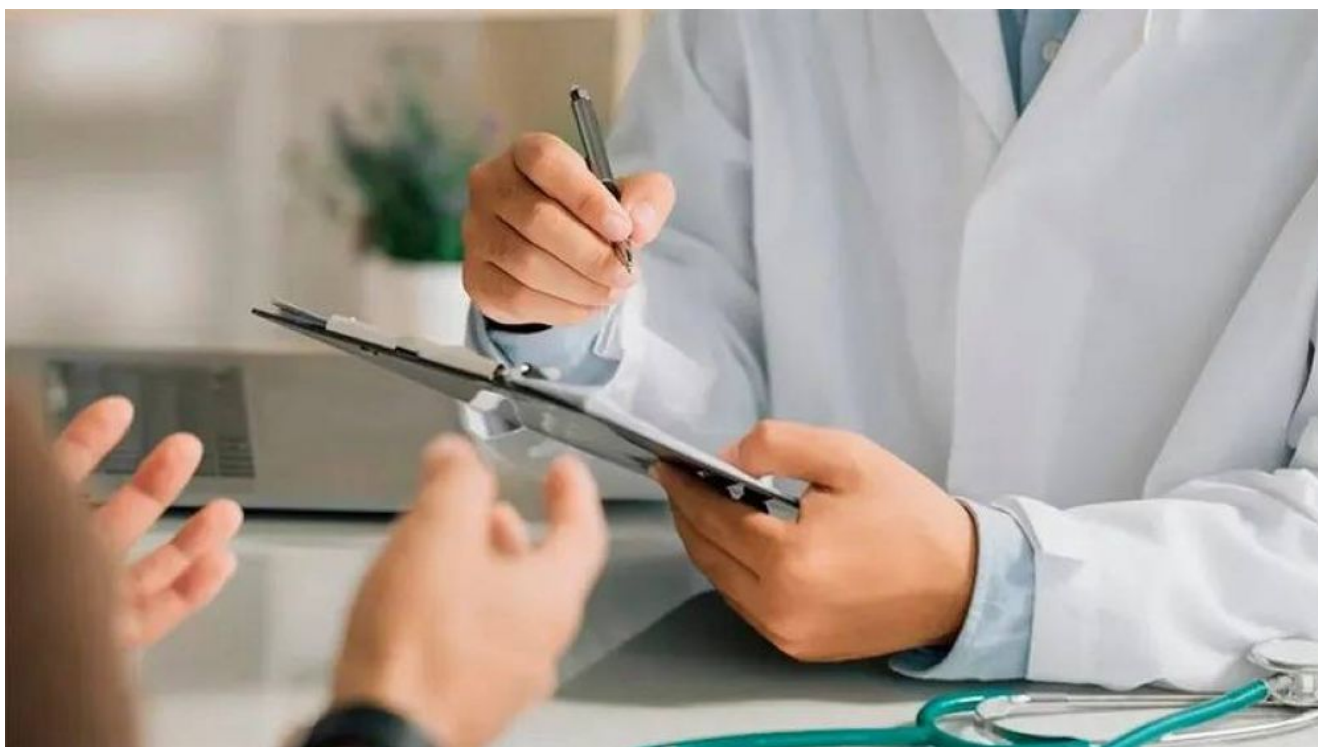


Los últimos cambios en la desregulación de obras sociales y prepagas: el impacto del copago y los coseguros para ampliar el sistema de salud

29/07/2024



Son tiempos de cambios para el sistema de salud en la Argentina. El Gobierno Nacional dio el primer paso con la aplicación del DNU 70/2023 y la introducción de modificaciones en la desregulación de las obras sociales y compañías de medicina prepaga, con el fin de promover la competencia en el sector salud y dar más libertad de elección a los beneficiarios.

La flamante normativa que impulsa el Gobierno Nacional establece que las contribuciones al Fondo Solidario de

Redistribución serán uniformes para todos los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud que reciben aportes y contribuciones, imponiendo una tasa fija del 15% para todos. Es decir, obras sociales sindicales, de dirección y prepagas.

En el caso de los afiliados voluntarios no hay aportes al fondo, con lo cual las prepagas tampoco reciben los beneficios del fondo. Esta regulación quedó detallada en el decreto **600/2024** de la **Superintendencia de Servicios de Salud**, ya publicado en el Boletín Oficial.

Uno de los cambios principales de la desregulación del sistema permite que, desde el inicio de un empleo, **los trabajadores puedan optar por una obra social** (ya sea la de su actividad laboral u otra) **o por un servicio de medicina prepaga.**

Para poner en contexto el tema, según pudo saber **Infobae** en diálogo con una alta fuente de la **Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)**, la importancia de **la liberación de los llamados copagos y coseguros** cobija una idea central y potente: **ampliar la oferta del sistema de salud.** “Que las empresas saquen planes con copagos más económicos para que así distintos segmentos de la población, por ejemplo **los jóvenes que hoy pagan por cosas que no usan, tengan una nueva opción para contratar**”, detallaron.

Y graficaron a **Infobae**: “Hoy una **persona joven paga la misma cuota que una persona mayor que, en vez de ir una vez por año al médico, va seis veces**”.

Según la nueva reglamentación, la empresa de medicina prepaga o la obra social tiene que presentar un plan con copagos o coseguros en la Superintendencia de Servicios de Salud y estos se tienen que aprobar. Es por eso, según remarcan desde la SSS, que no se trata de que cualquier empresa de medicina prepaga mañana puede tener un plan y poner un copago; sino que **lo tienen que habilitar previamente y se tiene que autorizar.**

Según explicaron a **Infobae**, el organismo lo único que dejó de hacer es regular el precio del valor de la cuota. “Somos los encargados de fiscalizar a los agentes de salud y garantizar la libre competencia en el mercado”, detallaron.

Mucho se ha hablado del **aumento en prepagas**. En relación con esto, **el plan con copago afecta al precio**. “En los planes **que tengan autorizados para cobrar copago, lo tiende a bajar**”, explican y remarcan desde la SSS que es importante destacar que no se está obligando a nadie a cobrarlo. Tampoco se está poniendo un valor máximo o un valor mínimo. Y que la gente tiene libertad de opción para cambiar de obra social o prepaga. “**Esto genera más oferta y más competencia**”, indicaron.

De hecho, **Infobae** pudo saber de altas fuentes de la SSS que **ya hay ejemplos de empresas que ofrecen planes más baratos con copagos**. OSDE, Medifé y Sancor son algunas de ellas. Incluso, en algunos casos, los aumentos de esos planes fueron menores en comparación con los tradicionales.

✘ “Uno de los objetivos, por ejemplo, es que los jóvenes que hoy pagan por cosas que no usan, tengan una nueva opción para contratar”, explicaron a Infobae desde la Superintendencia de Salud

El proceso de **desregulación de las obras sociales y prepagas**, iniciado con el DNU 70/23 y reglamentado en febrero, busca que los beneficiarios puedan elegir libremente entre una Prepaga o una Obra Social, con el objetivo de mejorar la calidad de las prestaciones e incentivar la competencia.

Esta medida forma parte de un conjunto de reformas lideradas por el **Ministerio de Salud de la Nación**, con el propósito de reordenar el sistema de salud y asegurar un acceso a servicios más justos y eficientes.

Se espera que esta modificación impulse a las empresas de

medicina prepaga a registrarse más rápidamente en el **Registro Nacional de Agentes del Seguro (RNAS)**, para que los fondos les lleguen, sin ningún tipo de intermediación ni peaje en el camino.

“La reducción de la inflación dará mayor estabilidad en el costo de los planes, lo que permitirá que las empresas compitan entre ellas, generando una mayor oferta y mejores precios”, explicaban en una nota reciente con **Infobae** fuentes del **Ministerio de Salud**.

✘ La Superintendencia de Servicios de Salud, tiene como función principal fiscalizar a los agentes de la salud. Esto significa garantizar la libre competencia en el mercado y la libertad de elección de los beneficiarios. (Imagen Ilustrativa Infobae)

Obras sociales y coseguros

Vale la pena una aclaración: se denominaron **históricamente como copago y coseguro a cosas que son muy parecidas**, pero desde el punto de vista real son diferentes. Los **copagos están relacionados con las empresas de medicina prepaga y coseguros con las obras sociales**.

Las obras sociales han tenido un acceso muy amplio a la salud históricamente. Los coseguros, explican desde la Superintendencia de Salud, que existen desde hace más de 30 años, tuvieron el origen conceptual de mitigar la utilización abusiva de determinadas prácticas.

Ahora no se va a fijar el valor del coseguro, sino que -según detallaron las fuentes de la SSS- lo hará cada una de las obras sociales en función de su propia proyección económica y también de su propia proyección de prestaciones.

“No es lo mismo lo que puede significar pagar una consulta para una obra social de 1 millón de beneficiarios, que lo que

puede significar para otra que tiene 20 mil almas”, detallan. **Infobae** pudo confirmar que se transparentó una realidad: “No se puede saber cuál es el verdadero valor de un coseguro para una obra social en San Juan, una en el conurbano bonaerense; una que tiene 1 millón y medio de beneficiarios y otra que tiene 10 mil”, grafican.

✘ Las reformas del sistema de salud incluyen la eliminación de la obligación de permanecer un año afiliado a una obra social antes de optar por la desregulación, beneficiando directamente a los afiliados al permitirles mayor flexibilidad en su elección

En este contexto, se reconfirmó el **grupo de enfermedades, prestaciones y atributos que tienen las personas por las que no se debe pagar ni coseguros, ni copagos**. En el anexo de la resolución sobre coseguros (*NdelR: Resolución 1926/2024*) aparecen detalladas todas, entre ellas figura **la discapacidad, el Plan Materno Infantil, la emergencia, diabetes e HIV**, entre otros. “En todo estos casos, **no se puede cobrar coseguro ni copago. Están exentos**”, explican tajantes desde la SSS.

Desde la Superintendencia remarcan que mucha gente estuvo pagando coseguros ilegales todo este tiempo, donde en muchos casos ni siquiera se emitía una factura. Ahora, si es que la obra social decide cobrarlo, el profesional va a estar obligado.

El rol de la Superintendencia de Servicios de Salud

✘ Infobae pudo saber de altas fuentes de la SSS que ya hay ejemplos de empresas que ofrecen planes más económicos con copagos como OSDE, Medifé y otros (Gettyimages)

La **Superintendencia de Servicios de Salud** tiene como función principal la de fiscalizar a los **agentes del seguro de**

salud. Esto significa garantizar la libre competencia en el mercado y la libertad de elección de los beneficiarios. En ese marco, y en línea con lo que impulsa el ministerio de Salud de la Nación, **están llevando adelante un reordenamiento de todo el sistema.**

Desde el inicio de esta gestión se están auditando a todas las obras sociales y se comenzó a exigir documentación obligatoria a las prepagas que debían presentarse -y nunca lo habían hecho- en el organismo. Además, se avanzó con medidas concretas para terminar con los famosos sellos de goma y los “peajes” que viven solo de la plata de los aportantes Estado y no brindan prestaciones.

El objetivo es tener un mercado más transparente, donde haya competencia y el dinero del afiliado sea utilizado únicamente para acceder a **prestaciones de calidad y no a financiar cajas negras.**

✘ El objetivo de la SSS y la cartera de Salud Nacional es tener un mercado más transparente donde haya competencia y el dinero del afiliado sea utilizado únicamente para acceder a prestaciones de calidad y no a financiar cajas negras. (Imagen Ilustrativa Infobae)

La nueva gestión quiere reflotar a la Superintendencia, tratar de llevarla a que cumpla con sus objetivos, y que el sistema recupere **la transparencia, la equidad y competitividad.** “El norte es que la gente tenga un verdadero acceso, **independientemente de dónde vivan**”, grafican.

El mandato del Poder Ejecutivo es claramente darle **al afiliado** la capacidad de **libertad de elección.** “Por eso insistimos tanto en tratar de terminar con los sellos de goma y los intermediarios, ya que el 100% del dinero debe ser asignado a la cobertura de salud”, explican y reconocen desde la Superintendencia.

“El ejemplo de la Superintendencia como organismo de fiscalización fue la cautelar, donde le pusimos un freno a los aumentos abusivos”, señalaron a **Infobae**. “Estamos trabajando en la competencia, y el equilibrio. Es lo que perdió el sistema en los últimos 15 años, junto a su capacidad de ser equitativo”, insisten desde la SSS.

El objetivo del Fondo Solidario de Redistribución

✘ Las nuevas normativas impulsadas por el gobierno argentino, se pusieron como objetivo promover la libre competencia en el sector salud, y a los trabajadores elegir libremente entre una obra social o una empresa de medicina prepaga (Imagen Ilustrativa Infobae)

El **Fondo Solidario de Redistribución (FSR)** se nutre de un porcentaje de los aportes que los trabajadores en relación de dependencia y sus empleadores hacen a las obras sociales.

Estos aportes son gestionados por el Estado a través de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) y la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), según lo establecido por el Decreto 170/24, publicado en febrero y detallado por **Infobae**.

Cómo ya se señaló anteriormente, **la nueva reglamentación iguala los aportes al Fondo Solidario de Redistribución. Todo en 15%, en busca de lograr mayor equidad en el sistema.**

✘ El Decreto 600/2024, publicado en el Boletín Oficial, forma parte de un conjunto de reformas lideradas por el Ministerio de Salud de la Nación, cuyo propósito es reordenar el sistema de salud argentino (Gettyimages)

El objetivo del FSR es compensar costos extraordinarios por prestaciones especiales o reintegros por tratamientos

complejos y costosos a través del **Sistema único de Reintegro por gestión de enfermedades (SURGE)** y el Mecanismo de Integración.

Desde la Superintendencia remarcan que hoy en día **el 70% del Fondo Solidario de Redistribución se destina a las prestaciones de personas con discapacidad**. Este mecanismo ejecuta el pago de las facturas de las prestaciones por discapacidad que son presentadas por las obras sociales.

Para finalizar, desde la SSS explican que “en los últimos años el Fondo Solidario de Redistribución se transformó en un fondo de discapacidad”.

Fuente: Infobae