

En terapia intensiva

Mientras el Estado regula los aumentos, las empresas de medicina privada comienzan a perder rentabilidad y algunas alertan por la baja de afiliados. Con un diagnóstico delicado, el sector se unirá por primera vez bajo una organización común para reclamar medidas paliativas que minimicen el impacto de la crisis.

Por Lucila Lopardo

La sala de espera suele ser uno de los pocos lugares en los que se producen encuentros impensados. Allí se pueden ver familias que se reúnen después de años o amigos que se reencuentran a la espera de recuperación de un colega. Si hoy hubiera que posicionar a todas las compañías de medicina prepaga en un mismo lugar, sin dudas, el escenario sería ese. Férreos competidores y poco tendientes a hablar con los medios, hoy, hablan todos. Y también hablan entre ellos. Porque a pesar de que el ítem salud es uno de los últimos en ajustarse en la canasta del argentino de clase media y alta, a principios de 2019, los ejecutivos empezaron a ver un “efecto goteo” en sus cápitales derivado de la recesión económica e, insisten, de una “ausencia total del Estado”. Lo acusan de intervenir a la hora de regular los aumentos en las cuotas, pero de quedarse en “intenciones” al tratar otros puntos que, para los ejecutivos, resultan fundamentales en la formación de precios.

Entre estos, mencionan la necesidad de crear una entidad pública que regule y evalúe la incorporación de nuevas tecnologías o medicamentos que pueda comprar al por mayor y disminuir el

impacto de los costos en dólares. Hace dos años, el Gobierno de Mauricio Macri planteó la creación de una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnología de Salud (Aagnet), pero el proyecto quedó en la nada. “No pasó ni por Diputados, ni por Senadores, ni por nada”, confirma el directivo de una de las principales firmas. También plantean la necesidad de rebalancear las coberturas que alcanza el Plan Médico Obligatorio (PMO), que nació en 2002 para garantizar una canasta básica de cobertura pero, según denuncian los propios directivos, se convirtió en una base “infinita e insostenible”.

En términos generales, la torta de salud argentina se divide en tres porciones: aquellos que no poseen ningún tipo de cobertura y dependen de los servicios públicos nacionales, provinciales o municipales (33,9 por ciento); los que están cubiertos por el sistema de seguridad social en el que coexisten 300 obras sociales (63,5 por ciento); y quienes poseen un programa de medicina prepaga (13,5 por ciento). Según el informe sectorial que realiza año a año el área técnica de la Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico (Cadime), se estima que un 11 por ciento de la población posee una doble cobertura formal.

El casi 14 por ciento de la población con prepaga son unos 6 millones de personas que, mes a mes, pagan la cuota de un servicio médico. Según informan las compañías, la ecuación general suele ser la misma: un 30 por ciento son clientes voluntarios que ponen el valor total de su bolsillo, mientras que un 70 por ciento lo deriva desde su obra social y paga la diferencia. Las principales firmas que compiten en este universo, entre entidades privadas y organizaciones sin fines de lucro – como los hospitales de comunidad – son unas 10, aunque más del 50 por ciento de la torta queda para OSDE y Swiss Medical. La primera, con 2,2 millones de afiliados; la segunda, con más de 950.000, aunque, aclara, es la primera netamente privada. En tercer lugar figura Galeno, propietaria de siete sanatorios –La Trinidad y Dupuytren– y siete centros médicos propios, con 750.000 afiliados.

“Se nos están yendo afiliados. Es un goteo, un claro índice de que algo está cambiando”, asegura Luis Fontana, director General de OSDE, quien describe el proceso: “Primero se bajan de plan y después se van porque no lo pueden pagar. Esto empezó hace dos o tres meses como resultado de la crisis, pero nuestros problemas vienen de antes”. En

2018, OSDE facturó \$ 82.700 millones. Fontana asegura que en 2017 “perdieron plata” y que el año pasado “empataron por poco”. Y alerta: “Nosotros tenemos mucha población, pero imaginate lo que sufren las que tienen menos afiliados. La ecuación no cierra. En el corto plazo vamos a asistir al quiebre de empresas de medicina prepaga chicas”.

Con solo un par de horas de diferencia, al otro lado del teléfono, Claudio Belocopitt define a 2018 como un año “espantoso”. El empresario posee el 68,65 por ciento de Swiss Medical, firma que el año pasado facturó \$ 35.865 millones y hoy se encuentra construyendo un sanatorio nuevo en Nordelta y otro en Neuquén. “Más allá de que el sistema tiene problemas estructurales que denunciamos y que lo hacen inviable, 2018 fue especialmente anormal porque la devaluación tan brusca hizo que sea absolutamente imposible compensar el desfase”, diagnostica. Belocopitt reconoce que sus clientes se ubican en un segmento medio y alto, por lo que tienen “un comportamiento bueno”. “Los nichos del sector medio alto no cayeron. El problema no es de cantidad de clientes, sino en que estos paguen por la calidad del servicio que se está brindando”, dice.

La regulación: esa es la cuestión

Las empresas de medicina prepaga le ponen fecha al inicio de su crisis: ma-

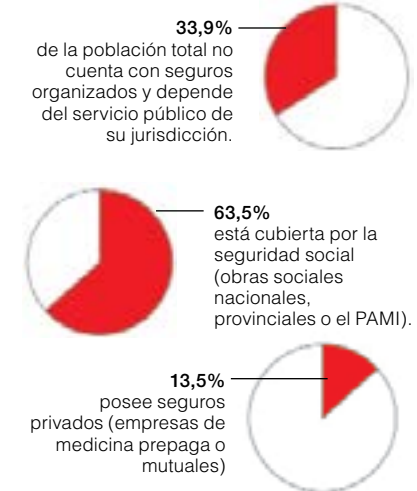
yo de 2011, momento en el que el Congreso aprobó la Ley 26.682 de regulación del sistema de medicina prepaga, impulsada por el entonces gobierno de Cristina Fernández de Kirchner y, en particular, por su secretario de Co-

mercio, Guillermo Moreno. Aún vigente, la norma plantea en su artículo 5° la regulación por parte del Estado del aumento de las cuotas del servicio. Hasta enero de 2019 esto

era llevado adelante por la Secretaría de Comercio. El nuevo Gobierno limitó la responsabilidad a la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) y al Ministerio de Salud –hoy adherido al de Desarrollo Social bajo el ala de Carolina Stanley– pero, en definitiva, la mantuvo. Esta ley conserva la obligación del PMO y además, impide a las empresas rechazar la afiliación de personas con enfermedades preexistentes y sostiene que la edad no puede funcionar como criterio para rechazar una admisión, entre otros requisitos.

“La regulación que tenemos nos ha hecho mucho daño. Uno cree que agregarle prestaciones está bueno, pero la ley dice que nos tenían que acompañar con el financiamiento adecuado para cada prestación, cosa que no sucedió. Eso fue deteriorando las rentabilidades hasta dejarnos por debajo del punto de equilibrio”, sostiene Julio Fraomeni, presidente del Grupo Galeno que, entre sus operaciones de medicina prepaga, seguros, ART y servicios financieros factura \$ 50.000 millones y emplea a 12.000 personas. En salud, Grupo Galeno tiene más de 35 años de experiencia. Para

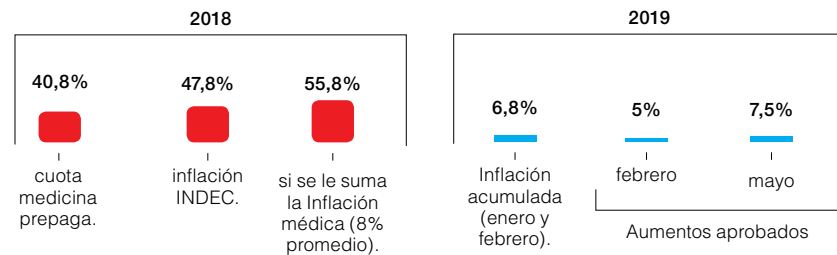
Un sistema diseminado



Fuente: CADIME. Informe sectorial de servicios de salud.

Se estima que casi un 11% de la población tiene doble cobertura formal (seguridad social y seguro privado).

Cuotas vs. inflación



Fuente: APERTURA en base a datos del mercado.

2019 tiene planeadas la inauguración de la cuarta torre de la Trinidad de Palermo, continuar con la construcción de la Trinidad de Neuquén y el inicio de las obras de la Trinidad Mendoza, proyecto que se terminará entre 2021 y 2022. En total, desembolsará \$ 3000 millones que, además, irán a una inversión que terminará en la creación de una aplicación integral del Grupo Galeno, desde la que los afiliados podrán realizar consultas virtuales o pedir una receta digital.

Fraomeni confirma que la empresa pudo mantener la cartera pero que, como a todas, “no le fue bien económicamente”. Y aclara: “El impacto de la devaluación del dólar de \$ 20 a más de \$ 40 fue muy difícil de abordar”. Para dar cuenta de la situación explica que, en términos generales, los costos se dividen en dos grandes porciones: un 65 por ciento corresponden a recursos humanos y el otro 35 por ciento, a compra de insumos y tecnología. “Eso es todo dólar porque, desgraciadamente, acá no se fabrica nada. Lo que se fabrica puede ser medicación de laboratorios nacionales, pero la droga viene de afuera”, insiste.

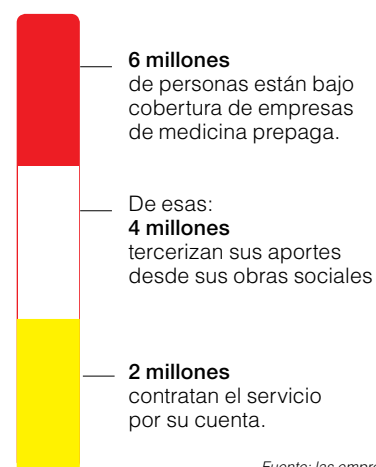
Allí es donde pega la regulación. Si se analiza la evolución de la inflación contra el aumento de las cuotas de servicio en 2018, quedaron atrasadas en un 7 por ciento. Mientras que el Indec comunicó un aumento en el índice de precios al consumidor de 47,8 por ciento, al final del año, las boletas de medicina prepaga acumularon una suba del 40,8 por ciento. Al cierre de esta edición, en lo que va de 2019, el Gobierno autorizó dos aumentos: uno del 5 por ciento en febrero y otro del 7,5 por ciento en mayo, aunque la inflación ya acumula 6,8 por ciento solo para enero y febrero. “Si sumás enero, febrero, marzo, abril

y el propio mayo, te va a dar no menos que el doble. A la inflación la corrés por atrás y con menos de lo que necesitás. La ley es mala, pero en momentos de procesos inflacionarios altos es más mala todavía”, remata Fraomeni.

Para el sector salud, hacer el análisis solo con la inflación macro resulta incompleto. A nivel mundial, los avances de las nuevas tecnologías aplicados a los equipamientos, medicinas y las investigaciones generan un fenómeno denominado inflación médica, la cual, en los últimos años, rondó el 8 por ciento. “Esto es visto rápidamente como algo bueno para todo el mundo, se alargó la esperanza de vida. Pero tiene un costo. A nuestra inflación tenemos que sumarle este porcentaje”, sostiene Fontana.

A modo de ejemplo, Fraomeni cuenta que, en Brasil, a pesar de que la inflación de 2018 cerró en un 3,75 por ciento, las empresas de medicina privada aumentaron sus servicios entre un 12 y un 13 por ciento por contemplar este efecto. “En la Argentina, tenés dos

Empresas de medicina prepaga



Fuente: las empresas.

formas: no mirar esto y no hacerlo o tratar de acompañar el proceso de crecimiento que tiene el sector con lo último, pero eso tiene un costo”, aclara.

José de All, director Ejecutivo del Sanatorio Otamendi, que emplea a 1200 personas y facturó, en 2018, \$ 1249 millones, explica que, para un prestador, la necesidad de incorporar nueva tecnología es la base para sostener el negocio. “Los financiadores de la salud, así como los actores de la seguridad social, han hecho un esfuerzo por acompañar el aumento de costos con recomposición de precios, pero limitados a las posibilidades regulatorias y de trasladar a su vez esos incrementos a sus asociados y afiliados”, evalúa y sostiene que la diferencia entre el aumento de costos y su compensación “viene dejando al sector sanatorial, cada vez más, en una situación de mayor fragilidad”.

En este sentido, también pone el foco en la cuestión impositiva. “El principal problema tiene que ver con la falta de correspondencia entre lo que se tributa en impuestos y la prestación de servicios que se recibe a cambio. Cuando los ciudadanos tienen que contratar estos servicios del mercado privado se enfrentan a una doble imposición ya que al hacerlo pagan nuevamente impuestos, IVA, Ganancias e Ingresos Brutos”, analiza. Belocopitt coincide en este punto y denuncia que “la actividad de salud es considerada equivalente a cualquier otra. No tiene ningún régimen fiscal diferenciado y eso es una locura”. “El sistema de medicina prepaga da prestaciones a obras sociales del Estado como PAMI o IOMA con tarifas muy por debajo de las necesidades y el personal tiene las mismas tasas que las de un albergue transitorio. Hay industrias que sí tienen régimen diferenciado”, subraya y, para dar cuenta del estado de situación, agrega que desde Swiss Medical no pueden usar los saldos de IVA a favor ni siquiera para pagar otros impuestos.

Intención vs. realidad

En 2019, la novedad para el sistema de salud llegó por parte del Decreto 66/2019. Publicado en enero, habilita

a las empresas de medicina prepaga a dar planes parciales por fuera del PMO, aunque aclara que no se podrán derivar aportes de la seguridad social a un plan parcial. El documento explica que la medida tiene como objeto “compatibilizar, en forma razonable, las disposiciones legales con la realidad y el dinamismo intrínseco y propio del sector de la medicina prepaga”. Al momento, la ley sancionada por el kirchnerismo solo permitía ofrecer este tipo de paquetes para servicios odontológicos, de emergencias médicas y traslados sanitarios de personas; y para aquellos que desarrollaran su actividad en una única y determinada localidad con un padrón de usuarios inferior a 5000.

“Empresas como Medicus tuvieron este tipo de planes a medida desde sus inicios, pero dejaron de venderse cuando se implantó el PMO. La novedad es que vuelven a permitirnos ofrecer pla-

Nace la Unión Argentina de Salud

Al cierre de esta edición, todos los directivos de las empresas de medicina prepaga entrevistados por APERTURA confirmaron que se encontraban trabajando en la creación de la Unión Argentina de Salud (UAS). “Es como una Unión Industrial Argentina, pero de nuestro sector, para emprolijar la situación de contacto con la política, que se metió con nosotros”, ejemplificó uno de ellos. “El objetivo es que todas las empresas que trabajan en salud, cualquiera sea su actividad, estén bajo una organización para hacer más uniformes los reclamos”, señala Claudio Belocopitt, de Swiss Medical. Por su parte, Jorge Piva, de Medifé, aclara que todas las cámaras del sector que ya existen continuarán con su actividad habitual. El objetivo es que la UAS sea una institución de segundo grado. “Cuando la situación es buena, las relaciones son buenas entre todos. Pero cuando la situación es crítica todas las partes empiezan a querer salvarse, no es fácil ser solidario”, reconoce Luis Fontana, de OSDE, quien aclara que el contexto llevó al sector a entender que, si no funciona como un círculo virtuoso, la situación va a empeorar.

Principales empresas de medicina privada según cantidad de afiliados

Empresa	Cápitales
Osde	2,2 millones
Swiss Medical	952.533
Galeno	750.000
Sancor Salud	470.000
Medifé	270.000
Medicus	230.000
Accord Salud	200.000
Hospital Italiano	160.000
Hospital Británico	80.000
Hospital Alemán	51.000
Resto de las empresas	500.000

Fuente: datos de las empresas y del Informe sectorial de servicios de salud de CADIME.

nes con cobertura parcial. Estos planes serán mucho menos onerosos porque podrían complementar la cobertura que una persona ya tiene en su obra social”, plantea Jorge Aufiero, presidente y director Ejecutivo de Medicus, prepaga que cuenta con 230.000 asociados y factura \$ 8000 millones.

“Falta que se definan temas específicos, como el marco legal en el que se tienen que dar estos planes. Eso va a ser fundamental para que las empresas podamos trabajar en el armado y para que no haya 2000 planes y se pierda la transparencia de las empresas”, describe Fernando Werlen, director General de SanCor Salud, una de las compañías con mayor crecimiento en los últimos años. En 2013, se planteó un plan de negocios para saltar de un promedio de 200.000 afiliados a 450.000, cifra que alcanzó en 2018 gracias a una fuerte presencia en el interior y su desembarco en CABA. El último año facturó \$ 11.703 millones y mantuvo una rentabilidad del 3 por ciento, aunque aseguran que este índice presentó caídas durante el primer trimestre de 2019.

La estrategia de SanCor Salud se diferencia del resto del ecosistema por tener un 83 por ciento del segmento individuos y solo 17 por ciento del segmento empresas, aunque Werlen aclara que el foco estará en este punto, porque, para 2023, quieren llegar a 750.000 afiliados. Uno de los caballos de batalla de la firma es su nuevo plan Staff Médico, un producto que se ubica un

escalón más abajo del plan más barato de la firma. Con una cuota de \$ 3000 (para una pareja con un hijo bonificado), permite acceder al PMO, aunque con un menor nivel de servicio.

Jorge Piva, director General de Medifé, firma con 270.000 afiliados, explica que la falta de intervención del Estado en la regulación y compra de nuevos medicamentos representa una amenaza directa para las firmas. El caso local más reciente es el del medicamento Spinraza, diagnosticado para la Atrofia Muscular Espinal (AME), una enfermedad genética que ataca las neuronas motoras de la médula espinal y se ubica en el grupo de las llamadas “enfermedades raras”. “Es crónica y el costo por paciente es de US\$ 500.000 para el primer año. El Estado no tiene respuesta para esto. En el país hay 600 casos. Para las empresas, no importa si tenés 2 millones de afiliados o 50.000, esto desploma al sistema”, sostiene Piva. Al momento, la Spinraza fue aprobada por la Anmat pero aún no se aclaró cómo será la cobertura. En este punto es donde para las empresas cobra importancia la necesidad de la Agnet: por la capacidad de regulación y de compra de este tipo de medicamentos. “En Uruguay existen fondos del Estado dedicados a financiar enfermedades crónicas. Un porcentaje de la cuota de la prepaga va a ese fondo para cubrir los efectos financieros que significan estas nuevas medicinas”, ejemplifica Piva.

“Una agencia de ese tipo tendría poder de negociación frente a la industria farmacéutica o bien podría trabajar en la importación de genéricos a un costo menor y, también, cubrir el porcentaje de enfermedades catastróficas”, explica Fontana pero remata que, en la Argentina, la salud privada no es prioridad. “No le dan importancia hasta que necesitan usarlo”, se queja. En esta línea, Piva alerta sobre el impacto que el debate sobre salud tiene, hoy, en países como los Estados Unidos o el Reino Unido, y concluye: “Si no aparecen políticas de consenso, creo que el próximo Gobierno, en alguna altura de su mandato, va a tener que mirar a esos países en los que el sistema de salud se convirtió en un elemento divisor de la asignación de votos”. <AP>