

TERCER AUMENTO DEL AÑO QUE AFECTA A LOS AFILIADOS

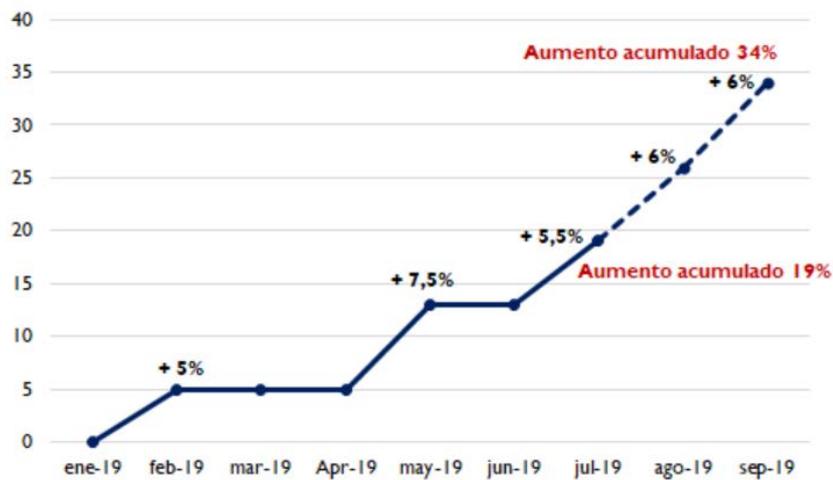
Nuevo aumento de prepagas, otro golpe al bolsillo

El gobierno nacional autorizó un nuevo aumento de las cuotas de las empresas de medicina prepaga de un 17,5% en tres cuotas. La primera de ellas, de un 5,5% rige desde este mes. Para paliar la pérdida de afiliados a costa de los aumentos el Ejecutivo nacional autorizó la creación de planes “low cost”, con niveles más bajos de cobertura.

A fines de mayo, mediante una resolución del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, el gobierno nacional autorizó tres aumentos consecutivos de las prepagas. Se trata de un 5,5% en julio; un 6% en agosto y un 6% en septiembre.

Estos tres aumentos que suman un 17,5% de incremento, se adicionan a otros dos que se produjeron en febrero (5%) y en mayo (7,5%) de este año. Esto implica que **en lo que va del 2019 las cuotas de las empresas de medicina prepaga acumulan un aumento del 19%** y con los aumentos de los próximos meses llegará, en septiembre, a un 34% de aumento acumulado antes que se termine el año.

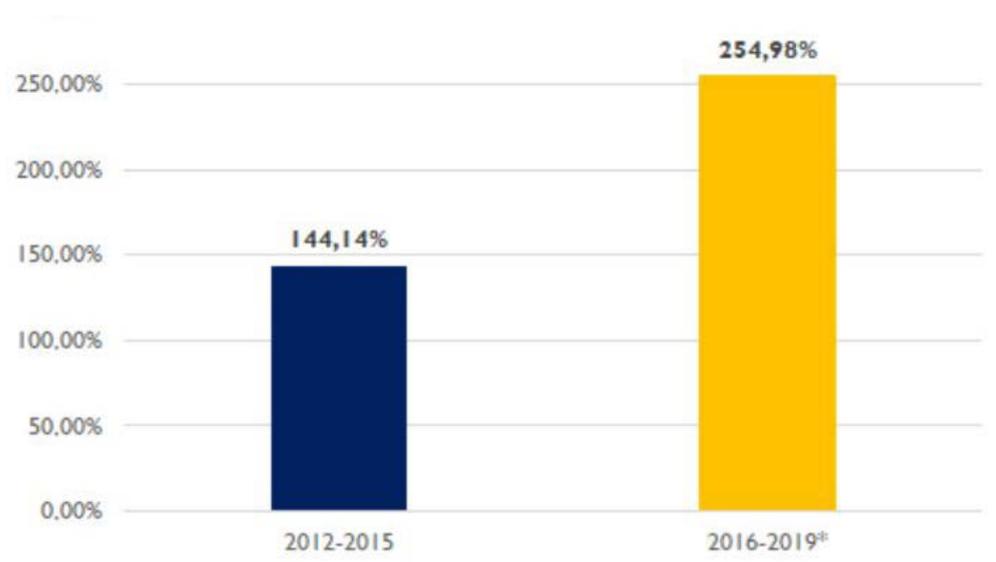
Gráfico 1. Aumentos de prepagas. Febrero-septiembre de 2019.



FUENTE: Elaboración Fundación Soberanía Sanitaria

En los casi 4 años de gestión de Cambiemos (hasta septiembre de 2019) las prepagas han tenido un aumento acumulado de un 255%. Si tomamos los aumentos acumulados durante los últimos 4 años de la gestión anterior, se observa que fueron sustancialmente menores. De enero de 2012 a diciembre de 2015, las prepagas acumularon un 144% de aumento.

Gráfico 2. Aumento acumulados de prepagas. 2012-2015 vs 2016-2019

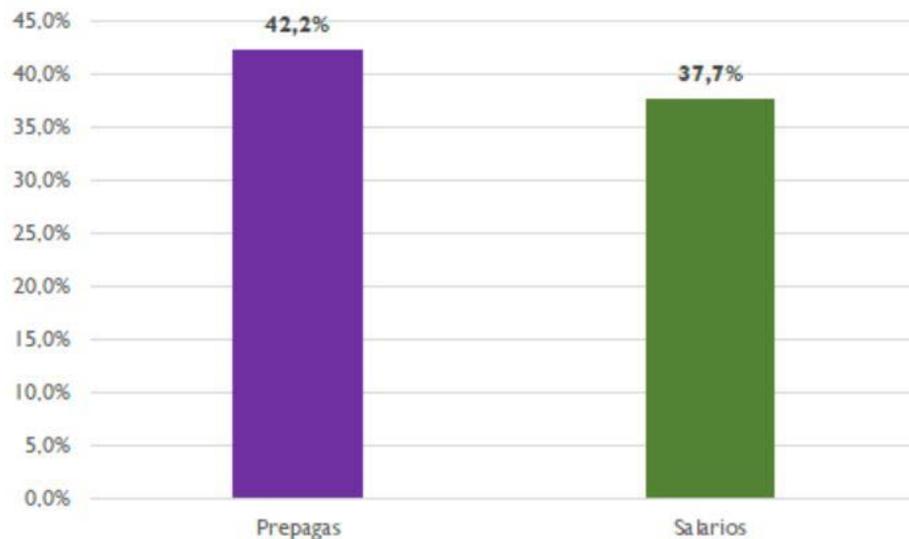


*La información de 2019 es hasta septiembre, por ser el último aumento autorizado hasta la fecha

FUENTE: Elaboración Fundación Soberanía Sanitaria

Finalmente, si comparamos los aumentos de las prepagas con la evolución de los salarios de marzo de 2018 a marzo de 2019¹, se observa que el aumento de las prepagas está muy por encima del aumento de los salarios.

Gráfico 3. Aumentos acumulados de prepagas Vs. evolución de los salarios. Marzo 2018-marzo 2019



FUENTE: Elaboración Fundación Soberanía Sanitaria en base a datos del INDEC

Esto implica la pérdida del poder del salario para hacer frente a las cuotas de la medicina prepaga obligando a una parte de sus afiliados a optar por planes más económicos o directamente, darse de baja de la prepaga.

Cuotas más altas, menos afiliados

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 social² el resto lo contrata en forma directa.

Gráfico 4. Usuarios de medicina prepaga según tipo de afiliación.



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

Si bien no hay datos oficiales disponibles a nivel nacional que permitan observar la variación en la cantidad de personas con cobertura privada de salud (prepaga), es de esperar que el aumento en las cuotas redunde en una baja de afiliados.

Según información que circuló en medios gráficos³ las empresas del sector calculan que, en el último año y medio, la merma de afiliados afectó al 15% del total y se estima que hay una baja de afiliados en torno del 1 y el 2% mensual.

De acuerdo a datos de la Dirección General de Estadísticas y Censos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos

Aires, la población con cobertura privada de salud (prepaga) ha pasado del 32,8% en 2015 al 28% en 2018⁴.

Gráfico 5. Población con prepaga por contratación voluntaria y a través de obra social. CABA. 2015-2018



FUENTE: Elaboración Fundación Soberanía Sanitaria en base a datos de la Dirección de Estadísticas del Gobierno de la CABA

Prepagas “low cost”. La estrategia de las prepagas para no perder afiliados

Ante la catastrófica situación económica que impacta en las prepagas por la pérdida de afiliados, las empresas recibieron una “ayuda” del Ejecutivo Nacional que flexibiliza la regulación y les permite continuar obteniendo ganancias extraordinarias. El 22 de enero de 2019 se publicó en el boletín oficial el decreto N° 66/2019, modificando varios artículos del decreto reglamentario original⁵ de la Ley 26.682 de Regulación de las Entidades de Medicina Prepaga.

La normativa mencionada fija las pautas referidas a las prestaciones que se deben cubrir; modelos de contratos y sus aspectos legales; aranceles a los prestadores y formas de pago, como así también las obligaciones que competen a las partes involucradas y sanciones aplicables por infracciones a la ley. **La modificación por decreto de la regulación perjudica directamente a los actores más débiles del sistema: los usuarios y prestadores médicos a quienes la ley buscaba proteger, y favorece al sector cada vez más concentrado de empresas de medicina prepaga.**

Si bien son bienvenidos los cambios que buscan introducir mayor dinamismo a la burocracia pública, el “espíritu” de la ley es ejercer la regulación de las prepagas 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 realizando, por ejemplo, incrementos no autorizados en el valor de la cuota en función del aumento de la edad de sus afiliados⁶.

Son varios los cambios que se introdujeron en la legislación (ver recuadro aparte) pero uno de los puntos más problemáticos en términos sanitarios, se refiere a la posibilidad de que el Estado autorice la creación de **nuevos planes de medicina prepaga que no cubran todas las prestaciones establecidas por el Plan Médico Obligatorio (PMO)**, permitiendo la precarización de los servicios prestados a los usuarios.

El PMO es el conjunto de prestaciones que deben ser cubiertas por obras sociales y prepagas. Incluye, entre otras prestaciones, las consultas, estudios de diagnóstico, cirugías, internaciones y tratamientos. Este conjunto de prestaciones viene ampliándose en forma continua a partir de nuevas normativas que obligan a ampliar coberturas.

Con la modificación decretada, los afiliados tendrán la posibilidad de contratar planes parciales que no cumplan con la totalidad del PMO y por lo tanto, deberán pagar de su bolsillo por las prestaciones excluidas para poder acceder a ellas.

Por otro lado, en la reglamentación anterior, decretada en el año 2011, se preveía la posibilidad de ofertas de **coberturas parciales** (coberturas con menos servicios que los previstos por el PMO) en solamente 3 casos específicos: servicios odontológicos exclusivamente; servicios de emergencias médicas y traslados sanitarios de personas; aquellas empresas de medicina prepaga que desarrollen su actividad en una única y determinada localidad, con un padrón de usuarios inferior a cinco mil. En la nueva reglamentación se incluye, en su artículo 7, que la Autoridad de Aplicación, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (ex-Ministerio de Salud), podrá proponer nuevos planes de coberturas parciales a propuesta de una comisión formada, entre otros, por representantes de las empresas, en un claro caso de conflicto de intereses.

Conclusión

El gobierno nacional autorizó un nuevo aumento a las prepagas. De esta manera, acumulan hasta septiembre un 34% de aumento en 2019 y un 255% desde el inicio de la gestión de Mauricio Macri.

Los aumentos brutales en las cuotas sumado a la crisis económica y la pérdida de poder adquisitivo hace que muchas personas abandonen sus prepagas u opten por planes más económicos. Por esta razón, y para evitar una baja mayor de afiliados, el gobierno nacional autorizó a las prepagas a ofrecer planes parciales con coberturas por debajo del PMO.

Esta situación afecta fuertemente a los usuarios, desde un punto de vista económico, por la suba en las cuotas y el aumento del gasto familiar con prestaciones que ahora no serán cubiertas, y desde el punto de vista sanitario por la precarización de los servicios prestados.

Otros cambios en la reglamentación que perjudican a los usuarios

- “Simplifica” la solicitud de aumentos por parte de las prepagas: Elimina la intervención de la Secretaría de Comercio Interior, responsable hasta entonces de la realización del análisis de la estructura de costos de las prepagas que permitía evitar aumentos abusivos.
- Pone plazos al Estado: Impone un tiempo máximo de 45 días para que la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) se expida respecto a pedidos individuales de cada Empresa de Medicina Prepaga y lo eleve al ex-Ministerio de Salud para su aprobación.
- Permite cuotas diferenciales por enfermedades pre-existentes: El decreto anterior estipulaba un plazo de 3 años dentro del cual las empresas podrían cobrar valores diferenciados por enfermedades pre existentes. Finalizado este período la cuota debería equipararse a la de los demás usuarios del servicio. En el nuevo decreto este plazo desaparece, quedando a criterio de la SSS la suspensión de esta cuota diferencial.
- Permite aumentos de cuota por edad de los afiliados⁶ “blanqueando” una acción que las prepagas venían realizando incumpliendo la ley vigente.

Notas al pie

¹ Dato más actual disponible.

² 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.

³ Información publicada en el diario Clarin el 29/05/2019. Disponible en https://www.clarin.com/economia/economia/autorizan-aumento-17-prepagas_0_nBdzQty.html

⁴ Incluye a quienes tienen prepaga o mutual vía obra social y a quienes tienen sólo plan de medicina prepaga por contratación voluntaria.

⁵ Decreto 1993/2011

⁶ Informe FSS N°42. Prepagas: Millonaria estafa a los usuarios “blanqueada” por decreto. Abril de 2019. Disponible en <http://soberaniasanitaria.org.ar/wp/prepagas-millonaria-estafa-a-los-usuarios-blanqueada-por-decreto/>