

CAMBIAR LA LÓGICA DE LOS COPAGOS PARA RECUPERAR AL MÉDICO DE CARTILLA

Jorge Colina. Economista de IDESA.

Un secreto a voces es que las cartillas están funcionando mal porque los médicos están disconformes con sus honorarios. Si hay que poner más plata de bolsillo para mejorar la paga del médico de cartilla que sea de manera criteriosa. Esto implica cambiar la lógica de los copagos.

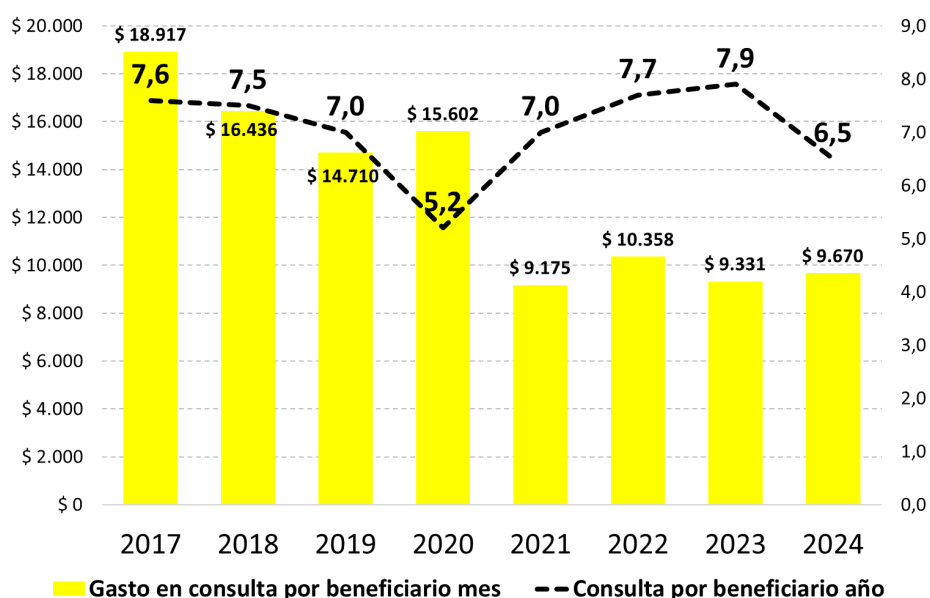
El consultorio del médico clínico en crisis

Las cartillas de las empresas de la medicina privada están en fuerte tensión. La gente llama y los médicos no tienen turnos, o los tienen para dentro de 30 días, recurren entonces a las guardias y éstas están colapsadas. La gente está disconforme por las demoras en el acceso a una consulta clínica, los médicos están disconformes por el exceso de demanda de consultas. Los financiadores privados de la salud están disconformes porque el gasto médico no cede. Nadie conforme. Guste o no esta es la realidad. Y a la realidad hay que mirarla con crudeza para cambiarla.

En este sentido, puede servir mirar el Gráfico 1. Allí se presenta el gasto médico mensual per cápita de los financiadores privados de la salud asociados a ADEMP a precios de setiembre del 2025 y la cantidad de consultas por beneficiario año de las entidades.

Gráfico 1. Gasto mensual en consultas y consultas por beneficiario año

Gasto mensual en pesos a setiembre 2025



Fuente: Encuesta ADEMP

El dato revelador está en el 2021. El gasto en consultas por beneficiario venía cayendo desde el 2017. Aunque también venían cayendo las consultas por beneficiario. En el 2020 con la pandemia sucede algo tan raro como la pandemia. Se desploman las consultas porque la gente fue forzada al encierro en sus casas, las consultas de guardias y urgencias se pagan mejor, entonces, sube el gasto en consulta por beneficiario; el cual se puede pagar porque cayó la tasa de consulta por beneficiario.

Cuando en el 2021 se libera a la gente para que vaya al médico, la demanda contenida era importante. Tanto que la tasa de consulta llega a ser en el 2023 mayor que en el 2017, cuando en el 2023 la economía argentina estaba hundida en una profunda crisis, mientras que en el 2017 era tiempo del último “veranito” antes de que se desatara la crisis (que todavía persiste) del 2018. Es claro que la demanda contenida era grande.

Pero el gobierno fue recalcitrante con los controles de precios de la medicina prepaga entre el 2021 y el 2023 lo que produjo un fuerte retraso de precios en los planes de salud privados. Los efectos de los controles de precios estuvieron agravados por una fuerte aceleración inflacionaria que casi termina en hiperinflación. En el 2021 la inflación anual fue de 50%, en el 2022 del 95% y en el 2023 del 211%. Esto hizo que los honorarios del médico de consultorio se deterioren severamente.

El Gráfico 1 muestra que mientras la demanda de consultas era normal (8 consultas por beneficiario año), el gasto por beneficiario por consultas pasó a ser un 50% inferior a partir del 2021. Esto implica que el honorario médico, a la salida de la pandemia, perdió mucho valor real. A partir del 2021 la tasa de consulta siguió creciendo y el gasto por consulta por beneficiario siguió estancado. Signo de que el honorario médico se deterioraba en términos reales, lo que el común de la gente sintió con turnos que iban a 30 días y guardias colapsadas. El 2023 fue especialmente crítico. Pico de demanda de consultas con honorarios reales por el piso y las guardias con la gente haciendo fila.

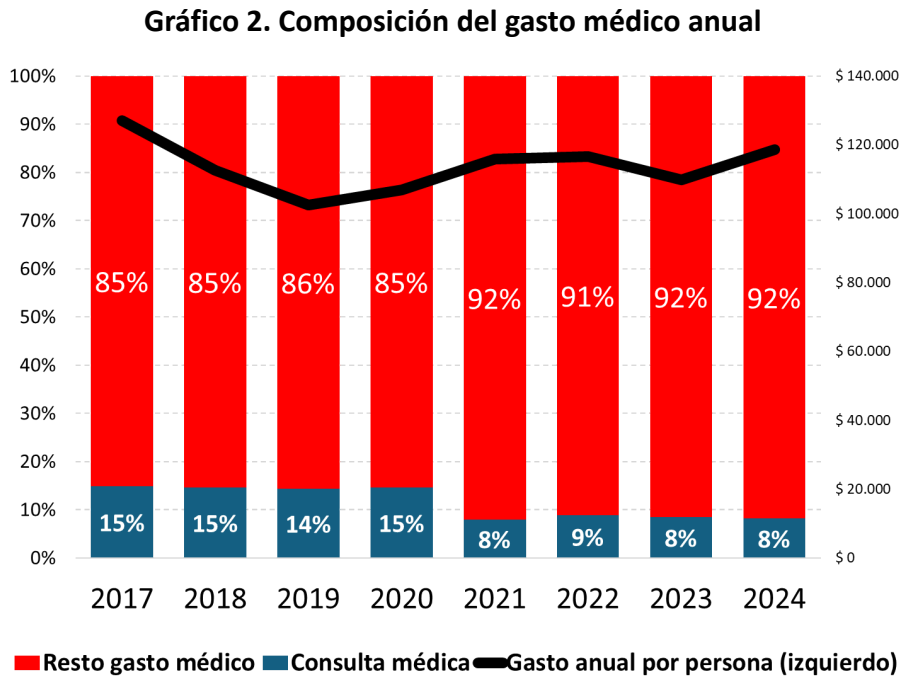
La novedad del 2024

El 2024 trae una novedad. No mejora el gasto real en consultas por beneficiario, pero cae la tasa de consulta por beneficiario año a 6,5 desde su nivel normal que era casi 8.

Un factor que podría estar explicando esta caída en la tasa de consulta por beneficiario año es el paso de la gente de la consulta presencial a la consulta virtual. Hay que aclarar que la tasa de consulta por beneficio año reportada en el Gráfico 1 corresponde sólo a consultas presenciales.

Ante las dificultades para la accesibilidad a los médicos de cartilla, la gente se volcó crecientemente más a la consulta virtual. La consulta virtual rinde más. Porque es bastante más expeditiva, por lo tanto, el bajo honorario del médico se compensa con un uso más eficiente del tiempo. La calidad que tiene la consulta virtual está lejos todavía de ser medida, pero termina siendo una forma válida de contener la demanda en un escenario de escasez aguda de recursos en la medicina privada.

Bajando la tasa de consulta por beneficiario para soportar el retraso del valor real de los honorarios convalida el cambio en la composición del gasto médico que se dio en la pandemia. El Gráfico 2 muestra cómo el gasto anual por persona se mantuvo estancado y como el honorario médico terminó cediendo con respecto a los otros gastos. Hasta el 2020 el 15% del gasto médico privado se lo llevaban los honorarios. A partir del 2021 los honorarios representan el 8%.



Fuente:

encuesta ADEMP

Esto no es buena noticia porque los médicos son la puerta de entrada al sistema y los que deben velar por el uso racional de los recursos. Si están mal pagados, el supuesto “ahorro” que se logra en el honorario se termina pagando por malos gastos evitables hechos adentro del sistema. En definitiva, esto agrava el problema de la escasez de recursos. En este marco, con médicos de cartilla mal pagos, meter más plata al sistema no garantiza mejores resultados. Al contrario, es quemar plata en un sistema que no está bien administrado.

Propuesta de política

Los planes privados de salud tienen que cambiar la lógica de los copagos. Los financiadores no tienen que determinar el honorario de los médicos y tampoco fijar un copago que financie una parte del honorario.

La nueva lógica debería ser que el médico de cartilla tenga libertad para fijar su honorario. El financiador privado debería transparentarle al afiliado el monto que le pagará al médico de la cartilla y el afiliado deberá abonar –como copago, de bolsillo– la diferencia entre lo que pague el financiador y el honorario fijado por el médico.

Con este método, el médico estará más conforme y proclive a atender su cartilla, el financiador tendrá controlado el gasto y el afiliado tendrá la libertad de elegir a los médicos de la cartilla en función de los honorarios y la percepción que tenga de la calidad de su atención.

¿Será más gasto de bolsillo para el afiliado? Difícil saberlo porque hoy mucha gente con cobertura de medicina privada termina pagando los honorarios con pagos de bolsillo.

Pero aunque sea más gasto de bolsillo será mucho más ordenado y transparente lo que redundará en una mejor relación “médico de cartilla – paciente”. Con seguridad, esto redundará en mejor uso del gasto médico al interior del sistema.

El sistema privado de salud tiene una demanda que supera su disponibilidad de recursos. Los afiliados van a tener que poner más plata porque la medicina es cada vez más cara y la gente demanda cada vez más medicina. Lo importante es que la más plata que pongan sea de manera ordenada, transparente y racional para que sea más plata por más valor. Una forma de lograr esto es cambiando la lógica de los copagos: el médico de cartilla define su honorario, el financiador transparenta al afiliado que porción paga y el afiliado decide si paga o no la porción restante. Como funciona un seguro convencional.