

LAS PREPAGAS EXISTEN GRACIAS AL FRACASO DEL SISTEMA SANITARIO

El Congreso está analizando un necesario marco regulatorio para las empresas de medicina prepaga. Lamentablemente, los proyectos sobre los que se está trabajando pasan por alto que, en la mayoría de los casos, los ciudadanos optan por una prepaga como consecuencia de la insatisfacción que generan los hospitales públicos y las obras sociales. Por eso, en lugar de mejorar la eficiencia de estas instituciones se propone obligar a las prepagas a cubrir enfermedades generadas antes de la afiliación, es decir, que debieron ser asumidas por los mecanismos de cobertura para los cuales los ciudadanos pagan impuestos y realizan aportes.

Las empresas de medicina prepaga son instituciones privadas, con y sin fines de lucro, que se especializan en ofrecer *seguros de salud voluntarios*. Esto implica que las personas pagan *voluntariamente* un monto mensual de dinero que les da derecho a acceder a prestaciones de atención médica. Su lógica de funcionamiento es análoga a la de los seguros generales. Las personas voluntariamente pagan una prima (la cuota de la prepaga) a fin de acceder a una reparación cuando les ocurre el siniestro (prestaciones médicas ante una enfermedad). Así como se contrata el seguro de un auto para tener respaldo ante la eventualidad de sufrir un siniestro, en salud las personas aportan una cuota para que, en caso de contraer una enfermedad, la prepaga suministre atención médica, medicamentos y otros tipos de prestaciones.

En la Argentina, los seguros privados de salud –o empresas de medicina prepaga– conviven con otros mecanismos de cobertura sanitaria. En base a las reglas institucionales vigentes y a datos extraídos de la EPH del INDEC, las modalidades de cobertura se distribuyen de la siguiente manera:

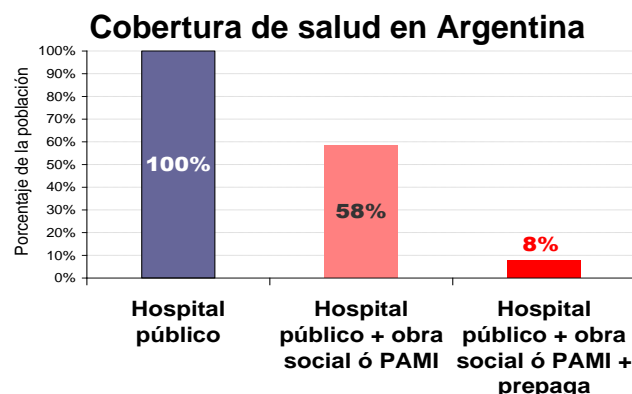
- El **100%** de la población tiene derecho a recibir prestaciones sanitarias en los hospitales públicos los cuales se financian, en la mayoría de los casos, con los presupuestos públicos provinciales.
- Un **58%**, además del hospital público, cuenta con la cobertura de una obra social o PAMI para lo cual realiza aportes sobre los salarios y las jubilaciones.
- Un **8%**, además de la cobertura del hospital público y la obra social y PAMI, opta voluntariamente por afiliarse a un seguro privado o empresa de medicina prepaga, para lo cual paga una cuota.

La mayoría de las personas afiliadas a una prepaga lo hace a través del mecanismo de *derivación de aportes*. Esto es, opta por derivar sus aportes de obra social a la prepaga y pagar los adicionales si es que fueran insuficientes para cubrir el precio del plan. De todas formas, los datos ilustran que la cobertura sanitaria a través del mecanismo público es, en teoría, universal. Además de que toda la población tiene derecho a ser atendido en los hospitales públicos, casi 2 de cada 3 personas cuentan con la cobertura de una obra social o PAMI gracias a que realizan aportes a la seguridad social. En este marco, la principal explicación de que un 8% de la población decida derivar su aporte y/o pagar una prepaga es la insatisfacción con los otros dos mecanismos de cobertura. Desde largas esperas y prestadores de baja calidad hasta el uso de medicamentos adulterados, existen muchas razones que justifican el rechazo.

Los seguros de salud privados son básicamente el resultado del fracaso sanitario argentino. Si el sistema público de salud y las obras sociales cubrieran razonablemente las expectativas de los ciudadanos, la mayoría de la gente no estaría dispuesta a realizar el esfuerzo de pagar la cuota de una prepaga, en superposición con los impuestos y, muchas veces, con los aportes a la seguridad social. Se trata de otro síntoma de subdesarrollo. En los países avanzados, la mayoría de las personas gastan muy poco de su dinero en seguros privados, ya sea porque acceden satisfactoriamente al sistema público (España, Canadá, Italia, Inglaterra) o a la seguridad social (Alemania, Francia, Suiza u Holanda).

En este marco, **la prioridad desde el punto de vista sanitario es mejorar la eficacia de los hospitales públicos y el funcionamiento de las obras sociales.** En segundo orden de importancia aparece generar un marco regulatorio que garantice transparencia y competencia en el segmento de las empresas de medicina prepaga. Particularmente importante dentro de esto es fijar reglas que eviten potenciales abusos o interpretaciones capciosas de los contratos y garanticen la solvencia financiera de las instituciones.

Lamentablemente **las iniciativas que se están promoviendo en el Congreso agregan nuevos factores de desprotección a la población.** Dentro de ellos, el más dañino es la cláusula que obliga a las empresas de medicina prepaga a cubrir enfermedades generadas antes de la afiliación. Es decir, se pretende derivar a la prepaga la responsabilidad que no asumió el hospital público y/o la obra social. Es como pretender que los seguros de autos asuman los costos de siniestros ocurridos antes de la contratación de la póliza. Esta inconsistencia desnuda la falta de entendimiento de las prioridades sanitarias y anticipa que se profundizan las condiciones para que se siga degradando la calidad de vida de la gente.



Fuente: **IDESA** en base a EPH del INDEC (2º trimestre, 2010).