

“El sistema funciona solidariamente como cualquier seguro”



Patricio Pasmán

Austral Salud Responsable de Planeamiento y Gestión Comercial

consejo

Profesional de Ciencias
Económicas de la Ciudad
Autónoma de Buenos Aires

Fuente: Revista Consejo – Nº 18 – Julio 2011 – ISSN 1851-6610



Las empresas de Medicina Prepaga nacieron en la Argentina hace ya más de 40 años. Al igual que en muchos países del mundo, un sector de la sociedad que generalmente es el de mejores ingresos complementa la cobertura de salud pública estatal contratando un seguro privado.

Inicialmente fueron empresas pequeñas fundadas mayoritariamente por médicos. Durante la década del 80 fueron un muy buen negocio financiero, ya que “precobraban” las cuotas al inicio de mes y pagaban las prestaciones a los 60 días, haciendo “trabajar” durante ese período el dinero en épocas donde esta actividad dejaba alta rentabilidad. En los 90 tuvieron que reacomodarse con la estabilidad y comenzó un período de muchas adquisiciones y fusiones promovida por el ingreso de nuevos grupos económicos nacionales e internacionales que invertían en la industria, seducidos, entre otros factores, por el ingreso al mercado de Obras Sociales a través de la desregulación realizada hacia fines de la década

La mayoría de estos grupos económicos extranjeros se retiró de la industria, y algunos se fueron también del país durante la crisis del año 2001. Sin embargo, el sector continuó el proceso de concentración, pero ahora en grandes grupos nacionales. Tuvo un importante crecimiento en los últimos 6 años, producto fundamentalmente del crecimiento del empleo y, por qué no decirlo, del deterioro constante de los servicios en los hospitales públicos.

Una tendencia en aumento durante la última década fue que muchas de estas empresas trabajan hoy integradas verticalmente. Hospitales y sanatorios crecieron desarrollando sus propias prepagas y muchas crecieron comprando o construyendo sanatorios. Esto seguramente se irá profundizando aún más en los próximos años. Actualmente, la oferta de camas en sanatorios de primer nivel en las grandes ciudades no alcanza a cubrir la demanda, provocando en muchas ocasiones la angustia de los pacientes. No ingresarán nuevos grupos a la industria, pero los que actualmente están trabajando continuarán invirtiendo en construir nuevos sanatorios y ampliar los existentes.

El sector, al igual que en la mayoría de los países del mundo, debía regularse. La nueva ley de regulación dictada por el Congreso de la Nación se encuentra en período de reglamentación. La ley consta de 30 artículos, de los cuales entiendo que 25 están muy bien y van a hacer más justo y eficiente el sistema. De los 5 artículos restantes hay 4 que deben y pueden ser mejorados, y uno que es inviable. Es el ya famoso artículo 10, que obliga a las empresas a tomar a todos los asociados independientemente de su estado de salud. Los precios de los planes, en todos los países del mundo, se fijan realizando cálculos actuariales que determinan las probabilidades de ocurrencia de distintos tipos de enfermedad o patologías, y el costo que generará cada una de ellas.

El sistema funciona solidariamente, como cualquier seguro, donde el costo de los asociados más enfermos se financia con el cobro de las cuotas de los asociados sanos. Puede ocurrir que una mujer se asocie por ejemplo cuando está embarazada y luego de tener su hijo se dé de baja o un hombre se asocie para operarse su rodilla y luego de operarse se dé de baja. Las cuotas que recibirán las empresas serán seguramente infinitamente menores que los costos de las prestaciones realizadas. Esto puede provocar

serios inconvenientes al sector, los que pueden convertirse en mayores costos de los planes, menor cantidad de empresas o deterioro de la calidad de las prestaciones.

Esperemos que esto no suceda y que el sector pueda seguir dando un buen servicio a más de 5 millones de personas que complementan la cobertura del Estado comprando planes médicos a empresas de salud privada.

