



Centro de Estudios de Estado y Sociedad

SEMINARIO V – NOVIEMBRE 2007

Julio Diez¹

**Actores y Agenda en el Sistema de Salud Argentino.
Sistemas Prepagos de Salud²**

Con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud

¹ Director Comercial de Swiss Medical.

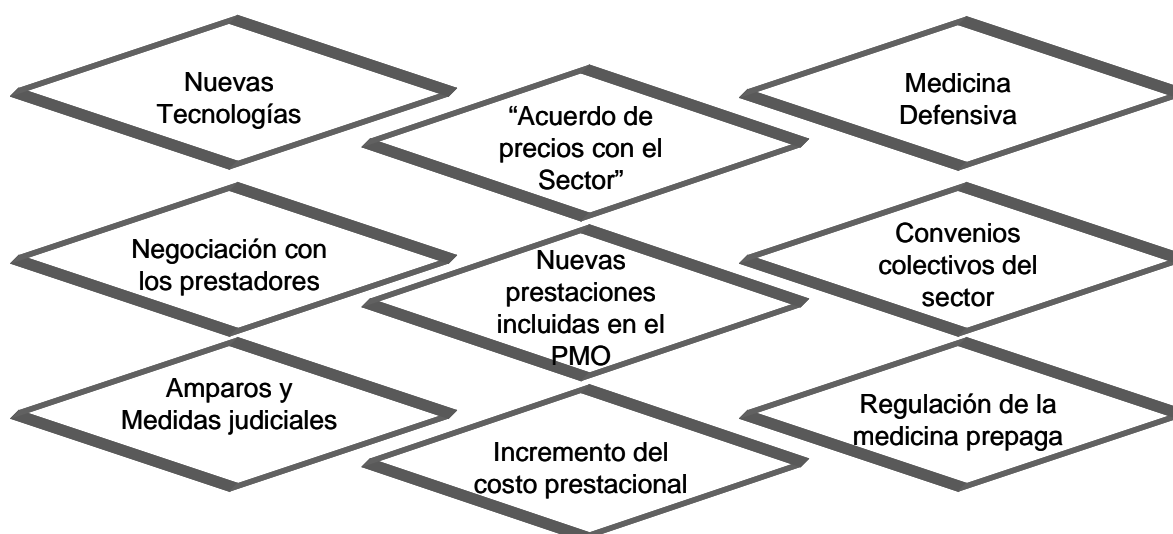
² El trabajo resume la presentación realizada por el autor en el Ciclo de Seminarios de Salud y Política Pública organizado por el CEDES, realizado el día 15 de noviembre de 2007.

Sistemas Prepagos de Salud

El objetivo de la presentación es brindar, desde la visión de Swiss Medical (SM), alguna idea del sector de medicina prepaga hoy en el mercado de la salud. La idea es tratar de interpretar cuáles son los problemas que aquejan a la medicina prepaga, cuáles eran todos aquellos tenidos en el 2006, cuáles fueron en el 2007 los principales temas en debate y presentar parte del escenario previsto para el 2008.

El gráfico a continuación muestra los grandes temas que aquejan al sector de medicina privada, aunque han abarcado a todos los sectores. Algunos de estos temas ya existían en el año 2006 y también en años anteriores.

Gráfico 1: Medicina Prepaga – Año 2006 y anteriores



Entre los grandes problemas que se venían enfrentando dentro de la medicina prepaga es posible señalar el ingreso de **nuevas tecnologías** y su incorporación sin esquemas de control. De alguna manera, Argentina tiene un sistema bastante parecido al americano de salud. Es así como en Estados Unidos, los HMOs tienen protocolos que van determinando qué tecnologías pueden ser incorporadas y qué tecnologías no. En Europa, en Inglaterra, hay institutos del gobierno que fijan pautas como para que no todas las tecnologías que aparezcan se vuelquen directamente a la salud. Contrariamente, en Argentina, existe una incorporación de tecnología prácticamente directa y SM tiene el último ecógrafo, el último tomógrafo, el último resonador, etc., que hay que continuar financiándolos a precios en pesos. El sector de medicina prepaga, con la información que tiene la gente, más la incorporación de la tecnología, absolutamente descontrolado, encarece enormemente los costos.

El segundo punto es el **acuerdo de precios con el sector**. El año pasado las empresas de medicina prepaga tuvieron un gran rol protagónico con Moreno³ en la definición de los precios. En este sentido, a fin de año se logró un acuerdo de paritarias y convenio colectivo, que requirió encontrar caminos alternativos para terminar de acordar el aumento de precios frente a la negativa del gobierno. Ello fue posible a partir de los "planes integrales de salud", que son una creación del gobierno para tratar de mantener el índice de precios estable. En el mes de enero se incrementaron un 22% los precios, y los planes que registrados en el INDEC aumentaron solamente un 6%. En febrero, hubo una reunión con el gobierno y fueron bonificados esos planes del INDEC, con lo cual el índice de febrero fue negativo en el rubro de medicina prepaga. En SM la población incorporada dentro de estos planes con copagos, que sigue midiendo el INDEC, fue alrededor de 7.000 personas, dentro de un horizonte de 660.000 cápitas. Dejando de lado al

³ Nota del Editor: Guillermo Moreno, Secretario de Comercio del Ministerio de Economía de la Nación.

sector corporativo, que son alrededor de 350.000 cápitás, quedan 300.000 cápitás de la cartera que podían haber sido potenciales usuarios de estos sistemas con copagos del gobierno, aunque poca gente los eligió.

La **medicina defensiva** es otro de los puntos presentes. Se trata del aumento de las prestaciones o de las tasas de uso provocado por los médicos que de alguna manera frente a los juicios de mala praxis y a los avances de estudios de diagnósticos, solicitan más estudios de los que deberían, generando mayor costo.

Los **convenios colectivos del sector** es otro de los puntos significativos que hace 6 o 7 años no se encontraban presentes dentro de la ecuación de costos y hoy en día deben considerarse, a partir de convenios colectivos. El 65% de la cartera de SM es corporativa, con lo cual la negociación con las empresas comienza a ser parte de la rutina del trabajo, en el área comercial. En tanto con los socios directos la comunicación es por carta y se les informa directamente el aumento que termina por cerrarse con el gobierno, con las empresas se negocia en particular en cada caso.

Otro de los aspectos importantes es la inclusión de **nuevas prestaciones en el PMO** (Programa Médico Obligatorio). Permanentemente se incluyen prestaciones al programa médico obligatorio sin financiamiento, de modo que las mismas no se corresponden con un aumento de precios, y esas prestaciones son directamente pedidas a través de cualquier prestador médico, o mediante amparos judiciales.

Los **amparos y las medidas judiciales** son otro punto de presencia constante en la medicina privada. Si bien la canasta prestacional del PMO es muy abarcativa, permanentemente prestaciones que están por fuera, como es el caso de la banda gástrica, se incorporan por la "ventana" que han generado los amparos y las medidas judiciales. No solamente prestaciones médicas: Hay casos de gente que no ha podido pagar la cuota y la justicia dictamina que SM debía darle cobertura hasta que resolviera la situación económica, aunque tiene que ser el gobierno y pudiera pagar la cuota. Dentro de los amparos y medidas judiciales hay cosas de todo tipo. Algunas de ellas suenan bien pero de alguna forma tiene que ser el gobierno o el Estado quien debiera absorber estos temas.

El **incremento del costo prestacional**, muchas veces producto de cada uno de los componentes que impactan en el costo, es del orden del 19, 20, 25%, y que se integra con parte de los componentes mencionados: desde el convenio colectivo hasta las nuevas tecnologías y las tasas de uso incrementadas permanentemente.

El punto trascendental y extremadamente crítico es el de **negociación con prestadores**. El hecho de que los aumentos del convenio colectivo sean de alrededor del 20% ha generado permanentemente negociaciones con ellos. Se pensaba que el 2006 había sido el año de mayor negociación con los prestadores y que iba a tranquilizarse durante el 2007, pero ello no fue así en el interior del país, en donde la negociación involucra pedidos a través de los diarios con amenazas de corte de servicios, generando ansiedad sobre qué es lo que va suceder con la cobertura médica.

En Salta, por ejemplo, SM vivió uno de los cortes más agresivos y profundos desde el año 1998. Hubo un corte en el cual los prestadores se aliaron con el COPRESA (Consortio de Prestadores de Salud), una entidad nueva para la empresa, que nuclea a la Asociación Médica, la Asociación de Clínicas y algunas otras especialidades, que en bloque cortaron el servicio a la prepaga. Como resultante, SM quedó absolutamente sin prestadores y fue necesario convalidar el dinero pretendido por COPRESA generando un *impasse*. Ello terminó volcando a SM hacia una estrategia distinta dentro de este escenario.

La negociación con los prestadores obligó a SM a introducirse, en el interior del país, en la parte prestacional y en los sanatorios en el 2007. Frente a los pedidos de aumento que SM recibió a partir de los meses de agosto-septiembre, se empezó a analizar el hecho de tomar participación

dentro del esquema sanatorial al interior del país. Como resultante, fue adquirido un sanatorio en Neuquén, la Clínica Maternal San Lucas, que junto con el Policlínico, es uno de los dos sanatorios de nivel en Neuquén. La adquisición de la Clínica San Lucas forma parte de un esquema absolutamente defensivo, por un lado, para redefinir el modo en que la empresa se posicionaba frente a los prestadores. Por el otro lado, constituye un modo de diferenciar servicios, viendo posibles alternativas para incorporar inversión, desde tecnología hasta comodidades habitacionales en un mercado que tiene una de las rentas por persona más altas del país.

El segundo sanatorio que adquirió SM, es el Sanatorio de la Mujer, en Rosario, también producto de negociaciones con la mayor red prestacional de esa ciudad, que es la red de Villavicencio del Grupo Oroño. La operación se cayó durante el *due-diligence*⁴ efectuado por PWC.

Ese fue uno de los temas más difíciles que hubo este año. Ante los aumentos, se presentaban dos posiciones: una, analizar en qué forma se negociaban los porcentajes de aumentos. (El Secretario de Comercio) Moreno no permitía trasladarlos a las tarifas y era imposible otorgar aumentos del 50% o 70% de otra manera. Ello no necesariamente implica que la empresa recorra el interior a buscar oportunidades, que puede ser que las haya. Se está intentado relacionarse con los prestadores de algún modo, a fin de mantener un equilibrio y tener algún tipo de perspectiva o planificación a futuro. Es imposible sentarse a dar prestación médica si no se sabe cuál será el precio.

La situación prestacional 2006-2007

A fines de la presentación, es posible dividir la situación en dos esquemas distintos: el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y el interior del país, en torno a distintos aspectos y cómo ellos fueron evolucionando entre el 2006 y el 2007, los que se verán reflejados en los gráficos siguientes (Gráficos N° 2 y N°3).

El primer punto es la atomización de la oferta de los prestadores. Capital Federal y Gran Buenos Aires, representan un mercado mucho más atomizado que el interior del país, puesto que no hay prestadores monopólicos que manejen el mercado directamente.

El poder de negociación de los financiadores con sanatorios propios fue otro de los puntos considerados. El año pasado SM, que es financiador y tiene sanatorios propios, que frente a la realidad sanatorial de Capital y Gran Buenos Aires, le permiten negociar mucho mejor. De manera que un determinado hospital puede reclamar un cierto porcentaje de aumento y SM puede establecer un límite a ese pedido, negociar de qué forma seguir el acuerdo, pero contando con la posibilidad de reducir el volumen de facturación del hospital, que fue lo que sucedió el año 2006.

Sin embargo, durante el año 2007 no fue posible manejar el mismo nivel de poder de negociación. La empresa tuvo dos cortes de sanatorios en Capital Federal durante poco tiempo pero era un escenario no previsto, por lo cual el poder de negociación cayó. De alguna forma, por lo menos desde la perspectiva del resto de los sanatorios, la situación mejoró.

En el año 2006 hubo en AMBA muy pocos cortes de servicio, aunque se registraron algunos en el conurbano. Este año 2007 se presentaron cortes de servicios esporádicos, de pocos días, en el conurbano y en la Capital, los cuales generan nerviosismo y ansiedad en la gente. Igualmente, se trató de un escenario no previsto por la empresa: no se pensó que fuera a darse el caso en el cual SM debiera reducir la facturación de los prestadores.

⁴ Nota del Editor: *Due-diligence* es un proceso mediante el cual el adquirente de una empresa realiza, con explícito consentimiento y asistencia del vendedor, una detallada investigación de diferentes áreas del negocio que se quiere adquirir al objeto de conocerlo con mayor profundidad.

En el caso de los profesionales médicos con valores rezagados, de alguna manera, se viene incrementando, con un 20% se aumentaron el año pasado. Para este año (2007) están aumentando alrededor de un 24%, y los servicios no se han deteriorado.

El poder de negociación de los sanatorios del conurbano fue uno de los temas más complicados en el área metropolitana. Todo el conurbano es de alguna manera muy parecido al interior, en cuanto a que cuenta con sanatorios muy posicionados en determinadas zonas y si uno no los incorpora dentro de la cartilla es una problemática muy grande, tanto para la cartera del *retail* como para la cartera corporativa, aunque aún más para esta última. De alguna manera, esto es lo que en general obliga a SM a terminar con contratos de adhesión en los cuales estos sanatorios prácticamente fijan una tarifa, como sucede en el interior que, de no ser aceptada, lleva a cortes de servicio e involucramiento de la prensa. Es por ello que en el 2007, prácticamente todos los prepagos en algún momento sufrieron cortes de servicios en sanatorios del conurbano.

Con respecto a la incorporación de nuevas camas en AMBA, SM agrega las 150 camas que posee en el Sanatorio de los Arcos, lo cual brindó cierta tranquilidad para este prepago, que en 2006 la falta de camas en el lugar de residencia llevó a que beneficiarios, de cualquier sistema prepago, residentes en zona sur debieran internarse en zona norte, o a la inversa.

Gráfico 2: Situación Prestacional: AMBA



En el interior se planteó un escenario totalmente distinto. Como fuera mencionado, este esquema oligopólico o monopólico de los prestadores hizo que las posibilidades de negociación fueran cada vez menores, por lo menos, para los financiadores. En el interior, dentro de la medicina prepaga hay prácticamente dos grandes empresas, que son OSDE y Swiss Medical, con gran volumen. Este 2007 SM vivió junto OSDE un año complejo, debiendo continuamente cotejar la presencia de cortes de servicio.

La oferta monopólica este año 2007 se vivió mucho más intensamente. Los prestadores agremiados y negociando en conjunto es un fenómeno que no había ocurrido previamente, y se crearon asociaciones de clínicas hasta regionalmente. Antes las negociaciones se realizaban con clínicas directamente y ahora empezaron a hacerse a través de asociaciones lo cual genera que en el interior los acuerdos sean más complejos, en tanto los cortes de servicio pueden alcanzar nivel provincial, o por lo menos, la capital provincial puede quedar prácticamente sin sanatorios.

En relación a los cortes de servicio como método de negociación, se puede ver en el gráfico que el círculo está completo, es decir, que el panorama de SM en la negociación con los prestadores en el interior fue realmente muy traumática y se produjeron muchos cortes de especialidades puntuales, o sanatorios, los cuales formaron parte de una metodología que la empresa tuvo que enfrentar durante todo el año.

Otro de los aspectos a considerar son los porcentajes de incrementos que bajaron como dominós en cascada por el resto de las zonas. Esto ocurría frecuentemente cuando uno arreglaba con un determinado Círculo de Médicos de Palpalá y al instante esa información bajaba a Neuquén, o se cerraba con Neuquén y se estaba en Comodoro o en Río Gallegos con los mismos valores, que se acordaban con los demás. Ello llevó en ocasiones a impedir cerrar acuerdos en determinados lugares con poca población, ya que ello se trasladaba a lugares donde la población es mucho más voluminosa.

Pedidos de importes fijos independientemente de las internaciones efectuadas: El año pasado en Córdoba se presentaron episodios que pedían ser retribuidos por SM solamente por aparecer en cartilla, como un mecanismo para aumentar precios directamente. Es decir, ello implicaba un pago fijo sobre el variable y se terminó resolviendo mediante un llamado de la Secretaría de Comercio al prestador para que desista de ese pedido. Adicionalmente, se presentaron pedidos de aumentos “superlativos”, imposibles de trasladar a precios.

Por todo lo señalado, el panorama que tuvo SM en el 2007 para la organización interior fue extremadamente complejo.

Gráfico 3: Situación Prestacional: INTERIOR

Concepto	2006	2007
Oferta monopólica u oligopólica de prestadores		
Prestadores agremiados y negociando en conjunto		
Cortes de Servicio como método de negociación		
Solicitud de incrementos de precios por segunda vez en 6 meses		
Porcentajes de incrementos que bajaron como dominós en cascada por el resto de las zonas		
Pedidos de importes fijos independientemente de las internaciones efectuadas		
Pedidos de porcentajes de aumentos “superlativos”		

La situación prestacional hoy

Los prestadores están solicitando incrementos en forma muy acentuada desde septiembre de 2007. A partir del cierre del acuerdo del convenio colectivo de los hospitales de comunidad, se comenzaron a recibir pedidos de incrementos por parte de los prestadores. Como fuera señalado, el convenio, cerró con un 20% cargado a sueldos más un 2% para un fondo de capacitación para estudios, con lo cual un 22% pasará a costos, y será trasladado al precio de los prestadores.

Se está intentando acordar esta ecuación con el gobierno, y también con las obras sociales y la comisión de obras sociales de la. Seguramente en el interior del país los pedidos son mucho más pero en el AMBA, SM está trasladando a los médicos alrededor de un 22%.

A la fecha⁵ se están dando cortes de servicios, sobre todo en muchas zonas del interior, sin posibilidades de negociación alguna. A principios de noviembre de 2007 la empresa tuvo un corte de servicio muy fuerte en Salta, a mediados de ese mes estuvo cortado en La Plata -

⁵ Nota del Editor: 15 de noviembre de 2007.

prácticamente todas las prepagas están cortadas en La Plata-, y también hubo un corte de servicio en el Círculo del Este en Mendoza. Todos los prepagos se encuentran en la misma situación por lo que la inestabilidad en el sistema es hoy moneda corriente y muy difícil de administrar.

La asignatura pendiente es el cambio del modelo. Es uno de los puntos en el cual SM se encuentra trabajando, siendo la empresa uno de los grandes impulsores del sistema de copagos. Se está intentado ver de qué modo cambiar el actual sistema de libre acceso. De alguna manera, son las empresas de medicina prepaga quienes más están pugnando por el ingreso del copago deducible dentro del esquema de prestación médica. De modo que el gran dilema es seguir con el sistema actual, que es un sistema de libre acceso, donde cada uno prácticamente puede ir al médico que quiera, transferir al que quiera, automedicarse, autodiagnosticarse y elegir el tratamiento que desee o que le aconseje algún médico amigo o, alternativamente, trabajar con un sistema de copago deducible, que haga que las tasas de uso o la evolución de los precios pueda llegar a tener algún techo.

Sistema de Médicos a domicilio

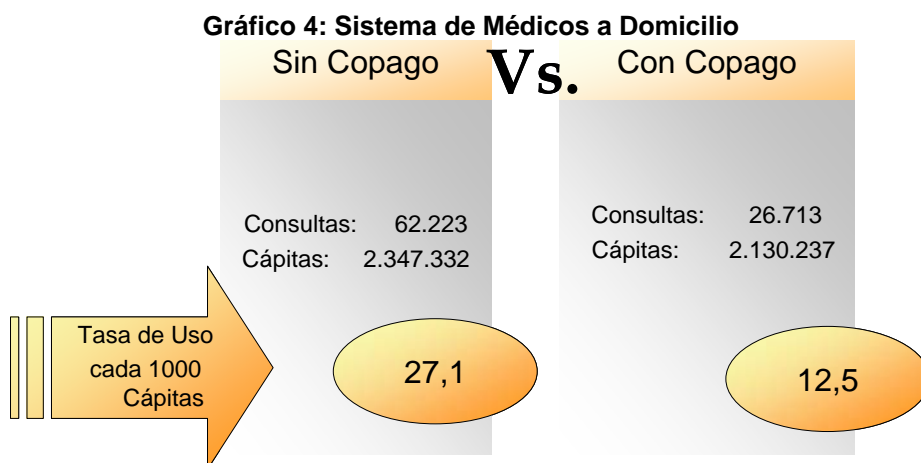
Uno de los puntos más trascendentales donde se puede ver claramente la evolución o el impacto que tiene el copago es en el sistema de médicos a domicilio. Este esquema, lanzado por las empresas de medicina prepaga en su conjunto sin copago, se trata de una aberración, ya que la utilización se vuelve caótica y lleva a un servicio de muy baja calidad.

La mayoría de los usuarios del sistema privado, especialmente en Capital Federal y Gran Buenos Aires, observa que existen 9 o 10 horas de demora, o los servicios se posponen para el día siguiente. El sistema se encuentra colapsado, no hay estructura para poder aumentar el servicio y la demanda es creciente. Asimismo, la industria de la medicina prepaga está creciendo a tasas de arriba del 10% anual, producto del crecimiento económico a partir de la creciente incorporación al sistema laboral, generando una mayor demanda adicional por este servicio.

Es un sistema extremadamente mal utilizado por los clientes, ya que se acude al médico en domicilio para faltar al trabajo especialmente los lunes a la mañana o los domingos a la noche.

SM posee una empresa de emergencias médicas en el interior, llamada ECO, con la cual el objetivo es introducirse en este espectro de servicios que muchas veces se percibe como uno de los más sensibles a la hora de entablar la relación con el afiliado, y los focos de quejas están muchas veces relacionados con este sector.

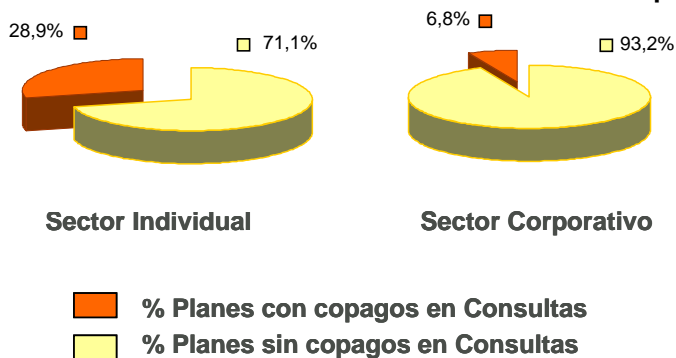
Con respecto a la cartera de SM, se trata de un sistema mixto, donde algunos afiliados abonan con copagos y otros no, dependiendo del plan. En el gráfico siguiente se observa cómo en el sistema de médicos a domicilio se están desperdiciando recursos, puesto que se trata de un servicio que generalmente no es efectivo y termina generando dobles o triples costos.



Los datos que se presentan en el gráfico precedente corresponden al año 2006, para Capital Federal y Gran Buenos Aires. Por un lado, se considera a una población sin copagos, en la cual 2.347.332 son las cápitats de todo el período que tenían acceso a 62.223 consultas, lo que implica una tasa de uso de 27,1 cada 1000 cápitats. Estos son los casos que no tienen copagos, que tienen acceso libre y llaman por teléfono pidiendo el servicio de atención domiciliaria ante cualquier inconveniente. Por otro lado, hay una población con planes con copagos, que tampoco son tan desalentadores como para bajar directamente las consultas. Los copagos están en un orden de los \$25-\$30 de consulta médica a domicilio. En este caso, las consultas para una población casi similar con 2.130.237 personas bajaron a 26.713, es decir, que la tasa de uso llega a 12,5, prácticamente el 100% menos. Por lo tanto, la diferencia son recursos y en muchas ocasiones, después que vino la urgencia domiciliaria, la persona igualmente consulta al médico referente, al pediatra o al clínico para terminar de corroborar si lo que le diagnosticaron es correcto y es o no el adecuado.

Actualmente, SM tiene divididos sus planes entre el sector corporativo y el individual. En el sector individual, un 26% prácticamente son planes con copagos en consultas y un 71% no lo son. En el sector corporativo se mueven prácticamente todos sin copagos y esta situación es muy difícil de cambiar.

Gráfico 5: Situación Actual en SMG de Planes con Copago



La situación a futuro SM piensa seguir incorporando planes con copago en consulta y se incorporó un plan con copagos tope o deducible en la parte de internación que acota el riesgo que tenían los planes del año anterior. Este ejemplo corporativo en la incorporación de los copagos es mucho más lento porque el sector utiliza frecuentemente *benchmarking*⁶ y ninguna empresa quiere ofrecer servicios inferiores al resto.

⁶ Nota del Editor: *Benchmarking* es una técnica de gestión empresarial que pretende descubrir y definir los aspectos que hacen que una empresa sea más rentable que otra, para después adaptar el conocimiento adquirido a las características de nuestra propia compañía.

En el escenario para 2008 en SM propone incrementos de precios del 24,3% para toda la cartera del *retail* y las empresas. Sobre esta base, se está analizando el riesgo de cada una de las carteras corporativas y negociando en forma paralela un acuerdo con los prestadores del orden del 22%. Es el horizonte de la medicina prepaga en el orden del 24%. OSDE, que es el referente para todos las demás empresas por la cantidad de afiliados, se ubica en el 23%, y, fija un piso para el aumento del sector.

Centro de Estudios de Estado y Sociedad
Sánchez de Bustamante 27
C1173AAA – Buenos Aires – Argentina
Teléfonos (54 11) 4861-2126 / 5204
Fax (54 11) 4862-0805
www.cedes.org