios. Regular, en ese sentido es modelar conductas en el mercado para alcanzar metas- objetivos de salud pública. Los modelos más sofisticados de regulación apuntan a la medición de los resultados de salud

obtenidos y al incentivo para alcanzar determinados resultados. Regular a los seguros a través del control de resultados significaría enfocar la acción regulatoria sobre la salud. Es decir, supone incorporar incentivos para que las empresas promuevan la salud y no sólo brinden asistencia médica o aseguramiento. Cada seguro es responsable por la salud de un determinado grupo poblacional al cual brinda cobertura médica. Si el seguro organiza su modelo asistencial de modo que consiga reducir las tasas de prevalencia de determinadas patologías, el mismo se haría merecedor de incentivos fiscales; en caso contrario recibiría sanciones. Este tipo de mecanismos se comienzan a implementar en la década de 1980 como una modalidad de autorregulación en un grupo de HMO's (*Health Maintenance Organizations*) norteamericanas. También, a partir de la Ley 100 de 1993 el Fondo de Solidaridad y Garantía de la Atención implementado en Colombia –FOSYGA– contempla una cuota de recursos para ser asignada a las entidades aseguradoras (EPS) de acuerdo a su *performance* en términos epidemiológicos. Uruguay lo incorporó en el FONASA en 2006.

1.4. Fallas regulatorias

Aunque la propuesta de marco regulatorio contemplado en la ley establece un conjunto de condiciones que pueden contribuir a un mejor funcionamiento del mercado, se han identificado puntos críticos que podrían llegar a constituir fallas regulatorias. Una falla de regulación es un efecto no deseado de la misma por la instancia reguladora, sea por exceso, o defecto en su calidad o intensidad, sea porque genera incentivos inadecuados o inefectivos o promueve conductas desviadas o porque incrementa los costos del sistema y/o produce pérdida de crédito político⁵.

Se han identificado tres puntos críticos en el proyecto de Ley que podrían constituir fallas regulatorias:

1. **La ley posterga la definición de las carencias.** El proyecto de ley de regulación de la medicina prepaga establece en su artículo 9º: "Los períodos de carencias serán establecidos por la SSSalud en la reglamentación de la presente...".
2. **La Ley posterga la definición de las preexistencias.** En su artículo 10º establece que... "Las enfermedades preexistentes solamente podrán establecerse a partir de la declaración jurada del usuario, y no podrán determinar criterios de discriminación o selección adversa. El falseamiento de la declaración jurada podrá acarrear la rescisión del contrato. Para ello la SSSalud establecerá en la reglamentación de la presente: las características y tipos de enfermedades para ser consideradas como preexistentes, la base de cálculos actuariales para la composición de la cuota del individuo en caso de padecimiento o antecedente de alguna de las mismas".
3. **La ley posterga la definición de las edades a partir de las cuales corresponde modificar la ecuación para cálculo de las mensualidades.** En su artículo 11º establece: "La edad no podrá ser tomada como criterio de selección adversa. Para ello la SSSalud deberá para el caso de las personas mayores de sesenta y cinco (65) años definir los porcentajes de aumento de costos según riesgo para los distintos rangos etáreos. Aquellos usuarios mayores a sesenta y cinco (65) años que tengan una antigüedad mayor a diez (10) años en algunas de las EMMP o Agentes del Seguro que comercialicen modalidades de adhesión voluntaria inscritas en el registro de la SSSalud, no podrán sufrir aumento de la cuota".

Estas tres indefiniciones permiten un amplio espectro de alternativas que van desde la omisión total (de carencias, de preexistencias y de ajustes por salto etéreo) hasta la persistencia de la desregulación por una ausencia indefinida en la reglamentación de tales artículos. A continuación se analiza de forma sintética cada uno de estos tres problemas regulatorios a la luz de la experiencia internacional.

Capítulo 2. Análisis de la experiencia internacional en la regulación de seguros de salud

En este capítulo se presenta una revisión de la organización de los seguros privados de salud y de su regulación en países de América Latina, Estados Unidos, Europa y Australia. Los casos fueron seleccionados por la relevancia y/o novedad de sus marcos regulatorios, aunque no en todos los casos aporten evidencias útiles para los temas bajo análisis. Los aspectos que se destacaron en el relevamiento están vinculados al tratamiento de las carencias, las preexistencias y la definición de salto etéreo en la fijación de cuotas.

Situación de los seguros privados en países seleccionados

Los seguros privados desempeñan diferentes papeles en los países analizados. En algunos, representan un complemento a la cobertura pública, en otros están integrados en un esquema de aseguramiento universal y finalmente en otros, se superponen a la cobertura pública a partir del descuento de los usuarios y su capacidad de pago.

En los países donde se concibe al seguro privado como parte de una estrategia para alcanzar la de cobertura universal, las prioridades regulatorias se concentran en extender la cobertura horizontal (más personas con cobertura). En Holanda, el sistema se sustenta en empresas privadas que compiten entre sí por los potenciales beneficiarios⁶. El rol del Estado es básicamente regulador. Algo similar sucede en Suiza donde el Estado ha implementado la obligatoriedad de seguro sanitario y ha impulsado una competencia administrada en el ámbito de seguros.

El gobierno Suizo definió los beneficios de cobertura “estándares” como medida para eliminar la selección de riesgos, prohibiendo la discriminación de aseguradores hacia potenciales asegurados, proporcionando extensiva información al público en precios e incluso ajustando, de acuerdo al riesgo, los pagos a las aseguradoras. De este modo, los hogares no enfrentan el costo total de cobertura y pueden comprar cobertura adicional si lo desean, lo que de hecho sucede con gran frecuencia.

Una segunda medida regulatoria frecuente consiste en separar el aseguramiento básico de otros complementarios que permiten alcanzar una mayor cobertura vertical. Esto permite otorgar a los segundo un trato diferenciado. La opción de obtener cobertura suplementaria o complementaria sobre la cobertura básica inicial es bastante común en Holanda, Suiza, Bélgica, Israel y Alemania. Estos seguros se pueden comprar adicionalmente de la cobertura básica obligatoria y, dependiendo de diversos factores hay países en los que una mayor proporción de la población opta por este tipo de cobertura y otros en los que no. En Alemania por ejemplo, solo un 10% de la población asegurada escoge también seguros suplementarios, mientras que en Israel es un 50% y en Suiza un 70%. Pero en países como Bélgica y Holanda el porcentaje es de hasta un 90%⁷.

Por su parte, Australia presenta un amplio marco regulatorio que abarca prácticamente todos los campos de la salud, tales como el acceso a medicamentos de alto costo y tecnología sanitaria¹ así como el funcionamiento de los seguros privados. En este sentido, mediante su



¹ A través del Therapeutic Goods Administration (TGA) y el Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC)

Private Health Insurance Act del 2007⁸ han regulado aspectos relacionados con la cobertura de enfermedades preexistentes, períodos de carencia y ajustes de las primas.

Otros países, como por ejemplo Colombia o Ecuador presentan incipientes desarrollos en esta materia. En el caso de Colombia aún cuando existe el marco formal de regulación de los seguros privados² (tanto para las denominadas Empresas Promotoras de Salud como para las Entidades de Medicina Prepagada), su alcance es mucho menor al de Australia y su real aplicación, parcial.

Por su parte, en Ecuador el principal problema radica en que aún cuando la ley de medicina prepagada y seguros de salud está vigente⁹, no se aplica excepto en lo referente a la constitución de empresas de este tipo y al capital necesario.

En los EEUU, la reforma de salud impulsada por el Presidente Obama se ha estancado en sus aspectos más vinculados al papel del Estado como Asegurador, sin embargo ya ha concretado importantes avances en la regulación de los seguros privados. Algunas medidas que el Congreso norteamericano sancionó en Ley el 23 de marzo de 2010 incluyen¹⁰:

- 1) Incentivos financieros a los individuos y seguros de salud para asumir estrategias de promoción y prevención en salud: Por ejemplo, eliminar los copagos en acciones de efectividad comprobada como los controles del embarazo e incluso estimular rutinas de chequeos periódicos para prevención y evaluación de riesgos médicos.
- 2) Todos los seguros deberán disponer de planes diferenciados por grupos de edad (tres a cuatro grupos, incluyendo una póliza especial para adultos jóvenes) y tener “portabilidad”, de modo que posibiliten la opción de cambiar de empresa sin por ello perder cobertura

El problema de las carencias

La inclusión de carencias ha sido contemplada en todos los países que avanzaron en la regulación de seguros privados de salud. Para reducir incertidumbre es necesario que tanto asegurador como asegurado se comprometan en concretar los cuidados y provisiones adecuados para reducir los riesgos de salud. Esta es una importante función social de un seguro de salud. Pero esta función social no se garantiza si el afiliado no enfrenta barreras de ingreso y/o egreso del seguro. Un ejemplo típico lo constituye la cobertura del parto, los diferentes países establecieron en su regulación un período de carencia que restringe la posibilidad de afiliarse a quién ya es gestante (ver cuadro 1). Lo mismo ocurre para cirugías programadas y, aunque en menor medida también para rehabilitaciones y tratamientos psiquiátricos.

La definición de carencias está directamente vinculada con la selección adversa y selección de riesgos. Si en un extremo no se definen dichas carencias con precisión, se da lugar a prácticas abusivas por parte del asegurador. En el otro extremo, la eliminación total de las carencias genera incentivos a conductas oportunistas por parte de los afiliados. En ambos casos se ve comprometida la función social del seguro de salud.



² Ley 100 de 1993 y Ley 1438 de 2011, respectivamente

Cuadro 1. Ejemplos de reglamentación de carencias en la regulación de seguros privados de salud

País	Carencias
Australia	-Hasta 12 meses para partos o tratamiento para enfermedades preexistentes. -Hasta 2 meses para tratamiento psiquiátrico, rehabilitación o cuidados paliativos (sean o no por enfermedades preexistentes) -Hasta 2 meses para cualquier otro tratamiento.
Brasil	-Hasta 300 días para partos -Hasta 180 días para cirugías programadas. - Hasta 30 días para cobertura de consultas en consultorios, clínicas e centros médicos, exámenes básicos de apoyo diagnóstico y procedimientos terapéuticos ambulatorios básicos. -Hasta 24hs para urgencias y emergencias.
Chile	Las enfermedades preexistentes que el cotizante declare tienen una cobertura mínima de 25% durante un período de 18 meses. Están exceptuadas un conjunto de patologías para las cuales se establecieron garantías Explícitas (AUGE) que involucran protocolos de atención y garantía de financiación pública para evitar que la población de menores ingresos tenga que enfrentar copagos.
Suiza	No hay carencias en el seguro de salud básico (obligatorio) que cubre todos los costos hospitalarios, de especialistas, medicamentos recetados y estudios de los servicios por enfermedad, accidentes y maternidad. En aquellos aspectos excluidos del seguro básico como odontología, tratamientos de largo plazo o habitación privada en internación, los aseguradores pueden establecer períodos de carencias.
Estados Unidos	Tradicionalmente existen “períodos sin cobertura” en los cuales en caso que un paciente de Medicare haya gastado en medicamentos una suma mayor a la definida como cubierta, el costo pasa a ser a cuenta exclusiva del paciente (hasta un límite). La nueva ley contempla el reembolso de U\$ 250 libre de impuestos por este concepto, por única vez en 2010. A partir de 2011, si tiene costos de medicamentos recetados altos que lo sitúan en el período sin cobertura, recibirá un descuento del 50% en medicamentos no genéricos cubiertos mientras se encuentre en dicho período. Para 2020 el período sin cobertura quedará completamente La Ley de reforma ya aprobada (marzo de 2010) incluye la “portabilidad” de coberturas, de modo que un afiliado que desee cambiar de seguro no debería enfrentar carencias nuevamente.

Fuente: Elaboración propia

El problema de las enfermedades preexistentes

En forma unánime, los países analizados han definido la prohibición de negar cobertura en este tipo de enfermedades. Sin embargo, hay importantes diferencias en los procedimientos para identificar y definir dichas patologías preexistentes (ver cuadro 2). En algunos casos, como en Chile, la identificación de las preexistencias se centra en una declaración jurada del asegurado en el momento que contrata el seguro (tal como lo establece el artículo 10 de la ley argentina). Sin embargo, se permite a la institución aseguradora solicitar información clínica adicional al solicitante del seguro. En otros casos, se define una evaluación médica por parte de profesionales contratados por el asegurador (por ejemplo en Australia).

A su vez, algunos países entre los cuales también figura Chile tienen un listado identificable de enfermedades preexistentes (denominado “Listado referencial de enfermedades”), mientras otros (Australia) han definido las características que convierten a una patología en preexistente sin ajustarse dicha definición a un grupo específico de enfermedades.

Un factor interviniente muy importante es la cobertura pública y universal disponible en el país para el tratamiento de enfermedades de alto costo. Hay una tendencia internacional hacia la discriminación positiva de las patologías de baja incidencia y alto costo (también denominadas “catastróficas”)¹¹. En los casos de Australia y Brasil la cobertura pública de enfermedades de alto costo e incluso de enfermedades crónicas es muy alta, de modo que el costo diferencial que puede tener para un seguro el cubrir a un paciente crónico y/o con preexistencias, resulta morigerado por la respuesta pública. En el caso de Uruguay la organización de la cobertura de las enfermedades de alto costo es universal y exhaustiva ya que el país dispone un Fondo Nacional de Recursos que asegura a todos los ciudadanos idéntico tratamiento en calidad y resolutivez dentro de una red de Instituciones Médicas de Alta Especialización (IMAEs) acreditadas, así como la provisión de medicamentos sin costo directo para el paciente¹². A su vez en Holanda, existe un Fondo Especial para Gastos especiales (Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ). de carácter obligatorio, específicamente para la atención de ciertas patologías consideradas de alto costo como por ejemplo, enfermedades crónicas (Alzheimer), cuidados para discapacitados físicos y mentales, hospitalización de más de un año. La prima es proporcional a la renta y es cobrada junto al impuesto a la renta. Corresponde al 7.35 % del ingreso.

Cuadro 2. Ejemplos de reglamentación de preexistencias en la regulación de seguros privados de salud

País	Preexistencias
Australia	No se puede negar por enfermedades crónicas, enfermedades preexistentes, edad, Ocupación, género, creencia religiosa, etc. Las preexistencias son determinadas por un médico seleccionado por la compañía aseguradora o prestador del servicio.
Brasil	No se puede negar cobertura de enfermedades preexistentes luego de 24 meses de vigencia del contrato. El plan de salud no está obligado a brindar cobertura en medicamentos en estas enfermedades ¹³¹⁴ . El gobierno federal tiene un programa de asistencia farmacéutica para medicamentos excepcionales (de alto costo) y cubre de forma monopólica determinadas prestaciones como hemodiálisis y transplantes.
Chile	No se puede negar cobertura de enfermedades preexistentes. La preexistencia se determina mediante declaración jurada del paciente + datos que requiera la Isapre. En caso de no declarar una enfermedad preexistente, si el contrato se mantiene vigente, el seguro no otorgará cobertura en las mismas por un período de 5 años desde la suscripción del contrato a menos que se acredite justa causa de error.
Estados Unidos	En la actualidad los seguros no cubren enfermedades preexistentes excepto en menores de 19 años que hayan contratado sus planes a partir del 23 de Septiembre de 2010. La propuesta de reforma de salud en discusión que busca extender la cobertura (e incluso contempla multas a los ciudadanos que no contraten un seguro de salud) plantea que a partir de 2014 no se podrá negar cobertura ni cobrar primas más altas a personas enfermas. No habrá límites de cobertura anual ni para toda la vida. No podrán cobrar cargos extras por enfermedades preexistentes (tanto en contratos de cobertura individual como en grupos grandes o pequeños). Hasta 2014, en caso de estar 6 meses sin cobertura se podrá aplicar a un Plan de Seguro para personas con condiciones preexistentes (PCIP, en inglés) Los aseguradores ya no pueden quitar la cobertura debido a un error en la solicitud (para planes contratados a partir del 23 de Septiembre de 2010), pero pueden rescindir la misma si se falsifica o no se completa información relevante intencionalmente.
Suiza	Las enfermedades preexistentes son tratadas como cualquier otra y está prohibido exigir una declaración jurada al momento de la afiliación. Las empresas aseguradoras están obligadas a ofrecer el paquete básico a todos los individuos, sin importar su edad, sexo o estado de salud. Se permite un tratamiento diferencial para patologías y prestaciones no incluidas en el plan básico
Holanda	Las aseguradoras no pueden rechazar la afiliación por ninguna causa en el denominado Seguro Básico. Si puede hacerlo en caso que la persona quiera contratar un seguro adicional para prestaciones no incluidas en dicho seguro.
Perú	No se puede negar la afiliación voluntaria por ningún motivo.
Colombia	Las preexistencias se definen a partir de la declaración del paciente, no interviene el Seguro. En el plan de beneficios (POS) no se puede negar cobertura por preexistencias. En los planes voluntarios se establecen tarifas diferenciales basadas en preexistencias
Uruguay	No se puede negar cobertura por enfermedades preexistentes. En el caso de beneficiarios a través de la seguridad social se les exige un período de permanencia. El Fondo Nacional de Recursos brinda cobertura en enfermedades de alto costo y baja incidencia.

Fuente: Elaboración propia

El problema del salto etéreo

Se ha denominado con el término técnico “salto etéreo” al ajuste en los cálculos de las mensualidades (o primas) de los seguros de salud en función de la variable independiente “edad del asegurado”. Las medidas implementadas en relación a este punto han sido muy diferentes en cada uno de los países. Esto se debe a que el costo de la prima es función de un conjunto de variables entre las cuales la edad es solo una de ellas. Intervienen otros factores como el elenco de prestaciones (bienes y servicios cubiertos), la red asistencial, la dispersión geográfica de la población, niveles de instrucción y aspectos culturales de los asegurados, modelo de formación y pautas prescriptivas de los profesionales, etc. Aunque probablemente la edad resulte no solo una de las variables de mayor incidencia sino también una de las más sencillas de medir.

En la medida que la concentración del gasto sanitario es elevada en una proporción limitada de la población, es necesario establecer mecanismos para compensar los riesgos que asume cada aseguradora. De no establecerse estos mecanismos compensadores, sería más rentable para las aseguradoras competir por seleccionar los mejores riesgos que por conseguir una mayor eficiencia¹⁵

El cuadro 3 desarrolla las medidas implementadas en países seleccionados en relación al ajuste de las primas según edad.

Cuadro 3. Ejemplos de reglamentación del ajuste de las cuotas por edad del asegurado en la regulación de seguros privados de salud

País	Ajuste de cuotas por edad
Australia	Los seguros no pueden aumentar las primas en función de la edad. Las aseguradoras deben cobrar mismo precio a personas de un mismo territorio (<i>community rating</i>). En caso de prestar servicio en diferentes estados pueden cobrar distintas primas en cada uno de ellos pero debe ser igual para todos los afiliados de un mismo estado. El Estado estimula la afiliación a un seguro privado a través de 2 herramientas: a) Incentivos a la afiliación precoz (<i>Lifetime Health Cover</i>) b) Además, otorga reintegros fiscales a quienes pudiendo estar afiliados al sistema público optan por contratar un seguro privado.
Brasil	Se pueden aumentar por 3 causas, entre ellas la edad del paciente: -rango etéreo -inflación -alteración del siniestro o variación en costos. No se pueden aumentar en caso de personas > 60 años que estuvieron al menos 10 años en el plan.
Chile	El ajuste no se realiza específicamente por la edad. Las Isapres están autorizadas a aumentar hasta un máximo del 30% del promedio de aumentos de todos los planes de esa Isapre. Se desarrolló Fondo de Compensación Solidario (FCS) entre Isapres. Mediante el mismo, un porcentaje de la cotización va a este fondo y se reparte en función del riesgo de los pacientes de cada una. Permite que el precio total que recibe cada Isapre sea igual al costo esperado.
Estados Unidos	Lo fija libremente cada empresa. A partir de 2014 deberán justificar sus incrementos y aquellas con aumentos excesivos o injustificados no podrán participar en los nuevos intercambios de seguros médicos.
Suiza	Se puede ajustar la cuota en función del grupo etéreo al que pertenece el paciente pero sin diferencias individuales, esto quiere decir que todas las personas aseguradas por la misma empresa, en el mismo cantón (similar a las provincias en Argentina), pertenecientes al

mismo grupo de edad, deben pagar una cuota idéntica. Las aseguradoras no pueden variar las cuotas en función del riesgo individual. Existe un fondo al que aportan todas las aseguradoras y retiran en función del riesgo de sus afiliados. El riesgo es determinado exclusivamente en función de sexo y edad.

Holanda La prima que abona cada persona depende de su nivel de renta, no se permite el aumento en función de la edad. Se aplica el concepto de Community Rating, como en Australia.

Existe un sistema de reembolsos a las compañías aseguradoras que incorpora compensaciones por el riesgo asumido en la atención a los individuos, a través de un Fondo de Compensación que se financia con la cotización de 6,5%. El ajuste de riesgos se realiza en función de la edad, el género, la región, información sobre si el asegurado trabaja o no y también sobre el uso anterior de servicios sanitarios, a través del gasto en farmacia y los Grupos Relacionados de Diagnósticos (DRG).

La ley permite la elección de nivel de riesgo a tomar por parte de los individuos mediante la existencia de deducibles a cambio de una rebaja en la prima. De esta manera, los usuarios pueden ahorrar un dinero en la prima a cambio del riesgo.

El afiliado puede cambiar de aseguradora una vez al año, el 1° de Enero.

Perú Se permite aumentar primas según edad del afiliado.

Colombia No está regulado, sin embargo en el caso de los planes voluntarios de salud la edad es un criterio de cambio en el cálculo de la cuota.

Uruguay La cuota del paciente no se modifica en función de su edad (es un porcentaje de su salario) pero la empresa recibe una cápita ajustada a riesgo proveniente de un fondo de aportes y contribuciones.
La cápita se ajusta según edad y sexo, existiendo 14 diferentes opciones.
Existen copagos

Fuente: Elaboración propia

Algunos países aceptan el ajuste de las primas en función del riesgo (entre ellos, la edad), con diferencias en los criterios definidos por cada uno. El cuadro 4 muestra dichas características y los rangos etáreos definidos.

Cuadro 4. Rangos etéreos en países que aceptan el salto etéreo para ajuste de cuotas

País	Rango etéreo
Brasil	<p>Se definen 10 rangos etéreos, pudiendo ajustarse las cuotas solamente una vez por año. Los grupos son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hasta 18 años 2. 19-23 años 3. 24-28 años 4. 29-33 años 5. 34-38 años 6. 39-43 años 7. 44-48 años 8. 49-53 años 9. 54-58 años 10. 59 años o más <p>Como se expuso anteriormente, a partir de los 60 años no se permite el ajuste en función de la edad en casos en los que el afiliado haya permanecido al menos 10 años en el plan de salud.</p> <p>La resolución normativa N 63 del 2003 determina que el valor fijado para el ultimo rango etéreo (59 años o más) no puede ser superior a 6 veces el valor del primer rango etéreo (0 – 18 años). Además establece que la variación acumulada entre el 7º y el 10º rango no puede ser superior a la variación acumulada entre el 1º y el 7º.</p>
Chile	<p>El ajuste de las primas no se realiza específicamente por edad pero las Isapres están autorizadas a aumentar las mismas. El Fondo de Compensación entre Isapres reparte en función del riesgo de los afiliados de cada empresa.</p>
Suiza	<p>Hay 3 grupos etéreos en los cuales puede ajustarse la prima. Ellos son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Niños (hasta los 18 años) 2. Jóvenes adultos (19 a 25) 3. Adultos (mayores de 26)
Estados Unidos	<p>Hasta la reforma de salud en curso las empresas podían fijar libremente sus precios. Las primas se determinaban a partir de la edad, ubicación geográfica, consumo de tabaco y adhesión a programas preventivos.</p> <p>Desde la primera Ley de reforma, aprobada el 23 de marzo de 2010, se obliga a todos los seguros a disponer de planes diferenciados por grupos de edad (tres a cuatro grupos, incluyendo una póliza especial para adultos jóvenes).¹⁶</p>

Fuente: Elaboración propia

Capítulo 3. Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

Hay diferencias importantes entre los fundamentos del funcionamiento y sustentabilidad de seguros sociales y públicos, por un lado y los seguros privados, por el otro. El fundamento básico del seguro público de salud es que debería ofrecer a sus beneficiarios un conjunto de protecciones sanitarias que socialmente interesa garantizarle a toda la población. Esto requiere de un consenso social respecto a los niveles de salud que se aspira alcanzar y que precisa ser reflejado en una canasta de prestaciones de salud a ser cubiertas por el seguro. El componente de solidaridad en el seguro requiere definir cuánto “conceden” unos por el bienestar de otros¹⁷.

Este fundamento es muy diferente en los seguros privados, donde el riesgo de cada persona es asumido en forma individual y los beneficios están directamente relacionados con el monto de pago. Uno de los debates en torno a la regulación de las prestaciones privadas de salud, giran en torno a si estos planes particulares “liberan” al sistema público de ciertas prestaciones o no. De ahí que se hayan desarrollado varios trabajos en torno a la autonomía o dependencia de los planes de salud privados y el sistema público. En particular, cabe referir los argumentos de Ligia Bahía al analizar el Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil. Para esta autora, la regulación de los seguros privados de salud... “requiere la construcción de nuevas relaciones de división de riesgos en salud entre el Estado, las empresas y las familias. Es necesario desmenuzar y rever el panel de selección de riesgos utilizado por la base unificada de proveedores de servicios de salud y tornarlo lo más permeable posible a las demandas y necesidades de los usuarios del sector público y de los seguros de salud privados”¹⁸.

En conclusión, en la función de producción de salud de una determinada población son actores centrales los mismos ciudadanos, el Estado, los aseguradores y los prestadores. Cuando el ciudadano, asumiendo un rol de consumidor, decide contratar un seguro privado, es necesario que el Estado vele porque ese contrato: a) no perjudique su función de producción pública de salud y b) verifique que el contrato privado reúna las condiciones adecuadas para la producción privada de salud. A diferencia del mencionado caso de Brasil donde el Estado conduce un Sistema Único de Salud y, por lo tanto, considera a los seguros privados como suplementos (salud suplementar), muchos países como Argentina, Colombia, Chile, Estados Unidos de Norteamérica, Holanda, Perú, Suiza y Uruguay disponen la cobertura de seguros de salud que captan tanto recursos de forma obligatoria (aportes y contribuciones basados en la nómina salarial) como voluntaria (cuotas o primas de adhesión).

El enfoque que prevalece en la regulación de los seguros de salud dependerá, en cada caso de la obligatoriedad que tiene el ciudadano de contratar un seguro. Cuando el Estado promueve la contratación de seguros privados, es decir cuando los mismos dejan de tener un carácter suplementario para adquirir protagonismo en la producción de salud, la regulación se torna más rigurosa en términos de selección de pacientes, períodos de carencia y fijación de primas. Pero en contraparte, hay acciones públicas que contribuyen a garantizar un pool de riesgo adecuado.

La inclusión de carencias constituye, entonces, un recurso para generar ese ahorro que capta el seguro. Si el evento a ser asegurado es la salud y el siniestro es la enfermedad, entonces asegurar a quién no tiene salud (es decir a quién ya está enfermo) afecta la viabilidad de la gestión de riesgos. Sería comparable a asegurar contra robos a un automóvil que ya ha sido robado, o contra accidentes a uno que ya ha chocado. Aunque en términos sociales es importante que quienes padecen afecciones de salud puedan recibir respuestas apropiadas,

esta no resulta viable ni sostenible desde seguros privados a no ser que intervenga la financiación pública para compensar su incidencia sobre la ecuación de riesgos.

Los seguros sociales pueden prescindir de las carencias debido a su financiación. Por definición el asegurado no puede sustraerse de participar en un seguro social y el aporte a la financiación es retenido en la fuente de ingresos. Esto permite compensar riesgos entre sanos y enfermos porque los asegurados sanos no pueden autoexcluirse. Pero en un sistema de afiliación voluntaria es necesario incluir incentivos para que los usuarios no se afilien solo en caso de necesitar prestaciones y se desafilien cuando no las precisan, porque de lo contrario el sistema resulta inviable.

Regular de forma adecuada sería evitar comportamientos oportunistas. Por parte del asegurador el riesgo es que se abuse de las asimetrías de información estableciendo carencias excesivas. Por parte del asegurado, el riesgo radica en que se genere la afiliación solo en los casos de enfermedad y la eventual desafiliación cuando esta haya sido superada.

La total ausencia tanto como el exceso de carencias puede constituir una falla regulatoria. Para que la definición de carencias permita un funcionamiento adecuado del contrato del seguro de salud es necesario que las barreras de ingreso y/o egreso se conviertan en incentivos. En primer lugar, incentivos al afiliado para que se anticipe a los riesgos buscando con suficiente antelación la cobertura de salud que le permita concretar los cuidados médicos adecuados para preservar su salud y le persuade a desistir de conductas oportunistas que puedan incrementar sus propios riesgos sanitarios. Por otro lado, incentivos al asegurador para evitar que seleccione riesgos concentrando su oferta solo en quienes tienen baja probabilidad de demandar cuidados; porque de esa forma no contribuyen a la función social de producir salud.

Las carencias no deben ser objeto de competencia entre los seguros. En la medida en que la definición de las carencias constituye una pieza clave para garantizar la eficacia sanitaria y la sostenibilidad financiera del seguro de salud, es fundamental que no constituya una variable sino un parámetro para el funcionamiento del mercado. Esto requiere que en la reglamentación de la ley de regulación de medicina prepaga se defina de forma explícita y detallada el conjunto de prestaciones para las cuales habrá carencias y la duración de las mismas. Pero por sobre todo, requiere que su aplicación resulte uniforme para todos los casos.

Las preexistencias son patologías que se registran con anterioridad a la celebración del contrato de cobertura entre el seguro y el asegurado. Pueden involucrar riesgos de abusos por ambas partes. Por un lado, el asegurador puede asumir un comportamiento abusivo negando la cobertura de prestaciones incluidas dentro del contrato al adjudicarlas a un siniestro precontractual. De forma simétrica, el asegurado puede caer en un comportamiento abusivo si, siendo consciente de la preexistencia, recurre al contrato para transferir al seguro el costo del tratamiento.

Además de las situaciones de abuso, las preexistencias configuran un problema social. La mayor dificultad radica en el amplio espectro de casos en los que el paciente es portador de la enfermedad con antelación a la celebración del contrato pero no es consciente de ello por no haber accedido de forma oportuna a un diagnóstico certero. Por este motivo, los gobiernos de diferentes países buscaron reglamentar de forma exhaustiva el tratamiento de las preexistencias.

Existe un arsenal de medidas para resolver el problema de los saltos etéreos. En un extremo se ubica la desregulación absoluta de los procedimientos para cálculo de las cuotas (situación vigente en Argentina antes de la ley). En el extremo opuesto se ubica la prohibición total de aumentar las primas en función exclusiva de la edad (Australia). Pero los países también han implementado medidas que permiten afrontar el mayor costo que implica la atención de personas mayores, morigerando su impacto sobre el asegurador. Entre ellos se pueden mencionar tres iniciativas:

a) **Incentivos a la afiliación precoz a seguros privados.** En Australia se implementó un esquema denominado “Lifetime Health Cover” por el cual quien decida contratar un seguro una vez cumplidos los 30 años, sufrirá un recargo del 2% por cada año que haya demorado su afiliación. Este recargo caduca luego de haber sido usuario por 10 años. En la ley de reforma aprobada por el Congreso de los Estados Unidos se definen primas especiales para los adultos jóvenes, que suelen ser los más reacios a contratar la cobertura de un seguro médico, buscando incentivar su aseguramiento. Por su parte en Holanda, para aquellos gastos considerados “normales” aquellos que ganan más de 35.000 dólares anuales no aportan en el marco de la Ley del Seguro de Salud y tienen la posibilidad de escoger una Aseguradora Privada para este tipo de gastos.

b) **Incentivos a la persistencia en el sistema.** Esto se ha implementado en Brasil y se contempla en el artículo 11 de la ley argentina.

d) **Fondos compensadores de riesgos.** Se trata de una modalidad similar al Subsidio Automático Nominal (SANO) implementado en Argentina para los agentes del seguro nacional de salud que garantiza al asegurador un ingreso capitado mínimo ajustado por sexo y edad. Esta modalidad se ha implementado en Chile (exclusivamente para las ISAPRES), pero también en Suiza y Uruguay (para todos los aseguradores).

Pueden citarse diferentes herramientas de políticas públicas destinadas a mejorar las condiciones de la gestión de riesgos en salud. Una de ellas, desarrollada con diferentes matices en Chile, Suiza y Holanda consiste en equilibrar el impacto del riesgo individual mediante el desarrollo de fondos compensadores. Mediante los mismos, cada asegurador aporta parte de la prima a un fondo común y lo recaudado se reparte proporcionalmente al perfil de riesgo de los beneficiarios de cada uno. El objetivo es que cada asegurador reciba una prima acorde al costo esperado sin que esto implique un mayor desembolso por parte del propio paciente.

Otra herramienta consiste en separar la financiación de un grupo de enfermedades de alto costo y en su mayoría, baja incidencia del resto de las patologías mediante un seguro de enfermedades catastróficas. Se les denomina enfermedades catastróficas, no por su peso relativo sobre la carga de enfermedad sino por su impacto económico. Su impacto financiero sobre quienes las padecen y sobre quienes las financian, es muy alto.

La misión de un seguro de enfermedades catastróficas es consolidar el derecho universal a los cuidados adecuados frente a este tipo de patologías.

El fundamento del seguro es generar un pool de riesgo adecuado y captar economías de escala, reduciendo el impacto de estas enfermedades sobre quienes las padecen.

En este sentido, es interesante mencionar el debate que se da en Estados Unidos a partir de la implementación de *High-risk pools*, temporales. A partir de la promulgación de la Affordable Care Act (ACA), que apunta a asegurar el acceso a cobertura médica sin importar el estado de salud, se prohíbe a los aseguradores incurrir en prácticas que discriminen a la población

enferma y se obliga a la población a adquirir cobertura para que los costos de tratamiento de las personas con mayores necesidades puedan ser compensados por el aporte de todos. Debido a que se supone que gran parte de la población goza de buena salud, la lógica de los grandes *pools* de asegurados es que signifiquen pequeños aumentos para los sanos y un gran ahorro para aquellos que requieran tratamientos costosos. Sin embargo estas reformas no entrarán en vigencia hasta Enero de 2014. La solución propuesta para el ínterin es la creación de un pool de alto riesgo llamado PCIP (Pre-existing Condition Insurance Plans) que provea de servicios a aquellas personas con afecciones o enfermedades que les hayan impedido adquirir un seguro¹⁹.

Estrategias salientes en países analizados

A continuación se describen las medidas que se consideran destacables en los diferentes países. Cada una de ellas se presenta en el contexto del problema regulatorio que intentan resolver.

Carencias

La mayoría de los países han encarado este problema definiendo formalmente períodos de carencia, no se distinguen otras medidas dignas de ser mencionadas.

Preexistencias

- Participación del seguro en la determinación de preexistencias
- Plan para enfermedades preexistentes (PCIP, Estados Unidos)
- Fondo Especial para Gastos especiales (Holanda)
- Fondo Nacional de Recursos (Uruguay)

Salto etéreo

- Estimulación de la Afiliación precoz (Australia)
- Fondos Compensadores de Riesgo (Chile, Suiza, Holanda)

Recomendaciones para la reglamentación de la ley de Regulación de empresas de medicina prepaga en Argentina

Luego de analizar cómo han encarado el tema algunos países seleccionados, se plantean posibles abordajes para nuestro país. Las propuestas se enmarcan en 2 escenarios que se diferencian específicamente en la aceptación o no de períodos de carencia para brindar determinadas coberturas.

Carencias

Escenario 1

Establecer un elenco único de prestaciones susceptibles de carencia así como los períodos de las mismas a ser aplicados en todos los casos. Especialmente en situaciones “únicas”, donde es posible reconocer el comienzo y fin del evento (ej: partos). El período de carencia desanima las afiliaciones por períodos cortos, en los cuales el paciente solicita cobertura a partir de la aparición de un determinado evento y sale del seguro una vez resuelto el mismo.

En caso de requerir el servicio y encontrarse en el marco del período de carencia, el 100% del costo del tratamiento requerido estará a cargo del paciente. Una vez superado dicho plazo, la cobertura estará a cargo del asegurado, en los términos que estén contemplados en el contrato.

Requerimientos

- Definir períodos de carencia según condición clínica

Escenario 2

Establecer un esquema de copagos así como un esquema evolutivo de aplicación de los mismos. A diferencia del escenario 1, la cobertura es brindada desde tiempo 0 pero se definen una serie de copagos que aproximen el ingreso de la aseguradora al costo total de la prestación.

Al mismo tiempo se definirá un esquema de aplicación de los mismos, hasta la suspensión y cobertura completa por parte del asegurador.

Requerimientos

- Calcular costos esperados por patologías
- Definir esquema de copagos

Preexistencias

La cobertura de enfermedades preexistentes resulta una condición asociada a la aceptación de un beneficiario. Pero teniendo en cuenta que las mismas generan mayores costos para su manejo, deben ponerse en marcha medidas que valoricen adecuadamente el impacto económico de éstas y al mismo tiempo, identifiquen su presencia al momento de celebrar el contrato entre las partes.

- a) **Definir en forma explícita y exhaustiva los criterios e instancias en las que sería posible la rescisión de contrato por “mala fe”.**

En caso que las aseguradoras no participen de la definición de preexistencias y las mismas se hagan exclusivamente a partir de la declaración del paciente, es necesario determinar aquellas situaciones que permitirán a la empresa rescindir el contrato en función del ocultamiento intencional de información.

Requerimientos

- Listar situaciones pasibles de rescisión de contrato
 - Definir plazos de efectivización de la rescisión a partir de la comunicación al paciente
- b) **Propulsar que las empresas de medicina prepaga participen activamente en la determinación de una condición como preexistente**, aún cuando ello no impida el ingreso del afiliado. Esta situación permitirá tomar medidas prospectivas en relación a estas enfermedades y evitar situaciones incómodas y difíciles de probar como es la falsedad de una preexistencia.

Requerimientos

- Definir las características de la evaluación previa a la admisión
 - Desarrollar un listado de enfermedades que pueden ser consideradas como preexistentes
- c) **Designar representante de las empresas de medicina prepaga para participar activamente en el análisis actuarial** que determine el valor de la cuota en caso de preexistencias. Asimismo, que dicho cálculo se actualice periódicamente, en un plazo a definir.

Requerimientos

- Calcular tasas de incidencia de patologías preexistentes
- Calcular costos por patología y edad

Ajuste de precios por edad

Aún cuando la edad no es la única variable que determina uso de recursos, no puede desconocerse el impacto que tiene sobre los mismos. Las propuestas se centran en hallar mecanismos que estratifiquen adecuadamente el riesgo individual de los pacientes y permitan reducir el impacto económico sobre cada uno de los actores involucrados.

- **Desarrollar un Fondo de Compensación con participación de los 3 subsectores.** Cada integrante del mismo aportará un valor a dicho fondo por cada persona bajo responsabilidad. El mismo actuará como una cápita ajustada a riesgo y cada financiador recibirá proporcionalmente al riesgo de la población a su cargo. Esta herramienta permitirá la inclusión de personas con enfermedades preexistentes pero al mismo tiempo, la sostenibilidad del sistema.

Requerimientos

- Designar una entidad responsable de la recepción y distribución de los recursos
 - Calcular el valor a ser aportado en función de los beneficiarios bajo responsabilidad
 - Definir la periodicidad para actualizar el valor a ser aportado
- **Desarrollar un score de riesgo que actúe como predictor de utilización de recursos.** En el mismo, la edad será un componente pero no el único determinante del valor de la prima.
 - **Estimular desde el Estado la afiliación a empresas de medicina prepaga a edades tempranas.** Esto permitirá aumentar el *pool* incorporando asegurados jóvenes y habitualmente de menor riesgo de forma que compensen los riesgos mayores que involucran los adultos mayores.
 - **Establecer en la reglamentación que no se puede aumentar la cuota de una persona mayor de 65 años si permaneció más de 10 años en una misma prepaga.** Es decir, que no exista portabilidad del beneficio ante el cambio de asegurador. Al menos por un

período inicial hasta que se incorporen incentivos a la afiliación de jóvenes y estos permitan garantizar la compensación de riesgos y/o hasta que se incorpore un Fondo de Compensación. El proyecto de ley propone esta misma situación pero en caso que haya permanecido ese lapso en cualquier prepaga. La única excepción debiera ser la desaparición de su cobertura anterior y la obligatoriedad de tener que cambiar de empresa. Esta

A su vez, sumado a las propuestas mencionadas resulta importante resaltar 2 herramientas con alto impacto en los puntos analizados.

- **Normatización del manejo de algunas patologías a través de “líneas de cuidado”.** Uno de los grandes inconvenientes en la atención médica resulta la denominada Variabilidad en la Práctica Médica, entendida como diferentes formas de tratar un mismo problema de salud. Las dificultades asociadas a este tipo de conducta impactan no sólo en un mayor uso de recursos, generalmente innecesarios sino en peores resultados en salud. Por ello resulta necesario estandarizar el manejo de determinadas patologías a partir de la evidencia científica (protocolizar). Esta medida permite no sólo asegurar el acceso de los pacientes a prácticas de probada eficacia sino reducir el uso de otras tantas con potencial efecto negativo para los mismos y un uso inadecuado de los recursos.
- **Seguro de Enfermedades catastróficas.** Como una estrategia universal de protección social en salud que garantice que frente a un conjunto limitado de enfermedades de baja incidencia y alto costo todos los argentinos tengan garantizadas iguales respuestas.

Requerimientos

- Seleccionar un grupo de patologías a ser incluidas inicialmente
- Determinar valor de la cápita a ser aportado en función de los beneficiarios bajo responsabilidad
- Designar entidad encargada de recepcionar aportes capitados
- Normatizar el manejo de las enfermedades seleccionadas
- **Definir incentivos a pacientes no solo por permanencia en una misma empresa de medicina prepaga sino también por adherir a prácticas preventivas.** Esta medida permitirá por un lado generar un pool de riesgo en el financiador que reduzca el impacto individual de pacientes de mayor riesgo. A su vez, las medidas preventivas de probada eficacia reducen el riesgo de desarrollo de patologías de alto costo y generalmente crónicas. Por ejemplo, en Estados Unidos de Norteamérica, la Ley de reforma aprobada el 23 de marzo de 2010 incluye incentivos financieros a los individuos y seguros de salud para asumir estrategias de promoción y prevención en salud. Entre ellos se eliminan los copagos en acciones de efectividad comprobada tales como los controles del embarazo e incluso estimular rutinas de chequeos periódicos para prevención y evaluación de riesgos médicos²⁰.

A continuación se esquematizan las propuestas presentadas en función de 2 escenarios:

1. Se aprueba la definición de períodos de carencia
2. No se contemplan períodos de carencia

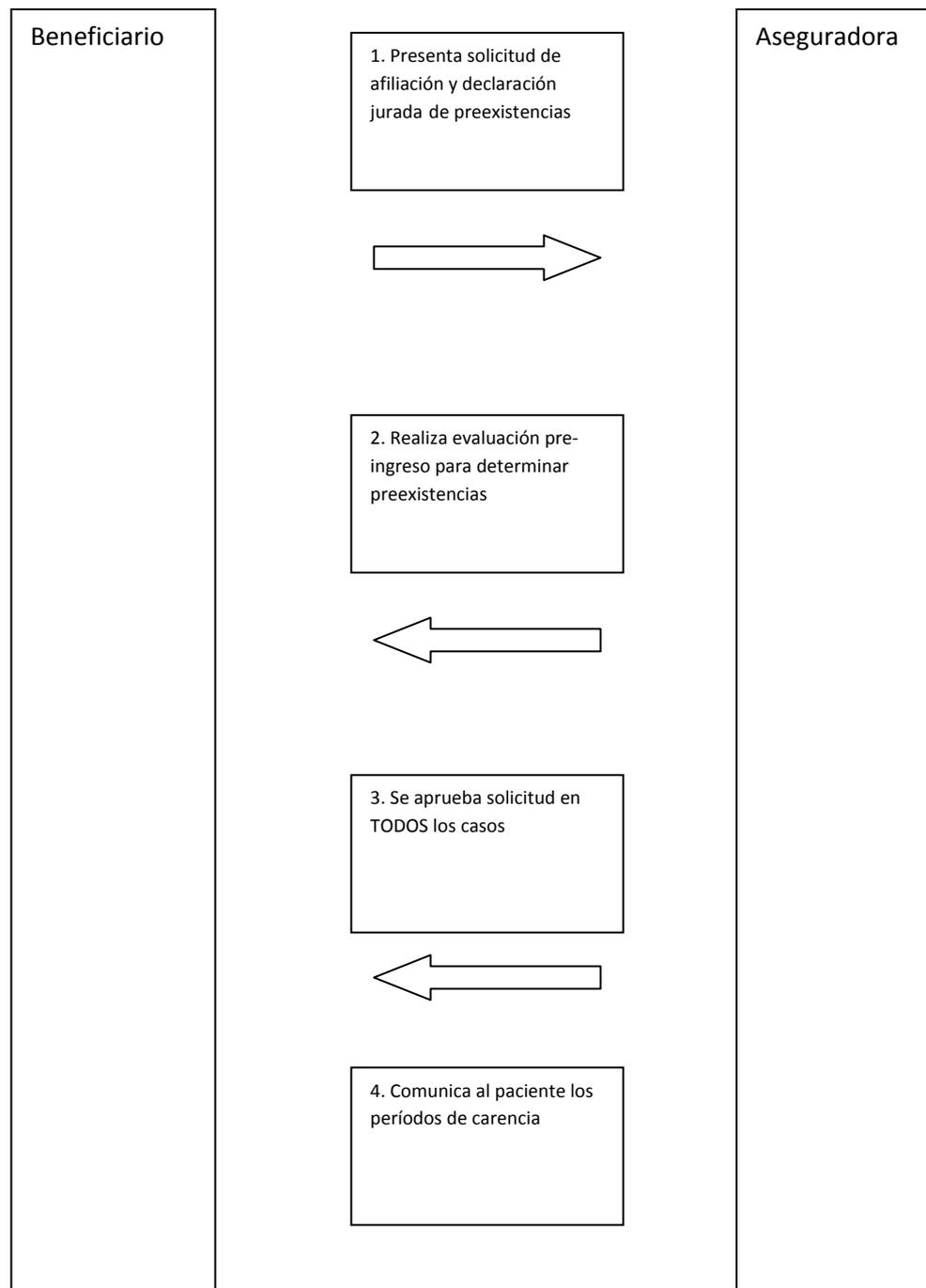
Esquematización de diferentes momentos en la relación Beneficiario-Aseguradora

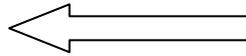
Escenario 1: Con períodos de carencia

Momento 1: Solicitud de ingreso

Propuestas evaluadas

- 1. Prohibición de negar cobertura por riesgo individual (preexistencias, edad)**
- 2. Determinación de períodos de carencia**
- 3. Participación de las aseguradoras en la determinación de preexistencias**

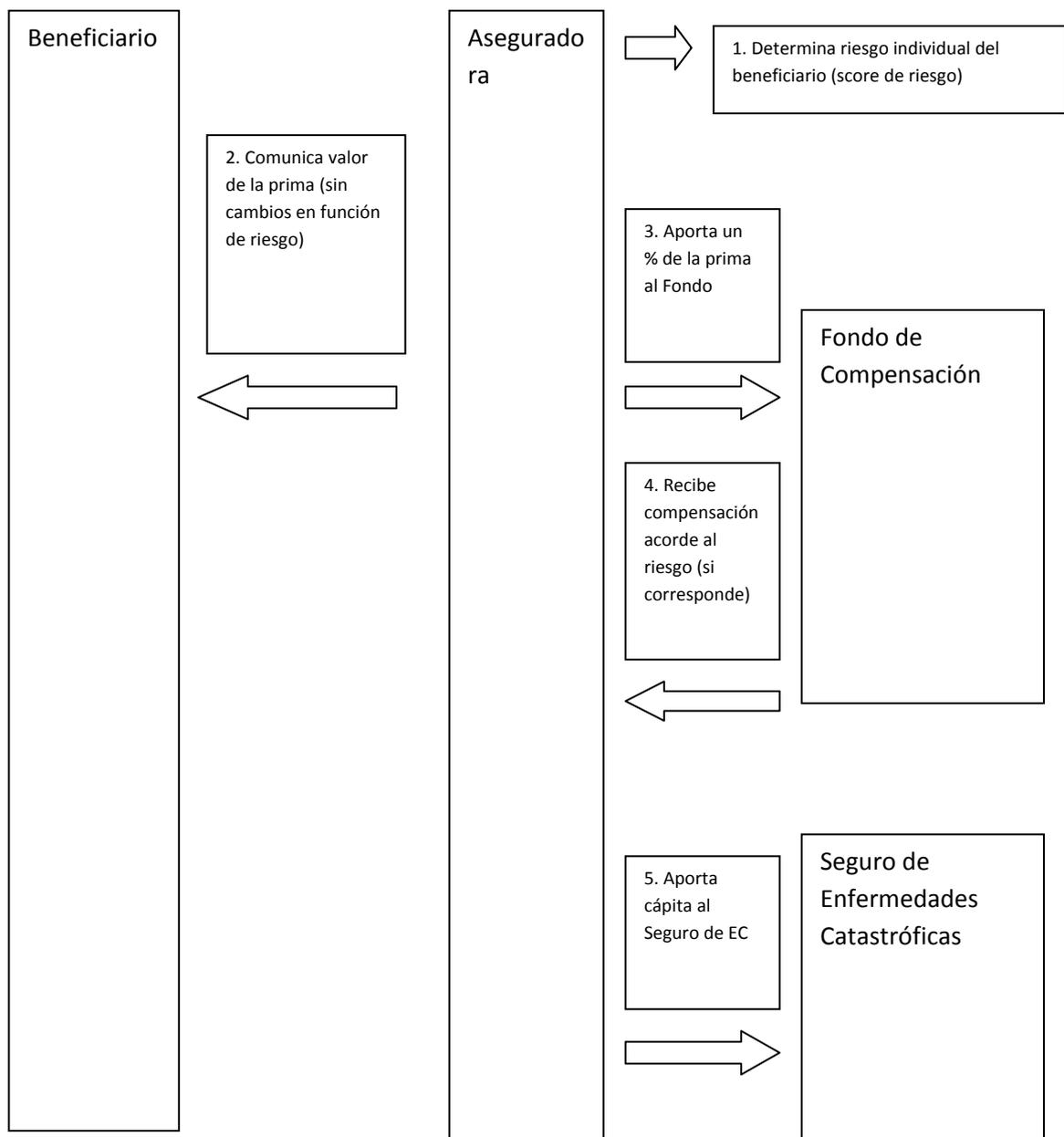




Momento 2: Determinación del valor de la prima

Propuestas evaluadas

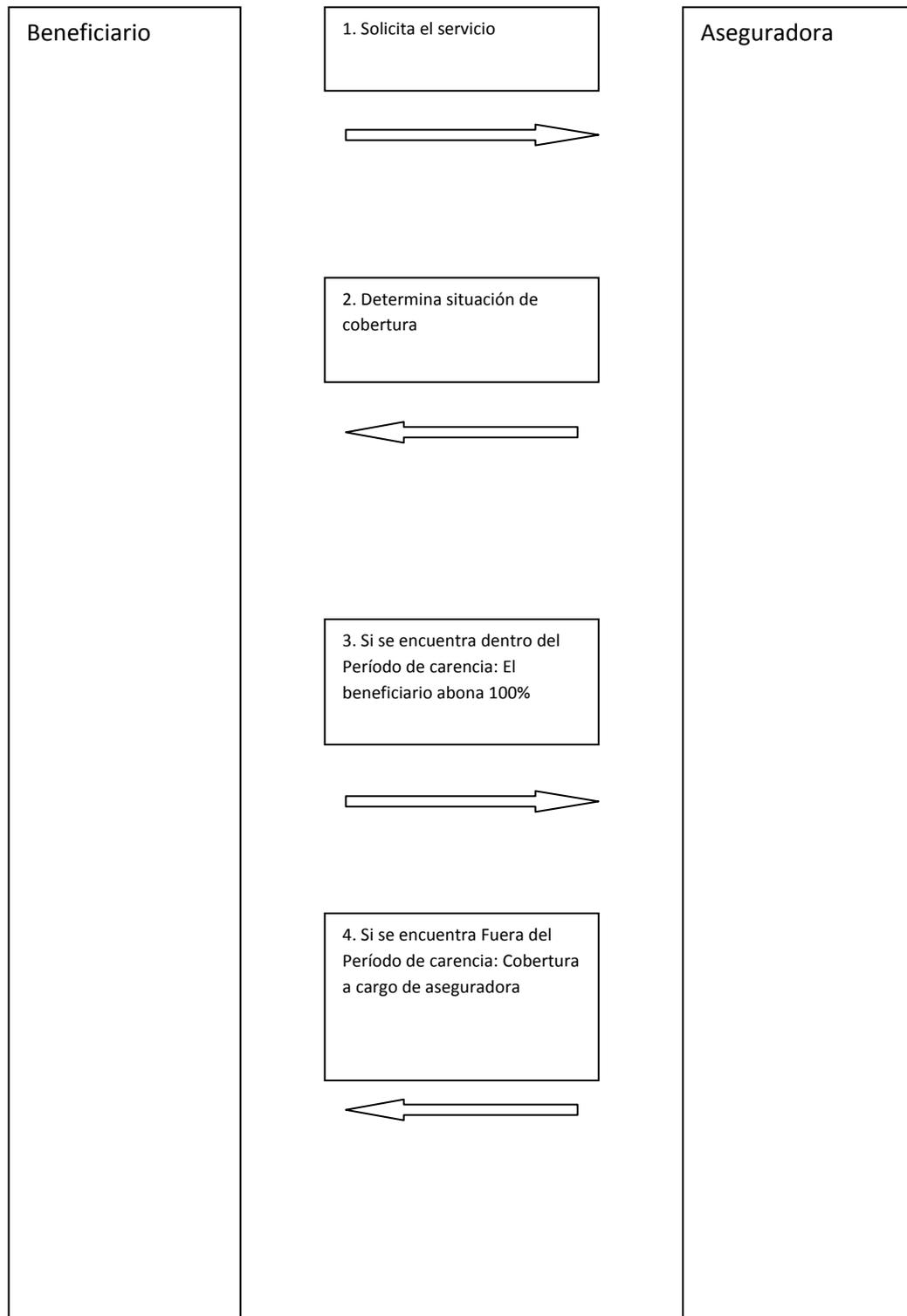
1. Evaluación del riesgo individual
2. Prohibición de aumentar primas al beneficiario en función del riesgo (incluyendo edad)
3. Desarrollo de un Fondo de Compensación
4. Desarrollo de un Seguro Nacional de Enfermedades catastróficas



Momento 3: El beneficiario requiere utilizar el servicio

Propuestas evaluadas

1. Determinación de períodos de carencia

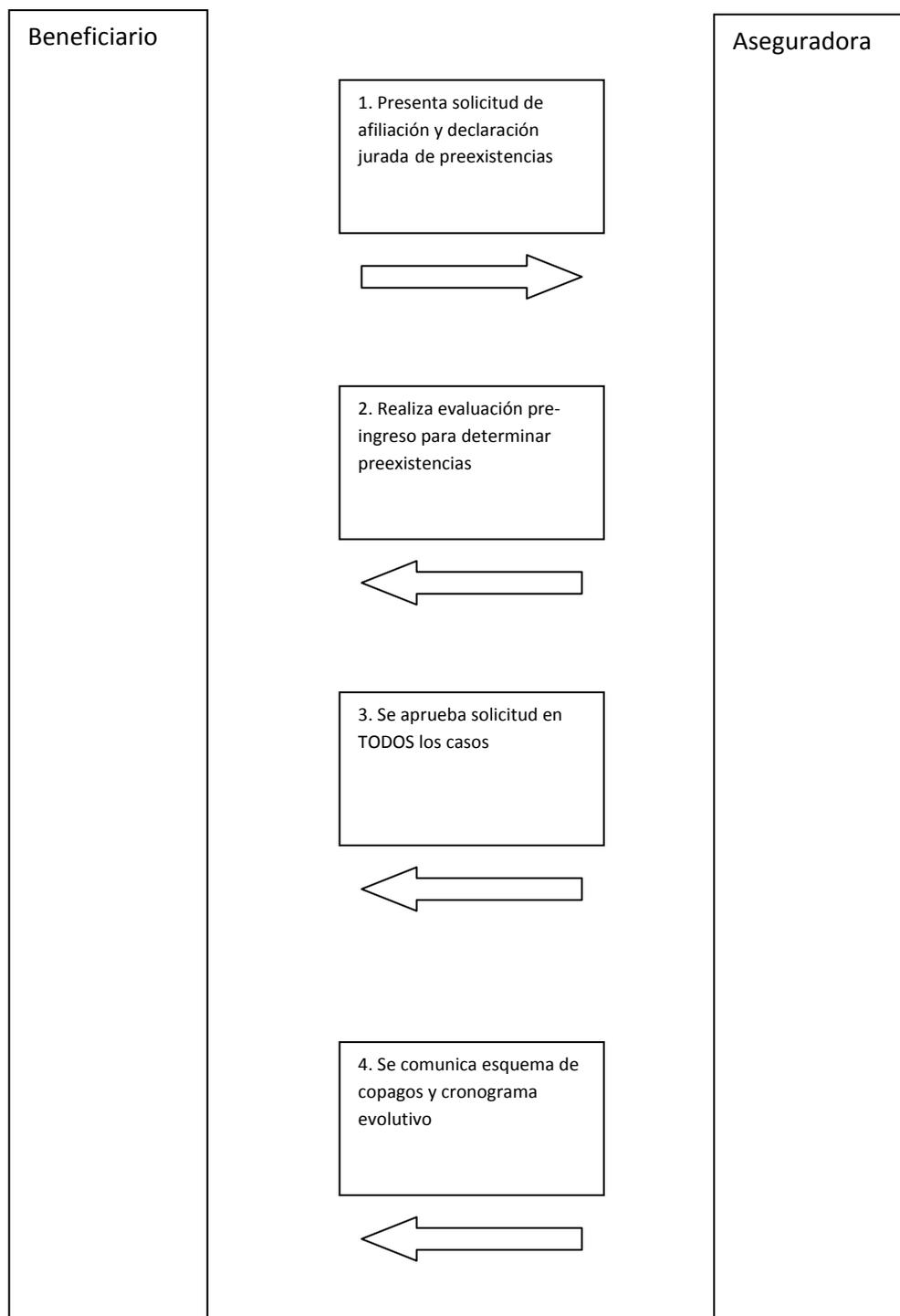


Escenario 2: Si no se contempla la posibilidad de períodos de carencia

Momento 1: Solicitud de ingreso

Propuestas evaluadas

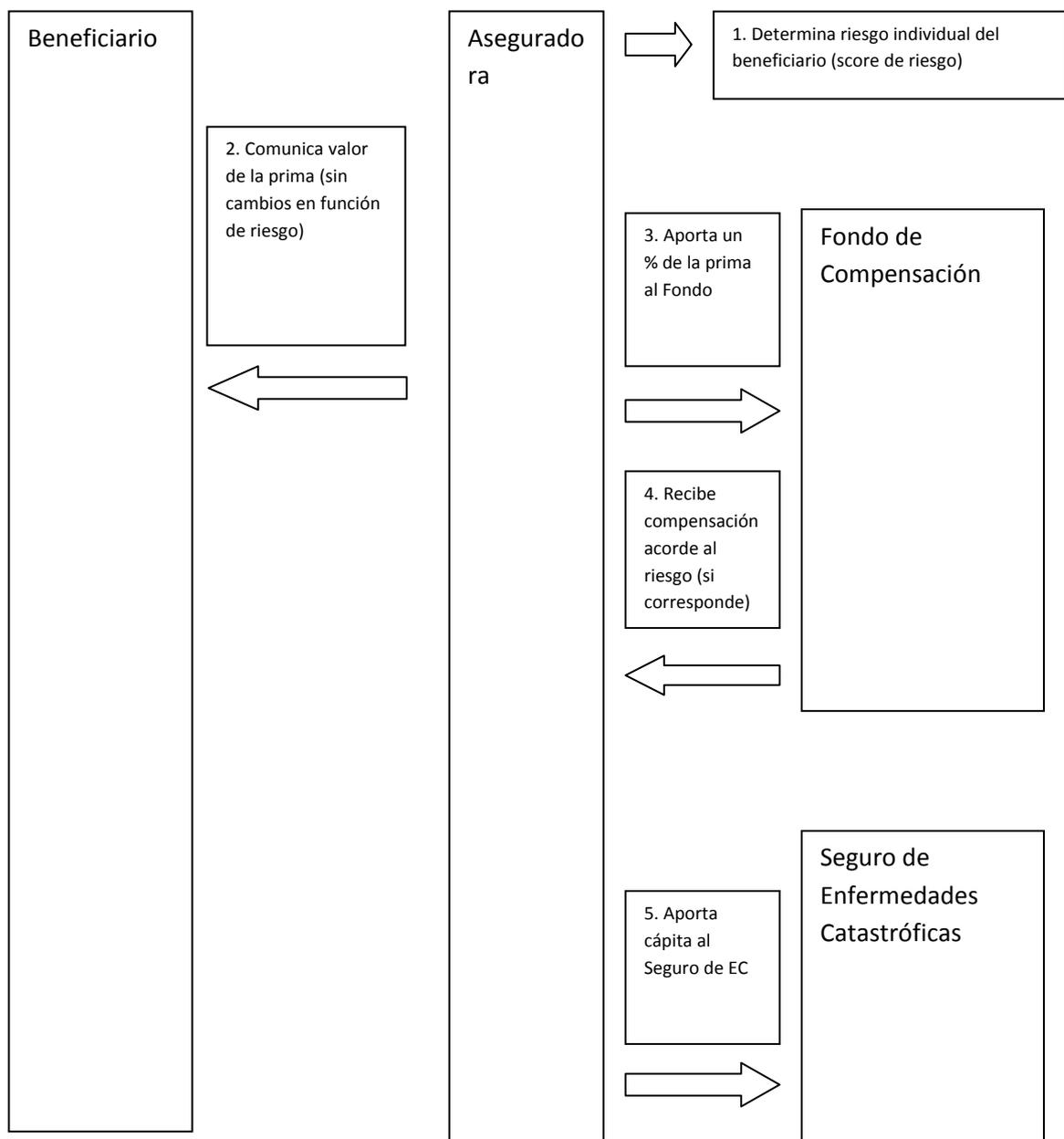
- 1. Prohibición de negar cobertura por riesgo individual (preexistencias, edad)**
- 2. Determinación de copagos y esquema de aplicación**
- 3. Participación de las aseguradoras en la determinación de preexistencias**



Momento 2: Determinación del valor de la prima (sin cambios respecto a Escenario 1)

Propuestas evaluadas

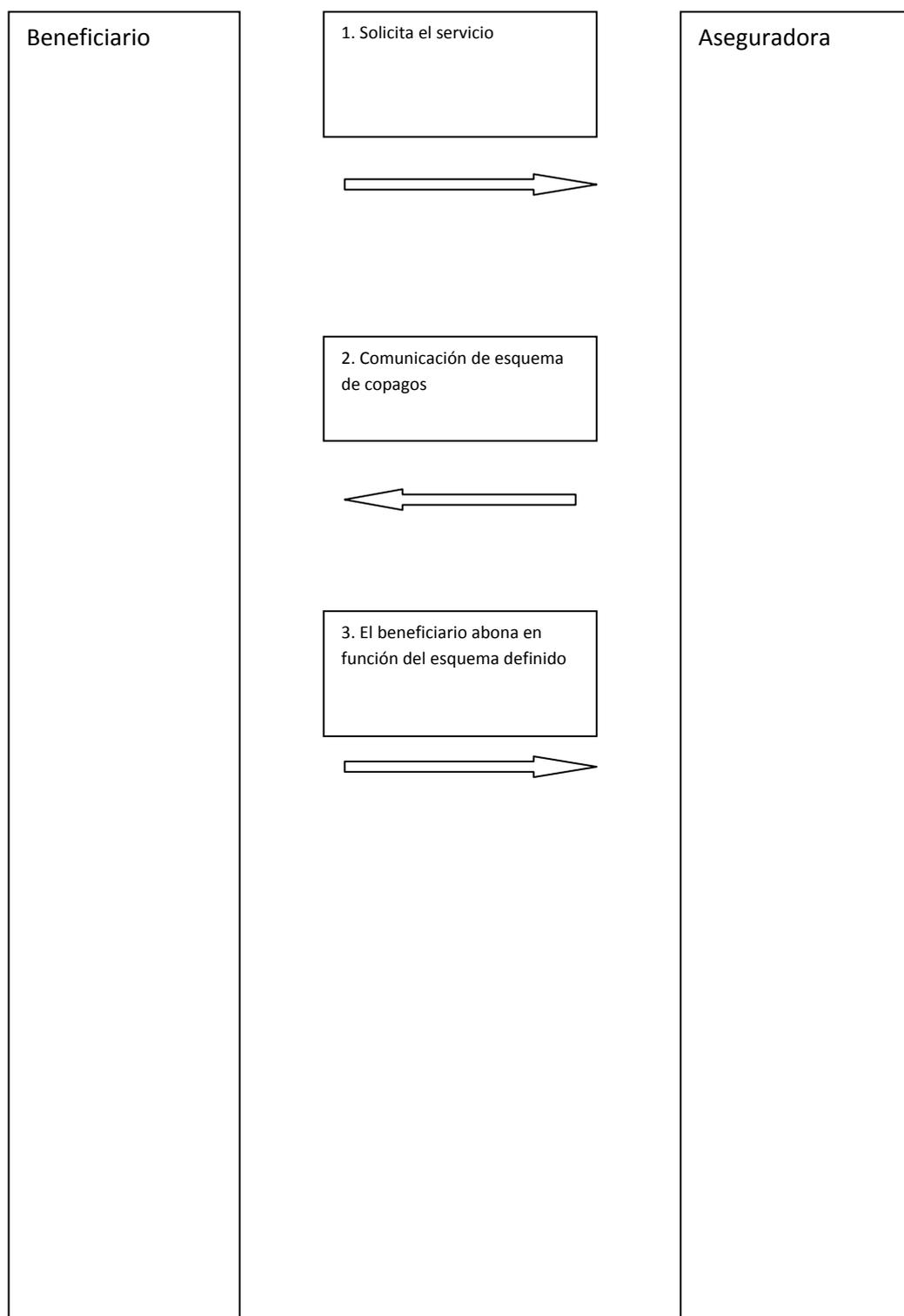
1. Evaluación del riesgo individual
2. Prohibición de aumentar primas al beneficiario en función del riesgo (incluyendo edad)
3. Desarrollo de un Fondo de Compensación
4. Desarrollo de un Seguro Nacional de Enfermedades catastróficas



Momento 3: El beneficiario requiere utilizar el servicio

Propuestas evaluadas

1. Determinación de copagos y esquema de aplicación



Referencias

- ¹ Ma C. Regulación de Seguros Privados de Salud: La Experiencia en Chile de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (Isapres) 1998. Disponible en <http://www.speas.biz/downloads/casochile.pdf>
- ² Lorenzetti, Ricardo (1997). "la empresa médica". Rubinzal – Culzoni. Buenos Aires. Página 128.
- ³ Culyer, A.J & Newhouse. P.P. (:2000). *Handbook of health economics*. Vol 1.A. Chapter 11: The anatomy of Health Insurance. Elsevier. Amsterdam,
- ⁴ Tobar F.(2010). *¿Qué aprendimos de las reformas en salud?* Fundación Sanatorio Guemes. Buenos Aires. Pág. 123
- ⁵ Madies, Claudia (2011). "Alternativas regulatorias de la medicina prepaga desde el enfoque de Derechos humanos en ocasión del bicentenario Argentino". Tesis de Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Universidad Isalud. Marzo de 2011. Página 274
- ⁶ Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W and van Ginneken E. The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010; 12(1):1–229.
- ⁷ Propuestas de regulación al problema de los cautivos en ISAPRES y su relación con el Fondo de Compensación Solidario
- ⁸ Private Health Insurance Act. Act nº 31, 2007.
[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/9B1AFCA61F1970C3CA2572B900130754/\\$File/20_07.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/9B1AFCA61F1970C3CA2572B900130754/$File/20_07.pdf)
- ⁹ Ley 98-08. LEY QUE REGULA EL FUNCIONAMIENTO DE LAS EMPRESAS PRIVADAS DE SALUD Y MEDICINA PREPAGADA. Disponible en:
<http://www.galeno21.com/SECCIONES%20DE%20APOYO/LEGISLACION%20MEDICA/s4.htm>
- ¹⁰ Médici, André. "O Plano Obama de Saúde - Uma Atualização". En monitor de saúde Blogspot. Agosto 20, 2010. Disponible en:
http://monitordesaude.blogspot.com/2010_08_01_archive.html
- ¹¹ Ver: Xu, K; Evans, D; Carrin, G; Aguilar-Rivera, A.M; Musgrove, P & Evans, T (2007). "Protecting Households From Catastrophic Health Spending". *Health Affairs* 26 Nº 4: 972-983.
- ¹² Ver: FNR (2010). "Política y Gestión de la cobertura de medicamentos de alto costo". Publicación técnica Nº 13 del FNR, Montevideo. Septiembre de 2010. Disponible en:
http://www.fnr.gub.uy/2010_2_medicamentos_alto_costo
- ¹³ En Brasil Los seguros privados de salud ("planos de saúde") no otorgan cobertura en medicamentos ambulatorios, con unas pocas excepciones. Lo mismo ocurre con las Isapres en Chile.
- ¹⁴ Sobre la cobertura de medicamentos de los seguros de salud ver: Velaquez, G; Tobar, F & Zerdá (2000). *A Seguros de salud y acceso a los medicamentos en América Latina*. OMS-OPS-Ediciones Isalud. Ver también. WHO.(2011). *The World Medicines Situation Report 2011*. World Health Organization WHO. Ginebra.
- ¹⁵ David M. Cutler, Sarah J. Reber Paying for Health Insurance: The Trade-Off between Competition and Adverse Selection. *Quarterly Journal of Economics* 1998 113:2, 433-466
- ¹⁶ Médici, André (2010). "O Plano Obama de Saúde - Uma Atualização". En: *monitor de saúde Blogspot*. Agosto 20, 2010. Disponible en: http://monitordesaude.blogspot.com/2010_08_01_archive.html

¹⁷ Oyarzo, C., Galleguillos, S. “Reforma del sistema de salud chileno. Marco conceptual de la propuesta del Fondo Nacional de Salud”. Cuadernos de Economía, Año 32, Nº 95, Facultad de Economía, Universidad de Chile, Santiago, Chile, abril 1995. En “Regulación de seguros privados de salud: la experiencia en Chile de la Superintendencia de Instituciones de salud previsual (ISAPRES). Cecilia Ma; Yajaira Rivera; Livia Sánchez. Universidad de Chile. Octubre 1998

¹⁸ Bahia L, 2001, Planos Privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6 (2): 329 - 340

¹⁹ Linda J. Blumberg (2011), *High-Risk Pools — Merely a Stopgap Refor. N Engl J Med 2011. Vol 364, nº 19. Pág :e39*

²⁰ Ver, Médici (2010). *Op. Cit*

Anexo 1: Fondo de Compensación Solidario-Chile

Con el objetivo de disminuir el impacto individual para cada Isapre, se desarrolló un mecanismo de compensación nacional de riesgos para todos los afiliados de las Isapres y FONASA, supervizado y administrado por la Superintendencia de salud. A su vez, el Estado aporta por aquellos beneficiarios del sistema público que por indigencia tiene derecho a cobertura gratuita de FONASA.

Es un mecanismo que establece subsidios cruzados, ajustados al riesgo y elimina el cobro de primas diferenciadas por sexo y edad

Los objetivos del FCS son:

- Reducir incentivos a la discriminación por riesgo, ya que cada seguro recibe en función del gasto esperado, por lo que le resulta indiferente afiliar personas de bajo o alto riesgo.
- Aumentar la solidaridad, ya que las compensaciones se producen desde seguros con personas de bajo riesgo a otros con afiliados de riesgo elevado.

Cada seguro aporta el valor de la prima universal por cada beneficiario y los recursos del FCS se reparten en función del riesgo. El cálculo del riesgo se realiza teniendo en cuenta sexo y edad de los pacientes.

Anexo 2: Plan de Seguro para Enfermedades Preexistentes

El Pre-existing Condition Insurance Plan o Plan de seguro para enfermedades preexistentes (PCIP, por sus siglas en inglés) es un seguro para personas con condiciones preexistentes a las que se les haya negado la cobertura por este motivo.

Es una opción de cobertura en caso que haya estado al menos 6 meses sin seguro y tenga una enfermedad preexistente. Se encuentra vigente desde Marzo de 2010 y hasta 2014, cuando ningún seguro podrá negar cobertura en función de las preexistencias.



A través de una prima mensual, el programa cubre:

- Atención primaria y especializada
- Atención hospitalaria y
- Medicamentos recetados.

Los requisitos para aplicar a este plan son:

- Ser ciudadano o nacido en los Estados Unidos o residir legalmente en los Estados Unidos.
- Haber estado sin cobertura de seguro durante al menos los últimos seis meses.

Anexo 3: Fondo Nacional de Recursos-Uruguay

Este organismo, creado en 1979, tiene como misión otorgar financiamiento en prestaciones médicas altamente especializadas, de demostrada efectividad, permitiendo que las mismas estén disponibles con equidad para toda la población del país.

Son beneficiarios del mismo todas las personas que cuenten con cobertura formal de salud.

La financiación se realiza mediante recursos capitados aportados por: usuarios (Ministerio Economía y Finanzas aporta para sector público y usuarios privados que aportan una cápita mensual), por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) por los afiliados a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva a través de la seguridad social, las Instituciones de Asistencia

Médica Colectiva y otros sistemas privados que transfieren las cuotas de sus afiliados “No-FONASA”.

La cobertura del fondo abarca un listado de enfermedades de alto costo y técnicas de alta complejidad. La normatización del manejo de las mismas permite homogeneizar los criterios de inclusión y exclusión para recibir las mismas así como colaborar con una selección racional de tecnología.

A su vez, el Fondo Nacional de Recursos (FNR) despliega acciones de prevención, entendiéndose que esto no solo reduce o retrasa la aparición de determinadas enfermedades sino que impacta en futuros costos a ser requeridos para el tratamiento de las complicaciones.