

PERJUICIO PARA LOS AFILIADOS, GANANCIA EXTRAORDINARIA PARA LAS EMPRESAS

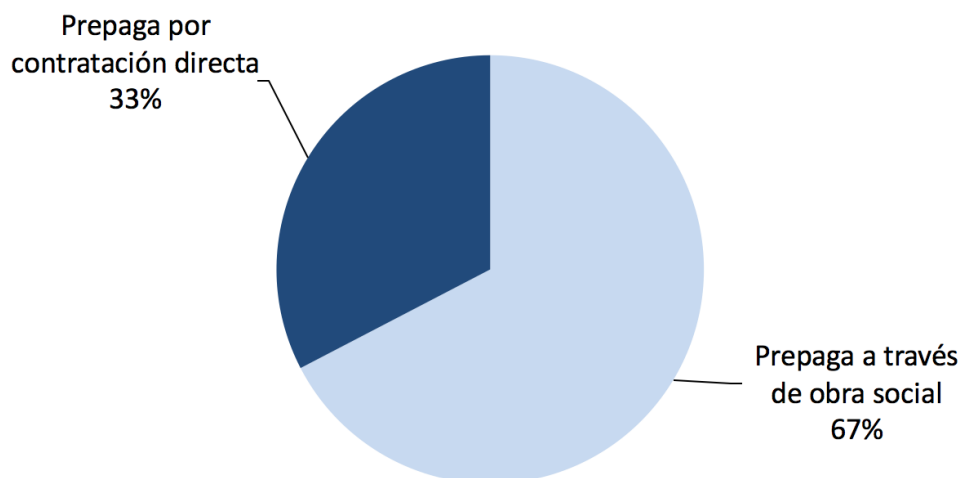
Prepagas: Millonaria estafa a los usuarios “blanqueada” por decreto.

A comienzos de año se modificó la reglamentación de la Ley de regulación de las prepagas. Mediante esta modificación se legaliza una práctica usual (pero ilegal) que las Empresas de Medicina Prepaga venían realizando.

Introducción

Según el último Censo Nacional realizado en 2010, más de 6 millones de habitantes (el 15,7% de la población) contratan seguros privados de salud mediante alguna empresa de medicina prepaga. De estos, 2 de cada 3 acceden mediante la desregulación de sus aportes a una obra social¹ y el resto lo contrata en forma directa.

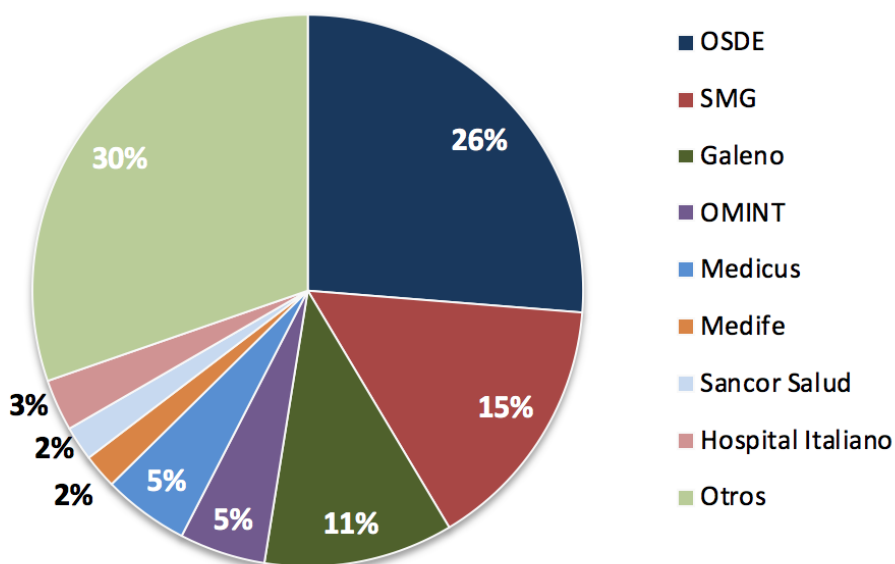
Gráfico 1. Usuarios/as de medicina prepaga según tipo de afiliación.



Fuente: Elaboración Fundación Soberanía Sanitaria en base al Censo Nacional 2010 - INDEC

En la actualidad, de las 270 empresas de medicina prepaga que existen, apenas 8 concentran el 70% de la facturación, lo que muestra una fuerte concentración sectorial.

Gráfico 2 – Empresas de medicina prepagas por facturación



Fuente: CLAVES 2012

El 4 de mayo de 2011 fue sancionada por el Congreso de la Nación la Ley 26.682 que fuera reglamentada mediante el decreto 1993 el 30 de noviembre del mismo año. La ley y su correspondiente decreto reglamentario establecen un marco regulatorio para la medicina prepaga, entendiéndola como parte integrante del Sistema de Salud. Sin embargo, existen **artículos de esa ley que no están siendo cumplidos por las empresas, sin ningún tipo de sanción por parte del Estado, el actor responsable por ejercer la regulación del sistema.**

Ello perjudicó directamente a los actores más débiles en la relación producida en el sector de la medicina prepaga: los usuarios y prestadores médicos a quienes la ley buscaba proteger, y favoreció al sector cada vez más concentrado de empresas de medicina prepaga.

Aumentos por edad (hasta ahora) ilegales

Entre los artículos incumplidos se destaca el Art. 17 del Decreto 1993/11 que estipulaba que: ***“La diferenciación de la cuota por plan y por grupo etario sólo podrá darse al momento del ingreso del usuario al sistema. Una vez ingresado al sistema, la cuota sólo podrá modificarse por los aumentos expresamente autorizados, con excepción del régimen establecido para aquellos que alcancen los SESENTA Y CINCO (65) años de edad y que no cuenten con DIEZ (10) años de antigüedad continua en la misma entidad comprendida en los alcances de esta reglamentación. La relación de precio entre la primer franja etaria y la última no puede presentar una variación de más de TRES (3) veces, siendo que la primera franja será la menos onerosa y la última la más onerosa”.***

A pesar de la claridad de este artículo, la mayoría de las empresas de medicina prepaga vienen aumentando las tarifas a medida que aumenta la edad del afiliado armando planes exclusivos para los grupos etarios más jóvenes lo que, dentro de la lógica de coberturas de salud por seguro, resultan más rentables debido al menor uso, en general, que esta población hace de los servicios y prestaciones de salud. En muchas ocasiones estos planes solo se diferencian -de los planes para afiliados de mayor edad- por su nombre de fantasía. Cuando el afiliado cambia de grupo etario, automáticamente lo cambian de plan y aumentan la cuota, contrariando lo expresado en el artículo.

En la Tabla 1 se presenta un relevamiento ad-hoc sobre las tarifas aproximadas, según grupo etario de los planes más populares de las principales empresas de medicina prepaga. Como puede apreciarse, la mayoría de estas empresas agrupan a sus afiliados de 18 a 65 años en al menos tres grupos etarios: 18 a 25 años, 26 a 35 años y 36 a 65 años.

Tabla 1 – Tarifas por grupo etario - Principales prepagas

Empresa / Plan	% Facturación	18 a 25 años	26 a 35 años	36 a 65 años
OSDE (210)	26%	3.093	4.058	5.678
SMG (SMG01)	15%	2.301	3.137	4.076
Galeno (220)	11%	2.652	4.076	6.599
OMINT (Global 4500)	5%	3.335	4.830	5.672
Medicus (Centros Medicus J)	5%	2.012	2.790	2.790
Medife	2%	1.975	2.633	2.936
Sancor Salud (1000 CC)	2%	2.187	2.837	3.222
Hospital Italiano	3%	2.633	3.305	3.699
Prom. Ponderado		2.711	3.715	5.030

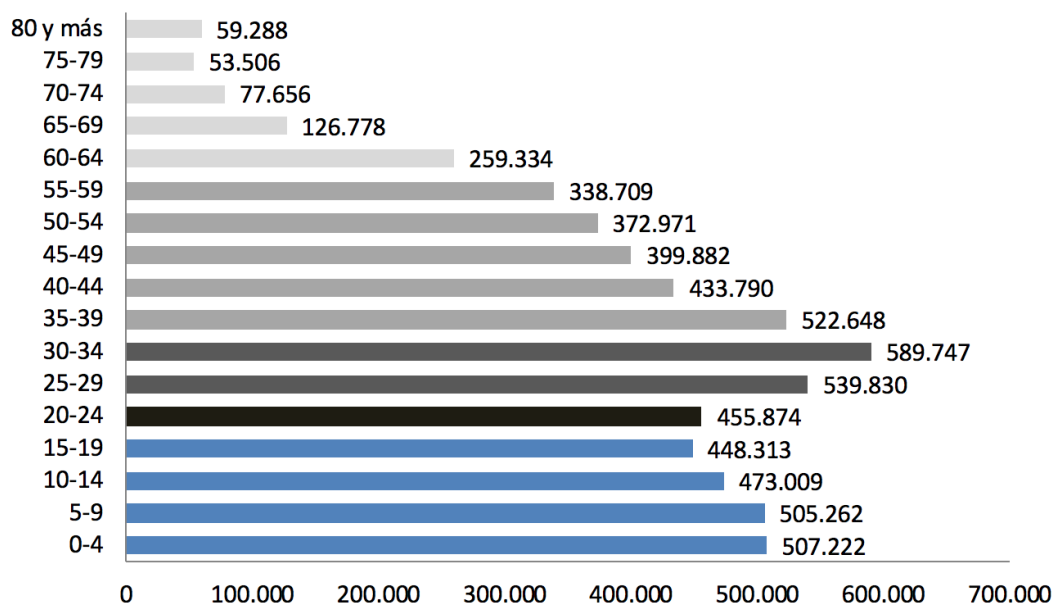
Fuente: elaboración propia en base a relevamiento de mercado

La mayoría de estas empresas también vienen realizando diferenciaciones tarifarias por grupo etario entre los 36 y 65 años. Sin embargo, dado que el agrupamiento etario varía según la empresa, se ha decidido simplificar el análisis del impacto.

En promedio, **el paso de un grupo etario a otro representa un aumento del 36%** en la tarifa mensual, además de los aumentos autorizados por el Ministerio de Salud.

Todos los afiliados que, en el momento de la sanción de la Ley 26.682 y su decreto reglamentario, tenían entre 20 y 34 años han sufrido un aumento por cambio de grupo etario. **El incumplimiento del artículo 17 habría afectado al menos a 1.600.000 personas en estos últimos 6 años**, el 26% de los usuarios de medicina prepaga del país, teniendo en cuenta datos del último Censo Nacional.

Gráfico 3 – Afiliados a medicina prepaga por edad



Fuente: Censo Nacional 2010 - INDEC

Si utilizamos como referencia los valores de los planes más populares de las principales empresas de medicina prepaga, cada afiliado que tenía entre 20 y 24 años en 2011, hoy paga \$1004 de más por mes, mientras que aquellos que tenían de 25 a 34 años, alrededor de \$1315, lo que representaba cerca de un tercio del valor de la cuota. Esta suma representó **desde 2011 hasta enero de 2019, cuando se modifica la reglamentación, una facturación mensual adicional de \$1.985 millones por mes.**

Caso testigo: Persona afiliada a medicina prepaga desde octubre 2015. Cuotas de Plan individual. Aumentos. Octubre 2015- Marzo 2018.



Aumento acumulado \$ 3569,42 Porcentaje de aumento acumulado % 351

Toda esta ilegalidad y abuso cometido por las empresas de medicina prepaga durante más de 7 años ha sido premiada con un “blanqueo” realizado por la nueva reglamentación decretada por el poder ejecutivo.

Un decreto que legaliza la estafa

En el día 22 de enero de 2019 se publicó en el boletín oficial el decreto N° 66/2019, modificando varios artículos del decreto de reglamentación original (decreto 1993/2011) de la Ley 26.682 de Regulación de las Entidades de Medicina Prepaga. Esta modificación en la reglamentación atenta contra el espíritu de la Ley.

De acuerdo a lo establecido en los considerandos del nuevo decreto, las modificaciones introducidas tienen como objetivo *“compatibilizar, en forma razonable, las disposiciones legales con la realidad y el dinamismo intrínseco y propio del sector de la Medicina Prepaga”*. Si bien son bienvenidos los cambios que buscan introducir mayor dinamismo a la burocracia pública, el *“espíritu”* de la ley de 2011 es ejercer la regulación de las Empresas de Medicina Prepaga evitando abusos contra sus afiliados. Cualquier cambio en la reglamentación de la ley debería fortalecer ese objetivo, aún más teniendo en cuenta que las empresas de medicina prepaga han hecho, con frecuencia, caso omiso a la legislación vigente.

Los cambios realizados pueden ser comprendidos por el fuerte poder de lobby que tiene el sector de la medicina prepaga en Argentina, y la permeabilidad del actual gobierno al mismo. Un claro ejemplo de esto es el cambio en el artículo 17 de la reglamentación que invierte el objetivo de la ley y “blanquea” la situación ilegal en la cual incurrieron frecuentemente las Empresas de Medicina Prepaga. La modificación realizada consiste en flexibilizar esta regla permitiendo que las prepagas **realicen cambios en las cuotas por plan o grupo etario si esto está previamente previsto en el contrato.**

Además de legalizar una estafa, este tipo de maniobra rompe con la independencia de los poderes del Estado, ya que el Ejecutivo no puede producir cambios (mediante modificación de la reglamentación) en una ley aprobada por el Congreso Nacional “blanqueando”, de esta manera, las acciones de incumplimiento de la norma llevadas a cabo por las entidades reguladas. Si el actual gobierno quiere flexibilizar la regulación de las Empresas de Medicina Prepaga, debería llevar el tema a un debate público en el Congreso Nacional y proponer los cambios que crea pertinente para la aprobación de una legislación nueva.

Conclusión

A más de 7 años de la sanción de la Ley 26.682, que tenía como principal objetivo crear una regulación que permita la generación de ganancias por parte del sector de la medicina prepaga sin que para esto sean vulnerados los derechos básicos de sus usuarios, resguardando el cuidado y la atención sanitaria como un derecho, el poder ejecutivo engendró una maniobra capaz de invertir el sentido original de la ley. Los damnificados de estas prácticas son sus más de 6 millones de afiliados.

El impacto económico de esta estrategia es cuantioso tanto para el bolsillo de los afiliados de las prepagas como para las ganancias de las empresas del sector. Se puede observar la clara intención del sector privado de la salud, avalada ahora por el Poder Ejecutivo, de regirse exclusivamente por las leyes del mercado, como si no fuera parte del sistema de salud, teniendo ganancias extraordinarias en base a aumentos que se encuentran muy por encima de la evolución de sus costos². Pero además, considerando solamente a aquellos afiliados que tenían entre 20 y 34 años en 2011, y las tarifas más accesibles de las principales empresas, **las empresas de medicina prepaga estaban facturando \$1.985 millones en forma ilegal a alrededor de 1.600.000 afiliados cada mes, desde 2011.** Esta ganancia que se da a costa del aumento del gasto de estos afiliados, es lo que que la nueva reglamentación de la ley 26.682 viene a “blanquear”.

Para tener un verdadero sistema integrado de salud será necesario que las empresas de medicina prepaga tengan una regulación lógica y clara, buscando garantizar el acceso a la salud como un derecho y no como una mercancía.

Referencias

1) A partir de 1993 se permitió a los trabajadores en relación de dependencia derivar sus aportes desde la obra social correspondiente por actividad a cualquier otra. En 2001, se habilitó además la posibilidad de que las empresas de medicina prepaga convenien con obras sociales la derivación de esos aportes. A partir de entonces, un trabajador en relación de dependencia puede derivar sus aportes de su obra social a otra y de esta a una empresa de medicina prepaga, pagando la mayoría de las veces un plus de su bolsillo. Esto puso en competencia mercantil a las obras sociales y a las prepagas, y generó que muchas de las obras sociales más pequeñas queden desfinanciadas, aumentando los ingresos de las prepagas. A su vez esto implicó la destrucción de la lógica solidaria que caracterizaba al sector de obras sociales, donde el que más gana más aporta, pero todos reciben atención de manera equitativa y en función de sus necesidades.

2) Fundación Soberanía Sanitaria. (Noviembre 2017). Aumentos de prepagas: ¿cómo se explican?. Disponible en: <http://soberaniasanitaria.org.ar/wp/ aumentos-de-prepagas-como-se-explican/>