



Reglamentación de la nueva ley de prepagas: cómo enmendar el error de prohibir los planes parciales

Esta pendiente la reglamentación de la ley de la medicina prepaga. El decreto que la reglamente brinda una excelente oportunidad para corregir muchas de las fallas de la ley. En este número de los Enfoques de Política Sanitaria se ofrece una propuesta de regulación para el artículo 7º de la ley, que estipula la prohibición de comercializar planes de salud parciales. Esta prohibición es un grosero error de política. Aquí se presenta una propuesta para enmendarlo.



Por **Jorge Colina**
Economista de IDESA

La nueva ley de medicina prepaga (Ley 26.682) tiene muchos errores técnicos, pero uno de particular importancia ha sido la restricción para comercializar planes parciales. En el artículo 7º se estipula que las empresas "... deben cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial, el Programa Médico Obligatorio (PMO)...".

Esta obligación olvida que al plan de salud no lo paga el Estado, lo paga el usuario, por lo tanto si el Estado fuerza a que los planes contengan todas las prestaciones, los costos van a ser muy elevados y muchos usuarios van a quedar sin la posibilidad de acceder o de mantener su afiliación a una empresa de medicina privada.

Es más, también implica un derroche de recursos. Porque se está obligando a pagar con gasto de bolsillo muchos servicios que la persona ya paga a través de sus impuestos (para el sistema público) y a través de su salario (para las obras sociales), con muy pocas probabilidad de utilizarlos. Estipular que las empresas tienen que brindar solamente el PMO encarece innecesariamente el costo de los planes.

Parece haber prevalecido la aspiración de no dar marcha atrás en el derecho que hoy tienen los beneficiarios de la seguridad social de acceder, como mínimo, al PMO. Ciertamente que las empresas de medicina prepaga atienden, en parte, a beneficiarios de la seguridad social, con lo cual el principio sería trasladable. De todas formas, no hay que perder de vista que en la seguridad social el afiliado aporta coercitivamente y el sistema funciona como un mecanismo colectivo de financiamiento de la salud, con un fondo solidario que -aunque imperfectamente- incorpora cierta solidaridad en el financiamiento, por ello cabe el mandato de que todos los afiliados a la seguridad social reciban, como mínimo, el PMO.

Diferente es la situación de los afiliados particulares a las empresas de medicina prepaga. Éstos se afilian

voluntariamente y, sin recibir ninguna ayuda estatal, pagan enteramente su plan con dinero de bolsillo. Para muchos de estos afiliados, pagar un PMO entero implica un monto demasiado elevado.

De todas formas, el mismo artículo 7° ofrece la solución. En su última parte, estipula que el Ministerio de Salud de la Nación puede reglamentar planes parciales. Acertadamente señala que "... la Autoridad de Aplicación podrá proponer nuevos planes de coberturas parciales a propuesta de la Comisión Permanente prevista en el artículo 6° de la presente ley. En todos los planes de cobertura médico-asistencial y en los de cobertura parcial, la información a los usuarios debe explicitar fehacientemente las prestaciones que cubre y las que no están incluidas..."

Este párrafo es acertado. Deja en claro que el plan parcial no es sinónimo de desprotección regulatoria, sino un tipo de servicio alternativo al PMO que puede estar correctamente regulado y definido de manera puntillosa y transparente. En esta perspectiva, se está ante la oportunidad de incorporar una mejora sustancial en el marco regulatorio. A través de la reglamentación del artículo 7° se podría estructurar el esquema que se presenta en la *Figura 1*.

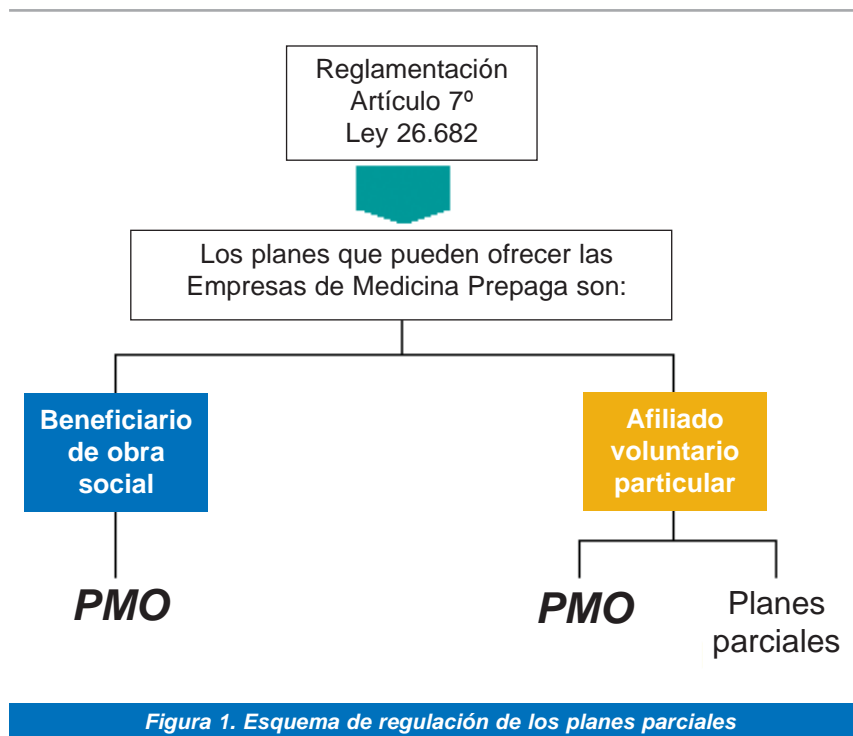


Figura 1. Esquema de regulación de los planes parciales

Es decir, mantener como eje central el PMO, debiéndose otorgar indefectiblemente cuando la empresa de medicina prepaga afilie a un beneficiario de seguridad social con el mecanismo de derivación de aporte. Pero en el caso de los afiliados voluntarios se debería abrir la posibilidad de que, además del PMO, las empresas puedan ofrecer a la gente planes parciales. De esta forma, quién no tiene dinero suficiente para comprar un plan integral podrá optar por una alternativa más barata (un plan parcial), que hasta incluso puede reportarle mayores beneficios con un nivel de protección no muy diferente al del PMO pero con un costo proporcionalmente mucho menor.

La lógica del esquema es que quién se afilia a una empresa de medicina prepaga desde la seguridad social, como aporta coercitivamente al seguro social, tiene garantizado el PMO, tal como lo establece su ley "madre" (que es la Ley 23.661 de marco regulatorio de las obras sociales). Pero para las personas que, teniendo la cobertura sólo del sistema público, PAMI u



otra obra social no regulada por la Ley 23.661, y quiere comprar un plan privado, podría ofrecérsele un plan PMO (el cuál tendrá un precio muy elevado) o bien un plan parcial con alguno de los formatos que se presenta en la *Figura 2*.

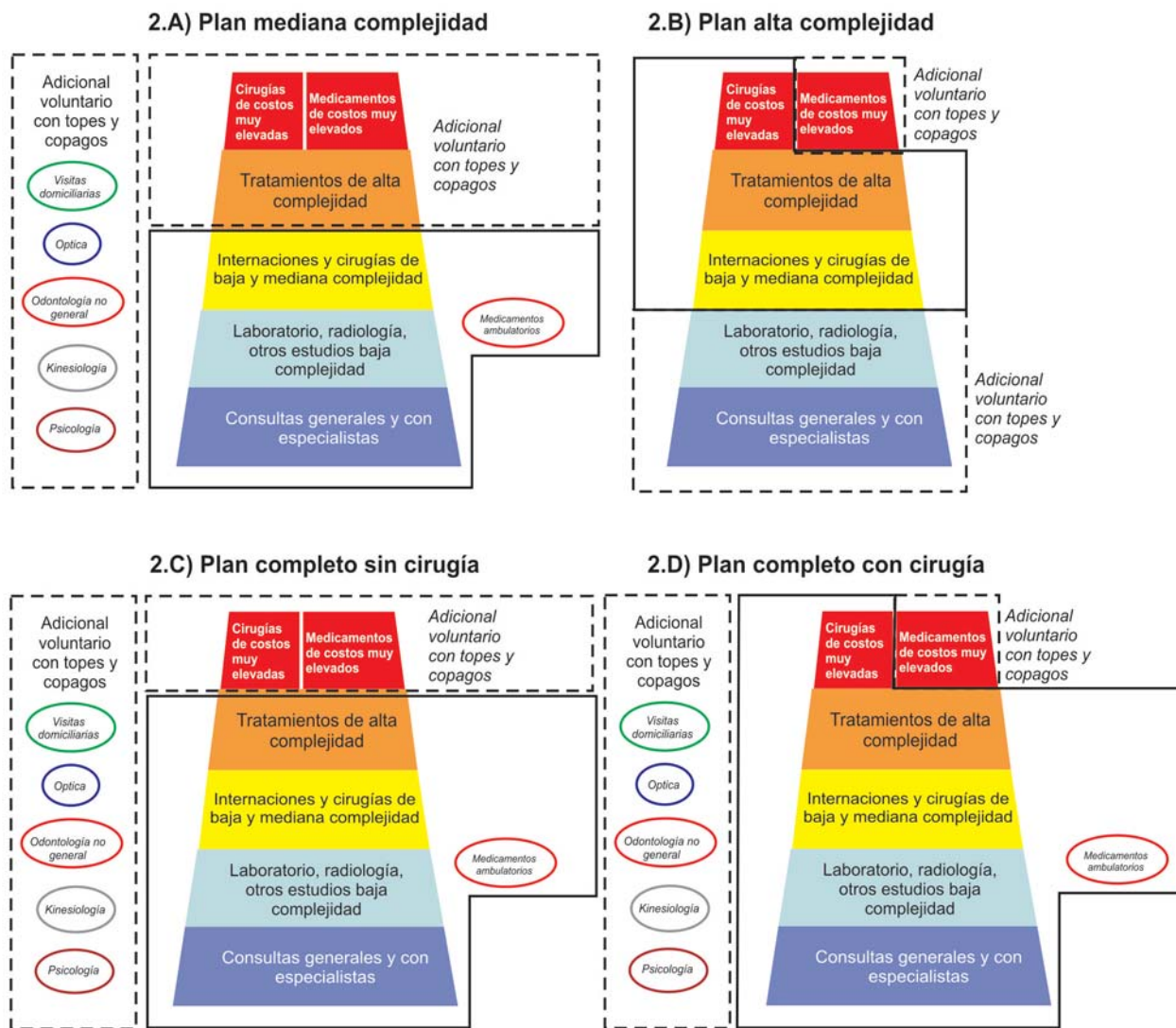
Los diferentes gráficos de la *Figura 2* ilustran la multitud de matices que se pueden lograr regulando los planes parciales. Un formato puede ser un plan de mediana complejidad (*Figura 2.A*) que cubra las prestaciones de consultas, estudios de rutina y las internaciones. Este es un plan que se ajusta a las necesidades de la gente que concurre frecuentemente a los médicos generales, pediatras y especialistas, y requiere básicamente estudios médicos convencionales. Es un plan con el que se puede generar una muy buena relación de cobertura/precio para gente joven o de mediana edad y familias con niños.

A este plan se le podría adicionar, si la persona quiere, módulos con topes y copagos para los servicios colaterales (kinesioterapia, psicología, odontología no general, mayor cobertura de medicamentos ambulatorios, óptica, visitas domiciliarias. etc) o prestaciones de mayor complejidad (si desea asegurarse por el remoto caso de una enfermedad seria).

Otro formato puede ser un plan de alta complejidad (*Figura 2.b*) donde se cubre con un alto porcentaje de cobertura a la internación, y los tratamientos y cirugías de alta complejidad, mientras que las consultas y los estudios de rutina se cubren con módulos adicionales voluntarios con límites y copagos. Este es un tipo de plan que se ajusta muy bien para familias que tiene médicos de familias o pediatras propios (que no están incluidos en cartillas de las empresas de medicina prepaga), o personas de mediana edad que no suelen concurrir frecuentemente al médico pero desean asegurarse contra alguna afección seria (enfermedades cardiovasculares, la necesidad de una internación, cirugía, etc).

También pueden generarse planes más completos donde se conjuguen altos niveles de porcentaje de cobertura para la baja, mediana y alta complejidad, dejando para los módulos voluntarios con tope y copagos a la cirugía de alta complejidad (sería un plan completo sin cirugía -*Figura 2.C*) o incorporando la cirugía de alta complejidad al cuerpo del plan (sería un plan completo con cirugía -*Figura 2D*).

Figura 2. Formatos de planes parciales



En cualquier caso, este ejercicio ilustra cómo los planes parciales permiten armar diferentes opciones de servicios para diferentes necesidades y preferencias, que obviamente implicarán diferentes precios y, por lo tanto, mayores posibilidades de más gente de

acceder a la medicina privada. En ningún caso implica desprotección, porque la persona puede comprar los adicionales al plan parcial y además todo lo que no compra en el sistema privado lo tiene cubierto en el sistema público y/o la seguridad social.



Es un método muy utilizado en los países más avanzados, donde hay sistemas públicos y seguros sociales, complementados con planes privados, porque permite: a) que la gente no necesariamente tenga que pagar un precio excesivamente alto por un plan privado; y b) que no se derrochen recursos porque muchos servicios de los planes integrales es poco probable que se utilicen, y si se llegaran a necesitar, al final de cuentas, la persona cuenta con la cobertura pública y de la seguridad social.

Lo más importante es no perder de vista que en los planes particulares voluntarios el costo del plan no lo paga el Estado, lo paga la persona. Por eso, una regulación que los prohíba lo único que está logrando es obligar a la persona a comprar el plan más caro.

CONCLUSIÓN

Los planes parciales son instrumentos necesarios para ajustar la cobertura de los servicios médicos a las necesidades y posibilidades económicas de la gente que quiere optar por el sistema privado como un complemento. No implican desprotección, porque lo que la gente no compra en el plan parcial lo tiene cubierto en el sistema público o la seguridad social, y los planes parciales deberán ser aprobados por la autoridad de aplicación para prevenir que la definición de los servicios que se incluyen y se excluyen estén transparente-

mente identificados por las personas, las empresas y la autoridad de aplicación.

Para ejemplificar, todos los seguros que la gente compra para otros ramos de protección (seguros de vida, de ahorros, de accidentes personales, de la propiedad, etc.), todos conforman un conjunto vasto de planes parciales con diferentes niveles de coberturas, y todos deben estar aprobados por la autoridad de aplicación para poder ser comercializados. Es decir, definir correctamente los planes parciales para estipular de manera transparente los límites de la protección y minimizar los conflictos de interpretación es una técnica que en Argentina se aplica desde hace muchos años. Es absurdo que en materia de seguros de salud mantenga en la tesitura de su prohibición.

Un aspecto particular son los medicamentos de muy alto costo, por enfermedades raras. Esos costos no son asegurables con planes particulares, si no median límites y copagos, porque su costo es tan elevado que un solo afiliado que requiera estos medicamentos provoca un severo quebranto a todo el colectivo asegurado. Por eso, en los ejemplos aquí presentados no se incorporan en ningún momento al cuerpo central de los planes sino que se manejan como módulos adicionales, con límites y copagos. Estos tipos de medicamentos deben ser asegurados de manera universal a toda la población con financiamiento colectivo. Esta propuesta se desarrollará en el próximo número de los Enfoques de Política Sanitaria. Hasta entonces. ■