

Medicina prepaga en Bahía Blanca

■
En el país hay casi 570 empresas de medicina prepaga, y sólo 5 concentran más de la mitad de los afiliados.

■
En Bahía Blanca unas 9 empresas de medicina prepaga prestan servicios: 8 de ellas cuentan con sede local.

■
Con 53.500 afiliados en la ciudad de Bahía Blanca, el sector genera empleo para casi 200 personas.

Con el objeto de conocer la situación actual de las empresas de medicina prepaga en la ciudad de Bahía Blanca, el siguiente informe describe las actividades desarrolladas por el sector y sus principales características generales, finalizando con datos específicos para la ciudad de Bahía Blanca, como cantidad de empresas instaladas, número de beneficiarios, empleo generado y demás aspectos salientes de la actividad.

Las principales fuentes consultadas son la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación, la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI), la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (ADEMP), la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina (ADECRA), la Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina (CIMARA), la Asociación Argentina de Estudios de Administración Pública (AAEAP), sitios en Internet de las empresas del sector, consultas a referentes del sector, trabajos académicos elaborados sobre el tema de medicina prepaga y notas específicas elaboradas por publicaciones especializadas.

El estudio también presenta los nuevos desafíos a los que se enfrenta la medicina prepaga del país y la ciudad como consecuencia de la nueva legislación en la materia y las incorporaciones recientes al Programa Médico Obligatorio, próximos a reglamentarse en su totalidad. El incremento en la cartera de afiliados, la diversificación de actividades, el análisis detallado de los costos y las solicitudes de incrementos paulatinos de tarifas podrían ser las alternativas con las que trabaja el sector para atender los cambios impuestos en la estructura de costos. En el apartado específico para el sector en la ciudad de Bahía Blanca, se encontrará el estado de situación actual de las empresas con menciones acerca de la evolución de precios recientes y datos coyunturales de la actividad.

El sector de medicina prepaga a nivel del país

Antecedentes y definición. El primer registro de experiencia similar a la actividad de medicina prepaga actual se remonta al año 1932, cuando el doctor Alejandro Schvarzer reunió a un grupo de médicos de distintas especialidades para conformar una entidad en la cual cada médico seleccionado aportaba sus propios pacientes y así se daba forma a una cartera unificada de abonados por una mínima cuota periódica. Desde allí puede reconocerse el origen de lo que luego se implementaría como medicina prepaga en Argentina.

Si bien no hay una definición unánime sobre el término, podría definirse a la medicina prepaga como el acto en el cual los asociados contratan voluntariamente un plan de

cobertura médica con una gama de servicios predeterminados, comprometiéndose por su parte a pagar sucesivamente una cuota periódica. Como contrapartida, la entidad prestataria del servicio debe administrar esos recursos, adjudicándolos a cada usuario de acuerdo con el tipo de plan que hubiese contratado y en el momento en que se produzcan los siniestros o eventos asegurados. Cada entidad establece su contrato de seguro médico que define las condiciones de la cobertura, la cuota y los requisitos exigidos. De esta manera, la medicina prepaga pareciera tener un funcionamiento similar al que tienen las compañías de seguro, comportándose como un “seguro contra enfermedades”. Sin embargo, el tipo de sistema que llevan a cabo, también puede asimilarse al funcionamiento que llevaban a cabo las ex Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP), dado que según referentes del sector, el 1% de la población del país insume el 33% del dinero destinado a salud, mientras que un 50% de la población sólo demanda el uso del 4,7% de esos fondos. Por ello, es muy importante que los jóvenes ingresen al sistema de prepagas u obras sociales, para que las personas mayores tengan coberturas.

El sector salud en Argentina cuenta con un abanico de entidades y organizaciones que se dedican a diversos aspectos de la actividad. En el país coexisten tres subsistemas de cobertura sin un marco general que pauté la articulación entre ellos: a) el subsistema público, que presta servicios mediante centros de atención primaria de la salud y hospitales; b) la seguridad social, que incluye las obras sociales sindicales, las provinciales y el Programa de Atención Médica Integral (PAMI), y c) el subsistema privado, compuesto por las prepagas y mutuales. Según datos del sector, de cada 10 personas, 4 acceden a los servicios públicos de salud, 4 tienen cobertura de obras sociales nacionales, 1 de obras sociales provinciales y, otra, de prepagas. Se estima que anualmente se gasta un 10% del PBI en Salud, de los cuales 3% corresponde a medicina privada.

Regulación. El sector pasó de estar prácticamente desregulado a situaciones de regulación parcial y posterior sanción de una ley específica para el desarrollo de estas prestaciones.

Desde mediados de los '90 se intenta dar una normativa general a las entidades de medicina prepaga. El sistema de cobertura comienza a ser parcialmente regulado en 1997 con la entrada en vigencia de la Ley 24.754. A partir de ese año, las empresas de medicina prepaga deben cubrir, como mínimo y en todos los planes que ofrezcan, todas las prestaciones previstas en el Programa Médico Obligatorio (PMO)¹, cuyas características fueron fijadas en la Resolución 247/96 del Ministerio de Salud y Acción Social. Al año 2007 ya había 19 normas de orden nacional y 25 normas de orden provincial, pero aún no existía una ley que unifique los criterios de regulación. Si bien las primeras propuestas en Diputados son del año 1999, es finalmente en el año 2011 que se aprueba la ley de medicina prepaga 26.682, la cual ya cuenta con 2 decretos posteriores y 3 resoluciones que profundizan y/o aclaran normativas de la ley original. En forma resumida puede mencionarse que la ley 26.682 redefine el negocio de la medicina privada y regula la operatoria de las empresas del sector. La norma establece que el Estado, por medio del Ministerio de Salud, se reserva la potestad de autorizar y revisar los valores de las cuotas y las modificaciones que propusieren las empresas de medicina prepaga. En caso de solicitar incrementos en las tarifas, la Autoridad de Aplicación hará alusión al pedido cuando el mismo esté fundado en variaciones de la estructura de costos y razonable cálculo actuarial de riesgos. Respecto a las diferencias en los valores de las prestaciones, sólo se permite variación máxima de tres veces entre el precio de la primera y la última franja etaria prevista. Adicionalmente, la nueva ley define que los contratos entre las prepagas y los usuarios no pueden incluir períodos de carencia o espera para todas aquellas prestaciones que se incluyan en

¹Según lo define la Superintendencia de Servicios de Salud, el Programa Médico Obligatorio (PMO) es una canasta básica de prestaciones a través de la cual los beneficiarios tienen derecho a recibir atenciones médico asistencial. Las obras sociales y prepagas deben brindar las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) y otras coberturas obligatorias, sin carencias, preexistencias o exámenes de admisión. Comenzó a aplicarse en 1996 y se amplió en 2002, obligando a las empresas a brindar prestaciones de atención primaria y secundaria, internación, tratamientos ambulatorios, odontológicos, psiquiátricos y de drogadicción, cubrir el Plan Materno Infantil, prótesis, medicamentos y tratamientos costosos como los de HIV o los oncológicos. A esto se suman tratamientos incorporados recientemente como la fertilización asistida, el cambio de sexo, los tratamientos y alimentos para celíacos, las cirugías reconstructivas como consecuencia de una mastectomía por patologías mamarias, entre otros.

el PMO. Las otras modalidades prestacionales y los tiempos previstos en el contrato como período de carencia, en tanto, deben estar claramente explicitados en el contrato y aprobados por el Ministerio de Salud. Además, las prepagas no podrán alegar una enfermedad preexistente o la edad como motivo para negar el ingreso de un nuevo afiliado al sistema. En el caso de las personas mayores de 65 años de edad, el Estado, a pedido de la empresa, definirá los porcentajes de aumento de costos según el riesgo para los distintos rangos etarios. Esta disposición es aplicable a los nuevos afiliados. Sin embargo, los usuarios mayores de 65 años, con antigüedades mayores a 10 años en la empresa, no serán susceptibles de aumento alguno ni de coseguro en virtud de su edad. Al momento, según referentes del sector, la ley está vigente pero aún no está 100% reglamentada por lo que existen algunas cuestiones que no se aplican todavía en la práctica debido a retrasos burocráticos del sistema.

Referentes del sector e investigadores académicos del sistema de salud del país, creen que la nueva ley se focaliza exclusivamente en los derechos del consumidor. Si bien el sistema está aún lejos de ser perfecto y posee inconvenientes, los usuarios han logrado contar con un gran número de derechos que, a criterio de las empresas de medicina prepaga, no pueden trasladarse en su totalidad al valor de las cuotas.

Una vez definidas a las entidades de medicina prepaga dentro de una ley, se creó una Comisión Evaluadora integrada por una abogada, un médico y un economista que tiene a su cargo la evaluación de los requisitos exigidos a las entidades de medicina prepaga para su inscripción en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RNEMP), lo cual les permite luego funcionar como tal.

Tipo de empresas. Como se mencionó anteriormente, la medicina prepaga presenta ciertas características que hacen particularmente compleja la actividad regulatoria. En primer término porque comprende organizaciones de muy variada naturaleza tanto social como jurídica o económica. Existen, por ejemplo, entidades con y sin fines de lucro, obras sociales con sistemas de adherentes, prepagos sanatoriales, sociedades comerciales y mutuales, y prepagos gremiales que ofrecen coberturas integrales o de alguna especialidad en particular. La heterogeneidad también se refleja en la composición del capital accionario, la población que sirven, la realidad local en la que operan y el conjunto de prestaciones básicas que son objeto de aseguramiento. Sin embargo, como se verá en el apartado siguiente, las principales empresas del sector son entidades privadas que concentran la mayor parte del mercado.

Concentración del mercado en principales empresas. Según diversas notas periodísticas con base en consultoras de mercado, se estima que en la Argentina hay cerca de 570 empresas de cobertura prepaga, de las cuales 5 concentran más de la mitad de los afiliados. Luego de las nuevas regulaciones, los referentes del sector consideran que se agudizará la concentración del mercado. La pérdida de rentabilidad provocada por el congelamiento y regulación de tarifas de los últimos años hará poco viable el mercado para entidades pequeñas. Esto se observa en muchas compañías chicas que están buscando desprenderse de la cartera, tratándose éstas principalmente de grupos del interior del país con un promedio de 5.000 a 7.000 capitas. Las que sobreviven se caracterizan principalmente por estar integradas verticalmente y diversificar sus actividades hacia otros rubros como seguros de salud, seguros de riesgo de trabajo, seguros al viajero, actividades de turismo, organización de espectáculos y gimnasios. Independientemente de que cuenten o no con servicios propios, las empresas deben contratar los servicios de clínicas, sanatorios y profesionales independientes.

Respecto a la integración vertical, tener el sanatorio marca una diferencia pero, pese a los altos precios que se cobran por estadía, es muy difícil recuperar la inversión

inicial que es muy elevada. A esto se suma la complejidad y los riesgos en el manejo laboral y el hecho de que actualmente la oferta de sanatorios es relativamente amplia en Capital Federal, aunque en algunas localidades bonaerenses sí existen solo uno o dos sanatorios. Un riesgo adicional de contar con sanatorios es el temor a una nueva caída en el número de afiliados que revierta la situación que se vive al menos desde el año 2004. Cabe destacar que en la crisis del 2001 cayó casi un 20% el número de afiliados a prepagas.

Brevemente y con base en un estudio elaborado por la ADEMP, se estima que por cada 1.000 afiliados hay 3,5 empleos generados en la medicina privada, por lo que se estima que más de 16.000 personas desarrollan actividades en el ámbito de este sector de manera directa en Argentina, excluyendo a prestadores y considerando sólo lo que generan los afiliados voluntarios.

Tipo y número de afiliados. Con base en informes periodísticos sustentados en investigaciones de consultoras privadas y consultas a referentes del sector, junto con datos del Registro de la Superintendencia de Servicios de Salud, se obtuvieron las características de afiliación y el número aproximado de los mismos en el país.

En primera instancia puede decirse que existen dos tipos de afiliados a las empresas de medicina prepaga: por un lado, aquellos que han optado por contratar un seguro privado de salud, y por el otro quienes, por estar afiliados a una obra social que estableció un convenio de atención de su cartera con una cierta empresa de medicina prepaga, pasan a depender de la misma. Esta última modalidad de afiliación se incrementó aún más luego de la crisis del 2001, ya que para tener un mayor número de afiliados que permitiera distribuir mejor los riesgos y bajar los costos por persona, las prepagas, además de fusionarse entre sí, firmaron cerca de 150 contratos de concesión y gerenciamiento con obras sociales que delegaron la responsabilidad de la asistencia médica de sus beneficiarios estableciendo para ello un pago mensual per cápita. En muchos casos esos afiliados deben afrontar el pago de la diferencia entre el valor de la cuota y el aporte obligatorio. De este modo, las prepagas entraron a competir de manera indirecta en el sistema de las obras sociales, porque si bien los afiliados al sistema solidario no están autorizados a elegir una prepaga sí pueden cambiar de obra social, las cuales optaron por aliarse con prepagas para mejorar sus atractivos y ampliar su porción en un mercado que a simple vista continuó “cerrado”.

Las casi 570 entidades de medicina prepaga cuentan en Argentina, según cifras del Registro de la Superintendencia de Servicios de Salud, con casi 12 millones de beneficiarios, de los cuales la mitad, aproximadamente, son jóvenes, menores de 36 años. Este relevamiento incluye sociedades comerciales, mutuales, fundaciones, asociaciones civiles, obras sociales del personal de dirección y las que tienen planes de adherentes, complementarios o superadores. El alto número de beneficiarios se debe a que muchos afiliados de obras sociales sindicales derivan sus aportes a prepagas, tienen planes complementarios o contratan servicios parciales. Si no se considera a este tipo de beneficiarios, el número es sensiblemente menor superando los 4,6 millones de personas. Este subgrupo, esencialmente conformado por contratos directos, se trata de personas de ingresos medios/altos radicadas principalmente en Capital Federal y Buenos Aires, aunque también se destaca la participación de Santa Fe, Rosario, Córdoba y Mendoza.

Con la crisis de 2001/2002, el subsistema sufrió una pérdida de afiliados que recién comenzó a revertirse desde 2004, cuando se recuperó la cantidad de adherentes y volvieron a crecer los planes con mayores y mejores prestaciones. Buena parte de

Los afiliados que se incorporaron en los últimos años a prepagas son clientes nuevos, algunos pocos migraron de compañías chicas y, desde que se desregularon las obras sociales (en el año 2000), subió el número de pacientes que redireccionan sus aportes laborales a la medicina privada. Junto al mercado de cápitas individuales, existe un mercado corporativo que contrata cobertura médica para sus empleados. Esto hace que una de las principales causas de bajas en las empresas de medicina prepaga sea los cambios laborales y que el crecimiento de las empresas del sector esté asociado al poder adquisitivo y la evolución del mercado del trabajo.

Por último, como característica de la actividad y del proceder de los afiliados, se menciona que los cuidados de salud no son iguales para todos los argentinos. La atención curativa predomina entre los más pobres y los cuidados preventivos son más frecuentes entre los sectores de mayores ingresos. Los hogares pobres, al actuar sobre la enfermedad, tienen un gasto de bolsillo relativamente mayor. Cabe recordar que el grupo de personas de menores ingresos utiliza principalmente los servicios públicos de salud o, de contar con algún empleo registrado, cuentan con una obra social sindical.

Precios. Vinculado con la regulación del sector se encuentra el valor de las cuotas cobradas a los afiliados por parte de las prepagas. Por la ley de la medicina prepaga, los aumentos de las cuotas deben ser autorizados por la Superintendencia de Servicios de Salud, previa presentación por parte de las empresas de un informe que justifique el incremento de los costos. Según las empresas del sector e informes elaborados por consultoras privadas, el sector suele realizar ajustes por detrás de la inflación (es decir, ajusta los precios después que los gastos) y el aumento de precios resulta sobre todo un desgaste en tiempo y esfuerzos. La inflación elevada, además, complica cualquier previsión de reserva técnica por la depreciación real que termina sufriendo esa reserva. Junto con la regulación y definición de las tarifas, se sumó el pedido de congelamiento de precios por parte de la Secretaría de Comercio Interior. Ello generó un desfase mayor entre ingresos y costos para las empresas del sector. Los últimos incrementos permitidos estuvieron por debajo de lo solicitado por las empresas de medicina prepaga. Estas dicen que el congelamiento de sus cuotas depende de que las clínicas y sanatorios y también los profesionales no modifiquen sus aranceles y honorarios. De lo anterior se desprende que desde hace un tiempo las prepagas no son formadoras de precios, sino tomadoras de precios dependiendo esencialmente de las paritarias de los trabajadores del sector y de la actualización de los aranceles de los prestadores. El sector de clínicas sostiene que el grueso de sus gastos son salarios y que no pueden dejar de trasladar las subas salariales a los valores de los aranceles que pagan las prepagas, obras sociales o directamente los afiliados. Según informes periodísticos recientes, para el presente 2013 las empresas de medicina prepaga prevén pedir una autorización para subir sus cuotas alrededor de un 26% en dos etapas: un 15% para que rija entre julio y agosto y otro 11% hacia diciembre, en consonancia con los incrementos salariales que han otorgado.

En contrapartida a la solicitud de las empresas del sector, y con base en un informe periodístico elaborado según una investigación realizada por una consultora de mercado, el 40% de los contratantes del servicio de medicina prepaga no está de acuerdo con los incrementos que han sufrido las cuotas en los últimos años. Sin embargo, casi la mitad de los afiliados eligen a las empresas que poseen las cuotas más altas que concentran casi el 70% de la facturación total del sector. En relación a los motivos de elección de las empresas de medicina prepaga por parte de los afiliados, el 21% de los usuarios del país decidió la prepaga a contratar por la cobertura general que le ofrecieron, el 18% la recibe como beneficio laboral, el 14% señaló la cobertura en clínicas y sanatorios, el 13% se guió por referencias, el 11% por la calidad de los

profesionales médicos, el 8% por la relación precio-calidad y el 6% lo hizo por el precio de la cuota. El principal motivo de cambio de empresa de salud privada se debe a la rotación laboral, mientras que la imposibilidad de pago es el principal factor en el 20% de los usuarios que se vieron en la necesidad de migrar.

Por ende, hay una contraposición entre los precios que necesitan cobrar las empresas (y no se les permite) y la percepción de los afiliados respecto al valor de las cuotas y las prestaciones otorgadas. Para ello, se presenta posteriormente el análisis de costos de las compañías, las tendencias del sector y las dificultades que están afrontando en la actualidad.

Costos. Dentro de los costos de entidades de medicina prepaga y con base en un informe de la ADEMP se establecen 3 tipos de costos destacados de las empresas del sector. Por un lado se encuentran los gastos ambulatorios, dentro de los cuales se encuentran las consultas médicas, la medicación ambulatoria, el costo del diagnóstico por imágenes, los gastos de laboratorio, las consultas odontológicas, los gastos por rehabilitación, las emergencias domiciliarias, los gastos en concepto de salud mental y otras prestaciones ambulatorias. A esto se suman los costos por internaciones, tales como la internación de pacientes propiamente dicha, la anestesiología, las prótesis o implantes, la internación domiciliaria y otras prestaciones. Por último, se destacan los gastos de gestión, distribuidos en concepto de recursos humanos, gastos comerciales y administrativos de la empresa de medicina prepaga en sí. Estos últimos son el 20% aproximadamente del costo total. Del restante 80%, más de la mitad se destina a gastos ambulatorios y el resto a internación y otras prestaciones.

Desde el sector destacan que la cobertura de los eventos de salud de una población se costea de acuerdo a un cálculo actuarial de costos, que luego se traduce en precios y que requiere de dos premisas fundamentales: tanto el universo de personas a cubrir como los riesgos que se cubran deben ser limitados y conocidos. La falta de límites precisos de cualquiera de estas dos variables torna inviable la construcción de una ecuación de costos previsible y pone en riesgo la sustentabilidad de las empresas. Es por ello que la nueva ley impacta en el normal desempeño del sector. A esto se suma que en los últimos años todos los costos aumentaron. La paritaria de empleados es el detonante, ya que los costos salariales tienen una incidencia importante sobre el total y trae aparejados otros aumentos, por ejemplo de los prestadores. El avance de la tecnología también influye. En este sentido, las restricciones cambiarias y a las importaciones de equipamiento médico impactan en los costos previstos para empresas de medicina prepaga. La solicitud de incrementos en salarios sin una correspondiente compensación en aranceles también colabora en la concentración de mercado que se está llevando a cabo en el sector privado de salud.

Margen. Según referentes del sector, la medicina prepaga es un mercado en el que las compañías facturan mucho dinero y trabajan con un margen de rentabilidad muy bajo. Además, esa rentabilidad, la mayoría de las veces, se reinvierte casi en su totalidad. En los últimos años se requiere trabajar con una escala considerable sin mucho margen para improvisaciones. Las investigaciones de consultoras de mercado ubican a la rentabilidad del sector entre el 1% y el 3% de la facturación con base en la CIMARA y consultas a empresas de medicina prepaga. Esto se mantiene relativamente estable desde hace algún tiempo. La razón que explica esta estabilidad es que los aumentos de precios a los clientes son trasladados prácticamente en su totalidad al pago de los aranceles que fijan los prestadores, respondiendo, a su vez, a las variaciones de sus estructuras de costos vinculadas con la masa salarial de sus empleados. Las prepagas esperan que la nueva regulación merme todavía más los márgenes del sector.

Tendencias del sector. Con el objeto de completar el análisis, se presentan las principales tendencias del sector según referentes del sector:

- El gasto en salarios médicos y prestaciones tiene un peso creciente. Ello obliga a achicar el gasto no médico y lleva a que los salarios no médicos no sean particularmente altos. De allí que pueda comenzar a observarse cada vez más rotación del personal.
- Mientras que hace varios años el mayor número de afiliados estaba en las prepagas más baratas, hoy es exactamente al revés.
- La tasa de uso de las prepagas es sustancialmente más alta que la de las obras sociales. En las prepagas, el afiliado realiza, en promedio, entre 7 y 10 consultas médicas por año, mientras que los afiliados de las obras sociales hacen entre 2 y 4. Otra ventaja relativa de las obras sociales es que prácticamente no tienen clase pasiva (más cara de atender) porque ésta es atendida por PAMI.
- La facturación sectorial en los últimos años aumentó levemente, mientras que la rentabilidad se mantiene estable en niveles bajos o cae levemente.
- El envejecimiento poblacional de afiliados a prepagas es notorio, pasando de 33 años de edad promedio en 2004 a más de 41 años de promedio en 2010. A esto se adiciona que, según especialistas en la materia, las enfermedades crónicas asociadas con la vejez y con los hábitos de vida poco saludables están ganando terreno como causas de enfermedad y mortalidad.
- Para las empresas del sector existe un desafío vinculado con la comunicación: el afiliado en general no es consciente de lo que vale la medicina en el mundo y está convencido de que paga un servicio caro, en función de los recursos con los que cuenta, cuando la prestación en la Argentina, según especialistas de la actividad, es más amplia que en muchos de los países desarrollados en materia de cobertura.
- La medicina prepaga no tiene subsidios ni desgravaciones impositivas y se financia exclusivamente con los recursos de las cuotas. Por ello, la cuestión tributaria es un eje de discusión para la salud privada. Alivianar la carga impositiva que grava al sector y recaer sobre los afiliados, en alusión al IVA del 10,5% que tributan las cuotas, podría ser un primer indicio de corrección en precios para los afiliados. También es motivo de protesta la aplicación en el sector del impuesto a los créditos y débitos bancarios apelando que el Poder Ejecutivo tiene la facultad de eximir total o parcialmente a algunas actividades específicas que por la modalidad de sus operaciones deben hacer uso acentuado de cheques, siendo su margen de utilidad reducido en comparación con el tributo, lo que implica que la carga tributaria resulte elevada y tenga una ponderación importante dentro de la estructura de gastos de las empresas.
- Según CIMARA, la tasa de consultas subió en los últimos años y, por afiliado, duplica a la de países desarrollados. En parte, porque los médicos tienden a encargar una batería de estudios para cubrirse de posibles juicios de mala praxis y, también porque los propios afiliados perciben que pagan un servicio caro y optan por usarlo. Esto resulta compatible con la percepción de la Federación de Obras Sociales de Personal de Dirección quienes apuntan a la judicialización y a la “inflación médica” como algunos de los temas que complican a las empresas de salud.

- Cada año, al menos el 10% de los afiliados a las empresas de medicina prepaga se pasa a un plan de salud más barato por los aumentos de las cuotas. En general, la gente opta por planes cerrados, sin reintegros, con copagos (los afiliados tienen que comprar bonos para atención médica en consultorio y domiciliaria) y con una lista fija de profesionales y clínicas para atenderse. De esta manera, se impone el pase a planes cerrados, con los servicios básicos y sin confort.

Principales dificultades. Como resumen de lo presentado anteriormente y dadas las características salientes del sector de medicina prepaga, se mencionará brevemente que el mismo se encuentra ante una serie de dificultades por superar:

- Unos de los principales problemas a abordar será cómo cubrir al sector de las personas con enfermedades preexistentes, porcentualmente mínimo pero de gran incidencia, sin desfinanciar al resto. En la misma dirección se encuentran los casos de personas mayores a los 65 años. Es decir, la discusión claramente no pasa por no hacer frente a los problemas de salud de la gente, la discusión es cómo.
- La inclusión de nuevos tratamientos dentro del PMO sin considerar las fuentes de financiamiento es visto por las empresas del sector como una irresponsabilidad por parte de las autoridades. Sólo como para reflejar alguna de estas cuestiones en números, puede decirse que para el caso en que las obras sociales y prepagas deben cubrir parte del costo de los alimentos libres de gluten que deben consumir los celíacos por indicación médica, según una resolución del Ministerio de Salud, se estima que en Argentina hay unos 500.000 pacientes celíacos. A esto puede sumarse la reciente ley de fertilización asistida que obliga a hospitales públicos, obras sociales y prepagas a cubrir los costos de todos los métodos y técnicas de fertilización asistida, tanto de baja como de alta complejidad. En este caso, se estima que hay 600.000 parejas con problemas para concebir en nuestro país.

Dado todo lo anterior, la ecuación del negocio se presenta algo complicada: incremento en costos (salarios e insumos), mayor número de prestaciones y mayores derechos para los afiliados, todo ello junto con tarifas reguladas, siendo precio-aceptantes.

Según personas vinculadas a las actividades de salud, el principio de las soluciones a muchos inconvenientes que presentan estas actividades en el país debería ser una Ley Nacional de Salud para superar la atomización existente del sistema sanitario argentino. Una ley marco que defina qué deben hacer el Gobierno nacional, los provinciales y los municipales, las obras sociales, las prepagas, los hospitales y los centros ambulatorios sería clave para organizaciones que prestan servicios y para los usuarios del sistema.

Prepagas en Bahía Blanca

Empresas. Ubicadas en o cercanas al microcentro bahiense se encuentran ACA Salud, Bamed, Federada Salud, Galeno, Medifé, Omint, OSDE y Swiss Medical, a las que se suma Medicus, sin sede local, pero tomando como intermediario a la obra social ASE Nacional. Por lo tanto, en la ciudad de Bahía Blanca desarrollan actividades de medicina prepaga unas 9 empresas de importancia a nivel país. De las mismas se identifican 1 entidad cooperativa de salud, 1 mutual, 1 obra social de personal jerárquico que también cuenta con afiliados voluntarios y 6 empresas de capital

accionario privado de medicina prepaga. Al igual que lo acontecido a nivel país, las empresas locales diversifican las actividades de medicina prepaga combinándolo con turismo, asistencia al viajero, seguros de riesgo de trabajo y en algún caso, con la actividad de farmacia. Ninguna de ellas cuenta con sanatorio en la ciudad por lo que deben tercerizar las prestaciones contratadas localmente.

Se estima que entre las 8 empresas que cuentan con sede local se emplea a unas 200 personas de la ciudad de Bahía Blanca, lo que genera una masa salarial anual superior a los 20 millones de pesos. Cabe destacar que los salarios del sector se enmarcan en empleados de comercio (SEC) o en sanidad (FATSA) mientras que algunos permanecen fuera de convenio.

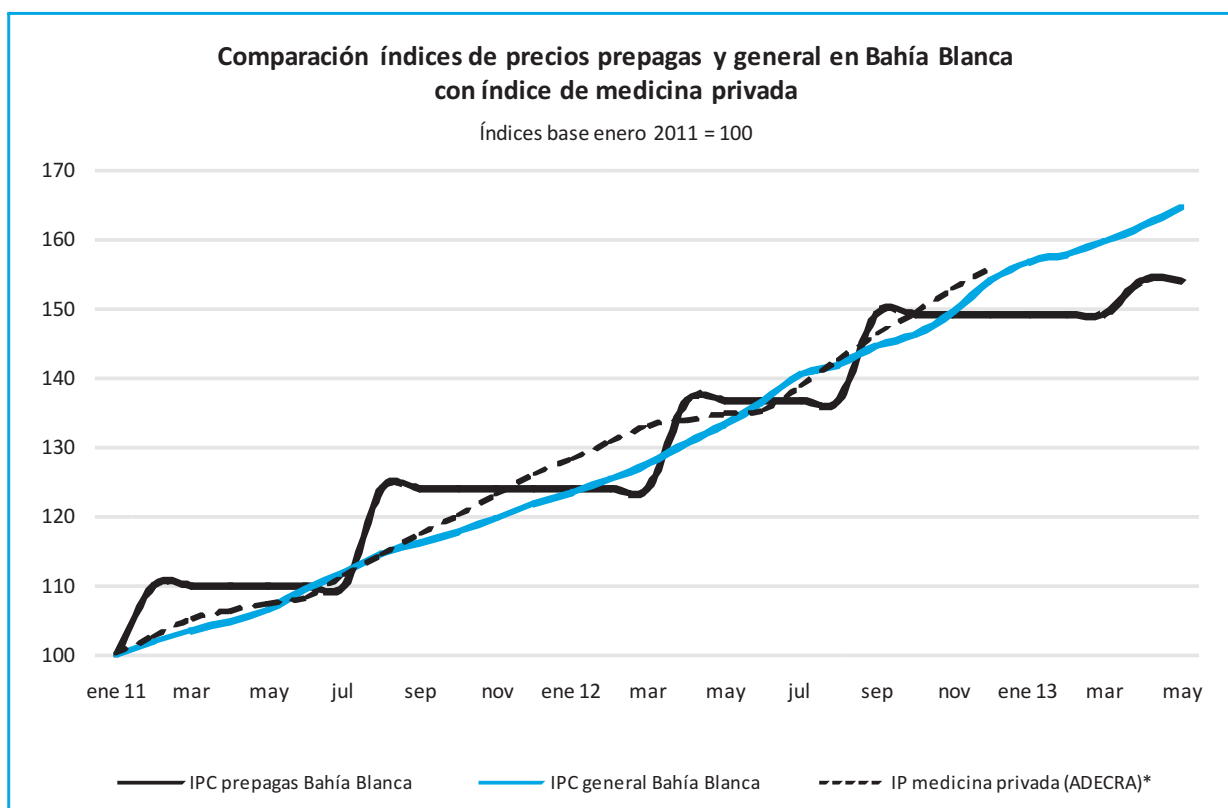
Afiliados. Se estima que las prepagas locales trabajan con más de 63.000 afiliados en total, siendo unos 53.500 los radicados en la ciudad de Bahía Blanca. Esto representa un 18% de la población total de la ciudad, número que está algo por debajo del evidenciado a nivel país (28%). Según consultas a referentes del sector en la ciudad, se estima que sólo un 35% de esos 53.500 afiliados es voluntario, mientras que el restante 65% se encuadran dentro de los desregulados o vinculados a convenios laborales de obras sociales que canalizan sus beneficiarios hacia las empresas de medicina prepaga. Traducido en números, unas 18.500 personas realizarían contratación directa con prepagas mientras que 35.000 lo harían por otros medios no directos. Los representantes de las empresas comentaron que en general la percepción de los usuarios respecto a los servicios brindados por las compañías de medicina prepaga en la ciudad es muy buena, situación que se convalida con el incremento año tras año de las cápitas ingresadas en cada una de ellas. En particular, destacaron que si bien a veces pueden manifestar que las cuotas son algo elevadas o no resulta de agrado el incremento de las mismas, el servicio se termina de valorar al momento de tener que utilizarlo y obtener buenas respuestas por parte de las empresas. Para los casos en que la cuota se vuelve algo elevada, los afiliados deciden pasarse a planes con menor cobertura o, en situaciones extremas, desafiliar a las personas de edad intermedia de la familia permaneciendo con los planes de los integrantes de menor edad.

Planes y cuotas. Las 9 empresas con prestación en la ciudad ofrecen diversos planes de cobertura ubicándose en 3, 4 o 5 variedades según sea el caso. Si bien las combinaciones son diversas, según la edad, la antigüedad, si es o no voluntario, si incorpora o no grupo familiar, etc., todas las empresas ofrecen planes que van desde un plan inicial a uno mucho más completo, diferenciándose principalmente en especialidades y médicos ofrecidos, topes de reintegro y prestaciones otorgadas, entre otras cuestiones más específicas. Según consultas a referentes del sector en la ciudad, el valor promedio de los planes al año 2013 se estima en unos 800 pesos, siendo muy amplia la diferencia entre las distintas empresas debido a que algunas lo ubican en torno a los 500 pesos mientras que otras superan los 1.000. En ello, según comentan, tiene mucha incidencia el número de cápitas que no sean directas, ya que al ser planes para empresas o en convenio con obras sociales, los montos son bastante inferiores al de una cobertura directa. En el caso de una cobertura voluntaria a una persona de 30 años sin enfermedades preexistentes los planes iniciales se ubican entre los 400 y los 900 pesos, mientras que en un plan con cobertura tope, entre 650 y 3.900 pesos. Las diferencias en valor radicarían en los alcances de las coberturas, reintegros otorgados y especialidades e intervenciones incluidas, principalmente.

Por consultas a referentes locales y con base en informes periodísticos realizado según datos de consultoras de mercado, se estima que el gasto por afiliado en "siniestros" es un 70% u 80% de la cuota promedio abonada. Es decir que de cada 100 pesos de ingresos, 80 se destinan a las funciones de cobertura médica.

En el Gráfico 1 se observa la evolución de precios de las prepagas, la medicina privada y los precios en general. Al comparar la evolución de precios de prepagas respecto al índice de precios general de Bahía Blanca, ambos según datos de consultoras privadas de la ciudad, se observa que en los últimos meses las prepagas han ido logrando ajustes en sus cuotas que les permitieron solventar el incremento de costos de la actividad, pero a partir del aumento de fines del año 2012, el ajuste quedó por debajo del IPC general, a pesar de un leve aumento posterior a principios del corriente año 2013. La variación acumulada entre enero del año 2011 y mayo del año 2013 es de un 54% de incremento para las prepagas y de un 65% de aumento para el IPC general. Con el objeto de mostrar un índice adicional que refleje aún más la evolución de precios de insumos del sector de prepagas, se incorpora en el gráfico el índice de precios de la medicina privada elaborado por ADECRA, quien incluye para su cálculo los costos laborales, los insumos médicos, los insumos no médicos, los servicios públicos y las inversiones. Los datos llegan hasta diciembre del año 2012 y aún no hay valores disponibles para el año 2013. El comportamiento del índice de prepagas con respecto al de medicina privada es similar al evidenciado por aquel versus el IPC general, logrando superarlo por momentos pero quedando rezagado con posterioridad. A pesar de no contar con los datos para el año 2013 del índice de precios de medicina privada, según ADECRA al primer trimestre del presente año los insumos médicos se incrementaron un 11%, los insumos no médicos casi un 8%, los servicios públicos un 3% y los costos laborales un 2%, lo que da cuenta de aumentos en los componentes que se utilizan para elaborar dicho indicador de precios, por lo que cabría esperar que la tendencia sea al menos similar al IPC general.

Gráfico 1



* Los datos de ADECRA al 2013 no están disponibles

Coyuntura del sector y principales dificultades. Las empresas del sector consultadas mencionaron que la situación general reciente de sus empresas está en niveles

buenos. El nivel de ventas se mostró algo dispar, siendo que para algunas de ellas ha mejorado, mientras que otras empeoraron o en algunos casos se mantuvieron de manera similar a los meses pasados. En términos interanuales, la mayoría de ellas indicaron encontrarse en una situación mejor que lo acontecido hace un año atrás. Sin embargo, en lo que respecta a expectativas futuras para su sector, las respuestas son variadas. Mientras algunos creen que el futuro del sector será mucho mejor por la continua incorporación de cápitás, otros estiman que permanecerá igual e incluso que podría empeorar, dadas las nuevas condiciones establecidas luego de la ley de prepagas mencionadas y las recientes incorporaciones al PMO. Por otra parte, con respecto a las expectativas generales de la economía, en su mayoría se mantienen cautas expresando que todo podría seguir igual, aunque en algún caso creen que la situación general podría empeorar levemente a futuro. Por último, se destaca que según las empresas consultadas, el sector habría incorporado nuevos empleados ya que si bien en algunos casos el plantel de personal no ha variado, en otros expresan un incremento del mismo.

Consultados sobre los plazos de pagos a prestadores (médicos en general, farmacias, etc.) se observa que en general el plazo promedio se encuentra entre los 30 y 60 días, aunque existen prepagas que ratifican que sefectúan sus pagos en un plazo menor.

Para finalizar se consultó acerca de las dificultades con las que se enfrenta la actividad de medicina prepaga en términos generales y en la ciudad de Bahía Blanca de manera específica. Allí surgió nuevamente el PMO con sus nuevas incorporaciones, las cuales no son cuestionadas pero permanece en la incógnita el financiamiento de las nuevas prestaciones. A esto suman menciones respecto al criterio de selección de atenciones dentro del PMO. Más concretamente, se han incorporado tratamientos estéticos cuando aún no hay tratamientos oncológicos dentro del PMO que solicita la ley que sea cubierto. Con referencia al ámbito local, se presentan dificultades presentes, que se incrementarán a futuro, respecto de la infraestructura hospitalaria. El número de "camas" (indicador con el que se mide este tipo de servicios de salud) resulta algo insuficiente para la demanda local y regional de atenciones. Por último, expresaron que los requerimientos burocráticos que deben llevarse a cabo desde la atención de un afiliado hasta el cobro final del prestador podrían ser agilizados para mejorar la imagen positiva de las prepagas ya que a fin de cuentas el beneficiario le reclama a la prepaga ante cualquier inconveniente. En estos casos una de las menciones más frecuentes es el plus monetario adicional que algunos prestadores solicitan a los clientes, a pesar de contar con alguna de las prepagas de mejor prestigio del país. ■

Cuadro resumen medicina prepaga en Bahía Blanca

Cuadro 1

DATO	VALOR	OBSERVACIONES
Empresas	9	8 con sede local y 1 trabajando por intermedio de una importante obra social de alcance nacional
Afiliados	53.500	
<i>Voluntarios</i>	18.500	
<i>Otros</i>	35.000	
Participación de afiliados en población total	18%	Año 2013
Cuota promedio aproximada (\$)	800	Año 2013
Gasto promedio por afiliado / cuota promedio por afiliado	80%	
Empleo directo generado	200	
Masa salarial anual estimada (millones \$)	20,5	
Planes diferentes ofrecidos por empresa (promedio)	4	Entre 3 y 5